



Publicação Bimestral

J Bras Pneumol. v.37, Suplemento 2R, p. R1-R86 Agosto 2011

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
www.scielo.br/jbpneu



ISI Web of KnowledgeSM

SCOPUS

SciELO
Brazil

INDEX COPERNICUS
INTERNATIONAL

latindex

Editor Chefe

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

Editores Executivos

Bruno Guedes Baldi – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Carlos Viana Poyares Jardim – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Pedro Caruso – Universidade de São Paulo, São Paulo, 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

Celso Ricardo Fernandes de Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

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

Geraldo Lorenzi-Filho – 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 M. Luna – Hospital de Clinicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

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

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

Dany Jasinowodolinski – 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

Edson Marchiori – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ

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

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

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 Antonio Baddini Martinez – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP

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 Tuder – 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



Jornal Brasileiro de Pneumologia

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 2010-2012):

Presidente: Roberto Stirbulov (SP)

Secretário-Geral: Terezinha Lima (DF)

Secretária-Adjunta: Clarice Guimarães Freitas (DF)

Diretora Financeira: Elizabeth Oliveira Rosa Silva (DF)

Diretor Científico: Bernardo Henrique F. Maranhão (RJ)

Diretor de Ensino e Exercício Profissional: José Roberto de Brito Jardim (SP)

Diretor de Divulgação e Defesa Profissional: Adalberto Sperb Rubin (RS)

Presidente do Congresso SBPT 2012: Renato Maciel (MG)

Presidente Eleito (Biênio 2012/2014): Jairo Sponholz Araújo (PR)

Presidente do Conselho Deliberativo: Jussara Fiterman (RS)

CONSELHO FISCAL:

Efetivos: Carlos Alberto Gomes dos Santos (ES), Marcelo Alcântara Holanda (CE),
Saulo Maia Davila Melo (SE)

Suplentes: Antônio George de Matos Cavalcante (CE), Clóvis Botelho (MT),
Valéria Maria Augusto (MG)

COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:

Ações Programáticas – Alcindo Cerci Neto (PR)

Cirurgia Torácica – Fábio Biscegli Jatene (SP)

Distúrbios Respiratórios do Sono – Simone Chaves Fagundes (RS)

Endoscopia Respiratória – Sérgio do Amaral Dergint (PR)

Função Pulmonar – Roberto Rodrigues Junior (SP)

Imagem – Domenico Capone (RJ)

Patologia Clínica – Rimarcos Gomes Ferreira (SP)

Pesquisa Clínica – Oliver Augusto Nascimento (SP)

Pneumologia Pediátrica – Marcus Herbert Jones (RS)

Residência Médica – José Roberto de Brito Jardim (SP)

COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:

Asma Brônquica – Márcia Margareth Menezes Pizzichini (SC)

Câncer Pulmonar – Guilherme Jorge Costa (PE)

Circulação Pulmonar – Daniel Waetge (RJ)

Doença Pulmonar Avançada – Valéria Maria Augusto (MG)

Doenças intersticiais – Bruno Guedes Baldi (SP)

Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais – Hermano Albuquerque de Castro (RJ)

DPOC – Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren (PE)

Epidemiologia – Antônio George de Matos Cavalcante (CE)

Fibrose Cística – José Dirceu Ribeiro (SP)

Infeções Respiratórias e Micoses – Mara Rúbia Fernandes de Figueiredo (CE)

Pleura – Cyro Teixeira da Silva Júnior (RJ)

Relações Internacionais – Mauro Musa Zamboni (RJ)

Tabagismo – Alberto José de Araújo (RJ)

Terapia Intensiva – Octávio Messeder (BA)

Tuberculose – Marcelo Fouas Rabahi (GO)

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: 1100 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

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 Rosário 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 BRASILENSE 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: Filadélfia Passos Rodrigues Martins
Secretária: Micheline Aquino de Paiva
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: Tatiana Senna Galvão Nonato Alves
Secretário: Margarida Célia Lima Costa Neves
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: Cilea 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: Dra Keyla Medeiros Maia da Silva
Secretária: Dra Wandoircy da Silva Costa
Endereço: Rua Prof Juscelino Reiners, Quadra 07, casa 04
78.070-030 - Cuiabá - MT
Tel: (65) 3051-2116
E-mail: keyla_m@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: liliandries@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: Paulo Menzel Galvão
Secretária: Adriana Ramos Cardoso Batista Resplande
Endereço: Av: T12 quadra 123 lote 19 nº 65 - Setor Bueno
74.223-040 - Goiânia - GO
Tel/fax: (62) 3250-8300
E-mail: sgpt2007@gmail.com

SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Mauricio Meireles Góes
Secretária: Luciana Macedo Guedes de Oliveira
Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro
30.130-180 - Belo Horizonte - MG
Tel/fax: (31) 3213-3197
E-mail: pneumominas@yahoo.com.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: Dra. Raimunda Dulcelina A. de Carvalho
Secretário: Dr. Francisco Cardoso de Oliveira Santos
Endereço: Travessa Dom Romualdo de Seixas, 858, Umarizal
66024-001 - Belém - PA
Tel/fax: (91) 32225666
E-mail: radul@ig.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: Alina Farias Grança de Oliveira
Secretária: Adriana Vellozo Gonçalves
Endereço: Rua João Eugênio de Lima, 235 Boa Viagem
51030-360 - Recife - PE
Tel/fax: (81) 3326-7098
E-mail: pneumopernambuco@gmail.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. Gonçalo 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 VIII Congresso Brasileiro de Asma, IV Congresso Brasileiro de DPOC e IV Congresso Brasileiro de Tabagismo 2011

COMISSÃO ORGANIZADORA

PRESIDENTE: FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN

ADALBERTO RUBIN - RS
ADRIANA TAVARES - PE
ADRIANA VELOZO - PE
ANA LUCIA ALVES DIAS - PE
ALBERTO ARAUJO - RJ
ALINA OLIVEIRA - PE
BERNARDO MARANHÃO - RJ
FERNANDO ANTONIO GUIMARÃES - AL
FERNANDO LUNDGREN - PE
JOÃO A QUEIROGA SILVEIRA - PE
JOSÉ ANGELO RIZZO - PE
JOSÉ ROBERTO BRITO JARDIM - SP
MARCIA PIZICHINI - SC
MARILIA CABRAL - PE
MARUZA FREITAS - PE
ROBERTO STIRBULOV - SP
VIVIANE COUTINHO - PE

COMISSÃO CIENTÍFICA

ADRIANA VELOZO - PE
ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO - RJ
ANA LÚCIA ALVES DIAS - PE
BERNARDO MARANHÃO - RJ
DANIELA BRASIL - PE
FERNANDO LUNDGREN - PE
GUILHERME COSTA - PE
JOSÉ ROBERTO DE BRITO JARDIM - SP
MANUELA PITANGA MARICEVICH - PE
MÁRCIA PIZZICHINI - SC
MARILIA CABRAL - PE
ROBERTO STIRBULOV - SP

REALIZAÇÃO



Sociedade Brasileira de
Pneumologia e Tisiologia



Sociedade Pernambucana de
Pneumologia e Tisiologia

Apresentações Orais

ASMA

AO.001 AVALIAÇÃO EOSINÓFÍLICA ATRAVÉS DA TÉCNICA DO ESCARRO INDUZIDO E CITOLOGIA NASAL EM PACIENTES COM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE (ADC) PRÉ E PÓS APLICAÇÃO DE OMALIZUMABE

CLERISTON FARIAS QUEIROZ; MARTA FERREIRA LEITE; MARIA DE LOURDES SANTANA BASTOS; NEREIDE PIMENTEL PEREIRA CHARLESTON RIBEIRO PINTO; TATIANA SENNA GALVÃO NONATO ALVES; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS
COMPLEXO HOSPITALAR PROFESSOR EDGARD SANTOS/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE; OMALIZUMABE; EOSINÓFILOS

Introdução: A imunoterapia com o omalizumabe está associada à downregulation da IL-4, IL-5 e IL-13, à inibição da sua proliferação e as respostas de citocinas Th2, bloqueando vias de coestimulação.⁴
Objetivos: Comparar a eosinofilia no escarro induzido e na citologia nasal nos pacientes com ADC pré e pós uso de omalizumabe; avaliar se há associação da inflamação eosinofílica com a resposta aos antígenos através do *PRICK-TEST*.
Métodos: O estudo foi realizado em uma amostra sequencial de 16 pacientes, todos com ADC (segundo os critérios da ATS, SEPAR, diretriz ALAT)^{6,7,8} e com idade superior a 18 anos. Todos foram provenientes do ambulatório de ADC do Serviço de Pneumologia do C-HUPES/UFBA. Todos preencheram os critérios para uso de omalizumabe e após avaliação clínica submetem-se a dosagem de IgE, realização de *PRICK-TEST* para aeroalérgenos -, e de espirometria utilizando-se critérios da ATS/SBPT e tabela de normalidade de Pereira, 2002-. A seguir foi procedida a coleta do escarro induzido (EI) - seguindo a técnica descrita por Pizzichini *et al*¹¹ e de citologia nasal quantitativa simplificada (CNQS) - seguindo a técnica descrita por Cruz *et al*¹².
Resultados: Foram avaliados 16 pacientes de ambos os sexos, sendo que dez pacientes já se encontravam em uso do anti-IgE (Fase inicial de tratamento de DP 15,6 semanas \pm 7,1) com características demográficas, medidas de VEF1, pré e pós BD, dosagem de IgE, e resultado do *PRICK-TEST*. A média de idade \pm DP foi 51,8 anos \pm 11,2, dosagem da IgE sérica na média \pm DP foi de 217,53 \pm 257,5 UI/ml e IMC 28,1 \pm 4,9 Kg/m². A média \pm DP do VEF1 pré e pós BD foi de 59,4% \pm 28,8 e 63,6% \pm 25,9 respectivamente. O *PRICK-TEST* foi positivo em 93,7% (15/16) dos pacientes sendo que um paciente apresentou histamina não reagente. O EI e a CNQS foram realizados nos 16 pacientes, destes um paciente apresentou broncoespasmo durante a coleta e outro não se obteve uma amostra adequada. A avaliação celular com ênfase nos eosinófilos no escarro induzido

pré uso variou de 13 a 81% com média \pm DP 29,6 \pm 18 e a citologia do muco nasal variou de 0 a 43% com média \pm DP 17,1 \pm 15,3. A avaliação após 48 semanas de uso 14 dos 16 pacientes apresentaram declínio da eosinofilia no EI com média \pm DP 14 \pm 17,9. Na CNQS 91,6% 11 dos 12 pacientes que apresentaram eosinófilos tiveram declínio na contagem eosinofílica com uma média \pm DP 4,1 \pm 5,1.
Discussão: A terapia com o anti-IgE torna-se bastante promissora. Bousquet *et al*² mostrou uma grande redução de exacerbações e hospitalizações pela ADC. No presente estudo observou-se a presença de eosinofilia em 87,5% (14/16) no EI e em 75% (12/16) na CNQS.
Conclusão: Observou-se uma redução da eosinofilia tanto no EI como na CNQS, o que demonstra uma eficácia do omalizumabe no controle desta inflamação. O tratamento com o omalizumabe subcutâneo apresentou ser bem tolerado não sendo notado nenhum efeito adverso significativo neste grupo de pacientes.

AO.002 PILOTO DE VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE DESCONTINUIDADE DE CORTICOIDE INALATÓRIO

PRISCILLA ALVES ROLÓN; JOÃO VICTOR CAMPOS ALMEIDA; GABRIEL VIEIRA PONTES; CARMEN LIVIA FARIA DA SILVA MARTIINS

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA CONTROLADA; CORTICÓIDE; DESCONTINUIDADE

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica que cursa com hiperresponsividade brônquica e limitação ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, que se apresenta clinicamente com sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, especialmente pela manhã. A prevalência no Brasil pelo estudo ISAAC foi de 7,3% para meninos e 4,9% para meninas de 6-7 anos, e 9,8% e 10,2% de 13-14 anos, para meninos e meninas, respectivamente. O tratamento da doença encontra-se bem estabelecido pelas diretrizes brasileiras e consensos internacionais. No entanto, não é disponibilizado por nenhum deles um protocolo validado de descontinuidade do corticoide inalatório.
Objetivos: principal: validação de protocolo de descontinuidade de corticoide inalatório. Secundário: buscar a individualização da menor dose efetiva para cada paciente no processo de descontinuidade do corticoide inalatório.
Métodos: estudo observacional do tipo coorte, longitudinal, prospectivo, populacional que utilizou os dados de prontuários de pacientes do Ambulatório de Asma do Centro de Clínica Pediátrica do Hospital

Universitário de Brasília (HUB). Foram selecionados 37 pacientes, de 1 a 15 anos, ambos os sexos, com asma clinicamente controlada, em uso de Budesonida 200 mcg ou Beclometasona 250 mcg, cadastrados consecutivamente no Protocolo de Descontinuidade de Corticóide Inalatório criado pelo serviço, composto por 4 etapas: 1ª (usar o corticóide duas vezes ao dia por um mês), 2ª (usar o corticóide uma vez por dia por um mês), 3ª (usar o corticóide em dias alternados por um mês), 4ª (Suspende o corticóide). Consultas de retornos: 1ª (um mês após 4ª etapa), e o 2ª (três meses subsequentes). **Resultados:** Das 37 crianças, 16 (43,2%) eram meninas e 21 (56,7%) meninos com a média de idade de oito anos. Quanto a gravidade e estado de controle 28 pacientes (75,6%) tinham asma persistente leve controlada e nove (24,3%) asma persistente moderada controlada, com idade média de 6,7 anos e de 12 anos, respectivamente. Quanto aos desfechos das etapas, nenhum paciente necessitou reiniciar o medicamento após a 2ª etapa, seis pacientes (16,2%) reiniciaram na 3ª etapa e 11 pacientes (29,7%) entre a 4ª etapa e o 1º retorno. **Discussão:** Quanto à classificação, a maioria era de asma persistente leve, estando de acordo com a literatura. A 2ª etapa foi bem tolerada pelos pacientes, sugerindo que a doença poderia permanecer controlada com a metade da dose habitual, em contraste com 1/3 dos pacientes que necessitaram retornar com o medicamento após a suspensão completa do medicamento entre a 4ª etapa e o 1º retorno. **Conclusão:** Conclui-se que a medicação com metade da dose diária demonstrou consistente resultado e aceitação pelos pacientes, e que deveria ser adotada quando há controle clínico até a descontinuidade completa do corticóide. Além disto, o acompanhamento do processo de descontinuidade do corticóide foi importante para a individualização da menor dose efetiva para cada paciente.

AO.003 RESISTÊNCIA DE VIAS AÉREAS PERIFÉRICAS E COMPLACÊNCIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO DE INDIVÍDUOS OBESOS MEDIDAS ATRAVÉS DA OSCILOMETRIA DE IMPULSO.

ALBUQUERQUE, C.G.; ANDRADE, F.M.; ROCHA, M.A.; LADOSKY, W.; VICTOR, E.G.; RIZZO, J.A.
UFPE, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OBESIDADE; OSCILOMETRIA DE IMPULSO; RESISTENCIA DE VIAS AÉREAS

Introdução: A obesidade associa-se à redução dos volumes pulmonares e obstrução ao fluxo aéreo expiratório. O sistema de oscilometria de impulso (IOS) permite a avaliação de forma não-invasiva da mecânica do sistema respiratório, podendo separar regiões pulmonares centrais e periféricas. Este trabalho teve como objetivo principal analisar a resistência de vias aéreas (Rva) periféricas e a complacência do sistema respiratório de indivíduos obesos. **Materiais e Método:** Foram realizadas avaliações espirométricas, medida da complacência pulmonar e da resistência de vias aéreas através do IOS em 85 indivíduos, divididos de acordo com o índice de massa corpórea (IMC) em quatro grupos: grupo controle (IMC = 18,5 a 29,9 Kg/m², n = 31), grupo I - GI (IMC = 30,0 a 39,9 Kg/m², n = 13), grupo II - GII (IMC = 40,0 a

49,9 Kg/m², n = 28) e grupo III - GIII (IMC ≥ 50,0 Kg/m², n = 13). **Resultados:** Os grupos GII e GIII apresentaram aumento na Rva periféricas e redução da complacência pulmonar quando comparados aos outros grupos. O aumento do IMC correlacionou-se com o aumento da Rva periféricas e redução da complacência do sistema respiratório. A redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo e do fluxo expiratório forçado médio entre 25 e 75% da capacidade vital forçada associou-se ao aumento da Rva periféricas. A redução do volume de reserva expiratório e da capacidade vital lenta associou-se à redução da complacência pulmonar. **Conclusão:** O aumento do IMC está correlacionado ao aumento da resistência de vias aéreas periféricas e à redução da complacência do sistema respiratório, principalmente em indivíduos com IMC ≥ 40 Kg/m². A OI representa um método capaz de detectá-las, em alguns casos de forma mais sensível que a espirometria, além de apresentar maior facilidade de execução.

AO.004 BRONQUIECTASIAS EM ASMÁTICOS DE DIFÍCIL CONTROLE: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS UNIVERSIDADE FEDERAL RIO DE JANEIRO

LIMA, M.A.; MARICEVICH, M.M.; CARDOSO, A.P.; LAPA E SILVA, J.R.

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE; BRONQUIETASIAS; INFECÇÕES

A asma de difícil controle caracteriza-se pela presença de diversas comorbidades descompensando o quadro clínico e inviabilizando o adequado controle. As bronquiectasias têm se mostrado um importante problema na condução destes asmáticos pela usual descompensação secundária a infecções. Avaliar a prevalência de bronquiectasias em 59 pacientes com asma de difícil controle acompanhados regularmente no ambulatório de asma de difícil controle do Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Asmáticos de difícil controle, ambos os sexos, acima de 12 anos, em tratamento com medicações inalatórias (doses otimizadas). Todos foram submetidos a tomografia computadorizada de alta resolução do tórax como parte do protocolo de acompanhamento. Outros exames realizados como investigação diagnóstica. Dos 59 pacientes, 15 (25,4%) tiveram o diagnóstico confirmado pela tomografia computadorizada de tórax. Não houve predomínio de localização nem tipo de bronquiectasia. Foram realizadas outras investigações diagnósticas sobre a origem das bronquiectasias mas não obtivemos confirmações definitivas. Embora não muito valorizadas em diretrizes internacionais sobre asma de difícil controle, as bronquiectasias fazem parte da realidade brasileira e precisam ser encaradas como importante comorbidade no acompanhamento destes asmáticos. Nossa hipótese é de surgimento secundário a infecções de repetição. Muitas vezes a exacerbação infecciosa é de mais difícil controle do que o manejo da gravidade da asma. A busca desta comorbidade em asmáticos de difícil controle deve ser sempre incluída nos protocolos de pacientes brasileiros.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

AO.005 ÍNDICE DE COMORBIDADE DE CHARLSON EM PACIENTES COM DPOC

LUCAS PIRES STOCKER RIES¹; HELENA S. VAN DER LAAN²; TIAGO SPIAZZI BOTTEGA²; JULIANA NUNES DE NUNES¹; JORGE DIEGO VELENTINI¹; LEANDRO GRAZZIERO RECH¹; MARLI MARIA KNORST¹

1.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ÍNDICE DE COMORBIDADES DE CHARLSON; DPOC; FUNÇÃO PULMONAR

Introdução: A DPOC é uma doença pulmonar que tem repercussões sistêmicas e pode se acompanhar de comorbidades. O Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) é uma ferramenta que utiliza 20 condições clínicas e tem valor prognóstico. **Objetivos:** Determinar o ICC de pacientes com DPOC e estudar sua relação com a gravidade da doença. **Material e Métodos:** Foram estudados 452 pacientes com DPOC, atendidos de forma sequencial, com coleta de dados sobre comorbidades e exames de função pulmonar. A gravidade da DPOC foi estratificada através do GOLD (I-IV). Os dados são apresentados como média e desvio padrão (DP). As correlações foram estudadas pelo teste de Spearman e a comparação entre os grupos, pelo teste de Anova. **Resultados:** Dos pacientes analisados, 268 eram homens (59,3%). A média da idade foi 65,5 (9,5) anos, o peso 66,3 (16,3) kg, a altura 1,85 (0,8) m e o IMC 25,5 (5,84) kg/m². A Capacidade Vital Forçada (CVF) foi de 2,25 (0,80) litros, correspondendo a 67,6% (19,1%) do previsto. O VEF1 foi de 1,13 (0,51) litros, sendo 43,1% (17,2%) do previsto. A relação VEF1/CVF foi de 49,5% (10,4%). Dos pacientes, 31% apresentavam DPOC leve a moderada, 43,6% grave e 25,4% muito grave. A média do ICC foi de 4,4 (2,5). Entre as comorbidades analisadas pelo ICC, as mais frequentes foram: tumor maligno (10,4%), diabetes melito sem complicações (9,1%) ou com complicações (5,3%), insuficiência cardíaca (8,8%) e IAM (5,1%). As médias do ICC na DPOC leve a moderada, grave ou muito grave foram, respectivamente, de 4,6 (2,6), 4,7 (2,7) e 3,8 (1,9). Não houve correlação entre ICC e VEF1. **Conclusões:** Pacientes com DPOC apresentam várias comorbidades. Entretanto, o ICC não está associado com a gravidade da DPOC.

AO.006 ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS PULMONARES EM MULHERES COM DPOC POR EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DA COMBUSTÃO DE LENHA

MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA¹; MARIA ALVES BARBOSA²; MARIA CONCEIÇÃO DE CASTRO ANTONELLI MONTEIRO DE QUEIROZ³; PEDRO PAULO TEIXEIRA E SILVA TORRES⁴; MARCELO EUSTÁQUIO MONTANDON JÚNIOR⁵; KIM IR SEN SANTOS TEIXEIRA⁶; PEDRO JOSÉ SANTANA JÚNIOR⁷; JOSÉ ROBERTO DE BRITO JARDIM⁸

1.FACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL; 2.FACULDADE DE ENFERMAGEM - UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 3,7.HOSPITAL DA CLÍNICAS-UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 4.FACULDADE DE MEDICINA-UFG, GOIÂNIA, GO,

BRASIL; 5.CLÍNICA MULTIMAGEM, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 6.FACULDADE DE MEDICINA - UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 8.ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; BIOMASSA; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR RAIOS-X

Introdução: Estudos comprovam que a exposição à fumaça da combustão de lenha pode provocar doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mas esses estudos têm na casuística pessoas fumantes e expostas a vários tipos de biomassa. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) pode ser um bom método adjuvante para diagnóstico dessa doença e caracterizar lesões específicas pela fumaça de lenha. **Objetivos:** caracterizar e analisar alterações na TCAR em mulheres com DPOC, não fumantes, expostas somente à fumaça de fogão à lenha. **Métodos:** Foi realizada TCAR em 42 mulheres com DPOC (leve a moderada) (anos) e exposição à fumaça de lenha ≥ 10 anos, por, pelo menos, 80h/ano e em 31 controles(anos) sem exposição, não tabagistas. Todas as mulheres realizaram espirometria e foram avaliados volumes pulmonares naquelas com DPOC. Foram dados valores de escore às lesões pulmonares na TCAR e comparados os dois grupos. **Resultados:** Os achados mais frequentes nas pacientes com DPOC foram: bandas parenquimatosas ($p < 0,001$), espessamento das paredes brônquicas ($p < 0,001$), bronquiectasias ($p = 0,047$), perfusão em mosaico ($p = 0,009$) e atelectasias laminares ($p = 0,009$). Enfisema centrolobular não diferiu entre os grupos ($p = 0,232$). O escore total de comprometimento pulmonar foi, em média, significativamente maior no subgrupo com DPOC ($7,03 \pm 5,3$) que no controle ($0,43 \pm 0,7$) ($p = 0,002$). Não houve diferença entre estes parâmetros quando se comparou somente mulheres com mesma faixa etária em dois grupos de 23 cada. **Discussão:** As alterações relacionadas ao acometimento brônquico foram similares às relatadas em outros estudos. As atelectasias, encontradas somente no grupo com DPOC, provavelmente relacionam-se à endobronquite antracótica, relatada em estudos anteriores. Comprometimento intersticial não foi encontrado no presente estudo, em contraste a estudos anteriores, onde as mulheres foram expostas a biomassa mista (esterco, estrume e lenha). A relação VR/CPT acima do limite superior da normalidade (0,40) em 45% do grupo com DPOC associado à perfusão em mosaico sugerem a presença de aprisionamento aéreo. A predominância de DPOC de graus leve a moderado pode explicar a menor intensidade das alterações tomográficas. As alterações tomográficas do subgrupo com DPOC não estavam relacionadas ao envelhecimento, pois permaneceram estatisticamente diferentes em relação ao grupo controle, mesmo após equiparação pela idade. **Conclusões:** A exposição à fumaça de lenha provoca alterações brônquicas e bandas fibróticas parenquimatosas, detectadas na TCAR, mesmo nos casos de DPOC leve. A TCAR é um método útil, complementar, para diagnóstico da DPOC por exposição à fumaça de lenha.

AO.007 QUANDO REALIZAR DOIS TESTES DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS?

LARISSA AZEVEDO BARBOSA¹; WILLANEYDE MENEZES FEIJÓ²; RENATA CONSULMAGNOS³; NATALIA ROCHA SUASSUNA⁴; PEDRO HENRIQUE DE MENEZES⁵; JULIANE VIRGINIA LIMA⁶; FERNANDO LUIZ LUNDGREN⁷; THAYSE NEVES SILVA⁸

1,2,3,5.FACULDADE ESTACIO-FIR, RECIFE, PE, BRASIL; 4,6,7,8.HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DE CAMINHADA; DPOC; CAPACIDADE FUNCIONAL

Introdução: A American Thoracic Society (ATS) cita em seu guideline que um teste prévio para adaptação a o TC6 não é necessário para a maioria dos pacientes, no entanto refere que deva ser considerado. Utilizar protocolo de um teste pode subestimar a capacidade funcional de alguns pacientes assim como estabelecer dois testes repercute em desgaste desnecessário do paciente e da equipe avaliadora. **Objetivo:** Avaliar variáveis que possam prever a necessidade de um segundo teste. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, com amostra de 58 pacientes DPOC(VEF1/CVF<0,7) submetidos ao teste TC6, realizado duas vezes com intervalo mínimo de 30 minutos ou até o retorno dos parâmetros basais Foi avaliado pré e pós TC6 a SpO₂, FC, PA, percepção do esforço muscular e da dispnéia pela escala modificada de Borg. Foram julgados como possíveis preditores:IMC, VEF1, idade e o ponto de corte de 350m de DC no TC6.O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos do HGOF (CAAE nº 000.6.0.344.000-09). **Resultados:**

DC	DC<350m / n=18	DC>350m / n=29
MD± DP	MD ± DP	
VEF1 %	53,6 ±23,58	54,25 ±18,16
VARIAÇÃO DA DC (%)	16,6* ± 17,7	2,05± 9,12
VARIAÇÃO DA DC (m)	46,28* ±53,93	8,45± 40,45
*P<0,05		

Conclusão: Pacientes com DC no 1º TC inferior a 350 parecem representar o perfil de pacientes que se julga necessário fazer um segundo TC6.No entanto propomos que a soma de outros pontos de corte tenha maior poder de decisão. **Referências:** ATS Statement: Guideline for the six-minute walk test. Am JRespir Crit Care Med. 2002;Troosters T, Gosselink R, Decramer M. Eur Respir J. 1999;Rodrigues SL, Mendes HF, Viegas CAA. J Bras Pneumol 2004.

AO.008 ANÁLISE DA TRANSPORTABILIDADE MUCOCILIAR DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E TABAGISTAS

RICARDO REZENDE CÔRTEZ; DIONEI RAMOS; RAFAELLA FAGUNDES XAVIER; FERNANDA MARIA MACHADO RODRIGUES; GIOVANA NAVARRO BERTOLINI FERRARI; VINICIUS GUSTAVO GIMENES TURATO; ALESSANDRA CHOQUETA TOLEDO; ERYC MARA CIPULO RAMOS

FCT-UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPORTE MUCOCILIAR; TABAGISMO; DPOC

Introdução: O transporte mucociliar é um importante mecanismo de defesa do trato respiratório, pois é por meio deste que os agentes agressores são carregados e expelidos da via aérea. O funcionamento adequado deste mecanismo depende da estrutura, sincronia e frequência do batimento ciliar, além da quantidade e qualidade da secreção brônquica. Em indivíduos tabagistas e portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) esse mecanismo encontra-se alterado. **Objetivo:** Mensurar e comparar o transporte mucociliar de indivíduos tabagistas e com DPOC ex-tabagistas. **Métodos:** Foram avaliados 74 indivíduos, 27 com DPOC, 21 tabagistas e 26 nunca tabagistas, estes dois últimos com função pulmonar normal atestada pela espirometria. Os três grupos apresentaram condições semelhantes em relação à idade e índice de massa corpórea (IMC). A espirometria foi realizada de acordo com II Consenso Brasileiro e classificada segundo os critérios determinados pelo Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). A avaliação do transporte mucociliar foi realizada por meio do tempo de trânsito de sacarina (TTS) e os níveis de monóxido de carbono no ar exalado (COex) por meio de monoximetria (Monitor Micro Co®). Os testes foram realizados no período da manhã em ambiente com temperatura mantida a 25°C e umidade relativa do ar entre 50% e 60%. Para análise estatística dos dados foi utilizado o teste Kruskal-Wallis com pós teste de Dunn, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Houve um aumento no TTS em minutos nos indivíduos tabagistas, 15,33 [10,88-24,09] estatisticamente significativo (p=0,0072) quando comparado aos grupos controle, 9,81 [6,95-14,07] e DPOC, 10,02 [6,82-12,7]. Não houve diferença estatisticamente significativa no TTS entre os grupos controle e DPOC (p>0,0001). Em relação ao nível de COex em partes por milhão (ppm) foi observado um aumento estatisticamente significativo (p<0,0001) nos indivíduos tabagista 9 [5-10,5] quando comparado aos indivíduos DPOC, 4 [2-5,25] e controle, 2 [1-2]. **Discussão:** Os dados obtidos mostraram que o transporte mucociliar de tabagistas encontra-se mais lento do que o de pacientes com DPOC e de indivíduos não tabagistas, o que corrobora com o estudo de Cohen et al (2009) e sugere alteração negativa da transportabilidade em resposta ao efeito crônico do cigarro. Outro achado deste estudo foi à ausência de diferença estatisticamente significativa entre o transporte mucociliar de indivíduos com DPOC quando comparados a indivíduos não tabagistas. Segundo Kuczkowski (2003), após a cessação do fumo, pode ocorrer melhora da função mucociliar, retorno de carboxihemoglobina a níveis normais e

diminuição da morbidade respiratória. Tais afirmações indicam a recuperação do organismo em resposta a cessação do hábito tabagístico e pode-se inferir que o mesmo ocorreu com o mecanismo de depuração mucociliar. **Conclusão:** Tabagistas apresentaram TTS mais lento comparado a indivíduos não tabagistas e com DPOC. Além disso, indivíduos com DPOC que abandonaram o hábito tabagístico apresentaram TTS semelhante ao de indivíduos normais.

TABAGISMO

AO.009 COMPARAÇÃO NA TERAPÊUTICA DO USO DA VARENICLINA VERSUS REPOSIÇÃO DE NICOTINA NO GAT HU-USP

JOÃO PAULO BECKER LOTUFO; SHIE HUEI HSIN; ALTAMIR BENEDITO DE SOUSA; FRANCINALVA DANTAS DE MEDEIROS; MARILZA KEIKO HIGASHI; LAZARA MARIA MARQUES RAVAGLIO; MIRIAM HARUYO FUKUOKA
HU-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; VARENICLINA; REPOSIÇÃO DE NICOTINA

Introdução: a literatura médica discute a eficácia do uso da vareniclina e reposição de nicotina por meio de adesivos, pastilhas e gomas contendo a substância. A escolha do tratamento é feita pelo médico e pelo paciente em comum acordo, levando em consideração a gratuidade da medicação, seus efeitos colaterais e suas contra-indicações específicas. **Objetivo:** avaliar se há maior eficácia no tratamento de vareniclina ou reposição de nicotina por meio de adesivo. **Métodos:** avaliou-se o programa de tratamento antitabágico do HU-USP em 2009 e 2010, dividindo a população em 3 grupos de pacientes: Grupo 1 (n=89) recebeu vareniclina, inclui grupo 3; Grupo 2 (n=148) recebeu reposição de nicotina, inclui grupo 3 como insucesso; Grupo 3 (n=31) recebeu primeiro reposição de nicotina e sem sucesso receberam depois a vareniclina. **Resultados:** foram 89 pacientes tratados com vareniclina, 148 com reposição de nicotina. Dos que receberam reposição de nicotina e não alcançaram a cessação do fumo, 31 receberam posteriormente vareniclina.

Tabela 1: Cessação e não cessação do fumo em pacientes que receberam tratamento com vareniclina, reposição de nicotina e vareniclina após insucesso no tratamento com reposição de nicotina

	parou de fumar	não parou de fumar
G1 vareniclina (n=89)	43 (47%)	46
G2 reposição de nicotina (n=148)	52 (35%)	96
G3 reposição de nicotina depois vareniclina (n=31)	13 (42%)	18

Comparativos:

Grupo 1 e 2: $p = 0,046$ RR=1,37 OR-1,726 IC 95% (1,010-2,948)

Grupo 1 e 3: $p=0,54$

Grupo 2 e 3: $p = 0,474$

Cessação e não cessação do fumo em pacientes que receberam tratamento com vareniclina, reposição de nicotina e vareniclina após insucesso no tratamento com reposição de nicotina. **Comparativos:** Grupo 1 e 2: $p = 0,046$ RR=1,37 OR-1,726 IC 95% (1,010-2,948); Grupo 1 e 3: $p=0,54$; Grupo 2 e 3: $p=0,474$. **Conclusão:** Houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo 1 (vareniclina) e grupo 2 (com adesivo de reposição de nicotina). • O tratamento com vareniclina se mostrou mais eficaz na cessação do tabagismo quando comparado à reposição de nicotina. • A vareniclina, por tem um custo elevado, pode ser indicada para pacientes que não responderam a reposição de nicotina.

AO.010 ACHADOS ESPIROMÉTRICOS EM PACIENTES FUMANTES ATUAIS E EX-FUMANTES

MARIANA FERREIRA MEIRELES; MARCIANA SILVA CONSTANCIO; NAYANE SANTOS PINTO; SONAYRA BRUSACA ABREU; GERALDO VIANA SANTOS; ALINE ALMEIDA BASTOS; JÚLIA BRANDÃO DE PAIVA TEIXEIRA CUSTÓDIO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESPIROMETRIA; ACHADOS

Introdução: O tabagismo é importante fator de risco para doenças respiratórias e a relação com o hábito de fumar e o comprometimento da função pulmonar já foi demonstrada por vários autores por meio de estudos feitos com a Espirometria. A taxa de prevalência percentual de fumantes maiores de 18 anos em São Luís-MA no ano de 2008 foi de 10,3%, segundo dados do DATASUS. Tendo em vista o aumento da incidência das afecções pulmonares causadas pelo tabagismo, propõe-se neste trabalho estudar as alterações Espirométricas de pacientes fumantes para detecção de desordens pulmonares, possibilitando a estes pacientes orientações nos Serviços de Saúde competentes. **Objetivos:** Avaliar as alterações na Espirometria de pacientes fumantes atuais e ex-fumantes bem como observar os possíveis distúrbios respiratórios já presentes. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal retrospectivo com 101 resultados de Espirometria de pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia do HUPD, São Luís-MA. Foram analisadas todas as espirometrias de pacientes fumantes atuais e ex-fumantes realizadas no período entre abril de 2010 e março de 2011. Além da leitura do laudo, analisaram-se as seguintes variáveis percentuais previstas, pré e pós utilização de broncodilatador (BD): CVF, VEF1 e VEF1/CVF. **Resultados:** Dos 101 resultados analisados, constatou-se que 36,6% pacientes eram do sexo feminino e 63,4% do sexo masculino. O maior número de fumantes se encontrava na faixa etária de 41 a 60 anos, 51 pacientes, seguida pela faixa de 61 a 80 anos, 25 pacientes. Dos 101 pacientes, 55,4% apresentaram VEF1 pré-BD \geq a 60% e somente 25,7% VEF1 \geq a 80%. Cerca de 71% dos pacientes apresentaram CVF pré-BD \geq a 60% e 26,7%, CVF \geq a 80%. Cerca de 21% dos pacientes apresentaram VEF1 pré-BD entre 41-59%; 7% apresentaram CVF pré-BD entre 51-59%. Aproximadamente 24%

dos pacientes apresentaram $VEF1 \leq 40\%$ e 21,8% apresentaram $CVF \leq 50\%$. O laudo mostrava que 16 pacientes foram classificados como normais; 62 pacientes apresentaram distúrbio obstrutivo, sendo 26 com distúrbio obstrutivo grave, 20 com obstrutivo moderado, 17 com obstrutivo leve e somente 28 destes 62 apresentaram variação $\geq 200ml$ do $VEF1$ após o uso do BD; 22 pacientes apresentaram distúrbio restritivo. **Discussão e Conclusão:** Quando se analisa a função pulmonar através da Espirometria, vê-se que os distúrbios são sensivelmente influenciados pelo tabagismo. Os resultados demonstram que 45% dos pacientes apresentam $VEF1 < 60\%$, que segundo a classificação das Diretrizes para Função Pulmonar da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, corresponde a um distúrbio ventilatório estabelecido. Apesar da influência de outras doenças pulmonares associadas, tais como a Asma, pode-se inferir após a exclusão dos diagnosticados como asmáticos, que significativo número de alterações permanecem sem associação com outras causas, cabendo ao tabagismo as alterações espirométricas observadas.

AO.011 TRANSPORTE MUCOCILIAR EM INDIVÍDUOS FUMANTES E ABSTINENTES

JULIANA TIYAKI ITO; DIONEI RAMOS; RAFAELLA FAGUNDES XAVIER; FERNANDA MARIA MACHADO RODRIGUES; ALINE DUARTE FERREIRA; JULIANA ROSINI SILVA; ALESSANDRA CHOQUETA TOLEDO; ERCY MARA CIPULO RAMOS FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRANSPORTE MUCOCILIAR; ABSTINÊNCIA

Introdução: A exposição constante do sistema respiratório a fumaça do cigarro promove alterações no transporte mucociliar. Contudo, o abandono do tabagismo produz efeitos benéficos sistêmicos comprovados e em relação ao transporte mucociliar esses efeitos ainda não foram elucidados. **Objetivos:** Avaliar o efeito da abstinência no transporte mucociliar de fumantes abstinentes. **Métodos:** Estudo longitudinal, no qual 29 indivíduos, dentre eles 17 fumantes abstinentes (3 homens), mediana [percentil 25–75], 49 [36–55] anos, 32 [13–45] anos/maço e 20 [16–30] cigarros/dia e 12 fumantes controle (2 homens), 49 [38–53] anos, 23 [14–39] anos/maço, 20 [10–20] cigarros/dia foram avaliados em 5 momentos: inicial (basal), após 1 dia, 7 dias, 15 dias e 30 dias de abstinência. A mensuração do transporte mucociliar foi realizada por meio do tempo de trânsito de sacarina (TTS) em minutos. Para comprovação da abstinência foi realizado a mensuração do monóxido de carbono no ar expirado (COex) em partes por milhão (ppm). Os dados foram apresentados em mediana e percentil 25–75. Para análise comparativa entre os grupos foi utilizado teste de Mann-Whitney e entre os momentos do mesmo grupo foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis seguido de pós teste de Dunn. O nível de significância utilizado foi de $p < 0,05$. **Resultados:** Os valores de TTS basal, após 1, 7, 15 e 30 dias de abstinência, nos fumantes abstinentes foram 12 [8–17], 12 [8–13], 9 [9–10], 8 [6–10] e 7 [7–8], respectivamente. Houve diferença significativa entre TTS basal e após 30 dias de abstinência ($p=0,03$). Não foi observada diferença

significante entre os demais momentos avaliados. Ainda no grupo fumantes abstinentes os valores de COex basal, após 1, 7, 15 e 30 dias de abstinência foram 8 [4–15], 3 [2–5], 3 [2–3], 2 [0–3] e 0 [0–1], respectivamente. Houve diferença significativa entre COex basal e após 15 e 30 dias de abstinência ($p=0,0001$). Para o grupo fumantes controle os valores de TTS foram 12 [7–17], 11 [6–17], 13 [8–19], 9 [6–13], 10 [6–11] e COex 9 [6–11], 9 [7–12], 7 [6–12], 13 [6–18], 11 [10–12], nos respectivos momentos avaliados. Não houve diferença significativa entre os momentos avaliados. Na comparação dos valores de COex entre fumantes abstinentes e fumantes controle observou-se diferença significativa em 1, 7, 15 e 30 dias. Os valores de TTS não apresentaram diferença significativa. **Discussão:** Neste estudo, fumantes abstinentes apresentaram melhora do transporte mucociliar detectada após 30 dias de abstinência, e dos valores de COex após 15 dias. Os mesmos efeitos benéficos não foram observados no grupo fumantes controle. Tais achados corroboram com estudos prévios que mostram o efeito benéfico da abstinência ao tabaco nas características morfológicas do epitélio respiratório. **Conclusão:** A abstinência promoveu melhora no transporte mucociliar de indivíduos fumantes. Assim, a interrupção por 30 dias do hábito tabagístico, alterou de forma positiva o transporte mucociliar de indivíduos fumantes.

AO.012 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE MULHERES FUMANTES E NÃO FUMANTES QUANTO À INFLUÊNCIA DO TABAGISMO SOBRE OS TIPOS HISTOLÓGICOS MAIS INCIDENTES.

LIVIA CRISTINA FRANÇA GIBERTONI; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; VANESSA ALVES LIMA; DANIELA TAÍSA FUDO; ELAINE CRISTINA CAON DE SOUZA; RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; ROBERTO STIRBULOV

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

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CÂNCER; MULHERES

Introdução: O câncer de pulmão lidera os casos de morte entre as neoplasias causando mais de um milhão de óbitos ao ano em todo o mundo. A exposição ao tabaco continua sendo fator fundamental para o aparecimento da doença. Apesar disso, estudos demonstram o crescimento de câncer de pulmão em não fumantes, especialmente entre as mulheres. No sexo feminino, o câncer de pulmão já ultrapassou o de mama como a principal causa de morte por neoplasia. As mulheres que nunca fumaram têm maior chance de desenvolver câncer de pulmão do que os homens não tabagistas. Parecem ser mais suscetíveis aos danos genéticos causados pelo cigarro que os homens. **Objetivo:** Avaliar a incidência de casos de câncer de pulmão em pacientes fumantes e não fumantes do sexo feminino e a influência do hábito tabágico sobre o tipo histológico da neoplasia nestes dois grupos. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, longitudinal, envolvendo 4602 pacientes acompanhados no ambulatório de oncopneumologia da ISCMSP, com diagnóstico de neoplasia pulmonar efetivado em serviço de referência

num período de 11 anos (1999-2009). Foram selecionados pacientes do sexo feminino que foram estratificados em fumantes e não fumantes. Os dois grupos foram avaliados quanto aos tipos histológicos (TH) mais incidentes. **Resultados:** Foram selecionadas 1518 (33%) mulheres do total de pacientes, com uma idade mediana de 62 anos. O grupo de fumantes correspondeu a 70,3% e as não-fumantes a 29,7%. Entre as mulheres tabagistas, com carga tabágica mediana estimada em 45 anos/maço, o carcinoma de células escamosas (CEC) representou 26,9% dos tipos histológicos, o adenocarcinoma 26,4% e o carcinoma indiferenciado de células pequenas (CICP) 17%. Entre as não tabagistas, o principal TH foi o adenocarcinoma, encontrado em 49,5% das pacientes. O CEC ocorreu em 12% dos casos e o CICP em apenas 3%. **Conclusão:** O adenocarcinoma é o tipo histológico mais presente no sexo feminino. Embora, entre as não fumantes a metade dos casos esteja representada por este tipo histológico, na população fumante, nota-se acentuada interferência do tabagismo sobre a composição do TH. Evidencia-se aumento substancial no número de casos de carcinoma escamoso e de CICP, os dois tipos histológicos sabidamente mais diretamente relacionados ao hábito de fumar. Conclui-se que a prevalência do adenocarcinoma no sexo feminino depende exclusivamente da significativa presença de mulheres não fumantes.

Pôsteres

ASMA

PO.001 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES ENCAMINHADOS AO CENTRO DE ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE – PAVILHÃO PEREIRA FILHO (PPF)/SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

ADALBERTO SPERB RUBIN; MANUELA ARAÚJO DE NÓBREGA CAVALCANTI; ALINE DAL POZZO ANTUNES; PAULO ROBERTO GOLDENFUN

SANTA CASA, POA, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; OMALIZUMAB; CONTROLE

Introdução: A asma de difícil controle (ADC) é definida com a ausência de controle da doença, mesmo com tratamento adequado. Representa 5% dos casos de asma, mas tem grande impacto em atendimentos e custos de assistência médica. **Objetivos:** Pesquisar o perfil dos pacientes com ADC e a frequência dos fatores associados em pacientes encaminhados para um centro de ADC. **Métodos:** Foram avaliados 53 pacientes encaminhados ao Centro de ADC do PPF, no período de 2008 a 2011. Foram estudadas as características clínicas, funcionais e laboratoriais desta população, sendo que a análise foi feita através do programa Excel. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi 49 anos (\pm 15 anos), 40 (75,47%) pertenciam ao sexo feminino. Quarenta e cinco pacientes (84,90%) negavam história tabágica. Formoterol e budesonida era utilizada por 33 (67,35%) pacientes e salmeterol e fluticasona por 16 (32,65%). A mediana do tempo de doença foi 23,5 anos (mín 3; máx 73), dos níveis de IgE foi 276 kU/L (13; 2704) e de eosinófilos 5,05% (0,2%; 156%). As médias do VEF1 pré e pós-bd foram, respectivamente, 1,54 l (52,01% do pred) e 1,89 l (61,57% do pred). De 53 pacientes avaliados, 11 (20,75%) apresentavam alergia a alimentos e/ou drogas, e 24 (45,28%) era atópicos. Verificamos que 14 (28,57%) eram hipertensos, 34 (69,38 %) apresentavam rinite alérgica e somente 2 (4,08%) tinham dermatite alérgica. Constatamos que 28 pacientes (75,67%) apresentavam níveis de IgE entre 30 e 700 kU/L e 4 (7,54%) encontram-se em terapia com Omalizumab. **Discussão:** Os pacientes avaliados apresentaram grande variabilidade clínica associada a comorbidades frequentemente presentes em asmáticos atópicos. A despeito de todos estarem em uso de medicação de controle com corticóide inalado e beta 2 de longa duração, a função pulmonar estava bastante reduzida nesta população. **Conclusão:** A incidência de comorbidades e fatores de risco para ADC foi muito grande nesta população, demonstrando a importância da análise individual dos casos. Mais da metade de nossa população estudada

apresentava critérios laboratoriais para uso de terapia Anti-IgE.

PO.002 OMALIZUMAB NA VIDA REAL : ANÁLISE DE 4 CASOS TRATADOS NO CENTRO DE ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE DO PAVILHÃO PEREIRA FILHO / SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

PAULO ROBERTO GOLDENFUN¹; ADALBERTO SPERB RUBIN²

1.SANTA CASA, POA, RS, BRASIL; 2.SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; OMALIZUMABE; CONTROLE

Introdução: a asma de difícil controle (ADC) corresponde a cerca de 5% da população de asmáticos, mas tem importante impacto no número de visitas a emergências, internações e mesmo mortalidade desta população. O omalizumabe é uma opção terapêutica já incluída em diretrizes internacionais de manejo de portadores de ADC e a experiência nacional com seu emprego tem crescido nos últimos anos. **Objetivos:** comparar parâmetros clínicos, espirométricos e laboratoriais em pacientes com asma de difícil controle tratados com omalizumab por um período mínimo de 6 meses. **Métodos:** Foram avaliados prospectivamente 4 pacientes portadores de ADC encaminhados por pneumologistas para o Centro de Asma de Dificil Controle do Pavilhão Pereira Filho e tratados com omalizumab, no período de agosto de 2010 a abril de 2011. Foram estudadas as características clínicas, funcionais e laboratoriais desta população, sendo a análise feita pelo programa Excel. Os pacientes responderam ao questionário de Controle de Asma (ACT) e a um questionário clínico, que incluía informações sobre o número de visitas à emergência, consultas não agendadas, uso de broncodilatador de resgate, níveis de IgE e VEF1 antes e após 6 meses do uso do omalizumab. **Resultados:** o ACT basal foi 6,5, e após o uso de omalizumab, 16,75. As médias das visitas à emergência e das visitas não agendadas ao médico por mês foram respectivamente 2,5 e 1,5 antes do início da medicação e 0,25 e zero após o tratamento. A média basal de número de jatos/dia de broncodilatador de resgate foi 11,5 e após tratamento, 3,25 jatos/dia. A taxa média de IgE basal foi 327,6 UI/ml e, após 6 meses, 356,75 UI/ml. As médias de VEF1 pré e pós broncodilatador antes do início do omalizumabe foram, respectivamente, 1,60 (63%) e 1,90 (75,5%), e 6 meses após passaram a 1,70 (66,6%) e 1,98 (77,9%). **Discussão:** Todos pacientes avaliados apresentavam asma não-controlada, a despeito de acompanhamento pneumológico e uso regular da

medicação controladora. Ouve significativa melhora dos níveis de controle da doença, redução de taxas de exacerbação, uso de beta -2 de resgate e visitas não agendadas ao médico após o uso de omalizumab. Assim como observado em outros estudos, não houve modificação significativa dos níveis de IgE nem melhora funcional avaliada pela medida do VEF1 nesta população **Conclusão:** o omalizumab é uma eficiente terapia empregada no tratamento de portadores de ADC, tendo impacto significativo no controle dos sintomas e repercutindo em melhora da qualidade de vida nesta população. Sua eficácia clínica pode ser comprovada não somente em ensaios terapêuticos, mas também em pacientes atendidos na prática clínica diária pelo pneumologista.

PO.003 PERFIL DOS PACIENTES ACOMPANHADOS NO PRO-ASMA DE CATALÃO-GO

JULIANA LIMA RIBEIRO; GESMAR RODRIGUES SILVA SEGUNDO UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; FENÓTIPO; SENSIBILIZAÇÃO

Introdução: A asma acomete aproximadamente 20% da população e é a principal doença respiratória crônica da criança e do adolescente. Caracteriza por episódios de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse. As exacerbações geralmente são causadas por vírus, fumaça de cigarro, alérgenos, exercício e má qualidade do ar. A prevalência de atopia chega a 80% e sabe-se que atopia é forte preditor de sibilância recorrente e persistente. Consensos têm mostrado que a asma na criança pode ser subdividida em 4 fenótipos, sibilância transitória, sibilância não-atópica, asma persistente e sibilância intermitente grave. Caracterizar estes fenótipos permite estipular melhor o tratamento do paciente, prever a evolução clínica da doença e se aeroalérgenos positivos, incentivar o controle ambiental, importante causador das exacerbações de asma. **Objetivos::** Conhecer o perfil dos pacientes acompanhados no Programa de Asma de Catalão-GO (Pro-asma), avaliando a epidemiologia, prevalência de atopia e o perfil de sensibilização aos aeroalérgenos. **Métodos:** Participaram do estudo pacientes entre 2 e 15 anos de idade acompanhados no Pro-asma, cujos pais ou responsáveis consentiram por escrito com a participação e preencheram um questionário epidemiológico sobre dados demográficos, história familiar e pessoal de atopia, sintomatologia clínica da criança e realizado teste cutâneo de puntura (TCP) para os principais aeroalérgenos em nosso meio. **Resultados:** 240 pacientes estão no estudo: 59,1% sexo masculino e 40,9% sexo feminino. A mediana de idade é de 75 meses e média de 70,3 meses. Sintomas clínicos de rinite e conjuntivite estão presentes respectivamente em 88,8% e 40,8% do total de pacientes. Tabagismo passivo ocorre em 30,4%. A história parental de alergia foi de 83,3% e a presença de sensibilização a pelo menos 1 aeroalérgeno no TCP é de 67,5% dentre o total de pacientes e a predominância de pelo menos 1 ácaro dentre os pacientes sensibilizados é de 85,8%. Os ácaros mais prevalentes são Dermatophagoides pteronissynus 68,5%, D. farinae 67,2%, Blomia tropicalis 53,7%. **Discussão:** Os pacientes estão

em sua maioria na idade escolar e apresentam elevada taxa de sensibilização alérgica ao TCP. Os sintomas clínicos de rinite aparecem na quase totalidade dos pacientes sugerindo que rinite seja a principal comorbidade associada à asma. Os ácaros aparecem como o principal aeroalérgeno envolvido na sensibilização alérgica, como mostram também dados da literatura nacional. A história familiar de alergia sugere um caráter genético da asma nestes pacientes. Concluimos que dentre os pacientes asmáticos estudados a maioria tem atopia e maior prevalência dos ácaros como aeroalérgeno, sugerindo um fenótipo de asma persistente para estes pacientes.

PO.004 EXPERIÊNCIA COM OMALIZUMABE EM AMBULATÓRIO PÚBLICO DE ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE.

CAROLINA LIMA DIAS DE CARVALHO¹; **GUILHERME FREIRE GARCIA²;** **FLÁVIO MENDONÇA ANDRADE DA SILVA³**

1,2.SANTA CASA E CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE; OMALIZUMABE; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: Em 5% dos pacientes com asma, o controle da doença não é obtido, apesar de tratamento adequado. Uma parcela destes é formada por pacientes que, mesmo sob uso regular por 6 meses de doses máximas de medicação adequada e ajustada ao nível de gravidade clínica (acima do passo 4 do GINA) permanecem sem controle adequado de seus sintomas. Omalizumabe é uma droga indicada como terapia adicional. **Objetivo:** Descrever o impacto do tratamento com Omalizumabe no pico de fluxo expiratório (PFE), os questionário ACT (asthma control test), AQLQ (asthma quality of life questionnaire) e eventos adversos um ano antes e um ano após o uso desse medicamento em quatro pacientes. **Material e Método:** Acompanhamos por um ano quatro pacientes do ambulatório de asma, que preencheram os critérios de ADC conforme consenso Latino Americano de Asma de Difícil Controle e para uso de Omalizumabe. O medicamento foi adquirido por meio de ações judiciais em todos os casos. Foram monitorizados mensalmente o pico de fluxo expiratório, os questionário ACT e AQLQ e eventos adversos. **Resultados:** Houve um aumento significativo nos valores dos testes de qualidade de vida (aumento do AQLQ > 0,5) e controle da asma (ACT>2), porém sem aumento consistente do PFE. Uma paciente apresentou evento adverso de confusão mental após cada aplicação de Omalizumabe, com reversão espontânea em 24 horas, recebendo a medicação internada. **Conclusão:** O Omalizumabe é uma droga que melhorou os questionários de qualidade de vida dos pacientes, porém, não observamos melhora consistente no PFE. É uma opção importante para uma parcela de pacientes asmáticos, sendo desejável o acesso à droga por protocolo em centros de referência. **Referências bibliográficas:** Consenso Latino Americano Sobre Asma de Difícil Controle.

Atualização 2008. Asma de Difícil Controle. Roberto Stirbulov. Editora Guanabara Koogan.

PO.005 O IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO REGULAR NO CONTROLE DA ASMA

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA¹; GUSTAVO GÖSSLING²; GILBERTO COSTA BORGES³; KHARINA MOREIRA DIAS⁴; LÍLIAN LEÃO ARAIS⁵

1.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EVOLUÇÃO; AMBULATÓRIO

O seguimento de pacientes com asma é um ícone importante no manejo da doença. A revisão clínica e funcional periódica com orientações ajustadas ao controle da doença gera melhores resultados. Assim, do torna-se essencial a orientação o acompanhamento desses pacientes. **Objetivos:** Avaliar o controle da asma durante o período de 1 ano em um grupo de pacientes ambulatoriais em relação às idas à emergência, ao intervalo entre as crises, aos sintomas noturnos e às hospitalizações, comparado ao ano anterior ao início do acompanhamento ambulatorial **Métodos:** Incluímos pacientes adultos do ambulatório do Programa de Asma do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A história clínica do ano anterior ao acompanhamento foi avaliada através de um questionário. As informações analisadas foram as seguintes: história prévia do paciente, hospitalizações no ano anterior, idas à emergências, frequências de crises e de sintomas noturnos. Esses dados foram comparados aos registros obtidos por meio de tabela preenchida mensalmente durante 1 ano de seguimento. **Resultados:** O grupo de análise ficou constituído de 52 pacientes, 82,7% mulheres e 17,3%, homens, sendo 43% portadores de asma leve; 23%, de asma moderada e 34%, de asma grave. A maioria dos pacientes (52%), teve sua asma iniciada após os 20 anos. Dentre todos, 28 (54%) já haviam estado hospitalizados, e a média de idas à emergência era de 2 vezes por mês, o despertar noturno ocorria 2 vezes ou mais na semana em 69% e as crises de asma eram diárias em 39% dos pacientes. Após o ingresso no ambulatório, houve redução estatisticamente significativa das hospitalizações ($p < 0,001$), das idas à emergência ($p < 0,001$), dos despertares noturnos ($p < 0,05$) e aumento do intervalo entre as crises ($p < 0,05$). Durante o último ano de acompanhamento ambulatorial, 21% dos pacientes hospitalizaram e a média de idas à emergência foi de 0,06 por mês. O despertar noturno não ocorreu nenhuma vez durante o ano em 41% dos pacientes e apenas 6% os pacientes tiveram despertares noturnos pelo menos uma por mês. As crises, em 59% dos pacientes, apresentaram intervalos mensais ou maiores. **Conclusão:** A melhora significativa no curso evolutivo da asma, com redução das crises, hospitalizações, idas à emergência

e despertares noturnos, sugere um efeito positivo de um plano ambulatorial composto de educação e controle regulares.

PO.006 FUNÇÃO PULMONAR: UM ELEMENTO ESSENCIAL NA AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM ASMA

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA¹; GILBERTO COSTA BORGES²; GUSTAVO GÖSSLING³; KHARINA MOREIRA DIAS⁴; LÍLIAN LEÃO ARAIS⁵

1.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FUNÇÃO PULMONAR; ASMA; AMBULATÓRIO

Introdução: A educação na asma tem como objetivo otimizar a qualidade de vida dos pacientes e a compreensão da doença. A melhora das condições ventilatórias é um marcador objetivo da resposta ao tratamento. **Objetivos::** Avaliar a evolução em um ano das condições ventilatórias em um grupo de pacientes adultos participantes do ambulatório de Educação em Asma do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Métodos:** Em uma amostra de pacientes ambulatoriais, avaliamos a Capacidade Vital (CV), o VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) e a variação do VEF1 e da CV com o broncodilatador (BD), todos retirados de espirometrias realizadas antes do ingresso no programa e após 12 meses de seguimento, com consultas e orientação. A intensidade do DVO (distúrbio ventilatório obstrutivo) foi classificada de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Função Pulmonar de 2002. **Resultados:** O grupo de 68 pacientes (10 homens e 58 mulheres), com média de idade de $48,2 \pm 15,2$ anos, apresentava 14 exames normais e 54 com DVO: 25 leves, 15 moderados e 14 graves na avaliação inicial. Na avaliação final tínhamos 22 exames normais e 46 com DVO (22 leves, 16 moderados e 8 graves). Na primeira espirometria, o valor médio da CV foi 2494 ± 848 ml (76,4% do previsto), do VEF1 foi 1686 ± 723 ml (62,3% do previsto) e a variação com o BD foi 309 ± 272 ml na CV e 287 ± 211 ml no VEF1. Na espirometria final, o valor médio da CV foi 2706 ± 825 ml (84,2% do previsto), do VEF1 foi 1852 ± 736 ml (69,9% do previsto), e a variação com o BD foi 186 ± 263 ml na CV e 227 ± 221 ml no VEF1. Comparando os dois exames, observamos que houve aumento de 212 ± 419 ml na CV ($p < 0,001$) e de 166 ± 369 ml do VEF1 ($p < 0,001$) e redução da variação com o BD de 59 ± 252 ml ($p = 0,05$). Na distribuição do DVO houve deslocamento entre as graduações com redução no número de graves ($p = 0,004$). **Conclusão:** Observamos melhora da função ventilatória nos pacientes asmáticos com aumento da CV, do VEF1 e redução da responsividade ao BD. Mesmo na persistência da obstrução, houve melhora no grau do DVO.

PO.007 USO DO PEDÔMETRO NA AVALIAÇÃO DA DISTÂNCIA PERCORRIDA NO TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS.

