ISSN 1806-3713

Jornal Brasileiro de Pneumologia
PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Volume 45, Suplemento 2R
agosto | 2019

XII Congresso Brasileiro de Asma
VIII Congresso Brasileiro de DPOC e Tabagismo
XVIII Congresso Norte e Nordeste de Pneumologia

14 a 16 de agosto de 2019
Centro de Convenções de João Pessoa

Volume 45, Suplemento 2R, p. R1-R224 agosto 2019

XIV Curso Nacional de Doenças Intersticiais Pulmonares

V Jornada Paulista de Doenças Intersticiais Pulmonares

Grande Auditório - Centro de Convenções Rebouças, São Paulo/SP

13 e 14 de março de 2020

ISSN 1806-3713

JBP
Jornal Brasileiro de Pneumologia

Publicação Contínua e Bimestral, J Bras Pneumol. v.45, Suplemento 2R, p. R1-R224 agosto 2019

Associação Brasileira de Editores Científicos
ABEC

Publicação Indexada em:
Latindex, LILACS, Scielo Brazil, Scopus, Index Copernicus, ISI Web of Knowledge, MEDLINE e PubMed Central (PMC)

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

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE

PMC

ISI Web of Knowledge℠

SCOPUS

SciELO Brazil

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL

latindex

EDITOR CHEFE
Bruno Guedes Baldi - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP

VICE-EDITOR
Rogerio Souza - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP

EDITORES ASSOCIADOS
Alfredo Nicodemos da Cruz Santana - HRAN da Faculdade de Medicina da ESCS - Brasília - DF | **Área:** Doenças pulmonares intersticiais
Bruno do Valle Pinheiro - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG | **Área:** Terapia intensiva/Ventilação mecânica
Danilo Cortozi Berton - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS | **Área:** Fisiologia respiratória
Denise Rossato Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS | **Área:** Tuberculose/Outras infecções respiratórias
Dirceu Solé - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP | **Área:** Pneumopediatria
Edson Marchiori - Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ | **Área:** Imagem
Fabiano Di Marco - University of Milan - Italy | **Área:** Asma / DPOC
Fernanda Carvalho de Queiroz Mello - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ | **Área:** Tuberculose/Outras infecções respiratórias
Frederico Leon Arrabal Fernandes - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP | **Área:** DPOC/Fisiologia respiratória
Giovanni Battista Migliori - Director WHO Collaborating Centre for TB and Lung Diseases, Fondazione S. Maugeri, Care and Research Institute, Tradate - Italy | **Área:** Tuberculose
Klaus Irion - School of Biological Sciences, The University of Manchester - United Kingdom | **Área:** Imagem
Marcelo Basso Gazzana - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS | **Área:** Circulação pulmonar
Márcia Margaret Menezes Pizzichini - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC | **Área:** Asma
Otávio Tavares Ranzani - Barcelona Global Health Institute - ISGlobal, Barcelona - Espanha | **Área:** Epidemiologia/Tuberculose /Outras infecções respiratórias
Pedro Rodrigues Genta - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP | **Área:** Sono
Ricardo Mingarini Terra - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP | **Área:** Cirurgia torácica e broncoscopia
Simone Dal Corso - Universidade Nove de Julho, São Paulo - SP | **Área:** Fisioterapia respiratória/Exercício
Ubiratan de Paula Santos - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP | **Área:** Tabagismo/Doenças respiratórias ambientais e ocupacionais
Zafeiris Louvaris - University Hospitals Leuven, Leuven - Belgium | **Área:** Fisiologia respiratória

CONSELHO EDITORIAL
Alberto Cukier - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Álvaro A. Cruz - Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA
Ana C. Krieger - Weill Cornell Medical College - New York - USA
Ana Luiza Godoy Fernandes - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP
Antonio Segorbe Luis - Universidade de Coimbra, Coimbra - Portugal
Ascedio Jose Rodrigues - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP
Brent Winston - University of Calgary, Calgary - Canada
Carlos Alberto de Assis Viegas - Universidade de Brasília, Brasília - DF
Carlos Alberto de Castro Pereira - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP
Carlos M. Luna - Hospital de Clinicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires - Argentina
Carmen Silvia Valente Barbas - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Celso Ricardo Fernandes de Carvalho - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Dany Jasinowodolinski - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Denis Martinez - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS
Douglas Bradley - University of Toronto, Toronto, ON - Canadá
Emílio Pizzichini - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC
Fábio Biscegli Jatene - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Frank McCormack - University of Cincinnati School of Medicine, Cincinnati, OH - USA
Geraldo Lorenzi Filho - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Gilberto de Castro Junior - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Gustavo Javier Rodrigo - Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevidéu - Uruguay
Ilma Aparecida Paschoal - Universidade de Campinas, Campinas - SP
C. Isabela Silva Müller - 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 Alberto Neder - Queen's University - Ontario, Canada
José Antonio Baddini Martinez - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP
José Dirceu Ribeiro - Universidade de Campinas, Campinas - SP
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 Miravitlles - University Hospital Vall d'Hebron - Barcelona, Catalonia - Spain
Marisa Dolhnikoff - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Marli Maria Knorst - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS
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
Oliver Augusto Nascimento - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP
Paul Noble - Duke University, Durham, NC - USA
Paulo Francisco Guerreiro Cardoso - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
Paulo Manuel Pêgo 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 - Vanderbili 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
Sérgio Saldanha Menna Barreto - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS
Sonia Buist - Oregon Health & Science University, Portland, OR - USA
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