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA¹; THIAGO BICCA ALVES²; PAULO ROBERTO SANCHES³; ANDRÉ FROTTA MULLER⁴; LÍLIAN LEÃO ARAIS⁵; DANTON PEREIRA SILVA JUNIOR⁶

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

PALAVRAS-CHAVE: PEDÔMETRO; TESTE DA CAMINHADA; DISTÂNCIA PERCORRIDA

O teste da caminhada de 6 minutos (TC6M) é um teste de exercício submáximo utilizado para avaliação funcional respiratória dinâmica. Avalia a distância caminhada, frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC) e a oximetria de pulso (SpO₂), de forma não invasiva. A distância é medida geralmente através da contagem dos metros caminhados, mas também pode ser avaliada através do número de passos. **OBJETIVO:** Avaliar a distância percorrida no TC6M utilizando a contagem de metros e de passos. **Métodos:** Foi adaptado um pedômetro ao pé dos pacientes submetidos ao TC6M na Unidade de Fisiologia Pulmonar do HCPA no período de outubro a novembro de 2010. O monitoramento da FC, SpO₂ e distância caminhada foram simultâneos por telemetria. A contagem de passos foi obtida a partir da leitura do pedômetro, retirado do paciente ao final da caminhada. **Resultados:** Foram incluídos 139 pacientes, sendo 70 mulheres e 69 homens, com idade de 52±14 anos. Não houve diferença significativa nas variáveis entre homens e mulheres. Os pacientes foram divididos em 3 grupos em função do IMC: 16-25Kg/m² (58), 25-30Kg/m² (44) e acima de 30Kg/m² (37). Não houve diferença significativa na quantidade de passos (1351±250, 1353±265 e 1331±287) e na distância caminhada (485±89, 454±80 e 451±82m) entre os grupos. A distância caminhada apresentou uma correlação significativa moderada com a quantidade de passos (r=0,405 p=0,001). **Conclusão:** A avaliação do número de passos no TC6M é uma opção alternativa, sendo possível utilizar este método para o controle domiciliar da distância caminhada.

PO.008 QUIMIOTAXIA E ADESÃO DE EOSINÓFILOS PERIFÉRICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASMÁTICOS COM E SEM OBESIDADE.

MILENA BAPTISTELLA GRÖTTA; JOSE DIRCEU RIBEIRO; SILVIA DE BARROS MAZON; ADYLEIA APARECIDA DALBO CONTRERA TORO; DALIZE SQUEBOLA; EDSON ANTUNES UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EOSINÓFILOS; OBESIDADE; ASMA

Introdução: A prevalência da obesidade e da asma têm aumentado muito durante as últimas décadas. Investigações atuais sugerem que a obesidade está associada à asma em numerosos estudos. Parece que a obesidade representa um fenótipo único da asma. Os mecanismos pelos quais a obesidade interfere nos sintomas da asma ainda são controversos. O objetivo deste trabalho foi avaliar a quimiotaxia e adesão dos eosinófilos em crianças e adolescentes asmáticos atópicos com e sem obesidade. **Métodos:**

Incluídos 32 asmáticos obesos e não obesos e 5 não obesos e não asmáticos (saudáveis). Colhido sangue periférico para isolamento de eosinófilos realizado através do gradiente de Percoll seguido de separação imunomagnética. Para quimiotaxia foi utilizada câmara de microquimiotaxia com 48 poços em triplicata com MEM (espontânea), eotaxina, PAF (fator de agregação plaquetária) e RANTES (*regulated on activation, normal T cell expressed and secreted*). Leitura através de filtro com contagem em microscópio óptico. A adesão foi realizada com placas de fibronectina em triplicata com MEM e eotaxina. Leitura através da absorbância das amostras desconhecidas com as da curva padrão de células. **Resultado:** Na quimiotaxia espontânea, com eotaxina e PAF o número de eosinófilos aumentou significativamente no grupo dos asmáticos obesos em relação aos não obesos e saudáveis (p<0,05). Em resposta ao RANTES houve aumento entre o grupo dos asmáticos obesos e saudáveis (p<0,05). A adesão espontânea dos eosinófilos e com estímulo da eotaxina houve aumento significativo entre os grupos dos asmáticos obesos e saudáveis (p<0,05). **Conclusão:** Este é o primeiro estudo a demonstrar um aumento da atividade eosinofílica (quimiotaxia e adesão) em crianças e adolescentes obesos asmáticos atópicos em relação aos não obesos e aos voluntários saudáveis. A obesidade aumentou a quimiotaxia e adesão dos eosinófilos em crianças e adolescentes asmáticos atópicos. Não sabemos até o momento qual a via de sinalização da cascata inflamatória envolvida nesse processo.

PO.009 CONTROLE DA ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS EM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA ASMA

MARIANA FERREIRA MEIRELES; NAYANE SANTOS PINTO; SONAYRA BRUSACA ABREU; STEFANE SANTOS JESUS; MARCIANA SILVA CONSTANCIO; MARCELA TAISA DE OLIVEIRA LEITE; FLORENIR GLÓRIA DA SILVA PAES; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; PROGRAMAS; CLASSIFICAÇÃO

Introdução: O principal objetivo do manejo da asma é a obtenção do controle das manifestações clínicas e funcionais da doença. Visto isso, o Programa de Assistência ao Paciente Asmático estabelece medidas para manter os pacientes que compõem o programa livres de sintomas ou com o mínimo de manifestações clínicas, a fim de melhorar sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a eficiência do Programa de Assistência ao Paciente Asmático do Hospital Universitário Presidente Dutra na prestação de serviço aos doentes ao comparar o grau de controle da asma antes (quando não faziam tratamento específico) e após a participação dos mesmos neste programa de educação em asma. **Material e Métodos:** Realizou-se estudo transversal, retrospectivo com 78 pacientes. 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 frequência dos sintomas diurnos e noturnos; grau de limitação das atividades; presença de exacerbações no último mês e medida

do Pico de Fluxo Expiratório (PFE). **Resultados:** Do total de 78 pacientes, 33 (42%) possuíam, na primeira consulta, PFE < 60% do previsto, 21 (27%) pacientes possuíam PFE ≥60% e <80% do previsto e 24 (31%) possuíam PFE ≥80%. A classificação destes pacientes ao final da primeira consulta foi a seguinte: 34 (43%) pacientes classificados como tendo asma grave, 28 (36%) com asma moderada, 13 (17%) com asma leve e 3 (4%) com asma intermitente. Avaliando-se os prontuários da última consulta após mais de 2 anos de terapia específica instituída, observou-se que 21 (27%) dos 78 pacientes possuíam PFE < 60% do previsto, 25 (32%) possuíam PFE ≥ 60% e < 80% do previsto e 32 (41%) possuíam PFE ≥ a 80%. A classificação ao final da consulta foi a seguinte: 6 (8%) pacientes com asma grave, 54 (69%) com asma moderada e 18 (23%) com asma leve. Quanto ao grau de controle, pôde ser observado que 36 (46%) pacientes estavam controlados, 32 (41%) estavam parcialmente controlados e 10 (13%) estavam não controlados. **Discussão e Conclusão:** Observa-se então que houve substancial redução do número de casos de pacientes antes classificados como asma grave e aumento do número de casos de asma leve (de 43% para 8% e de 17% para 23%, respectivamente). Houve redução em 15% do número de pacientes com PFE<60% e aumento de 10% no número de pacientes com PFE>80%. O programa conseguiu direcionar diferentes estratégias de manejo da asma para que o estado de controle fosse alcançado na maioria dos pacientes, mostrando-se eficiente quando o assunto é tratamento e educação em asma.

PO.010 RESPIRANET – EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL À DISTÂNCIA SOBRE A ASMA

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA¹; ERNO HARZHEIM²; KARINE MARGARITES LIMA³; ESMERALDO TIAGO EZEMBRO⁴; SOTERO SERRATE MENGUE⁵

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

PALAVRAS-CHAVE: RESPIRANET; ASMA; TELESSAÚDE

Introdução: A asma é uma causa importante de morbidade e internações hospitalares e os protocolos auxiliam o manejo da doença, mas eles não tem sido suficiente para mudar o comportamento médico e melhorar resultados clínicos. Propomos um programa de educação profissional à distância através do TelessaúdeRS, com ênfase em intervenções multifacetadas para qualificar o cuidado dos pacientes asmáticos. O TelessaúdeRS é um projeto de educação à distância e suporte assistencial às equipes de Saúde da Família (SF) do interior do Rio Grande do Sul (RS), financiado pelo Ministério da Saúde, com quatro anos de atividades e mais de 6.500 teleconsultorias realizadas. **Objetivo:** Avaliar a efetividade das intervenções educativas multifacetadas à distância sobre o cuidado da asma dirigidas aos profissionais de saúde das equipes de SF do RS. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado por cluster com seguimento de 6 meses. Participarão do estudo todos os profissionais da ESF que atuam nas unidades de SF selecionados e os pacientes entre 6 a 45 anos, com

diagnóstico de asma. A unidade de randomização será o município para evitar a contaminação entre os profissionais. Os municípios serão alocados em dois grupos, intervenção educativa à distância ou cuidado usual. Os profissionais da SF selecionados para intervenção participarão de atividades educativas multifacetadas, incluindo apresentações didáticas online com múltiplos formatos, estudo de casos interativos, acesso a consultorias através de e-mail ou videoconferência e distribuição de material didático por 4 meses. Desfechos serão avaliados por questionário padronizado aplicado antes da intervenção educativa e 6 meses após. Os desfechos dos pacientes serão avaliados pela sobrecarga dos sintomas, através do relato do paciente e/ou cuidador da proporção de dias em que estão presentes os sintomas de asma nas últimas 2 semanas (14 dias), número de consultas não programadas devido a asma (exacerbações) e número de hospitalizações por asma no período de 6 meses. **Resultados:** O estudo está em andamento há 3 meses. Foram selecionados 38 municípios (com 71 equipes de saúde da família) e 461 pacientes com asma. Estes realizam acompanhamento nestas equipes e já foram entrevistados. A média de pacientes por município foi de 11 e a randomização foi realizada por municípios: 19 municípios com 218 pacientes foram randomizados para o grupo intervenção. O material educativo foi enviado e as videoconferências são realizadas semanalmente. **Conclusão:** É uma proposta de qualificação do cuidado aos pacientes com asma nos municípios do interior do RS assistidos pelas equipes de SF e a implantação de soluções de telemática e teleeducação de baixo custo.

PO.011 ASSOCIAÇÃO ENTRE ASMA NÃO CONTROLADA E DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE)

RICARDO DA SILVA LIBÓRIO; MYLENE DOS SANTOS LEITE; PAULA CRISTINA ANDRADE ALMEIDA; ANA CARLA CARVALHO COELHO; LOURDES ALZIMAR MENDES CASTRO; ADELMIRO SOUZA-MACHADO; ALVARO AUGUSTO CRUZ
PROAR - NÚCLEO DE EXCELÊNCIA EM ASMA DA UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; DRGE; CONTROLE

Introdução: O principal objetivo do tratamento do paciente asmático é o controle dos sintomas. A ausência de controle dos sintomas durante o tratamento pode estar relacionada à presença de co-morbidades tais como a rinossinusite, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), depressão e obesidade. **Objetivos:** i) Determinar a frequência de DRGE em pacientes com asma grave em um centro de referência para asma na Bahia; ii) avaliar a existência de associação entre DRGE e falta de controle da asma. **Métodos:** Foram selecionados 469 asmáticos graves (GINA 2007) admitidos na Central de referência do Programa para o Controle da Asma na Bahia (ProAR) entre o período de agosto de 2008 a dezembro de 2010. Todos os pacientes foram submetidos a avaliação clínica, antropometria, consultas farmacêuticas e de enfermagem. Os pacientes realizaram espirometrias, testes alérgicos cutâneos, radiografias de tórax e avaliações complementares para identificar

comorbidades. DRGE foi definida na presença de sintomas de pirose e/ou regurgitação ácida com frequência mínima de duas vezes por semana por no mínimo 4 a 8 semanas e resposta ao tratamento com Omeprazol 40mg/dia durante 12 semanas. Para aferir o controle da asma, utilizou-se o Asthma Control Questionnaire na versão com 6 questões (ACQ-6), validado para o português do Brasil. Escores do ACQ > 1,5 indicam asma não controlada. **Resultados:** Foram selecionados 469 pacientes, 395 (84,2%) eram mulheres, 421 (89,7%) afrodescendentes, média de idade de 49,7 anos (DP= 14,3), IMC médio de 28,7 (DP= 5,76), tempo médio dos sintomas de asma de 32 anos (DP= 16,38) e 288 (61,4%) possuíam renda familiar menor que 2 salários mínimos. Duzentos e cinco (43,7%) pacientes tiveram o diagnóstico clínico de DRGE. Com relação ao controle da asma, 145 pacientes (30,9%) foram classificados como portadores de asma não controlada. A asma não controlada foi encontrada em 41,2% dos pacientes com DRGE e apenas em 23,5% dos pacientes sem DRGE (RP= 1,75). **Discussão e Conclusão:** avaliamos a frequência da DRGE e a relação com o controle da asma em um numero expressivo de pacientes com asma grave, acompanhados em uma coorte ambulatorial por vários anos. A frequência de DRGE observada neste subgrupo entre asmáticos graves não controlados foi superior à observada na população geral (10 a 20%) enquanto entre os asmáticos controlados isso não foi observado.

PO.012 INCIDÊNCIA DE ASMA E OBESIDADE EM MULHERES NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

SONAYRA BRUSACA ABREU¹; LUIZ GONZAGA PEREIRA JÚNIOR²; AMANDA BATALHA PEREIRA³; ALINE ALMEIDA BASTOS⁴; BRUNO ROCHA VELOZO⁵; MARIANA FERREIRA MEIRELES⁶; FLORENIR GLÓRIA DA SILVA PAES⁷; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA⁸

1,2,3,4,5,6,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS, MA, BRASIL; 7.CENTRO UNIVERSITÁRIO DO MARANHÃO - UNICEUMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; OBESIDADE; MULHERES

Introdução: Asma e obesidade representam problemas de saúde pública, sendo a obesidade fator de risco para a asma. A asma é doença inflamatória crônica com hiperresponsividade das vias aéreas e limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou não. A obesidade é definida como um acúmulo excessivo de tecido adiposo em decorrência de um aporte calórico excessivo e crônico de substratos. Quanto ao gênero, observam-se obesidade e asma principalmente em mulheres pós-púberes. Mulheres com IMC > 30 têm um risco 1,8 vezes maior de ter asma que as não obesas. **Objetivos:** Identificar a prevalência de obesidade em mulheres participantes do Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA). **Métodos:** Estudo transversal do tipo observacional em pacientes do PAPA com diagnóstico de asma segundo as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo de Asma. Foram consideradas obesas pacientes que apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30, sendo que de 30 a 34,9 foram consideradas obesas tipo I;

35 a 39,9 obesas tipo II e acima de 40 obesas tipo III. **Resultados:** Foram estudadas 244 mulheres de 19 a 83 anos com uma média de 49,65±14,52 anos. Através da análise do IMC detectou-se que 189 (77,46%) não eram obesas, 40 (16,39%) tinham obesidade tipo I, 12 (4,92%) obesidade tipo II e 3 (1,22%) obesidade tipo III. Quanto a gravidade da asma observou-se que do grupo das não obesas, 7 (3,7%) apresentavam asma intermitente; 33 (17,46%) asma leve e 149 (78,84%) asma de moderada a grave. No grupo das obesas tipo I, 1 (2,5%) apresentava asma intermitente, 4 (10%) asma leve e 35 (87,5%) asma de moderada a grave. Naquelas com obesidade tipo II ou III, 100% apresentavam asma moderada a grave. **Discussão:** A prevalência de obesidade foi de 22,53% o que está de acordo com a prevalência estimada em mulheres independente da coexistência de asma. Pelotas encontrou o valor de 25% assim como Monteiro valor de 19,9% de mulheres obesas no Brasil. Quando analisado a gravidade houve predominância de mulheres com asma grave a moderada, o que vai contra a literatura que aponta ser a asma leve a mais prevalente. O PAPA, no entanto, é um programa voltado especialmente para o controle de asma moderada a grave. Observa-se que mulheres com obesidade tipo II ou III apresentam maior gravidade de asma. Possíveis mecanismos para isso seriam o aumento da massa abdominal e da parede torácica acarretando redução da capacidade residual funcional, padrão respiratório com alta frequência e redução do volume corrente em obeso; ação de substâncias como citocinas, quimiocinas e certos hormônios que são encontrados em maior proporção em obesos e podem afetar a função da via aérea. **Conclusão:** A incidência de obesidade em mulheres asmáticas é a mesma de mulheres não asmáticas. A presença de obesidade, no entanto, nessas mulheres contribui para maior gravidade da doença. Isso indica que o estímulo para a redução de peso nesse grupo pode ser mais um artifício para o controle de asma.

PO.013 RELAÇÃO ENTRE ASMA BRÔNQUICA E ATOPIA EM PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO (PAPA) DE SÃO LUÍS - MA

DOUGLAS RIBEIRO GOMES; GABRIELA CIRQUEIRA DE SOUZA BARROS; BYANKA TELES MENEZES; MARIANA AZEVEDO SOUSA; DIOGO FONTES SANTOS; AMANDA CASTRO BARROS; JÚLIA BRANDÃO DE PAIVA TEIXEIRA CUSTÓDIO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ATOPIA; IMUNOLOGIA

Introdução: A asma brônquica é uma doença crônica das vias aéreas caracterizada por obstrução reversível do fluxo aéreo, inflamação, hiper-reatividade traqueal e brônquica, sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse. Na maioria dos casos, ela se manifesta por reações imunológicas, quando o contato com o antígeno ocasiona a produção de anticorpos da classe IgE, sendo mais pronunciada em pessoas atópicas, originando os sintomas já mencionados após novo contato com o alérgeno. A asma também pode ser

desencadeada por mecanismos não imunológicos, como o exercício físico, fatores emocionais e infecções respiratórias. **Objetivo:** Analisar a relação entre asma brônquica e atopia, com a prevalência de atopia em pacientes com diagnóstico de asma. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo de 190 prontuários de pacientes com diagnóstico de asma brônquica admitidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) em São Luís – MA. Foram selecionadas as primeiras fichas de atendimento de cada paciente para a identificação das seguintes variáveis: diagnóstico de asma, reação atópica e fatores que desencadeiam essa reação. **Resultados:** Dos 190 pacientes analisados, 37,36% deles apresentavam atopia. Dos atópicos, 39,43% (28) manifestam atopia a medicamentos, 10,5% (20) a picada de insetos, 52,11% (37) a algum tipo de alimento, 1,4% (1) a causa não foi identificada. Dentre os alimentos que causaram a reação, o camarão foi responsável por 10,8%, seguido de mariscos (8,1%) e peixes (5,4%). Quanto aos medicamentos, os principais desencadeantes de reação atópica foram dipirona (14,28%), diclofenaco (10,71%) e AAS (7,14%). **Discussão:** De acordo com os resultados obtidos, observou-se que a prevalência de atopia em pacientes com diagnóstico de asma brônquica foi de 37,36%, uma prevalência menor que a descrita na literatura (superior a 50%). Os alimentos foram a primeira causa de reação atópica nesses pacientes. No entanto, a dipirona, isoladamente, foi o fator que mais desencadeou atopia. Quanto às classes medicamentosas, a que causou reação atópica em um maior número de pacientes foi a dos anti-inflamatórios não esteroides (inibidores não seletivos da cicloxigenase). **Conclusão:** Em pacientes que iniciaram o tratamento de asma no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA), não foram identificadas altas prevalências de atopia, sendo que a atopia a alimentos e medicamentos, em especial a dipirona, assumem papel de destaque. Dos fatores alimentares, a maior quantidade de alergias está relacionada ao camarão. Dos fatores listados, todos podem ser evitados pelo paciente, evidenciando a importância no seu conhecimento e atenção.

PO.014 TRATAMENTO ALTERNATIVO PARA ASMA

STEFANE SANTOS JESUS; FRANCISCO DAS CHAGAS COSTA; BYANKA TELES MENEZES; DIOGO FONTES SANTOS; EMANUELLE ALMEIDA DOS SANTOS; JULIANA GONÇALVES DOS SANTOS; CAROLINA DE SOUZA GALVÃO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA
UFMA, SÃO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRATAMENTO; ALTERNATIVO; ASMA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade brônquica e inflamação, com limitação variável ao fluxo aéreo, e sinais clínicos de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse por causa da constrição dos brônquios pela hiperreatividade alérgica. Está ligada ao fator genético e hereditariedade, interagindo com alérgenos e irritantes ambientais. Seu tratamento se baseia no uso de β -agonistas de curta e longa duração de efeito broncodilatador e corticóides. **Objetivo:** Este trabalho visa expor formas alternativas

de tratamento para asma. **Métodos:** foi realizada uma revisão bibliográfica com busca ativa de fontes literárias, artigos e endereços eletrônicos sobre formas alternativas de tratamento para asma. **Resultados:** Pesquisadores da UFMA realizaram um estudo para desenvolver novos medicamentos a partir de substâncias naturais e diminuir os efeitos colaterais dos corticóides. Duas formas foram estudadas: Própolis e plantas medicinais, como Assa Peixe. A própolis, substância resinosa obtida pela mistura de néctar com saliva das abelhas, tem o poder de inibir a infiltração de células inflamatórias nos pulmões, pois tem ação antiinflamatória, e pode ser usado por via oral. Na fitoterapia, é usada a Tintura de Assa Peixe, ou Vernoinia ruficoma, cultivada no herbário Ático Seabra da Universidade Federal do Maranhão, com infusão das folhas em álcool vegetal durante 15 dias e produzido chá a partir das folhas. **Discussão e Conclusão:** É importante o uso de medicamentos naturais pelo fato de buscar a diminuição de efeitos colaterais dos corticóides, como dermatite perioral, disfonia, interferência no eixo hipófise-supra-renal, intolerância a glicose, osteoporose, adelgaçamento da pele, estrias, acne, catarata, ganho de peso e retardo do crescimento em crianças.

PO.015 INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES ASMÁTICAS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

FLORENIR GLÓRIA DA SILVA PAES¹; SONAYRA BRUSACA ABREU²; MARIANA FERREIRA MEIRELES³; MARCIANA SILVA CONSTANCIO⁴; ALCIMAR NUNES PINHEIRO⁵

1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2,3,4,5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: asma; incontinência urinária; mulheres

Introdução: A incontinência urinária (IU) definida pela Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society - ICS) como “perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico” acomete milhões de pessoas de todas as idades, principalmente as do sexo feminino. Dentre suas formas clínicas, destaca-se a incontinência de esforço em que a perda ocorre quando há aumento da pressão intra-abdominal em atividades como tossir, rir, levantar objetos ou fazer esforço físico. Dentre os fatores apontados pela literatura, doença pulmonar que cursa com tosse, como a asma, pode ser um fator agravante para a incontinência urinária, uma vez que a tosse constante provoca danos aos tecidos de sustentação da uretra e da vagina além de causar um aumento da pressão intra-abdominal em relação à pressão uretral. Apesar dessa possível causalidade, existem poucos estudos que correlacionam asma e incontinência urinária. **Objetivos:** Verificar a incidência de incontinência urinária em mulheres asmáticas. **Métodos:** Estudo transversal observacional através da aplicação do questionário “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF) em 285 mulheres que participam do Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA). Esse questionário contém informações como:

frequência da perda urinária, quantidade de urina que é perdida, bem como o tempo e as circunstâncias da perda urinária. Nesse instrumento, há uma escala tipo Likert que avalia o quanto a incontinência urinária interfere na vida diária das pessoas, cuja pontuação varia de zero a dez, sendo que zero interfere pouco na vida da pessoa e dez, muito. Incontinência de esforço (IUE) foi definida como perda involuntária de urina ao tossir, espirrar ou fazer esforço físico. **Resultados:** Foram entrevistadas 285 mulheres com faixa etária de 19 a 95 anos e uma média de 49,89 anos. Dessas 132 apresentavam IUE, sendo que, 73 afirmaram perder urina uma vez ou menos por semana; 28 perdem urina 2 ou 3 vezes por semana; 11 perdem urina uma vez ao dia; 43 perdem urina diversas vezes ao dia e 1 mulher afirmou perder urina o tempo todo. Quanto à quantidade, 118 afirmaram que perdem uma pequena quantidade de urina; 34 moderada quantidade e 3 grande quantidade de urina. Na escala Likert, 213 não consideravam que a perda de urina interferiria na vida diária atribuindo nota mínima; 32 atribuíram nota máxima a interferência de urina na vida e as demais notas intermediárias. **Discussão:** A presença de IU de esforço foi de 46,32%, enquanto que em estudo brasileiro de Feldner, quando considerada a queixa clínica, a prevalência da IUE foi de 36%. A maioria apresentou perda de urina apenas uma vez ao dia e em pouca quantidade e 11,23% afirmam a interferência máxima disso na sua vida. **Conclusão:** A incontinência urinária de esforço é mais prevalente em mulheres asmáticas do que na população geral. Parcela considerável dessas mulheres sente-se afetada ao máximo por essa afecção.

PO.016 QUINZE ANOS DE EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO (PAPA) SÃO LUÍS-MA

LUCAS SANTANA PASSOS; HÉNDERSON FONTES DE SOUSA; MARCELA TAISA DE OLIVEIRA LEITE; CAROLINA DE SOUZA GALVÃO; MARCIANA SILVA CONSTANCIO; STEFANE SANTOS JESUS; JIMMY HALEX MENDES LAGO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EDUCAÇÃO; ASMA; ENSINO

Introdução: A asma é uma patologia inflamatória crônica, na qual as vias aéreas inferiores sofrem limitação ao fluxo aéreo devido à hiperresponsividade brônquica, que não tem apresentado redução em sua morbimortalidade, apesar dos avanços no conhecimento da doença e terapêutica. Os pacientes geralmente tratam seus sintomas na fase aguda da doença e manejam de forma incorreta o período intercrise, levando-os a buscar repetidamente os serviços de emergência. O Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) surgiu em 1996 como um programa de atendimento multidisciplinar, de assistência e educação para adultos asmáticos. **Objetivos:** O PAPA tem o objetivo de educar os pacientes asmáticos em relação ao automanejo de sua doença, uso das medicações, controle dos sintomas, objetivando minimizar a necessidade de serviços de emergência e hospitalizações, melhorando a qualidade de vida

dos participantes. **Métodos:** Há uma equipe multidisciplinar composta por: médicos pneumologistas, enfermeiras, fisioterapeuta e estudantes de medicina e enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). A educação se processa nas consultas médicas e nas pré-consultas e pós-consultas de enfermagem e nas palestras periódicas para os pacientes, onde são distribuídos materiais didáticos, e abordados tópicos relacionados aos sintomas, fatores desencadeantes e tratamento. Na primeira consulta é realizada anamnese e exame físico completos. A avaliação laboratorial baseia-se no perfil atópico (hemograma, IgE sérica), funcional (espirometria e pico de fluxo) e infeccioso (RX de tórax). As consultas são periódicas a cada três meses. São realizados em torno de 400 atendimentos/mês ambulatório **Resultados:** Observamos redução do número de crises, melhor conhecimento da doença, redução das idas à emergência e um aumento da capacidade física as atividades diárias. O PAPA, ativo desde 1996, possui hoje em torno de 1300 pacientes que são atendidos de forma regular, com média de idade de 48,7 anos. No grupo, 72% dos pacientes são do sexo feminino, 65% só têm 1º grau, e 74% recebiam menos de dois salários mínimos. Em 66% a asma iniciou antes dos 18 anos e 69% já estiveram hospitalizados. Pacientes oriundos da capital do Estado representam 82,7%, seguidos de 17,1% vindos do interior do Estado e apenas 0,2% de outros estados **Conclusão:** A maioria dos pacientes que participa do PAPA são mulheres de meia-idade, procedentes da capital do Estado, de baixa renda. O PAPA, com sua equipe multidisciplinar, fornece ao paciente uma melhor compreensão da doença e de seu manejo, melhorando sua qualidade de vida. Proporciona a integração do aluno em uma equipe de atenção a pacientes do SUS, oferece excelente campo de ensino-aprendizado que contempla o paciente, de uma forma global e permite ao aluno vivenciar os resultados de uma interferência médica, num atendimento continuado.

PO.017 PREVALÊNCIA DE CO-MORBIDADES EM PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES ATENDIDOS NO PAPA (PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO)

HÉNDERSON FONTES DE SOUSA; LUCAS SANTANA PASSOS; JULIANA GONÇALVES DINIZ DOS SANTOS; EVALDO CÉSAR MACAU FURTADO FERREIRA; LUIZ GONZAGA PEREIRA JÚNIOR; AMANDA BATALHA PEREIRA; BRUNO ROCHA VELOZO; ALCIMAR NUNES PINHEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CO-MORBIDADES; CORTICÓIDE

Introdução: O tratamento da asma brônquica grave se baseia no uso de corticóides tanto inalatórios, quanto sistêmicos. Embora mais de 90% dos pacientes respondam ao uso regular de corticóides inalados, uma pequena proporção constituída por doentes com asma grave, necessita de suplementação oral diária ou em dias alternados. Entretanto, esta classe de medicamentos possui efeitos adversos conhecidos e que estão presentes em muitos pacientes portadores de asma brônquica. Quanto aos efeitos sistêmicos, os

mais relatados são a interferência no eixo hipófise-suprarrenal, intolerância à glicose, osteoporose, hipertensão arterial, glaucoma, estrias, acne e, em crianças, o retardo no crescimento. Disto, há uma real necessidade de estudar a presença de algumas doenças que podem estar associadas à asma, ou serem decorrentes do uso crônico de corticóide sistêmico, objetivando termos um cuidado ao iniciar e/ou manter a corticoterapia inalatória ou oral seja na manutenção da asma ou na retirada das crises. **Objetivos:** Conhecer a prevalência das co-morbidades dos pacientes com asma grave do PAPA para ponderar o uso racional do corticóide. **Métodos:** Foi feito um levantamento epidemiológico retrospectivo dos dados referentes à co-morbidades, obtidos nos prontuários de primeira consulta de 109 pacientes com asma grave atendidos pelo PAPA em São Luís do Maranhão. **Resultados:** Dos 109 pacientes avaliados, 20 (18,3%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 6 (5,5%) apresentavam osteoporose, 6 (5,5%) apresentavam diabetes mellitus, 2 (1,8%) apresentavam glaucoma e 41(37,6%) apresentavam outras comorbidades menos relevantes no que tange a corticoterapia. **Discussão e Conclusão:** A Hipertensão Arterial e a Osteoporose são as co-morbidades mais presentes nos pacientes asmáticos graves do Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA), relevando assim a importância do cuidado na administração do corticóide oral nestes pacientes, uma vez que podem exacerbar as condições mórbidas preexistentes.

PO.018 FREQUÊNCIA DA EXACERBAÇÃO DA ASMA E DA BUSCA POR ATENDIMENTO MÉDICO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO (PAPA) EM SÃO LUÍS-MA

LUCAS SANTANA PASSOS; HÉNDERSON FONTES DE SOUSA; LUIZ GONZAGA PEREIRA JÚNIOR; EVALDO CÉSAR MACAU FURTADO FERREIRA; ANDRÉ LUIZ DE ARAÚJO MENDES; DIOGO FONTES SANTOS; AMANDA CASTRO BARROSO; ALCIMAR NUNES PINHEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EXACERBAÇÃO; PROGRAMA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica que possui evolução lenta e está sujeita a exacerbações imprevisíveis, podendo tornar-se fonte de estresse e sofrimento ao paciente e seus familiares. Sabe-se que o tratamento adequado é fundamental para que a doença não progrida, embora em muitos casos isto não seja possível devido a má aderência dos pacientes a medicação ou ao seu uso incorreto levando a uma piora da qualidade de vida. O Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) há quinze anos faz o acompanhamento clínico e educacional dos asmáticos de todo o estado do Maranhão visando conseguir um controle eficaz da doença, diminuindo os episódios de exacerbação da asma e conseqüentemente a procura por atendimento em serviços de urgência. **Objetivos:** Avaliar a frequência de pacientes que sofreram exacerbação da asma e mensurar a procura por atendimento médico em serviço de urgência em pacientes atendidos

pelo PAPA num intervalo de tempo de três meses. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal com 114 pacientes participantes do Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) no período de fevereiro a abril de 2011. Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizado aplicado durante a consulta. A classificação da asma foi realizada da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pela IV Diretriz de Manejo da Asma, avaliando-se os sintomas clínicos, crises, uso de BD de alívio e parâmetros funcionais. **Resultados:** Dentre os pacientes avaliados houve maior prevalência do sexo feminino 71,9% (82 pacientes) contra apenas 28,1% (34 pacientes) do sexo masculino. Dos 114 pacientes avaliados, houve predomínio de asmáticos grau persistente moderado (66,7%), seguidos de leves (28,9 %), grave (3,5%) e intermitente (0,9%). No intervalo de 3 meses entre duas consultas consecutivas no ambulatório do PAPA observou-se a presença de exacerbação da asma em 15,78% dos participantes (18 pacientes) contra 84,22% que permaneceram sem exacerbação (96 pacientes). Dos 114 pacientes apenas 8 buscaram atendimento no serviço de urgência (5,5%) contra 106 pacientes que não julgaram necessário (94,5%). Verificou-se também, a partir de um levantamento realizado, que o número de crises que levam a internações hospitalares reduziu significativamente associado a uma melhora da qualidade de vida dos pacientes. **Conclusão:** O PAPA é fundamental para o controle da asma, auxiliando em seu diagnóstico, controle, prevenção e tratamento, reduzindo as exacerbações da doença e a morbimortalidade desses pacientes. O tratamento correto e a orientação para o reconhecimento precoce de sintomas de exacerbação da asma faz com que a procura por serviço de urgência seja reduzida nos pacientes atendidos pelo Programa de Assistência ao Paciente Asmático.

PO.019 CONTROLE DO REFLEXO NASO-BRÔNQUICO EMPREGANDO AZELASTINA EM ASMÁTICOS

NATALIA ZANELATO FABBRI; LUIZ FELIPE NORA ROSA VILELLA; RICARDO DE LIMA ZOLLNER
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; AZELASTINA; FLUXO EXPIRATÓRIO FORÇADO

Introdução: A asma é caracterizada pela obstrução reversível ao fluxo aéreo e é uma das co-morbidades associadas à rinite alérgica (RA). O Reflexo naso-brônquico está diretamente relacionado à disfunção das VA distais, expressa por alteração nos valores de FEF25-75, sendo que o VEF1 pode estar normal. Após provocação nasal com doses progressivas de histamina em pacientes asmáticos observa-se redução progressiva da função pulmonar. **Objetivo:** Avaliar a resposta da função pulmonar após tratamento nasal com azelastina. **Relato de caso:** J.J, sexo masculino, 29 anos, com diagnóstico de asma persistente moderada controlada e rinite alérgica persistente moderada grave, confirmado por teste epicutâneo a aeroalergenos, em uso esporádico de medicação beta agonista. **Métodos:** O protocolo de avaliação

inicial consistiu de espirometria e rinometria acústica, seguido de teste de provocação nasal (TPN) com histamina em concentrações progressivas (0,5; 1; 2; 4; 6 mg/mL). Foram realizadas medidas rinométricas nos tempos 1; 4; 8 e 12 minutos após TPN. A partir da redução de 20% do volume aéreo nasal (PN20) o teste foi considerado positivo e novo exame espirométrico realizado. O paciente foi submetido a 30 dias de tratamento com spray nasal (Cloridrato de Azelastina 1 mg/ml 2 vezes ao dia) e re-submetido ao protocolo de avaliação pós tratamento. **Resultados:** Na avaliação pré-tratamento o paciente apresentou espirometria com CVF e VEF1 >80% e FEF25-75 com valores de 60% do previsto; PN20 com histamina na concentração 1,0 mg/mL promoveu redução nos valores espirométricos: VEF1 (8%) e FEF25-75 (21%). Após tratamento foi obtido PN20 na concentração de 4,0mg/ml de histamina (inicialmente 1mg/mL) com diferença entre valores FEF25-75 inicial e pós TPN de 56%, significando melhora dos fluxos das vias aéreas periféricas. Contudo, VEF1 e CVF se mantiveram inalterados durante as avaliações. **Discussão:** A RA contribui para piora da asma por diferentes mecanismos fisiopatológicos. Nos períodos inter crises, a função pulmonar de pacientes com asma leve pode ser normal em relação a valores de VEF1, entretanto a avaliação de outros parâmetros espirométricos (como FEF25-75) tem demonstrado ser parâmetro de acompanhamento da inflamação que envolve as (VA) de pequeno calibre mesmo na ausência de sintomas. O aumento do FEF25-75 durante a melhora dos sintomas nasais pode ser explicado por fatores ligados às VA distais, incluindo o Reflexo naso-brônquico. Além disso, estudos clínicos demonstraram que o tratamento nasal com anti-histamínico melhora tanto os sintomas de asma quanto a prova de função pulmonar. **Conclusão:** Os resultados mostram a importância do controle da rinoopatia inflamatória e reconhecimento da presença do reflexo-naso-brônquico no acompanhamento da asma.

PO.020 CUSTOS DA ASMA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – BRASIL

NIVALDA DE JESUS DOS SANTOS; ANDRÉIA GUEDES OLIVA FERNANDES; TÁSSIA NATALIE NASCIMENTO; CRISTIANA NEVES VIEIRA; MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA; CAROLINA DE SOUZA-MACHADO; ANA CARLA CARVALHO COELHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CUSTO ; ASMA; BRASIL

Introdução: A asma pode acarretar em grande impacto na vida social e econômica dos pacientes. Exemplos destes possíveis impactos são as internações hospitalares, as visitas ao pronto-socorro, o absenteísmo ao trabalho e escola, a aposentadoria precoce e a morte. O maior gasto do SUS com a asma é decorrente das internações hospitalares. **Objetivo:** identificar os custos da asma no Brasil para o Sistema Único de Saúde decorrente de gastos diretos. **Métodos:** revisão sistemática da literatura nas bases de dados BVS (MEDLINE, LILACS e SCIELO). Os descritores para pesquisa foram: Asma, Custo,

Brasil. Foram coletados artigos publicados no período de 2000 a 2010 em língua portuguesa, espanhola e inglesa, nas bases de dados citadas, com acesso livre por estes sítios. Foram excluídos editoriais, cartas aos leitores e revisões. A análise de conteúdo realizou-se conforme proposto por Bardin. Foram encontrados 17 artigos publicados. Destes, foram excluídos todos os artigos que falassem separadamente de asma, custos, SUS, Brasil ou estivessem relacionados a custos indiretos ou intangíveis. Ao final, incluíram-se 4 artigos. **Resultados:** Os valores gastos do SUS com a asma são maiores nas internações hospitalares, que podem variar em tempo de permanência, frequência e nível de complexidade a depender da região de estudo. O custo médio de uma internação na região metropolitana de São Paulo, a exemplo, é estimado em 415,45 reais. O tratamento adequado concorre para o controle da asma e redução da morbimortalidade, convergendo para uma economia de aproximadamente 387 dólares anuais por paciente ao sistema público. Paralelamente, um aporte financeiro à família na ordem de 18% pode ser observado. Em outro estudo analisado, observou-se a redução nas internações hospitalares em 90% quando os portadores de asma são acompanhados no programa para controle de asma grave, uma redução de 7.000 atendimentos em emergência e 300 internações. O Estudo realizado por Oliveira e colaboradores no qual asmáticos foram submetidos a grupos de intervenção e controle educacional, verificou-se que o custo com internações hospitalares foi maior no grupo não educado para o auto-manejo desta enfermidade. **Conclusão:** Os gastos mais elevados com asma para o Sistema Único de Saúde correspondem às internações hospitalares seguidas das visitas ao pronto-socorro, porém quando os pacientes asmáticos são acompanhados adequadamente, o número de internações e visitas ao Pronto-Socorro podem reduzir significativamente o que concorre diretamente para uma redução nos gastos do Sistema Único de Saúde. **Referências:** PONTE, Eduardo et al. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. *J. Pneumol*, v. 33, n.1, p. 15-19, 2007. FRANCO R et al. Cost-effectiveness analysis of a state funded programme for control of severe asthma. *BMC Public Health*; 7: 82, 2007. SANTOS LA et al. ect costs of asthma in Brazil: a comparison between controlled and uncontrolled asthmatic patients. *Braz J Med Biol Res*; 40(7): 943-8, 2007 Jul. FRANCO R et al. The economic impact of severe asthma to low-income families. *Allergy*; 64(3): 478-83, 2009 Mar.

PO.021 ASMA: MORBIMORTALIDADE E PROGRAMAS DE CONTROLE NO MUNDO

CRISTIANA NEVES VIEIRA; NIVALDA DE JESUS DOS SANTOS; ANDRÉIA GUEDES OLIVA FERNANDES; TÁSSIA NATALIE NASCIMENTO; ANA CARLA CARVALHO COELHO; MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA; CAROLINA DE SOUZA-MACHADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CONTROLE; PROGRAMA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores com elevada prevalência em

todo o mundo que pode ser controlada através da terapêutica adequada. Os programas de controle da asma devem desenvolver ações que visem o controle desta enfermidade e redução da morbimortalidade. **Objetivo:** Revisar a literatura sobre os programas de controle da asma no mundo e sua influência na redução da morbimortalidade por esta doença. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO tendo como descritores asma e programas de controle. Foram incluídos todos os desenhos epidemiológicos, qualitativos, quantitativos e de processos publicados no período compreendido de 2000 a 2010 e em qualquer idioma. Foram excluídos estudos do tipo revisão da literatura, carta ao leitor, relatos de casos e editoriais. Para população de estudo foram considerados pacientes com asma leve, moderada e grave de diferentes faixas etárias integrantes de programas de controle da asma baseados no tratamento farmacológico principalmente. Programas de controle da asma baseados apenas em educação foram excluídos. Foram encontrados 253 artigos dos quais 16 preencheram os critérios de inclusão. **Resultados:** Em todo o mundo é possível observar a implantação de programas para controle da asma. Estes programas são baseados em conceituações diversas e focados em graus diferentes da gravidade da doença. Programas exitosos podem ser identificados em diversos países, a exemplo do Canadá e Finlândia. Reduções na morbimortalidade com o tratamento de manutenção adequado têm ocorrido para a redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares. RIQUELME et al evidenciou que ao agrupar os pacientes de acordo com grau da doença e estes serem acompanhados por uma equipe e fornecendo medicamentos para controle, houve uma diminuição nas exacerbações, grau de severidade da doença e consequentemente nas hospitalizações. No Brasil, muitas ações têm sido desenvolvidas. São muito diversificadas e não estão presentes em todo território. Alguns destes programas têm comprovadamente demonstrando ser possível o controle de grande parte de indivíduos asmáticos. **Conclusões:** Os estudos analisados revelaram que os programas de controle da asma reduzem significativamente o número de hospitalizações e idas a emergências, bem como melhoram a qualidade de vida dos pacientes e familiares. **Referências:** BRANDÃO, HV et al. Hospitalizações por asma: impacto de um programa de controle de asma e rinite alérgica em Feira de Santana (BA). J bras. pneumol. 2009 35(8):723-729. NETO, AC. Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina. J bras. pneumol. 2008: 34(9): 639-645. CHONG, PN; TAN, NC; LIM, TK. Impact of the Singapore National Asthma Program (SNAP) on preventor-reliever prescription ratio in polyclinics. Ann Acad Med Singapore; 2008: 37(2): 114-7. PONTE, E ; FRANCO, RA; SOUZA-MACHADO, A ; SOUZA-MACHADO, C ; CRUZ, AA. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. J

Bras Pneumol. 2007: 33(1): 15-19. RIQUELME, OM; RIQUELME OR; MARTINEZ, RD. Experiencia de un Programa de Control de Asma Bronquial en Puerto Montt, Chile. Rev. chil. enferm. Respir. 2006;22(2): 93-97. RIQUELME, OM; RIQUELME OR; MARTINEZ, RD. Experiencia de un Programa de Control de Asma Bronquial en Puerto Montt, Chile. Rev. chil. enferm. Respir. 2006;22(2): 93-97.

PO.022 CONDUITAS FISIOTERAPÊUTICAS RESPIRATÓRIAS EM PORTADORES DE ASMA

FLÁVIO LÚCIO SANTOS; ALBERLENE CALVANTE DE OLIVEIRA; ÁUREA DENISE GOMES DE SOUZA; CILENEIDE PEREIRA DOS SANTOS RODRIGUES; HONÓRIO PEREIRA DA SILVA NETO; MARCELLA PRINSKY COSTA DO NASCIMENTO; VANESSA DA SILVA GALDINO; RENATA CAVALCANTI FARIAS UNESC FACULDADES, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; FISIOTERAPIA; CINESIOTERAPIA

Introdução: A Asma é uma doença crônica, caracterizadas por uma inflamação pulmonar das vias aéreas inferiores causando obstrução brônquica, podendo ser reversível com o tratamento ou de forma espontânea. O aumento da resistência na passagem do fluxo aéreo progride com episódios de recidiva na crise com dispnéia, sibilância, aperto no peito e tosse'. De acordo com os dados da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, no Brasil, ocorrem anualmente cerca de 350.000 internações por asma, sendo a terceira causa entre crianças e jovens.² A fisioterapia atua proporcionando ao indivíduo melhor qualidade de vida, ajuda na reversão do quadro de asma através de dispositivos inalatórios, recursos pressóricos, cinesioterapia associada a exercícios respiratórios, manobras de higiene brônquica.³ **Objetivos:** Analisar as condutas fisioterapêuticas mais utilizadas em portadores de Asma atendidos pelo setor de Respiratória de uma Clínica Escola de Fisioterapia; além de Traçar um perfil clínico e epidemiológico desses pacientes. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa documental e descritiva, baseada na observação dos prontuários do referido setor, em busca de informações sobre os objetivos e condutas fisioterapêuticas realizadas, assim como os dados pessoais e clínicos dos pacientes asmáticos admitidos no período de 2007 a março de 2011. A coleta de dados ocorreu entre os dias 01 e 10 de abril do corrente. **Resultados:** Foi notificada admissão de 19 pacientes asmáticos, no período descrito, sendo 10 (53%) do gênero feminino e 9 (47%) masculino. Quanto a idade, a faixa etária predominante foi de 0 - 18 anos (42%), seguidos por 20 - 40 anos (21%), 41 - 60 anos (21%) e 61 - 77 anos (16%) . Os principais sintomas relatados como queixa principal, foram falta de ar (52%), cansaço (39%) e dor nas costas (9%). As técnicas mais utilizadas nas condutas fisioterápicas foram Cinesioterapia associada a exercícios respiratórios (54%); Recursos pressóricos (21%); Manobras de higiene brônquica (13%), Inaloterapia(11%). Vale ressaltar que objetivo deste estudo não foi avaliar a evolução, mas sim as principais técnicas utilizadas no tratamento fisioterapêutico. **Discussão:** Os resultados desta pesquisa estão de acordo com⁴, pois mostraram compatibilidade na incidência quanto à

faixa etária predominante entre crianças e jovens, ao mesmo tempo há discordância quanto a prevalência em gênero feminino. O presente estudo aponta à prática de exercício cinesioterapêutico como a técnica mais utilizada no tratamento e seu benefício são confirmados em estudo⁵, assegurando como resultado de uma melhoria da qualidade de vida. **Conclusão:** O presente estudo demonstra a alta prevalência de asma em crianças e adolescentes, as quais recorrem a Fisioterapia Respiratória. Dentre as diversas técnicas disponíveis, as mais utilizadas foram a cinesioterapia e os de fornecimento pressórico.

PO.023 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM UMA PATOLOGIA DE RÉCIDIVAS FREQUENTES

RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO¹; PIERINA BRESCIANINI ERBANO²; RENATO PIRES FREITAS³; MARCO FREITAS⁴; RUBIA MARA CORREIA CAMPOS SILVA⁵; VANESSA ARATA⁶; MANOELA TRINDADE FONTES⁷; JOSE ROSA FIGUEIREDO FILHO⁸
1,3,8.UEFS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL CLERISTON ANDRADE, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL; 4.HOSPITAL DA UNIMED, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL; 5.IHEF, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL; 6.CLINICA CARDIOPULMONAR, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL; 7.PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALERGICA; ITRACONAZOL; BRONQUIECTASIAS

Introdução A Aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma desordem pulmonar causada por hipersensibilidade ao *A. fumigatus*, manifestando-se clinicamente como asma, infiltrados pulmonares recorrentes e bronquiectasias. Apesar do primeiro relato descrito em 1952, esta condição permanece subdiagnosticada, com tempo médio de 10 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico. **Objetivos:** Descrever um caso com manifestações clínicas e radiológicas típicos de ABPA, enfatizando a importância do diagnóstico precoce. Discutir o uso de itraconazol associado a corticoide oral na doença recorrente. **Métodos:** relato de caso de paciente com asma de início tardio e difícil controle acompanhada em nosso serviço **Resultados** - Relato de Caso Paciente do sexo feminino, 57 anos, previamente hígida, história de dispnéia e sibilância diários há 7 anos tratada como asma. Apesar de dose elevada de corticoide inalatório e broncodilatadores por um período de 5 anos, permanecia não controlada com exacerbações frequentes e ciclos mensais de corticoide oral. Investigação adicional demonstrou eosinofilia periférica, IgE=1426, Prick test positivo para *A. fumigatus* e distúrbio ventilatório misto leve (VEF1=1,66 67%). Radiografia de tórax apresentava opacidades homogêneas seguindo trajeto brônquico em lobo superior esquerdo, melhor esclarecidas na tomografia de tórax como brônquios ectasiados preenchidos com conteúdo hiperatenuante em lobos superiores predominando a esquerda. Realizado tratamento a base de prednisona 1mg/kg/dia e desmame progressivo por 3 meses com melhora radiológica, normalização da função pulmonar

e dos níveis de IgE (115UI/ml), mantida com formoterol 12mcg e budesonida 400mcg 12/12h atingindo controle prolongado. Permaneceu em acompanhamento trimestral com monitorização da IgE e após 8 meses da remissão apresentou quadro prolongado de tosse não produtiva e dispnéia com aumento significativo da IgE e nova opacidade radiológica em lobo superior esquerdo. Optado por novo ciclo de corticoide oral associado a itraconazol 200mg 12/12h por 3 meses com resolução da imagem e controle clínico. A paciente persiste em acompanhamento sem novas recidivas até o momento. **Discussão** A inflamação persistente na parede brônquica leva ao remodelamento de via aérea e bronquiectasias. O manejo da ABPA consiste no controle da inflamação com corticosteróides e monitorar de perto as recidivas, que ocorrem em até 50% dos casos. Avaliações periódicas são mandatórias e aumento da IgE sérica ou deterioração clínica sugerem reativação da doença. O uso de itraconazol associado a esteróides é controverso, mas pode ter um papel importante na prevenção de novas recidivas. **Conclusão:** A ABPA persiste uma condição subdiagnosticada nos asmáticos em nosso meio que agrega morbidade significativa, especialmente nos casos de difícil controle. O diagnóstico nas fases iniciais e tratamento precoce são fundamentais para prevenir danos estruturais irreversíveis.

PO.024 ASMA E INFLUENZA A H1N1 EM SALVADOR-BA

MARISTELA RODRIGUES SESTELO¹; QUEISE DA COSTA CETTOLIN²; PAULA CAROLINE MATOS ALMEIDA³; MAYALA MOURA VALENÇA DE OLIVEIRA⁴; JUAREZ PEREIRA DIAS⁵; PEDRO HENRIQUE DA CUNHA LEITE⁶; CARLOS TADEU LIMA⁷; MARCUS VINÍCIUS ALMEIDA⁸

1.HEOM, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: INFLUENZA A H1N1; ASMA; SALVADOR

Introdução: Na pandemia H1N1, predominaram casos de adultos jovens. Portadores de comorbidades tiveram mais complicações, internamentos, inclusive em UTI e morte. Asma destaca-se como umas das mais frequentes. O vírus influenza é responsável por sintomas mais prolongados e severos da asma, provocando maior mortalidade quando comparado aos sintomas produzidos pelo vírus do resfriado comum. A associação da asma brônquica com a Influenza A H1N1 permanece incerta. **OBJETIVO:** Comparar asmáticos e não-asmáticos, entre os suspeitos de Influenza A H1N1, quanto a: perfil clínico e risco. **Métodos:** Descrição de casos suspeitos que realizaram RT-PCR para H1N1 atendidos no Centro de Referência do Hospital Octávio Mangabeira, na cidade de Salvador-BA. Estratificou-se a amostra entre asmáticos e não-asmáticos e posteriormente em RT-PCR positivos e negativos. **Resultados:** Dos 190 pacientes que realizaram PCR, asma foi a comorbidade mais prevalente (n=36,18,9%) casos. Destes, 21(58,3%) foram positivos. O risco de internamento foi 1.27 maior para os asmáticos [IC% (0.6-2.7)]. Dentre os PCR +, o RR de internamento

foi 2,13 [IC95% (0,76-5,97)]. Asmáticos e não asmáticos apresentaram valores similares do tempo de início de sintomas até a procura do serviço (3,2 e 4,1 dias, respectivamente). **Discussão e Conclusão:** A asma foi a comorbidade mais prevalente em pacientes infectados com Influenza A H1N1 (18,9%), dado compatível com outros estudos. Hasegawa et al afirma que a asma piora as condições clínicas de pacientes com H1N1. Porém, não há trabalhos que avaliem o risco de internamento. Neste estudo, o risco foi baixo e a dispnéia foi igual entre PCR positivo e negativo. Portanto, a presença desta patologia não alterou a evolução clínica dos pacientes.

PO.025 EFEITOS DA REDUÇÃO DE PESO EM OBESOS ASMÁTICOS DE DIFÍCIL CONTORLE: UM ESTUDO RANDOMIZADO E CONTROLADO

SERVULO AZEVEDO DIAS JUNIOR¹; ALBERTO CUKIER²

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA ; OBESIDADE; ACQ

Introdução: Vários estudos observacionais sustentam a hipótese de que existe uma relação temporal e com efeito de dose-resposta entre índice de Massa Corpórea (IMC) e a incidência de asma. Também tem sido mostrado que a obesidade está associada com um fenótipo de pacientes de mais difícil controle. Apesar disso, os efeitos da perda de peso em asmáticos obesos ainda permanece controverso e pouco estudado. **Objetivos:** Investigar a influência da redução do peso em asmáticos de difícil controle. **Métodos:** Trata-se de um estudo aberto, randomizado (numa proporção de 2:1), de dois grupos paralelos com 33 pacientes asmáticos com IMC > 30Kg/m². Os paciente incluídos tinham asma estável por, no mínimo, 3 meses e estavam sendo tratados de acordo com os guidelines vigentes. A intervenção foi um programa supervisionado de redução de peso que incluía dieta com baixa quantidade de calorias e drogas anti-obesidade, cuja meta era fazer os pacientes perderem 10% do peso inicial num prazo de 6 meses. O desfecho primário do estudo foi a medida do Asthma Control Questionnaire (ACQ). Os desfechos secundários foram a quantidade de dias livres de sintomas, o uso de medicação de resgate e medidas de CVF e VEF1. **Resultados:** Ao final do programa de redução de peso, 12 pacientes no grupo tratado perderam peso de forma significativa, com uma média de redução do peso de 14,55% do peso inicial. Os controles (11 do grupo controle e 10 do grupo intervenção que não atingiram a meta de perda de peso) haviam perdido, em média, 0,1% do peso. (Figura 1). Ambos os grupos eram formados predominantemente por mulheres e não apresentavam diferenças das medidas estudadas no momento inicial. Depois de 6 meses a média do ACQ diminuiu de 3,04 (+/- 0,25) para 1,64 (+/- 0,19) (p<0,001) nos pacientes que perderam peso e não mudou nos controles: 2,95 (+/- 0,19) para 2,94 (+/- 0,24) (Figura 2). A proporção de dias livres de sintomas aumentou 11 vezes (de 3,57% para 42,83%) no grupo tratado (p=0,034) e não mudou nos controles. A redução do uso de medicação de resgate

foi 1,58 dose por dia no grupo que emagreceu contra 0,26 dose por dia nos controles (p=0,0002). VEF1, em litros e em porcentagem, aumentou no grupo que perdeu peso (p=0,01 e 0,037, respectivamente). A CVF em litros também variou positivamente nestes pacientes (p=0,007). **Discussão:** Observamos que o controle de asma melhorou sensivelmente no grupo que perdeu peso. Também vimos uma melhora dos valores do VEF1, porém não acreditamos que esse seja o principal motivo da melhora já que a variação é muito pequena. Essa melhora pode ter ocorrido por alterações dos níveis de citocinas circulantes (produzidas no tecido adiposo), diminuição do refluxo gastroesofágico ou até por alterações da mecânica respiratória. Ainda não temos dados consistentes para confirmar tais hipóteses. **Conclusões:** Redução de peso em obesos com asma de difícil controle melhora sintomas, o controle e a função pulmonar.

PO.026 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA E A "ASMA SILENCIOSA".

MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO; GUILHARDO FONTES RIBEIRO

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OBESIDADE; ASMA; ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

Introdução: A asma é uma enfermidade inflamatória crônica das vias aéreas, potencialmente reversível, recorrente, multifatorial, caracterizada por uma hiperreatividade e obstrução brônquica. Esta doença manifesta-se comumente com sibilância, tosse, dispnéia e aperto no peito, sendo a confirmação diagnóstica habitualmente feita pela espirometria com provas farmacodinâmica positiva. Alguns pacientes com asma não cursam com o quadro clínico típico, sendo oligoassintomáticos ou assintomáticos, o que dificulta o reconhecimento da doença. Nestes pacientes, a espirometria com prova farmacodinâmica positiva, é fundamental para o diagnóstico. Esta dissociação clínica x espirométrica, é uma das mais importantes características da "asma silenciosa". **Objetivos:** Associar a "asma silenciosa" em indivíduos com peso normal, sobrepeso e obesos. **Desenho do estudo:** estudo do tipo observacional, de corte transversal. **Casística, Material e Métodos:** Foram avaliados 156 pacientes, sendo 63 pacientes oriundos do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) e 93 pacientes de clínica privada. Todos os pacientes eram assintomáticos respiratórios, sem história de asma, rinite alérgica, diabetes mellitus, hipotireoidismo descompensado ou deformidade torácica. Para a confirmação do diagnóstico de asma silenciosa foi realizado, em todos os pacientes, uma avaliação clínica e espirometria com prova farmacodinâmica, sendo classificado de acordo com GINA 2009. A classificação do peso foi através do Índice de Massa Corpórea, preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sendo então realizada a associação com a "asma silenciosa". **Resultados:** A classificação do peso mostrou 32 pacientes com peso normal, 39 pacientes com sobrepeso e 85 pacientes obesos. Apresentaram disfunção respiratória 69 pacientes (44,2%) e destes, 38 (55,1%) tiveram

resposta positiva na prova farmacodinâmica. A incidência de asma silenciosa em pacientes com peso normal foi de 2,63% (01 paciente), sobrepeso 7,89% (3 pacientes), obesos grau I de 26,32% (10 pacientes), obesos grau II de 15,79% (6 pacientes) e obesos grau III de 47,37% (18 pacientes). Estes achados demonstram uma tendência ascendente, entre o Índice de Massa Corpórea com a asma silenciosa nos pacientes estudados. **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostraram que há correlação positiva entre o Índice de Massa Corpórea elevado com a ocorrência de “asma silenciosa”.

PO.027 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA DO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, EM MANAUS-AM

SUZI MARLA CARVALHO MARON; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO; HENRIQUE MARTINS OLIVEIRA; ÉRICO LIMA DE MELO; GISELLE LIMA AFONSO UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PERFIL; PACA; MANAUS

Introdução: Segundo Telles (2005) a asma acomete pessoas de qualquer faixa etária, etnias e classes sociais em todos os países. Ratifica Lança (2005) que a asma brônquica é uma doença freqüente e que está aumentando em todo mundo. Pode iniciar em qualquer etapa da vida, mas na maioria das vezes, inicia na infância e poderá ou não durar por toda a vida. Caracteriza-se pela inflamação crônica das vias aéreas, causado por uma hiper-responsividade traqueobrônquica a estímulos diversos o que determina o seu estreitamento. Este é reversível espontaneamente ou como resultado de tratamento em curtos períodos de tempo (TARANTINO, 1990). **Objetivo:** Definir o perfil sócio-demográfico dos pacientes atendidos pelo Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA) levando em consideração os aspectos idade, sexo, estado civil e zona de habitação na cidade de Manaus, AM. **Material e Métodos:** O referente estudo é de caráter descritivo retrospectivo, realizado através de análise estatística pelo programa Epi Info dos prontuários dos pacientes atendidos pelo PACA para se verificar os itens supracitados. **Resultados:** Do total de pacientes, foram 799 prontuários estudados; de acordo com o desejado, obtiveram-se dados dos itens: sexo, com o resultado de 504 pacientes femininos (63,07%) e 295 pacientes masculinos (36,92%); idade, com 164 crianças (0-12 anos) 21%, yes”> 135 jovens (13-20 anos) 17% e 500 adultos (21-80 anos) 63%; estado civil: 271 casados(as) 33,92%, yes”> 479 separados(as) 59,95%, 1 solteiro(a) 0,13% e 48 viúvos(as) 6,01%; zona: 59 (7,38%) moram na zona centro-oeste, 54 (6,75%) na centro-sul, 170 (21,27%) na leste, 141 (17,64%) norte, 134 (16,77%) oeste e 188 (23,52%) na zona sul e 53 (6,63%) não souberam informar. **Discussão e Conclusão:** De acordo com os dados obtidos, pode-se concluir que a maioria dos pacientes atendidos no PACA são mulheres, na faixa etária adulta e de estado civil separado (a). Quanto à zona de habitação, a maioria dos pacientes moram na zona

sul, o que coincide com a localização do Ambulatório Araújo Lima, local de atendimento do PACA.