ISSN 1806-3713

JBP
Jornal Brasileiro de Pneumologia

Expediente

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Secretaria: SCS Quadra 01, Bloco K, Asa Sul, salas 203/204. Edifício Denasa, CEP 70398- 900 Brasília - DF, Brasil.
Telefone (55) (61) 3245- 1030/ 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 2019-2020):
Presidente: Dr. José Miguel Chatkin - RS
Presidente Eleita (biênio 2021/2022): Dra. Irma de Godoy - SP
Secretário Geral: Dra. Raquel Melo Nunes de Carvalho - DF
Diretor de Defesa Profissional: Dr. Flávio Mendonça Andrade da Silva - MG
Diretor Financeiro: Dr. Luiz Paulo Pinheiro Loivos - RJ
Diretor de Assuntos Científicos: Dr. José Antônio Baddini Martinez - SP
Diretor de Ensino e Exercício Profissional: Dr. Alberto Cukier - SP
Diretora de Comunicação: Dra. Tatiana Galvão - BA
Presidente do Congresso SBPT 2020: Dr. Mário Terra Filho - SP
Editor-Chefe do Jornal Brasileiro de Pneumologia: Dr. Bruno Guedes Baldi - SP

CONSELHO FISCAL (Biênio 2019-2020)
Efetivos: Dr. Ronaldo Rangel Travassos Júnior, Dr. David Vogel Koza, Dr. Jamocyr Moura Marinho
Membros Suplentes: Dr. Márcio Andrade Martins, Dr. Fernando Antônio Mendonça Guimarães, Dr. Thúlio Marques Cunha

COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:
Departamento Cirurgia Torácica: Sérgio Tadeu Lima Fortunato Pereira
Departamento de Distúrbios Respiratórios do Sono: Sônia Maria G. P. Togeiro Moura
Departamento Endoscopia Respiratória: Guilherme Sóstenes Costa Montal
Departamento Função Pulmonar: Maria Raquel Soares
Departamento imagem: Bruno Hochhegger
Departamento Patologia pulmonar: Vera Luiza Capelozzi
Departamento Pneumopediatria: Diego Djones Brandenburg

COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:
Comissão DPOC: Paulo José Zimermann Teixeira
Comissão Asma Brônquica: Maria Alenita de Oliveira
Comissão Câncer de Pulmão: Gustavo Faibischew Prado
Comissão Circulação Pulmonar: Caio Júlio Cesar dos Santos Fernandes
Comissão de Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais: Carlos Nunes Tietboehl-Filho
Comissão de Epidemiologia e Pesquisa: Juliana Carvalho Ferreira
Comissão de Fisioterapia: Flávio Maciel Dias de Andrade
Comissão Doença Pulmonar Avançada: Licia Zanol Lorencini Stanza-ni
Comissão Doenças intersticiais: Ronaldo Adib Kairalla
Comissão Fibrose Cística: Rodrigo Abensur Athanazio
Comissão Infecções Respiratórias: Rosemeri Maurici da Silva
Comissão Pleura: Roberta Karla Barbosa de Sales
Comissão Tabagismo: Luiz Fernando Ferreira Pereira
Comissão Terapia Intensiva: Eduardo Leite Vieira Costa
Comissão Tuberculose: Denise Rossato Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA DO JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA
Endereço: SCS Quadra 01, Bloco K, Asa Sul, salas 203/204. Edifício Denasa, CEP 70398-900 - Brasília - DF, Brasil. Telefone (55) (61) 3245-1030/ 0800 616218.
Analista Editorial: Luana Maria Bernardes Campos.
E-mail: jbp@jbp.org.br | jbp@sbpt.org.br
Tiragem: 800 exemplares | **Tamanho:**18 × 26,5 cm
Impresso em papel livre de ácidos

APOIO:
CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CAPES
Ministério da Educação
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Estaduais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE DOENÇAS DO TÓRAX
Presidente: Tadeu Peixoto Lopes
Secretário: Artur Gomes Neto
Endereço: Rua Professor José Silveira Camerino, n. 1085/ Sala 501, Pinheiro,
CEP: 57057-250- Maceió – AL
Telefone: (82) 30321967
E-mail: sociedadealagoana.dt@gmail.com
tadeupl@hotmail.com

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (ACAPTI)
Presidente: Antônio César Cavallazzi
Secretário: Adílson Medeiros dos Santos
Endereço: Rodovia SC, 401 Km 4 – 3854 - Saco Grande
CEP: 88.032 - 005 - Florianópolis – SC
Telefone: (48)32310314
E-mail: acapti@acapti.org.br
acavallazzi@uol.com.br
Site: www.acapti.org.br