PO.028 CÁRIES E PLACAS BACTERIANAS DENTÁRIAS SÃO MAIS FREQUENTES EM ADOLESCENTES EM USO DE CORTICÓIDES INALADOS.

NILTON CESAR N. SANTOS¹; EMANUEL SAVIO C SARINHO²; JOSÉ ANGELO RIZZO³; SILVIA R. JAMELLI⁴

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, F DE SANTANA, BA, BRASIL; 2,3,4.UFPE, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CARIE DENTÁRIA; CORTICÓIDES INALADOS

Introdução: Estima-se que cerca de 60% a 80% dos medicamentos usados por via inalatória pelos asmáticos fiquem retidos na orofaringe caso não seja utilizado o espaçador, o que pode levar a efeitos adversos locais, incluindo disфонia, candidíase orofaríngea, tosse, irritação da garganta. Alguns estudos relataram que os corticoesteróides inalados (CI) também podem provocar redução do fluxo salivar e alterar a composição e pH da saliva, aumentar a prevalência da placa dental, alterar a flora bacteriana oral e a suscetibilidade a cáries. **Objetivos:** Comparar a prevalência de cáries e placa dental em adolescentes asmáticos de baixa renda em uso de esteróides inalados por via oral (CI) para controle da doença atendidos no Ambulatório de Asma do Centro de Pesquisas em Alergia e Imunologia Clínica do Hospital das Clínicas da UFPE com a de seus pares não asmáticos. **Material e Métodos:** Trata-se de estudo descritivo transversal. As avaliações dentárias foram realizadas por odontólogo especializado (Santos, NCN). A presença de cáries foi avaliada por observação direta, contando o número de faces dentárias com cáries ou obturações. A presença de placas dentárias (biofilme bacteriano) foi verificada na mesma ocasião e calculado o índice de placa visível (IPV), como a proporção de superfícies dentárias com placas em relação ao total examinado. Foram excluídos adolescentes em uso de corticóides orais contínuos ou por mais de 1 ocasião nos últimos 6 meses, portadores de outras doenças, inclusive rinite alérgica que, pela respiração oral poderia influenciar os resultados. Para o cálculo do tamanho amostral foram considerados os dados de McDerra et al que verificaram uma razão de risco 2,78 vezes maior de cáries em crianças asmáticas em uso de CI. Para que o estudo fosse capaz de detectar uma diferença desta magnitude, com erro alfa e beta de 0,05 e 0,2 respectivamente, foi estimado a necessidade de avaliar 39 indivíduos por grupo. As análises comparativas foram realizadas através dos testes de Mann-Whitney e Qui-quadrado. **Resultados:** Foram incluídos 40 adolescentes (10 a 18 anos) em cada grupo, 21 meninos em ambos. Nos indivíduos asmáticos foi observado uma média de 4,0 superfícies dentárias cariadas ou obturadas contra 1,5 no grupo controle (Intervalo interquartilico 25%-75%: 1,5 a 7,5 X 0,0 a 5,0; p<0,007). Em relação ao IPV também foi observada diferença significativa (70,5% contra 60,7%) entre os grupos (p=0,03). O número de dentes cariados ou obturados por pessoa foi o dobro nos pacientes asmáticos (3 versus 1,5 p ,0,001). **Discussão:** Os resultados mostram que os adolescentes asmáticos

em uso de esteróides inalados avaliados tem mais do dobro de cáries e um índice de placa dentária 10% maior que seus pares não asmáticos. Estes resultados estão em consonância com os de McDerra e, embora não permitam uma inferência de relação causa e efeito ou a verificação da influência da asma per se, indicam a necessidade de uma avaliação e uma orientação de saúde oral mais ampla e rigorosa nestes pacientes, cabendo, principalmente os médicos responsáveis pelo tratamento da asma, estarem alertas e encaminharem seus pacientes para avaliação odontológica especializada, além das recomendações de higiene bucal após o uso dos esteróides inalados e de atenção redobrada dos pais e dos adolescentes quanto a este aspecto.

PO.029 EXERCISE-INDUCED BRONCHOSPASM AND PHYSICAL ACTIVITY IN ASTHMATIC ADOLESCENTS IN A TROPICAL UNDERPRIVILEGED REGION

MARCOS AV. CORREA JR; SILVIA W SARINHO; EMANUEL SC SARINHO; FABIANNE N ASSIS; DECIO M PEIXOTO; JOSÉ ANGELO RIZZO

UFPE, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA INDUZIDA POR EXERCÍCIO; ATIVIDADE FÍSICA; ASMA

Introduction: Physical activities (PA) must be encouraged for everyone, and for asthmatic patients must be stimulated as part of treatment. Exercise-induced bronchospasm (EIB), which occurs in as much as 90% of asthmatic children and adolescents, may be a limiting factor. **Objective:** to evaluate EIB as a barrier to physical activity in asthmatic adolescents. **Methods:** PA level was assessed by the international physical activity questionnaire (IPAQ) in 134 asthmatic adolescents (10 to 19 years, 60% male) living in an underprivileged tropical community. EIB was evaluated through the treadmill running test and was defined by FEV1 fall > 10% compared to basal. **Results:** EIB was diagnosed in 46% of the patients and was not associated with lower PA levels (OR 1.62, 95%CI 0.75 – 3.52; p = 0.19). Possible confounding factors such as mothers beliefs of worsening asthma due to PA, asthma severity, EIB with >20% fall in FEV1 or EIB perception were also not associated with lower PA levels. **Conclusion:** In this asthmatic group of children we were not able to find an association between EIB and lower PA levels. EIB is a frequent and important event in this population that should be addressed by the health professionals, along with parents and children beliefs about PA by asthmatics, in order to achieve adequate asthma control and improve quality of life.

PO.030 RETENÇÃO DO APRENDIZADO DO USO DE INALADOR DOSIMETRADO COM ESPAÇADOR ARTE-SANAL TRINTA DIAS APÓS ORIENTAÇÃO SISTEMÁTICA

MARIA DA CONCEIÇÃO L SANTOS; DECIO M PEIXOTO; EMANUEL SC SARINHO; PATRICIA RR BISPO; ALMERINDA R SILVA; JOSÉ ANGELO RIZZO

UFPE, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ESPAÇADOR; INALADOR DOSIMETRADO SPRAY

Introdução: Os inaladores dosimetrados em spray (IDs) são dispositivos largamente empregados

tratamento da asma, entretanto muitos pacientes não conseguem usá-los corretamente. O emprego dos espaçadores valvulados reduz significativamente os erros, mas impõem um custo adicional. IDs acoplados a espaçadores artesanais não valvulados (EANV) tem se mostrado eficazes no tratamento da asma aguda. **Objetivo:** Avaliar o efeito de uma sessão sistemática de treinamento no aprendizado de pacientes asmáticos em utilizar IDs associados aos EANV confeccionados com garrafas plásticas de água mineral de 500ml. **Métodos:** Realizou-se estudo de intervenção, tipo antes e depois, para avaliar a técnica de uso da associação IDs/EANV em 137 asmáticos atendidos em clínica especializada do SUS, 30 dias após o treinamento sistematizado. **Resultados:** Antes de receber orientação 99% dos pacientes cometeu algum erro ao utilizar o ID. Todos foram capazes de aprender a usar corretamente o ID acoplado ao EANV imediatamente após o treinamento. Trinta dias depois, 36% continuavam usando corretamente, 18% cometeram erros considerados não críticos e 46% erros críticos. **Conclusões:** O treinamento com os EANV contribuiu para o uso correto dos IDs, porém muitos pacientes ainda utilizavam a associação de forma errada, mesmo tendo usado corretamente após sessão educativa, 30 dias antes. Os resultados mostram que este aprendizado se perde em tempo relativamente curto e sugerem a necessidade de revisão da técnica a cada consulta.

PO.031 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR E FATORES ENVOLVIDOS NAS EXACERBAÇÕES DE PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES.

LUIZ GONZAGA PEREIRA JÚNIOR; BYANKA TELES MENEZES; SONAYRA BRUSACA ABREU; LUCAS SANTANA PASSOS; MARIANA AZEVEDO SOUSA; HÉNDERSON FONTES DE SOUSA; MARCIANA SILVA CONSTANCIO; ALCIMAR NUNES PINHEIRO UFMA, SÃO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ESPIROMETRIA; EXACERBAÇÃO

Introdução: Os Programas de Educação em Asma tem como objetivo otimizar a qualidade de vida dos pacientes e a compreensão da doença. O PAPA (Programa de Assistência a Pacientes Asmáticos do HUUFMA) tem como meta educar adultos asmáticos em relação ao entendimento, manejo e controle de sua doença. O tratamento medicamentoso associado ao manejo adequado da asma propicia uma melhora na qualidade vida do paciente. Porém, são necessárias não somente a abordagem farmacológica e a identificação de co-morbidades como também a redução da exposição a fatores diversos, que podem precipitar uma crise asmática, mesmo quando em uso correto da medicação. **Objetivos:** Avaliar a evolução das condições ventilatórias nos pacientes asmáticos graves, através da espirometria e identificar fatores envolvidos em crises de asma nos pacientes graves que freqüentam o PAPA com abordagem da educação em asma. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo de 30 prontuários de pacientes asmáticos graves do PAPA em São Luís – MA que freqüentaram regularmente o programa no decorrer dos anos 2010-2011, com consultas a cada 03 meses. Foram selecionadas as primeiras e últimas fichas de

atendimento de cada paciente para a identificação das seguintes variáveis: fator desencadeante da crise e fatores passíveis de serem evitados. **Resultados:** O grupo de 30 pacientes, com média de idade de 52 anos, apresentava, na primeira espirometria, o valor médio da CV 60% do previsto, do VEF1 52% do previsto e a boa resposta pós-BD. Desses pacientes, 33% afirmaram apresentar os sintomas da asma somente quando em contato com algum fator desencadeante. Dentre os quais, foram citados: poeira (30%); fumo/fumaça (16%); infecções das vias aéreas superiores (13%); frio/umidade (13%); esforço físico (10%); falta de medicação nos serviços públicos (3%); e outros fatores, como cheiros fortes (3%). **Discussão e Conclusão:** Comparando espirometrias, observamos que o aumento da CV, do VEF1 e a resposta pós-BD foram significativas. Pondera-se, no entanto, a relevância dos dados da última espirometria visto que 17 pacientes ainda não haviam realizado o exame no ano de 2011. Das crises 11% estavam associados ao ambiente de trabalho, 88% a moradia e 60% podiam ser evitados. Os fatores listados pelos pacientes podem ser evitados, evidenciando a importância do seu conhecimento.

PO.032 MORTALIDADE POR ASMA EM CRIANÇAS BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 1980 A 2007.

SILVIO OMAR MACEDO PRIETSCH; LINGIE ZHANG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, RIO GRANDE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; MORTALIDADE; CRIANÇAS

Introdução: A asma continua apresentando significativa morbidade e não desprezível mortalidade, muitas vezes associada a outras causas de óbitos. Acredita-se que mais de 250.000 óbitos a cada ano, no mundo, se devam a asma sendo, a maioria delas, evitável com o tratamento efetivo. Há uma grande diferença nos índices de mortalidade entre os países que disponibilizam o tratamento de controle para população, em relação aos que não o tem. Nos países desenvolvidos as taxas de mortalidade estabilizaram entre as décadas de 1980 e 1990 e, a partir daí, começaram a diminuir. Os dados da América Latina são parcos e não representam todo o seu universo. O mesmo fenômeno acontece no Brasil, onde em determinadas regiões, o registro de óbitos não foi feito de maneira confiável. Quanto às taxas de mortalidade infantil, não há estudo de abrangência nacional sobre a evolução temporal específica em crianças. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi avaliar a tendência de mortalidade por asma em crianças brasileiras de até 19 anos de idade, no período de 1980 a 2007. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo baseado em banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do qual foram extraídos o número de óbitos por asma e a população residente de até 18 anos de idade no país como um todo. O coeficiente de mortalidade foi calculado pelo número de óbitos por asma dividido pela população, multiplicando por 100.000. Utilizou-se o teste de regressão linear para avaliar a tendência temporal de mortalidade. Para a análise, estudou-se separadamente quatro grupos

etários: de 1 a 4 anos, de 5 a 9 anos, de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. **Resultados:** Observou-se um decréscimo significativo de mortalidade por asma no período em todos os grupos etários estudados. No Brasil como um todo, a redução média anual do coeficiente de mortalidade por asma em crianças foi de 0,022. De 1 a 4 anos foi de 0,076, de 5 a 9 anos foi de 0,005, de 10 a 14 anos foi de 0,003 e de 15 a 19 anos foi de 0,006. **Discussão:** Mesmo considerando as limitações metodológicas quanto ao registro dos óbitos, verificamos que houve uma redução significativa na mortalidade por asma em crianças em todo o país no período. Chama a atenção o fato de ter ocorrido uma redução muito mais importante nas crianças menores de 5 anos (quatro vezes mais do que média de todos os grupos etários). Tal fato pode ter ocorrido pela melhor compreensão da fisiopatologia da asma com a consequente melhora na acurácia do diagnóstico e, também, com a inclusão mais precoce das crianças nos programas de controle de tratamento da asma. **Conclusão:** Este é o primeiro estudo que mostra a magnitude da mortalidade da asma nesta faixa etária, considerando o País como um todo. Os dados permitem observar que a mortalidade por asma em crianças é baixa e mantém a tendência de queda, de maneira uniforme em todas as faixas etárias assistidas pela Pediatria.

PO.033 O USO DE CORTICOSTERÓIDES INALATÓRIOS ASSOCIADOS OU NÃO A BRONCODILATADOR DE LONGA DURAÇÃO NO TRATAMENTO DA ASMA NOS PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO EM SÃO LUÍS-MA

JOSÉ ÁLVARO AMARAL JÚNIOR; ANDRÉ LUIZ DE ARAÚJO MENDES; HUGO CÉSAR MARTINS LIMA; DIOGO FONTES SANTOS; MARCIANA SILVA CONSTANCIO; IVO ROBERTO SANTOS CARDOSO; ALCIMAR NUNES PINHEIRO

UFMA, SÃO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONCODILATADORES; CORTICÓIDE; PAPA

Introdução: O tratamento do paciente asmático tem por objetivos atingir e manter os sintomas controlados, prevenir exacerbações agudas, manter a função pulmonar normal, inclusive durante exercícios físicos e evitar efeitos adversos dos medicamentos utilizados em doses elevadas a longo prazo. Segundo as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, os corticosteróides inalatórios (CI) constituem o principal medicamento de manutenção da asma, sendo possível controlar com doses baixas os sintomas em pacientes com asma leve. Sua associação com broncodilatador (BD) de longa duração é medida terapêutica eficiente para o controle da asma moderada a grave, além de reduzir o tempo de obtenção do controle da doença. As medidas terapêuticas, entretanto, devem respeitar as características sócio-econômicas da população, isso corrobora para o não seguimento do tratamento recomendado nos consensos. **Objetivos:** Identificar a quantidade de pacientes que realizam terapia com corticosteróides inalatórios associado ou não a broncodilatadores de longa duração no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). **Métodos:** Realizou-se estudo transversal

retrospectivo com 316 prontuários escolhidos ao acaso por sorteio de um universo de 1300 (24,3%) pacientes acompanhados no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) em São Luís – MA no ano de 2011 e que freqüentam regularmente o programa 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 e controle da asma e a medicação utilizada no tratamento. **Resultados:** Dos 316 pacientes selecionados, 29,11% apresentam quanto à intensidade, asma leve, 60,75% moderada e 10,12% grave. Quanto à medicação utilizada, 25% utilizam apenas corticosteróide inalatório, 69,93% o utilizam associado ao BD e 5,06% não utilizam tanto o CI quanto sua associação com o BD. Quanto à situação, 69,93% dos pacientes estão controlados, 18,03% parcialmente controlados e 12,02% não controlados. **Discussão e Conclusão:** A observação dos dados permite a interpretação de que a quantidade de pacientes com asma leve se aproxima da quantidade de pacientes em terapia exclusiva com CI. De forma semelhante, a porcentagem de pacientes que utilizam CI associado à broncodilatador de longa duração (69,93%) se aproxima do somatório de pacientes com asma moderada e grave (70,87%). Os demais pacientes (5,06%) realizam tratamento com broncodilatador de curta duração (asma intermitente). A maioria dos pacientes do PAPA apresenta asma controlada (69,93%) e parcialmente controlada (18,03%), demonstrando que o programa segue os padrões estabelecidos na IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, possuindo impacto positivo no convívio do indivíduo asmático com a doença.

PO.034 TOSSE CRÔNICA E ASMA: ANOMALIAS VASCULARES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CYRO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR; ANGELA SANTOS FERREIRA HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TOSSE CRÔNICA; ANOMALIAS VASCULARES; ASMA

Introdução: A investigação diagnóstica da tosse crônica é um grande desafio da prática clínica. A tosse crônica é aquela que persiste por mais de 8 semanas, tendo como suas causas mais comuns a síndrome da tosse de vias aéreas superiores (STVAS), asma e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Outras etiologias mais raras de tosse crônica, como as anomalias vasculares, que causam tosse por compressão das vias aéreas, entram no diagnóstico diferencial. **Objetivo:** Apresentar um caso de uma paciente com tosse crônica causada por anomalia vascular com uma revisão da literatura. **Relato do caso:** Paciente de 70 anos com tosse seca há 30 anos acompanhada de dispnéia de pequena intensidade. Nunca fumou, pirose e congestão nasal crônica. Nunca fumou. No exame físico, a ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular universalmente audível e sibilos difusos à expiração forçada. A espirometria era normal. A radiografia de tórax revelou bócio aórtico direito com desvio da traquéia para esquerda e campos pulmonares limpos sem alterações. A

tomografia de tórax demonstrou arco aórtico situado à direita da traquéia, ocasionando desvio contralateral do segmento traqueal por compressão, deformando a luz traqueal, sobretudo na face ântero-lateral direita. Ademais, a artéria subclávia esquerda apresentava um trajeto aberrante (retroesofageana e retrotraqueal) com origem num divertículo de Kommerell na transição do arco aórtico para a aorta descendente. Para uma melhor avaliação da anomalia vascular foi solicitada uma angio-ressonância que confirmou as alterações. A paciente foi encaminhada ao serviço de angiologia. Optou-se por tratamento conservador, devido à idade da paciente e ao tamanho do aneurisma. **Discussão:** As anomalias vasculares causam sintomas através de compressão das estruturas adjacentes diretamente, pela dilatação aneurismática ou por mudanças ateroscleróticas relacionadas à idade. Apesar das manifestações clínicas serem incomuns, diante de um paciente com tosse crônica, entre os diagnósticos diferenciais é sempre importante lembrar das anomalias vasculares como uma possível causa.

PO.035 CONSENSO SOBRE ABORDAGEM DE EXACERBAÇÃO DA ASMA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO: UM ESTUDO DELPHI

RICARDO BRANCHER; MARCELINO OSMAR VIEIRA; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; MÁRCIA MARGARETH MENEZES PIZZICHINI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EXACERBAÇÃO; CONSENSO

Introdução: Diversas diretrizes têm destacado a importância da precocidade da identificação e do tratamento adequado das exacerbações de asma. Menores repercussões futuras, além de menor impacto social e econômico são decorrentes deste manejo. No entanto, as orientações das diretrizes nem sempre são incorporadas pelos profissionais. O desenvolvimento de protocolos institucionais pode facilitar uma aproximação da teoria à prática médica. Os métodos de consenso são úteis à elaboração de protocolos. **Objetivos:** Elaborar um consenso entre médicos do Hospital Universitário Ernani de São Thiago referente à abordagem de exacerbação da asma. **Métodos:** Realizou-se um estudo prospectivo baseado em um método qualitativo (pesquisa Delphi), no ano de 2011. Os investigadores elaboraram um questionário aplicado online, e os participantes, 4 pneumologistas, 4 emergencistas e 5 residentes de clínica médica, graduaram sua concordância com cada item através de uma escala de Likert. Medidas quantitativas foram estabelecidas para agrupar os itens como inclusão no consenso, exclusão do consenso e sem consenso. Os itens sem consenso geraram um novo questionário, e o processo foi repetido. Aqueles sem consenso ao final do processo puderam ser interpretados necessidade de novas etapas. O estudo abordou os aspectos avaliação inicial, classificação de gravidade, tratamento e critérios de alta e internação. **Resultados:** Na primeira etapa, 67 (73,6%) dos 91 itens atingiram critérios de inclusão para o consenso, 4 (4,4%) atingiram os critérios de exclusão para o consenso e 20 (22%)

permaneceram sem consenso. Na segunda etapa, que envolveu os itens sem consenso, 13 (61,9 %) foram incluídos no consenso, 4 (19,05%) foram excluídos e 4 (19,05%) não obtiveram consenso. O estudo foi encerrado na segunda etapa. O item critérios de alta e internação obteve consenso já na primeira etapa, enquanto o item tratamento apresentou os maiores níveis de discordância mesmo ao final da segunda etapa. **Discussão:** Houve elevada concordância entre o consenso obtido e as diretrizes atuais. A disponibilização de medicação broncodilatadora via “spray” com espaçador e de equipamentos que avaliem a função pulmonar é importante para tornar o consenso aplicável. O método Delphi pode ter utilidade na obtenção e validação de outros consensos médicos. **Conclusões:** Este estudo de consenso abre a possibilidade de elaboração de um protocolo para atendimento da exacerbação asmática no hospital estudado.

PO.036 CUSTO SOCIAL DA ASMA EM PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS

FERNANDO CEDRAZ CRUZ; JULIANA GONÇALVES RIOS; ANDRÉIA GUEDES OLIVA FERNANDES; TÁSSIA NATALIE NASCIMENTO; MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA; CAROLINA DE SOUZA-MACHADO; ANA CARLA CARVALHO COELHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CUSTO E ASMA; ABSENTEÍSMO E ASMA; QUALIDADE DE VIDA E ASMA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, considerada como um sério problema de Saúde Pública em todo mundo. Além de gerar custos diretos (visitas ao pronto-socorro, consultas médicas), indiretos (dias ausentes no trabalho ou escola, aposentadoria precoce) e intangíveis (impacto na qualidade de vida) para os pacientes e familiares. **Objetivo:** Revisar a literatura acerca do custo social da asma em asmáticos economicamente ativos. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura. Foram selecionados ensaios clínicos cuja população de estudo fosse composta por asmáticos de 12 a 70 anos de idade e estivessem economicamente ativos no momento do estudo. Os artigos deveriam ter sido publicados no período compreendido entre 2000 a 2009, chaveados pelos seguintes descritores: asma, absenteísmo, incapacidade, qualidade de vida e custo. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: BIREME, SciELO, MEDLINE, e pesquisa manual de revistas e anais de congressos. Foi utilizado um pesquisador cego, além do autor principal e escala de Jadad (1996) na seleção da qualidade metodológica dos estudos. **Resultados:** Após aplicação de todos os critérios de inclusão, três artigos que discursavam acerca do custo financeiro, qualidade de vida, absenteísmo na escola/trabalho e incapacidade para o trabalho que a asma pode causar foram analisados: Chen, H ET AL (2008); Sullivan, S, D ET AL (2007) e Goeman, Dianne, P and ET AL (2002). O primeiro artigo analisou 2.529 indivíduos nos EUA e os resultados foram interpretados de acordo com “The Epidemiology and Natural History of Asthma: Outcomes and Treatment Regimens (TENOR) study”. Neste estudo a asma grave foi comparada com a asma

leve a moderada. Observou-se que a asma grave está associada a um maior percentual de comprometimento no trabalho (28% versus 14%), na escola (32% versus 18%), e nas atividades diárias (41% versus 21 %). O segundo artigo analisou pessoas com idade maior igual a 13 anos (n= 3916) que foram obtidas através do (TENOR), demonstrando que os custos para os pacientes com quadro asmático não controlado foram mais que o dobro dos pacientes controlados durante o estudo (14 \$ 212 versus \$ 6452, ajustado para 2002 dólares, P <0,0001). Já o terceiro artigo estudou sessenta e dois participantes (19 masculinos e 43 femininos), com idades entre 18-70 anos em um hospital de ensino terciário e um hospital de subúrbio na Austrália e mostrou que impacto da asma foi amplo nos pacientes estudados, afetando a vida social, as relações pessoais, do emprego e das finanças. O custo das medicações para a asma nesse trabalho foi um problema para quase dois terços dos participantes. Indivíduos realizaram sua própria “análise custo-benefício” para o uso das medicações, pesando acima de despesa, efeitos colaterais percebidos e benefícios potenciais. **Conclusão:** A asma acarreta um custo social elevado decorrente da diminuição da qualidade de vida, aposentadoria precoce e dias ausentes no trabalho/escola. **Referências:** Chen, H., Blanc, P. D., Hayden, M. L., Bleecker, E. R., Chawla, A., Lee, J. H. and TENOR Study Group (2008), Assessing Productivity Loss and Activity Impairment in Severe or Difficult-to-Treat Asthma. *Value in Health*, 11: 231-239. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00229.x Goeman, Dianne, P., Aroni, Rosalie, A., Stewart K., Sawyer, Susan, M., Thien, Francis C.K., Abramson, Michael, J., and Douglass, Jo, A. Patients’ views of the burden of asthma: a qualitative study, *MJA* 2002 177 (6): 295-299. Sullivan, S. D., Rasouliyan, L., Russo, P. A., Kamath, T., Chipps, B. E. and for the TENOR Study Group (2007), Extent, patterns, and burden of uncontrolled disease in severe or difficult-to-treat asthma. *Allergy*, 62: 126-133. doi: 10.1111/j.1398-9995.2006.01254.

PO.037 ALTERAÇÕES GASTROESOFÁGICAS EM ASMÁTICOS DE DIFÍCIL CONTROLE – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS UNIVERSIDADE FEDERAL RIO DE JANEIRO

MARINA ANDRADE LIMA¹; MARIA MANUELA MARICEVICH²; ALEXANDRE PINTO CARDOSO³; JOSÉ ROBERTO LAPA E SILVA⁴
1.PALESTRANTE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4.UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA DIFÍCIL CONTROLE; ESOFAGITE; REFLUXO
A asma de difícil controle caracteriza-se pela presença de diversas comorbidades descompensando o quadro clínico e inviabilizando o adequado controle. Os distúrbios gastroesofágicos têm sido estudados para avaliar tanto a relação de causalidade quanto melhora do controle da asma pós tratamento. Avaliar a prevalência de alterações gastroesofágicas em 59 pacientes com asma de difícil controle acompanhados regularmente no ambulatório de asma de difícil controle do Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dos 59 pacientes, 3 não fizeram o exame por razões diversas. Apenas 14 tiveram o exame normal (25%).

Com alterações descritas de gastrite endoscópica em diversos graus, 26 pacientes (46,4%). Hérnia de hiato foi observada em 18 (32,1%). A esofagite por refluxo foi diagnosticada em 17 asmáticos (30,3%), tendo sido o refluxo visualizado em 12 pacientes (21,4%). Candidíase esofágica foi vista em 2 indivíduos (3,5%) e megaesôfago em 1 (1,7%). Asmáticos de difícil controle, ambos os sexos, acima de 12 anos, em tratamento com medicações inalatórias (doses otimizadas). Todos foram submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA), independente de sintomatologia específica, como parte do protocolo de acompanhamento. Naqueles em que a EDA era normal mas os sintomas gastroesofágicos persistiam, pHmetria com esfagomanometria ou impedância foram realizadas. Em nossa experiência ao longo de 5 anos de acompanhamento regular de asmáticos de difícil controle, observamos prevalência elevada de gastrite e/ou refluxo (46,4%/30%). Apenas ¼ dos pacientes tinha EDA normal, mostrando a importância desta comorbidade na avaliação do controle destes asmáticos, ainda que assintomáticos gastrointestinais.

PO.038 RESPOSTA AO TRATAMENTO COM OMALIZUMABE EM ASMÁTICOS DE DIFÍCIL CONTROLE: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS UNIVERSIDADE FEDERAL RIO DE JANEIRO

MARINA ANDRADE LIMA; ALEXANDRE PINTO CARDOSO; JOSÉ ROBERTO LAPA E SILVA
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE; OMALIZUMABE; ANTI-IGE

A asma de difícil controle caracteriza-se pelo controle insuficiente, apesar de uma estratégia terapêutica adequada, ajustada para o nível de gravidade clínica (>nível 4 da GINA), indicada por especialista e mantida por pelo menos 6 meses. Uma opção terapêutica atual é a anti-IgE, omalizumabe. Avaliar a resposta ao tratamento com omalizumabe em 59 pacientes com asma de difícil controle acompanhados regularmente no ambulatório de asma de difícil controle do Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Asmáticos de difícil controle, ambos os sexos, acima de 12 anos, em tratamento com medicações inalatórias (doses otimizadas) e indicação para início de terapia anti-IgE. Excluídas e/ou tratadas comorbidades que pudessem influenciar na dificuldade do controle. Aplicação da medicação em ambiente hospitalar, por via subcutânea, com dose determinada por peso e IgE sérica. Avaliação da resposta 16 semanas após início de uso. Critério utilizado: avaliação médica e do paciente. Dos 59 pacientes, 18 (30,5%) tiveram a resposta definida como excelente. Foi considerada boa em 24 (42,8%) asmáticos e regular em 9 (16%). Associando todos os grupos que permaneceram usando a medicação, tivemos 89,3% dos indivíduos. Entretanto, em 9 asmáticos (16%) não pudemos observar qualquer melhora e indicamos a descontinuação do omalizumabe. Não existe até um momento um preditor definitivo de resposta ao tratamento com omalizumabe. Os estudos utilizam parâmetros objetivos como internações, idas a pronto-socorros,

consultas não agendadas, despertares noturnos, sintomas diurnos, uso de esteróides sistêmicos e medicação de resgate para induzir uma percepção subjetiva em médicos e pacientes. Portanto, apesar de utilizado na prática diária, as avaliações médica e do paciente são pouco exatas. O ideal seria um índice composto destes parâmetros que gerasse uma pontuação objetiva.

PO.039 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS SUGESTIVOS DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PACIENTES DE UM PROGRAMA ESTRUTURADO DE EDUCAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA EM SÃO LUÍS-MARANHÃO

MARCIANA SILVA CONSTANCIO; IVO ROBERTO SANTOS CARDOSO; MARIANA FERREIRA MEIRELES; SONAYRA BRUSACA ABREU; CARLOS EDUARDO RIBEIRO SOARES; JEZRAEL WAGNER LIMA PIRES; ILDELY NIEDJA ARAÚJO COSTA; ALCIMAR NUNES PINHEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO; PROGRAMA DE ASMA

Introdução: A asma e a doença de refluxo gastroesofágico são morbidades de elevada associação, visto que o segundo tem sido considerado como um fator desecadeante do primeiro, que é tido como uma manifestação extra esofágica da doença do refluxo gastroesofágico. **Objetivos:** Determinar a prevalência dos sintomas sugestivos de doença do refluxo gastroesofágico (pirose, regurgitação, disfagia e epigastralgia) entre portadores de asma de um programa estruturado de educação em asma, o PAPA (Programa de assistência ao Paciente Asmático), em São Luís-MA. **Métodos:** Estudo retrospectivo e transversal em 269 pacientes registrados em um programa estruturado de educação em asma. Foram aplicados questionários a respeito dos sintomas sugestivos de doença do refluxo gastroesofágico (pirose, regurgitação, epigastralgia e disfagia), bem como avaliados o controle e a gravidade da asma, utilizando o questionário ACT para controle e as IV diretrizes Brasileiras para o Manejo de Asma para gravidade, no período de março de 2010 a dezembro de 2010. **Resultados:** Dos 269 pacientes avaliados 27,9% são de sexo masculino e 72,1% do sexo feminino; 38,3% são classificados como asma leve, 53,5% como asma moderada, 6,7% como asma grave e apenas 1,5% asma intermitente. Desses pacientes, 61% estavam controlados, 22,3% parcialmente controlados e 16,7% não controlados. Em relação aos sintomas sugestivos de doença do refluxo gastroesofágico, 12,3% referiram ter sentido disfagia pelo menos uma vez nas últimas quatro semanas imediatamente antes de responderem ao questionário, 26% responderam sim quanto à regurgitação, 54,4% quanto à pirose e 39,4% quanto à epigastralgia. **Discussão e Conclusão:** A prevalência dos sintomas sugestivos de Doença do Refluxo Gastroesofágico encontrada neste trabalho vai de encontro aos números mostrados em outras pesquisas, como a de SONTAG et AL (2007), em que a associação se encontra em uma variação entre 32% a 82%.

PO.040 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO (PAPA)

MARCIANA SILVA CONSTANCIO; MARIANA FERREIRA MEIRELES; DOUGLAS RIBEIRO GOMES; NAYANE SANTOS PINTO; STEFANE SANTOS JESUS; MAIRLA SOUZA CAVALCANTE; JIMMY HALEX MENDES LAGO; ALCIMAR NUNES PINHEIRO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PAPA; ASMA; EPIDEMIOLÓGICO

Introdução: A asma é uma das doenças crônicas mais comuns no mundo e importante causa de morbidade e hospitalização. Segundo as IV Diretrizes para o Manejo da Asma, a prevalência da asma no Brasil parece estar estável, o que parece não ocorrer no restante do mundo. Ainda analisando dados brasileiros, infere-se que a prevalência da asma em crianças e adolescentes gira em torno de 20%. Pretende-se com este estudo avaliar os dados epidemiológicos dos pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís-MA e comparar com os demais estudos do gênero as variáveis analisadas. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís-MA. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal, retrospectivo com prontuários de 316 pacientes. Foram utilizados os prontuários da primeira e da última consulta para comparar as variáveis relacionadas à idade, sexo, raça e frequência em unidades de emergência. Os dados de todos os pacientes foram agrupados em uma planilha do Excel com as variáveis expostas. **Resultado:** Dos 316 prontuários analisados, constatou-se que 71,2% dos pacientes eram do sexo feminino, 28,8% eram do sexo masculino. Quanto à raça, aproximadamente 7% dos pacientes eram negros, 38,3% eram pardos, 15,8% eram brancos e em aproximadamente 40% das fichas, o campo não foi preenchido. Quanto à faixa etária, 13,9% possuem entre 13 e 29 anos, 22,5% possuem de 30 a 44 anos, 27,2% possuem de 45 a 59 anos, 14,2% de 60 a 74 anos e 16,5% de 79 a 90 anos. Aproximadamente 40% (123) dos pacientes já foram ao menos uma vez ao pronto socorro devido às exacerbações da asma. **Discussão e Conclusão:** Observou-se que dos 316 pacientes analisados, 225 (71,2%) eram do sexo feminino, compatível com a literatura, já que esta retrata a predominância da asma em adultos deste sexo. Com relação à prevalência de asma segundo a raça os resultados obtidos foram diferentes dos encontrados na literatura, houve predominância de brancos sobre negros (15,8% e 7% respectivamente), sendo a maioria dos pacientes classificados como pardos (38,3%). Quanto a faixa etária, a maior parte dos pacientes atendidos está acima dos 40 anos (57,9% do total). Diversos fatores têm sido associados a emergências por asma exacerbada, tais como baixa renda, dificuldade de acesso à rede de saúde e a medicamentos, baixa escolaridade, gravidade da asma, não aderência ao tratamento e internações prévias pela mesma doença. A identificação de fatores de risco para a utilização de serviços de emergência e o seguimento, com maior

atenção, durante o acompanhamento do asmático podem minimizar as exacerbações graves da asma e, conseqüentemente, reduzir sua mortalidade.

PO.041 ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE E ASMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

JÉSSYCA PORTO SANTANA¹; ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS²; EDUARDO AUGUSTO GUEDES SOUSA³; EZEMIR DANTAS FERNANDES JÚNIOR⁴; GABRIELA LEMOS DE ALMEIDA MELO⁵; EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR⁶; ARTHUR BRENNO VICTOR DOS SANTOS⁷

1,2,3,4.UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 5,6,7.UFCG, CAJAZEIRAS, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; OBESIDADE; REVISAO

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica ocasionada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e limitação variável ao fluxo aéreo. Em muitos estudos, as alterações inflamatórias em indivíduos obesos estão sendo associadas à interferência nas manifestações clínicas da asma, acentuando a contratilidade da musculatura das vias aéreas. **Objetivos:** Tal estudo tem como objetivo realizar a revisão de literatura sobre as relações existentes entre asma e obesidade, devido a relevância do tema, já que tais doenças constituem graves problemas de saúde pública. **Métodos:** Uma revisão da literatura foi feita, por meio da busca de artigos que relacionassem asma e obesidade. Tal pesquisa se concentrou nas bases de dados LILACS e SCIELO. **Resultados:** Tanto a asma quanto a obesidade são determinadas por alterações genéticas e influências ambientais. A fisiopatologia que envolve a sobreposição da obesidade e da asma permanece desconhecida. No entanto, vários mecanismos estão envolvidos, como baixa tolerância para atividade física, alterações da mecânica respiratória e predisposição ao refluxo gastroesofágico, assim como a existência de co-morbidades como distúrbios respiratórios, diabetes tipo II e hipertensão. A perda de peso em asmáticos, mostrou melhora significativa no PFE, VEF1 e capacidade vital forçada, além da melhora no grau de dispnéia e redução na utilização de medicamentos de resgate. **Discussão:** Segundo alguns autores, além de diferenças no tipo de alimentação, o estilo de vida tem parcela bastante importante, pois obesos teriam maior grau de exposição ao tabaco e alérgenos intradomiciliares, pelo fato de permanecerem mais tempo no interior da residência. Dados obtidos por estudos em adultos permitem inferir que a associação entre obesidade e sintomas de asma também poderia ser explicada pelo fato de adolescentes obesos apresentarem algumas características que são capazes de mimetizar a asma: dispnéia com exercício, aumento do esforço respiratório, redução na função pulmonar, hipoventilação, apnéia do sono e refluxo gastro-esofágico. **Conclusão:** Muitos estudos não mostram uma maior gravidade da asma nos obesos nem uma diferença estatística significativa na relação entre obesidade e gravidade da asma de acordo com o sexo. Apesar disso, propõem-se atenção ao diagnóstico clínico de asma em obesos, já que estes sintomas atuam como fatores de confusão para a definição do diagnóstico de asma nestes pacientes. Já

outros estudos referem a obesidade como um fator de risco para sintomas respiratórios, devido a mudança na mecânica respiratória nestes indivíduos. Assim, a relação causal entre a obesidade e a gravidade da asma permanece controversa e por isso, são necessários mais estudos para esclarecer essa possível relação. Desta forma, será possível aferir melhor se programas específicos de reabilitação e redução do peso, serão efetivos na qualidade de vida de asmáticos.

PO.042 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM ASMA NA GRAVIDEZ EM UM PRÉ-NATAL ESPECIALIZADO

ELIAS FERREIRA MELO JUNIOR; ANTONIO CARLOS FERNANDES BARBOSA LIMA; MAURO MONTEIRO AGUIAR; DEBORA FARIAS BATISTA LEITE; MARIA EDUARDA PIRES SILVA LIMA; JOSÉ ÂNGELO RIZZO; THIAGO CESAR PARENTE SARAIVA; ALINE DUARTE MARANHÃO

UFPE, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; GRAVIDEZ; PRÉ-NATAL

Introdução: Asma é a intercorrência clínica mais comum na gravidez, com uma prevalência entre 4 e 8%. Apenas a terça parte das pacientes previamente asmáticas pioram durante a gravidez. Os obstetras geralmente não têm treinamento necessário para tratar as mulheres com asma e tratar os casos simples. Não existem pneumologistas em número suficiente para atender essas pacientes durante o pré-natal. **Objetivos:** Caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes atendidas nos primeiros seis meses do único ambulatório especializado de Asma na Gravidez instalado no Brasil, com uma equipe integrada de obstetras e pneumologista. **Métodos:** Este é um estudo descritivo, prospectivo, tipo série de casos. Foi utilizado um questionário padronizado para obter dados sociodemográficos e clínicos na primeira consulta, aplicado por dois obstetras treinados por pneumologista com mais de vinte anos de experiência com pacientes asmáticos. Foi feito um acompanhamento até o parto, com consultas trimestrais. Os dados foram processados e analisados com o programa Epi-info versão 3.5.3. **Resultados:** Foram atendidas 41 pacientes em 106 consultas. A faixa etária predominante foi de 20 a 34 anos (68,4%), 42,9% procediam da cidade do Recife, e proporção semelhante não trabalhava. A grande maioria (62,5%) vivia com um companheiro. Quanto às variáveis obstétricas, quase a metade (47,4%) era multipara e dois terços (60%) compareceram à primeira consulta já no segundo trimestre. A asma foi classificada como persistente grave ou moderada em 38,5% dos casos e 69,5% das gestantes foram medicadas com corticoide inalatório. Apenas 21% das pacientes evoluíram para partos até o momento, com boa vitalidade e peso adequado. **Discussão:** Não houve grande variação entre os dados encontrados e os estudos epidemiológicos mundiais. Como na literatura ensina, a grande maioria das pacientes sob tratamento adequado tem resultados perinatais favoráveis. **Conclusão:** É muito importante a conscientização dos profissionais que lidam com gestantes asmáticas quando às características únicas dessas pacientes, que suscitam a necessidade de

acompanhamento especializado, por profissional adequadamente treinado.

PO.043 RELAÇÃO ENTRE O IMC E PARÂMETROS FUNCIONAIS PULMONARES EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

MARCIANA SILVA CONSTANCIO; DIOGO FONTES SANTOS; DOUGLAS RIBEIRO GOMES; CARLOS EDUARDO RIBEIRO SOARES; JIMMY HALEX MENDES LAGO; JOSÉ ÁLVARO AMARAL JÚNIOR; ALCIMAR NUNES PINHEIRO; LUIZ GONZAGA PEREIRA JÚNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: IMC; ASMA; PAPA

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%. **Discussão e 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, conseqüentemente, 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.

PO.044 TRACKING DA FUNÇÃO PULMONAR E RESPONSABILIDADE BRÔNQUICA

RITA MATTIELLO¹; EDGAR E. SARRIA ICAZA²; VALENTINA CHAKR³; CHRISTINA J. TILLER⁴; JEFFREY KISLING⁵; ZHANGSHENG YU⁶; MARK H KAPLAN⁷; ROBERT S TEPPER⁸ 1,2,3.INSTITUTO DE PESQUISAS BIOLÓGICAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4.INDIANA UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, INDIANAPOLIS, INDIANAPOLIS, ESTADOS UNIDOS; 5,6,7,8.INDIANA UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, INDIANAPOLIS, ESTADOS UNIDOS.

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA; REATIVIDADE DA VIA AÉREA; RESPOSTA AO BRONCODILATADOR

Introdução: A diminuição da função pulmonar e hiperreatividade brônquica são características da asma; no entanto, há uma escassez de estudos que avaliem essas características desde os primeiros anos de vida. **Objetivos:** Determinar se a função pulmonar e hiperreatividade brônquica aferidas durante os primeiros anos de vida estão associadas com a função pulmonar e hiperreatividade aos 4 anos. Avaliar se os pré-escolares com história de sibilância recorrente apresentam uma menor função pulmonar e a reatividade da via aérea aumentada quando comparados com crianças sem história de sibilância. **Métodos:** lactentes com dermatite crônica (atopicos e não atópicos n=117) e sem história de sibilância foram inicialmente recrutados e 94 deles foram acompanhados até os 4 anos de idade. Dados de função pulmonar foram avaliados na infância e aos 4 anos de vida por meio do exame de espirometria. Na infância, a hiperreatividade da via aérea foi avaliada por meio do teste de metacolina, enquanto aos quatro anos essa foi aferida por meio da resposta ao broncodilatador. A história de silância era atualizada mensalmente por meio do contato telefônico. **Resultados:** lactentes com função pulmonar diminuída no início do estudo apresentaram menor função pulmonar aos 4 anos de vida (estimativa=0,281; p=0,003). Crianças que apresentaram maior reatividade brônquica a metacolina no início do estudo também apresentaram uma associação significativa com resposta ao broncodilatador aos 4 anos (estimativa=-0,182; p=0,004). Pré-escolares com história de sibilância apresentaram hiperreatividade brônquica (p=0,018) e diminuição da função pulmonar (p=0,015). **Discussão:** Esses achados sugerem que as alterações da função pulmonar e a reatividade das vias aérea podem estar presente no início da vida e estão associadas à

sibilância, o que pode prever a probabilidade de ter asma na vida adulta. **Conclusão:** A função pulmonar assim como a hiperreatividade brônquica track da infância aos quatro anos de vida. Pré-escolares com história de sibilância apresentam menor função pulmonar e maior reatividade da via aérea quando comparados com crianças sem história de sibilância.

PO.045 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO ESTADO PSICOEMOCIONAL EM PACIENTES COM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE EM USO DE OMALIZUMABE ACOMPANHADOS EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR, BA

CHARLESTON RIBEIRO PINTO¹; MARTA FERREIRA LEITE²; MARIA DE LOURDES SANTANA BASTOS³; TATIANA SENNA GALVÃO NONATO ALVES⁴; CLERISTON FARIAS QUEIROZ⁵; ARAMIS TUPINÁ DE ALCÂNTARA⁶; LINDEMBERG ASSUNÇÃO COSTA⁷; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS⁸

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA, JEQUIÉ, BA, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OMALIZUMABE; ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: O omalizumabe é um anticorpo monoclonal de alta afinidade por receptores de IgE, recomendado por diretrizes nacionais e internacionais para manejo da asma de difícil controle. Fatores psicológicos exercem forte influência na asma, podendo melhorar ou piorar sintomas em mais de 50% dos pacientes, sendo responsáveis pela alteração da relação entre saúde e qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e o estado psicoemocional em pacientes com asma de difícil controle antes do início do tratamento e após 16 semanas. **Método:** Foram incluídos no protocolo pacientes com diagnóstico de asma de difícil controle, com indicação para uso do omalizumabe, admitidos no Serviço de Pneumologia do Complexo Hospitalar Prof. Edgar Santos, em Salvador - BA, entre meses de janeiro de 2008 e dezembro de 2010. Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) e o Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). A aplicação dos questionários foi realizada antes e após 16 semanas de tratamento. Considerou-se clinicamente significativa variação no escore para AQLQ ($\geq 0,5$). O HADS possui pontuação que varia de 0 a 21, em cada subescala: HADS - Ansiedade (sem ansiedade escore = 0 a 8; com ansiedade escore ≥ 9) e HADS - Depressão (sem depressão escore = 0 a 8; com depressão escore ≥ 9). **Resultados:** Foram avaliados dezoito pacientes (média de idade de 52 anos), sendo 4 H e 14 M. Neste estudo a média de variação do AQLQ foi igual a $1,71 \pm 1,12$. Do total de pacientes 13/18 (72%) obtiveram variações clinicamente significantes para o AQLQ após 16 semanas de tratamento com omalizumabe. Dentre os domínios do AQLQ, o domínio função emocional foi o que mostrou maior variação ($1,81 \pm 1,62$). O escore médio basal da escala HAD - ansiedade foi de $12,1 \pm 4,9$ e da escala HAD - depressão igual a $7,9 \pm 4,8$. Observou-se que 14/18 (77,7%) dos pacientes preenchiem critérios de ansiedade e 10/18 (55,5%) para depressão. Após 16 semanas de tratamento o

escore médio da escala HAD - ansiedade e da escala HAD - depressão foi igual a $9,8 \pm 4,4$ e $7,9 \pm 4,8$, respectivamente, sendo que a redução dos sintomas de ansiedade foi evidenciado em 8/14 (64%) dos pacientes, destes 5/8 (62%) obtiveram escores ≤ 8 pontos para HADS-Ansiedade. **Conclusão:** Houve melhora da qualidade de vida e do estado psicoemocional na maioria dos pacientes. Esse tipo de avaliação pode ser útil na decisão de continuidade do uso do omalizumabe.

PO.046 DIAGNÓSTICO DE ASMA AOS 4 ANOS E FUNÇÃO PULMONAR E MARCADORES DE ATOPIA NA INFÂNCIA

EDGAR E. SARRIA ICAZA¹; RITA MATTIELLO²; VALENTINA CHAKR³; CHRISTINA J TILLER⁴; JEFFREY KISLING⁵; ZHANGSHENG YU⁶; MARK H KAPLAN⁷; ROBERT S TEPPER⁸ 1,2,3.INSTITUTO DE PESQUISAS BIOMÉDICAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4,5,6,7,8.INDIANA UNIVERSITY, INDIANAPOLIS, ESTADOS UNIDOS.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CRIANÇA; ATOPIA

Introdução: A asma em crianças é caracterizada por atopia e diminuição da função pulmonar, porém, pouco se conhece sobre o desenvolvimento dessas relações precocemente na vida. **Objetivos:** Determinar a relação entre função pulmonar e marcadores de atopia na infância e o diagnóstico de asma aos 4 anos de idade. **Métodos:** Uma coorte de 94 lactentes com eczema crônico e sem história de sibilância foi acompanhada até os 4 anos de idade. Foram obtidos dados espirométricos (zFEF25-75) na infância e aos 4 anos de idade; foram medidos os níveis de IgE total e IgE específica para diversos alergenos quando lactentes. A história de sibilância e eventos respiratórios era atualizada mensalmente por meio de contatos telefônicos. O diagnóstico de asma foi baseado em sibilâncias nos 12 meses prévios à avaliação dos 4 anos, somado a ter um diagnóstico médico prévio ou ter usado medicação para asma nos 12 meses prévios à avaliação dos 4 anos. **Resultados:** Níveis maiores de IgE total e IgE específica (ovo e/ou leite) relacionaram-se com maiores probabilidades de asma aos 4 anos de idade (OR=1,39, p=0,030 e OR=2,66, p=0,039). Níveis de outros alergenos (gato, ácaros, Bermuda grass, Cedar, e Alternaria) não estiveram associadas a maior risco para asma. Houve uma tendência de risco para asma aos 4 anos (p=0,056) em lactentes com menor função pulmonar. **Discussão:** Os nossos resultados sugerem que lactentes com baixa função pulmonar antes do primeiro episódio de sibilância e que aos 4 anos de idade já tinham diagnóstico de asma, continuarão com baixa função pulmonar. A sensibilização a ovo e/ou leite na infância esteve associada a baixa função pulmonar tanto quando lactentes como aos 4 anos de idade, mas ainda desconhecemos se a baixa função pulmonar dos lactentes antecede ou é secundária à sensibilização, por um mecanismo de remodelamento precoce da via aérea. **Conclusão:** Em lactentes com eczema, antes do primeiro episódio de sibilância, a função pulmonar (zFEF25-75) e a sensibilização a ovo e/ou leite estiveram relacionados com menor função pulmonar e com diagnóstico de asma aos 4 anos de idade.

PO.047 BRONCOESPASMO INDUZIDO POR ESFORÇO (BIE) EM ATLETAS HABITANTES DE REGIÃO DE CLIMA TROPICAL.

RODRIGO LUIS MOUSINHO GOMES; GILMARIO RICARTE BATISTA; SARAH ABRAÃO GOMES; JOSÉ ANGELO RIZZO UFPE, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; BRONCOESPASMO INDUZIDO POR EXERCÍCIO; ATLETAS

Introdução: O broncoespasmo induzido por exercício (BIE) ocorre em 50 a 90% dos asmáticos. Em atletas de alto rendimento não asmáticos sua prevalência também é elevada e está associado à modalidade do esporte e à temperatura e qualidade do ar respirado. **Objetivo:** verificar a prevalência de BIE em atletas de alto rendimento de região de clima tropical (elevadas temperatura e umidade do ar). **Material e Métodos:** Foram estudados 54 atletas juvenis de time de futebol da cidade do Recife submetidos a corrida em campo durante 6 minutos com a frequência cardíaca sub-máxima (85 a 90% da FC máxima), anteceditos de 2 minutos de aquecimento. Medidas do VEF1 foram realizadas antes e 5, 15 e 30 minutos após o exercício. Foi considerada uma resposta positiva queda no VEF1 $> 10\%$ do valor basal (World Anti-Doping Program). **Resultados:** Foi observada redução do VEF1 maior que 10% em 9 (15%) atletas. Em 3 a redução no VEF1 foi de 10 a $< 15\%$, em 4 de 15% a $< 20\%$ e em 2 entre 20 e 30%. Apenas 2 atleta referiram sintomas de asma no passado, nenhum deles com redução no VEF1 após o exercício. **Conclusões:** mesmo em condições de temperatura e umidade do ar elevadas, em atletas de clima tropical foi observada uma elevada prevalência de BIE (15% comparado a até 30% em testes realizados em outros países, em períodos que não no verão), mesmo sem história de asma. Este fenômeno precisa ser identificado adequadamente para que haja uma prevenção e o atleta de elite possa alcançar sua performance máxima e para que as agências regulatórias permitam o uso de medicamentos preventivos.

PO.048 PERFIL DOS PACIENTES ASMÁTICOS, DA CIDADE DE MANAUS-AM, ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO ARAUJO LIMA - HUGV

SUZI MARLA CARVALHO MARON; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO; HENRIQUE MARTINS OLIVEIRA; VANDERLEI PEREIRA LIMA; DIEGO DA COSTA MATOS; ÉRICO LIMA DE MELO; GISELLE LIMA AFONSO; CAMILA MENDES DA SILVA

UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PERFIL; PACA; HUGV

Introdução: A asma é caracterizada por uma inflamação crônica das vias aéreas, que causa episódios recorrentes de sibilância, falta de ar, rigidez torácica, tosse envolvendo múltiplos fatores. Seu impacto sócio-econômico é muito importante, sendo uma das doenças que mais consome recursos em países desenvolvidos. Em termos mundiais, os custos com a asma superam aos da tuberculose e HIV/AIDS somados (TELLES, 2008). Segundo dados da OMS (Organização Mundial da Saúde), cerca de 100 a 150 milhões de pessoas no mundo são asmáticas,

e no Brasil há aproximadamente 16 milhões deles. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de pacientes asmáticos atendidos no Ambulatório Araújo Lima – Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), localizado na cidade de Manaus-AM. **Métodos:** Propõe-se um estudo descritivo, de cunho retrospectivo e prospectivo, com abordagem quantitativa e de caráter observacional, durante o qual foram avaliados dados de prontuários de pacientes asmáticos que foram atendidos pelo PACA. A população do presente estudo foi de 800 pacientes, de 3 a 83 anos, que foram atendidos desde agosto de 2003 pelo PACA, ou foram atendidos até julho de 2010 (fim da referida pesquisa). **Resultados:** De acordo com a análise de 800 pacientes, foi detectada a presença de dispnéia em 55 pacientes com asma intermitente, em 367 com asma persistente leve, em 269 com asma persistente moderada, em 11 com asma persistente grave, num total de 702 pacientes. Também na análise de 1031 pacientes, foi detectada a presença de escarro em 18 pacientes com asma intermitente, em 282 com asma persistente leve, em 261 com asma persistente moderada, em 6 com asma persistente grave, num total de 567 pacientes. Por fim, analisando 1031 pacientes, foi detectada a presença de chiado no peito em 36 pacientes com asma intermitente, em 338 com asma persistente leve, em 486 com asma persistente moderada, em 10 com asma persistente grave, num total de 870 pacientes. **Discussão:** A classificação da gravidade da asma destes pacientes mostrou que 62% dos pacientes apresentaram crise e 38% asma controlada. Sendo que dos que apresentaram asma não controlada, 2,92% são intermitentes; 0,49% são graves; 28,7% são leves; e 34,24% são classificadas como moderada. E aqueles que apresentaram asma controlada, 0,88% são intermitentes; 0,58% são graves; 12,16% são leves; e 20,04% são moderados. **Conclusão:** Portanto, tem-se uma predominância de asma leve e moderada entre os prontuários de primeira vez. Com relação ao quadro clínico dos participantes do estudo, observou-se que de todos os sintomas de uma crise de asma, só cansaço, escarro e chiado no peito foram relevantes e muito significativos na análise. Notou-se, pois, dependência entre a clínica da doença e a classificação da mesma.

PO.049 ASSIDUIDADE DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA DO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, EM MANAUS-AM

SUZI MARLA CARVALHO MARON; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO; HENRIQUE MARTINS OLIVEIRA; ÉRICO LIMA DE MELO; GISELLE LIMA AFONSO

UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASSIDUIDADE; PACA; HUGV

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 freqüentam 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 freqüentando o programa sem nenhuma falta às consultadas, ao passo que 268 (34%) apresentavam ao menos uma falta às consultas. **Discussão e Conclusão:** Frente aos resultados obtidos, pode-se concluir que mais da metade dos pacientes freqüentam 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.

PO.050 FATORES DE RISCO PARA ASMA EM CRIANÇAS DE 4 A 14 ANOS ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA DO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA, DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, NA CIDADE DE MANAUS-AM

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

UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PACA; CRIANÇAS; RISCO

Introdução: Este estudo busca compreender os principais fatores estimulantes da asma em crianças, tendo em vista que essa patologia, na maioria das vezes, tem início antes dos oito anos de idade. A asma ocorre devido a uma hiper-responsividade traqueobrônquica a estímulos diversos, como fumaça de cigarro, poluição atmosférica, variações de temperatura ambiental, umidade relativa do ar, tartrazina, refluxo gastroesofágico, dentre muitos outros. **Objetivo:** Identificar os principais fatores de risco de asma nos pacientes de 4 a 14 anos do Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA). **Material e Métodos:** O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de cunho retrospectivo, com abordagem quantitativa e caráter observacional, durante o qual foram avaliados dados pessoais das crianças, conforme a aplicação de um questionário, que se realizou no Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA) - serviço de Pneumologia do ambulatório do Hospital Universitário Getúlio Vargas. A população que foi assistida pelo Projeto consiste de 427 crianças, sendo que 127 delas são crianças

asmáticas cadastradas no PACA e 300 são crianças não asmáticas, as quais serviram para controle e que responderão ao mesmo questionário. **Resultados:** De 426 pacientes analisados, 10,3% nasceram de parto cesáreo (p 0,0412); de 427, 17,6% já tiveram verminose (p 3,873e-14); de 422, 0,948% a mãe fuma ou fumou (p 0,01834); de 331, 4,2% os pais têm asma (p 0,004399); de 251, 17,7% apresentavam forros no quarto de dormir no momento da entrevista (p 0,01044) e 18,1% tinham forros no primeiro ano de vida (p 0,005397); de 322, 25,12% divide ou já dividiu o quarto no primeiro ano de vida (p 0,01733); de 326, 11,3% possuem animais no interior da casa no momento da entrevista (p 0,008207). **Discussão:** A prevalência de asma foi maior entre aquelas crianças que moram em áreas urbanas (28,24%); naquelas que compartilham o quarto com outras pessoas (25%), que tem animais no interior da casa (11,3%); e entre as quais foi diagnosticado presença de verminose (17,6%). **Conclusão:** A prevalência da asma foi considerada elevada em relação a outros estudos para as crianças de 4 a 14 anos no que tange pai portador de asma; criança que nasce de parto cesariano, residência que aloja animais em seu interior; mãe que fuma; crianças que divide o quarto no presente e quanto ao tipo de forração do quarto de dormir no presente.

PO.051 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NA ASMA GRAVE: UMA ESTRATÉGIA PARA OTIMIZAÇÃO DOS RESULTADOS CLÍNICOS.

FERNANDO ZANGHELINI¹; JOSÉ ARIMATEA ROCHA FILHO²; ANDRE SANTOS DA SILVA³; DAGOBERTO FERREIRA DE CARVALHO JR.⁴

1.FPS IMIP, RECIFE, PE, BRASIL; 2,4.SAF - SES/PE, RECIFE, PE, BRASIL; 3.UFPI, PICOS, PI, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA GRAVE; TESTE DE CONTROLE DA ASMA; ESPIROMETRIA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite.¹⁻² Anualmente ocorrem cerca de 350.000 internações por asma no Brasil, constituindo-se a quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (2,3% do total).^{3,4} A principal característica fisiopatológica da asma é a inflamação brônquica, resultante de um amplo e complexo espectro de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas.⁵⁻⁶ **Objetivo:** Realizar um acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes portadores de asma grave em uso de formoterol e budesonida, cadastrados na Farmácia de Pernambuco utilizando um serviço de Atenção Farmacêutica. **Método:** Seguiu-se o Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, Terceiro Consenso de Granada (2007), para classificar os problemas relacionados com medicamentos (PRM) e resultados negativos associados à medicação (RNM). Para verificação da efetividade do tratamento farmacológico seguiu-se o

Teste de Controle da Asma (ACTTM). **Resultado:** Entre os 26 usuários que receberam o serviço, 22 (84,6%) apresentaram alguma comorbidade, sendo as mais frequentes relacionadas ao sistema cardiovascular (30,8%) e endócrino (13,9%). Foram identificados 58 RNM, dentre esses 47 (81%) foram resolvidos, onde, 41 foram resolvidos na farmácia e 6 resolvidos por intervenção médica. No início da pesquisa, todos apresentavam sintomas diários de asma, espirometria com Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) com uma média de 52,7% e uso mensal de nebulizador. Após as intervenções farmacêuticas (IF), este número reduziu para 2 (7,69%) usuários com sintomas diários de asma e com necessidade mensal do uso de nebulizador, a média do VEF1 aumentou para 70,4%. Ao término do acompanhamento farmacoterapêutico todos os usuários foram submetidos ao Teste de Controle da Asma (ACTTM) e apenas 2 (7,6%) usuários apresentaram asma não controlada. **Discussão:** A base do tratamento da asma grave é o uso contínuo de corticosteróides inalatórios, associados a broncodilatador. Como a via inalatória é preferida, faz-se necessário uma orientação aos usuários quanto a utilização correta de dispositivos inalatórios e principalmente cuidados pessoais.⁷⁻⁸ A evolução do VEF1 dos pacientes reafirma a idéia de que as IF educacionais são responsáveis pela otimização dos resultados terapêuticos no uso dos medicamentos antiasmáticos, refletindo diretamente no aumento da função pulmonar. **Conclusão:** Concluiu-se que a IF é satisfatória para bons desfechos em saúde, ou seja, permite melhor controle da asma grave, redução do número de hospitalizações e gastos em saúde, bem como de visitas aos prontos-socorros e aos ambulatórios.