ASSOCIAÇÃO DE PNEUMOLOGIA E CIRUGIA TORÁCICA DO RIO GRANDE DO NORTE
Presidente: Paulo Roberto de Albuquerque
Secretária: Suzianne Ruth Hosannah de Lima Pinto
Endereço: Av. Campos Sales, 762 - Tirol
CEP: 59.020-300 - Natal – RN
Telefone: (84)32010367 – (84)999822853
E-mail: paulo213@uol.com.br

ASSOCIAÇÃO MARANHENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA
Presidente: Maria do Rosario da Silva Ramos Costa
Secretário: João Batista de Sá Filho
Endereço: Travessa do Pimenta, 46 - Olho D'Água
CEP: 65.065-340 - São Luís – MA
Telefone: (98) 32486379/21091295/(98)999736600
E-mail: rrcosta2904@gmail.com

ASSOCIAÇÃO PARAENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: José Tadeu Colares Monteiro
Secretária: Lilian França dos Santos Monteiro Pereira
Endereço: Passagem Bolonha, 134, Bairro Nazaré
CEP: 66053-060 - Belém – PA
Telefone: (91)989346998
E-mail: spapnt@gmail.com
tadeucolares@hotmail.com

ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA
Presidente: Braulio Dyego Martins Vieira
Secretária: Tatiana Santos Malheiros Nunes
Endereço: Avenida Jose dos Santos e Silva, 1903
Nucleo de Cirurgia Torácica
CEP: 64001-300 - Teresina – PI
Telefone: (86)32215068/(86)999306664
E-mail: brauliodyego@gmail.com

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA
Presidente: José Correa Lima Netto
Secretário: Evandro de Azevedo Martins
Endereço: Av. Joaquim Nabuco, 1359 Centro - Hospital Beneficente Portuguesa - Setor Cirurgia Torácica
CEP: 69020030 - Manaus – AM
Telefone: (92) 3234-6334
E-mail: aapctmanaus@gmail.com
limanetto@msn.com

SOCIEDADE BRASILIENSE DE DOENÇAS TORÁCICAS
Presidente: Jefferson Fontinele e Silva
Secretária: Licia Zanol Lorencini Stanzani
Endereço: Setor de Clubes Sul, Trecho 3, Conj. 6
CEP: 70.200-003 - Brasília – DF
Tel/fax: (61) 3245-8001
E-mail: sbdt@ambr.org.br;
jeffersonfontinele@hotmail.com

SOCIEDADE CEARENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Mara Rúbia Fernandes de Figueiredo
Secretário: Thiago de Oliveira Mendonça
Endereço: Av. Dom Luis, 300, sala 1122, Aldeota
CEP: 60160-230 - Fortaleza – CE
Telefone: (85) 3087-6261 - 3092-0401
E-mail: assessoria@scpt.org.br
Site: www.scpt.org.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DA BAHIA
Presidente: Guilherme Sóstenes Costa Montal
Secretária: Isabella Oliveira Paixão de Araújo
Endereço: ABM - Rua Baependi,162 Sala 03, Terreo- Ondina
CEP: 40170-070 - Salvador – BA
Tel/fax: (71) 33326844
E-mail: pneumoba@gmail.com - spba@outlook.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO
Presidente: Rafael de Castro Martins
Secretária: Karina Tavares Oliveira
Endereço: Rua Eurico de Aguiar, 130, Sala 514
Ed. Blue Chip - Praia do Campo
CEP: 29.055-280 - Vitória – ES
Telefone: (27) 3345-0564 - (27)999826598
E-mail: rafaelcastromartins@gmail.com

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO
Presidente: Carlos Fernando Gossn Garcia
Secretária: Karla de Moura Carlos
Endereço: Av. Miguel Sutil, n. 8000,
Edf. Santa Rosa Tower, sala 1207
CEP: 78040-400- Cuiabá – MT
Telefone: (65)999681445
E-mail: cfggarcia@yahoo.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO DO SUL
Presidente: Henrique Ferreira de Brito
Secretário: Luiz Armando Pereira Patusco
Endereço: Rua 15 de novembro, 2552 - Edifício One Offices, Sala 901
CEP: 79020-300- Campo Grande - MS
Telefone: (67)981628382
E-mail: hfbrito_med35@hotmail.com

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Presidente: Rogério Lopes Rufino Alves
Secretário: Alexandre Ciminelli Malizia
Endereço: Largo do Machado, 21 - GR. 08 - sala 914 - Catete
CEP: 22221-020 - Rio de Janeiro – RJ
Tel/fax: (21) 3852-3677
E-mail: sopterj@sopterj.com.br
Site: www.sopterj.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL
Presidente: Adalberto Sperb Rubin
Vice: Gustavo Chatkin
Endereço: Av. Ipiranga, 5.311, sala 403
CEP: 90.610-001 - Porto Alegre – RS
Telefone: (51) 3384-2889
E-mail: sptrs.secretaria@gmail.com
Site: www.sptrs.org.br

SOCIEDADE GOIANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Karla Cristina de Moraes Arantes Curado
Secretária: Roseliane de Souza Araújo
Endereço: Galeria Pátio 22 - Rua 22 n. 69, Sala 17 – Setor Oeste
CEP: 74.120-130 - Goiânia – GO
Telefone: (62)3251-1202 / (62) 3214-1010
E-mail: sgpt2007@gmail.com
karlacurado1@hotmail.com

SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA
Presidente: Rodrigo Luís Barbosa Lima
Secretário: Leonardo Brant Rodrigues
Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro
CEP: 30.130-180 - Belo Horizonte – MG
Tel/fax: (31) 3213-3197 -
E-mail: smpct@smpct.org.br
Site: www.smpct.org.br

SOCIEDADE PARAIBANA DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA
Presidente: Maria Enedina Claudino Aquino Scuarcialupi
Secretária: Gerlânia Simplício Sousa
Endereço: Rua José Florentino Jr. 333– Tambauzinho
CEP: 58042-040 – João Pessoa – PB
Telefone: (83)38863700
E-mail: enedinapneumo@enedinapneumo.com

SOCIEDADE PARANAENSE DE TISIOLOGIA E DOENÇAS TORÁCICAS
Presidente: Irinei Melek
Secretária Geral: Áquila Andrade Carneiro
Endereço: Av. Sete de Setembro, 5402 - Conj. 105, 10ª andar Batel
CEP: 80240-000 - Curitiba – PR
Tel/fax: (41) 3342-8889
E-mail: contato@pneumopr.org.br
Site: www.pneumopr.org.br

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Roberto Rodrigues Junior
Secretária: William Salibe Filho
Endereço: Rua Machado Bittencourt, 205, 8° andar, conj. 83 - Vila Clementino
CEP: 04.044-000 São Paulo – SP
Telefone: 0800 17 1618
E-mail: sppt@sppt.org.br
Site: www.sppt.org.br

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Adriana Velozo Gonçalves
Secretária: Danielle Cristina Silva Clímaco
Endereço: Rua João Eugênio de Lima , 235, Boa Viagem
CEP: 51030-360 - Recife – PE
Tel/fax: (81)988817435
E-mail: pneumopernambuco@gmail.com
adrianavelozo@hotmail.com

SOCIEDADE SERGIPANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Anaelze Siqueira Tavares Tojal
Secretário: Ostílio Fonseca do Vale
Endereço: Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 211, Sala 11 Bairro São José
CEP: 49050-370- Aracaju - SE
Telefone: (79) 21071412 - (79)999780042
E-mail: anaelze.tojal@gmail.com

DIRETORIA BIÊNIO 2019-2020

| Presidente SBPT
JOSÉ MIGUEL CHATKIN **RS**
| Presidente Eleita (biênio 2021/2022)
IRMA DE GODOY **SP**
| Secretário - Geral
BENEDITO FRANCISCO CABRAL JUNIOR **DF**
| Diretor de Defesa Profissional
FLÁVIO MENDONÇA ANDRADE DA SILVA **MG**
| Diretor Financeiro
LUIZ PAULO PINHEIRO LOIVOS **RJ**
| Diretor de Assuntos Científicos
JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ **SP**
| Diretor de Ensino e Exercício Profissional
ALBERTO CUKIER **SP**
| Diretora de Comunicação
TATIANA SENNA GALVÃO NONATO ALVES **BA**
| Presidente do Congresso SBPT 2020
MARIO TERRA FILHO **SP**

COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA

ALBERTO CUKIER	SP
BENEDITO FRANCISCO CABRAL JUNIOR	DF
BRUNO HOCHHEGGER	RS
CAIO JÚLIO CESAR DOS SANTOS FERNANDES	SP
DIEGO DJONES BRANDENBURG	RS
FLÁVIO MENDONÇA ANDRADE DA SILVA	MG
IRMA DE GODOY	SP
JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ	SP
JOSÉ MIGUEL CHATKIN	RS
LUIZ FERNANDO FERREIRA PEREIRA	MG
LUIZ PAULO PINHEIRO LOIVOS	RJ
MARIA ALENITA DE OLIVEIRA	PB
MARIA RAQUEL SOARES	SP
MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI	PB
MARIO TERRA FILHO	SP
PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA	RS
ROSEMERI MAURICI DA SILVA	SC
TATIANA SENNA GALVÃO NONATO ALVES	BA

J Bras Pneumol. 2019;45(supl.2R):R1-R224

PÔSTER COM DISCUSSÃO

PO001 VARIANTES GENÉTICAS NO GENE CASP1 FORAM ASSOCIADAS COM EOSINOFILIA, ASMA E MARCADORES DE ATOPIA EM UM ESTUDO DO TIPO CASO CONTROLE

GERSON DE ALMEIDA QUEIROZ; CAMILA ALEXANDRINA VIANA DE FIGUEIREDO FONTANA; RAIMON RIOS DA SILVA; ANAQUE DE OLIVEIRA PIRES; NEUZA MARIA ALCÂNTARA-NEVES; MAURÍCIO LIMA BARRETO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; CASP1; Variantes genéticas

Introdução: A asma atópica é uma doença inflamatória crônica nas vias aéreas inferiores, caracterizada pela produção de citocinas do tipo Th2, como a interleucina (IL)-4, IL-5 e IL-13. A IL-33 exacerba a asma alérgica induzida por alérgenos. Esta citocina ativa várias células imunológicas através de seu receptor de membrana (ST2L) e induz a liberação de citocinas do tipo Th2, polarizando a inflamação Th2. O NLRP3 é um receptor que está localizado no citoplasma de células Th2 e regula o programa Th2 atuando como um fator de transcrição nestas células. Quando ativado o NLRP3 ativa a proteína adaptadora associada a apoptose (ASC) e caspase-1 para formar um complexo citosólico multiproteico, inflamassoma NLRP3. Interessantemente, a ativação do inflamassoma NLRP3 culmina na inativação funcional da IL-33 livre pela ação da caspase-1. **Objetivo:** Portanto, o objetivo deste estudo foi associar polimorfismos no gene *CASP1* com o número de eosinófilos, asma e marcadores de atopia em uma população Brasileira. **Métodos:** O DNA foi extraído do sangue periférico de 1. 244 indivíduos e as amostras foram genotipadas usando o Illumina 2. 5 Human Omni Beadchip. IgE anti-*B. germanica* foi realizado utilizando o ImmunoCAPassay. O teste cutâneo (SPT) foi realizado no antebraço direito de cada indivíduo usando extratos de *B. Tropicalis* e *P. americana*. Regressões logísticas foram realizadas para asma, IgE-anti *B. germanica* e SPT anti-*B. tropicalis* e *P. americana* ajustadas para sexo, idade, infecção por helmintos e marcadores de ancestralidade, foram realizadas utilizando o software PLINK 1. 9, no modelo aditivo. A análise estatística para o número de eosinófilos na presença de cada genótipo foi realizada utilizando-se o software GraphPad 6, através do teste não paramétricos Mann-Whitney. **Resultados:** O alelo T da variante rs7925706 foi associado com maior risco para asma (OR 1. 47, p=0. 008). Os alelos A, A e G das variantes rs531542, rs580253 e rs556205 foram associados com SPT para *P. americana* (OR 1. 40, p=0. 031), (OR 1. 40, p=0. 031) e (OR 1. 49, p=0. 032), respectivamente. Por outro lado o alelo A da variante rs79180143 foi negativamente associado com SPT para *B. tropicalis* (OR 0. 79, p=0. 046). Além disso, os genótipos CT/TT foram associados com aumento do numero de eosinófilos quando comparado com o genótipo CC entre indivíduos asmáticos p=0. 0004. **Conclusão:** Variantes no gene *CASP1* foram associados com aumento de eosinófilo, asma e marcadores de atopia em nossa população. No entanto, mais estudos devem ser realizados para investigar o papel funcional desse gene que poderia explicar o desenvolvimento de doenças complexas como a asma. **Referências:** 1. Bruchard, M. et al. (2015). "The receptor NLRP3 is a transcriptional regulator of TH2 differentiation. " Nat Immunol 16(8): 859-870. 2. Madouri, F., N. Guillou, et al. (2015). "Caspase-1 activation by NLRP3 inflammasome dampens IL-33-dependent house dust mite-induced allergic lung inflammation. " J Mol Cell Biol 7(4): 351-365.

PO002 SINTOMAS ELEVADOS DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS COM ASMA: PERCEPÇÃO CONFORME A PERSPECTIVA DE CRIANÇAS E SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS.

VITÓRIA TEIXEIRA DA CRUZ[1]; RENATA TOMAZ[2]; TACITO ZAILDO DE MORAIS SANTOS[1]; LUCAS MENESCAL JALES[1]; KAROLINNE SOUZA MONTEIRO[1]; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, JOÃO PESSOA - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; ansiedade; criança

Introdução: A asma é uma das principais doenças crônicas da infância caracterizada por hiper-responsividade brônquica, variação do fluxo aéreo expiratório e sintomas intermitentes. A criança com asma geralmente apresenta sibilância, dispneia, tosse e opressão torácica. Além desses sintomas respiratórios, transtornos psicológicos também podem estar associados, principalmente ansiedade e depressão. A prevalência de transtornos de ansiedade na população infantil com asma é três vezes maior quando comparada com crianças saudáveis. **Objetivos:** Avaliar a concordância entre a percepção de ansiedade das crianças com asma e a percepção dos pais/responsáveis. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, que utilizou dados parciais de uma tese de doutorado desenvolvida no Programa de Pós Graduação da UFRN. A amostra foi composta por crianças de 7 a 12 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de asma persistente controlada de acordo com os critérios da Global Initiative for Asthma (GINA) e seus respectivos pais/responsáveis. As crianças foram avaliadas por meio de um questionário para avaliação sociodemográfica e clínica; teste de função pulmonar pelo espirômetro portátil digital KOKO® e a Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS), para avaliação dos sintomas específicos da ansiedade. Os pais/cuidadoresresponderam a Escala Spence de Ansiedade Infantil - versão dos pais (SCAS-P). Utilizou-se o programa SPSS 20. 0 Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20. 0. Para descrever a concordância entre a percepção das crianças e a percepção dos pais foi utilizado o Índice de Kappa. **Resultados:** Foram analisados dados de 42 crianças com asma, de ambos os gêneros com idade média de 10,4 ±1,9 anos. 31% das crianças foram classificadas com asma leve, 16% asma moderada e 31% asma grave. 16,7%, 52,4%, e 31% foram classificadas como asma controlada, parcialmente controlada e descontrolada, respectivamente. Sintomas elevados de ansiedade foram observados em 35,7% dos casos. Não houve concordância estatisticamente significativa entre a percepção das crianças e dos pais dos sintomas de ansiedade de separação, ataque de pânico, medo de danos físicos e problemas obsessivos compulsivos (p>0,05). Houve uma fraca concordância estatisticamente significativa entre a percepção das crianças e a percepção dos pais dos sintomas de Fobia social (Kappa = 0,09,