PO.052 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 DE LUCENA CARDOSO; GISELLE LIMA AFONSO; ÉRICO LIMA DE MELO; HENRIQUE MARTINS OLIVEIRA
UFAM, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; GRAVIDADE; GINA

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*). **Objetivo:** 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 Serviço 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 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). **Discussão:** Mais da metade dos pacientes atendidos pelo PACA apresentam asma persistente moderada (54%), outra parte significativa 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. **Conclusão:** Vale ratificar o objetivo do PACA, que 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.

PO.053 AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO OMALIZUMABE EM PACIENTES COM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE (ADC) NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO COMPLEXO HOSPITALAR PROFESSOR EDGARD SANTOS C-HUPES

TATIANA SENNA GALVÃO NONATO ALVES; CLERISTON FARIAS QUEIROZ; MARIA DE LOURDES SANTANA BASTOS; MARTA FERREIRA LEITE; ; CHARLESTON RIBEIRO PINTO; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS

COMPLEXO HOSPITALAR PROFESSOR EDGARD SANTOS C-HUPES, UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE ; EFETIVIDADE; OMALIZUMABE

Introdução: O omalizumabe bloqueia a desgranulação dos mastócitos e a liberação de mediadores químicos promovendo assim, um melhor controle deste fenótipo da asma .Portanto, repercute diretamente no controle clínico da doença, traduzindo uma evidente efetividade do anti-igE. **Objetivos:** Avaliar a efetividade do omalizumabe em pacientes de ADC após 16 semanas de utilização.**Métodos:** Coorte observacional de 18 pacientes com ADC com coleta de dados retrospectiva e prospectiva com critérios definidos pela (ATS, SBPT).Foram submetidos a dosagem de IgE sérica total, espirometria KOKO digidose Ferraris respiratory segundo critérios de Pereira, 2002, citologia do muco nasal, escarro induzido, *PRICK-TEST* para aeroalérgenos e demais exames específicos para afastar comorbidades como:Bronquiectasias, rinossinusite, distúrbios das cordas vocais, refluxo gastroesofágico e outras doenças

pulmonares obstrutivas. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS (realese 16.0.21, 2008). **Resultados:** Nesta amostra na admissão as idas a emergências por asma pré omalizumabe foram de 77,8% (14/18) após 16semanas foram de 33,3% (6/18), despertar noturno pré 88,9% (16/18) após 22,2% (4/18) , dose total de corticóide inalatório (Cl mcg/dia) pré foram 1600mcg/dia e após 1.200mcg/dia , dose total corticóide oral (CO mg/dia) pré 40mg/dia e pós 20mg/dia. O número de uso de β_2 de curta (inalações por mês) pré foram de 120 inalações /mês e no pós foram de 60 inalações /mês. **Conclusão:** O omalizumabe foi efetivo no controle da ADC promovendo a suspensão ou redução do CO, diminuição da dose de Cl, diminuição do uso de β_2 de curta duração, redução do números de idas a emergências e despertar noturno .

PO.054 CLASSIFICAÇÃO DA ASMA DE ACORDO COM AS IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

AMANDA BATALHA PEREIRA; BRUNO ROCHA VELOZO; ALINE ALMEIDA BASTOS; JÚLIA BRANDÃO DE PAIVA TEIXEIRA CUSTÓDIO; JIMMY HALEX MENDES LAGO; MARCIANA SILVA CONSTANCIO; LUCAS SANTANA PASSOS; ALCIMAR NUNES PINHEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CLASSIFICAÇÃO; PREVENÇÃO E CONTROLE

Introdução: A asma brônquica é classificada de acordo com a sua gravidade e o controle no manejo clínico dos pacientes; é fundamental que esta etapa seja realizada de maneira correta, possibilitando o estado de controle desta patologia mais brevemente. Inicialmente, a classificação da gravidade é determinada pela apresentação dos sintomas e função pulmonar. Esta pode ser intermitente ou persistente, sendo esta última subdivida nos graus leve, moderado e grave. Considera-se ainda, a responsividade ao tratamento, em uma segunda análise. Já a classificação do controle refere-se às manifestações clínicas e funcionais da asma, sendo o objetivo do tratamento o controle dos sintomas e preservação da função pulmonar; sendo distribuídos em asma controlada, parcialmente controlada e não-controlada. **Objetivo:** Conhecer o perfil de gravidade e controle da asma de pacientes asmáticos atendidos no ambulatório do Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA). **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, realizado a partir da análise de prontuários de última consulta de 233 pacientes asmáticos cadastrados no PAPA, considerando a classificação de gravidade e controle da asma brônquica segundo as IV Diretrizes Brasileiras para o manejo da Asma. **Resultados:** Dos 233 pacientes da amostra, 26 pacientes (11%) são classificados como portadores de Asma grave, 138(59%) como asma moderada, 62(26%) como Asma leve e apenas 7(3%) como asma Intermitente. Dos pacientes com asma grave, 46% estavam controlados, 23% parcialmente controlados e 31% não estavam

controlados. Dos pacientes com Asma Moderada, 63% estavam controlados, 23% parcialmente controlados e 14% não estavam controlados. Dos pacientes com asma leve 82% estavam controlados, 9% estavam parcialmente controlados e 8% não estavam controlados. **Discussão:** Dados nacionais da IV Diretriz brasileira de Asma nos mostram que cerca de 60% dos casos de asma são classificados como intermitentes ou persistentes leves, 25% a 30% moderados e 5% a 10% graves. Os resultados encontrados no estudo aproximam-se em relação aos pacientes graves (11%). Porém em relação à quantidade de pacientes com asma leve e intermitente, os valores se mostraram bem abaixo da média geral, tal realidade é explicada em parte pela prioridade dada em no serviço aos pacientes com asma moderada e grave, o que resulta no incremento da prevalência destes. Outro destaque dos resultados é a grande quantidade de pacientes controlados, principalmente asmáticos leves e moderados em comparação com pacientes graves, onde esse controle ocorreu em cerca de metade dos pacientes. **Conclusão:** A análise mostrou que os pacientes com asma persistente moderada representam a maioria dos pacientes do PAPA, seguido por leve, grave e intermitente, além da alta prevalência de pacientes controlados. Já os pacientes asmáticos graves representam maiores custos ao sistema único de saúde, o que nos demonstra a necessidade de uma atenção mais individualizada a tais pacientes.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

PO.055 ASSOCIAÇÃO ENTRE COMORBIDADES E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM PACIENTES COM DPOC

LUCAS PIRES STOCKER RIES¹; LEANDRO GRAZZIERO RECH¹; TIAGO SPIAZZI BOTTEGA²; HELENA S. VAN DER LAAN²; MARLI MARIA KNORST¹; JORGE DIEGO VELENTINI¹
1.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC ; COMORBIDADES ; ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Introdução: A DPOC compromete a qualidade de vida e pode se acompanhar de múltiplas comorbidades. **Objetivos:** Estudar a prevalência de comorbidades e sua associação com o estado nutricional na DPOC. **Material e Métodos:** Foram estudados 470 pacientes atendidos de forma sequencial, com coleta de dados sobre comorbidades, índice de massa corporal (IMC) e exames de função pulmonar. O estado nutricional foi avaliado pelo IMC. Os dados são apresentados como média e desvio padrão (DP). As correlações foram estudadas pelo teste de Spearman e a comparação entre os grupos, pelo teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** Dos pacientes analisados, 281 eram homens (59,8%). A média de idade foi de 64,9 (10,3) anos e o VEF1 foi de 1,31 (0,3) litros. O IMC foi de 25,3 (5,7) kg/m², 119 pacientes (25,3%) apresentavam baixo peso (IMC < 21), 115 (24,4%) eram eutróficos, 130 (27,6%) tinham sobrepeso e 95 (20,2%) eram obesos. O número médio de comorbidades por paciente foi de

3,1 (1,9). Dos pacientes, 27 (5,7%) não apresentavam comorbidades e 105 (22,3%) apresentavam 5 ou mais. As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (44,9%), cardiopatias (20%), diabetes melito (14,7%), osteoporose (13,6%) e dislipidemia (13%). O número de comorbidades se associou com o IMC ($r = 0,323$; $p < 0,001$). Os pacientes obesos apresentaram em média 4,1 comorbidades, os com sobrepeso 3,1, os eutróficos 2,5 e os com baixo peso 2,8. As diferenças no número de comorbidades entre obesos e eutróficos bem como entre obesos e pacientes com sobrepeso foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$ e $p < 0,05$ respectivamente). **Conclusão:** Comorbidades são frequentes na DPOC e estão associadas com o estado nutricional. Portanto, pacientes com DPOC devem ser estimulados a manter o peso dentro dos limites da normalidade.

PO.056 AVALIAÇÃO DA INFLAMAÇÃO DAS VIAS AÉREAS PELA TÉCNICA DO ESCARRO INDUZIDO E ESPONTÂNEO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA .

CLERISTON FARIAS QUEIROZ; FERNANDA PIRES DOS SANTOS; MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA; MARTA FERREIRA LEITE; MARIA DE LOURDES SANTANA BASTOS; GILVANDRO ALMEIDA ROSA; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS
COMPLEXO HOSPITALAR PROFESSOR EDGARD SANTOS / UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EOSINÓFILOS; DPOC ; PRICK-TEST

Introdução: Com base na definição do GOLD (Iniciativa Global para DPOC)¹ a DPOC não é associada a manifestações sistêmicas e é progressiva, e tem como ponto importante o componente inflamatório. Marina Saetta *et al*, 1994² demonstraram que nas exacerbações da DPOC, há um incremento muito significativo do processo inflamatório, com grande aumento de neutrófilos e eosinófilos.

Objetivos: Avaliar através da técnica do escarro induzido e espontâneo a inflamação das vias aéreas com ênfase nos eosinófilos e neutrófilos em pacientes portadores de DPOC moderada a grave; Comparar a inflamação eosinofílica e neutrofílica com o *PRICK-TEST*. **Métodos:** Neste estudo foram avaliados uma amostra seqüencial de 27 pacientes portadores de DPOC com 25,9% (7/27) estágio II, 48,1% (13/27) estágio III e 25,1% (7/27) estágio IV (GOLD). Todos foram submetidos à espirometria- aparelho KOKO *digidose Ferraris respiratory* e utilizando-se critérios da ATS/SBPT^{3,4} e tabela de normalidade de Pereira, 2002. Em seguida foi realizada a técnica do escarro induzido com salina hipertônica a 3% e 5% seguindo a técnica descrita por Pizzichini *et al*, 1996⁵ somente naqueles pacientes que não tinham expectoração espontânea. O *PRICK-TEST*, para *D. pteronyssinus*, *B. tropicalis*, *A. fumigatu*, epitélio de cão e gato foi realizado em todos os pacientes. **Resultados:** Na amostra foram avaliados 27 pacientes sendo 77,8% do sexo masculino com média de idade \pm DP 72,1 \pm 8,69. As medidas do VEF1 pré e pós BD tiveram a média \pm DP 38,1 \pm 11,6 e 44,0 \pm 13,8, respectivamente. Enquanto que a média \pm DP da CVF pré e pós BD foram 58,9 \pm 17,9 e 68,7 \pm 18,9. Dos 27 pacientes 34% (9/27) apresentaram

expectoração espontânea os demais foram submetidos ao El. Eosinofilia no escarro foi presente em 56% (15/27), com média \pm DP de $15,8 \pm 17,2$, e neutrófilos em 92% (25/27), com média \pm DP de $24,7 \pm 15,4$ (Figura 1). O escarro apresentou aspecto purulento em 40,7% (11/27) e patógenos com morfologia de cocos Gram positivo foi evidenciado em 51,8% (14/27). O PRICK-TEST(PT) foi positivo para 25,9% (7/27) destes, 85,7% (6/7) pacientes apresentaram eosinófilos no escarro (Figura 2). **Discussão:** No estudo publicado no *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, em 1994¹ Marina Saetta mostra que nas exacerbações da DPOC há um aumento significativo de neutrófilos e eosinófilos. Neste estudo observa-se a predominância de eosinófilos e neutrófilos em 56% e 92% respectivamente. Dados da literatura comentam que cerca de 40% dos pacientes com DPOC estável, o processo inflamatório é eosinofílico⁹. Nesta amostra observa-se que pacientes com estágio II (GOLD) tinham a média de eosinófilos maior que no estágio IV. **Conclusões:** 1- Pacientes com DPOC mais grave tem menos eosinofilia no escarro; 2- Houve uma associação de DPOC e atopia respiratória em 22,2% (6/27) dos pacientes.

PO.057 CONTROLE DE TÉCNICA DE USO DE INALADORES DOSIMETRADOS EM UMA UNIDADE ESPECIALIZADA DE TRATAMENTO PNEUMOLÓGICO

MARCELA AMORIM ALVES; ANDREA DE ANDRADE TIMOTEO; JOSE ALEXANDRE DE ANDRADE FERREIRA; JULIANA ALVES ACCIOLY LINS; REJANE MARIA DE SANTANA; FERNANDO LUIZ LUNDGREN; ADRIANA TAVARES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: INALADORES DOSIMETRADOS; PNEUMOLOGIA; MEDICAMENTOS INALADOS

Introdução: Os dispositivos inalatórios apresentam eficácia equivalente na deposição pulmonar de fármacos. A educação dos profissionais de saúde, dentre eles enfermeiros e técnicos de enfermagem tem papel central para melhorar a técnica de inalação dos pacientes. **Objetivos:** Avaliarmos o conhecimento da equipe de Enfermagem do setor de pneumologia de um hospital de referência sobre a administração de drogas através de dispositivos inalatórios. **Material e Métodos:** amostra se constituiu em 20 % de todos os membros da equipe de Enfermagem. Utilizado um roteiro de descrição do procedimento de uso de cada um dos dispositivos inalatórios (Aerossóis Dosimetrados com e sem espaçador) utilizados em nosso serviço. **Resultados:** Apesar da utilização rotineira de medicamentos inalados no setor, encontramos um desconhecimento do uso correto entre o nosso corpo de enfermagem. O uso de espaçadores aumentou o numero de acertos da administração dos medicamentos. **Discussão e Conclusão:** O conhecimento do uso dos inaladores dosimetrados foi muito baixo. O uso de espaçadores aumentou o numero de utilização correta da medicação. Existe necessidade de educação continuada entre os profissionais de saúde.

PO.058 ASSOCIAÇÃO ENTRE TESTE CAMINHADA 6 MINUTOS E GRAVIDADE DA DPOC DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO ESPIROMÉTRICA

MARCELA AMORIM ALVES; SIMONE MARIA MARROCOS; CAROLINA FREITAS CARIBE; ISAAC VIEIRA SECUNDO; FERNANDO LUIZ LUNDGREN; EDLENE MARTINS DE ANDRADE; DANIELE CLÍMACO

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TESTE CAMINHADA; ESTAGIO DPOC

Introdução: O Estadiamento da DPOC é uma ferramenta importante para guiar a terapêutica e avaliar o prognóstico dos pacientes. A espirometria é um parâmetro utilizado, de forma prática, para tal fim. No entanto o impacto da DPOC não depende apenas do grau do padrão obstrutivo, mas também da gravidade da dispnéia e da redução da capacidade de exercício físico. O Teste de caminhada de 6 minutos têm surgido como complemento na avaliação funcional de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica **Objetivos:** Estudar a correlação entre a classificação da DPOC pela espirometria e a distância percorrida em metros no teste de caminhada de 6 minutos. Classificação espirométrica (pós BD): Moderado VEF1 $\geq 50\%$ e $< 80\%$; Grave VEF1 $\geq 30\%$ e $< 50\%$; Muito Grave VEF1 $< 30\%$. **Material e Métodos:** O estudo foi realizado em 53 pacientes atendidos no mês de março 2011 no ambulatório de pneumologia do Hospital Otávio de Freitas. Foram realizados espirometria para a classificação da gravidade da DPOC e teste de caminhada de 6 minutos. **Resultados:** Em uma amostra de 53 pacientes, 14 foram considerados moderados, 23 graves e 16 muito graves. Dos pacientes com DPOC moderada a média da distância percorrida foi 330,64, entre os paciente graves a média foi 366,78 metros e nos muitos graves foi 344,81 metros. **Conclusão:** O teste de caminhada de 6 minutos não mostrou correlação significativa com a gravidade da DPOC de acordo com a classificação espirométrica.

PO.059 COMPARAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DA DPOC UTILIZANDO-SE OS CRITÉRIOS ESPIROMÉTRICOS, GOLD E SBPT

MARCELA AMORIM ALVES; CAROLINA FREITAS CARIBE; LILIANE MARJORIE FEITOSA DE ALBUQUERQUE; ADRIANA TAVARES; FERNANDO LUIZ LUNDGREN; EDLENE MARTINS DE ANDRADE; DANIELE CLÍMACO

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ESPIROMETRIA; MRC

Introdução: O Estadiamento da DPOC é utilizado no planejamento de tratamento de pacientes e também na uniformização de dados para estudos médicos. Os documentos GOLD descrevem o estadiamento baseado na espirometria e na presença de Hipoxemia e Hipercapnia, sendo muitas vezes utilizado apenas a espirometria. A sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) passou a considerar em 2004 o uso do índice de dispnéia do MRC (Medical Research Council) modificado como marcador clínico da gravidade da DPOC. **Objetivos:** Comparar o estadiamento de uma mesma população de pacientes com DPOC, utilizando-se os seguintes critérios: Espirometria

apenas; Espirometria e Gasometria (hipoxemia e hipercapnia); SBPT que inclui o índice do MRC, onde pacientes com MRC 2 e 3 são considerados graves e MRC 4 são considerados muito grave. **Material e Métodos:** A amostra foi composta de 53 pacientes de ambos sexos acompanhados no ambulatório de DPOC do Hospital Otávio de Freitas de forma consecutiva, no mês de março 2011. **Resultados:** Na classificação espirométrica e no GOLD temos n 14(26%) moderados; considerando o MRC temos pela SBPT n 27(51%) grave e n 25(47%) muito grave e apenas n 1(2%) de moderados. **Conclusão:** Quando comparamos os critérios da classificação da gravidade da DPOC observamos mudanças, principalmente entre as classificações de grave e muito grave após levar em consideração o índice do MRC. Isto mostra a importância da atenção às limitações relacionadas a dispnéia assim como os sinais de insuficiência respiratória.

PO.060 ASSOCIAÇÃO ENTRE NÚMERO DE EXACERBAÇÕES/ANO E GRAVIDADE DA DPOC DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO GOLD

MARCELA AMORIM ALVES; RENNY ALMEIDA SEABRA; LARISSA MIRANDA GUSMÃO; JULIANA ALVES ACCIOLY LINS; ADRIANA TAVARES; FERNANDO LUIZ LUNDGREN; EDLENE MARTINS DE ANDRADE; DANIELE CLÍMACO

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; GOLD; EXACERBADOR FREQUENTE

Introdução: A DPOC é uma das maiores causas crônicas de morbidade e mortalidade pelo mundo. A exacerbação constitui capítulo importante na DPOC e está relacionada à mortalidade e agravo do estado de saúde. Exacerbações frequentes aceleram a progressão da doença. Pacientes com 02 ou mais exacerbações ao ano são considerados "Exacerbadores Frequentes"(EF). **Objetivos:** Estudar a correlação entre a classificação da DPOC pelo GOLD(VEF1+ hipoxemia+ hipercapnia) e o número de exacerbações em pacientes com DPOC. Consideramos exacerbações a procura não programada à serviços de saúde pelo paciente, por motivo de agravo em sua doença pulmonar. **Material e Métodos:** O estudo foi realizado em 53 pacientes atendidos no mês de março 2011 no ambulatório de pneumologia do Hospital Otávio de Freitas. Foram observados o número de exacerbações referidas no ano anterior, espirometria e gasometria arterial para a classificação da gravidade da DPOC de acordo com os documentos GOLD. **Resultados:** Em uma amostra de 53 pacientes, 12 foram considerados exacerbadores frequentes, destes 04 (33%) classificados como GOLD 2; 05 (42%) GOLD 3 e 03(25%) GOLD 4. Observamos que EF ocorre em todos os graus da DPOC. **Conclusão:** Ser frequente exacerbador não esta restrito aos graus grave e muito grave, encontramos percentagem semelhantes em todos os graus de DPOC. Este achado já vem sendo relatado em outros estudos. Conhecer a historia prévia do paciente e o numero de vezes em que ocorreu a procura de serviços de saúde devido a sintomas da DPOC (não agendadas) irá permitir uma abordagem diferenciada nestes pacientes.

PO.061 CLASSIFICAÇÃO GOLD EM PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO POR DPOC À LONGO PRAZO EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA

SONAYRA BRUSACA ABREU; MARIANA AZEVEDO SOUSA; EVALDO CÉSAR MACAU FURTADO FERREIRA; GABRIELA CIRQUEIRA DE SOUZA BARROS; JOSÉ ÁLVARO AMARAL JÚNIOR; AMANDA CASTRO BARROSO; MARIANA FERREIRA MEIRELES; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; GOLD; HUPD

Introdução: Apesar da alta prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e da sua importância em termos de saúde pública, ela é, em muitos casos, subestimada e sub-diagnosticada. Há situações em que os doentes com DPOC não são identificados pela equipe de saúde e outras em que indivíduos sem DPOC recebem tal diagnóstico. Diante disso, foi criado pelo Instituto Nacional Norte-Americano do Coração, Pulmão e Sangue (NHLBI) e pela Organização Mundial da Saúde a Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD). De acordo com tal iniciativa, que define a DPOC através de dados espirométricos, ela pode então ser classificada em leve, moderada ou grave, e diante disso, institui-se uma terapêutica específica. **Objetivos:** Verificar a classificação da gravidade de pacientes portadores de DPOC de acordo com os critérios de GOLD em um ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD). **Métodos:** Foram analisados prontuários de 67 pacientes portadores de DPOC que faziam acompanhamento há pelo menos 5 anos. Incluiu-se, dessa forma, aqueles que apresentavam relação entre Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo e Capacidade Vital Forçada (VEF1/CVF) menor ou igual a 70%. Foram classificados como leves os pacientes que possuíam VEF1 maior ou igual a 80%; como DPOC moderada os que possuíam VEF1 maior ou igual a 50% e menor que 80%; como DPOC grave aqueles pacientes que possuíam VEF1 entre 50% e 30% e como muito grave aqueles em que o VEF1 estava abaixo de 30% ou que apresentavam insuficiência respiratória crônica com VEF1 menor que 50%. **Resultados:** Dos 67 pacientes analisados, com faixa etária entre 46 e 94 anos e média de 71 anos, 14 (20,89%) apresentavam DPOC leve, 27 (40,30%) DPOC moderada, 19 (28,36%) DPOC grave e 7 (10,45%) DPOC muito grave. **Discussão:** Dos indivíduos investigados nesse estudo, encontrou-se pouca predominância de pacientes com DPOC de leve a moderada em comparação com aqueles portadores de DPOC grave a muito grave (61,19% e 30,81%, respectivamente), o que está em desacordo com outros estudos maiores como o Platino em que a maior proporção estava em distúrbios leve a moderado (92,4%) assim como os dados do Documento GOLD (94%). Isso ocorre em especial porque este presente estudo foi realizado em um ambulatório de acompanhamento de pacientes com DPOC a longo prazo, o que seleciona, em especial, os mais sintomáticos, uma vez que aqueles com DPOC leve ou moderada podem subestimar sua doença e não buscar acompanhamento médico. Enquanto que

o estudo Platino e o Documento GOLD são baseados em visitas domiciliares em pacientes ainda não diagnosticados, sendo portanto, uma estimativa real da incidência de cada estágio da doença. Conclusão: O estudo da gravidade de DPOC em ambulatórios de acompanhamento de DPOC não é estimativa fiel da gravidade da doença na população e sim indica que apenas os pacientes com maior gravidade e os mais sintomáticos realizam o acompanhamento médico em longo prazo.

PO.062 DPOC E PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA (HUPD)

MARIANA AZEVEDO SOUSA; SONAYRA BRUSACA ABREU; GABRIELA CIRQUEIRA DE SOUZA BARROS; EVALDO CÉSAR MACAU FURTADO FERREIRA; LUIZ GONZAGA PEREIRA JÚNIOR; DOUGLAS RIBEIRO GOMES; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; ALCIMAR NUNES PINHEIRO UFMA, SÃO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TABAGISMO; PREVALÊNCIA

Introdução: Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma síndrome respiratória crônica, parcialmente reversível, que acomete os pulmões produzindo redução do fluxo respiratório, em consequência da obstrução alveolar e bronquiolar. É uma doença prevenível e tratável com alguns importantes efeitos extrapulmonares e sistêmicos que podem contribuir para sua gravidade. Segundo o II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC -2004, 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 primariamente pelo tabagismo. No consumo do tabaco, agentes nocivos à saúde como nicotina (responsável pela dependência química), monóxido de carbono (o mesmo gás venenoso que sai do escapamento de automóveis) e alcatrão, que é constituído por aproximadamente 48 substâncias pré-cancerígenas, como agrotóxicos e substâncias radioativas (que causam câncer), são introduzidos nos organismos. **Objetivos:** Identificar a prevalência de tabagismo em pacientes com DPOC que freqüentam um serviço de atendimento pneumológico. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo de 66 prontuários de pacientes com diagnóstico de DPOC atendidos no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra em São Luís-MA com 1ª consulta entre os anos de 2006 e 2010. Foram selecionadas as primeiras fichas de atendimento de cada paciente para a identificação das seguintes variáveis: fumante, ex-fumante e tempo de fumo. **Resultados:** Dos 66 pacientes analisados, 5 pacientes (7,6%) nunca foram fumantes, 4 pacientes (6%) eram fumantes atuais e 57 pacientes (86,4 %) ex-fumantes. Dos 61 fumantes, o tempo de fumo foi de 0-20 anos em 10 pacientes (16,4%); 21-40 anos em 28 (45,9%); de 41-60 anos em 21 (34,4%) e de 61-70 anos em 2 (3,3 %). **Discussão:** Dados do artigo Epidemiologia da DPOC em Portugal e no mundo mostram que ao tabaco são atribuíveis mais de 85% dos casos de

DPOC. Os resultados encontrados no estudo excedem os valores definidos pela literatura, pois se observou que 61 pacientes diagnosticados com DPOC (92,4%) são ou foram fumantes, consequência que pode ser justificado pela alta capacidade tóxica do tabaco em relação ao pulmão. O tempo de fumo também se apresentou como elevado nos pacientes da análise. Uma vez que, 83,6% dos pacientes foram usuários de tabaco por mais de 20 anos. Conclusão: Em pacientes que iniciaram o tratamento de DPOC no ambulatório de pneumologia do HUPD verificou-se uma alta prevalência de fumantes (92,4%). O tempo de fumo também se apresentou como fator relevante, pois o maior tempo de fumo aumenta e exposição do paciente às propriedades tóxicas do tabaco.

PO.063 EVOLUÇÃO DOS MARCADORES INFLAMATÓRIOS DE PACIENTES COM DPOC NO PERÍODO DE TRÊS ANOS

RENATA FERRARI; SUZANA ÉRICO TANNI; LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM; CRISTIANE ROBERTA NAVES; IRMA DE GODOY

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BIOMARCADORES; EFEITO SISTÊMICO; INFLAMAÇÃO

Introdução: Estudos mostram que os valores de Interleucina 6 (IL-6) e proteína C-reativa (PCR) no sangue periférico não sofrem alteração significativa em pacientes com DPOC no período de um ano. O comportamento evolutivo desses marcadores inflamatórios, a longo prazo, não está estabelecido. **Objetivo:** Verificar a evolução da concentração plasmática da IL-6 e da PCR no período de três anos em pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram avaliados 53 pacientes com DPOC (66% homens, idade = 63 ± 9 anos, $VEF1 = 56 \pm 21\%$). As seguintes avaliações foram realizadas no basal e após três anos: índice de massa corporal (IMC), distância percorrida em seis minutos (DP6), dispneia pelo Modified Medical Research Council e foi calculado o valor do índice BODE. A concentração plasmática de IL-6 foi mensurada em duplicatas por meio de ensaios imunoenzimáticos (ELISA) ultrasensíveis (Biosource International, inc, Ca, USA) e a PCR foi quantificada por imunonefelometria ultrasensível (CardioPhase, Dade Behring Marburg GmbH, Marburg, EUA). **Resultados:** No momento basal, oito pacientes (15%) apresentaram DPOC leve, 36% DPOC moderada, 21% grave e 28% DPOC muito grave. No período de três anos, não ocorreu diferença significativa na proporção de pacientes em cada categoria de gravidade da doença, nos valores do VEF1 em porcentagem dos valores previstos e nos valores do IMC. A tolerância ao exercício, a dispneia e o índice BODE pioraram significativamente. Os valores de IL6 aumentaram significativamente após três anos em comparação ao momento basal [0,8 (0,5-1,3) vs 2,4 (1,3-4,4) pg / ml, $p < 0,001$]. Embora, os valores de PCR não apresentaram alteração significativa [5 (1,6-7,9) vs 4,7 (1,7-10) pg/ L, $p > 0,05$], em 11 pacientes (21%) houve aumento >3 mg/L do mediador no período de estudo. Houve correlação significativa positiva entre os valores plasmáticos de PCR e IL-6 no basal e após

três anos ($r = 0,54$, $p < 0,001$; $r = 0,53$, $p < 0,001$, respectivamente). **Discussão:** O presente estudo mostrou que, independentemente da evolução da obstrução das vias aéreas e da composição corporal, ocorre piora de outras manifestações sistêmicas da DPOC. De acordo com nosso conhecimento, esse é o primeiro estudo a relatar aumento da inflamação sistêmica, avaliada pela IL-6, em pacientes com DPOC. Estudo de Kolsun, 2009 mostrou que os valores da IL-6 não sofreram alteração significativa no período de um ano. Em nosso estudo, os valores de PCR não modificaram significativamente após três anos. Esse resultado está de acordo com o estudo de Pinto-Plata 2006, no qual valores da PCR permaneceram inalterados após 17 meses. Nossos achados mostram também associação positiva significativa da IL-6 e da PCR no momento basal e após três anos. Essa associação também foi verificada no estudo de Kolsun 2009. Como a IL-6 é conhecida como potente promotora da produção de PCR no fígado (Kishimoto 1989), podemos especular que a IL-6 promove a produção da PCR em pacientes com DPOC. **Conclusão:** O processo inflamatório sistêmico, avaliado pela PCR e IL-6, parece ser persistente e progressivo em pacientes com DPOC. -Kolsun U, Roy K, Starkey C, Borrill Z, Truman N, Vestbo J, Singh D. The repeatability of interleukin-6, tumor necrosis factor-alpha, and C-reactive protein in COPD patients over one year. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2009;4:149-56. -Pinto-Plata VM, Müllerova H, Toso JF, Feudjo-Tepie M, Soriano JB, Vessey RS, Celli BR. C-reactive protein in patients with COPD, control smokers and non-smokers. *Thorax.* 2006 Jan;61(1):23-8. -Kishimoto T. The biology of interleukin-6. *Blood.* 1989;74(1):1-10. Pesquisa financiada pela FAPESP (Processo 2010/08527-0). Renata Ferrari recebe bolsa FAPESP de doutorado (Processo 2010/08557-6).

PO.064 PREDITORES DA DISTÂNCIA PERCORRIDA DE SEIS MINUTOS NO MOMENTO BASAL E APÓS TRÊS ANOS EM PACIENTES COM DPOC

RENATA FERRARI; SUZANA ÉRICO TANNI; LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM; LIANA SOUSA COELHO; MARIANA MARTINS AMBROSI; IRMA DE GODOY

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EXERCÍCIO; EFEITO SISTÊMICO; INFLAMAÇÃO

Introdução: Dada a importância prognóstica da distância percorrida em seis minutos (DP6), é importante identificar sua associação com a evolução dos marcadores sistêmicos da DPOC. **Objetivo:** Verificar os preditores da DP6 no momento basal e após três anos em pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram avaliados 53 pacientes com DPOC (66% homens, idade = 63 ± 9 anos, VEF1 = $56 \pm 21\%$). As seguintes avaliações foram realizadas no basal e após três anos: índice de massa corporal (IMC), distância percorrida em seis minutos (DP6), dispneia pelo Modified Medical Research Council (MMRC). A concentração plasmática de Interleucina 6 (IL-6) também foi verificada nos dois períodos. **Informações**

sobre exacerbações não estavam disponíveis no basal e foram coletadas durante o período do estudo. No início do estudo e após três anos, foi realizada análise de regressão linear múltipla para verificar a influência dos valores do FEV1%, MMRC, IMC e IL-6 nos valores da DP6. No momento final, a influência do número de exacerbações na DP6 foi também avaliada. **Resultados:** No período de três anos, não houve diferença significativa nos valores do VEF1, expressos em porcentagem dos valores previstos, e nos valores do IMC. A percepção da dispneia aumentou [1 (1-2) vs 2 (1-3); $p=0,008$] e a DP6 diminuiu ($444 \pm 82m$ vs $406 \pm 103m$; $p < 0,001$). Quarenta e um pacientes (77%) apresentaram pelo menos uma exacerbação no período do estudo e em 10 pacientes (24%) as exacerbações foram graves. No início do estudo, VEF1 ($p=0,002$) e IL-6 ($p < 0,001$) foram selecionados como preditores da DP6 ($R^2 = 0,44$), e depois de três anos apenas o MMRC foi preditor da DP6 ($R^2 = 0,54$, $p < 0,001$). O número de exacerbações não apresentou influência na DP6 após três anos. **Discussão:** Nossos resultados mostram associação dos valores do VEF1 e da inflamação com a DP6 no basal e associação da dispneia com a DP6 após três anos. Apenas estudos transversais mostraram que pacientes com valores aumentados da Proteína C-reativa (PCR) apresentaram valores menores da DP6 (Pinto-Plata et al., 2006; Broekhuizen et al., 2006). Análise transversal do estudo ECLIPSE (Spruit 2010) mostrou que obstrução grave, de acordo com GOLD, grau do enfisema avaliado pela tomografia de tórax, uso de oxigênio durante/após a DP6, presença de sintomas depressivos e sintomas de dispneia moderado a grave são determinantes clínicos importantes da distância < 350 metros. Os autores verificaram também que alguns dos fatores não pulmonares (dispneia e escala de depressão) foram mais importantes ou consistentemente associados com a distância percorrida em comparação com os parâmetros pulmonares investigados (capacidade inspiratória e a extensão do enfisema). No entanto, não encontramos estudos longitudinais que verificaram a influência de marcadores inflamatórios na DP6. **Conclusão:** A obstrução das vias aéreas e a inflamação são preditores da DP6 no basal. Entretanto, a manutenção ou melhora da tolerância ao exercício em pacientes com DPOC está relacionada com o controle da percepção da dispneia. -Pinto-Plata VM, Mullerova H, Toso JF, Feudjo-Tepie M, Soriano KB, Vessey RS, et al. C-reactive protein in patients with COPD, control smokers, and non-smokers. *Thorax.* 2006;61:23-8. -Broekhuizen R, Wouters EFM, Creutzberg EC, Schols AMWJ. Raised CRP levels mark metabolic and functional impairment in advanced COPD. *Thorax.* 2006; 61:17-22. -Spruit MA, Watkins ML, Edwards LD, Vestbo J, Calverley PM, Pinto-Plata V, Celli BR. Determinants of poor 6-min walking distance in patients with COPD: the ECLIPSE cohort. *Respir Med.* 2010 Jun;104(6):849-57. Pesquisa financiada pela FAPESP (Processo 2010/08527-0). Renata Ferrari recebe bolsa FAPESP de doutorado (Processo 2010/08557-6).

PO.065 CO-MORBIDADES EM PACIENTES COM DPOC NÃO ESTÃO ASSOCIADAS A MAIOR GRAVIDADE DA DOENÇA

LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM; SUZANA ÉRICO TANNI; RENATA FERRARI; CRISTIANE ROBERTA NAVES; LIANA SOUSA COELHO; SIMONE ALVES DO VALE; IRMA DE GODOY
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; CO-MORBIDADES; VEF1

Introdução: A influência da gravidade da doença sobre a prevalência de co-morbidades em pacientes com DPOC tem sido pouco estudada. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de co-morbidades em pacientes com DPOC leve/moderada e DPOC grave/muito grave. **Métodos:** 25 pacientes com DPOC leve/moderada (68% do sexo masculino, idade = 65 ± 8 anos, VEF1 = $73 \pm 15\%$) e 25 pacientes com DPOC grave/muito grave (56% sexo masculino, idade = 69 ± 9 anos, VEF1 = $40 \pm 18\%$) foram avaliados. Co-morbidades foram registradas com base em diagnósticos de prontuários médicos, por meio do índice de co-morbidade de Charlson e da Escala Hospitalar de Ansiedade Depressão. **Resultados:** Dos 50 pacientes avaliados, 70% apresentavam co-morbidades, e destes, 42% tinham doenças cardiovasculares (40% hipertensão arterial sistêmica, 10% doença arterial coronariana e 6% insuficiência cardíaca congestiva grau I). A depressão estava presente em 20% dos pacientes, dislipidemia em 14% e diabetes mellitus em 14%. A prevalência de dislipidemia ($p = 0,02$), depressão ($p = 0,008$) e alcoolismo ($p = 0,06$) foram superiores em pacientes com doença leve a moderada em comparação aos pacientes com doença mais grave. O Índice de Charlson, a pressão arterial sistêmica, a diabetes mellitus, a doença arterial coronariana, a insuficiência cardíaca congestiva e os escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão foram semelhantes entre os grupos. A maioria dos pacientes com diagnóstico de dislipidemia apresentou concentrações sanguíneas de lipídeos (colesterol total, HDL, LDL e triglicérides) dentro dos valores normais e o perfil lipídico foi semelhante entre os grupos. **Discussão:** Embora pacientes em uso corticosteróides sistêmicos nos últimos três meses, presença de outras doenças respiratórias associadas, angina instável, insuficiência cardíaca congestiva (New York Heart Association classe III ou IV), ou diagnóstico de outras doenças crônicas como diabetes mellitus insulino-dependente não controlado, câncer e insuficiência renal ou hepática tenham sido excluídos do presente estudo, observamos alta prevalência de co-morbidades de acordo com o relatado na literatura internacional (Almagro et al. 2010). Além disso, nossos achados reforçam a necessidade de índices de co-morbidades adicionais ao proposto por Charlson para avaliação do papel das doenças associadas ao DPOC, pois a maioria dos pacientes avaliados apresentou co-morbidades, e destas, apenas o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva e o diabetes mellitus estão contemplados no índice. **Conclusão:** Co-morbidades são altamente prevalentes em pacientes com DPOC, independentemente da

gravidade da doença. Algumas doenças, como depressão, dislipidemia e alcoolismo são ainda mais prevalentes em pacientes com doença leve/moderada. Pesquisa apoiada pela FAPESP (2010/10312-1).

PO.066 FORÇA DE PREENSÃO MANUAL DE ACORDO COM O GÊNERO E A GRAVIDADE DA DPOC

LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM; SUZANA ÉRICO TANNI; RENATA FERRARI; CRISTIANE ROBERTA NAVES; MARIANA MARTINS AMBROSI; ANDRE LUIS BERTANI; LIANA SOUSA COELHO; IRMA DE GODOY
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; MANIFESTAÇÃO SISTÊMICA; ATIVIDADE FÍSICA

Introdução: A redução da força muscular periférica tem sido demonstrada em pacientes com DPOC; entretanto, poucos estudos na literatura avaliaram esta manifestação sistêmica por meio da força de prensão manual (FPM). **Objetivos:** Comparar a FPM entre pacientes com DPOC leve/moderada e DPOC grave/muito grave de acordo com o gênero. Os preditores da FPM também foram avaliados. **Métodos:** 25 pacientes com DPOC leve/moderada (68% homens, idade = 65 ± 8 anos, VEF1 = $73 \pm 15\%$) e 25 pacientes com DPOC grave/muito grave (56% homens, idade = 69 ± 9 anos, VEF1 = $40 \pm 18\%$) foram avaliados. Força de prensão manual, oximetria de pulso (SpO₂), índice de massa magra do corpo (IMMC), distância percorrida em seis minutos (DP6), intensidade de dispneia por meio do Medical Research Council (MRC), índice de co-morbidade de Charlson e avaliação laboratorial foram obtidas. **Resultados:** A FPM foi significativamente maior em pacientes com DPOC leve/moderada em comparação aos pacientes com DPOC grave/muito grave (37 ± 11 kgf versus 31 ± 10 kgf, $p = 0,04$), e significativamente maior no gênero masculino em comparação ao gênero feminino (39 ± 25 versus 10 kgf ± 4 kgf, $p < 0,001$). IMMC, MRC e co-morbidades foram semelhantes entre os pacientes quando separados de acordo com a gravidade da doença e o gênero. SpO₂ ($94 \pm 2\%$ versus $91 \pm 4\%$, $p = 0,003$) e DP6 (452 ± 107 m versus 344 ± 95 m², $p < 0,001$) foram significativamente maiores em pacientes com DPOC leve/moderada quando comparada aos pacientes com DPOC grave/muito grave. Idade, gênero masculino e índice BODE foram incluídos em análise de regressão linear múltipla com a FPM como variável dependente. O gênero masculino mostrou associação positiva ($R^2 = 0,54$, $p < 0,001$) e o índice BODE apresentou associação negativa com FPM ($R^2 = 0,54$, $p = 0,04$). **Discussão:** A força muscular periférica apresentou valores inferiores nos estádios mais avançados da doença em comparação aos pacientes com obstrução mais leve. Verificamos associação entre força muscular, gênero e índice BODE. A proporção de indivíduos do gênero masculino foi maior no grupo DPOC I/II, o que poderia explicar parcialmente a diferença em comparação aos pacientes com doença grave/muito grave. A associação entre a gravidade da doença e força muscular periférica verificada no presente estudo está de acordo com a literatura, que sugere presença dessa

associação (Regueiro et al. 2009). A associação entre índice BODE e força muscular periférica é controversa e estudos adicionais são necessários para estabelecer esta associação. **Conclusão:** Força muscular periférica está associada a gravidade da DPOC e a influência do gênero deve ser considerada. O papel da FPM como indicador de disfunção muscular periférica nesta população merece investigação adicional. Pesquisa apoiada pela FAPESP (2010/10312-1).

PO.067 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM MULHERES NÃO FUMANTES EXPOSTAS À FUMAÇA DE FOGÃO À LENHA.

MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA¹; MARIA ALVES BARBOSA²; MARIA CONCEIÇÃO DE CASTRO ANTONELLI MONTEIRO DE QUEIROZ³; LORINE UCHÔA INÁCIO⁴; JOSÉ ROBERTO DE BRITO JARDIM⁵

1.FACULDADE DE MEDICINA DA - UFG, GOIANIA, GO, BRASIL; 2.FACULDADE DE ENFERMAGEM - UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 3,4.HOSPITAL DA CLÍNICAS-UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 5.ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; BIOMASSA; FUMAÇA

Introdução: Cerca de 1 a 2 milhões de mortes no mundo são atribuídas às doenças relacionadas à fumaça da combustão de biomassa. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem sido associada à exposição à fumaça da queima de lenha, esterco e outras biomassas, em vários países, incluindo a América Latina. Achados de estudos de outros países podem não ser totalmente aplicáveis ao Brasil, tendo em vista, no país, a diversidade da vegetação utilizada como lenha, o emprego praticamente restrito à cocção de alimentos, e a limitada utilização de outros tipos de biomassa. Além disso, alguns dos pacientes desses estudos eram fumantes, o que dificulta a determinação do papel da fumaça lenha como fator etiológico. **Objetivo:** Identificar mulheres com história de exposição à fumaça de lenha, não fumantes, com DPOC (relação entre volume expiratório forçado no primeiro segundo - VEF1 e capacidade vital forçada - VEF1/CVF < 0,70 e abaixo do limite inferior de normalidade e/ou < 89% do previsto), caracterizando-as do ponto de vista clínico e espirométrico. **Métodos:** Foram incluídas 160 mulheres não tabagistas com exposição à fumaça de lenha ≥ 80 horas-ano e ≥ 10 anos. Coletaram-se dados demográficos, sintomas e informações sobre outras exposições ambientais. Todas as mulheres realizaram espirometria e naquelas com DPOC foram medidos os volumes pulmonares. **Resultados:** O grupo com DPOC apresentava maior média de idade, maior duração de exposição à fumaça de lenha ($p=0,043$), maior tempo de domicílio rural ($p=0,042$), mesma duração de tabagismo passivo ($p=0,297$) e de trabalho na lavoura ($p=0,985$). Tosse (69,8%), expectoração (55,8%) e chiado (67,4%) predominaram no grupo com DPOC ($p<0,001$) comparado ao grupo sem DPOC (40,2%, 27,4%, 33,3%, respectivamente). As pacientes com DPOC apresentavam distúrbio obstrutivo leve a moderado e volumes pulmonares normais, exceto a relação entre o volume residual e a capacidade pulmonar total (VR/CPT) $> 0,40$ em 45% das pacientes e que apresentou correlação negativa com o

VEF1 e VEF1/CVF. **Discussão:** A duração da exposição à fumaça de lenha influenciou no aparecimento de DPOC, ao contrário do tabagismo passivo e da exposição na lavoura. A maior duração da exposição, no grupo com DPOC, provavelmente se relaciona à idade mais avançada e maior tempo de moradia na zona rural. A influência da idade no aparecimento de DPOC foi minimizada pela utilização de mais de um critério de diagnóstico espirométrico. Os sintomas respiratórios crônicos tiveram frequência relevante no grupo sem DPOC. O predomínio de DPOC leve e moderado difere de alguns estudos e possivelmente se relacionou à características da exposição à fumaça. O aumento na relação VR/CPT sugere hiperinsuflação pulmonar. **Conclusão:** Mulheres com exposição prolongada à fumaça de lenha apresentaram DPOC predominantemente leve a moderada. Aquelas sem DPOC tiveram considerável prevalência de sintomas respiratórios crônicos, justificando monitoramento clínico e espirométrico.

PO.068 O CUSTO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

SARA GUSMÃO GUIMARÃES; JULIANA GONÇALVES RIOS; ANDRÉIA GUEDES OLIVA FERNANDES; TÁSSIA NATALIE NASCIMENTO; ANA CARLA CARVALHO COELHO; MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA; CAROLINA DE SOUZA-MACHADO

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CUSTOS; DPOC; SUS

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) acomete grande parte da população, causando sofrimento e altos custos financeiros e sociais. **Objetivo:** Revisar a literatura acerca dos custos da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no âmbito do sistema único de saúde, identificando tempo médio, preço médio e recursos utilizados na internação. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática nas bases de dados BVS (Medline, Lilacs e Scielo). Foram incluídos estudos publicados no período compreendido entre 2000 a 2010, escritos em qualquer idioma, utilizando-se os chaveadores DPOC, SUS/ sistema de saúde e Custos. Foram excluídos artigos de revisões, editoriais, relatos de casos e cartas ao leitor. Para a população do estudo, considerou-se indivíduos com idade a partir de 40 anos com DPOC em estágios moderado a muito grave. Foram encontrados 16 estudos, dos quais três preencheram todos os critérios de inclusão. **Resultados:** O Brasil foi um dos países com menor gasto ambulatorial e emergencial ocupando o sexto (US\$ 25) e o sétimo lugares (US\$65.5) respectivamente, em relação aos oito países avaliados em um estudo multicêntrico de farmacoeconomia. Já em relação às hospitalizações, o Brasil teve o quarto maior custo (US\$2761.1). Com 48,3% de falha terapêutica no total de exarcebações, o Brasil é um dos países da América Latina com maior gasto em hospitalizações. Um estudo sobre a prevalência de seguridade social a doenças respiratórias no país observou-se que a DPOC está em terceiro lugar entre as mais prevalentes causas de afastamentos. Os afastamentos são prolongados

em tempo, freqüentemente mais elevado em homens e crescente nas faixas etárias mais elevadas. A DPOC é responsável pela 5ª causa de internação no SUS após os 40 anos de idade. Considerando-se a carga de doença atribuível ao tabagismo, os dias perdidos por incapacidade representaram cerca de 84,4% (bronquite/efisema) e 73,6 (DPOC). **Conclusão:** Os custos da DPOC são elevados. Informações econômicas sobre custos desta enfermidade no SUS não estão muito bem definidas. A existência de um estudo para verificação do impacto econômico da DPOC no SUS é de grande importância para otimizar o uso de recursos, bem como para análises comparativas úteis para detectar ineficiências no sistema. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro Sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. J Bras Pneumol. 2004;30(Supl5):S1-S42; Ildefonso SAG, Barbosa-Branco A, Albuquerque-Oliveira PR. Prevalência de benefícios de seguridade social temporários devido a doença respiratória no Brasil. J. bras. pneumol. 2009;35(1):44-53; Miravittles M, Jardim JR, Zitto T, Rodrigues JE, López H. Pharmacoeconomic study of antibiotic therapy for acute exacerbations of chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease in Latin America. Arch Bronconeumol 2003;39(12):549-53. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. The disease attributable to smoking in the state of Rio de Janeiro, Brazil in 2000. Clinics 2008;63(2):215-22

PO.069 INFLUÊNCIA DA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

RENATA CRISTINA TEIXEIRA PINTO VIANA; ANDRE PACHECO SILVA; JOICE MANES; TATIANA DIAS MARCONI; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: Durante exacerbações de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ocorre deterioração importante da função pulmonar dos pacientes, o que leva muitas vezes à insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório e admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Entretanto, estudos que avaliem a evolução desses pacientes após internação em UTI são escassos.

OBJETIVO: Análise da qualidade de vida através do questionário respiratório do Hospital Saint George, do grau de dependência para a realização das atividades da vida diária baseado no índice Performance Status, da função cognitiva através do Mini Mental, da presença de ansiedade e depressão através do questionário de Beck, além da função pulmonar no seguimento de portadores de DPOC, após internação em UTI por insuficiência respiratória. **Material e Métodos:** Estudo de coorte que analisou evolutivamente 13 portadores de DPOC, que obtiveram alta da UTI, no período de dezembro de 2010 a abril de 2011. Os pacientes foram avaliados em dois momentos: após uma semana e após um mês da alta da UTI. **Resultados:**

A média de idade entre os pacientes estudados foi $65,85 \pm 27,2$ anos. A carga tabágica média foi $67,31 \pm 42,05$ anos/maço e a renda familiar média foi de $3,08 \pm 1,18$ salários mínimos. A comorbidade mais freqüente foi a hipertensão arterial sistêmica (69,2%). A maior parte dos indivíduos (84,6%) fazia uso de alguma medicação para a DPOC anteriormente à internação (beta agonista de longa duração: 38,5% e anticolinérgico de longa duração: 15,4%). A maioria dos pacientes (84,6%) tinha realizado a vacina influenza anual, enquanto uma minoria de 30,8% recebeu a vacina antipneumocócica. Na primeira avaliação apenas 45,5% dos pacientes apresentaram condições de realizar espirometria, observando-se médias de VEF1/CVF 0,46 e VEF1 de 1,26L (48,2%). Na segunda avaliação 88,9% dos indivíduos realizaram a espirometria, sendo encontradas médias de VEF1/CVF 0,49 e VEF1 de 1,58L (54,6%) ($p=0,031$). Em relação ao índice de dispnéia MRC, as médias encontradas foram 4,09 e 3,36 na avaliação de uma semana e um mês da alta, respectivamente. Houve melhora significativa da qualidade de vida em 3 dos 4 domínios do questionário Saint George (sintomas $p=0,008$; atividades $p=0,172$; impacto $p=0,018$; total $p=0,015$) após um mês da alta da UTI. Os escores de Performance Status apresentaram melhora ($p=0,046$), assim como os escores de déficit cognitivo (Mini Mental) ($p=0,008$). Os escores de Beck para ansiedade e depressão também apresentaram tendência à redução ($p=0,102$). **Conclusão:** Após trinta dias da alta da UTI, os pacientes com DPOC apresentaram melhora na qualidade de vida, do déficit cognitivo, e também da função pulmonar. Apesar da exacerbação grave, os pacientes apresentaram sinais de significativa recuperação.

PO.070 REPERCUSSÕES CARDIOPULMONARES AO TREINO DE FORÇA E ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM PACIENTES COM DPOC.

ANDRE LUIS BERTANI¹; LIANA SOUSA COELHO²; IRMA DE GODOY³; VICTOR ZUNINGA DOURADO⁴

1,3.FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4.UNIFESP, SANTOS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; FORÇA; AVD

Introdução: O treino de força (TF) é recomendado para programas de recondicionamento muscular em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Entretanto, a segurança cardiopulmonar deste tipo de treinamento, nessa população, necessita de maiores esclarecimentos. **Objetivo:** Avaliar as alterações imediatas ocorridas na saturação de oxigênio (SpO₂), sensação de dispnéia (Borg), frequência cardíaca de pulso (FC) e pressão arterial (PA) após TF de membros inferiores e superiores e duas atividades de vida diária (AVD) em pacientes com DPOC. **Indivíduos e Métodos:** dezessete pacientes com 9 anos familiarizados com o \square 25%), com idade média de 61 \square DPOC (VEF1=75 TF, foram submetidos a quatro séries de 12 repetições com intensidades crescentes (50, 60, 70 e 80% de uma repetição máxima-1RM) para Leg Press (LP) e para

Puxada Alta (PXA) e a duas atividades de vida diária simuladas (AVD): caminhada funcional de 66,24m (C); e subida e descida de 10 degraus (E). Antes e após cada série (50-80% de 1RM) e cada AVD (C e E) foram quantificados: SpO₂, Borg, FC e PA. Além disso, a diferença D das variáveis entre momento inicial e final foi calculada para todas as atividades. **Resultados:** Para o exercício de membros inferiores (LP), as repercussões cardiocirculatórias (PA e FC) imediatas ao TF de baixa intensidade (50 de 1RM) foram significativamente menores que as encontradas na E. As respostas pulmonares (SpO₂ e BORG) ao TF no LP foram semelhantes às observadas nas AVD. Para o exercício de membros superiores (PXA), as alterações cardiocirculatórias (PA e FC) e da SpO₂ ao TF de baixa/moderada intensidade (50-70% de 1RM) foram significativamente menores que as encontradas na E. A alteração da sensação de dispnéia de esforço (BORG) foi significativamente menor para o TF na PXA de baixa intensidade (50% de 1RM) quando comparada à observada na E. A comparação das médias entre o momento inicial e final nas diferentes atividades mostrou: 1) aumento significativo da FC e PA para todas as intensidades do TF (LP e PXA); 2) redução significativa da SpO₂ no LP para todas as intensidades e ausência de dessaturação significativa para o TF na PXA; 3) aumento significativo do BORG para o TF de alta intensidade para a PXA e de moderada/alta intensidade para LP; e 4) aumento significativo da FC, PA, Borg e redução significativa da SpO₂ nas AVD (C e E). **Conclusão:** O TF parece ser seguro, tendo em vista que as repercussões cardiopulmonares imediatas ao TF, de baixa a alta intensidade, foram semelhantes ou inferiores às encontradas nas AVD simuladas. Além disso, o TF de membros inferiores apresentou maior estresse cardiopulmonar que o TF de membros superiores.

PO.071 CONDUTAS FISIOTERAPÊUTICAS RESPIRATÓRIAS EM PORTADORES DE DPOC

FLÁVIO LÚCIO SANTOS; ALBERLENE CALVANTE DE OLIVEIRA; AMANDA AZEVEDO RODRIGUES DOS SANTOS; ÁUREA DENISE GOMES DE SOUZA; CILENEIDE PEREIRA DOS SANTOS RODRIGUES; HONÓRIO PEREIRA DA SILVA NETO; MARCELLA PRINSKY COSTA DO NASCIMENTO; RENATA CAVALCANTI FARIAS

UNESC FACULDADES, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; FISIOTERAPIA; CINESIOTERAPIA

Introdução: A DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) caracteriza-se por uma enfermidade respiratória tratável, porém irreversível e lenta, sendo considerada uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo atual^{1, 2}. Ocasionalmente principalmente pelo tabagismo e comprometendo, especialmente a função respiratória do indivíduo, gerando grande incapacidade, tendo a Fisioterapia Respiratória como uma grande aliada no alívio dos sintomas. **Objetivos:** Analisar as condutas fisioterapêuticas mais utilizadas, além de traçar um perfil clínico e epidemiológico de portadores de DPOC atendidos no setor de Respiratória de uma Clínica Escola de Fisioterapia, admitidos no período de 2007 a março de 2011. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa

documental e descritiva, baseada na observação dos prontuários do referido setor, em busca de informações sobre as condutas fisioterapêuticas realizadas, assim como os dados pessoais e clínicos dos pacientes acometidos por DPOC. A coleta de dados ocorreu entre os dias 01 e 10 de abril do corrente. **Resultados:** Para a realização da pesquisa, foram notificados 10 pacientes portadores de DPOC, no período descrito, onde (50%) do gênero masculino e (50%) gênero do feminino. Quanto à faixa etária predominou-se Quanto à faixa etária predominou-se 30% entre 60 – 70 anos e 30% entre 70 – 80 anos, seguidos de 20% entre 50 – 60 anos, 10% entre 01 – 18 anos e 10% 40 – 50 anos. Os principais sintomas referidos pelos pacientes foram cansaço (50%), tosse cheia (40%), dispnéia (20%), pigarro (10%), e dor pulmonar (10%). Sendo que 30% desses pacientes relataram mais de uma queixa. Quanto ao hábito de fumar 60% são tabagistas, 30% ex tabagistas, 10% não tabagista. Como técnicas mais utilizadas na fisioterapia às condutas predominantes foram a cinesioterapia (43%), composta por alongamentos dos MMSS e músculos acessórios, fortalecimento e reeducação diafragmática, exercícios para MMSS com bastão, exercícios aeróbicos (7%) na bicicleta e esteira, associados à respiração, recursos pressóricos (13%), nebulização (12%), manobras de reexpansão pulmonar (12%) e manobras de higiene brônquica (13%). **Discussão:** Os resultados encontrados em nosso estudo confirmam os dados da pesquisa³, o qual sugere o Treinamento Físico associado ao Treinamento Muscular Respiratório como a melhor alternativa terapêutica para pacientes de DPOC, pois, além de proporcionar uma evidente melhora na tolerância ao esforço e na qualidade de vida dos pacientes, promoveu um efeito adicional nas adaptações fisiológicas ao exercício. **Conclusão:** As técnicas prescritas aliadas aos resultados de outros estudos bibliográficos só confirmam a eficácia destas condutas, onde a fisioterapia como componente de reabilitação pulmonar busca a melhora no controle dos padrões respiratórios patológicos, prevenção e controle das crises respiratórias. Não existindo padronizações no programa de reabilitação pulmonar

PO.072 IMPACTO DA OBSERVÂNCIA DOS CRITÉRIOS GASOMÉTRICOS NA DISPENSAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

CARLOS ALBERTO FERRARI VIEIRA¹; CINTHIA SOBRAL VIEIRA²; ANNE KREIBICH MONTAGNER³

1.HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OXIGENOTERAPIA; CRITÉRIOS GASOMÉTRICOS; DPOC

Introdução: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) é considerada o tratamento padrão para correção de hipoxemia em DPOC com aumento de sobrevida e melhora da qualidade de vida. (3,4) A gasometria arterial é imprescindível para indicação

e prescrição de ODP, e os critérios gasométricos clássicos de indicação são: (2) DPOC PaO₂ <55mmHg ou SaO₂ <88%) Cor Pulmonale PaO₂ <59 mmHg ou SaO₂ <89%. **Objetivos:** Quantificar o impacto da observância dos critérios gasométricos na concessão de ODP para DPOC, pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). **Material e Métodos:** Análise de 100 processos de solicitações de ODP para pacientes com DPOC do Programa de Oxigenoterapia da Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, quantificando discordâncias entre solicitações e indicações pelos critérios gasométricos. O método retrospectivo, documental e quantitativo com verificação de percentuais foi utilizado. Fatores de exclusão foram diagnósticos que não DPOC e gasometrias não validadas pelo revisor. **Resultados:** Das 100 solicitações de OPD analisadas 47 não tinham indicação pelos critérios gasométricos. **Discussão:** O elevado percentual de discordância muito provavelmente é devido ao fato que na prática, o médico diante do seu paciente com dispnéia intensa, solicita ODP sem levar em conta os critérios gasométricos. Mesmo não sendo objetivo do trabalho foi aferido o percentual de acertos nas solicitações de ODP por especialidades: Os Pneumologistas acertaram 62,5% das suas solicitações e as outras especialidades 46,6%. Assim fica para discussão: A solicitação de ODP deve ser realizada apenas por Pneumologista? **Conclusão:** O Impacto da observância dos critérios gasométricos na indicação de ODP para DPOC na SES/RS é positivo, tanto do ponto de vista médico como econômico, pois evita que 47% dos pacientes sejam medicados com ODP desnecessariamente. (1) **Referências:** 1- Gorecka D, Gorzelak K, Sliwinski P et al. Effect of long term oxygen therapy on survival in chronic obstructive pulmonary disease with moderate hypoxaemia. *Thorax* 1997; 52:674-9. 2- Medical Research Council working party. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet* 1981; 1: 681-686. 3- Paschoal IA, Pereira MC. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada e Ventilação Não Invasiva. : In Cuckier A, Godoy I, Pereira MC, Fernandes PMP, Editors. *Pneumologia Atualização e Reciclagem - Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia*. São Paulo. Editora Elsevier, 2010: 651-657. 4- Viegas CAA, Adde FV, Paschoal IA, Godoy I, Machado MCL. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Pneumologia* 2000; 26 (6): 341-350

PO.073 EFEITO DA INTERRUPÇÃO DE UM TREINO AERÓBIO EM PACIENTES COM DPOC QUANTO À FUNÇÃO PULMONAR E A CAPACIDADE FUNCIONAL

TATIANE SOARES SILVA; DIONEI RAMOS; FERNANDA MARIA MACHADO RODRIGUES; LUCIANA CRISTINA FOSCO; GIOVANA NAVARRO BERTOLINI FERRARI; CAMILA LIYOKO SUEHIRO; ALESSANDRA CHOQUETA TOLEDO; ERCY MARA CIPULO RAMOS

FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL. PALAVRAS-CHAVE: PDOC; TREINAMENTO; FORÇA MUSCULAR

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresenta manifestações locais e sistêmicas responsáveis por alterações no sistema respiratório e muscular periférico. O exercício físico é uma conduta muito utilizada nos programas de reabilitação pulmonar e, dentre as modalidades de exercício, o treinamento aeróbio mostrou resultados efetivos relacionados melhora da sensação de dispnéia, à melhora da qualidade de vida e à capacidade funcional. **Objetivo:** Avaliar o efeito da interrupção de um treinamento aeróbio quanto à função pulmonar e a capacidade funcional de indivíduos com DPOC. **Métodos:** A amostra foi composta por 19 indivíduos com DPOC (10 homens; 72±7 anos; 24±2kg/m² e VEF1/CVF < 70%) que interromperam por três meses a execução de um treinamento físico aeróbio. Foram avaliados quanto à função pulmonar, à força muscular respiratória e à capacidade funcional antes e após três meses da interrupção do treinamento. A mensuração da função pulmonar foi realizada por meio de espirometria, a força dos músculos inspiratórios e expiratórios foi avaliada pela manovacuometria, e a capacidade funcional por meio do Teste de caminhada de seis minutos (TC6). Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico GraphPad Instat[®]. A normalidade na distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para comparação dos resultados foram realizados os testes t pareado e Mann-Whitney, dependendo da normalidade das variáveis. O nível de significância utilizado foi de p < 0,05. **Resultados:** Não houve diferença na comparação dos valores obtidos na espirometria e no TC6 após três meses de interrupção do treinamento. Contudo, o desempenho na manovacuometria foi pior após tal período, tanto na pressão inspiratória máxima (p=0,0252), quanto na pressão expiratória máxima (p=0,0176). **Discussão:** Estudos mostram que pacientes que realizam treino aeróbio ou de força apresentam melhora quanto à tolerância ao exercício e qualidade de vida quando comparados com indivíduos que não realizam nenhum tipo de treinamento físico. Entretanto, tais ganhos podem ser reduzidos quando o indivíduo permanece sem treinar por certo período. Karapolat et al observaram que após um mês de interrupção da reabilitação pulmonar, pacientes com DPOC perderam os ganhos na capacidade de exercício, no estado de saúde e na dispnéia. No presente estudo, o período de três meses de interrupção do treinamento aeróbio interferiu de forma negativa na musculatura respiratória, o que pode ocasionar alteração da troca gasosa e desvantagem diafragmática, acarretada por hiperinsuflação; além de diminuição da elasticidade do parênquima pulmonar, aumento das dimensões e diâmetros do tórax e aumento do trabalho respiratório, contribuindo para sensação de dispnéia. **Conclusão:** Após três meses de interrupção de um programa

de treinamento aeróbio, houve diminuição da força muscular respiratória de indivíduos com DPOC.