BY-NC © 2019 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

p=0,04), ansiedade generalizada (Kappa = 0,12, p=0,002) e escore total da SCAS (Kappa = 0,11, p=0,001). **Conclusão:** Existe uma fraca concordância entre a percepção das crianças e dos pais acerca dos sintomas específicos da ansiedade, indicando que esta avaliação deva ser conduzida na percepção de ambos para um melhor manejo clínico e controle da doença.

PO003 COMPARAÇÃO DO USO DE DOIS PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS, FORMOTEROL/BUDESONIDA + IPRATRÓPIO/ FENOTEROL SPRAY VERSUS IPRATRÓPIO/FENOTEROL POR NEBULIZAÇÃO, NO MANEJO DO BRONCOESPASMO EM PACIENTES ASMÁTICOS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES.

JULIANA CARDOZO FERNANDES; MARIANA CRESPO; ANA PAULA LOESCH; CARINE ROCHA DOS SANTOS; TAMIRES TIBOLA DE MATTOS; JULIA BRANDALISE VICARI.
HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Broncoespasmo; Emergência

Introdução: A crise asmática é uma emergência médica muito comum, apresentando como manifestação clínica o broncoespasmo. É responsável pela utilização de parcela significativa de recursos do setor de emergência, assim como de tempo de atendimento, visto a necessidade de reavaliações frequentes conforme a realização do manejo inicial, até que a decisão de internação ou alta hospitalar possa ser tomada. As evidências mostram que o manejo da crise no pronto atendimento é fundamental determinante no desfecho dessa situação. **Objetivo:** Analisar dois protocolos institucionais para o manejo de broncoespasmo em pacientes asmáticos no departamento de emergência: Fenoterol/ Ipratrópio via nebulização (protocolo 1) e Formoterol/ Budesonida + Fenoterol/Ipratrópio via spray (protocolo 2), avaliando a diferença no tempo de permanência na sala de emergência e na necessidade de internação hospitalar. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, observacional, de análise de dois protocolos institucionais em dois períodos de tempo diferentes. Casos foram pareados nos meses de julho a setembro de 2017 (protocolo 1) e julho a setembro de 2018 (protocolo 2) pareando a sazonalidade. **Resultados:** Os grupos foram homogeneos na idade, sexo e comorbidades. Para o grupo nebulização a média de tempo de atendimento foi de 3hr e 4 min (desvio padrão de 1hr e 26min) e para o grupo spray com espaçador a média foi de 2hr e 47 min (desvio padrão de 1hr e 13 min) sendo 17 minutos mais rapido nesse último, porem sem diferença significativa entre os grupos (p=0,92). Dos pacientes que fizeram o nebulização, 35 (23,5%) foram internados. Dos que fizeram o spray com espaçador, 31 (20,7%) foram internados., sem diferença estatística significativa (p=0,653). **Conclusão:** Após comparação do protocolo 1 e 2, em dois grupos de características semelhantes conclui-se que apesar de o tempo de permanência em emergência do protocolo 2 ser menor, ainda não há evidência de que essa redução seja significativa, concluindo no momento os resultado de não inferioridade. Em relação a taxa de internação, também não houve diferença significativa entre os dois grupos. Um aumento da amostra é necessario para resultados mais conclusivos.

PO004 SINTOMAS DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS COM ASMA: EFEITOS NO CONTROLE CLÍNICO E SEVERIDADE DA DOENÇA .

RENATA TOMAZ[1]; ADA CRISTINA JÁCOME[2]; CLÉIA TEIXEIRA DO AMARAL[2]; THAYLA AMORIM SANTINO[2]; FERNANDA ELIZABETH PEREIRA DA SILVA[2]; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Ansiedade; Controle clínico