PO.074 OXIMETRIA PERIFÉRICA – QUAL O MELHOR TIPO DE SENSOR?

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA¹; JOSÉ REGINALDO DE OLIVEIRA²; PAULO ROBERTO SANCHES³; ANDRÉ FROTTA MULLER⁴; DANTON PEREIRA SILVA JUNIOR⁵

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

PALAVRAS-CHAVE: OXIMETRIA; SENSOR; SATURAÇÃO DE HEMOGLOBINA ARTERIAL

A oximetria de pulso permite uma medida não invasiva da saturação da hemoglobina arterial (SpO₂) sem os riscos associados com a punção arterial. Esta avaliação é particularmente importante em pacientes pneumopatas, pois a hipoxemia é uma causa de morbidade e mortalidade. A detecção rápida e acurada da hipoxemia pode prevenir várias complicações e a técnica mais utilizada é a oximetria de pulso. **Objetivo:** Avaliar a SpO₂ utilizando um oxímetro de pulso marca Nonin modelo Palmsat 2500 com sensores do tipo transmitância e reflectância. **Métodos:** Em um grupo de pacientes pneumopatas, atendidos na Unidade de Fisiologia Pulmonar do HCPA foi avaliada a SpO₂ utilizando os sensores de transmitância posicionados na orelha direita e dedo indicador da mão direita e um sensor de reflectância na região central da testa. O paciente permaneceu sentado durante o procedimento, até a estabilização do registro. **Resultados:** O grupo de estudo foi de 38 pacientes adultos portadores de doenças variadas, com uma média de idade de 52 anos. Os valores médios de SpO₂ foram de 95,6±2,2%, 97,4±2,0% e 97,4±2,2%, respectivamente nos sensores de dedo, orelha e testa. Considerando-se o sensor de dedo como referência, a medida do sensor posicionado na orelha foi menor em 7,9%, igual em 10,5% e maior em 81,6%. A medida do sensor de testa foi menor em 18,4%, igual em 7,9% e maior em 73,7%. Uma diferença de 4% ou mais na SpO₂ entre os sensores ocorreu em 18,4% dos pacientes com sensor de orelha e em 28,9% com sensor na testa, sendo o sensor de dedo referência. **Conclusões:** As leituras dos sensores de orelha e de testa superestimam a SpO₂ em relação ao sensor de dedo. Este resultado pode indicar uma possibilidade de mascaramento da hipoxemia em pacientes, conforme o tipo de sensor utilizado para medir a SpO₂.

PO.075 PREVALÊNCIA DE NÍVEIS ELEVADOS DE PCR EM PACIENTES COM DPOC

BRUNA LUDMILA ALVES DE OLIVEIRA BOAVENTURA; GUILHARDO FONTES RIBEIRO

FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS - FTC, 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 estável atendidos em um ambulatório de referência e verificar se existe relação entre os níveis de PCR e a gravidade da DPOC. **Métodos:** O estudo foi de corte transversal. 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. Foram considerados estáveis aqueles pacientes que não apresentaram exacerbações nos últimos 3 meses. As variáveis estudadas foram: idade, gênero, dispnéia, tabagismo e gravidade da DPOC. O nível de PCR foi considerado elevado quando apresentou valor ≥6mg/L. **Resultados:** Foram analisados 72 pacientes com idade entre 39 e 86 anos, com média de 65,25 ± 10,6 anos, sendo 38 (52,8%) do sexo feminino. A dispnéia foi o sintoma mais prevalente, sendo encontrada em 71 (98,6%). Em relação ao tabagismo, 64 (88,6%) pacientes eram ou já foram tabagistas. A gravidade da DPOC foi assim distribuída: 35 (48,6%) leve ou moderada e 37 (51,4%) grave e muito grave. A Prevalência de níveis elevados de PCR foi de 22,2%. 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 (17,1% vs 27,0%; p=0,550). **Discussão e Conclusão:** Os resultados foram compatíveis com os observados na literatura. Houve uma alta prevalência de níveis elevados de PCR em pacientes com DPOC. Neste estudo não houve associação entre a gravidade da DPOC e os níveis séricos de PCR.

PO.076 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ESTÁGIOS DE GRAVIDADE DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E A GLICEMIA DE JEJUM EM PACIENTES COM ESTA DOENÇA

MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO; GUILHARDO FONTES RIBEIRO

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ALTERAÇÃO GLICÊMICA; SÍNDROME METABÓLICA

Introdução: 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.

Objetivo: 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. **Casuística, 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 farmacodinâmica. Após a confirmação do diagnóstico de DPOC, foi solicitada glicemia de jejum e preenchido uma ficha para o cadastramento no banco de dados. Foi feita 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.

PO.077 SUBDIAGNÓSTICO DE DPOC EM PACIENTES DO PROGRAMA HIPERDIA

SHEILA ALVES PEREIRA; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA; MARIA CONCEIÇÃO DE CASTRO ANTONELLI MONTEIRO DE QUEIROZ; MARCELO FOUAD RABAHI
UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SUBDIAGNÓSTICO; HIPERTENSÃO ARTERIAL; DPOC

Introdução: A detecção de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) na rede básica de saúde pode ser uma ferramenta importante para diagnóstico precoce e melhor manejo na conduta desses pacientes. Estudos realizados na América Latina, como PLATINO demonstraram que o subdiagnóstico de DPOC é um dos grandes limitadores para o controle dessa enfermidade. Também foi observado em um estudo no Canadá que metade dos casos subdiagnosticados era de pacientes hipertensos. Sendo assim, a análise da função pulmonar em pacientes hipertensos poderá ser uma estratégia útil para o diagnóstico de pacientes com DPOC. **Objetivos:** Identificar pacientes com DPOC em um Programa de hipertensos e diabéticos de uma Unidade de Saúde Básica (USB) de Goiânia. **Métodos:** Foram avaliados pacientes inscritos no Programa HIPERDIA da USB no período de janeiro a maio de 2011, de ambos os sexos. Aplicado o questionário respiratório (ATS-DLD 1978) e realizado espirometria com prova broncodilatadora. Os dados coletados

incluíram: gênero, idade, índice de massa corpórea (IMC), história de tabagismo, contato com fumaça de lenha e presença de doença pulmonar. Adotado como critério de diagnóstico de DPOC, a relação VEF1/CVF<0,70. **Resultados:** Avaliados 80 pacientes do Programa HIPERDIA, sendo todos hipertensos e 10% diabéticos. Em relação ao resultado das espirometrias 48 (60%) foram normais, 23 (28,8%) com padrão obstrutivo e nove (11,2%) com padrão inespecífico (04 (5%) hiperreatividade brônquica e 05 (6,2%) redução da CVF). Dentre os 23 pacientes diagnosticados como DPOC (padrão obstrutivo) 12 (52%) eram do gênero masculino, média de idade foi 65 ±6,9 anos e IMC de 26,8±7,0, dezenove (82,6%) negaram qualquer patologia pulmonar prévia. A média dos valores obtidos no pré-BD foram: VEF1 1,5±0,5 L (62 ±14,59 %), CVF 2,3±0,7 L (73 ±14,02 %), VEF1/CVF 68,5±9,7. Quanto a tabagismo, sete (30,4%) fumantes ativos e 12 (52,2%) ex-fumantes, sendo a carga tabágica 10±24,1 anos-maço. Quatro (17,4%) fumantes passivos. Do contato com fogão a lenha, 20 (87%) foi exposta, tendo a média de 18±16 anos-lenha. Quanto à presença de sintomas respiratórios 13 (56,5%) referiram tosse e/ou expectoração, e 18 (78%) relataram dispnéia. **Discussão e Conclusão:** Dentre o grupo de pacientes avaliados 28,8% preencheram critérios para o diagnóstico de DPOC, sendo que apenas 04(17,39%) tinham conhecimento prévio de problema pulmonar, número superior ao encontrado no estudo PLATINO que foi de 15,8%. Além disso esse estudo também mostrou a grande prevalência de exposição a fumaça do fogão a lenha, outro importante fator para o desenvolvimento de doenças pulmonares obstrutivas. O Programa HIPERDIA encontra-se implantado na maioria das grandes cidades brasileiras e como os pacientes inseridos no programa apresentam características e fatores de risco semelhantes aos encontrado em pacientes com DPOC, a investigação ativa nesse grupo pode se tornar uma estratégia eficiente para o diagnóstico de paciente com DPOC, e com isso talvez o programa possa ser denominado de HIPERDIA-D.

PO.078 CORRELAÇÃO DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO COM A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

CASSIA CINARA COSTA; CAROLINA LERMEN; DANILO BERTON CORTOZI; DÁVERSON BORDIN CANTERLE; MARIA LUCIA LANGONE; CAROLINE COLOMBO; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA

UNIVERSIDADE FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ANSIEDADE; DEPRESSÃO

Introdução: Programas de Reabilitação Pulmonar (PPR) proporcionam melhora na capacidade de realizar exercícios e na qualidade de vida, reduzem os sintomas respiratórios e diminuem os níveis de ansiedade e depressão. **Objetivos:** Correlacionar os níveis de ansiedade e depressão com a qualidade de vida de pacientes participantes de um PRP. **Métodos:** Foram analisados pacientes portadores de DPOC, de ambos os sexos, nos diferentes estágios da doença, que completaram o PRP da Universidade Feevale de

Novo Hamburgo – RS. Para avaliar a ansiedade e depressão foram utilizados o Inventário de Beck (BAI e BDI) e para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o Questionário Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). A diferença obtida pré e pós reabilitação no BAI e BDI foi correlacionada com a diferença total obtida na qualidade de vida. **Resultados:** Foram analisados 125 indivíduos com média de idade de $63,7 \pm 8,8$ anos, VEF1 em litros $1,17 \pm 0,57$ L ($43,18 \pm 18,79$ % predito), 61,6% masculino e 38,4 % feminino. O BAI e o BDI pré e pós PRP foram, respectivamente, $10,15 \pm 6,32$ vs. $7,67 \pm 7,21$; $p=0,0041$ e $12,60 \pm 7,99$ vs. $8,96 \pm 7,29$; $p=0,00016$, com diferença estatisticamente significativa. Os resultados dos domínios do SGRQ, foram respectivamente; Sintomas pré e pós ($48,53 \pm 20,41$ vs. $32,58 \pm 18,95$), Atividade ($69,15 \pm 20,79$ vs. $52,42 \pm 23,70$), Impacto ($32,92 \pm 18,29$ vs. $20,27 \pm 16,70$), Total ($46,69 \pm 16,90$ vs. $32,07 \pm 16,96$), tendo melhora clinicamente significativa. **Discussão:** Quando correlacionado a diferença obtida no BAI pré e pós ($\Delta 2,47$) com a diferença no domínio total do SGRQ obtivemos ($\Delta 14,62$) foi observada uma correlação de moderada intensidade não significativa ($r=0,43$; $p=0,74$). Na correlação do BDI pré e pós ($\Delta 3,63$) com o domínio total do SGRQ ($\Delta 14,62$) obtivemos ($r=0,44$; $p=0,17$). Sendo assim observamos uma correlação moderada entre as variáveis analisadas, porém não significativo. **Conclusão:** Embora o PRP melhore os índices de depressão e ansiedade e também a qualidade de vida nos portadores de DPOC, não se observou correlação destas variáveis analisadas. Isso pode ser explicado pela interferência de outros fatores que integram os diferentes domínios do questionário Saint George.

PO.079 INFLUÊNCIA DO ESTADO TABÁGICO NA PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES ESPIROMÉTRICAS E DIAGNÓSTICO DE DPOC EM PACIENTES COM DOENÇA CORONARIANA CRÔNICA ESTÁVEL

CRISTIANE ROBERTA NAVES; LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM; SILMÉIA GARCIA ZANATI; LIANA SOUSA COELHO; RENATA FERRARI; ANDRE LUIS BERTANI; SUZANA ÉRICO TANNI; IRMA DE GODOY

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TABAGISMO; DAC ESTÁVEL

Introdução: Estudos mostram que a alteração da função pulmonar é comum em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) estável; entretanto, a prevalência de alterações do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e do diagnóstico de DPOC em pacientes com DAC têm sido pouco investigado. Verificamos apenas um estudo que mostrou prevalência de limitação ao fluxo aéreo em 19% dos pacientes com DAC (Soriano et al. 2010). **Objetivo:** Avaliar a prevalência de DPOC ou de alterações da espirometria em pacientes com DAC estável. **Métodos:** Cinquenta e quatro pacientes com DAC, tabagistas ativos ($n=6$), ex-tabagista ($n=25$) e não tabagistas ($n=23$), (idade = $67,3 \pm 8,7$ anos; 70% do gênero masculino), foram submetidos à avaliação da história clínica e exame físico e espirometria pré e após broncodilatador (BD). **Resultados:** Entre os

pacientes com DAC tabagistas ativos ou ex-tabagistas 13% apresentaram laudo espirométrico sugestivo de insuficiência pulmonar ventilatória restritiva (IPVR) sem resposta ao BD ($p=0,04$), 6% insuficiência pulmonar ventilatória obstrutiva (IPVO) moderado ($p=0,03$) e 6% apresentaram distúrbio ventilatório misto ($p=0,03$). Entre os pacientes com DAC não tabagistas 78% apresentaram espirometria normal ($p<0,001$). A prevalência de DPOC foi de 13% entre os tabagistas ou ex-tabagistas. Entre os pacientes com DAC não tabagistas, nenhum preenchia os critérios para o diagnóstico de DPOC embora 11 (47%) referissem história prévia de exposição a outros fatores de risco (forno a lenha, tabagismo passivo). **Discussão:** Nossos resultados mostraram que a prevalência de DPOC em pacientes com DAC foi semelhante à descrita na literatura (Soriano, 2010). Por outro lado, estudo que avaliou a associação entre doença isquêmica e DPOC, mostrou prevalência de 24% de DPOC entre os pacientes que tinham doença cardíaca isquêmica e 21% entre aqueles que não apresentavam isquemia (Izquierdo, 2010). **Conclusão:** Tabagismo ativo ou exposição prévia ao tabaco está associado com maior prevalência de alterações na espirometria e diagnóstico de DPOC em pacientes com DAC estável.

PO.080 ANÁLISE DA ESCALA DE DISPNEIA (MRC) E CLASSIFICAÇÃO ESPIROMÉTRICA EM PRIMEIRA CONSULTA AMBULATORIAL NO PACIENTE PORTADOR DE DPOC, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE.

RENNY ALMEIDA SEABRA; MARIA CAROLINA VASCONCELOS SANTOS; ISABELLE RODRIGUES BARBOSA; BETTY WILMA COSTA ROCHA; LILIANE MARJORIE RODRIGUES FEITOSA; LARISSA MIRANDA GUSMÃO; FERNANDO LUIZ LUNDGREN HOF, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; MRC; ESPIROMETRIA

Introdução: A escala do Medical Research Council (MRC) é um instrumento tradicionalmente utilizado na literatura internacional, sendo composta por cinco itens, os quais correspondem às limitações causadas pela dispnéia no cotidiano do paciente. A espirometria deve ser parte integrante da avaliação de pacientes com sintomas respiratórios ou doença respiratória conhecida. **Objetivo:** Verificar o grau de dispnéia e gravidade dos pacientes portadores de DPOC em primeira consulta ambulatorial, através do MRC e Espirometria. **Resultados:** De acordo com gráfico 1 o item de maior prevalência foi o MRC de 3, que corresponde a parar para respirar depois de andar menos de 100 m ou após alguns minutos, representando 36% da nossa amostra. Segundo o gráfico 2 o resultado mais observado foi o Distúrbio Obstrutivo Grave, correspondendo à 46% da amostra. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com análise quantitativa. A amostra corresponde a 100 pacientes escolhido aleatoriamente. Os dados foram colhidos da primeira consulta, nos prontuários de DPOC, em um Hospital de referência em Pneumologia na cidade do Recife-PE. **Discussão e Conclusão:** Foi evidenciado que os pacientes, portadores de DPOC, que procuraram o serviço de

pneumologia pela primeira vez apresentaram grau de dispnéia grave (MRC 3 e 4).

PO.081 FUNÇÃO PULMONAR E TROCAS GASOSAS DE PACIENTES COM DPOC HIPOXÊMICA APÓS 12 MESES DO USO DE TIOTRÓPIO E β_2 AGONISTA DE LONGA AÇÃO ASSOCIADO À CORTICÓIDE INALATÓRIO

FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JÚNIOR; AHMAD ABDUNY RAHAL; MARIA ENEDINA C. AQUINO SCUARCIALUPI; JOSÉ ALBERTO NEDER; MARIA CHRISTINA LOMBARDI MACHADO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; HIPOXEMIA; OXIGENOTERAPIA

Introdução: Os efeitos positivos dos broncodilatadores de longa ação brometo de tiotrópio (BT) e β_2 agonistas (LABA) associados à corticóide inalatório (CI) na função pulmonar são conhecidos na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Porém, ainda não se sabe se o uso de BT somado ao LABA/CI interfere na função pulmonar/trocas gasosas de pacientes com DPOC hipoxêmica usando oxigenoterapia domiciliar prolongada (DPOC/ODP). **Objetivo:** Avaliar a função pulmonar/trocas gasosas após adição de BT ao LABA/CI na DPOC/ODP. **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte em pacientes com DPOC/ODP da Unifesp (jan/1997 - abr/2011) que usaram consecutivamente: tratamento 1 = LABA/CI e 2 = Tio+LABA/CI (Salmeterol/Fluticasona=S/F ou Formoterol/Budesonida=F/B). **Variáveis:** PaO₂, PaCO₂, CVF, VEF1 (% prev.) antes/após tratamentos e idade, sexo. **Teste de ANOVA de medidas repetidas:** basal vs. pós tratamentos e análise multivariada de Cox. **Resultados:** De 150 pacientes (TioS/F=35,5% / TioF/B=64,7%), 85 são mulheres (56%). **Dados basais (média):** idade= 63,3 anos, PaO₂= 51,7 ± 7,3mmHg, PaCO₂= 45,8±6,9mmHg, CVF=66±17,5% prev., VEF1=35,6±10,5% prev. Houve melhora significativa da PaO₂ e VEF1, além de significativa redução PaCO₂ após tratamento 2 (p<0,05) em relação ao basal e tratamento 1. A melhora do VEF1 com TioS/F foi significativamente maior do que com TioF/B (p<0,02). Os preditores independentes de pior sobrevida após tratamento 2 foram menor VEF1 (RR = 0,915, IC 95% = 0,872 - 0,960, p<0,05). **Conclusões:** A adição do BT ao LABA/CI melhora significativamente a função pulmonar/trocas gasosas de pacientes com DPOC/ODP. Os preditores independentes de pior sobrevida após uso de TIO+LABA/CI foi menor VEF1, e o uso de TioS/F se associa com maior melhora do VEF1 (p<0,02), em comparação com TioF/B.

PO.082 INFLUÊNCIA DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP) NA EVOLUÇÃO DOS MARCADORES DE HIPOXEMIA CRÔNICA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (HAP) OU DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

JOAO PAULO VICTOR COELHO JAJAH NOGUEIRA; CAROLINA BONFANTI; CAROLINE KNAUT; LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM; RENATA FERRARI; LIANA SOUSA COELHO; SUZANA ÉRICO TANNI; IRMA DE GODOY UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR; OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Introdução: A hipoxemia arterial crônica está associada com o desenvolvimento de várias manifestações em pacientes com doença pulmonar avançada e a hipertensão pulmonar (HP) é uma das principais delas. A presença de HP na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) está associada com maior morbimortalidade e a oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) melhora o prognóstico nestes pacientes. Entretanto, a influência de ODP na evolução em outras doenças respiratórias, como a hipertensão arterial pulmonar (HAP) ainda não está estabelecida. **Objetivo:** Avaliar a presença ou ausência de HP no ecocardiograma e de outros indicadores de hipoxemia crônica, no momento basal e após 2 anos de uso regular de ODP, em pacientes com DPOC ou HAP de causa mista (idiopática, tromboembolia pulmonar crônica). **Métodos:** Foram acompanhados 35 portadores de DPOC (54,2% do gênero feminino, 62 ± 10 anos, Vef1 40 ± 12%) e 17 com HAP de causa mista (58,8% do gênero feminino, 65 ± 10 anos, Vef1 70 ± 38%), que apresentavam hipoxemia crônica no momento basal e após 2 anos de tratamento com ODP. As seguintes avaliações foram realizadas no momento basal e após dois anos: gasometria arterial, ecocardiograma, espirometria, índice de massa corpórea (IMC) e hemograma. A comparação entre os grupos foi realizada por meio dos testes de T de student ou Mann-Witney e a comparação da presença de HP (sim/não) foi avaliada por meio do teste de X² (SigmaStat 2.03). **Resultados:** Na avaliação basal, 40% dos pacientes com DPOC e 58,8% daqueles com HAP apresentavam HP (p=0,33). Após dois anos, não houve aumento na proporção de pacientes com HP em ambos grupos de pacientes: DPOC (40% vs 45,7%) e no HAP (58,8% vs 70,5%) (p=0,16). Entretanto, houve diminuição significativa na proporção de pacientes que mantiveram a recomendação de utilizar a ODP durante de 24 horas/dia nos pacientes com DPOC (51,4% vs 31,4%), enquanto que no grupo de HAP, houve aumento (35,2% vs 41,1%) (p=0,81). Não foram observadas alterações estatisticamente significativas entre os grupos após 2 anos quando avaliados os valores da pressão arterial de oxigênio (54 ± 11 vs 52 ± 11mmHg, p=0,61), da pressão arterial de dióxido de carbono (42 ± 13 vs 47 ± 14 mmHg; p=0,20), da oximetria de pulso em ar ambiente (85±6 vs 83±6%, p=0,20) e do IMC (29 ± 6 vs 32 ± 6 kg/m², p=0,07). Os valores de hematócrito diminuíram significativamente na segunda avaliação apenas no grupo de DPOC (49,3 ± 6,4 vs 44,4 ± 6,1%; p=0,01). **Discussão:** Os resultados deste estudo confirmam os achados da literatura que a ODP traz benefícios para os pacientes com DPOC no que se refere a necessidade de uso de ODP por períodos maiores que 18h/dia e nos valores de hematócrito. Por outro lado, nos pacientes com HAP a influência da ODP não pode ser identificado no presente estudo. **Conclusão:** A ODP não induziu alterações significativas na proporção de pacientes com DPOC ou HAP que apresentam HP identificada no ecocardiograma; entretanto, induziu

melhora em outros marcadores de hipoxemia crônica em pacientes com DPOC. Nenhum benefício da ODP foi observado nos parâmetros estudados em pacientes com HAP.

PO.083 AVALIAÇÃO SOBRE USO DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESTADUAL DE PNEUMOLOGIA.

ISAAC VIEIRA SECUNDO; SIMONE MARIA MARROCOS; CAROLINA FREITAS CARIBE; MARCELA AMORIM ALVES; ALINA FARIAS DE OLIVEIRA; FERNANDO LUIZ LUNDGREN HGOF, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DISPOSITIVOS INALATÓRIOS; DPOC; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: Os dispositivos inalatórios representam um grande avanço no controle das doenças obstrutivas respiratórias. O adequado uso dos dispositivos é fundamental para o controle da doença. **Objetivos:** Avaliar o uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com distúrbio ventilatório obstrutivo. **Resultados:** As maiores taxas de erros no uso dos dispositivos foram constatadas no gênero masculino, na faixa etária entre 61 e 80 anos, nos pacientes com menos de 7 anos de escolaridade e naqueles que faziam uso da medicação entre 1-3anos. O dispositivo mais utilizado foi aerolizer, e os que obtiveram maior taxa de erro foi com o respimat. **Material e Métodos:** Foram avaliados 40 pacientes com diagnóstico de DPOC e asma, por meio de questionário, com relação ao uso correto dos dispositivos inalatórios. As variáveis analisadas foram: faixa etária, tempo de uso, escolaridade, gênero relacionando-os com erros cometidos no uso dos dispositivos. **Conclusão:** Esforços devem ser instituídos para melhor explanação sobre o uso dos dispositivos inalatórios, já que seu uso correto interfere diretamente na qualidade de vida e no controle da doença obstrutiva.

PO.084 TAXAS DE INTERNAÇÃO/ANO POR DPOC NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA CIDADE DE SÃO PAULO ANTES E APÓS DISPENSAÇÃO DE REMÉDIOS PARA DPOC E INSTITUIÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS PARA TRATAMENTO DE DOENÇA PULMONAR AVANÇADA (2004-2010)

MARIA CHRISTINA LOMBARDI MACHADO; MARIA CRISTINA MANZANO PIMENTEL; JULIO JOSE MAXIMO DE CARVALHO PREFEITURA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; OXIGENOTERAPIA; INTERNAÇÕES

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 DPA mais prevalente é a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Estima-se que existam 60 mil indivíduos com DPA e 50 mil com DPOC grave no município de São Paulo (SP) e usualmente pacientes com DPOC internados possuem doença mais grave e não realizam tratamento ambulatorial constante e/ou adequado. Em 2007, a Secretaria Estadual da Saúde/SP iniciou a dispensação de medicamentos para DPOC no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Secretaria Municipal da Saúde/SP (SMS-SP) instituiu 23 Serviços

ambulatoriais para tratar DPA e reorganizou seu Programa de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). Porém, não se sabe o impacto destas ações no comportamento das taxas de internação/ano por DPOC e seus custos no SUS da cidade. **Objetivos:** Analisar o comportamento das taxas/custos das internações/ano por DPOC no SUS da cidade/SP antes e após 2007 (2004-2010). **Métodos:** Taxas de internação/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: taxas das internações/ano por DPOC/ Teste t Student: custos (2004-2010). **Resultados.** Houve redução significativa das taxas/custos de internação/ano por DPOC de 2008 a 2010, em comparação aos anos anteriores ($p < 0,001$). **Conclusões.** A instituição de Serviços para tratamento de DPA e a dispensação de remédios/ODP para DPOC no SUS se associa com redução significativa das taxas/custos de internação/ano por DPOC no SUS/SP/capital.

PO.085 PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.

RAFAELA LOPES MAIA; GUILHERDO FONTES RIBEIRO FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ANEMIA; INFLAMAÇÃO SISTÊMICA.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória caracterizada pela obstrução crônica do fluxo aéreo e 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 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 de doença crônica: resposta hematológica comum a muitos distúrbios sistêmicos. Há ainda limitada informação acerca de anemia nesses pacientes, já que a policitemia é muito citada, uma vez que a hipóxia, nesta doença, é condição relevante. Entretanto, o nível de hemoglobina nesses pacientes reflete o equilíbrio entre a estimulação da eritropoese pela hipóxia e sua depressão causada pela inflamação. Em portadores de DPOC, a anemia pode predispor a uma pior qualidade de vida e aumento da mortalidade. **Objetivo:** Obter a prevalência de anemia entre pacientes atendidos no ambulatório de referência em DPOC do Hospital Santa Izabel, em Salvador - BA. **Métodos:** Estudo 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. Considerou-se anemia, de acordo com a organização mundial de saúde, hemoglobina menor que 13g/dl e 12g/dl para homens e mulheres, respectivamente. **Resultados:** Foram analisados 89 pacientes (48 do gênero masculino e 41 do gênero feminino). A idade variou entre 39 e 87 anos, com média igual a 65,7 anos \pm 10,9 anos. Os pacientes com DPOC leve e moderada representaram 51,7%, e

com DPOC grave e muito grave representaram 48,3%. Dos pacientes do gênero masculino, 39% possuíam anemia, enquanto 12,5% das mulheres possuíam anemia. A prevalência de anemia na amostra total foi de 24,7% e a de policitemia foi de 3,37%. Não houve associação entre níveis de hemoglobina e gravidade da doença ($p = 0,260$) Conclusão: Nesta população a prevalência de anemia em relação à policitemia foi elevada. Isso demonstra a existência e alta frequência dessa co-morbidade nos pacientes com DPOC, concordante com atuais relatos de outros estudos.

PO.086 DISFUNÇÃO SISTÓLICA DO VENTRÍCULO ESQUERDO VERSUS SOBREVIDA DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ESTÁVEL HIPOXÊMICA

FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JÚNIOR; AHMAD ABDUNY RAHAL; MARIA ENEDINA C. AQUINO SCUARCIALUPI; MARIA CHRISTINA LOMBARDI MACHADO; JOSÉ ALBERTO NEDER UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; OXIGENOTERAPIA; DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA

Introdução. Diagnostica-se disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (DSVE) quando a fração de ejeção do ventrículo esquerdo é menor ou igual a 0,45 ($\leq 45\%$). Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e DSVE frequentemente coexistem. Ainda não se sabe se a presença de DSVE interfere na sobrevida de pacientes com DPOC hipoxêmica em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Objetivos.** Avaliar se a presença de DSVE interfere na sobrevida de pacientes com DPOC hipoxêmica em uso de ODP. **Métodos.** Estudo prospectivo de coorte em pacientes com DPOC hipoxêmica do ambulatório de doença pulmonar avançada/ODP da UNIFESP (jan./97- abr./11). Na entrada do estudo os pacientes tiveram diagnóstico de DPOC, prescrição de ODP e diagnóstico de DSVE por ecodopplercardiografia (FEVE $\leq 0,45$). Dados basais: idade, sexo, FEVE, índice de massa corpórea, índice de comorbidades de Charlson, VEF1 (% previsto), PaO₂ e PaCO₂ (ar ambiente), maços/ano fumados e n. de internações por DPOC nos últimos 12 meses. Sobrevida: análise univariada (curvas de sobrevida de Kaplan-Meier) e análise multivariada de Cox, fixando-se as possíveis variáveis confundidoras. **Resultados.** Dos 312 pacientes com DPOC estável usando ODP, 69 (22,1%) tinham DSVE na entrada. As características basais foram: Idade=64,4 \pm 10,8 anos; IMC=25,4 \pm 6,7kg/m²; PaO₂=51,1 \pm 6,0mmHg; PCO₂=46,0 \pm 8,0mmHg; VEF1=36,3 \pm 11,9 %prev.; CVF=67,1 \pm 18,6%prev. As curvas de sobrevida não ajustadas diferiram significativamente entre os grupos, com menor sobrevida em pacientes com DSVE (log-rank, $p=0,01$). Após fixarmos os fatores confundidores, pacientes com DSVE ainda apresentavam menor sobrevida do que aqueles sem DSVE (RR= 0,560, IC 95% =0,334 – 0,786, $p<0,01$). Sexo feminino, idade avançada e IMC também foram considerados previsores independentes de mortalidade. **Conclusões.** A presença de DSVE antes do início de ODP em pacientes ambulatoriais

com DPOC estável hipoxêmica se associa com pior sobrevida.

PO.087 DPOC COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL E COMORBIDADE EM IDOSOS: ESTUDO DE COORTE SOBRE EVOLUÇÃO APÓS INTERNAMENTO HOSPITALAR

BRUNO MELO FERNANDES; RILVA LOPES DE SOUSA-MUÑOZ; GEORGE CALDAS DANTAS; DANIEL ESPÍNDOLA RONCONI UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; PACIENTES INTERNADOS; MORBIDADE

Introdução: A prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) aumenta com a idade, podendo chegar a 15%. O problema de pesquisa deste estudo relaciona-se à hospitalização devido à agudização de DPOC em pacientes idosos, assim como à prevalência de DPOC como comorbidade. **Objetivos:** Avaliar prevalência de DPOC como diagnóstico principal e comorbidade em idosos internados nas enfermarias de clínica médica (ECM) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa (PB), relacionando-as com comorbidade, permanência hospitalar, mortalidade pós-alta e re-hospitalização. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo, envolvendo 104 dos 141 possíveis pacientes idosos internados nas ECM/HULW entre 01/08/2008 e 01/07/2010. No dia da alta, os prontuários foram revisados para avaliação do diagnóstico final (principal e comorbidades) e da duração da hospitalização, quando também foi aplicado o Índice de Comorbidade de Charlson (ICC). Os pacientes foram acompanhados após a alta. O desfecho primário foi mortalidade pós-hospitalização, e o secundário, frequência de reinternações. Na análise estatística, utilizaram-se risco relativo e testes de qui-quadrado e Mann-Whitney a 5%. **Resultados:** Verificou-se que 12,5% (16/104) apresentaram DPOC agudizada como diagnóstico principal e 4,8% (5/102) como comorbidade. A comorbidade de DPOC foi mais frequentemente insuficiência cardíaca. Pontuação do ICC, mortalidade, permanência hospitalar e frequência de re-hospitalização não diferiram significativamente entre pacientes com DPOC em relação ao demais idosos hospitalizados nas ECM do HULW. **Discussão:** DPOC foi uma causa frequente de internação em idosos e associou-se a comorbidade cardiovascular mais comumente. A comorbidade da DPOC e doenças cardiovasculares é corroborada pela literatura, juntamente com a correlação entre idade e complicações cardiovasculares em pacientes com DPOC. A mortalidade não diferiu das demais causas de internação, mas na literatura sugere-se que a causa de morte dos idosos com esta associação deve-se geralmente à doença cardíaca. É muito importante que uma combinação de DPOC e insuficiência cardíaca seja reconhecida, já que estes pacientes têm pior prognóstico que aqueles com uma das doenças isoladamente. Discutir a abordagem do doente com DPOC e multimorbidade é uma questão relevante, pela frequência e complexidade do problema, sua especificidade na clínica médica, assim como pela reflexão sobre o processo de atenção a este paciente,

que tem características particulares. Conclusão: O diagnóstico de DPOC foi mais frequente como causa de internação que como comorbidade dos idosos hospitalizados nas ECM do HULW, sendo a associação mais frequente entre DPOC e insuficiência cardíaca. DPOC apresentou o mesmo índice de comorbidades, mortalidade, permanência hospitalar e re-hospitalização que os idosos com diagnóstico de outras enfermidades. Mais pesquisas deveriam ser realizadas com idosos hospitalizados portadores de DPOC.

PO.088 CORRELAÇÃO ENTRE A CARGA TABÁGICA E O GRAU DE DPOC. ESTUDO DE 80 CASOS.

THAIS RAMOS COSTA¹; SUENNYA GOMES BRITO²; TACIANA NASCIMENTO CUSTÓDIO³; TALITHA CESAR KUROKI⁴; MARCELA AMORIM ALVES⁵; FERNANDO LUIZ LUNDGREN⁶; MARÍLIA MONTENEGRO CABRAL⁷

1,2,3,4,7.UPE, RECIFE, PE, BRASIL; 5.HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 6.HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CARGA TABÁGICA; PARÂMETROS DA VEF1; GRAU DE DPOC

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é definida como entidade clínica prevenível e tratável caracterizada por obstrução ao fluxo aéreo, tendo como principal fator de risco o tabagismo. Estudos longitudinais demonstram que o número de maços-ano (carga tabágica) é o fator preditivo mais relevante na redução do volume de ar expirado no primeiro segundo da manobra de expiração forçada (VEF1) obtido através da Espirometria. **Objetivos:** Correlacionar a carga tabágica com o grau de acometimento pulmonar em pacientes de uma mesma população portadores de DPOC, utilizando-se para este fim o parâmetro VEF1 da espirometria. **Materiais e Métodos:** Realizou-se uma análise retrospectiva composta por 80 prontuários de pacientes fumantes portadores de DPOC de ambos os sexos atendidos no Hospital Otávio de Freitas. Classificamos o grau de DPOC em leve (VEF1>80%), moderada (VEF1 50% - 80%), grave (VEF1 30% - 50%) e muito grave (VEF1<30%) de acordo com os parâmetros de VEF1 determinados pelo II Consenso Brasileiro sobre a DPOC (2004). Em seguida, calculou-se uma média aritmética da carga tabágica para correlacioná-la com o grau de DPOC. **Resultados:** Dos 80 pacientes analisados 23,75% apresenta DPOC muito grave com carga tabágica média de 55,52 maços/ano, 45% DPOC grave com carga tabágica média de 48,48 maços/ano, 27,5% DPOC moderada com carga tabágica média de 96,37 maços/ano e 3,75% DPOC leve com carga tabágica média de 33,66 maços/ano. **Discussão e Conclusão:** A carga tabágica é o principal fator de risco mas não é o único fator que interfere nas alterações de VEF1. As alterações de VEF1 da espirometria não variam numa razão direta com a carga tabágica. Os resultados obtidos sugerem que outros fatores de risco como idade e comorbidades assim como o sucesso das condutas terapêuticas adotadas estejam associados às alterações de VEF1 e consequentemente à progressão da DPOC.

PO.089 FISIOTERAPIA NA REDUÇÃO DE SECREÇÃO BRÔNQUICA EM PORTADOR DE DPOC – ESTUDO DE CASO.

FLÁVIO LÚCIO SANTOS; CLAUDIA FIRMINO ARAÚJO; DENISE ALMEIDA SANTOS; HERMANA RAFAELA DO NASCIMENTO MEDEIROS; MARIA GORETE MOURA DE CASTRO; RAYLLA KELLY IBIAPINA LEAL; ANA PAULA ROMÃO BASTOS; RENATA CAVALCANTI FARIAS

UNESC FACULDADES, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA; HIPERSECREÇÃO

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica-DPOC é um grande problema de saúde pública, uma entidade clínica que se caracteriza pela presença de obstrução ou limitação crônica do fluxo aéreo, apresentando progressão lenta e irreversível. A prevalência da DPOC aumenta gradualmente com a idade, com um dos principais fatores de risco o tabagismo que é responsável por 80% a 90% de todas as mortes relacionadas com a DPOC. **Relato de caso:** Paciente com DPOC, 52 anos, sexo masculino, queixa de tosse persistente mais intensa à noite, fuma 2 e 1/2 cartelas de cigarro por dia, apresenta tosse secreativa ora transparente ora amarelada, sudorese nas mãos, bem como cansaço ao menor esforço. No exame físico apresentou presença de tiragem supraclavicular e baqueteamento digital, respiração diafragmática, expansibilidade tóraco-pulmonar diminuída em hemitórax direito, som claro atimpânico, ausculta diminuída em base de hemitórax direito, pimáx (- 30 cm H2O), pemáx (+60 cm H2O), mensuração de pico de fluxo expiratório de 240 onde o valor previsto era de 528. **Resultados:** Em um período de 2 meses pode-se observar uma melhora significativa do paciente que chegou hipersecretivo e com fraqueza muscular respiratória bem evidente. Realizou-se 10 sessões com duração de aproximadamente 50 min, onde a fisioterapia atuou na diminuição da secreção, fortalecimento e treinamento dos músculos respiratórios, orientações quanto ao posicionamento, controle da respiração; utilizando manobras de higiene brônquica, nebulização, manobras de tosse, lavagem nasal com soro fisiológico, thresold, exercícios de reexpansão pulmonar, espirometria de incentivo e condicionamento físico (esteira ergométrica e bicicleta). Pode-se observar visivelmente uma recuperação satisfatória do paciente que saiu do quadro de hipersecreção diante a fisioterapia que também proporcionou ao doente melhor capacidade para realizar tarefas cotidianas. **Discussão:** A fisioterapia respiratória busca interferir melhorando a capacidade funcional do doente e restituindo sua independência. O doente pulmonar crônico apresenta comprometimento da resistência e força dos músculos e alterações nas trocas gasosas, sendo este os principais fatores limitantes da capacidade de exercício do doente portador de DPOC. Vários programas de reabilitação proporciona aos doentes melhor capacidade para realizar suas tarefas cotidianas indicando que a fisioterapia respiratória pode mudar a performance física dos pacientes,

aumentar a tolerância ao exercício, reduzir a dispnéia, aumentar a capacidade física e reduzir o desconforto respiratório. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o tratamento fisioterapêutico proposto foi a melhor alternativa, pois além de proporcionar uma evidente diminuição na secreção do paciente, melhorou as adaptações fisiológicas durante o exercício físico e a tolerância ao mesmo com um efeito adicional de melhora na qualidade de vida.

PO.090 PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES NA DPOC: ESTUDO REVISÃO DE 80 CASOS

FELIPE MATOS ARRUDA¹; CLIVIA BEZERRA GALINDO²; JANAÍNA ARAÚJO MIRANDA³; JOSÉ OTAMIR ANDRADE⁴; LAÍS PEREIRA MEDEIROS⁵; MARCELA AMORIM ALVES⁶; FERNANDO LUIZ LUNDGREN⁷; MARÍLIA MONTENEGRO CABRAL⁸
1,2,3,4,5,8.FCM/UPE, RECIFE, PE, BRASIL; 6,7.HGOF, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; COMORBIDADES; ESTUDO REVISÃO

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), ocasionada principalmente pela exposição ao tabagismo, é caracterizada pela obstrução crônica e progressiva das vias aéreas. No Brasil, aproximadamente 29 mil doentes são internados anualmente, trazendo tanto prejuízos ao sistema de saúde, quanto gastos indiretos relacionados a aposentadorias precoces, morte prematura e perda de dias de trabalho. O prognóstico e a qualidades de vida dos pacientes portadores de DPOC são alterados pela existência de comorbidades. **Objetivos:** Analisar a existência de comorbidades e identificar as mais prevalentes em estudo de 80 casos de pacientes com DPOC atendidos no serviço ambulatorial da Pneumologia do Hospital Geral Otávio de Freitas. **Material e Métodos:** Foram avaliadas comorbidades prevalentes em 80 prontuários de pacientes portadores de DPOC (confirmados em espirometria), disponíveis em arquivo do Hospital Geral Otávio de Freitas. **Resultados:** Do total de pacientes analisados, 59 (73,75%) foram do sexo masculino, havendo prevalência em todas as comorbidades dos homens sobre as mulheres. As principais comorbidades encontradas foram HAS (53,75%), Diabetes Mellitus (10%), Doença Arterial coronariana (5%) e foi observado, também, relevante índice de pacientes com Doença Músculo-esquelética (12,5%). A partir da análise da estratificação dos pacientes em faixas etárias e sem separação por gênero, nota-se que a faixa etária mais comprometida pela DPOC está entre 65 e 71 anos, representando um percentual de 28,75%. Chama-se atenção que, em todas as faixas etárias, há mais de uma comorbidade presente e há predominância destas na DPOC grave, totalizando 36 (45%). **Discussão e Conclusão:** Comorbidades como Doença Arterial Coronariana, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica são entidades comuns na DPOC, associadas aos altos índices de morbimortalidade no Brasil. Identificação e tratamento precoces dessas refletem melhor

prognóstico, diminuição da mortalidade e menos gastos públicos.

PO.091 UMA MELHOR ESTRATÉGIA VENTILATÓRIA SERIA RESPONSÁVEL PELO MELHOR RENDIMENTO NO 2º TESTE DE CAMINHADA?

CALINE PATRIOTA BEZERRA¹; PEDRO HENRIQUE DE MENEZES²; LARISSA AZEVEDO BARBOSA³; WILLANEYDE MENEZES FEIJÓ⁴; JULIANE VIRGINIA LIMA⁵; FERNANDO LUIZ LUNDGREN⁶; THAYSE NEVES SILVA⁷; ADRIANA TAVARES⁸
1,2,3.FACULDADE ESTACIO-FIR, RECIFE, PE, BRASIL; 4,5,6,7,8.HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DE CAMINHADA; DPOC; HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR

Introdução: a realização de um TC6 como treino pode melhorar a coordenação motora e diminuir a ansiedade dos pacientes em testes subsequentes. Este procedimento pode conferir maior confiabilidade nos resultados dos testes, tendo em vista a redução da influência dos fatores neuromusculares e psicológicos inerentes à população de portadores de DPOC. **Objetivo:** Avaliar se há diferenças na estratégia ventilatória, medida pela variação da capacidade inspiratória, adotada em dois testes de caminhada subsequentes. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal com 23 pacientes voluntários do Hospital Geral Otávio de Freitas-HGOF submetidos ao teste TC6, realizado duas vezes com intervalo mínimo de 30 minutos ou até o retorno dos parâmetros basais (saturação periférica de oxigênio-SpO2, frequência cardíaca-FC e pressão arterial-PA). Foi avaliado pré e pós TC6 a SpO2, FC, PA, capacidade inspiratória-CI, percepção do esforço muscular e da dispnéia pela escala modificada de Borg. **Resultados:**

Variáveis	1º TC6	2º TC6	Diferença	*p
DC(m)grupo total	424,2±80,3	433,2±74,5	29,38±25,6	0,175
DC(m)grupo que aumentou	406,0±92,2	436,7±92,3	30,71±26,5	0,001
DC(m)grupo que reduziu	466,43±46,86	439,71±37,68	26,71±25,6	0,033

CI inicial 1ºTC6: 1,73±0,92litros

CI final 1º TC6: 1,54± 0,75 litros

CI inicial 2ºTC6: 1,75±0,9litros

CI final 2º TC6: 1,68± 0,82litros

Conclusão: Em nosso estudo observamos que houve redução significativa da CI ao final do 1ºTC6, o que não ocorreu no 2ºTC6, sugerindo que no 1ºTC6 houve possível sinal de hiperinsuflação dinâmica pós exercício(22) devido à ansiedade, medo e ou nervosismo por ser a primeira tentativa para o teste. **Referências:** ATS Statement: Guideline for the six-minute walk test. Am JRespir Crit Care Med. 2002; Troosters T, Gosselink R, Decramer M. Eur Respir J. 1999; Rodrigues SL, Mendes HF, Viegas CAA. J Bras Pneumol 2004.

PO.092 PERFIL CLÍNICO E DE EXACERBAÇÕES EM PACIENTES COM DPOC ADMITIDOS NO PROGRAMA RESPIRA BAHIA.

CHARLESTON RIBEIRO PINTO¹; LÁIRA LORENA LIMA YAMAMURA²; ARAMIS TUPINÁ DE ALCÂNTARA³; ADRIANA GARCIA SILVA⁴; PRISCILA MOREIRA CERQUEIRA OLIVEIRA⁵; LINDEMBERG ASSUNÇÃO COSTA⁶; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS⁷; GISÉLIA SOUZA SANTANA⁸

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA, JEQUIÉ, BA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 3,5,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 4,6,8.SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; RESPIRA BAHIA

Introdução: Com o intuito de melhorar o manejo clínico e a capacidade de tomada de decisões do sistema de saúde para as doenças respiratórias na Bahia, no ano de 2008, a Secretaria de Saúde do Estado (SESAB) iniciou o Programa Respira Bahia, que inclui assistência integral a portadores de DPOC. A DPOC tem alto impacto no custo da saúde, sendo estimado em US\$ 1.522,00 por paciente/ano. Grande parte destes recursos é utilizado durante o tratamento das exacerbações. **Objetivo:** Quantificar o número de exacerbações nos últimos 12 meses em pacientes com DPOC admitidos no Programa Respira Bahia. **Métodos:** Estudo de corte transversal envolvendo pacientes com DPOC admitidos no Programa Respira Bahia do Hospital Especializado Octávio Mangabeira, em Salvador, Bahia, entre o período de agosto de 2010 a janeiro de 2011. Na primeira visita os pacientes eram submetidos à aplicação de questionário clínico sistematizado que avaliava o número de uso de antibióticos, corticosteroide oral, atendimentos em emergência e internação hospitalar nos últimos 12 meses. Todos os pacientes realizaram espirometria e foram classificados segundo o critério GOLD. **Resultados:** Participaram do estudo 269 pacientes, sendo 185 (67,8%) do sexo masculino, 201 (74,7%) com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo e idade média de 66,01 ± 11,43 anos (40 – 94 anos). Os pacientes apresentavam grau de dispnéia MRC médio foi de 2,74 ± 1,17 e VEF1 médio (% previsto) pós-broncodilatador de 39,6 ± 14,2%. O tempo de sintomas da DPOC teve mediana de 7,5 anos (1 a 55). Segundo a classificação do critério GOLD, os pacientes foram divididos em: estágio II (21,8 %), estágio III (48,1 %) e estágio IV (30,1 %). O número médio de uso de antibiótico e/ou corticosteroide oral, de atendimento em emergência e de internação hospitalar por paciente foram respectivamente: 7,39 ± 13,57; 5,79 ± 11,83; e 1,78 ± 1,43. **Conclusões:** Os pacientes avaliados neste estudo apresentam elevado número de exacerbações, o que certamente implica em alto consumo de recursos de saúde, o que aponta como certa a definição da SESAB em criar o Programa Respira Bahia.

PO.093 EFEITOS DE UM PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO PULMONAR DE CURTA DURAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA E TOLERÂNCIA AO ESFORÇO DE PACIENTES COM DPOC

NATALIA ROCHA SUASSUNA¹; JULIANE VIRGINIA LIMA²; PEDRO HENRIQUE DE MENEZES³; CALINE PATRIOTA BEZERRA⁴; TATIANE NEGROMONTE GUERRA⁵; FERNANDO LUIZ LUNDGREN⁶; ALINA FARIAS DE OLIVEIRA⁷; THAYSE NEVES SILVA⁸

1,3,4.FACULDADE ESTACIO-FIR, RECIFE, PE, BRASIL; 2,5,6,7,8.HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; FISIOTERAPIA; EXERCÍCIO

Introdução: O treinamento com exercícios físicos é um componente essencial do Programa de Reabilitação Pulmonar e tem sido crescente a divulgação da eficácia desse programa na DPOC. No entanto, não existe proposta definitiva sobre a melhor estratégia de treinamento, nem recomendações gerais sobre a duração mínima dos programas de reabilitação. **Objetivo:** Avaliar os efeitos benéficos do protocolo de reabilitação pulmonar de curta duração (PCD) em indivíduos com DPOC. **Métodos:** Ensaio clínico prospectivo, não controlado, com 13 pacientes voluntários submetidos ao PCD desenvolvido em oito sessões com frequência semanal de duas vezes. Foram avaliados no pré e pós PCD: Qualidade de vida pelo Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ); grau de dispnéia pela escala modificada do Medical Research Council (MMRC), distância percorrida no teste de seis minutos (DP6'), teste incremental de membros superiores (TiMMSS) e membros inferiores (TiMMII) e teste incremental em esteira. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos do HGOF (CAAE nº 000.6.0.344.000-09). **Resultados:**

Variáveis Diferença	PRÉ-PCD *p	PÓS-PCD
SGRQ (%)	média±dp	média±dp
Atividades	71±23,4	58,3±29,1
12,6±19,6	0,038	
Total	51,7±20,9	42,3±24,6
9,4±14,4	0,036	
MMRC	2,1±1,5	0,8±1,2
1,3±1,2	0,043	
DP (metros)	349 ±129,2	400,8 ±121,5
53,9±35,1	0,001	
Carga Máx TiMMSS (Kg)	1,5±0,6	1,8 ±0,6
0,2±0,6	0,165	
Carga Máx TiMMII (Kg)	2,7 ±0,9	3,7±0,9
1,0±0,8	0,001	

Conclusão: Programas de reabilitação pulmonar com baixa frequência de treinamento, bem orientados e de simples execução podem trazer benefícios aos pneumopatas obstrutivos, o que pode ser observado por meio de melhora na qualidade de vida e aumento da tolerância ao esforço em pacientes com DPOC. **Referências:** Skumlien S, Skogedal EA, Bjortuft O, Ryg MS. Chronic respiratory disease. 2007; Miyahara N, Eda R, Takeyama H, Kunichika N, Moriyama M, Aoe K et al. Acta Med Okayama. 2000; Torres JP; Pinto-Plata V; Ingenito E; Bagley P; GRAY A;

PO.094 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E FUNCIONAL DE UM GRUPO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) QUE EVOLUIRAM PARA ÓBITO NO PERÍODO DE 2009-2011 EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DO HOSPITAL DE MESSEJANA-FORTALEZA-CE

CYNTHIA MARIA SAMPAIO VIANA¹; ISABELLA DE MELO MATOS²; PENHA UCHOA SALES³; EANES DELGADO PEREIRA⁴; RENATA ARAUJO PINTO⁵

1,2,3,5.HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; MORTALIDADE; PREDITORES

Introdução: A mortalidade da Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) está aumentando ao longo dos anos, no Brasil e no mundo. Vários são os fatores relacionados a prognóstico e maior risco de mortalidade na DPOC. Índices que avaliem esses fatores vêm sendo estudados e incorporados na avaliação desses pacientes, como por exemplo o índice de BODE, que inclui composição corporal pelo IMC, função pulmonar pela medida do VEF1, avaliação da dispnéia pela escala (MRC) e capacidade de exercício avaliada pelo teste da caminhada de 6 minutos. A avaliação dos principais preditores da mortalidade dos pacientes com DPOC tem sido pouco estudada no nosso meio sendo necessário maiores estudos locais. **Objetivos:** Avaliar o perfil demográfico, clínico e funcional dos pacientes que tiveram êxito letal no período de 2009 a 2011 no ambulatório de DPOC do Hospital de Messejana - Fortaleza - Ceará. **Métodos:** Estudo retrospectivo, cujos dados foram coletados dos prontuários de pacientes do ambulatório de DPOC que evoluíram para óbito no período de 2009-2011. **Resultados:** 19 pacientes (4,67%) de um total de 407, evoluíram para óbito no período avaliado. Destes 6 (31,5%) eram mulheres e 13 homens (68,5%), cuja médias de idade e IMC, foi respectivamente 71,3 anos e 16,85 ± 10,6. A escala de dispnéia do Medical Research Council modificada (MMRC) teve média 2 ± 1,37. 9 pacientes (82%) apresentaram alguma comorbidade, sendo as principais HAS (64%) e seqüela de Tuberculose (27%). Dentre os parâmetros funcionais, o VEF1 médio foi de 0,81 ± 0,49 (35% do predito), a CVF média 1,94 ± 0,76 (61% do predito); a capacidade de exercício, quantificada pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6M) apresentou distância média 237,5 ± 188; a saturação de oxigênio pela oximetria foi em média 94,2% e a maioria deles

exibindo dessaturação expressiva ao exercício, de mais de 4 pontos, (8 versus 5 pacientes). Os estádios clínicos (GOLD) mais graves prevaleceram, onde 5% dos pacientes analisados pertenciam ao estágio I; 26,3% ao estágio II; 36,8% ao estágio III e 31,5% ao estágio IV. Apesar da gravidade dos pacientes, a maioria deles não apresentava cor pulmonale (10 versus 5 pacientes), porém hipoxemia pela gasometria arterial 59,6 ± 32,4 foi um achado constante, enquanto hipercapnia não foi verificada 33,4 ± 19,4. Tendo em vista o avançado estágio da doença, tiotrópio e formoterol foram as medicações mais comumente prescritas para estes pacientes. **Discussão:** A redução da mortalidade dos pacientes portadores de DPOC continua sendo um difícil desafio médico, até agora medicamentos vigentes ainda não conseguiram atingir esse objetivo, apenas medidas como oxigenoterapia e cirurgia redutora de volume pulmonar em pacientes bem definidos obtiveram esse êxito. Acreditamos que o maior conhecimento das características dos pacientes portadores de DPOC que evoluem para óbito, possam nortear a determinação do prognóstico dos pacientes, com isso acompanhamento e terapêuticas individualizadas poderão ser traçadas. **Conclusão:** Em nosso ambulatório, verificamos que índices de gravidade maiores se correlacionaram com maior mortalidade, como estádios clínicos avançados, maior obstrução medida pelo VEF1 bastante diminuídos, hipoxemia, baixa tolerância à capacidade de exercício, desnutrição, idade avançada e presença de comorbidade, bem como do sexo masculino, apesar da otimização terapêutica adotada segundo as diretrizes vigentes. A dispnéia medida pelo MMRC porém não foi acentuada, embora os pacientes apresentassem estádios mais avançados da doença.

PO.095 ANÁLISE DE LAUDOS ESPIROMÉTRICOS DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA NOS ANOS DE 2009 E 2010

EDUARDO AUGUSTO GUEDES SOUSA; JÉSSYCA PORTO SANTANA; EZEMIR DANTAS FERNANDES JÚNIOR; FÁTIMA MARIA MACEDO DOS SANTOS; GEORGIA FREIRE PAIVA WINKELER; GERLÂNIA SIMPLICIO SOUSA; GESUALDO PEREIRA SOARES; RONALDO RANGEL TRAVASSOS JÚNIOR
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ESPIROMETRIA; BRONCODILATADOR

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença prevenível e tratável, com manifestações sistêmicas, caracterizada pela limitação geralmente progressiva do fluxo aéreo, associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão à inalação de fumaça do cigarro e outras partículas ou gases nocivos, não sendo totalmente reversível. O tabagismo é um dos principais agentes causadores. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo informar e demonstrar os graus de comprometimento da função pulmonar com variação de volumes e fluxos após uso de broncodilatador, em pacientes com diagnóstico clínico de DPOC, no Hospital Universitário Lauro

Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) nos anos de 2009 e 2010. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo com análise de 267 espirometrias de pacientes com diagnóstico clínico de DPOC, atendidos no ambulatório de Pneumologia do HULW/UFPB, nos anos de 2009 e 2010. Todos os laudos espirométricos foram emitidos pelo Coordenador do Laboratório de Função Pulmonar, onde os dados estavam arquivados. Foram excluídos do estudo todos os pacientes que tinham outras patologias associadas. Após análise dos laudos, foi observada a classificação do distúrbio ventilatório obstrutivo e a variação de volumes e fluxos após uso de broncodilatador. **Resultados:** Dos 105 pacientes com distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) leve, 44,76% obtiveram variação significativa de volume e fluxo após uso de broncodilatador (BD), 20% variação isolada significativa de fluxo pós-BD e 7,62% variação isolada significativa de volume pós-BD. Dos 61 pacientes com DVO moderada, 49, 18% obtiveram variação significativa de volume e fluxo pós-BD, 13,11% variação isolada significativa de fluxo pós-BD e 4,91% variação isolada significativa de volume pós-BD. Dos 48 pacientes com DVO grave, 18,75% obtiveram variação significativa de volume e fluxo pós-BD, 8,33% variação isolada significativa de fluxo pós-BD e 20,83% variação isolada significativa de volume pós-BD. 53 pacientes tiveram sua espirometria dentro dos limites esperados para sexo, faixa etária e estatura. **Discussão:** Os laudos espirométricos foram realizados obedecendo aos critérios recomendados pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, através das Diretrizes para Testes de Função Pulmonar. Embora o exame padrão ouro para o diagnóstico de DPOC seja a espirometria, observamos 53 pacientes (19,85%) com espirometria normal, que podem ser considerados com estadiamento zero. **Conclusão:** Pacientes com DVO grave apresentam variação isolada significativa de volume pós-BD muito superior ao DVO leve e DVO moderado, em relação a este mesmo parâmetro, em termos percentuais. Isto decorre do aprisionamento de ar seguido de hiperinsuflação que geralmente está relacionado ao DVO grave. Quando administrado o BD nestes pacientes, o ar aprisionado tende a ser expelido, variando consideravelmente o volume expirado.

PO.096 **RELAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO PULMONAR, ÍNDICE DE MASSA MAGRA E CAPACIDADE DE EXERCÍCIO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

AMANDA SOUZA ARAÚJO; VALDEN LUIS MATOS CAPISTRANO JUNIOR; GLORIA MARIA PINTO COELHO DE SOUSA; MARIA TEREZA AGUIAR PESSOA MORANO; CYNTHIA MARIA SAMPAIO VIANA; MARÍLIA DOS MARTINS COELHO MELO; GUILHERME PINHEIRO FERREIRA DA SILVA; ROBERTA DE PAIVA MEDEIROS HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; COMPOSIÇÃO CORPORAL; TESTE DE ESFORÇO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por obstrução crônica ao fluxo aéreo

não totalmente reversível. Como manifestações sistêmicas pode-se citar a dispnéia, intolerância ao exercício, depleção do estado nutricional e disfunção dos músculos periféricos. Tal pesquisa teve como objetivo analisar a relação entre a função pulmonar, índice de massa magra e capacidade de exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com pacientes com DPOC atendidos no ambulatório do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza-CE. Foram selecionados 18 pacientes divididos igualmente em grupos, de acordo com o estadiamento do GOLD, e submetidos aos testes de bioimpedância elétrica e da caminhada de seis minutos (TC6). O grupo A foi constituído por pacientes com doença moderada, o B com obstrução grave e o C com afecção muito grave. Com relação a idade, os grupos apresentaram-se homogêneos. O grupo A apresentou média de índice de massa magra (IMM) de $15,65 \pm 2,46$ e $426,66 \pm 63,76$ de distâncias percorrida. Já o B mostrou valor médio de IMM de $13,74 \pm 2,35$ e $361,16 \pm 149,25$ no TC6 e o C pode-se detectar um IMM médio de $12,99 \pm 1,71$ e $248,66 \pm 80,65$ metros percorrido. Observou-se redução significativa quando comparado o IMM ($p=0,04$) e TC6 ($p=0,002$) dos pacientes com doença moderada para os muito grave, havendo correlação moderada ($R=0,69$) entre IMM e a capacidade de exercícios de pacientes com DPOC muito grave. Estudos mostram que valores baixos de índice de massa corporal e da massa magra corporal são fatores prognósticos negativos, sem influência da gravidade da doença, e apresentam relação com a capacidade de exercício em pacientes com DPOC. Contrariamente ao presente estudo que houve uma redução do IMM e TC6 concomitante ao aumento da severidade da doença. Portanto, percebe-se a necessidade de estudos para determinar o ponto de corte dos marcadores de gravidade e prognóstico da DPOC e como eles refletem na evolução da afecção para cada paciente.

PO.097 **O TABAGISMO COMO UMA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DA DPOC**

GABRIELA LEMOS DE ALMEIDA MELO¹; EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR²; JÉSSYCA PORTO SANTANA³; ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS⁴; EZEMIR DANTAS FERNANDES JÚNIOR⁵; EDUARDO AUGUSTO GUEDES SOUSA⁶

1,2,UFCG-CZ, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 3,4,5,6,UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TABAGISMO; CESSAÇÃO TABÁGICA

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é causada por processo inflamatório crônico que limita o fluxo aéreo, sendo sua principal causa o tabagismo. Essa toxicomania é o cerne do desenvolvimento de DPOC em pacientes susceptíveis, atuando de forma notória no alto índice de óbito devido às disfunções nas vias aéreas. **Objetivos:** Desenvolver uma revisão bibliográfica com a finalidade de coletar os dados de diversos estudos sobre a relação entre o tabagismo e o DPOC, a fim de aprofundar e somar os conhecimentos já existentes sobre este assunto. **Métodos:** Para o desenvolvimento deste trabalho,

realizou-se uma revisão bibliográfica concentrada em artigos indexados em site na Internet, a saber, Scielo. **Resultados:** O consumo de tabaco é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da DPOC. Por outro lado, é reconhecido que nenhuma outra intervenção, para além da cessação tabágica, melhora a sobrevida destes doentes, independentemente do estágio de gravidade da doença. Os doentes com DPOC apresentam uma qualidade de vida prejudicada, uma diminuição da tolerância a exercícios físicos e perda de força dos músculos respiratórios. Em muitos destes doentes, é necessário um tratamento individualizado, intensivo e prolongado no tempo, com inclusão de terapêutica farmacológica e comportamental. **Discussão:** O processo inflamatório crônico causado pelos gases da fumaça de tabaco desencadeia alterações estruturais que predominam nas pequenas vias aéreas. Essa agressão provoca um processo inflamatório que conta com a participação não apenas de macrófagos, linfócitos e neutrófilos, mas células estruturais como epiteliais, musculares e fibroblastos. Outros componentes do tabaco levam a alteração da mioglobina e da hemoglobina, causando hipóxia sistêmica. Podem ocorrer ainda doenças associadas, como IAM, AVE, cancro pulmonar, abortos espontâneos e partos prematuros, além de alterações psicológicas, como ansiedade, depressão e disfunção sexual. Apesar do enorme crescimento da prevalência e da mortalidade da DPOC, não existe nenhuma terapêutica que consiga controlar a evolução da doença estabelecida. Convém não esquecer que a cessação tabágica, apesar de trazer benefícios na redução da mortalidade dos doentes com DPOC, não pode ser dissociada da intervenção nas outras vertentes do controlo do tabagismo, como preconizado pela OMS. **Conclusão:** A cessação do tabagismo é o melhor caminho na busca pela melhoria da qualidade de vida do doente já que revertendo a intolerância ao exercício, reintegra o indivíduo na sociedade e na sua vida independente. A DPOC é uma doença grave que pode ser evitada se houver uma conscientização maior da população a respeito dos malefícios do cigarro. Há necessidade de se investir em campanhas antitabágicas com o objetivo de diminuir o consumo da droga e do número de portadores de DPOC.

PO.098 CUSTO ENERGÉTICO E DISSINCRONIA TÓRACO-ABDOMINAL DURANTE A REALIZAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS DE EXERCÍCIO COM OS BRAÇOS EM PACIENTES COM DPOC

RODRIGO RUSSO¹; VINICIUS C. IAMONTI²; ANTONIO A. CASTRO³; ELIAS F. PORTO⁴; MARCELO COLUCCI⁵; GERSON F. DE SOUZA⁶; OLIVER A. NASCIMENTO⁷; JOSÉ ROBERTO DE BRITO JARDIM⁸

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; BRAÇO; VO2

Introdução: As atividades da vida diária realizada com o auxílio dos braços causam fadiga e sensação de falta de ar em pacientes com DPOC. Atualmente

o treinamento da musculatura dos braços é parte integrante dos programas de reabilitação pulmonar, entretanto, o método ideal de treinamento ainda não foi estabelecido. Cicloergômetro de braços e a técnica da diagonal de Kabat (segunda diagonal) são os dois modelos de treinamento usados, mas não há nenhum estudo que tenha avaliado e comparado as diferenças fisiológicas entre essas duas técnicas de exercícios. **Objetivo:** Avaliar o gasto energético, padrão ventilatório e o comportamento do compartimento tóraco-abdominal em pacientes com DPOC durante uma sessão de exercício com os braços, usando duas técnicas diferentes. **15,2 % previsto;** **Métodos:** 25 pacientes com DPOC (VEF1 40,0 7,9; idade 64,4 anos) foram avaliados de forma randômica e transversal. Teste incremental máximo e um teste de carga constante de braço (50% da carga máxima atingida no teste incremental) foram realizados para as duas técnicas de exercício. As variáveis respiratórias (VC, VE, R), as variáveis metabólicas (VO2 e VCO2) e a configuração tóraco-abdominal foram avaliadas durante o teste de exercício submáximo (pletismografia de indutância respiratória) medida pela relação ACM/Vt (amplitude compartimental máxima pelo volume total, onde a relação ACM/Vt maior que 1 considera-se dissinchronia tóraco-abdominal. **Resultados:** 30% dos pacientes apresentaram dissinchronia tóraco-abdominal ao final de uma sessão de exercício submáximo com a técnica da diagonal e 60% com o uso da técnica cicloergômetro de braço. O VO2 pico foi maior (25,9 ± 2,9 L/min) na técnica do ciclo ergômetro do que na técnica da diagonal (18,1 ± 3,0 L/min), assim como a ventilação pulmonar (VE), 35,6 ± 8, 8 L/min e 26,1 ± 9,2 L/min, respectivamente). Para ambas as técnicas houve correlação positiva entre a relação ACM/Vt em relação ao VO2 (cicloergometro r = 0,7; diagonal r = 0,65, p < 0,05 e VE (cicloergometro r = 0,6 e diagonal r = 0,58, p < 0,05. **Discussão:** Pelos menos 30% dos pacientes com DPOC apresentaram significativa dissinchronia tóraco-abdominal durante os testes de exercício com os braços. Após a realização da técnica da diagonal de kabat, os pacientes apresentaram menor dissinchronia tóraco-abdominal e menor alteração no padrão ventilatório do que no teste com o cicloergometro de braços. Isto se deve a particularidade da técnica da diagonal que se assemelha, muitas vezes, a movimentos das atividades da vida diária e recruta menor quantidade de massa muscular, comparado com a avaliação no cicloergometro de braço. **Conclusão:** ambas as técnicas de exercícios estão associadas com o desenvolvimento de dissinchronia tóraco-abdominal, além do maior custo energético para a execução dos exercícios. Entretanto, a técnica utilizando os movimentos da diagonal de kabat apresentou menor sintoma de dispnéia, custo energético e dissinchronia nos pacientes com DPOC comparada com a técnica do cicloergometro de braço. A técnica da diagonal de kabat pode ser uma melhor estratégia de treinamento para os braços nos pacientes com DPOC.

TABAGISMO

PO.099 ASSOCIAÇÃO ENTRE TESTE CAMINHADA 6 MINUTOS E NÚMERO DE EXACERBAÇÕES/ANO NA DPOC

MARCELA AMORIM ALVES¹; CAROLINA FREITAS CARIBE²; SIMONE MARIA MARROCOS³; ISAAC VIEIRA SECUNDO⁴; FERNANDO LUIZ LUNDGREN⁵; EDLENE MARTINS DE ANDRADE⁶; DANIELE CLÍMACO⁷

1.HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 2,3,4,5,6,7.HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TESTE CAMINHADA; EXACERBAÇÃO

Introdução: A DPOC é uma doença crônica de grande morbimortalidade mundial. A exacerbação está relacionada a mortalidade e agravo do estado de saúde dos pacientes com DPOC. São considerados exacerbadores freqüentes os pacientes com 02 ou mais exacerbações ao ano. O teste de caminhada de 6 minutos é um dos critérios analisados no índice BODE, o qual representa um marcador de gravidade e prognóstico para os pacientes com DPOC. **Objetivos::** Estudar a correlação entre o paciente DPOC Exacerbador Freqüente (EF) e Não Exacerbador Freqüente (NEF) e distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos. Consideramos exacerbações a procura não programada de serviço de saúde pelo paciente por motivo de sua doença pulmonar. **Material e Métodos:** O estudo foi realizado em 53 pacientes atendidos no mês de março 2011 no ambulatório de pneumologia do Hospital Otávio de Freitas. Foram observados o número de exacerbações referidas no ano anterior, e realizado teste de caminhada de 6 minutos. **RESULTADOS:** Em uma amostra de 53 pacientes, 12 foram considerados exacerbadores freqüentes e 41 não exacerbadores freqüentes. Os pacientes exacerbadores freqüentes percorreram uma distância média de 394,33 metros enquanto os não exacerbadores andaram uma média de 335,52 metros ($p= 0,15$). Observamos que a distância percorrida nos dois grupos foi semelhante. **Discussão e Conclusão:** A distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos não mostrou correlação com o fato do paciente ser exacerbador freqüente ou não.

PO.100 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO EXACERBAÇÃO AGUDA DA DPOC: RELATO DE CASO

DANIELLE SILVA DE ALMEIDA; FLÁVIO FERLIN ARBEX; LUIS EDUARDO PRADO PFINGSTEN; LUIZ AUGUSTUS PEREIRA COSTA; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA; ROBERTA LIMA AMARAL DA COSTA; THULIO MARQUEZ CUNHA

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; EMBOLIA; TROMBOEMBOLISMO

DPOC é doença progressiva, caracterizada por limitação crônica do fluxo aéreo não totalmente reversível. Entre os diversos estudos que avaliam a importância

da DPOC como fator de risco para tromboembolismo pulmonar agudo (TEP), é consenso que são os fatores associados à mesma que determinam a maior ocorrência de eventos trombóticos. TEP e exacerbação aguda de DPOC são doenças com apresentações clínicas semelhantes, sendo difícil distingui-las. EA, feminino, 65 anos, DPOC estadio III em tratamento regular, tabagista atual 40 anos-maço, sem outras comorbidades. Foi admitida com piora importante da dispnéia há uma semana, sem alteração das características da tosse, com cianose, taquipnéia e hipoxemia arterial em ar ambiente: pH 7,39 PaCO₂ 67 PaO₂ 50 HCO₃ 40 BE 12 SaO₂ 84%. Paciente evoluiu sem melhora após antibiótico e corticóide intravenosos e broncodilatadores inalatórios, necessitando ventilação invasiva. Exacerbação infecciosa foi excluída. Após estabilização do quadro manteve hipoxemia importante e foi submetida: 1) Angio-tomografia computadorizada de tórax que excluiu tromboembolismo venoso; 2) Ecocardiograma transtorácico com déficit contrátil importante de ventrículo direito, abaulamento de septo interventricular para câmara esquerda, com pressão sistólica estimada de artéria pulmonar esquerda de 84 mmHg; 3) Cintilografia pulmonar de ventilação-perfusão inconclusiva. Frente a esses resultados iniciou-se anticoagulação com cumarínico. Ao término do tratamento apresentou desempenho contrátil de VD preservado e diminuição da PSAP para 35 mmHg e gasometria sem hipoxemia (PaO₂ 73 e SaO₂ 95%). Embora a principal causa de exacerbação na DPOC seja infecciosa, até 30% não tem etiologia definida e outras causas como TEP devem ser investigadas, como no caso, no qual se observa compensação clínica após tratamento direcionado para tromboembolismo. A prevalência média de TEP em portadores de DPOC exacerbada é de 19,9%, com variação entre 3,3% em um estudo que avaliou pacientes na emergência, e 29%, em dois estudos que avaliaram pacientes internados. TEP deve ser suspeitado em pacientes com exacerbação da DPOC e cor pulmonale que apresentem resposta insatisfatória ao tratamento convencional de uma exacerbação infecciosa. A apresentação clínica/laboratorial do TEP pode ser indistinguível da exacerbação de DPOC, necessitando de exames diagnósticos específicos. A escolha destes testes depende da probabilidade clínica inicial, da condição clínica do paciente, da viabilidade e custos dos mesmos e dos riscos da exposição ao contraste iodado e à radiação. **Referências:** Menna-Barreto S S. O desafio de diagnosticar tromboembolia pulmonar aguda em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol. 2005; 31(6):528-39 Rizkallah J, Man P, Sin DD. Prevalence of pulmonary embolism in acute exacerbations of COPD. A systematic review and metaanalysis. Chest 2009;135:786-793.

PO.101 AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DA DPOC EM PACIENTES ADMITIDOS NO PROGRAMA RESPIRA BAHIA

CHARLESTON RIBEIRO PINTO¹; LÁIRA LORENA LIMA YAMAMURA²; ADRIANA GARCIA SILVA³; PRISCILA MOREIRA CERQUEIRA OLIVEIRA⁴; LUCIANA ANDRADE DOS SANTOS REIS⁵; FÁBIO FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA⁶; LINDEMBERG ASSUNÇÃO COSTA⁷; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS⁸

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA, JEQUIÉ, BA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 3,5,6.SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 4,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TRATAMENTO; ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um problema global de saúde pública e resulta em impacto social e econômico substancial e crescente. O tratamento farmacológico constitui um componente importante para um plano efetivo de tratamento da DPOC, este alivia sintomas, melhora a qualidade de vida dos pacientes, além de reduzir a frequência e gravidade das exacerbações. **Objetivo:** Avaliar se a DPOC é tratada adequadamente em pacientes referidos da rede pública do SUS na Bahia e admitidos Programa Respira Bahia do Hospital Especializado Octávio Mangabeira, em Salvador-BA. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com dados obtidos por entrevistas realizadas por farmacêutico previamente treinado durante a admissão do paciente no Programa Respira Bahia, entre meses de agosto de 2010 e dezembro de 2011. Foram incluídos no estudo portadores de DPOC estáveis clinicamente com valores na espirometria da relação VEF1/CVF < 70% e VEF1 < 80%, após o broncodilatador. Os pacientes foram classificados como tendo doença leve, moderada, grave ou muito grave, de acordo com a classificação do GOLD. **Resultados:** Foram admitidos 218 pacientes, sendo 154 (70,6%) do sexo masculino, 155 (56,8%) de cor parda, 162 (74,3%) com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo e idade média de 65,6 ± 11,4 anos (40 – 94 anos). A dispneia, medida pelo MRC, foi classificada como grau 4 em 35,1% dos pacientes; grau 3 em 26,3%; grau 2 em 20,3%; e grau 1 em 18,3%. Os pacientes apresentavam VEF1 médio (% previsto) pós-broncodilatador de 39,6 ± 38. O tempo de sintomas da DPOC teve mediana de 7,2 anos (1 a 50). Segundo a classificação do critério GOLD, os pacientes foram divididos em: moderada (22,5 %), grave (47,7 %) e muito grave (29,8 %). Dos indivíduos portadores de DPOC, 48 indivíduos (22%) não recebiam nenhum tratamento para manejo da DPOC, sendo que 18 destes pacientes eram do estágio II (36,7%), 20 do estágio III (19,2%) e 10 do estágio IV (15,4%). Do total de pacientes, 97 (44,5%) faziam uso de um medicamento para tratamento da DPOC, 52 (23,9%) dois medicamentos e 21 (9,6%) três ou mais medicamentos. Dos indivíduos pertencentes ao estágio II, 21 (42,8%) utilizavam □-2 agonista de longa ação (LABA) associado ao corticosteróide inalatório (CI) e 7 (14,4%) □-2 agonista de curta ação (SABA). Dos indivíduos pertencentes aos estágios III e

V os grupos de medicamentos mais frequentemente utilizados foram: 50 (48,1%), CI + LABA; 32 (30,8 %), SABA e 28 (43,1%), CI + LABA; 25 (38,5 %), SABA, respectivamente. O uso de anticolinérgico de longa duração foi evidenciado em apenas 24 (31%) dos pacientes. **Conclusões:** Apesar do perfil de gravidade dos pacientes avaliados, os dados sugerem que os indivíduos portadores de DPOC admitidos no programa estão sendo subtratados. Os resultados do estudo corroboram as informações relatadas na literatura que descrevem a DPOC no Brasil como uma doença cujo tratamento encontra-se abaixo dos níveis aceitáveis.

PO.102 ENQUETE EM CLÍNICOS GERAIS SOBRE A ATUAÇÃO EM PACIENTE CO DPOC.

JOSÉ ROBERTO DE BRITO JARDIM; CHARLES FELDMAN; GRANT GRANT; DANIEL COLODENCO; OTO BAURLE; RAFAEL LANIADO-LABORIN; ABDULLAH SAYNER; ZAURBEK AYSANOV UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; EDUCAÇÃO CONTINUADA; CLÍNICA GERAL

Introdução: O diagnóstico precoce da DPOC permitiria que o seu tratamento se iniciasse mais rapidamente. Como muitos pacientes são acompanhados por clínicos gerais, é importante saber o grau de conhecimento da DPOC que eles tem. **Objetivos:** Aplicar um questionário de conhecimento da DPOC a clínicos gerais. **Material e Métodos:** Um questionário de 11 perguntas sobre epidemiologia, diagnóstico e tratamento da DPOC foi criado por 13 pneumologistas de 12 países (Global COPD Network Group) visando clínicos gerais; 50 clínicos gerais brasileiros foram recrutados de um banco de dados e o questionário respondido via web. O tempo médio de formado era 15,7 anos, tendo 56% dos médicos < 40 anos (74 % homens), com 380 pacientes vistos por mês (20% DPOC). **Resultados:** 72% estimaram a prevalência da DPOC no Brasil em < 20%. Como efeitos da DPOC a longo prazo, 90% crêem ser declínio da função pulmonar e pior qualidade de vida e 74% aumento da mortalidade. Citaram como disponíveis para diagnóstico, Rx tórax (90%), espirometria (92%) e exames de sangue (74%), mas sintomas (50%), espirometria (34%) e Rx Tórax (12%) foram as primeiras opções para o diagnóstico (30% não utilizam sintomas para o diagnóstico). Para o tratamento inicial, 36% leva em conta os sintomas, 12% espirometria, 10% comorbidades (24% baseiam-se no controle ambiental). Para continuidade do tratamento, baseiam-se nos sintomas (76%), exacerbações (84%), espirometria (64%) e comorbidades (62%). Diretrizes: 66% referem que a seguem (42% citaram a SBPT). Pacientes são referidos a um pneumologista quando ele não evolui bem (84%), solicitação do paciente (58%), necessidade de oxigenoterapia (34%). 88% dos médicos disseram que, pelo menos, metade dos seus pacientes não consegue a medicação que seria a mais adequada. **Discussão:** O diagnóstico precoce da DPOC requer que os pacientes e médicos tenham conhecimento do que significam os sintomas da doença e que os médicos tenham a sua disposição a espirometria para a confirmação do diagnóstico e

compreendam o seu valor. Apesar de que as Diretrizes de DPOC ressaltam o valor dos sintomas para o seu diagnóstico, 30% dos clínicos gerais entrevistados não mencionaram que os sintomas sejam importantes para o diagnóstico da DPOC. Em relação ao uso da espirometria para diagnóstico, se a avaliação dos sintomas deveria ser o primeiro tópico a ser avaliado, a espirometria deveria ser a segunda, obrigatoriamente, mas somente 34% dos médicos a indicaram. Por fim, Pouco mais da metade dos médicos indicaram que seguem as Diretrizes para tratar os seus pacientes, o que causa alguma apreensão. **Conclusões:** Os resultados demonstram que os clínicos gerais do Brasil apresentam deficiências na abordagem dos pacientes com DPOC em relação à epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Esta deficiência pode ser imputada, parcialmente, ao não conhecimento das orientações das Diretrizes da DPOC. É necessário programas de educação continuada nesta área médica.

PO.103 AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA PELO PEDÔMETRO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) NO BRASIL

RODRIGO RUSSO; MILENA PIAZZA; IVAN TERUAKI IVANAGA; ANDREA KELLY CARVALHO; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO; JOSÉ ROBERTO DE BRITO JARDIM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ATIVIDADE FÍSICA; PEDÔMETRO

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pela redução do estado funcional associada ao descondicionamento, dispnéia e redução da atividade física diária. O pedômetro é um sensor de movimento pequeno, preciso, de baixo custo e capaz de registrar o movimento na dimensão longitudinal. Maior número de passos por dia significa maior nível de atividade física. **Objetivo:** Avaliar o nível de atividade física em pacientes com DPOC no Brasil, segundo o número de passos por dia, mensurado por pedômetro. **Métodos:** O número de passos por dia foi mensurado pelo pedômetro em 49 pacientes com DPOC (29 homens, com média de idade de 68,9 ± 8,5 anos, VEF1 = 57,6 ± 17,9 % previsto, índice de massa corpórea = 25,7 ± 4,3 Kg/m²) por sete dias consecutivos. Os pacientes foram submetidos à avaliação da capacidade funcional (teste da caminhada de 6 minutos e International Physical Activity Questionnaire - IPAQ), qualidade de vida (SGRQ and SF36) e gravidade da doença (GOLD, BODE e MRC). **Resultados:** A média geral de passos por dia foi de 8.064 (±4.343), com as mulheres caminhando 9.147 (±4.879) e os homens 7.316 (±3.843) passos. Não houve diferença estatística entre os gêneros no número de passos e no teste da caminhada de seis minutos (homens: 467 ± 58,5m; mulheres: 511,9 ± 89,5m). Não houve correlação do número de passos com o VEF1, ansiedade, depressão, qualidade de vida e teste da caminhada de 6 minutos. Houve correlação do número de passos com a idade (r=-0,29; p=0,04). Os pacientes que trabalham atualmente (8) apresentam uma média de passos de 10.610 (±6.261) e os pacientes que não trabalham (41) andam 7.567 (±3.766) passos por dia, porém

sem diferença estatística entre os grupos (p=0,07). Os pacientes que possuem automóveis (19) caminham 7.035 (±3.558) passos por dia e os pacientes que não possuem automóveis (30) caminham 8.715 (±4.715) passos, sem diferença estatística significativa (p=0,12). **Discussão:** Nossos resultados sugerem que os pacientes com DPOC apresentam nível de atividade física razoável na vida diária, baseado na classificação de Tudor-Locke e Basset, 2004, para adultos saudáveis: classificação da atividade física baseada no número de passos por dia (<5.000: sedentário; 5.000 a 7.499: pouco ativo; 7.500 a 9.999: razoavelmente ativo; 10.000: ativo e >12.500: altamente ativo). **Conclusão:** A média diária de passos dos pacientes brasileiros reflete um nível pouco ativo fisicamente na vida diária.

PO.104 ESTADO NUTRICIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS EM PACIENTES TABAGISTAS NO CENTRO DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA (CEDENI) DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU/UNESP

MELAINE PRISCILA FIDELIX; MARIANA MARTINS AMBROSI; CRISTIANE ROBERTA NAVES; LIANA SOUSA COELHO; ILDA DE GODOY; SUZANA ÉRICO TANNI; SILVIA JUSTINA PAPINI; IRMA DE GODOY
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESTADO NUTRICIONAL; DOENÇAS CRÔNICAS

Introdução: Mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares levaram ao aumento de Doenças Crônicas (DC). De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DC. A relação entre o tabagismo e o desenvolvimento de DC é indiscutível, e a associação deste com fatores de risco nutricionais constitui problema frequente em serviços de saúde, daí o aumento da procura por hábitos de vida saudáveis nos últimos anos, que inclui mudanças alimentares, prática de atividade física e a interrupção do tabagismo. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional de pacientes em tratamento de cessação do tabagismo e associar com a prevalência de DC. **Material e Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal de base populacional que busca avaliar o estado nutricional e associação com DC de pacientes atendidos no Centro de Dependência Nicotínica (CEDENI) da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP no período de 2005 a 2011. O desenvolvimento do projeto foi realizado através da aplicação de dois instrumentos: Questionário de Identificação: idade, sexo e doenças associadas; Avaliação Antropométrica: medidas de peso (kg) e estatura (m), e cálculo do índice de massa corporal (IMC) para classificação nutricional. As análises foram realizadas no programa SAS, adotando-se p<0,05 como nível de significância. **Resultados:** Foram avaliados 567 pacientes, desses, 62,2% (351) eram do sexo feminino, com média de idade de 48,9 ±12,5 anos, sendo 90% com menos de 65 anos. A avaliação nutricional mostrou que mais de 50% apresentavam excesso de peso (35,4% sobrepeso, 20,8% obesos). As DC mais comuns entre esses pacientes foram hipertensão arterial

(HA) (21,8%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (4,8%) e diabetes (3,3%). Entre os pacientes que apresentaram mais de uma doença, a maioria era hipertensão arterial/diabetes e hipertensão/DPOC. A associação entre IMC e idade não mostrou relação significativa. Em todas as faixas etárias houve predominância de pacientes com excesso de peso. A associação IMC/DC verificou-se uma relação positiva na faixa etária de 31 a 64 anos HA ($p < 0,0001$), e DPOC a partir de 51 anos ($p < 0,0001$). **Discussão:** A maioria dos pacientes avaliados apresentava excesso de peso, diferente da literatura que normalmente associa o paciente tabagista com baixo peso. O tabagismo é um fator já descrito como risco para hipertensão, no presente estudo, o excesso de peso também pode ser considerado mais um fator agravante. O ganho de peso pode aumentar durante o tratamento, resultante das mudanças na alimentação devido a alterações fisiológicas e psicológicas no processo de abstinência do tabaco e isto pode agravar ainda mais as condições de saúde do tabagista. **Conclusão:** Orientações sobre a importância da alimentação saudável durante o tratamento da cessação tabárgica é necessária para prevenção de outras possíveis complicações na saúde e deve ser realizada através de profissionais qualificados.

PO.105 EFICÁCIA A LONGO PRAZO DO TRATAMENTO INTENSIVO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E MEDICAMENTOSO NO NÚCLEO DE ATENÇÃO E TRATAMENTO DO TABAGISMO (NATTAB), SALVADOR

ANA THEREZA CAVALCANTI ROCHA¹; MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA²; MARINA CAMPOS SIMÕES CABRAL³; MANUELA BARROS DE PINHO⁴; LUCAS SOUSA MACEDO⁵; CLÁUDIA LUÍSA SENA GOMES DE SOUZA⁶; JOSÉ FRANKLIN SOARES POMPA-FILHO⁷

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

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL; TRATAMENTO INTENSIVO

Introdução: O tratamento do tabagismo associa-se a baixas taxas de cessação a longo prazo e em geral a resposta das mulheres é pior. O NATTAB oferece tratamento intensivo cognitivo-comportamental (TCC) em associação a medicações para pacientes em Salvador. **Objetivos:** Avaliar as taxas de abstinência e recaídas do tabagismo no nosso programa de tratamento intensivo cognitivo-comportamental (TCC) em associação a medicações gratuitas, comparando-as entre os gêneros. **Métodos:** Avaliamos o status reportado do tabagismo de pacientes consecutivos do NATTAB por ligação telefônica ou por revisão dos prontuários sobre a última visita presencial naqueles cujo contato telefônico não foi possível após 3 tentativas. Para aqueles que referiram recaídas foi indagado quanto tempo permaneceram abstinentes durante o acompanhamento. O tratamento inclui triagem clínica e psicológica, Teste de Fagerstrom (TF), nível de estresse, e motivação para a cessação. O TCC é baseado no acolhimento dos sucessos e dificuldades, treinamento de habilidades para resolução de problemas e abstinência e suporte social por equipe de pneumologistas, enfermeira,

psicólogas e fisioterapeuta em sessões de grupo semanais por 4 sem, quinzenais por 2 meses e mensais por 9 meses. Variáveis categóricas como gênero e abstinência reportada são apresentadas como proporções e comparadas com o teste χ^2 . **Resultados:** 467 pacientes foram avaliados durante 35 meses, sendo que 350 (75%) iniciaram o TCC e 85% usaram alguma medicação para o tabagismo. A idade média foi 53 ± 10 anos e a mediana do TF foi 6 (DIQ 3), não diferindo entre os gêneros. Destes, 67% eram mulheres, sendo que 79,1% destas e 75% dos homens pararam de fumar por algum tempo no seguimento de $14,3 \pm 11,4$ meses. O seguimento < 1 mês ocorreu para apenas 5,4% dos pacientes, mas para estes a taxa de abstinência foi significativamente menor que para os demais (26,3% vs. 50,5%, $p < 0,0001$). As taxas de abstinência e de recaída foram: 50,5% (167/361) e 31,4%, de 1-3 meses; 50% (138/276) e 36,2%, de 3-6 meses; 48,1% (112/233) e 38,6%, de 6-12 meses; 44% (81/184) e 40,8%, de 12-24 meses, e, 41,7% (35/84) e 41,7%, de 24-35 meses. Dentre aqueles que recaíram, o tempo médio de abstinência foi de $3,6 \pm 4,1$ meses. A maioria destes pacientes atribuiu o abandono dos grupos de TCC como fator de risco para a recaída. As mulheres tiveram uma maior taxa de abstinência em relação aos homens mas não significativamente (51,3% vs 44,8%, $p=NS$). **Conclusões:** No NATTAB, o TCC combinado com medicações gratuitas levou a altas taxas de abstinência ao tabaco em seguimento de até 24 meses. Programas combinando TCC com medicações são efetivos para a cessação do tabagismo a longo prazo, independentemente do gênero, mesmo quando a dependência à nicotina é moderada a alta.

PO.106 CARACTERÍSTICAS DOS FUMANTES QUE ADEREM OU NÃO AO TRATAMENTO DO TABAGISMO APÓS A PRIMEIRA ABORDAGEM MÉDICA

MARIANA MARTINS AMBROSI; LÍVIA FILOMENA SANTOS BALDINI; ANDRE LUIS BERTANI; CRISTIANE ROBERTA NAVES; SUZANA ÉRICO TANNI; LIANA SOUSA COELHO; ILDA DE GODOY; IRMA DE GODOY

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU/ UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ABANDONO DO USO DE TABACO; ADESÃO AO TRATAMENTO

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde, o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A abordagem cognitivo-comportamental e a terapia farmacológica são tratamentos eficazes para a cessação do tabagismo na população geral. **Objetivos:** Avaliar as características de fumantes que aderem ou não ao tratamento do tabagismo após a primeira abordagem médica, em serviço de tratamento do tabagismo. **Métodos:** Foram avaliados 82 fumantes atendidos no ambulatório de Centro de Dependência Nicotínica da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, de outubro de 2010 a março de 2011. Os participantes foram separados de acordo com a adesão ao tratamento (AT) ou não (NAT). O programa inclui duas consultas médicas e quatro sessões semanais de abordagem cognitivo-comportamental, associadas a farmacoterapia. Foram anotados idade,

sexo, escolaridade, renda mensal, grau de motivação, co-morbidades e nível de dependência à nicotina em ambos os grupos. A taxa de abstinência foi avaliada após 4 semanas no grupo que aderiu ao tratamento. A farmacoterapia incluiu repositores de nicotina (TRN) e cloridrato de bupropiona (CB) e foi utilizada nos que aderiram ao tratamento. **Resultados:** A idade média dos 82 fumantes foi de 47 ± 12 anos e 71,8% da amostra era do gênero feminino. O nível educacional foi diferente entre os grupos: ensino fundamental (AT: 22,2% versus NAT: 25%), ensino médio (AT: 43,5% vs NAT: 23,9%, $p=0,003$). A proporção de fumantes que recebiam até dois salários mínimos de renda mensal não foi diferente entre os grupos (AT: 37,9% vs NAT: 25%, $p=0,679$). Os estágios de mudança na avaliação inicial foi diferente entre os grupos: ação (AT: 23,9% vs NAT: 8,3%, $p=0,004$), contemplativos (AT: 71,1% vs NAT: 50,7% $p=0,002$). A proporção de fumantes com co-morbidades não foi diferente entre os grupos: hipertensão arterial sistêmica (36,1% vs 17,4%, $p=1,0$), diabetes mellitus (11,1% vs 6,5%, $p=1,0$), arritmia (13,9% vs 6,5%, $p=1,0$) e DPOC (8,3% vs 6,5%, $p=1,0$). A intensidade de dependência avaliada pela escala de Fagerström não foi diferente entre os grupos: moderada (23,9% vs 22,2%), elevada (58,7% vs 61,2%) ($p=0,627$). Dos pacientes do AT, 97,8% compareceram na primeira sessão e 51,1% deles estavam abstinentes. A farmacoterapia prescrita ao AT foi TRN (73,9%) e CB (26,1%). Para melhor avaliar a taxa de abstinência, o estudo avaliou 56,5% dos pacientes que participaram das 4 sessões. Destes pacientes, 46,2% estavam fumando e 53,8% estavam abstinentes, na primeira sessão. Na quarta sessão, 23,1% estavam fumando e 76,9% estavam abstinentes. **Discussão:** Baixa renda e menor escolaridade foram consideradas influenciadores da não aderência ao tratamento. O grau de dependência e a presença de co-morbidades aparentemente não influenciaram a adesão ou não ao tratamento. **Conclusão:** Os resultados mostram dificuldade dos pacientes em realizar o acompanhamento mesmo a curto-prazo. O reconhecimento das características dos tabagistas é fundamental para o tratamento visando melhora nas taxas de adesão.

PO.107 HISTÓRIA TABÁGICA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA ESTÁVEL

CRISTIANE ROBERTA NAVES; LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM; SILMÉIA GARCIA ZANATI; RENATA FERRARI; MARIANA MARTINS AMBROSI; LIANA SOUSA COELHO; SUZANA ÉRICO TANNI; IRMA DE GODOY

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" – FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DAC ESTÁVEL; TABAGISMO; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: Poucos estudos avaliaram os preditores da qualidade de vida e da dispneia e a relação destes atributos com o tabagismo em pacientes com doença

arterial coronariana (DAC) estável. **Objetivo:** Avaliar os preditores da qualidade de vida e da dispneia em pacientes com DAC tabagistas ativos ou ex-tabagistas e não tabagistas. **Métodos:** Trinta e um pacientes com DAC estável ex-tabagista ou tabagista ativo (idade = $68,7 \pm 9,3$ anos, 74% do gênero masculino) e 23 pacientes não tabagistas com DAC (idade = $65,3 \pm 7,5$ anos, 65% do gênero masculino) foram avaliados. Espirometria pré e pós broncodilatador (BD), doppler-ecocardiograma, intensidade de dispneia por meio do Índice de Dispneia Basal (BDI), qualidade de vida por meio do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) e a dosagem sérica da interleucina (IL)-6 foram obtidos. Foram incluídas as seguintes variáveis nos modelos de análise de regressão linear múltipla para identificar os preditores dos escores dos domínios de SF-36: história tabágica (positiva ou negativa), BDI, volume expiratório forçado no primeiro segundo em % do predito (VEF1%), fração de ejeção (FE) e IL-6. **Resultados:** Na análise comparativa entre os grupos foram identificados diferença estatisticamente significativa nos domínios capacidade funcional ($p=0,03$), vitalidade ($p=0,04$) e limitação dos aspectos físicos ($p=0,007$) do questionário SF-36 entre os tabagistas/ex-tabagistas e não tabagistas. Os resultados das análises de regressão linear múltipla para verificação dos preditores do domínio capacidade funcional, vitalidade e limitação dos aspectos físicos mostraram que pacientes com DAC e história tabágica positiva tiveram maior comprometimento na capacidade funcional [$\beta = -13,1$; $p=0,03$ (IC95%: -24,9; -1,2)] quando comparado aos pacientes não tabagistas. Além disso, o escore de BDI apresentou associação positiva [$\beta = 4,6$; $p<0,001$ (IC95%: 2,3; 6,9)], enquanto, a IL-6 mostrou associação negativa significativa [$\beta = -2,2$; $p=0,03$ (IC95%: -4,1; -0,3)] com a capacidade funcional. Nos modelos de regressão para avaliação dos domínios vitalidade e limitação dos aspectos físicos, apenas a variável BDI foi selecionada como variável estatisticamente significativa [$\beta = 4,7$; $p<0,001$ (IC95%: 2,4; 7,0)] e [$\beta = 8,3$; $p<0,001$ (IC95%: 4,9; 11,7)] respectivamente. **Discussão:** Nossos resultados mostraram que o tabagismo está associado com maior comprometimento da qualidade de vida, quando avaliado o domínio capacidade funcional nos pacientes portadores de DAC. Além disso, a intensidade de dispneia mostrou ter relação positiva com domínios da qualidade de vida e essa associação está de acordo com a literatura. Outro ponto importante identificado em nosso estudo é a influência da inflamação sistêmica na qualidade de vida avaliada pelo domínio capacidade funcional. **Conclusão:** O tabagismo, a intensidade de dispneia e a inflamação sistêmica estão associadas com maior comprometimento da qualidade de vida em pacientes portadores de DAC estável.

PO.108 ANÁLISE DO TRANSPORTE MUCOCILIAR NASAL DE CORTADORES DE CANA-DE-AÇÚCAR TABAGISTAS

RAFAELLA FAGUNDES XAVIER; ERCY MARA CIPULO RAMOS; NAYARA GALVÃO OLIVEIRA; MARIANE MONTESCHI; ALINE DUARTE FERREIRA; LUIZ CARLOS DE SOARES CARVALHO JUNIOR; ALESSANDRA CHOQUETA TOLEDO; DIONEI RAMOS FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPORTE MUCOCILIAR; MATERIAL PARTICULADO; TABAGISMO

Introdução: O Brasil é um dos países líderes na produção de etanol. Uma das principais desvantagens do método de produção desse agrocombustível é a queima da palha da cana, que antecede o corte manual realizado pelo cortador de cana durante a safra. Essa prática libera grande quantidade de material particulado (MP) que é inalado pelas vias aéreas dos trabalhadores expostos. O aparelho mucociliar é a primeira linha de defesa do trato respiratório e, sua acurácia depende da interação entre o muco e os cílios que revestem a cavidade nasal e se estendem até os bronquíolos pulmonares. A inalação dos poluentes produzidos durante a combustão, associado ao hábito tabagístico, pode provocar importantes alterações no aparelho mucociliar desses trabalhadores. **Objetivo:** Avaliar o transporte mucociliar nasal de cortadores de cana tabagistas na safra. **Métodos:** Participaram do estudo oito cortadores de cana tabagistas leves (26,8 ±4,6 anos; 26,5 ±4,9 kg/m²; 5,5 ±2,5 anos/maço), trabalhadores de uma usina sucroalcooleira localizada no Oeste do Estado de São Paulo, Brasil. Foram avaliados em dois períodos: entressafra (sete dias antes da safra) durante o plantio manual de cana (Abril/2010), e após três meses de safra (corte da cana queimada, Outubro/2010). A avaliação do transporte mucociliar foi realizada por meio do teste de tempo de trânsito da sacarina (TTS). O teste foi realizado entre 10 e 11 horas, em ambiente com temperatura de 25°C e umidade relativa do ar de 50 a 60%. Para a análise estatística, foi utilizado o programa Graphpad InStat[®] 3.0. A distribuição dos dados foi dada por meio do teste Shapiro-Wilk, e para dados pareados foi utilizado o teste t de Student. **Resultados:** O TTS após três meses de safra mostrou-se acelerado (4,8 ±2 minutos) comparado à entressafra (8,9 ± 3,1 minutos; p= 0,01). **Discussão:** Os achados do estudo evidenciam um aumento da velocidade do transporte mucociliar dos cortadores de cana após três meses de exposição ao MP, proveniente da queima de biomassa durante a safra. Riechelmann et al. (2003) e Pires-Neto et. al. apontam que indivíduos expostos ao MP em concentrações ambientais apresentaram aumento no transporte mucociliar, diminuição do fluxo de ar na cavidade nasal e aumento da sensação de obstrução nasal. Segundo Tan et. al. (2000), a disfunção no aparelho mucociliar causada pela exposição a agentes irritantes pode acarretar em alterações na interação entre muco e cílios e, conseqüentemente no transporte mucociliar, o que predispõe o indivíduo exposto a infecções respiratórias. O estudo de Trindade et. al. (2007), aponta que essa disfunção pode ser capaz de alterar o TTS de indivíduos expostos, que corrobora com o

nosso estudo, visto que o valor de normalidade de TTS varia de 10 a 12,5 minutos, diferente dos valores encontrados na população estudada. **Conclusão:** A exposição ao MP altera o transporte mucociliar de cortadores de cana tabagistas na safra canavieira. **MP:**Material Particulado; **TTS:**Tempo de Transito de Sacarina

PO.109 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE CORTADORES DE CANA TABAGISTAS E NÃO-TABAGISTAS

DIONEI RAMOS; LUIZ CARLOS DE SOARES CARVALHO JUNIOR; MARIANE MONTESCHI; NAYARA GALVÃO OLIVEIRA; ALINE DUARTE FERREIRA; FERNANDA MARIA MACHADO RODRIGUES; ALESSANDRA CHOQUETA TOLEDO; ERCY MARA CIPULO RAMOS

FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; TRABALHADORES RURAIS; TABAGISMO

Introdução: O Brasil é o maior produtor mundial de cana-de-açúcar, com área de plantio aproximada de 7 milhões de hectares. Na safra a cana é queimada para facilitar o corte manual e aumentar produtividade. Tal ação libera poluentes que acarretam exacerbações de sintomas respiratórios, aumentam internações hospitalares e morbi-mortalidade de pacientes com doenças cardiopulmonares, aumentando a demanda por serviços de saúde pública. A problemática dos poluentes e o exaustivo trabalho dos cortadores de cana torna o estudo da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) imprescindível, tendo em vista o reconhecimento do conceito como importante indicador de saúde, inclusive em populações saudáveis, como trabalhadores. **Objetivo:** Avaliar a percepção da QVRS de cortadores de cana e comparar tabagistas com não-tabagistas. **Métodos:** O estudo foi realizado em uma usina sucroalcooleira do oeste do estado de São Paulo, Brasil, na entressafra e três meses de safra. Participaram 8 cortadores de cana tabagistas (27±5 anos; 27±5 kg/m²; 4±4 anos/maço) e 25 não-tabagistas (26±4 anos; 24±3 kg/m²). A QVRS foi avaliada pelo questionário SF-36. A análise foi realizada por estatística descritiva (tendência central e variabilidade). Para identificar a frequência dos respondedores, considerando as variáveis qualitativas dos 8 domínios do SF-36, utilizou-se teste de Goodman. As diferenças foram consideradas significativas quando p<0,05. **Resultados:** Os domínios do SF-36 estão representados em média, desvio padrão, mediana, mínimo-máximo, respectivamente. Capacidade funcional teve maior escore na entressafra 95,1(±9)[100]{60-100} e na safra 99,2(±2,5)[100]{90-100}. Vitalidade teve menor escore, 80,1(±16,9)[85]{40-100} na entressafra e 78,9(±14,6)[80]{35-100} na safra. Foram denominados respondedores positivos trabalhadores com escore maior em três meses de safra comparado à entressafra. Nos domínios aspecto físico, social e emocional, o grupo não-tabagista apresentou mais respondedores positivos comparado ao tabagista (p <0,05). **Discussão:** O domínio capacidade funcional teve maior escore, corroborando com resultados de Soares et.al.(2007), que avaliou QVRS em trabalhadores

de diversas funções. O extenuante trabalho dos cortadores foi discutido em diversos estudos, que mostram relatos de fadiga no trabalho, confirmando os resultados encontrados nesse estudo, em que os cortadores apresentaram vitalidade diminuída. Tendo em vista estudos como de Martinez et.al.(2004), que demonstra que o tabagismo pode comprometer a QVRS, esperava-se que cortadores tabagistas tivessem menores escores. Tal resultado não ocorreu nesse estudo, porém o grupo não-tabagistas teve mais respondedores positivos em três meses de safra nos domínios aspectos físico, social e emocional. **Conclusão:** O domínio vitalidade apresentou menor escore em ambos períodos. O grupo não-tabagista apresentou mais respondedores positivos comparado ao grupo tabagista nos domínios aspecto físico, social e emocional.

PO.110 PERFIL DOS FUNCIONÁRIOS E DOCENTES TABAGISTAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS CONSTANTINO OTTAVIANO (HCTCO), TERESÓPOLIS, RJ. 2009.

CARLOS LUIZ DA SILVA PESTANA; RODRIGO LESSA; FLÁVIA VERÔNICA FERREIRA LOPES; LETICIA DE SOUZA PESTANA UNIFESO, TERESOPOLIS, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PERFIL DE TABAGISTAS; POLUIÇÃO TABÁGICA AMBIENTAL; TABAGISMO PASSIVO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a principal causa de morte evitável em todo o mundo e um dos principais responsáveis pela carga de doença. Este projeto teve apoio do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) através do Programa de Iniciação Científica, Pesquisa e Extensão (PICPE) e objetivou estudar o perfil dos funcionários e docentes tabagistas e ex-tabagistas do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano (HCTCO) do UNIFESO. O objetivo do trabalho foi verificar o perfil dos funcionários e docentes tabagistas do HCTCO da UNIFESO, determinar o estágio motivacional de mudança de comportamento relativo a parar de fumar nos indivíduos estudados e propor, a partir dos dados coletados, a realização de ações institucionais disparadoras de processos para ajudar os funcionários e docentes a se livrarem do hábito e assim tornar o HCTCO Livre do Tabaco. É de um estudo transversal, exploratório, descritivo de natureza quantitativa, que foi realizado com funcionários e docentes da HCTCO. Os resultados do estudo mostraram que os funcionários apresentam alta carga tabágica e esta reflete diretamente na saúde destes, que já sinalizam receio de adoecer e que possa interferir na saúde. E 100% dos entrevistados manifestaram desejo de parar de fumar e que esta unidade de saúde deveria oferecer oportunidade para o tratamento. Neste aspecto, o processo de implantação do Hospital Livre do Tabaco no HCTCO irá de forma efetiva melhorar a qualidade de vida dos profissionais deste hospital ao diminuir a prevalência de fumantes. Conclui-se que programas educacionais e de cessação do tabagismo em nível institucional são necessários e devem ser realizados para que as leis de restrição do fumo dentro de hospitais sejam efetivamente cumpridas.

PO.111 TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL - ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

NICOLE COELHO DELLA BRUNA; MANUELA ALEXANDRE; RAFAELLA DABOIT CASTAGNA; WALKÍRIA RODRIGUES DE FREITAS; JANAÍNA HEZEL; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PROFISSIONAIS DA SAÚDE; TABAGISMO; PREVALÊNCIA

Introdução: O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública. Os profissionais de saúde têm papel expressivo no controle dessa epidemia, por sua participação educativa e por servirem de modelo de conduta. Conhecer a prevalência de tabagismo e as características dos funcionários tabagistas, em instituições de saúde, é fundamental. **Objetivos:** Avaliar a prevalência do tabagismo e o perfil de funcionários tabagistas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal, no qual se pesquisou dados demográficos, socioeconômicos, ligados ao perfil tabágico e ao trabalho, através da aplicação de questionários a uma amostra de funcionários do HU-UFSC. **Resultados:** Foram entrevistados 292 profissionais: 44 eram fumantes (15,1%); 55 ex-fumantes (18,8%); 193 não fumantes (66,1%) e 83 tabagistas passivos (28,4%). Os tabagistas tinham em média 43,1±9,0 anos e 77,2% eram do sexo feminino. A maioria dos fumantes tinha escolaridade de até o ensino médio completo (65,1%), 65,1% tinham renda familiar de até 10 salários mínimos e 86,4% tinham ocupações em serviços gerais e técnicos/ administrativos. A média da idade de início do tabagismo foi de 18,4±6,9 anos; a carga tabágica mediana foi de 12,6 (IQR 4,7-24,3) anos-maço; o consumo diário mediano foi de 10 (IQR 5,2-20) cigarros; 63,6% tinham dependência muito baixa ou baixa. A maioria (79,5%) já havia tentado cessar; 77,3% gostariam de cessar. Também apresentavam ao menos um sintoma respiratório 72,7% dos tabagistas. **Conclusões:** Com prevalência de 15,1%, mais baixa do que a da população geral, traçou-se um perfil de tabagistas: maioria feminina, entre 45 e 54 anos, sem união estável, de escolaridade até nível médio, com ocupações de menor especialização e renda familiar mais baixa. Grande parte gostaria de cessar o tabagismo, tinha uma carga tabágica moderada, com dependência muito baixa ou baixa, com tentativas prévias de cessação. Os achados chamam a atenção para a necessidade da criação de um programa de cessação dirigido a esta população de provável sucesso terapêutico.

PO.112 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO TABAGISMO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

ALISSON MONTEIRO SALVADOR; ARTHUR DE SOUSA PEREIRA SOUZA; GILSON MAURO C. FERNANDES FILHO; GERLÂNIA SIMPLICIO SOUSA; GEORGIA FREIRE PAIVA WINKELER; FÁTIMA MARIA MACEDO DOS SANTOS; RONALDO RANGEL TRAVASSOS JÚNIOR; GESUALDO PEREIRA SOARES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PREVALÊNCIA; ESTUDANTES DE MEDICINA

Introdução: O consumo de tabaco é a causa de aproximadamente 4,9 milhões de mortes anualmente no mundo, e estima-se que nos países em desenvolvimento 2,4 milhões de pessoas morrem a cada ano por doenças associadas ao tabaco. Isso faz do tabagismo o fator de risco modificável com maior número de mortes atribuídas. Os malefícios causados à saúde pelo vício de fumar são amplamente conhecidos. O hábito de fumar persiste nos estudantes de medicina, apesar do conhecimento sobre os malefícios do fumo na saúde em geral. Contudo, a incidência do tabagismo nessa classe de estudantes é menor do que a incidência nos jovens em geral, indicando que o conhecimento da agressividade das substâncias presentes no fumo pode contribuir para a diminuição da taxa de tabagismo da população geral. **Objetivos:** Conhecer a prevalência e os fatores associados ao tabagismo entre os estudantes de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e analítico. A amostra compreendeu 426 alunos do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba, os quais responderam a questionário anônimo e de auto-preenchimento entre março e maio de 2011. Foi utilizado o teste do qui-quadrado para verificar a correlação entre o uso de substâncias e as variáveis estudadas, considerando-se um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** Dos 426 estudantes entrevistados, 9 (2,1%) afirmaram fumar diariamente, 45 (10,6%) fumar esporadicamente, 2 (0,5%) serem ex-fumantes e 370 (86,9%) nunca ter fumado. Para o teste qui-quadrado, eliminou-se o grupo de ex-fumantes, pelo número não significativo de sujeitos. Houve correlação significativa entre a condição de fumante e as seguintes variáveis: sexo (masculino, $p=0,001$), com quem reside (só ou com amigos, $p<0,0005$), tabagismo da mãe (fumante, $p<0,0005$), tabagismo do pai (fumante, $p<0,0005$), alcoolismo (sim, $p<0,0005$), transtorno psiquiátrico (sim, $p=0,04$) e uso de antidepressivo (sim, $p=0,003$). **Discussão:** A prevalência do tabagismo encontrada (12,7%) mostrou-se menor do que na população geral brasileira, que é de 22,4%, o que está de acordo com a literatura, além de estar de acordo com estudos semelhantes, como o feito na Universidade de Pelotas (10,1%), na Universidade de Brasília (14%) e na Universidade de Passo Fundo (16,5%). A menor prevalência foi a encontrada por Paduani et al. (3,3%). Stramari et al. também encontrou associação com sexo, pai fumante e uso de bebidas alcoólicas e de ansiolíticos, o que também é relatado para a população geral e que mostra uma possível influência dos pais na decisão de fumar, além de uma maior propensão ao tabagismo e outras drogas entre aqueles que fazem uso de bebidas alcoólicas. **Conclusão:** Ainda que diante de uma prevalência menor do que na população geral, não se deve esquecer da influência que o futuro médico terá na comunidade. Mesmo um pequeno número de tabagistas, dentro de uma população que serve como modelo de conduta, pode

servir como influência negativa para os programas de controle do tabagismo, particularmente nas estratégias de cessação e prevenção. A alta frequência encontrada de fumantes ocasionais nos alerta para que se aja na prevenção do tabagismo desses estudantes enquanto sua dependência à nicotina ainda é baixa. Evitar que essa população aumente a carga tabágica, elevando o risco de tornar-se mais dependente e de arriscar-se a doenças que poderão surgir, deve ser o alvo prioritário dessas ações.

PO.113 O TABACO E SEUS PREJUÍZOS AO PERÍODO EMBRIONÁRIO E FETAL

JÉSSYCA PORTO SANTANA¹; ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS²; EDUARDO AUGUSTO GUEDES SOUSA³; EZEMIR DANTAS FERNANDES JÚNIOR⁴; GABRIELA LEMOS DE ALMEIDA MELO⁵; EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR⁶; ARTHUR BRENNO VICTOR DOS SANTOS⁷

1,2,3,4.UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 5,6,7.UFCG, CAJAZEIRAS, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; EMBRIO; FETO

Introdução: Agentes teratogênicos causam dano ao embrião/feto, pois atuam por mecanismos patogênicos, afetando seu desenvolvimento, o que pode se refletir em finalização da gestação, anomalias congênitas com malformações, alterações funcionais ou transtornos neuropsicomotores. Teratógenos são divididos em fatores genéticos e ambientais, neste está incluído medicamentos, metais pesados, álcool e fumo, tema desta revisão. **Objetivos:** Desenvolver revisão bibliográfica com finalidade de coletar dados de diversos estudos sobre efeitos do tabaco durante a gravidez, para aprofundar e somar conhecimentos existentes sobre o assunto. **Métodos:** Realizou-se uma revisão bibliográfica concentrada em artigos indexados nas bases de dados online Scielo e Bireme. Foram selecionados trabalhos publicados entre os anos de 1984 a 2009. **Resultados:** Muitas complicações durante gravidez e parto estão associadas a fatores de risco, tendo enfoque o fumo na gestação. Estudos sugerem que componentes do tabaco interferem em eventos iniciais da gestação, incluindo concepção. Diversos autores referem-se ao fumo como fator diretamente prejudicial para o crescimento do feto, sendo contribuinte do baixo peso ao nascer. Os derivados do cigarro, como o monóxido de carbono e a nicotina, têm facilidade pra atravessar a placenta. A combinação monóxido de carbono e hemoglobina materna e fetal, pode ser responsável pelo sofrimento fetal, provocando hipóxia crônica. Já nicotina diminui fluxo sanguíneo no espaço intervuloso, aumentando produção de catecolaminas no sangue materno, causando má oxigenação e nutrição fetal. Viljoen (2005) considera o tabaco como etiologia de defeitos congênitos, como lábio leporino, extrabismo, defeitos no tubo neural, defeitos no palato, defeitos cardíacos, redução de membros e anencefalia. Estudos mostram que o tabagismo aumenta consideravelmente o risco de gastrosquise (Goldbaum et al. '90; Haddow et al. '93), raro defeito de fechamento da parede abdominal anterior fetal, com evisceração. O tabaco durante a gestação pode ainda contribuir para um aumento da chance de desenvolver má-formação facial, como as

fissuras lábio-palatinas. **Discussão:** Mesmo havendo necessidade de mais estudos para avaliar a associação do fumo com o aparecimento de defeitos no embrião/feto, malefícios já conhecidos do hábito de fumar, associados ao aumento do risco do desenvolvimento de má-formações, são suficientes para justificar a necessidade de campanhas contra o fumo no período gestacional. **Conclusão:** Com esta revisão foi possível concluir que é preciso mais estudos para avaliar a associação do fumo com o desenvolvimento saudável da gravidez. Medidas anti-tabagistas devem ser realizadas, por equipes multidisciplinares de saúde, buscando atentar às fumantes em período fértil e fumantes passivas. Uma ação conjunta de vários profissionais, pode trazer resultados mais efetivos a essa campanha.