Introdução: Sintomas de ansiedade têm sido demonstrados como comorbidades frequentes em crianças e adolescentes com asma. [1–3] Estes têm sido associados à episódios de disfunção respiratória (DR), que ocorridos crônicamente, podem levar à uma deteriorização da qualidade de vida. [4]**Objetivos:** investigar a relação entre sintomas de ansiedade e os fatores relacionados ao controle clínico e severidade da asma em crianças. **Métodos:** Estudo transversal, comparativo, iniciado após apreciação ética, mediante parecer favorável CAAE: 67253617. 4. 0000. 5537. Participaram deste estudo 42 crianças entre 7-12 anos encaminhadas a partir de um centro de referência para tratamento da asma do município de Natal-RN. O controle e a severidade da asma foram avaliadas seguindo as recomendações da GINA (2019). [5] As crianças não deveriam apresentar: doença cardíaca ou neuromuscular diagnosticada, infecções nas vias aéreas superiores ou inferiores nas duas semanas que antecederiam à realização das avaliações, presença de comprometimento neurológico e/ou incompreensão das orientações necessárias para a realização das avaliações propostas. O controle clínico das asma e a presença de sintomas de ansiedade foram avaliadas a partir dos instrumentos *Childhood Asthma Control* (c-ACT) / *Asthma Control Test* (ACT), e *Spence Children's Anxiety* (SCAS[6–8]Os dados foram analisados pelo software SPSS versão 23. 0. A comparação dos escores médios do controle clínico (c-ACT e ACT) em função das variáveis categóricas foi avaliada pelo teste *t de Student* ou ANOVA. Em seguida, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla (método Stepwise) para avaliar quais eram capazes de determinar a variação do controle clínico (c-ACT e ACT). Um nível de significância ou valor de p <0,05 e 95% de intervalos de confiança foram usados para todos os testes. **Resultados:** Foram analisados dados de 42 crianças com asma, de ambos os gêneros com idade média de 10,4 ±1,9 anos. 31% das crianças foram classificadas com asma leve, 16% asma moderada e 31% asma grave. 16,7%, 52,4%, e 31% foram classificadas como asma controlada, parcialmente controlada e descontrolada, respectivamente. A ansiedade elevada foi observada em 35,7% das crianças avaliadas. Todas as crianças apresentaram um ou mais sintomas de ansiedade elevados, identificado pelos domínios da SCAS. A comparação dos escores médios do ACT/c-ACT diferiu significativamente em função da escolaridade do chefe familiar (p=0,03), sintomas elevados de Ansiedade de separação (p= 0,04) e Fobia Social (p= 0,02). A análise de regressão linear resultou em um modelo estatisticamente significativo entre os sintomas de fobia social (ß = -0. 31, p<0. 03) e escolaridade do chefe familiar (ß = -0. 33, p<0. 02), explicando 19,3% da variação dos escores do controle clínico da asma [F (2,39) = 5,91; p=0,006; R^2 =0,19]. **Conclusão:** O presente estudo aponta evidências da relação entre os sintomas de ansiedade, com um pior controle clínico em crianças com asma.

PO005 NÍVEL DE AUTOPERCEPÇÃO E CONTROLE DA ASMA ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

RITA DE CÁSSIA DO ROSÁRIO NUNES; ANA PAULA SARTORI SUZANA; ALAN DOSE FALCAO; ANTONIO COLUSSI DIEHL; CLARISSA POSSAMAI TRES; LEONARDO OZORIO.
UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: asma; controle da asma; autopercepção

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada por obstrução reversível ao fluxo aéreo. Os sintomas usualmente permanecem ausentes por semanas ou meses, entretanto, os pacientes podem apresentar exacerbações, as quais podem ser graves o suficiente para causar a morte. O controle da asma é feito a partir do uso contínuo de medicamentos que diminuem a inflamação crônica das vias aéreas e de medicação de resgate nas crises. No Brasil estima-se que apenas 9% dos pacientes asmáticos estão controlados, em contraste com países desenvolvidos, onde cerca de 50% encontram-se com a doença controlada. **Objetivos:** Avaliar o nível de controle da asma em indivíduos com maior grau de escolaridade, além do nível de auto-percepção quanto ao controle da sua doença. **Metodologia:** Foi conduzido um estudo transversal através de um questionário on-line com 35 perguntas disponibilizado aos alunos da Universidade de Passo Fundo pela Intranet. Participaram da pesquisa, 534 universitários, dos quais 116 eram asmáticos, número este calculado como tamanho amostral necessário para um intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A prevalência calculada a partir dos graduandos que responderam positivamente ao questionário foi de 21,72%, com predominância do sexo feminino (68,1%), dados que corroboram estudos anteriores de prevalência de asma no Brasil. Apenas uma minoria dos estudantes (26,72%) encontrava-se com a doença controlada de acordo com os critérios do GINA, 44% estavam parcialmente controlados e cerca de 29% não estavam controlados. Os principais sintomas associados à falta de controle foram o despertar noturno presente em 48,3% dos casos e a limitação ao exercício relatada por 46,6% dos alunos. A presença de sintomas diurnos foi relatada por 42,2% dos alunos e o uso de medicação de resgate em 30,2%. No entanto, noventa e um estudantes (78,4%) acreditavam estar com sua asma controlada, essa discrepância entre o controle real e a percepção de controle foi maior no grupo de indivíduos parcialmente controlados, com 84,3% respondendo que sentiam que sua doença estava controlada ($p \leq 0,001$). Dentre os motivos mais citados pelos participantes sem controle estava o fato de que a maioria não tinha crises ou precisou ir à emergência frequência no último ano, entretanto notou-se significativa restrição às atividades diárias, ao exercício sono e maior uso de medicamentos de resgate. Ao mesmo tempo apenas 26 individuos (32,5%) faziam uso diário dos medicamentos para o controle da asma, a maioria (54%) referiu não ter sido orientada ao uso continuado e 30% acreditavam não ser necessário o uso diário. **Conclusão:** A autopercepção quanto ao controle da doença difere bastante do controle real, eh necessário orientar o paciente quanto ao que representa controle verdadeiro para que ele perceba a necessidade do uso contínuo da medicação de controle.