PO.114 INFLUÊNCIA DO TABAGISMO PASSIVO NA MORBIDADE RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS

ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS¹; JÉSSYCA PORTO SANTANA²; EDUARDO AUGUSTO GUEDES SOUSA³; EZEMIR DANTAS FERNANDES JÚNIOR⁴; GABRIELA LEMOS DE ALMEIDA MELO⁵; EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR⁶; ARTHUR BRENNON VICTOR DOS SANTOS⁷

1,2,3,4.UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 5,6,7.UFCG, CAJAZEIRAS, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PASSIVO; CRIANÇAS

Introdução: As crianças, por viver a maior parte do tempo em ambientes restritos, principalmente com a mãe, e pela maior vulnerabilidade de suas vias aéreas, sofrem acentuadamente os efeitos do tabagismo passivo. Assim, apresentam mais tosse e infecções virais e estão mais propensas a sofrer infecções do trato respiratório superior e inferior. **Objetivo:** Desenvolver revisão bibliográfica com finalidade de coletar dados de diversos estudos sobre efeitos do tabagismo passivo em crianças, a fim de observar sua relevância no desenvolvimento de doenças respiratórias. **Metodologia:** Trata-se uma revisão de conceitos fundamentais do tema tratado, que foi realizada através de uma busca no banco de dados online Scielo e LILACS. Os artigos escolhidos são de estudos recentes, dos anos de 2000 a 2008. **Resultados:** Estudos revelam que as crianças que moram em casas com adultos que fumavam apresentavam maior prevalência em desenvolver sintomas respiratórios, tais como chiado no peito, dispnéia, tosse e/ou expectoração, do que crianças não submetidas a este fator de risco, estando a presença de asma, bronquite ou pneumonia também mais freqüente. Dessa forma, a análise de regressão logística mostrou que dentre os fatores de risco estudados, aqueles com maior chance de predizer morbidade do trato respiratório inferior em crianças de 0 a 5 anos de idade foram: mãe fumante, pai fumante, presença de mofo em casa, história familiar de asma ou rinite. **Discussão:** Estudos mostram que o tabagismo entre os habitantes dos domicílios é a variável de maior relação com doenças respiratórias em crianças. Porém, observa-se que ao associar o tabagismo dos pais aos dos demais moradores, os resultados produzidos são mais graves. Lactentes e pré-escolares, por permanecerem maior parte do

tempo em casa ao lado de suas mães, estão mais susceptíveis aos efeitos do tabagismo. O aleitamento natural é destacado como um fator de proteção para as infecções respiratórias, por combinar mecanismos comportamentais, que podem reduzir a exposição da criança ao tabagismo domiciliar, com biológicos. Crianças menores de um ano, mostram-se mais protegidas para morbidades respiratórias. Condições favoráveis de nascimento influenciam no sentido de atenuar suas afecções respiratórias. Moradias com mofo e a história familiar de morbidade respiratória pelos pais, são fatores de risco importantes para problemas no trato respiratório inferior das crianças. Mas, estudos afirmam que o fator com maior chance de predizer morbidade respiratória em crianças com menos de 5 anos de idade é o tabagismo materno. **Conclusão:** Sabendo-se da nocividade do tabagismo às vias aéreas das crianças, esforços devem ser realizados para que os pais e os demais moradores dos domicílios se preocupem em não fumar, pelo menos próximo das crianças, amenizando os efeitos deletérios à saúde infantil. Programas de educação em saúde devem ser desenvolvidos para atingir esse objetivo.

PO.115 TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: FATORES PSICOSSOCIAIS

RAFAELLA DABOIT CASTAGNA; MANUELA ALEXANDRE; EDUARDO DE NOVAES COSTA BERGAMASCHI; NICOLE COELHO DELLA BRUNA; PEDRO MENDONÇA DE OLIVEIRA; RAI JEAN NORBERTO DA COSTA SILVA; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: Os profissionais da saúde possuem importante papel na educação e promoção da saúde. Poucos estudos exploram a associação entre aspectos psicossociais e o tabagismo, nesta população. **Objetivos:** Avaliar fatores psicossociais, qualidade de vida e outros possíveis determinantes do tabagismo em funcionários do HU – UFSC. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo transversal realizado através de coleta de dados em duas etapas. Envolveu 44 funcionários tabagistas e 30 controles nunca tabagistas. A abordagem foi realizada através de questionários estruturados e incluiu dados demográficos, socioeconômicos, de hábitos de vida, características relacionadas ao trabalho e ao hábito tabágico, além da prevalência de transtornos psiquiátricos. A dependência nicotínica foi aferida pelo Teste de Fagerström. Ansiedade/depressão foram investigadas através da Hospital anxiety and depression scale (HADS). Avaliou-se a qualidade de vida através do WHOQoL-BREF. **Resultados:** Entre os tabagistas, foi verificado menor nível de instrução, de renda mensal e maior jornada diária de trabalho, quando comparados aos nunca tabagistas. A maioria dos tabagistas tinha moderada carga tabágica (mediana de 12,7 anos/maço - IQR 5,0-22,8), já havia tentado parar de fumar (79%) e encontrava-se

em contemplação (68%). Apresentavam dependência nicotínica baixa ou muito baixa 66% dos tabagistas. Os dois grupos pesquisados possuíam elevada qualidade de vida, semelhante entre eles. Não se encontrou diferença quanto à prevalência de transtornos psiquiátricos referidos pelos participantes, que foi de aproximadamente 20%, em ambos os grupos. Porém, quando avaliados através da HADS houve maior prevalência de ansiedade (29,5%) entre os tabagistas (e 10% entre não tabagistas). **Discussão e Conclusão:** Menor renda e escolaridade, maior número de horas de trabalho e ansiedade estão relacionados ao tabagismo, nessa população de boa qualidade de vida. Estudos mais amplos são necessários para a compreensão das peculiaridades desta população, envolvida com a promoção e a recuperação da saúde.

PO.116 CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

ALISSON MONTEIRO SALVADOR; ARTHUR DE SOUSA PEREIRA SOUZA; GILSON MAURO C. FERNANDES FILHO; GIÁCOMO DE FREITAS SOUZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESTUDANTE; MEDICINA

Introdução: O abuso do álcool, tabaco e outras drogas tem sido alvo de preocupação na sociedade, em virtude do aumento do seu consumo nas últimas décadas. O tabaco está relacionado diretamente a aproximadamente 4,9 milhões de mortes por ano no mundo. O tabagismo se mostra como o fator de risco modificável com maior número de mortes atribuídas. Apesar dos conhecidos malefícios à saúde, esse vício persiste entre estudantes universitários de medicina, apesar de seu conhecimento ainda maior sobre o tema. Os dados apontam que estes consomem tais drogas em proporções semelhantes às dos jovens de mesma idade na população geral. **Objetivos:** Conhecer as características do tabagismo entre os estudantes de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). **Métodos:** Este estudo faz parte de uma pesquisa maior sobre fatores associados ao tabagismo em estudantes de medicina da UFPB. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, em que foram selecionados 41 estudantes que afirmaram fazer uso regular ou ocasional de cigarro durante os 30 dias antecedentes à entrevista, que consistiu na aplicação de questionário sobre hábitos de tabagismo. Os dados foram descritos em distribuições de frequências de cada variável estudada. O software estatístico SPSS 17.0 foi utilizado para análise descritiva. **Resultados:** Dos 41 estudantes selecionados, a grande maioria fuma menos que 10 cigarros por dia (92,7%). A idade de início mais freqüente foi entre 15 e 19 anos (61%), e 12,2% começou a fumar entre 10 e 14 anos. Quanto ao motivo de início do tabagismo, a maioria refere que foi por influência dos pais (46,3%), seguido por propaganda (41,5%), modismo (29,3%), amigos (26,8%) e por conta própria (19,5%). Mesmo assim, 95,2% afirma ter iniciado a prática entre amigos. A maioria dos estudantes (58,5%) refere que a família não sabe sobre seus hábitos tabágicos. Apenas 26,8%

dos estudantes afirma que o cigarro lhe faz mal, 92,7% diz ser capaz de parar, 51,2% já tentou parar e 73,2% pretende parar. **Discussão:** Nota-se que a maioria dos estudantes fumantes são fumantes ocasionais. A idade de início do tabagismo da amostra é condizente com achados da literatura, sendo semelhante aos resultados de Stramari (2009) e de Menezes (2001). Também houve concordância com os estudos citados nos seguintes achados: fazer mal à saúde e ser capaz de parar de fumar. No estudo de Stramari, houve maior percentagem de estudantes que afirma já ter tentado parar (67,3%) e pretender parar de fumar (87,2%). **Conclusão:** Chama atenção a alta influência dos pais sobre a iniciação dos jovens ao tabagismo. Isso reitera a importância das campanhas públicas de conscientização da população, e abre margem a esse novo foco de atuação, a conscientização dos filhos a partir dos pais, já que este se mostrou o motivo mais importante de início do tabagismo. Ainda preocupa a baixa porcentagem de estudantes que pretendem parar de fumar, o que traz à tona a necessidade do reforço das orientações direcionadas aos estudantes.

PO.117 TABAGISMO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL NO INTERIOR DO BRASIL.

LEONARDO VIEIRA FERNANDES¹; ANDREA CRISTINA FONSECA FERNANDES²

1.CATALÃO, CATALAO, GO, BRASIL; 2.INSTITUTO DE SAÚDE INTEGRAL, CATALAO, GO, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PREVALENCIA TABAGISMO; ADOLESCÊNCIA; ESCOLARES

Introdução: O tabagismo permanece como problema de saúde pública no Brasil e no mundo, com morbidade e mortalidade alarmantes. A Organização Mundial de Saúde, em seu relatório de 2009 sobre a epidemia global de tabagismo¹, mantém a consideração de o tabaco ser a maior causa de mortes preveníveis no mundo, estimando a morte de 500.000 pessoas por ano no planeta, a maioria em países do terceiro mundo. A diferença de mortes entre países de primeiro mundo e terceiro mundo deve ampliar cada vez mais nas próximas décadas e até 2030, 8 milhões de pessoas morrerão prematuramente em função do tabagismo, 80% dessas no terceiro mundo. A OMS alerta também sobre a migração do foco da indústria tabagista para países do terceiro mundo e para os jovens². No Brasil, 17,2% da população brasileira acima de 15 anos de idade é fumante. No Estado de Goiás 17,0% da população é tabagista, 21,6% homens e 12,6% mulheres⁴. É fundamental a compreensão do envolvimento da criança e do adolescente para determinação de ações preventivas eficazes. **Objetivo:** Estudar a prevalência do tabagismo em escolares que cursam do 6º ao 9º ano do ensino fundamental em escola da periferia de Catalão - Goiás. **Métodos:** Em uma escola da cidade de Catalão, com 90.000 habitantes, foi aplicado um questionário dirigido para obtenção de informações de consumo individual, familiar ou no meio social de crianças e adolescentes com 11 anos ou mais de idade. **Resultados:** Em um total de 101 alunos, 95 responderam ao questionário aplicado em sala de aula, com idade média de 12,7

anos (dp - 1,16), 51,6% do sexo masculino e 48,4% do sexo feminino. 67,5%, tem contato cotidiano com tabagistas; 62,5% sofreram influência da mídia na semana que antecedeu a pesquisa; 14,74% já experimentaram cigarros em pelo menos uma oportunidade e a idade média de experimentação foi de 10,43 anos; 2,1% permanecem consumindo. 48% tem amigos consumidores, 19% tem mães tabagistas, 19% tem pais tabagistas, 4,2% tem irmãos consumidos e 32,4% tem outros membros de convivência doméstica fumantes. **Discussão:** A influência doméstica e peridomicilar é a que prevalece entre as crianças e jovens pesquisados. A maioria dos estudantes, 67,5%, tem algum contato que fuma cigarros, 48,4% possuem algum amigo pessoal fumante e constituem o grupo de maior impacto. A experimentação do tabaco, neste meio de alto consumo, é alta e precoce, ocorreu em 14,7% dos pesquisados e em média aos 12,7 +- 1,2 anos, a maioria no sexo masculino, 51,6%. A prevalência de 2,1% de tabagismo na amostra é menor que a encontrada em inquéritos mais amplos em cidades maiores, como Pelotas - RS, 12,1%⁴, e Salvador - BA, 9,6%⁵. **Conclusão:** A prevalência de tabagismo na infância e adolescência mostrou-se baixa, nesta população selecionada na cidade de Catalão. A grande influência familiar e de amigos justifica as campanhas profiláticas direcionadas à comunidade e à família tendo o adolescente como alvo.

PO.118 INFLUÊNCIA DA MOTIVAÇÃO NO SUCESSO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO

GRACIANE LAENDER MOREIRA; ELZA LIMA VELLOZO; LÍLIAN DÓRIA DE VASCONCELOS; MÁRCIA LELIS E SILVA; MARGARETE SILVA CABRAL; VINICIUS C. IAMONTI; SÉRGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA SANTOS

PREVFUMO-PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Palavras-chave: motivação; cessação; tabagismo

Introdução: fumantes com motivação favorável a deixar de fumar possuem maiores chances de alcançá-la, porém muitos fumantes pouco motivados procuram apoio profissional (indicação médica preventiva, parte do tratamento de diversas doenças, insistência de familiares/amigos etc). Embora exista recomendação para o trabalho motivacional prévio (promovendo alcance de fases motivacionais mais favoráveis à cessação), muitos pacientes insistem em iniciar prontamente o tratamento. **Objetivo:** estimar a razão de chances de deixar de fumar entre fumantes com motivação favorável e desfavorável que procuram apoio em centro especializado. **Método:** avaliados 683 fumantes, Janeiro 2008 a Dezembro 2010, no PrevFumo-Unifesp (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo da Disciplina de Pneumologia da Universidade Federal de São Paulo). Avaliados quanto à motivação para deixar de fumar (Modelo Transteórico Comportamental de Prochaska e DiClemente, categorizada como desfavorável - fases de pré-contemplação e contemplação - ou favorável - fases de preparação e ação) e classificados quanto às variáveis: idade, sexo, escolaridade (categorizada como desfavorável - entre analfabetismo e ginásial

incompleto - ou favorável - entre ginásial completo e superior completo), classificação socioeconômica (Critério Brasil, categorizada como desfavorável - classes C, D e E - ou favorável - classes A e B), dependência nicotínica (Teste de Fagerström, categorizada como baixa - entre 0 e 4 - ou moderada a alta - entre 5 e 10), terapia farmacológica utilizada (monoterapia com Terapia de Reposição Nicotínica - TRN - ou Bupropiona) e taxa de cessação ao término do tratamento (sucesso imediato). **Resultados:** média de idade 51,1+10,9 anos (mínima 15, máxima 81, mediana 52); predomínio do sexo feminino (65,3%), de escolaridade favorável (53,8%), de classificação socioeconômica desfavorável (60,0%), de dependência nicotínica moderada a alta (82,5%) e motivação favorável (60,2%). TRN foi farmacoterapia predominante (87,0%) e a taxa de cessação foi 41,1%. Comparando fumantes com motivação favorável (60,2%) versus demais, não houve diferença para distribuição etária ($p=0,495$), sexo ($p=0,295$), escolarização ($p=0,091$), nível socioeconômico ($p=0,216$), dependência nicotínica ($p=0,082$) e farmacoterapia optada ($p=0,095$). Fumantes com motivação favorável apresentaram cessação de 45,0% versus 35,3% entre menos motivados ($p=0,012$); razão de chances calculada (OR) foi 1,50 [1,09-2,06]. **Discussão:** os 2 grupos avaliados (fumantes com motivação favorável e desfavorável) apresentaram características semelhantes nas variáveis comparadas, reforçando achados do estudo. Fumantes pouco motivados são frequentes em centros de tratamento do tabagismo. **Conclusão:** o diagnóstico de motivação favorável à proposta de deixar de fumar representa aumento de 1,5 vezes a probabilidade de sucesso no tratamento do tabagismo, quando comparado à evidência de menor motivação, durante avaliação inicial.

PO.119 O FUMANTE COM DEPRESSÃO: ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO E TRATAMENTO

SÉRGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA SANTOS; ROSÂNGELA VICENTE; BEATRIZ MARTINS MANZANO; JULIANA BENEDITA MOYSÉS; SÍLVIA HELENA ALMEIDA PINTO; LÚCIA TERADA; JOSÉ ROBERTO JARDIM

PREVFUMO - PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DEPRESSÃO; CESSAÇÃO; TABAGISMO

Introdução: o diagnóstico de depressão entre fumantes motivados a parar de fumar pode ser preditor negativo do sucesso do tratamento do tabagismo. **Objetivo:** avaliar características de fumantes com depressão que procuram apoio para deixar de fumar e os resultados do tratamento. **Método:** avaliados 474 fumantes, Janeiro 2006 a Dezembro 2009, no PrevFumo-Unifesp (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo da Disciplina de Pneumologia da Universidade Federal de São Paulo). Avaliados para diagnóstico de depressão (Questionário HADS>7) e classificados quanto às variáveis: idade, sexo, escolaridade (categorizada como desfavorável - entre analfabetismo e ginásial incompleto - ou favorável - entre ginásial completo e superior completo), classificação socioeconômica (Critério Brasil,

categorizada como desfavorável – classes C, D e E – ou favorável – classes A e B), motivação para deixar de fumar (Modelo Transteórico Comportamental de Prochaska e DiClemente, categorizada como desfavorável – fases de pré-contemplação e contemplação – ou favorável – fases de preparação e ação), dependência nicotínica (Teste de Fagerström, categorizada como baixa – 0 a 4 – ou moderada a alta – 5 a 10), diagnóstico de Ansiedade (HADS>7), terapia farmacológica usada (monoterapia com Terapia de Reposição Nicotínica – TRN – ou Bupropiona) e taxa de cessação ao término do tratamento (sucesso imediato). **Resultados:** média de idade 50,2+11,0 anos (mínima 18, máxima 76, mediana 51); predomínio de sexo feminino (62,2%), escolaridade favorável (57,2%), nível socioeconômico desfavorável (59,9%), motivação favorável (60,1%) e dependência nicotínica moderada a alta (82,1%). Ansiedade em 77,6% e depressão em 58,6%. Farmacoterapia predominante foi TRN (86,3%) e a taxa de cessação foi 40,9%. Depressão com prevalência semelhante entre mulheres (58,3%) e homens (59,2%) ($p<0,05$); comparando fumantes com depressão versus demais, não houve diferença para distribuição etária, escolarização e nível socioeconômico ($p>0,05$). Fumantes com depressão eram menos motivados (55,0% motivação favorável versus 67,3% entre demais; $p=0,007$), mais dependentes (87,8% dependência moderada a alta versus 74,0%; $p<0,001$), maior concomitância de ansiedade (92,8% versus 56,1%; $p<0,001$) e menor taxa de cessação (36,7% versus 46,9%; $p=0,025$). Sem diferença na cessação com TRN ou Bupropiona entre deprimidos ($p=0,052$) e na comparação entre homens e mulheres deprimidos tratados com bupropiona ($p=0,356$). **Discussão:** prevalência elevada de ansiedade e depressão, bem como elevada dependência colaboraram cessação observada. O nível socioeconômico desfavorável e a ausência à época de medicação gratuita no referido serviço impediram farmacoterapia combinada em certos casos. **Conclusão:** depressão é muito prevalente entre fumantes que procuram apoio para deixar de fumar, comprometendo motivação e grau de dependência, associando-se fortemente à ansiedade e reduzindo taxa de sucesso no tratamento do tabagismo.

PO.120 FATORES ASSOCIADOS À INICIAÇÃO, ADIÇÃO E CESSAÇÃO DO HÁBITO TABÁGICO EM FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL.

MANUELA ALEXANDRE; NICOLE COELHO DELLA BRUNA; RAFAELLA DABOIT CASTAGNA; PEDRO MENDONÇA DE OLIVEIRA; RAI JEAN NORBERTO DA COSTA SILVA; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PROFISSIONAIS DE SAÚDE; RAZÕES PARA FUMAR

Introdução: Trabalhadores da área da saúde também sofrem pela epidemia de tabaco, e por lidarem com as conseqüências desse vício, merecem uma abordagem apropriada para cessação, além de uma investigação mais profunda, poucas vezes realizada,

a cerca de suas razões de fumar, visto que são pessoas, em sua maioria, esclarecidas dos malefícios do tabagismo. **Objetivos:** Avaliar fatores associados à iniciação, adição e cessação do tabagismo e razões para fumar em trabalhadores do HU-UFSC. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo transversal em que foram entrevistados funcionários do HU-UFSC selecionados de forma aleatória. Dados relacionados ao tabagismo foram avaliados e a Escala de Razões para Fumar Modificada foi aplicada. Foi realizada análise descritiva dos resultados. **Resultados:** Foram entrevistados 292 funcionários: 44 eram tabagistas (15,1%) e 55 ex-tabagistas (18,8%). Os tabagistas tinham em média 43,1 + 9 anos e 65,4% eram do sexo feminino. A mediana da idade de início foi de 18,4±6,9 anos em tabagistas e 17,0±4,0 anos em ex-tabagistas. O principal motivo para iniciação foi a “influência de amigos” (52%), seguido por “influência de familiares” (16%), tanto para o grupo de tabagistas quanto para o de ex-tabagistas. A carga tabágica mediana foi de 12 anos-maço entre os tabagistas. A maioria (63,6%) tinha dependência baixa ou muito baixa. Os principais fatores desencadeantes do ato de fumar foram: “ansiedade” (81,8%) e “após as refeições” (79,5%). Também grande parte dos tabagistas já havia tentado cessar e 79,6% gostariam de cessar atualmente e encontravam-se no estágio motivacional de contemplação (65,9%). A principal razão para cessação nos ex-tabagistas foi a “preocupação com saúde” enquanto que os tabagistas atuais cessariam motivados pela “pressão dos filhos”. A maior razão para fumar foi “fumar dá prazer” e “é relaxante” e “quando fico muito tempo sem fumar”; pertencentes aos domínios “prazer de fumar” e dependência”, respectivamente. Maiores graus de dependência, avaliada pelo teste de Fagerström, estão significativamente associados às razões para fumar dos domínios “Dependência” e “Prazer de fumar”. **Conclusões:** De prevalência semelhante a dos poucos estudos brasileiros já publicados, os resultados encontrados sugerem que se trata de uma população específica e diferenciada, com baixo grau de dependência, e que se encontra motivada à cessação do hábito tabágico. A principal razão para iniciar o tabagismo foi a influência de amigos; enquanto que para fumar foi relacionada ao prazer e ao relaxamento. Em relação à cessação a “preocupação com a saúde” e a “pressão dos filhos” foram os fatores mais importantes.

PO.121 AVALIAÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR DPOC EM SANTA CRUZ DO SUL – RS, CAPITAL NACIONAL DO TABACO

GABRIELA CRESTANI; WILLIAM RUTZEN; BRUNA ELISA KOTH; RAFAEL BOTELHO FOERNES; ANDRÉA GONÇALVES DA SILVA; MARCELO TADDAY RODRIGUES

UNISC, SANTA CRUZ DO SUL, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TABAGISMO; MORTALIDADE

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem relação bem documentada com o hábito do tabagismo. No município de Santa Cruz do Sul, onde o processamento do tabaco é a atividade industrial de maior importância e o cultivo do

fumo a base da agricultura, as taxas de mortalidade por DPOC são maiores que as encontradas na média nacional e estadual. **Objetivo:** Observar o perfil da morbimortalidade por DPOC em Santa Cruz do Sul verificando quais variáveis podem estar correlacionadas à maior mortalidade nesse município. **Método:** Levantamento epidemiológico por análise dos registros do SUS entre os períodos de 01 de Janeiro de 1979 a 31 de Dezembro de 2007. As variáveis foram analisadas de acordo com a disponibilidade de registro de cada uma. A correlação entre as variáveis foi determinada através do escore de Pearson. **Resultados:** A mortalidade por DPOC é maior em homens, embora exista uma tendência de equilíbrio entre os sexos. A maioria dos óbitos ocorre em ambiente hospitalar, mas há crescimento na taxa de óbitos domiciliares. O número de internações, os óbitos e o tempo de internação guardam correlação significativa com variações sazonais, com aumento importante nos meses de frio. **Conclusão:** O perfil da doença pulmonar obstrutiva crônica em Santa Cruz do Sul está de acordo com o perfil dessa doença encontrado na literatura. As variações sazonais de hospitalização, óbito e tempo de internação são semelhantes às encontradas em outras cidades de clima equivalente. As altas taxas de mortalidade aqui provavelmente sejam decorrentes da maior prevalência de tabagismo, dado ainda a ser comprovado por estudo epidemiológico.

PO.122 **TABAGISMO EM ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL: FATORES DE RISCO E PERSPECTIVAS** SEBASTIAO DE OLIVEIRA COSTA¹; CAMILA MELO DE OLIVEIRA COSTA²

1.UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 2.FCM, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CIGARROS; ESTUDANTES; EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Introdução: O consumo do tabaco é a causa de aproximadamente 4,9 milhões de mortes anualmente no mundo e uma das principais causas de mortes evitáveis e de incapacidades, representando um grave problema de saúde pública. A iniciação do tabagismo, na maioria dos casos, ocorre na idade escolar, principalmente na faixa etária dos 14 aos 20 anos. **Objetivo:** identificar os fatores de risco para o tabagismo entre estudantes e as perspectivas dos mesmos em torno desse tema. **Método:** trata-se de um estudo exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no período de Setembro/2009 envolvendo 50 estudantes entre 14 e 60 anos de idade, matriculados em duas escolas municipais da cidade de João Pessoa-PB. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário destinado aos alunos, contemplando perguntas claras e objetivas sobre o tema abordado que subsidiaram a identificação das variáveis do estudo onde os dados ficaram dispostos na planilha Excel (Office do Microsoft, versão 2007), através de tabelas, sendo analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Evidenciou-se que no cenário escolar, apesar de 100% da amostra terem consciência dos malefícios do cigarro, 42% fuma de 1 a 5 cigarros por dia, tendo 52% delas iniciado o

vício na faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade. Observou-se, também, que 65% dos participantes associam o tabagismo ao alcoolismo e que apesar de 46% deles conviverem com pais fumantes, referiram em 50% dos casos se sentirem influenciados pelos amigos. O cansaço e a tosse representaram respectivamente 37% e 29% dos principais sintomas do tabagismo citados e, nesse caso, 60% da amostra pararia de fumar por medo de adoecer. Nesse contexto, 60% dos estudantes não receberam apoio para parar de fumar, embora 58% deles tenham sido informados sobre os perigos do tabagismo em sala de aula e 52% dos estudantes referissem não fumar na escola. **Conclusão:** Os resultados sugerem que é precoce a iniciação desses estudantes ao cigarro. Acredita-se que esse índice decorra de vários fatores associados como o tabagismo dos pais, a influência dos amigos, a falta de informação na escola, a falta de apoio na fase de cessação do tabagismo. Nesse contexto sugere-se que ações de educação em saúde sejam incorporadas às atividades escolares por meio de palestras, oficinas, aulas dialogadas, ou rodas de conversas que exponham a problemática do tabagismo entre os estudantes, visando à conscientização e a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

PO.123 **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE PACIENTES DO GRUPO ANTITABÁGICO – SIPGAT HU-USP**

JOÃO PAULO BECKER LOTUFO; MIRIAM HARUYO FUKUOKA; MARINA HIDEKO ANABUKI; ALTAMIR BENEDITO DE SOUSA; FRANCINALVA DANTAS DE MEDEIROS; MEIRE VITALINA OLIVEIRA PEREIRA; SELMA MARIA MENA ROMEIRO NISHIMURA HU-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE PACIENTES; BANCO DE DADOS

Introdução: O ambulatório antitabágico do HU-USP possuía, nos anos de 2004 a 2010, controles em planilhas individuais por grupo e fichas completas de pacientes em papel, dificultando o levantamento estatístico. Por se tratar de uma equipe multidisciplinar constituída por médico, psicólogo, farmacêutico e enfermeiro houve uma necessidade de centralizar todas as informações para acompanhar o tratamento dos pacientes. **Objetivo:** Apresentação do Sistema de Informação de Paciente do Grupo Antitabágico – SIPGAT. **Métodos:** Desenvolveu-se de um sistema em MS Excel® 2003 centralizando todos os dados dos pacientes e a evolução no tratamento em um único banco de dados. Foram realizadas reuniões com todos os profissionais do grupo que decidiram quais os parâmetros que deveriam ser contemplados neste sistema para o seguimento dos pacientes. **Resultados:** Benefícios para Consulta: • Histórico do paciente em uma única tela. (exemplo: tempo de fumo, grau de dependência, se tem depressão ou IAM recente, que influencia na prescrição, resultado de um questionário de ansiedade e depressão, comorbidades e medicamentos em uso etc), • Evolução do tratamento em número de cigarros e CO e medicamentos utilizados. Relatos de Lapsos e recaídas, relatos de efeitos colaterais ou sucessos. • Emissão de receitas (simples e controladas) preenchidas de forma automática. • Benefícios para

pesquisas e estudos: • Levantamentos e cruzamento de dados realizados de forma automática em formato de relatório dinâmico. Quando a base é alterada, basta dar um comando para atualizar todos os relatórios. Levantamentos realizados e cruzados: • Perfil dos pacientes (demográficos, relação com o cigarro - grau de dependência, comorbidades, outras medicações)- Questionário de Ansiedade e depressão - HADS. • Tempo de permanência e frequência e tipos de contatos. • Medicamentos prescritos e dispensados. • Sucesso no tratamento. **Conclusão:** Houve aumento na eficiência da consulta médica, todo histórico do paciente está em uma única tela. Além disso, as receitas dos medicamentos prescritos se tornaram automáticas. Isto foi um diferencial para atender a crescente demanda de pacientes sem perder a qualidade da consulta. A introdução do sistema em 2010 colaborou no aumento da produção científica do Grupo Antitabágico do HU-USP. Todos os levantamentos quantitativos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Tabagismo foram extraídos deste sistema.

PO.124 FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO ANTITABÁGICA X DESISTÊNCIA E SUCESSO TERAPÊUTICO NO GRUPO ANTITABÁGICO DO HU-USP

JOÃO PAULO BECKER LOTUÊO¹; SHIEH HUEI HSIN²; ALTAMIR BENEDITO DE SOUSA³; FRANCINALVA DANTAS DE MEDEIROS⁴; MARINA HIDEKO ANABUKI⁵; EDINALVA T. CRUZ SOUZA⁶; TERESA CRISTINA MANRIQUE COAN⁷; MIRIAM HARUYO FUKUOKA⁸

1,2,3,5,6,7,8.HU-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ADESÃO; FARMACOTERAPIA

Introdução: diversos estudos na literatura científica mostram divergências em relação ao uso da farmacoterapia antitabágica: alguns apontam que ela não traz benefícios ao paciente, enquanto outros inferem que é de grande valia o tratamento farmacológico aliado a outros tratamentos. **Objetivo:** avaliar se há maior adesão ao tratamento no grupo que recebeu tratamento farmacológico, comparando com o grupo que não recebeu e medir o sucesso na cessação do fumo nestes dois grupos. **Métodos:** O grupo antitabágico do (GAT) HU-USP fornece gratuitamente, de acordo com a prescrição médica, medicamentos a todos os funcionários USP. Para a comunidade este benefício só foi introduzido a partir de setembro de 2010. Desta forma, houve a possibilidade de realizar um levantamento retrospectivo de 2009 e 2010, dividindo a população em 2 grupos de pacientes: G1 "Medicado" (n=157): pacientes que receberam gratuitamente a medicação fornecida pelo Programa, inclui todos os funcionários USP e os demais pacientes que ingressaram no programa após setembro de 2010. G2 "Não medicado" (n=146): pacientes não funcionário USP que ingressaram no programa antes de setembro de 2010. **Resultados:** Foram estudados 303 pacientes que compareceram pelo menos a uma palestra do grupo. Os dados de adesão ao grupo antitabágico, onde "Não desistiu" significa permaneceu no grupo durante as 4 palestras e "Desistiu" significa não concluiu as 4 palestras

oferecidas aos pacientes deste grupo. Dos pacientes medicados (n=157), 108 (68,8%) permaneceram tratando e 49 (31,2%) desistiram. Dos pacientes não medicados (n=146), 78 (53,4%) permaneceram em tratamento e 68 (46,6%) desistiram. Nesta série de 303 pacientes, existe diferença estatisticamente significativa entre o grupo medicado e o grupo não medicado para o desfecho não desistiu/desistiu (68,8% x 53,4, respectivamente, p = 0,006). O Risco Relativo (RR) entre o grupo medicado e não medicado para "não desistiu/desistiu é 1,288. O Odds Ratio OR = 1,92 com IC de 95% de 1,202-3,07. Em relação aos resultados de cessação do uso do tabaco nos dois grupos: Dos pacientes medicados (n=157) , 70 (44,6%) pararam de fumar e 87 (55,4%) continuaram fumando. Dos pacientes não medicados (n=146), 32 (22,6%) pararam de fumar e 113 (77,4%) continuaram fumando. Nesta série de 303 pacientes, existe diferença estatisticamente significativa entre o grupo medicado e o grupo não medicado para o desfecho parar de fumar (44,6% x 22,6%, respectivamente, p = 0,001). RR = 1,97, OR = 2,75 com IC de 95% de 1,672-4,54. **Conclusão:** É de grande relevância a manutenção do fornecimento de medicação nos programas para tratamento antitabágico para garantir o sucesso no tratamento para o maior número de pacientes, pois verificou-se que pacientes que recebem medicamentos antitabagismo desistem menos e cessam mais o hábito de fumar.

PO.125 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE O TRATAMENTO DO TABAGISMO

ANA THEREZA CAVALCANTI ROCHA¹; ENOCK FERREIRA DOS SANTOS NETO²

1.NATTAB - COMPLEXO HUPES, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; EDUCAÇÃO MÉDICA; TRATAMENTO **Introdução:** Segundo a Organização Mundial de Saúde uma das seis medidas mais eficazes para combate ao tabagismo no mundo é a orientação para a cessação por profissionais da saúde. Apesar de dois terços dos fumantes admitirem que gostariam de parar de fumar, sem auxílio, ao final de um ano, apenas 5% atingem abstinência. Entretanto, pesquisas multinacionais mostram que 71% dos médicos acham que o tabagismo deveria ser classificado como uma doença, mas 38% acham que não são devidamente treinados para tratar os tabagistas. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de tabagismo e o conhecimento de discentes da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no penúltimo ano de graduação em 2010, em relação ao tratamento do tabagismo. **Métodos:** Estudo observacional, de corte-transversal por questionários entre discentes de medicina. Os resultados são apresentados como proporções das respostas às questões sobre a história tabágica, a abordagem e o tratamento do tabagismo. **Resultados:** Foram avaliados 43 dos 73 discentes concluindo o rodízio de clínica médica em 2010. Não houve recusas à participação e dentre os 45 discentes entrevistados, 60% eram mulheres, com média de 27,8 (± 2) anos. A prevalência de fumantes foi 6,7% e

17,8% de ex-fumantes (>100 cigarros em toda a vida e pararam). Em relação à abordagem de pacientes, 80% não acham que a cessação do tabagismo é o maior passo isolado para melhorar a saúde do país, 86,7% sabem que o tabagismo é uma doença crônica recorrente, mas 53,3% não acreditam que ajudar o paciente a parar de fumar seja uma prioridade na consulta. A maioria dos estudantes (86,6%) afirma que registra o hábito de fumar frequentemente ou sempre no prontuário, 86,7% registram quanto os pacientes fumam, sendo que 55,5% discutem o tabagismo com seus pacientes e 75,5% recomendam que parem de fumar. No entanto, 51,1% dizem que não são capazes de desenvolver um plano para que seus pacientes parem de fumar e 66,7% acham que a cessação do tabagismo depende principalmente da força de vontade do indivíduo. Quanto aos recursos terapêuticos, 60% sabem que a dosagem do comprimido de bupropiona é 150 mg via oral, mas apenas 4,4% sabem que a terapia de reposição nicotínica (TRN) com adesivos não está indicada em pacientes que decidem parar gradualmente. **Discussão:** A prevalência de tabagistas entre os discentes de medicina entrevistados é baixa. Embora a maioria dos discentes refira inquirir sobre hábito de fumar e registrar em prontuário, mais da metade não se sente confiante em desenvolver um plano de tratamento e a vasta maioria desconhece que o paciente precisa ser orientado para marcar uma data e parar abruptamente quando inicia TRN com adesivos. **Conclusões:** Intervenções educativas sobre o tratamento do tabagismo devem ser intensificadas durante a graduação em medicina para aumentar a capacidade dos médicos em tratar o tabagismo, principal causa evitável de adoecimento, invalidez e morte prematura.

PO.126 CESSAÇÃO DO TABAGISMO: CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO DE PACIENTES DO PROGRAMA NA CIDADE DE CATANDUVA, SP

RENATO EUGENIO MACCHIONE¹; FERNANDA LINS FREITAS²

1.FACULDADE MEDICINA CATANDUVA, CATANDUVA, SP, BRASIL; 2.SECRETARIA DE SAÚDE, CATANDUVA, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ABANDONO; TRATAMENTO; TABACO

Introdução: O tabagismo é a principal causa de doenças graves e mortes passíveis de prevenção. A implantação dos programas de cessação em tabagismo foi estruturada sob orientação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), na grande maioria das cidades brasileiras. A adesão pelo paciente ao tratamento proposto é de fundamental importância na implantação e sucesso de políticas públicas em saúde. **Objetivos:** Apresentar os dados obtidos dos pacientes encaminhados ao programa municipal, a fim de ser submetido ao tratamento da dependência à nicotina, cuja intervenção está centrada no acompanhamento clínico durante um ano, além da terapia cognitiva comportamental de grupo e/ou uso adicional de medicamentos. Avaliar o abandono do tratamento pelos dependentes químicos à nicotina motivou a realização deste trabalho. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos dados coletados durante avaliação para a admissão no programa de cessação

do tabagismo do ambulatório do Centro de Referência Integrado (CRI), unidade livre do tabaco, na cidade de Catanduva (SP), entre Janeiro de 2006 a Dezembro de 2010. Foram selecionadas as variáveis demográficas, grau de dependência química, desfechos clínicos como o abandono do programa, sucesso ao tratamento (ex- fumante) e recaídas. A definição de sucesso foi considerada após período de um ano de abstinência do cigarro e todos os pacientes deveriam participar prioritariamente das sessões de terapia cognitiva comportamental em grupo. O abandono foi definido como o desligamento espontâneo em qualquer período do programa. **Resultados:** Em nossa casuística foram avaliados, no período de cinco anos, 4105 fumantes, sendo a maioria do sexo feminino 62%. Completaram o ciclo de um ano de tratamento, 1847 pacientes, que representa 45% do total, com idade média de 47 anos +ou - 25. O grau de dependência à nicotina foi elevado/muito elevado em 64%, médio em 25% e baixo/muito baixo em 11%. Na análise dos desfechos clínicos, dividimos os 1847 pacientes em três grupos distintos. Grupo I, sucesso total, são considerados os ex-fumantes, no total de 36%. O grupo II, são os pacientes que não completaram o período de um ano de abstinência de 44%. No grupo III, os pacientes que interromperam temporariamente o tabaco e apresentaram recaída clínica uma ou mais vezes, 20% deles, posteriormente foram reintegrados nos novos grupos, **Conclusão:** Portanto, 55% dos pacientes não completaram o período estipulado pela intervenção preconizada, no controle do tabagismo, devido a interrupção da participação no programa. Desta maneira devemos contemplar as características gerais dos fumantes de maneira semelhante a outras drogas e investigar as causas do abandono, a fim de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento da dependência química.

PO.127 IMPACTO DO TABAGISMO NO CÂNCER DE PRÓSTATA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA ENTRE OS ANOS DE 2004-2010

ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA¹; GIÁCOMO DE FREITAS SOUZA²; ARTHUR DE SOUSA PEREIRA SOUZA³; CARLOS ÁTILA DA SILVA⁴; YORDAN BEZERRA GOUVEIA⁵

1,2,3,5.UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; 4.UFC, BARBALHA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CÂNCER ; PRÓSTATA

Introdução: O fumo causa milhões de mortes anuais no mundo, constituindo fator de risco para dezenas de doenças, entre elas as doenças cardiovasculares e diversos cânceres. No Brasil, entre os tipos de câncer com maior incidência no sexo masculino temos o câncer de próstata, que se sobressai como um importante problema de saúde pública mundial. Este faz parte das principais causas de morte do homem brasileiro, apresentando como fator de risco o tabagismo entre outros que precisam ser melhor estudados, cabendo uma avaliação a respeito destes. **Objetivos:** Avaliar a participação do cigarro como fator de risco do câncer de próstata no município de João Pessoa. **Material e Métodos:** Foram analisados os dados Indicadores Básicos de Saúde do Município – DataSUS – para avaliar o impacto do tabagismo na

incidência do câncer de próstata e na mortalidade por esse tipo de câncer nos anos de 2004 a 2010. **Resultados:** Conforme apresentado no gráfico, a taxa de tabagismo diminuiu 33,3% entre os anos de 2004 e 2010, enquanto que a incidência e a mortalidade pelo câncer de próstata aumentou na cidade de João Pessoa no mesmo período, com uma taxa de 58% e 49,5% respectivamente. **Discussão e Conclusão:** O resultado pode indicar um incremento na participação dos outros fatores na gênese do câncer de próstata. Contudo, não se deve subvalorizar o efeito cumulativo do tabagismo, que pode ser o responsável por esse incremento na incidência desse câncer, mesmo com a diminuição do tabagismo. Esse efeito depende do tempo de consumo, da idade de início e da intensidade do tabagismo. Dessa forma, será preciso uma análise futura, quando a taxa de tabagismo diminuir ainda mais, para se mensurar a participação dos outros fatores na origem do câncer de próstata. **Referências:** CORRÊA, Paulo César Rodrigues Pinto et al. Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. *Epidemiol. Serv.Saúde*, vol.17 no.1 Brasília Mar. 2008. GOMES, Romeu et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.13, n.1, 2008. Instituto Nacional de Câncer. Câncer da próstata: consenso. Rio de Janeiro; INCA; 2002. World Health Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 Nov;12(5):366-70.

no mesmo período. Como mostrado no gráfico 2, em relação ao câncer de colo de útero, este apresentou um aumento na sua mortalidade, porém houve queda da sua incidência no período em questão. **Discussão e Conclusão:** Os resultados podem indicar uma participação multifatorial na gênese do câncer de mama e de colo de útero. Mesmo com a diminuição do tabagismo, não se deve subvalorizar o efeito cumulativo do fumo, que pode ser o responsável pelo incremento na incidência destes cânceres. Esse efeito depende do tempo de consumo, da idade de início e da intensidade do tabagismo. Assim, é necessário uma avaliação futura, enquanto é esperada a diminuição da taxa de tabagismo, para se mensurar a participação dos outros fatores na origem dos dois cânceres. **Referências:** CORRÊA, Paulo César Rodrigues Pinto et al. Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol.17 no.1 Brasília Mar. 2008. *Int J Cancer*. 2006 Mar 15;118(6):1481-95; Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *J Natl Cancer Inst*. 2004 Jan 7;96(1):29-37; Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study. World Health Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 Nov;12(5):366-70

PO.128 EFEITO DO TABAGISMO NOS CÂNCERES DE MAMA E DE COLO UTERINO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA ENTRE OS ANOS DE 2004-2010

GIÁCOMO DE FREITAS SOUZA¹; ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA²; GIÁCOMO DE FREITAS SOUZA³; CARLOS ÁTILA DA SILVA⁴; YORDAN BEZERRA GOUVEIA⁵; ARTHUR DE SOUSA PEREIRA SOUZA⁶; GILSON MAURO C. FERNANDES FILHO⁷; ALISSON MONTEIRO SALVADOR⁸

1,2,5.UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 4.UFC, BARBALHA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CÂNCER ; MAMA E COLO UTERINO

Introdução: O tabagismo causa milhões de mortes anuais no mundo e constitui fator de risco para diversos tipos de cânceres. No Brasil, o câncer de mama e de colo de útero estão entre os tipos de câncer com maior incidência no sexo feminino. Estes fazem parte das principais causas de morte da mulher brasileira, apresentando como fator de risco o tabagismo entre outros que precisam ser melhor estudados, cabendo uma mensuração a respeito destes. **Objetivos:** Avaliar o uso do cigarro como fator de risco do câncer de mama e de colo uterino no município de João Pessoa. **Material e Métodos:** Foram analisados os dados Indicadores Básicos de Saúde do Município – DataSUS – para avaliar o impacto do tabagismo na incidência e na mortalidade por câncer de mama e de colo uterino entre os anos de 2004 a 2010. **Resultados:** Conforme apresentado no gráfico 1, a taxa de tabagismo diminuiu consideravelmente entre os anos de 2004 e 2010, enquanto que a incidência e a mortalidade pelo câncer de mama aumentou na cidade de João Pessoa

PO.129 NÍVEL SOCIO-ECONÔMICO COMO FATOR PREDITIVO DE INSUCESSO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

RAFAELLA FAGUNDES XAVIER; DIONEI RAMOS; FERNANDA MARIA MACHADO RODRIGUES; CAMILA LIYOKO SUEHIRO; TATIANE SOARES SILVA; JULIANA TIYAKI ITO; ALESSANDRA CHOQUETA TOLEDO; ERCY MARA CIPULO RAMOS

FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NÍVEL SOCIOECONÔMICO; CESSAÇÃO; TABAGISMO

Introdução: Programas de cessação ao tabagismo são a principal forma de reduzir a mortalidade e morbidade relacionadas ao tabaco. A busca por preditores de fracasso ou sucesso deveria ser o primeiro passo no desenvolvimento de programas para cessação do tabagismo. **Objetivos:** Avaliar a influência do nível socioeconômico como preditor de insucesso na cessação do tabagismo. **Métodos:** Estudo retrospectivo no qual participaram 158 fumantes de um programa de cessação ao tabagismo da FCT/UNESP com duração de um ano e baseado na terapia cognitivo-comportamental, associada ou não à terapia medicamentosa no período de 2005-2009. Após 12 meses de tratamento, 65 indivíduos, concordaram em responder a um questionário socioeconômico por telefone. Para estratificar os níveis socioeconômicos foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil da Sociedade Brasileira de Pesquisa de Mercado, no qual A1 representa as famílias de maior nível socioeconômico e E, as de pior nível. Para a análise estatística dos dados quantitativos foi utilizado teste de Mann-Whitney

e para análises de associação entre e dentro de populações multinomiais, considerando-se as variáveis qualitativas, optou-se por utilizar o teste de Goodman. O nível de significância utilizado foi de 5%. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 65 indivíduos que concordaram em responder a um questionário socioeconômico (24 homens, 49±10 anos, 35±24 anos/maço). Quanto aos níveis socioeconômicos 14% dos indivíduos estavam na classe A2, 21% na classe B2, 54% na classe C e 11% na classe D. Em relação à escolaridade 50% possuem o ensino primário, 29% possuem ensino médio completo e 21% tinham formação universitária. Após a quarta sessão 48% dos indivíduos permaneceram sem fumar, mas apenas 32% deste grupo manteve-se abstinente após o fim do programa. Assim, 15% do total de indivíduos permaneceram sem fumar por um ano. O insucesso na cessação do tabagismo no final de 12 meses foi maior em indivíduos de classe social C ($p<0,05$) e nos indivíduos que apresentaram maior número de tentativas prévias em parar de fumar ($p<0,05$). **Discussão:** Neste estudo a maioria dos fumantes que não obtiveram sucesso na cessação do tabagismo pertenciam a um nível socioeconômico mais baixo, tal fato corrobora com demais achados que mostraram maiores índices de recaídas em pacientes com nível socioeconômico menor. Também foi observado maior índice de insucesso em indivíduos que haviam tentado parar de fumar mais vezes previamente, sugerindo que a frustração prejudicou o desempenho desses indivíduos na cessação do tabagismo. A taxa de abstinência neste estudo foi de 15%, o que também corrobora com demais achados na literatura. **Conclusão:** Fatores sócio-econômicos devem ser considerados no desenvolvimento de programas de intervenção para a cessação do tabagismo.

PO.130 PROGRAMA DE INTERRUÇÃO DO TABAGISMO NA PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS

DIOGO BARBALHO CARDOSO; ANA PAULA COTA PINTO COELHO; MARCELO RODRIGUES; ANDY PETROIANU UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CESSAÇÃO DO TABAGISMO; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo¹. Está associado a doenças pulmonares, eventos isquêmicos, neoplasias em diversos órgãos, distúrbios psiquiátricos, dentre outras enfermidades^{2,3,4,5,6}. **Objetivos:** Estimular a interrupção do tabagismo em uma instituição pública, por meio de um programa de auxílio específico. **Métodos:** O trabalho foi realizado com 24 funcionários fumantes da Procuradoria Geral de Justiça de Minas Gerais. Destes, 66,7% eram homens e 33,3% mulheres. A idade variou entre 20 e 60 anos, com média de 46,3 ± 10,9. Este trabalho foi realizado entre setembro de 2009 e setembro de 2010. Foi proposto que os participantes frequentassem semanalmente sessões em grupo e eventualmente, consultas individuais. As sessões em grupo tinham como objetivos fornecer informações sobre os efeitos

da interrupção do tabagismo e orientações sobre as opções de tratamento. Os participantes foram estimulados a compartilhar experiências, dificuldades e estratégias enfrentadas para interromper o vício. Pacientes selecionados, a critério médico, utilizaram medicamentos para minimizar os efeitos da abstinência. Considerou-se como ex-fumantes aqueles que abstiveram-se de fumar durante um ano. **Resultados:** 24 pessoas participaram do Programa. Dessas, 15 (Grupo 1) frequentaram tanto as consultas individuais quanto as sessões em grupo. O restante (Grupo 2) optou pelo tratamento individualizado. No grupo 1, 14 fumantes (93,3%) interromperam o vício em algum momento do programa, sendo que 7 não tiveram recaídas. Já no Grupo 2, 5 participantes interromperam o vício. Nesta casuística, 25% não fizeram uso de medicamentos. O adesivo transdérmico em monoterapia foi utilizado por 33,3% dos casos. A associação de fármacos adesivo com nortriptilina foi prescrita para 12,5% dos casos, e adesivo junto com bupropiona foi prescrita para 8,3% dos pacientes. A bupropiona ou vareniclina foi utilizada por 16,7% e 4,2% dos participantes, respectivamente. **Discussão:** Ao longo de um ano de acompanhamento, observaram-se resultados satisfatórios de interrupção do tabagismo, superiores, por exemplo, a um programa nacional no Reino Unido, que possui uma taxa de 15% de cessação do tabagismo em seus pacientes^{7,8}. Porém, cabe ressaltar que alguns participantes pararam de frequentar as reuniões após terem interrompido o vício, antes de completar 1 ano. Isso prejudicou a análise completa dos resultados. Ressalta-se também a heterogeneidade do grupo, que foi formado por servidores e terceirizados. Interessante observar que os terceirizados se sentiram tão prestigiados por poderem participar de um grupo dentro de uma instituição hierárquica e poderosa, que o resultado deles foi imediato. **Conclusão:** Programas antitabagismo aumentam a chance de interrupção do vício, devendo ser estimulados.

PO.131 IMPACTO DO TABAGISMO COMO RISCO DE CÂNCER DE PULMÃO NA CAPITAL PARAIBANA-SEGUIMENTO DE 5 ANOS

ARTHUR DE SOUSA PEREIRA SOUZA¹; GIÁCOMO DE FREITAS SOUZA²; ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA³; CARLOS ÁTILA DA SILVA⁴; ISOLINA BRITO DIAS⁵; ALISSON MONTEIRO SALVADOR⁶; GILSON MAURO C. FERNANDES FILHO⁷

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 2,3,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE DO CEARÁ, JOAO PESSOA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CÂNCER DE PULMÃO; JOÃO PESSOA

Introdução: O câncer de Pulmão tem se tornado o principal motivo de mortalidade por causas malignas no Brasil e no mundo. Fleckseder foi o primeiro a demonstrar a maior incidência desse câncer em tabagistas. Essa associação ficou mais evidente ao longo do século passado e resultou em queda significativa no número de fumantes. Alguns outros fatores como poluição ambiental e fatores intrínsecos ao hospedeiro tem sido pesquisados, mas pouco se

tem mensurado a respeito. **Objetivos:** Mensurar a participação do cigarro na etiologia do câncer de pulmão no município de João Pessoa. **Metodologia:** Foram analisados os dados dos Indicadores Básicos de Saúde do Município – DataSUS – para avaliar o impacto do tabagismo na incidência do câncer de Pulmão e na Mortalidade por esse tipo de câncer nos últimos 5 anos. **Resultados:** No período de 2005 a 2010, a taxa de tabagismo, em ambos os sexos, tem diminuído consideravelmente, enquanto que a incidência e a mortalidade pelo câncer de Pulmão tem aumentado na cidade de João Pessoa. A taxa de tabagismo por 100.000 habitantes, caiu de 23,9 para 13,4 no sexo masculino e de 12,9 para 6,8 no sexo feminino, enquanto que a incidência de câncer de pulmão aumentou 11,2 para 14,1 no sexo masculino e de 5,9 para 8,4 no sexo feminino. Já a mortalidade por câncer de pulmão aumentou de 4,1 para 6,9 e de 3,2 para 5,1. **Discussão:** Esse resultado pode indicar um incremento na participação dos outros fatores na gênese do câncer de Pulmão. Contudo, não se deve subvalorizar o efeito cumulativo do tabagismo, que pode ser o responsável por esse incremento na incidência desse câncer, mesmo com a diminuição do tabagismo. Esse efeito depende do tempo de consumo, da idade de início e da intensidade do tabagismo. Dessa forma, será preciso uma análise futura, quando a taxa de tabagismo diminuir ainda mais, para se mensurar a participação dos outros fatores na origem do câncer de Pulmão. **Conclusão:** A participação do tabagismo no câncer de pulmão pode ter tido uma diminuição importante no município de João Pessoa-PB, e hoje o aspecto residual do fumo seja o maior contribuinte para a incidência desse câncer. **Referências:** Fleckseder R. Ueber den Bronchialkrebs und einge seiner Entstehungsbedingungen. Munch Med Wochenschr 1936;36(15):85-93. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. BMJ 1950;2(7):39-58 World Health Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. Rev Panam Salud Publica. 2002 Nov;12(5):366-70.

PO.132 CÂNCER DE PULMÃO EM TABAGISTAS – MUDANÇA DO PERFIL HISTOLÓGICO

VANESSA ALVES LIMA; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; DANIELA TAÍSA FUDO; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; LIVIA CRISTINA FRANÇA GIBERTONI; CARINA QUEIROZ PEREIRA; ROBERTO STIRBULOV SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CANCER; HISTOLOGIA

Introdução: O câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando um aumento anual de 2% na sua incidência global. Para 90% dos casos diagnosticados há associação ao consumo de derivados de tabaco. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2011, serão realizados 27.000 novos diagnósticos de câncer de pulmão, 86% deles em pacientes tabagistas ou ex- tabagistas. O tumor de pulmão de células não-pequenas corresponde a um grupo heterogêneo composto por três tipos histológicos principais e distintos:

carcinoma epidermóide, adenocarcinoma e carcinoma indiferenciado de células grandes, correspondendo a cerca de 80% do total de indivíduos com câncer de pulmão. Dos tipos celulares restantes, destaca-se o carcinoma indiferenciado de células pequenas (CICP). Independentemente do tipo celular, o tabagismo é o principal fator de risco sendo responsável por aproximadamente 90% dos casos. **Objetivos:** Identificar entre indivíduos portadores de câncer de pulmão e admitidos em serviço de referência, em período correspondente a 20 anos, de janeiro/1990 a dezembro/2010, evidências de mudança no perfil histológico conforme descrita pela literatura. **Métodos:** Análise retrospectiva dos dados epidemiológicos voluntariamente colhidos através da aplicação de modelo de coleta de informações, desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Cancerologia Torácica. Os pacientes foram divididos em dois períodos correspondendo à primeira e segunda décadas. Cada grupo foi avaliado quanto aos aspectos epidemiológicos citados como objetivo do estudo e os resultados comparados entre os dois grupos. **Resultados:** Entre janeiro/1990 a dezembro/2010 foram diagnosticados 7013 novos casos de câncer, sendo que a tabulação dos tipos histológicos, na primeira década, apresentava o carcinoma epidermóide com 1355 casos (40,48%), o adenocarcinoma com 923 casos (27,47%) e o CICP com 376 (11,23%). Na segunda década observou-se acentuada queda na frequência de carcinoma epidermóide 1173 (31,99%) e aumento na incidência de adenocarcinoma 1118 (30,49%), mantendo-se estável a relação de CICP. **Conclusão:** Nossos dados são condizentes com os da literatura, mostrando um aumento substancial dos portadores de adenocarcinoma, praticamente se igualando aos valores do carcinoma escamoso. Embora a frequência destes dois tipos histológicos tenha praticamente se igualado, o número de casos de adenocarcinoma não ultrapassa os de carcinoma escamoso, como é descrito pela literatura pertinente. Acredita-se que o processo de industrialização, variação nas concentrações dos elementos componentes do cigarro e o modo de fumar implicam significativamente na mudança do padrão histológico observada no câncer de pulmão. Entretanto, a história natural da neoplasia pulmonar em tabagistas é extremamente complexa e ainda não completamente entendida.

PO.133 PERFIL DOS PACIENTES DO GRUPO DE TRATAMENTO ANTITABÁGICO HU USP

JOÃO PAULO BECKER LOTUFO; EDINALVA T. CRUZ SOUZA; SELMA MARIA MENA ROMEIRO NISHIMURA; ANA LUCIA MENDES LOPES; ZILAH BERGAMO NAVARRO; MARCIA SOUZA CAMPOS; MARILZA KEIKO HIGASHI; MIRIAM HARUYO FUKUOKA

HU-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; AMBULATÓRIO; PERFIL DOS PACIENTES

Introdução: O grupo antitabágico (GAT) do HU-USP teve origem em 2004. Desde então vem se aperfeiçoando no tratamento antitabágico. **Objetivo:** Apresentação do perfil dos pacientes do grupo antitabágico do HU-USP. **Metodologia:**

levantamento retrospectivo de fichas de controle dos Grupo Antitabágico do HU USP de 2004 a 2010. Nos pacientes de 2010 foi realizada a tabulação de fichas de matrícula com dados detalhados de perfil do pacientes e registro de todos os contatos realizados com os mesmos. **Resultados:** De 2004 a 2010, foram atendidos neste período 1595 pacientes. Destes: • 49% são funcionários da USP, 24% da comunidade Butantã, 10% comunidade não Butantã, 9% dependente de funcionários USP, 3% alunos da USP e 5% outros. • Idade de início do tabagismo foi de 6% com menos de 10 anos, 41% de 11 a 15, 34% de 16 a 20, 11% de 21 a 25, 4% de 26 a 30 e 4% acima de 31 anos. • Idade de procura de tratamento foi de 7% dos 21 aos 30 anos, 19% de 31 a 40, 38% de 41 a 50, 26% de 51 a 60 e 10% acima de 61 anos. • O tempo de uso do tabaco foi de 5% até 10 anos, 16% de 11 a 20, 30% de 21 a 30, 35% de 31 a 40, 11% de 41 a 50 e 3% mais de 51 anos. • A quantidade de cigarros utilizados foi de 19% até 10 cigarros 50% de 11 a 20, 19% de 21 a 30, 9% de 31 a 40 3% acima de 41 cigarros. Em 2010, foram atendidos 251 pacientes: 5% eram analfabetos, 28% do ensino fundamental completo, 40% do ensino médio completo, 26% do ensino superior completo e 1% de pós-graduados. • 64% dos pacientes atendidos eram mulheres e 35% homens. • 35% dos pacientes declararam morar com outros fumantes. Os outros fumantes dentro da mesma casa eram: o cônjuge 32%, a mãe 25%, o pai 15%, o filho 11%, o irmão 7% e outros 10%. • O teste da Fargeströn foi de 11% muito baixo, 17% baixo, 48% médio e 24% elevado. • 80% já tinham tentado parar de fumar: 27% 1 vez, 20% 2 vezes, 11% 3 vezes e 22% mais de 4 vezes. **Conclusão:** O Programa Antitabágico do HU-USP iniciou suas atividades voltadas aos funcionários da instituição, por este motivo o maior grupo de participantes é de funcionários, com 47% de participação. Os tabagistas que querem parar de fumar, principalmente os com grau de dependência média e alta que representam 72% do grupo, têm dificuldades em fazê-lo sozinhos. Eles procuram a ajuda do ambulatório do HU USP após 2,25 tentativas anteriores e idade média de 48 anos, 30 anos após o início do fumo na adolescência com 17 anos. Dentre os que procuram ajuda, 64% são mulheres. O ambulatório antitabágico do HU-USP tem boa capacidade de atendimento dos funcionários USP e da comunidade Butantã, atuando pelo menos 1 dia por semana. Os pacientes são na maioria com médio e alto grau de dependência e que falharam em tentativas anteriores em cessar o vício do tabaco.

PO.134 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO ENTRE GRADUANDOS DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

MAÍRA MEDEIROS HONORATO; DANILO RODRIGUES CAVALCANTE LEITE; EDUARDO WALTER RABELO DIAS DE ARRUDA; TAMATA TARCILA SOARES DE SOUZA; YNNAIANA NAVARRO DE LIMA SANTANA; AMIRA ROSE COSTA MEDEIROS; EDVALDO JOSE TRINDADE MEDEIROS DA SILVA UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESTUDANTES; PREVALÊNCIA

Introdução: O tabagismo é um hábito que se torna cada vez mais precoce e comum entre os universitários. Os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar são amplamente conhecidos, sendo o seu controle considerado pela Organização Mundial da Saúde como um dos maiores desafios da saúde pública no mundo atual. **Objetivos:** Avaliar o hábito de fumar entre os estudantes da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). **Material e Métodos:** Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de trabalho de campo utilizando-se a técnica de entrevista a partir de um questionário constando perguntas que abrangem variáveis sócio-demográficas e sobre o hábito de fumar. Foram entrevistados 220 alunos de 3 cursos de graduação na área de saúde dos cursos de Farmácia, Medicina e Educação Física com a idade entre 16 a 53 anos. Os dados obtidos foram aplicados análise estatística a partir do programa do Programa SPSS 14.0. **Resultados:** Com relação ao sexo, 126 (57,3%) eram do sexo feminino e 94 (42,7%) masculino; 208 (94,5%) eram solteiros, 121 (55%) residiam com os pais e 195 (88,2%) eram dependentes de seus pais. A renda familiar média das famílias foi de 5,8 salários mínimos. Direcionando ao tabagismo, 1 (0,5%) estudante afirmou ser “Fumante Regular”, 6 (2,7%) responderam que “Não fumam atualmente, mas já fumaram regularmente”, 196 (89,1%) afirmaram que “Não eram fumantes ou nunca fumaram”, 16 (7,3%) responderam que eram “Fumantes ocasionais, por influências de algumas situações” e 1 (0,5%) não respondeu à pergunta. Entre os ex-tabagistas, o tempo médio de fumo foi de 13 meses e o tempo de cessação médio foi de 10,4 meses. Com relação aos fumantes passivos, 24 (10,9%) moravam com pessoas que fumam. **Discussão:** A prevalência de tabagismo em estudantes da área de saúde da Universidade Federal Paraíba em 2010 foi consistentemente menor do que na população do município de João Pessoa em geral, onde, segundo dados do INCA (2004), 16,7% dos entrevistados eram fumantes, o que está de acordo com a literatura. A análise de tabagismo entre os estudantes da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba demonstrou baixa prevalência o hábito. A comparação dos dados por sexo demonstrou que o sexo masculino esteve mais associado ao tabagismo, já que o único tabagista era do sexo masculino, entre os 6 ex-tabagistas, 5 eram do sexo masculino e entre os 16 tabagistas ocasionais, 12 eram do sexo masculino. A baixa prevalência de tabagismo na amostra estudada não permitiu a identificação de associação com os fatores sócio-econômicos avaliados. **Conclusão:** Há baixa prevalência de tabagismo entre estudantes de graduação de cursos da área de saúde da UFPB. Houve predomínio de relato de tabagismo no sexo masculino. Os resultados sugerem maior conscientização dos jovens graduandos da área de saúde quanto à importância de evitar o tabagismo.

PO.135 ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA O GRUPO ANTITABÁGICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO

ALTAMIR BENEDITO DE SOUSA¹; FRANCINALVA DANTAS DE MEDEIROS²; MARIA CRISTINA SAKAI³; GUSTAVO GALVÃO DE FRANÇA⁴; ELIANE RIBEIRO⁵; MARCIA HENRIQUE MARTINS⁶; MIRIAM HARUYO FUKUOKA⁷; JOÃO PAULO BECKER LOTUFO⁸ 1,3,4,5,6,7,8.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FARMACOTERAPIA; TABAGISMO; ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Introdução: O grupo de cessação do tabagismo (GAT) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU / USP) iniciou suas atividades em 2004. Inicialmente as atividades eram direcionadas somente a comunidade universitária, com a distribuição dos seguintes medicamentos aos pacientes de acordo com as prescrições médicas: a nicotina formulada em adesivos e chicletes, bupropiona e mais recentemente vareniclina. De setembro de 2010, a prefeitura da cidade de São Paulo começou a fornecer nicotina e bupropiona, que nos permitiu estender este serviço para toda a comunidade. O Serviço de Farmácia do HU / USP desde o início das atividades do GAT foi encarregado da logística destes medicamentos. No entanto, a entrega dos medicamentos era realizada pela equipe de enfermagem. Em setembro de 2010, foram introduzidos farmacêuticos no GAT para executar a assistência farmacêutica aos pacientes neste grupo. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi de verificar o impacto do farmacêutico no GAT e verificar eventos adversos relacionados com a farmacoterapia antitabágica. **Métodos:** De acordo com a metodologia utilizada, o processo de aquisição, controle de estoque e distribuição desses medicamentos é realizado por meio de uma ferramenta de intranet, a fim de obter dados relevantes não só de medicamentos, mas também dos pacientes. Em relação à equipe multidisciplinar, o farmacêutico provê uma palestra sobre a farmacoterapia na cessação do tabagismo. Em seguida a orientação é individualizada, a qual é composta de entrega de medicamentos, com material informativo, produzido por este serviço, para cada medicamento, tanto para as pessoas alfabetizadas e como não alfabetizadas. **Resultados:** Em conformidade com os resultados, desde 2007 até 2010 foram atendidos 919 pacientes, os quais receberam no total de número de caixas: 698 de bupropiona, 1685 de chiclete de nicotina, 2938 adesivo de nicotina, e 69 vareniclina. Verificou-se a ocorrência de reações adversas, a maioria deles com adesivo e/ou goma contendo nicotina, tais como insônia, prurido, rash cutâneo, taquicardia. Os outros medicamentos não foram relatados como causadores de eventos adversos. Outro dado relevante foi a redução das consultas médicas, a qual diminuiu de quinze minutos para dez minutos, em média. Isso pode ser explicado pelo fato de que a orientação da farmacoterapia é agora da responsabilidade dos farmacêuticos. **Conclusão:** A inclusão do farmacêutico no GAT melhorou significativamente as atividades

dos outros profissionais, pois este orienta os pacientes no uso da medicação antitabagismo. Assim, possibilitou-se que cada profissional atue de forma adequada com cada paciente devido a otimização do fluxo de atendimento destes pacientes. **Referências:** 1. World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization, Geneva 2008. 2. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291:1238. 3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008; 57:1226. 4. Ranney L, Melvin C, Lux L, et al. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. Ann Intern Med 2006; 145:845. 5. Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. BMJ 2004; 328:397.

PO.136 CUSTO DO TABACO GASTO PELOS PARTICIPANTES DO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO HU USP

EDINALVA T. CRUZ SOUZA; SELMA MARIA MENA ROMEIRO NISHIMURA; LAZARA MARIA MARQUES RAVAGLIO; MARCIA SOUZA CAMPOS; ZILAH BERGAMO NAVARRO; MIRIAM HARUYO FUKUOKA

HU-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CUSTO DO CIGARRO; GRAU DE DEPENDÊNCIA

Introdução: O fornecimento dos medicamentos para auxílio do tratamento da cessação do uso do tabaco pelo Ministério da Saúde não é constante. Quando há necessidade de compra da medicação pelo paciente, ele relata a dificuldade financeira em adquiri-lo. **Objetivo:** Avaliar o custo do cigarro em grupo de tratamento antitabágico no ano de 2010. **Métodos:** Avaliou-se o desembolso com cigarro por meio da multiplicação do número de cigarros fumados pelo valor pago por maço e tempo uso de cada paciente. Para avaliação deste custo, foi considerado o número de cigarros constante durante o tempo de fumo. **Resultados:** Os 207 pacientes gastaram em 31 anos (média) de consumo de cigarro um total de 8 milhões de Reais (207 pacientes x R\$ 38.392,00). Neste grupo, a média de idade de início de fumo foi aos 17 anos e estas pessoas fumam há aproximadamente 31 anos desde a década de 80. 50% dos participantes declararam renda familiar inferior a R\$1.400. 80% dos pacientes tentaram parar de fumar anteriormente, a frequência de tentativas foi em média de 2,25 vezes. **Discussão e Conclusão:** Pensar no gasto mensal de cada paciente não parece muito significativo. Quando somamos o custo total de um ano de ambulatório de tabagismo, o impacto financeiro do cigarro é assustador, 8 milhões com apenas 207 fumantes. A maioria dos 207 fumantes que entraram no grupo antitabágico em 2010 começou a fumar na década de 80, com a média de 17 anos de idade, sendo que naquela época não havia políticas de restrição de propaganda ou de consumo do cigarro. É notória a representatividade do desembolso com cigarro no

orçamento familiar que atinge a cifra de cerca de 20% do salário mínimo.. O impacto do custo do cigarro para 50% das pessoas dos grupos oscilou de 7,5% a 20% da renda familiar. O tabaco, além prejudicar a saúde do paciente e impactar no orçamento da saúde pública, é um grande vilão no orçamento familiar dos fumantes. O enfoque da indústria na iniciação precoce por meio do marketing agressivo tem que ser combatido.

PO.137 IMPORTÂNCIA DO GRUPO PSICOLÓGICO NO SUCESSO DO PROGRAMA ANTITABÁGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP

EDINALVA T. CRUZ SOUZA; SELMA MARIA MENA ROMEIRO NISHIMURA; ANA LUCIA MENDES LOPES; MARCIA SOUZA CAMPOS; TERESA CRISTINA MANRIQUE COAN; ZILAH BERGAMO NAVARRO; MIRIAM HARUYO FUKUOKA
HU-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DEPENDÊNCIA PSICOLÓGICA; TERAPIA ANTITABÁGICA EM GRUPO

Introdução: O atendimento psicológico no programa antitabágico é fundamental para se alcançar melhores resultados de cessação do vício. No programa antitabágico do HU-USP realizamos o grupo psicológico após o ciclo de quatro palestras, semanalmente para os que estavam fumando e mensalmente para os que pararam de fumar (manutenção). **Objetivo:** Apresentação do Grupo Psicológico Antitabágico do HU-USP de 2009 a 2010. **Resultados:** •A amostra resultou em 85 tabagistas. •68% dos que realizaram o grupo, tinham de 41 a 60 anos. •Quanto à escolaridade, ensino médio ou nível superior teve 72%. •Sexo: 73% feminino. •No teste de fargestron 71% com grau de dependência médio ou elevado. •A adesão ao programa foi de 8% no ano de 2009 e de 25% em 2010, quando comparado com o número de pacientes que iniciaram o ciclo de palestras. •Quanto à origem, os funcionários foram o maior grupo (47%). •A renda acima de R\$ 2.300 representa 40% do grupo. •Quanto à comparação da participação no programa: 13% dos tabagistas que participaram somente das palestras (1 a 4) conseguiu parar de fumar. Dos que continuaram o tratamento medicamentoso, 54% pararam. E 63% dos tabagistas que participaram do programa completo, incluindo o Grupo Psicológico, alcançou a cessação do vício. **Conclusão:** É claro o alcance maior da cessação do tabagismo nos participantes que continuaram no programa após quatro palestras. O atendimento psicológico no programa de antitabagismo mostrou-se muito importante para ajudar os tabagistas a pararem de fumar e continuarem sem fumar com a continuidade no programa de forma sistemática e completa. Novos estudos mostram-se interessantes na comparação do tratamento com atendimento psicológico e/ou com acompanhamento médico, desta vez com o tempo de uma ano no programa e com um número maior de participantes.

PO.138 ADESÃO DE PACIENTES AO GRUPO PSICOLÓGICO ANTITABÁGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP

EDINALVA T. CRUZ SOUZA; ALTAMIR BENEDITO DE SOUSA; SELMA MARIA MENA ROMEIRO NISHIMURA; ANA LUCIA MENDES LOPES; MARILZA KEIKO HIGASHI; MAYURI HASSANO; MIRIAM HARUYO FUKUOKA; SHIE HUEI HSIN
HU-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ADESÃO; PSICOLÓGICO

Introdução: O Programa Antitabágico do HU-USP se inicia num ciclo de quatro palestras coordenada pelo médico e psicólogo e em seguida são encaminhados para o Grupo Psicológico (GP) coordenado apenas por um profissional psicólogo. Neste GP participam semanalmente os que estão fumando e mensalmente os que pararam de fumar com a finalidade manutenção da cessação do tabagismo. Para a efetividade da proposta, há uma preocupação com a frequência dos participantes no programa. **Objetivo:** Medir a adesão ao GP Antitabágico do HU-USP de 2009 a março de 2011. **Métodos:** Estudo retrospectivo, através do registro de frequência dos participantes do ciclo de palestras e do GP de janeiro de 2009 a março de 2011. O perfil de cada participante foi registrado em bando de dados SIP-GAT. Tratamento em quatro palestras, com a presença da psicóloga em todas, dando o enfoque inicial na dependência química e gradualmente ir aumentando esse enfoque na dependência psicológica. É colocada ênfase na continuidade do programa após as palestras com o grupo psicológico. Sensibilização da proposta do grupo psicológico pela psicóloga nas quatro palestras. Transmissão do seguimento no programa antitabágico até um ano para os que pararam de fumar através do grupo psicológico de manutenção. Divulgação de evento comemorativo para os que pararam de fumar. Dar importância ao agendamento de retorno de todos os participantes (fumantes ou não) a cada encontro. Aprimoramento das técnicas psicológicas utilizadas. **Resultados:** A amostra resultou em 121 tabagistas. 65% dos que realizaram o grupo, tinham de 41 a 60 anos. Quanto à escolaridade, ensino médio ou nível superior teve 69%. Sexo: 70% feminino. No teste de fargestron 75% com grau de dependência médio ou elevado. Quanto à origem, os funcionários foram o maior grupo (47%). A renda acima de R\$ 2.300 representa 32% do grupo. Quanto à comparação da participação no programa: 13% dos tabagistas que participaram somente das palestras (1 a 4) conseguiram parar de fumar. Os que continuaram no tratamento medicamentoso, 54% pararam. E 63% dos tabagistas que participaram do programa completo, incluindo o Grupo Psicológico, alcançaram a cessação do vício. A adesão ao grupo foi de 8% no ano de 2009, 25% em 2010 e 62% nos meses fevereiro e março de 2011, quando comparado com o número de pacientes que iniciaram o ciclo de palestras. A frequência média foi de 5,7 no ano de 2009, 3,9 em 2010 e 2,6 nos meses de fevereiro e março de 2011. **Discussão e Conclusão:** A adesão ao Grupo Psicológico mostrou aumento gradativo de 2009 a 2011, sendo maior ainda no início de 2011. Provavelmente isso ocorreu,

devido aos fatores já citados acima na metodologia. Percebemos o alcance maior da cessação do tabagismo nos participantes que continuaram no programa após quatro palestras. O atendimento psicológico no programa de antitabagismo mostrou-se muito importante para ajudar os tabagistas a pararem de fumar e continuarem sem fumar com a continuidade no programa de forma sistemática e completa. A preocupação com abordagens que aumentem a frequência dos participantes foi importante para o alcance de melhores resultados.

PO.139 TABAGISMO E DEPRESSÃO: RELATO DE CASO

ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA; GIÁCOMO DE FREITAS SOUZA; ARTHUR DE SOUSA PEREIRA SOUZA; ISABELA CRISTIANE VIEIRA SÁ; RAYANNE MAROPO SÁTIRO; YORDAN BEZERRA GOUVEIA; MARIA JOSÉ MONTEIRO PEREIRA; CLÊNIA MARIA TOLEDO SANTANA GONÇALVES
UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DEPRESSÃO; RORSCHACH

Introdução: O tabagismo é um problema de saúde pública mundial que causa inúmeros prejuízos de cunho físico ou psicológico ao indivíduo. Estudos evidenciam a depressão como uma comorbidade psiquiátrica associada à dependência de nicotina. Esta intervém nos sistemas neurotransmissores e exerce ações neuroendócrinas, podendo, dessa forma, interferir em mecanismos capazes de desencadear a depressão que é um sofrimento psíquico e/ou dor moral relacionada com flutuações de humor ou de caráter. **Relato de Caso:** Trata-se de uma paciente do sexo feminino, com 25 anos, usuária de tabaco há dez anos. Ela apresentou tristeza e retraimento após conhecer uma amiga que possuía bom relacionamento paterno. Isso levou-a a consumir um maço de cigarros por dia. A partir da técnica do Psicodiagnóstico de Rorschach, foi possível constatar elementos depressivos na paciente, tais como: sentimentos de culpa, angústia, tristeza, ansiedade, desejo de isolamento e carência do pai. Segundo a mesma, o cigarro lhe causa prazer aliviando estes sentimentos. **Discussão e Conclusão:** O consumo de tabaco está associado a manifestações depressivas que alteram a adaptação e equilíbrio do indivíduo, e, como ressalta a literatura, isso pode ser devido a existência de uma relação de perda de objeto, frustração ou fracasso. A paciente em questão corrobora a relação entre tabagismo e depressão, pois apresenta sintomas depressivos decorrentes de sofrimentos intensos vividos que a levaram a consumir tabaco em grandes proporções. Portanto, a paciente apresenta sintomas que evidenciam a presença de sofrimento psíquico, e procura repor o equilíbrio interno fazendo uso de um objeto posição: o tabaco. **Referências:** BORTOLUZZI, Marcelo Carlos et al . Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. CALHEIROS, Paulo Renato Vitória; OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Ilana. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. Aletheia, Canoas, n. 23, jun. 2006 . FONSECA, Aline Arruda da; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; AZEVEDO, Regina Lígia Wanderlei

de. Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 21, n. 3, 2008. RONDINA, Regina de Cássia; GORAYEB, Ricardo; BOTELHO, Clovis. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 30, n. 6, 2003.

PO.140 FATORES DETERMINANTES DO ABANDONO DO TRATAMENTO CONTRA O TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA DE JOÃO PESSOA

ARTHUR DE SOUSA PEREIRA SOUZA¹; GIÁCOMO DE FREITAS SOUZA²; ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA³; CARLOS ÁTILA DA SILVA⁴; ALISSON MONTEIRO SALVADOR⁵; GILSON MAURO C. FERNANDES FILHO⁶

1,2,3,5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, BARBALHA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRATAMENTO; ABANDONO; ATENÇÃO BÁSICA

Introdução: O tabagismo mata atualmente 5 milhões de pessoas por ano no mundo, e 200 mil no Brasil. A taxa de tabagismo tem diminuído em todo o país, mas João Pessoa ainda mantém uma média alta, entre 15-20 fumantes /100.000 habitantes. Nesse contexto, muitas pesquisas buscam entender os fatores que resultam em ineficácia da terapia anti-tabágica, medicamentosa ou não medicamentosa. **Objetivos:** Avaliar os fatores, a partir da perspectiva do fumante, que influenciam a terapia anti-tabágica na atenção básica da capital paraibana. **Métodos:** Foram acompanhados durante um ano, 87 (72 homens e 15 mulheres) fumantes em terapia anti-tabágica de quatro unidades básicas de saúde, correlacionando a terapia empregada e o tempo de permanência do paciente no respectivo programa. Foi considerado abandono do programa, aquele que parava de vir as reuniões mensais ou não conseguiu parar de fumar. O motivo do abandono foi questionado ao paciente pelo agente de saúde, repassado para os pesquisadores e enquadrado em categorias: Idade, Tempo Prolongado de tabagismo, Ansiedade e Meio social influenciador. **Resultados:** A taxa total de abandono foi 54%(47), sendo mais evidente naqueles que estavam apenas com a terapia psicossocial (TPS)-67,8%, seguido daqueles com TPS + goma de nicotina-33,3%, e por último TPS + bupropiona-20%. Os fatores que segundo o paciente foram determinantes são: influência do meio social, a ansiedade no cotidiano do paciente, o tempo de vício e a idade do paciente. O meio social foi grande influenciador no abandono da TPS(32,4%), entretanto não teve influência na terapêutica medicamentosa. Nessa, a ansiedade e o tempo de tabagismo foram mais influenciadores na desistência da terapia com medicamentos. **Discussão:** A taxa de abstinência desse estudo (56%) foi superior a de vários outros que tiveram médias entre 40-50%. Contudo, nesse ficou evidente a influência negativa do Meio Social propício ao fumo e Idade do paciente, em paciente com apenas TPS. Com a necessidade de medicamentos, os fatores de dependência (Ansiedade e Tempo de tabagismo) passam a ser os determinantes do abandono da terapêutica. Contudo, a participação da terapia medicamentosa diminuiu

a taxa de abandono dos pacientes, indicando que a TPS não consegue controlar o vício tão bem como a terapêutica medicamentosa. **Conclusão:** O abandono foi maior naqueles com apenas a TPS do que nos outros grupos de tratamento, se mostrando menos eficaz. A Ansiedade e o Tempo de tabagismo foram as variáveis que mais se relacionaram com o abandono da terapêutica medicamentosa contra o tabagismo, enquanto que o Meio Social e a Idade foram os maiores influenciadores no abandono da TPS. **Referências:** Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados a abstinência de longo prazo. Rev da SOCERJ, 19(5): 397-403, 2006. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Brasil. Ministério da Saúde: Indicadores e Dados Básicos de Saúde-DataSUS. Acessado em 30/04/2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2009%2Fmatriz.htm&botao=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2009%2Fmatriz.htm#morb>

PO.141 PERFIL DO FUMANTE COM CÂNCER DE PULMÃO: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

DANIELA TAÍSA FUDO; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; VANESSA ALVES LIMA; RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; CARINA QUEIROZ PEREIRA; LIVIA CRISTINA FRANÇA GIBERTONI; ROBERTO STIRBULOV IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; TABAGISMO; TIPO HISTOLÓGICO

Introdução: Mundialmente, o câncer de pulmão é a neoplasia mais comumente diagnosticada. O câncer de pulmão é mais comum em homens que em mulheres e 80% dos casos são diagnosticados em pessoas com mais de 60 anos. Nos países com alta prevalência de tabagismo, cerca de 90% dos diagnósticos de câncer de pulmão são atribuíveis ao tabagismo. A incidência do câncer aumenta proporcionalmente à duração e à intensidade do tabagismo. Em média, um fumante ativo tem um risco de desenvolver câncer de pulmão 20 vezes maior se comparado a um não-fumante. **Objetivos:** Determinar o perfil de pacientes tabagistas com câncer de pulmão. **Métodos:** Entre janeiro/2003 e dezembro de 2009, 960 pacientes com câncer de pulmão foram diagnosticados em serviço de referência. Todos responderam a um questionário específico sobre características do tabagismo. Realizado estudo retrospectivo e análise de história de tabagismo, idade de início do tabagismo, idade do diagnóstico, tipo histológico e sexo. **Resultados:** De 960 pacientes diagnosticados com câncer de pulmão, 830 (86,45%) eram tabagistas, sendo 601 (72,40%) do sexo masculino e 229 (27,59%) do sexo feminino. Relação entre os sexos de 2,6:1. Para os homens, o tipo histológico predominante foi epidermóide em 227 (37,77%) ocasiões seguido pelo adenocarcinoma com 148 (24,62%) casos. Tumores indiferenciados

corresponderam a 133 (22,12%) casos, de pequenas células a 58 (9,65%) e outros 35 (5,82%). Para as mulheres, o tipo histológico predominante foi adenocarcinoma em 72 (32,44%) ocasiões seguido pelo indiferenciado com 59 (25,76%) casos. Epidermóide correspondeu a 56 (24,45%) casos, de pequenas células a 35 (15,28%) e outros 7 (3,05%). No grupo do sexo masculino, a idade do diagnóstico foi de 63 anos e a do início do tabagismo, 15 anos. Já no grupo do sexo feminino foi de 59 e 15 anos respectivamente. **Conclusão:** O presente estudo mostrou que a maioria dos pacientes com câncer de pulmão teve exposição ao tabaco, com predomínio no sexo masculino e neste o epidermóide como tipo histológico mais frequente, o que condiz com a literatura. Porém, observou-se que em mulheres fumantes o tipo histológico mais comum foi adenocarcinoma, divergindo com os dados da literatura. Como o início do tabagismo teve maior prevalência aos 15 anos é necessário medidas comportamentais e educacionais contra o tabagismo na infância e adolescência.

PO.142 ANÁLISE DA CESSAÇÃO DE FUMAR NOS PACIENTES ATENDIDOS E SUBMETIDOS AO TRATAMENTO AO FUMANTE, FORTALEZA/ CE, NO PERÍODO DE 2007 A 2009.

TANIA REGINA BRIGIDO DE OLIVEIRA; LILIANE MARIA MARTINS PORTO; MARIA EURICE MARQUES DE MORAIS; ANA VIRGINIA DE CASTRO DA JUSTA; SOLANGE LOPES BRAGA; MARIANA BARRA DIOGENES; MARIA JOSANE PEREIRA; SANDRA SOLANGE LEITE CAMPOS SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO CEARA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRATAMENTO; CESSAÇÃO

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS, a cada ano morrem cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo, em decorrência do consumo dos produtos derivado do tabaco e nos próximos 30 a 40 anos o número de mortes, por esta causa, duplicará. Portanto o tabagismo é reconhecido por esta Organização como doença epidêmica e constitui-se como a maior causa evitável de morte e um grave problema de saúde pública. Comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento devem ser valorizados, fazendo parte das rotinas de atendimento das Unidades Básicas de Saúde. O Município de Fortaleza iniciou o Programa para tratamento de fumantes no ano de 2002, em Unidade de Saúde de nível Terciário. O tratamento desde então, é 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. Nas Unidades de Saúde de nível primário e de nível secundário o tratamento ao fumante foi iniciado em 2005, sendo concretizado no ano de 2007. **Objetivo:** Analisar o tratamento para cessação de fumar no Município de Fortaleza, no período de 2007 a 2009. **Metodologia:** O trabalho desenvolveu-se no Município de Fortaleza em 7 Unidades 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 de 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.

PO.143 CARCINOMA EPIDERMÓIDE, TABAGISMO: RELATO DE CASO

ITALLO EPAMINONDAS DE QUEIROZ REGO; MARIANA WANDERLEY GOUVEIA RIBEIRO; EDUARDO WALTER RABELO DIAS DE ARRUDA; IGOR MENDONÇA DO NASCIMENTO; ROOSEVELT DE CHAVES PAULO UFPB, JOÃO PESSO, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA EPIDERMÓIDE; LÍNGUA; TABAGISMO

Introdução: O carcinoma de células escamosas (CCE) da boca, também denominado carcinoma epidermóide, é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento, sendo considerada a neoplasia maligna mais comum nesta região. Seu diagnóstico pode ser difícil, pois seus sintomas são inespecífico, sendo confirmado através de biópsia da lesão. Este relato tem por objetivo descrever um caso de tumor de língua-carcinoma epidermóide investigado no serviço de cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Câncer – INCA. **Relato de Caso:** L. M. G., 64 anos, branca, aposentada, natural e procedente do Rio de Janeiro, foi admitida no Hospital do Câncer (INCA) com queixa de ferida na língua há 5 meses. Paciente refere que é tabagista há 40 anos, mas nega etilismo. Ao exame físico observou-se, na cavidade oral, tumoração em língua com 5 cm x 3 cm de dimensão, dolorosa, friável, irregular, que não ultrapassava a linha média, e ausência de linfonodomegalias palpáveis em pescoço. O diagnóstico foi de um carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado, confirmado por biópsia incisional, estadiado clinicamente com cT3N0M0. A conduta para o caso foi uma glossectomia parcial esquerda (hemiglossectomia esquerda) associada ao esvaziamento cervical supraomohioideo esquerdo mais traqueostomia cervical e passagem de sonda entérica. Foi realizada a reconstrução cirúrgica

do defeito da língua (hemilingua) utilizando-se um retalho microcirúrgico de antebraço (Retalho Chinês). O anatomopatológico teve como resultado um carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado com margens livres e ausência de invasão angiolinfática. Não foi encontrada nenhuma linfadenopatia metastática cervical e o estadiamento patológico desse tumor foi pT3N0M0. Foi dado alta hospitalar no 12º dia pós-operatório, sem traqueostomia, com sonda nasoentérica que foi retirada com 34 dias. Foi, então encaminhada para complementação do tratamento com radioterapia. Ainda foi encaminhada para fonoaudiologia, fisioterapia motora, cirurgia plástica e cirurgia de cabeça e pescoço (controle ambulatorial). **Conclusão:** Levando-se em conta o crescimento e envelhecimento da população, os profissionais de saúde devem ficar atentos para o diagnóstico precoce do carcinoma epidermóide oral. O exame físico de toda a cavidade bucal deve ser feito de maneira metódica através da inspeção e palpação para que todas as áreas sejam avaliadas de forma ideal. A palpação das cadeias linfáticas cervicais completará o exame. A biópsia da lesão é fundamental para fechar o diagnóstico, podendo ser auxiliado por exames radiológicos da mandíbula e seios da face. O tratamento pode ser feito através da cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A escolha da modalidade depende do estágio, do tipo do tumor, do envolvimento ósseo, da saúde geral do paciente.

PO.144 NEOPLASIA PULMONAR: RELATO DE CASO

ITALLO EPAMINONDAS DE QUEIROZ REGO; MARIANA WANDERLEY GOUVEIA RIBEIRO; EDUARDO WALTER RABELO DIAS DE ARRUDA; IGOR MENDONÇA DO NASCIMENTO UFPB, JOÃO PESSO, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CARCINOMA EPIDERMÓIDE ; PULMÃO

Introdução: O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão. Ele é responsável por 90% dos casos desse tumor. Mais homens que mulheres desenvolvem o câncer de pulmão, mas o número de casos em mulheres está aumentando, enquanto que o número de casos em homens está caindo. O risco de morte por câncer de pulmão é 22 vezes maior entre os fumantes do que entre os não fumantes. Este relato tem por objetivo descrever um caso de neoplasia pulmonar investigado no serviço de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa – PB. **Relato de Caso:** paciente masculino, 67 anos, pardo, casado, natural e procedente de João Pessoa. Foi admitido no HU com queixa principal de dor em ombros, pescoço e nuca há 7 meses. Paciente referia que há cerca de 7 a 8 meses iniciou quadro de dor em região lombar que progrediu para região de mamas, escápulas e nuca. Associado, iniciou ginecomastia dolorosa, relatando perda ponderal progressiva de aproximadamente 15kg em 7 meses. Afirma que há 6 meses apresentou 1 episódio de edema e eritema que regrediu após compressas quentes. Evoluiu com aumento gradual da dor que se tornou constante há 3 meses, não referindo fatores precipitantes nem

fatores de alívio, inclusive não reduzindo ou cedendo após analgésicos. Procurou atendimento médico recebendo tratamento sintomático e encaminhado para investigação diagnóstica neste serviço. Fumante há 40 anos (1 a 2 cartelas de cigarros), alcoólatra desde os 20 anos, parou de beber há um ano, bebia bastante, não sabendo precisar a quantidade. No exame físico, apresenta confusão mental, caquético, bulhas cardíacas hipofonéticas, roncos pulmonares difusos e freqüentes. Radiografia de tórax com imagens sugestivas de atelectasia em hemi-tórax esquerdo e traves fibróticas em hemi-tórax direito, além de presença de cavilação com nível hidroaéreo sugerindo abscesso pulmonar. Tomografia computadorizada sem contraste revelou presença de massa expansiva com provável abscesso em pulmão esquerdo e lesões líticas em arcos costais próximos, expandindo para partes mole. Foi realizado biópsia pulmonar, sendo diagnosticado carcinoma epidermóide de pulmão. **Conclusão:** O CA de pulmão é o líder entre as causas de morte oncológica, sendo responsável por 31% dos casos de morte por câncer em homem e por 25% em mulheres. A sobrevida em 5 anos deste câncer continua sendo desastrosa, com apenas 13% dos pacientes atingindo esta marca. Esta pequena chance de cura vem do fato de que, na maioria dos casos quando o diagnóstico é obtido, o tumor já apresenta metastase à distância. Portanto, políticas públicas de controle ao tabaco ajudam a evitar a iniciação ao fumo entre os jovens (época em que a maioria dos fumantes começa); a encorajar fumantes a deixarem o cigarro e promover recursos disponíveis de abandono do vício, reduzir a aceitação da exposição ao fumo passivo; e a modificar o contexto social do uso de tabaco, para que mensagens pró-tabaco não sejam mais dominantes.

PO.145 RELAÇÃO DA CARGA TABÁGICA NA PREVALÊNCIA DO TIPO HISTOLÓGICO DE CÂNCER DE PULMÃO

RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; VANESSA ALVES LIMA; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; DANIELA TAÍSA FUDO; CARINA QUEIROZ PEREIRA; LIVIA CRISTINA FRANÇA GIBERTONI; ROBERTO STIRBULOV
IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CARGA-TABÁGICA; CÂNCER; HISTOLÓGICO

Introdução: O tabagismo é uma enfermidade caracterizada por dependência física, química e psicológica pela nicotina, presente no cigarro. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o tabagismo é o responsável por cerca de 30% das mortes por câncer no Brasil, 90% das mortes por câncer de pulmão, além de participação em outras causas de morte, como causas respiratórias (DPOC) e por doenças cardiovasculares. De acordo com a OPAS, não existem níveis seguros de consumo do tabaco.

Objetivos: Identificar entre indivíduos tabagistas portadores de Câncer de pulmão e admitidos em serviço de referência no período de janeiro/1990 a dezembro/2010 a relação da carga tabágica com os tipos histológicos mais prevalentes, divididos entre Carcinoma epidermóide (CEC), Adenocarcinoma,

Indiferenciado e Oat Cell. **Métodos:** Análise retrospectiva dos dados voluntariamente colhidos através da aplicação do questionário Consciência Total desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Cancerologia Torácica. Os pacientes foram avaliados quanto ao consumo de cigarros (avaliada pelo critério anos/maço). A unidade anos/maço é utilizada para definir a quantidade de maços fumados por determinado tempo. Essa unidade tem como base ano/maço, ou seja, um maço de cigarros fumados por dia por um ano. Portanto, se uma pessoa fumou um maço ao dia por 10 anos ou dois maços ao dia por cinco anos, terá fumado 10 anos/maço. **Resultados:** Entre janeiro/1990 a dezembro/2010 foram diagnosticados 7013 novos casos de câncer de pulmão, sendo que foram descartados os pacientes não-tabagistas, e aqueles sem dados suficientes. Foram desprezados ainda os portadores de outros tipos histológicos que não os quatro citados, totalizando então 5511 pacientes. A carga tabágica foi dividida em 01-20 anos/maço (a/m), 21-40 a/m, 41-60 a/m, 61-80 a/m e acima de 81 a/m. Ao final do levantamento dos dados, não foram verificadas grandes alterações nas porcentagens da prevalência de um tipo de histológico para outro conforme a carga tabágica, à exceção naqueles com menor exposição, ou seja, aqueles que tiveram carga de 01-20 a/m, houve maior prevalência de Adenocarcinoma (20,77%), do que, principalmente, CEC (12,89%) e Oat Cell (15,19%). Nesta faixa houve 18,08% de Indiferenciado. Entre 21-40 a/m foi a porcentagem mais homogênea apresentada, sendo a maior prevalência em Indiferenciado (26,87%), e a menor em Oat Cell (24,72%). **Conclusão:** Os dados encontrados corroboram com a idéia de que o Adenocarcinoma pode não ter relação com alta exposição tabágica, ao contrário do CEC e Oat Cell, intimamente associados ao hábito tabágico. Podendo-se então fortalecer a hipótese de importante relação genética quando da ocorrência deste tipo histológico.

Anais do VIII Congresso Brasileiro de Asma, IV Congresso Brasileiro de DPOC e IV Congresso Brasileiro de Tabagismo 2011

Índice de Autores

A

ABREU, S.B..... PO.009,
PO.012, PO.015, PO.031, PO.039,
PO.061, PO.062
AFONSO, G.L.....PO.027,
PO.048, PO.049, PO.050, PO.052
AGUIAR, M.M..... PO.042
ALBUQUERQUE, C.G..... AO.003
ALBUQUERQUE, L.M.F..... PO.059
ALCÂNTARA, A.T..... PO.045,
PO.092
ALEXANDRE, M..... PO.111
PO.115, PO.120
ALMEIDA, D.S..... PO.100
ALMEIDA, J.V.C..... AO.002
ALMEIDA, M.V..... PO.024
ALMEIDA, P.C.A..... PO.011
ALMEIDA, P.C.M..... PO.024
ALVES, M.A.....PO.057,
PO.058 PO.059, PO.060, PO.083,
PO.088, PO.090, PO.099
ALVES, T.B..... PO.007
ALVES, T.S.G.N.....AO.001,
PO.045, PO.053
AMARAL JÚNIOR, J.A.....PO.043,
PO.061
AMBROSI, M.M.....PO.064,
PO.066, PO.104, PO.106, PO.107
ANABUKI, M.H.....PO.123,
PO.124
ANDRADE, E.M.....PO.058,
PO.059, PO.060, PO.099
ANDRADE, F.M.....AO.003
ANDRADE, J.O..... PO.090
ANTUNES, A.D.P..... PO.001
ANTUNES, E..... PO.008
ARAI, L.L.....PO.005,
PO.006, PO.007

ARATA, V..... PO.023
ARAÚJO, A.S.....PO.096
ARAÚJO, C.F.....PO.089
ARBEX, F.F..... PO.100
ARRUDA, E.W.R.D.....PO.134
PO.143 PO.144
ARRUDA, F.M.....PO.090
ASSIS, F.N.....PO.029
AYSANOV, Z..... PO.102

B

BALDINI, L.F.S..... PO.106
BARBOSA, I.R..... PO.080
BARBOSA, L.A.....AO.007, PO.091
BARBOSA, M.A.....AO.006, PO.067
BARROS, G.C.S.....PO.013,
PO.061, PO.062
BARROSO, A.C.....PO.013,
PO.018, PO.061
BASTOS, A.A.....PO.012, PO.054
BASTOS, A.P.R..... PO.089
BASTOS, M.L.S.....AO.001,
PO.045, PO.053, PO.056
BATISTA, G.R..... PO.047
BAURLE, O..... PO.102
BERGAMASCHI, E.N.C..... PO.115
BERTANI, A.L.....PO.066,
PO.070, PO.079, PO.106
BEZERRA, C.P.....PO.091, PO.093
BISPO, P.R.....PO.030
BOAVENTURA, B.L.A.O..... PO.075
BONFANTI, C..... PO.082
BORGES, G.C.....PO.005, PO.006
BOTTEGA, T.S.....AO.005, PO.055

BRAGA, SLB..... PO.142
BRANCHER, R..... PO.035
BRITO, S.G.....PO.088
BRUNA, N.C.D.....PO.111,
PO.115, PO.120

C

CABRAL, M.C.S..... PO.105
CABRAL, M.M.....PO.088,
PO.090
CABRAL, M.S..... PO.118
CAMPOS, M.S.....PO.133, PO.136,
PO.137
CAMPOS, S.S.L..... PO.142
CANTERLE, D.B.....PO.078
CAPISTRANO JUNIOR, V.L.M.....
PO.096
CARAM, L.M.O.....PO.063,
PO.064, PO.065, PO.066, PO.079,
PO.082, PO.107
CARDOSO, A.P.....AO.004,
PO.037, PO.038
CARDOSO, D.B.....PO.130
CARDOSO, I.R.S.....PO.033,PO.039
CARDOSO, M.D.S.L.....PO.027,
PO.048, PO.049, PO.050, PO.052
CARIBE, C.F.....PO.058,
PO.059, PO.083, PO.099
CARVALHO JÚNIOR, D.F.....PO.051
CARVALHO JUNIOR, L.C.S
PO.108, PO.109
CARVALHO, A.K.....PO.103
CARVALHO, C.L.D.....PO.004
CARVALHO, J.J.M.....PO.084
CASTAGNA, R.D.....PO.111,
PO.115, PO.120

CASTRO, A.A.....	PO.098	CUNHA, T.M.....	PO.100	FIDELIX, M.P.....	PO.104
CASTRO, L.A.M.....	PO.011	CUSTÓDIO, J.B.P.T.....	PO.013, PO.054	FIGUEIREDO FILHO, J.R.....	PO.023
CASTRO, M.D.C.....	PO.100	CUSTÓDIO, T.N.....	PO.088	FIGUEIREDO, R.G.....	PO.023
CASTRO, M.G.M.....	PO.089, PO.058			FOERNGES, R.B.....	PO.121
CAVALCANTE, M.S.....	PO.040, PO.059	D		FONTES, M.T.....	PO.023
CAVALCANTI, M.A.N.....	PO.001	DANTAS, A.F.F.B.....	PO.041, PO.097, PO.113, PO.114	FOSCO, L.C.....	PO.073
CETTOLIN, Q.C.....	PO.024, PO.060	DANTAS, G.C.....	PO.087	FRANÇA, G.G.....	PO.135
CHAKR, V.....	PO.044, PO.046, PO.099	DIAS JUNIOR, S.A.....	PO.025	FRANÇA, J.D.C.....	AO.012, PO.132, PO.141, PO.145
CLÍMACO, D.....	PO.058, PO.059, PO.060, PO.099	DIAS, I.B.....	PO.131	FREITAS, F.L.....	PO.126
COAN, T.C.M.....	PO.124, PO.137	DIAS, J.P.....	PO.024	FREITAS, M.....	PO.023
COELHO, A.C.C.....	PO.011, PO.020, PO.021, PO.036, PO.068	DIAS, K.M.....	PO.005, PO.006	FREITAS, R.P.....	PO.023
COELHO, A.P.C.P.....	PO.130	DIOGENES, M.B.....	PO.142	FREITAS, W.R.....	PO.111
COELHO, L.S.....	PO.064, PO.065, PO.066, PO.070, PO.079, PO.082, PO.104, PO.106, PO.107	DOURADO, V.Z.....	PO.070	FUDO, D.T.....	AO.012, PO.132, PO.14, PO.145
COLODENCO, D.....	PO.102			FUKUOKA, M.H.....	AO.009, PO.123, PO.124, PO.133, PO.135, PO.136, PO.137, PO.138
COLOMBO, C.	PO.078	E			
COLUCCI, M.....	PO.098	ERBANO, P.B.....	PO.023	G	
CONSTANCIO, M.S.....	PO.009, PO.015, PO.016, PO.031, PO.033, PO.039, PO.040, PO.043, PO.054	EREIRA, E.D.....	PO.094	GALDINO, V.S.....	PO.022
CONSULMAGNOS, R.....	AO.007	EZEMBRO, E.T.....	PO.010	GALINDO, C.B.....	PO.090
CORREA JÚNIOR, M.A.....	PO.029			GALVÃO, C.S.....	PO.014, PO.016
CORRÊA, K.S.....	PO.077	F		GARCIA, G.F.....	PO.004
CÔRTEZ, R.R.....	AO.008	FABBRI, N.Z.....	PO.019	GIBERTONI, L.C.F.....	AO.012, PO.132, PO.141, PO.145
CORTOZI, D.B.....	PO.078	FARIAS, R.C.....	PO.022, PO.071, PO.089	GODOY, Ilda.....	PO.063, PO.064, PO.065, PO.066, PO.070, PO.079, PO.082, PO.104, PO.106, PO.107
COSTA, C.C.....	PO.078	FEIJÓ, W.M.....	AO.007, PO.091	GODOY, Irma.....	PO.063, PO.064, PO.065, PO.066, PO.070, PO.079, PO.082, PO.104, PO.106, PO.107
COSTA, C.M.O.....	PO.122	FEITOSA, L.M.R.....	PO.080	GOLDENFUN, P.R.....	PO.001, PO.002
COSTA, F.C.....	PO.014	FELDMAN, C.....	PO.102	GOMES, D.R.....	PO.013, PO.040, PO.043, PO.062
COSTA, I.N.A.....	PO.039	FERNANDES FILHO, G.M.C.....	PO.112, PO.116, PO.131, PO.140	GOMES, R.L.M.....	PO.047
COSTA, L.A.....	PO.045, PO.092, PO.101	FERNANDES JÚNIOR, E.D.....	PO.041, PO.097, PO.113, PO.114	GOMES, S.A.....	PO.047
COSTA, L.A.P.....	PO.100	FERNANDES, A.C.F.....	PO.117	GONÇALVES, C.M.T.S.....	PO.139
COSTA, M.C.L.....	PO.056	FERNANDES, A.G.O.....	PO.020, PO.021, PO.036, PO.068	GÖSSLING, G.....	PO.005, PO.006
COSTA, M.R.S.R.....	PO.009, PO.012, PO.013, PO.014, PO.016, PO.061, PO.062	FERNANDES, B.M.....	PO.087	GOUVEIA, Y.B.....	PO.127, PO.128, PO.139
COSTA, R.L.A.....	PO.100	FERNANDES, L.V.....	PO.117	GRANT, G.....	PO.102
COSTA, S.O.....	PO.122	FERRARI, G.N.B.....	AO.008, PO.073	GROTTA, M.B.....	PO.008
COSTA, T.R.....	PO.088	FERRARI, R.....	PO.063, PO.064, PO.065, PO.066, PO.079, PO.082, PO.107	GUERRA, T.N.....	PO.093
CRESTANI, G.....	PO.121	FERREIRA, A.D.....	AO.011, PO.108, PO.109	GUIMARÃES, S.G.....	PO.068
CRUZ, A.A.....	PO.011	FERREIRA, A.S.....	PO.034	GUSMÃO, L.M.....	PO.060, PO.080
CRUZ, F.C.....	PO.036	FERREIRA, E.C.M.F.....	PO.017, PO.018, PO.061, PO.062		
CUKIER, A.....	PO.025	FERREIRA, J.A.A.....	PO.057		

H

HARZHEIM, E.....PO.010
HASSANO, M.....PO.138
HEZEL, J.....PO.111
HIGASHI, M.K.....AO.009,
PO.133, PO.138
HONORATO, M.M.....PO.134
HSIN, S.H.....AO.009,
PO.124, PO.138

I

IAMONTI, V.C.....PO.098, PO.118
INÁCIO, L.U.....PO.067
ITO, J.T.....AO.011, PO.129
IVANAGA, I.T.....PO.103

J

JAMELLI, S.R.....PO.028
JARDIM, J.R.B.....AO.006,
PO.067, PO.098, PO.102, PO.103,
PO.119
JESUS, S.S.....PO.009,
PO.014, PO.016, PO.040
JÚNIOR, E.D.F.....PO.095
JÚNIOR, J.Á.A.....PO.033
JÚNIOR, L.G.P.....PO.012
JUSTA, A.V.C.....PO.142

K

KAPLAN, M.H.....PO.044, PO.046
KISLING, J.....PO.044, PO.046
KNAUT, C.....PO.082
KNORST, M.M.....AO.005, PO.055
KOTH, B.E.....PO.121
KUROKI, T.C.....PO.088

L

LADOSKY, W.....AO.003
LAGO, J.H.M.....PO.016,
PO.040, PO.043, PO.054
LANGONE, M.L.....PO.078
LANIADO-LABORIN, R.....PO.102
LAPA E SILVA, J.R.....AO.004,
PO.037, PO.038
LEAL, R.K.I.....PO.089

LEITE, D.F.B.....PO.042
LEITE, D.R.C.....PO.134
LEITE, M.F.....AO.001,
PO.045, PO.053, PO.056
LEITE, M.S.....PO.011
LEITE, M.T.O.....PO.009, PO.016
LEITE, P.H.C.....PO.024
LELIS E SILVA, M.....PO.118
LEMONS, A.C.M.....AO.001,
PO.045, PO.053, PO.056, PO.092,
PO.101
LERMEN, C.....PO.078
LESSA, R.....PO.110
LIBÓRIO, R.S.....PO.011
LIMA, A.C.F.B.....PO.042
LIMA, C.T.....PO.024
LIMA, H.C.M.....PO.033
LIMA, J.V.....AO.007,
PO.091, PO.093
LIMA, K.M.....PO.010
LIMA, M.A.....AO.004,
PO.037, PO.038
LIMA, M.E.P.S.....PO.042
LIMA, V.A.....AO.012,
PO.132, PO.141, PO.145
LIMA, V.P.....PO.048, PO.050
LINS, J.A.A.....PO.057, PO.060
LOPES, A.L.M.....PO.133,
PO.137, PO.138
LOPES, F.V.F.....PO.110
LOTUFO, J.P.B.....AO.009,
PO.123, PO.124, PO.133, PO.135
LUNDGREN, F.L.....AO.007,
PO.057, PO.058, PO.059, PO.060,
PO.080, PO.083, PO.088, PO.090,
PO.091, PO.093, PO.099

M

MACCHIONE, R.E.....PO.126
MACEDO, L.S.....PO.105
MACHADO, M.C.L.....PO.081,
PO.084, PO.086
MAIA, R.L.....PO.085
MANES, J.....PO.069
MANZANO, B.M.....PO.119
MARANHÃO, A.D.....PO.042
MARCONI, T.D.....PO.069
MARICEVICH, M.M.....AO.004,
PO.037

MARON, S.M.C.....PO.027,
PO.048, PO.049, PO.050, PO.052
MARROCOS, S.M.....PO.058,
PO.083, PO.099
MARTINS, C.L.F.S.....AO.002
MARTINS, M.H.....PO.135
MATOS, D.C.....PO.048
MATOS, I.M.....PO.094
MATTIELLO, R.....PO.044, PO.046
MAZON, S.B.....PO.008
MEDEIROS, A.R.C.....PO.134
MEDEIROS, F.D.....AO.009,
PO.123, PO.124, PO.135
MEDEIROS, H.R.D.N.....PO.089
MEDEIROS, L.P.....PO.090
MEDEIROS, R.P.....PO.096
MEIRELES, M.F.....PO.009,
PO.012, PO.015, PO.039, PO.040,
PO.061
MELO JUNIOR, E.F.....PO.042
MELO, É.L.....PO.027,
PO.048, PO.049, PO.050, PO.052
MELO, G.L.A.....PO.041,
PO.097, PO.113, PO.114
MELO, M.M.C.....PO.096
MENDES, A.L.A.....PO.018, PO.033
MENEZES, B.T.....PO.013,
PO.014, PO.031
MENEZES, P.H.....AO.007,
PO.091, PO.093
MENGUE, S.S.....PO.010
MIRANDA, J.A.....PO.090
MONTAGNER, A.K.....PO.072
MONTANDON JÚNIOR, M.E.....
AO.006
MONTE JUNIOR, E.S.....PO.041,
PO.097, PO.113, PO.114
MONTESCHI, M.....PO.108,
PO.109
MORAIS, M.E.M.....PO.142
MORANO, M.T.A.P.....PO.096
MOREIRA, G.L.....PO.118
MOREIRA, M.A.C.....AO.006,
PO.067
MOREIRA, M.Â.F.....PO.005,
PO.006, PO.007, PO.010, PO.074
MOYSÉS, J.B.....PO.119
MULLER, A.F.....PO.007, PO.074
NASCIMENTO, I.M.....PO.143,
PO.144

NASCIMENTO, M.P.C.....PO.022,
PO.071
NASCIMENTO, O.A.....PO.098,
PO.103
NASCIMENTO, T.N.....PO.020,
PO.021, PO.036, PO.068
NAVARRO, Z.B.....PO.133,
PO.136, PO.137
NAVES, C.R.....PO.063,
PO.065, PO.066, PO.079, PO.104,
PO.106, PO.107
NEDER, J.A.....PO.081, PO.086
NISHIMURA, S.M.M.R.....PO.123,
PO.133, PO.136, PO.137, PO.138
NOGUEIRA, J.P.V.C.J.....PO.082
NUNES, J.N.....AO.005

O

OLIVEIRA, A.C.....PO.022, PO.071
OLIVEIRA, A.F.....PO.083, PO.093
OLIVEIRA, F.F.S.....PO.101
OLIVEIRA, H.M.....PO.027,
PO.048, PO.049, PO.050, PO.052
OLIVEIRA, J.R.....PO.074
OLIVEIRA, M.M.V.....PO.024
OLIVEIRA, N.G.....PO.108, PO.109
OLIVEIRA, P.M.....PO.115, PO.120
OLIVEIRA, P.M.C.....PO.092,
PO.101
OLIVEIRA, S.L.V.....PO.050
OLIVEIRA, T.R.B.....PO.142

P

PAES, F.G.S.....PO.009,
PO.012, PO.015
PAPINI, S.J.....PO.104
PASSOS, L.S.....PO.016,
PO.017, PO.018, PO.031, PO.054
PAULO, R.C.....PO.143
PEIXOTO, D.M.....PO.029, PO.030
PEREIRA JÚNIOR, L.G.....PO.017,
PO.018, PO.031, PO.043, PO.062
PEREIRA, A.B.....PO.012,
PO.017, PO.054
PEREIRA, C.Q.....PO.132,
PO.141, PO.145
PEREIRA, J.R.....AO.012,
PO.132, PO.141, PO.145
PEREIRA, M.J.....PO.142

PEREIRA, M.J.M.....PO.139
PEREIRA, M.V.O.....PO.123
PEREIRA, N.P.....AO.001
PEREIRA, S.A.....PO.077
PESTANA, C.L.S.....PO.110
PESTANA, L.S.....PO.110
PETROIANU, A.....PO.130
PFINGSTEN, L.E.P.....PO.100
PIAZZA, M.....PO.103
PIMENTEL, M.C.M.....PO.084
PINCELLI, M.P.....PO.069,
PO.111, PO.115, PO.120
PINHEIRO, A.N.....PO.015,
PO.017, PO.018, PO.031, PO.033,
PO.039, PO.040, PO.043, PO.054,
PO.062
PINHO, M.B.....PO.105
PINTO, C.R.....AO.001,
PO.101, PO.045, PO.053, PO.092
PINTO, N.S.....PO.009, PO.040
PINTO, R.A.....PO.094
PINTO, S.H.A.....PO.119
PIRES, J.W.L.....PO.039
PIZZICHINI, M.M.M.....PO.035,
PO.096, PO.112, PO.116, PO.128,
PO.131, PO.140
POMPA-FILHO, J.F.S.....PO.105
PONTES, G.V.....AO.002
PORTO, E.F.....PO.098
PORTO, L.M.M.....PO.142
PRIETSCH, S.O.M.....PO.032

Q

QUEIROGA JÚNIOR, F.J.P.....
PO.081, PO.086
QUEIROZ, C.F.....AO.001,
PO.045, PO.053, PO.056
QUEIROZ, M.C.C.A.M.....AO.006,
PO.067, PO.077

R

RABAH, M.F.....PO.077
RAHAL, A.A.....PO.081, PO.086
RAMOS, D.....AO.008,
AO.011, PO.073, PO.108, PO.109,
PO.129
RAMOS, E.M.C.....AO.008,
AO.011, PO.073, PO.108, PO.109,
PO.129

RAVAGLIO, L.M.M.....AO.009,
PO.136
RECH, L.G.....AO.005, PO.055
REGO, I.E.Q.....PO.143, PO.144
REIS, L.A.S.....PO.101
RIBEIRO, E.....PO.135
RIBEIRO, G.F.....PO.026,
PO.075, PO.076, PO.085
RIBEIRO, J.D.....PO.008
RIBEIRO, J.L.....PO.003
RIBEIRO, M.A.F.....PO.026,
PO.076
RIBEIRO, M.W.G.....PO.143,
PO.144
RIES, L.P.S.....AO.005, PO.055
RIOS, J.G.....PO.036, PO.068
RIZZO, J.A.....AO.003,
PO.028, PO.029, PO.030, PO.042,
PO.047
ROCHA FILHO, J.A.....PO.051
ROCHA, A.T.C.....PO.105, PO.125
ROCHA, B.W.C.....PO.080
ROCHA, M.A.....AO.003
ROCHA, M.N.S.....PO.105
RODRIGUES, C.P.S.....PO.022,
PO.071
RODRIGUES, F.M.M.....AO.008,
AO.011, PO.073, PO.109, PO.129
RODRIGUES, M.....PO.130
RODRIGUES, M.T.....PO.121
ROLÓN, P.A.....AO.002
RONCONI, D.E.....PO.087
ROSA, G.A.....PO.056
RUBIN, A.S.....PO.001,
PO.002
RUSSO, R.....PO.098,
PO.103
RUTZEN, W.....PO.121

S

SÁ, I.C.V.....PO.139
SAKAI, M.C.....PO.135
SALES, P.U.....PO.094
SALVADOR, A.M.....PO.112,
PO.116, PO.128, PO.131, PO.140
SANCHES, P.R.....PO.007,
PO.074
SANTANA JÚNIOR, P.J..... AO.006
SANTANA, G.S.....PO.092

SANTANA, J.P.....PO.041, PO.095, PO.097, PO.113, PO.114	PO.101, PO.121	SQUEBOLA, D.....PO.008
SANTANA, M.T.B.M.....PO.020, PO.021,PO.036, PO.068	SILVA, A.P.....PO.069	STEIDLE, L.J.M.....PO.035, PO.069, PO.111, PO.115, PO.120
SANTANA, R.M.....PO.057	SILVA, A.R.....PO.030	STIRBULOV, R.....AO.012, PO.132, PO.141, PO.145
SANTANA, Y.N.L.....PO.134	SILVA, A.S.....PO.051	SUASSUNA, N.R.....AO.007, PO.093
SANTIAGO, R.J.C.....AO.012, PO.132, PO.141, PO.145	SILVA, C.A.....PO.127, PO.128, PO.131, PO.140	SUEHIRO, C.L.....PO.073, PO.129
SANTOS NETO, E.F.....PO.125	SILVA, C.M.....PO.048	
SANTOS, A.A.R.....PO.071	SILVA, E.J.T.M.....PO.134	T
SANTOS, A.B.V.....PO.041, PO.113, PO.114	SILVA, E.P.....PO.127, PO.128, PO.131, PO.139, PO.140	TANNI, S.É.....PO.063, PO.064, PO.065, PO.066, PO.079, PO.082, PO.104, PO.106,PO.107
SANTOS, D.A.....PO.089	SILVA, F.M.A.....PO.004	TAVARES, A.....PO.057, PO.059, PO.060, PO.091
SANTOS, D.F.....PO.013, PO.014, PO.018, PO.033, PO.043	SILVA, G.P.F.....PO.096	TEIXEIRA, K.I.S.S.....AO.006
SANTOS, E.A.....PO.014	SILVA, J.R.....AO.011	TEIXEIRA, P.J.Z.....PO.078
SANTOS, F.L.....PO.022, PO.071, PO.089	SILVA, R.J.N.C.....PO.115, PO.120	TEPPER, R.S.....PO.044, PO.046
SANTOS, F.M.M.....PO.095, PO.112	SILVA, R.M.C.C.....PO.023	TERADA, L.....PO.119
SANTOS, F.P.....PO.056	SILVA, R.P.....PO.050	TIBANA, R.C.C.....PO.100
SANTOS, J.G.....PO.014	SILVA, T.N.....AO.007, PO.091,PO.093	TILLER, C.J.....PO.044, PO.046
SANTOS, J.G.D.....PO.017	SILVA, T.S.....PO.073, PO.129	TIMOTEO, A.A.....PO.057
SANTOS, M.C.L.....PO.030, PO.080	SOARES, C.E.R.....PO.039, PO.043	TOLEDO, A.C.....AO.008, AO.011, PO.073, PO.108, PO.109, PO.129
SANTOS, N.C.N.....PO.028	SOARES, G.P.....PO.095, PO.112	TORO, A.A.D.C.....PO.008
SANTOS, N.J.....PO.020, PO.021	SOUSA, A.B.....AO.009, PO.123, PO.124, PO.135, PO.138	TORRES, P.P.T.S.....AO.006
SANTOS, S.R.R.A.....PO.118, PO.119	SOUSA, E.A.G.....PO.041, PO.095, PO.097, PO.113, PO.114	TRAVASSOS JÚNIOR, R.R..... PO.095, PO.112
SARAIVA, T.C.P.....PO.042	SOUSA, G.M.P.C.....PO.096	TURATO, V.G.G.....AO.008
SARINHO, E.S.C.....PO.028, PO.029, PO.030	SOUSA, G.S.....PO.095, PO.112	
SARINHO, S.W.....PO.029	SOUSA, H.F.....PO.016, PO.017, PO.031	V
SARRIA, E.E.....PO.044, PO.046	SOUSA, H.S.....PO.018	VALE, S.A.....PO.065
SÁTIRO, R.M.....PO.139	SOUSA, M.A.....PO.013, PO.031, PO.061, PO.062	VAN DER LAAN, H.S.....AO.005, PO.055
SAYNER, A.....PO.102	SOUSA-MUÑOZ, R.L.....PO.087	VASCONCELOS, L.D.....PO.118
SCUARCIALUPI, M.E.C.A....PO.081, PO.086	SOUZA, Á.D.G.....PO.022, PO.071	VELENTINI, J.D.....AO.005, PO.055
SEABRA, R.A.....PO.060, PO.080	SOUZA, A.S.P.PO.112, PO.116, PO.127, PO.128, PO.131, PO.139, PO.140	VELLOZO, E.L.....PO.118
SECUNDO, I.V.....PO.058, PO.083, PO.099	SOUZA, C.L.S.G.....PO.105	VELOZO, B.R.....PO.012, PO.017, PO.054
SEGUNDO, G.R.S.....PO.003	SOUZA, E.C.C.....AO.012	VIANA, C.M.S.....PO.094,
SESTELO, M.R.....PO.024	SOUZA, E.T.C.....PO.124, PO.133, PO.136, PO.137, PO.138	VIANA, R.C.T.P.....PO.069
SILVA JUNIOR, C.T.....PO.034	SOUZA, G.F.....PO.098, PO.116, PO.127, PO.128, PO.131, PO.139, PO.140	VICENTE, R.....PO.119
SILVA JUNIOR, D.P.....PO.007, PO.074	SOUZA, T.T.S.....PO.134	VICTOR, E.G.....AO.003
SILVA NETO, H.P.....PO.022, PO.071	SOUZA-MACHADO, A.....PO.011	VIEIRA, C.A.F.....PO.072
SILVA, A.G.....PO.092,	SOUZA-MACHADO, C.....PO.020, PO.021, PO.036, PO.068	VIEIRA, C.N.....PO.020, PO.021

VIEIRA, C.S.....PO.072

VIEIRA, M.O.....PO.035

VILELLA, L.F.N.R.....PO.019

W

WINKELER, G.F.P.....PO.095,
PO.112

X

XAVIER, R.F.....AO.008,
AO.011, PO.108, PO.129

Y

YAMAMURA, L.L.L.....PO.092,
PO.101

YU, Z.....PO.044,
PO.046

Z

ZANATI, S.G.....PO.079,
PO.107

ZANGHELINI, F.....PO.051

ZHANG, L.....PO.032

ZOLLNER, R.L.....PO.019