PO006 AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM PACIENTES QUE ADQUIREM MEDICAMENTOS INALATÓRIOS EM UMA REDE DE FARMÁCIAS

JOSE EDUARDO DELFINI CANÇADO[1]; ELIANE MESSIAS RODRIGUES[2]; CRISTINA VASCONCELOS PIEROZZI[2].
1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, PIRACICABA - SP - BRASIL; 2. DROGAL FARMACÊUTICA LTDA, PIRACICABA - SP - BRASIL.

Palavras-chave: controle da asma; medicamentos inalatórios; farmácia popular

Introdução: O manejo farmacológico da asma mudou consideravelmente nas últimas décadas a partir do entendimento de que a asma é uma doença heterogênea e complexa. A asma continua sendo a 4ª causa de internação hospitalar no SUS. No Brasil em 2013, ocorreram 129. 728 internações e 2. 047 mortes no Brasil. O governo brasileiro disponibiliza gratuitamente medicamentos inalatórios para asma pela farmácia popular, mas o controle da asma e da efetividade dessa dispensação não é feito de maneira sistematizada. **Objetivos:** O presente estudo avaliou o controle da asma em pacientes que procuram espontaneamente uma farmácia para adquirir um medicamento inalatório pela farmácia popular ou comprá-lo. **Métodos:** Foi aplicado um questionário a cada um dos pacientes com asma que procurou uma 60 das farmácias incluídas no programa na avaliação, no período de 1 de fevereiro a 26 de abril de 2019. No questionário foi incluído a idade, sexo, há quanto tempo tem asma, se o paciente compra ou adquire o medicamento pela farmácia popular, qual (ais) medicamento (s) e o Teste de Controle da Asma (ACT). **Resultados:** Foram avaliados 639 pacientes portadores de asma, com idade média de 27 anos, sendo 55% do sexo feminino e em média, portadores de asma há 8,2 anos. A avaliação do controle da asma pelo ACT mostrou que 79% dessa população está com a asma mal controlada (ACT < 20), 19% parcialmente controlada (ACT = 20-24) e 2% está com sua asma totalmente controlada (ACT = 25). Nas últimas 4 semanas 77% referiu limitação das atividades na escola ou trabalho, 42% teve falta de ar pelo menos uma vez ao dia e 58% utilizou broncodilatador de resgate diariamente. Porém, 53% desses pacientes avaliaram sua asma como bem ou completamente controlada. Dos 639 asmáticos avaliados, 55% (351 pacientes) adquiriram o medicamento pela farmácia popular e 45% (288 pacientes) compraram o medicamento. Dos 351 pacientes que adquiriram o medicamento pela farmácia popular, 42% utiliza somente broncodilatador. O controle da asma nos pacientes que adquiriram o medicamento pela farmácia popular foi pior do que nos pacientes que compram os medicamentos, 82% vs. 75% estava com a asma mal controlada, 16% vs. 22% parcialmente controlada e 1% vs. 3% com a asma totalmente controlada, respectivamente. **Conclusão:** O nível de controle da asma continua muito baixo no Brasil. Apesar da disponibilização de medicamentos para tratamento da asma, grande parte dos pacientes que adquirem medicamentos pela farmácia popular utilizam somente broncodilatador e de uma maneira geral, o controle da asma é pior, comparado com pacientes que compram o medicamento. Esses dados confirmam que o acesso isolado aos medicamentos não é suficiente, havendo a necessidade da criação de um Plano Nacional de Asma no Brasil, com educanção e capacitação de profissionais da atenção básica de saúde e, pacientes.

PO007 CONTROLE CLÍNICO DA ASMA PERCEBIDO POR ADOLESCENTES E SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS

FERNANDA ELIZABETH PEREIRA DA SILVA; LUCAS MENESCAL JALES; THAYLA AMORIM SANTINO; SARAH JOYSI ALMEIDA LEITE; CLÉIA TEIXEIRA DO AMARAL; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Adolescentes; Controle clinico

Introdução: A asma é uma doença crônica caracterizada pela inflamação das vias aéreas. Dentre outros sintomas, observa-se a ocorrência de sibilos, dispneia, tosse e desconforto torácico. O controle clínico reflete a intensidade com a qual as manifestações da doença podem ser suprimidas, sendo considerado um importante indicador do manejo da asma. A diferença na percepção do estado da doença entre pais e filhos interfere diretamente nas características limitantes da asma. Apesar da relação da

percepção do controle clínico já ter sido investigada entre crianças e seus pais, existe uma lacuna quanto a avaliação da percepção do controle clinico da doença entre adolescentes e seus pais. **Objetivo:** Avaliar a percepção do controle clínico da asma de adolescentes e seus pais. **Métodos:** A avaliação do controle clínico foi feita por meio dos questionários *Pediatric Asthma Control and Communication Instrument* (PACCI), destinado aos pais/cuidadores, e o *Asthma Control Test* (ACT), destinado aos adolescentes em suas versões previamente traduzidas e adaptadas para a população brasileira. Os dados foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. 0. Foi realizado teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das medidas, em seguida foi realizada a análise descritiva por meio de medidas de dispersão e tendência central. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para verificar a correlação entre o nível de controle clínico da asma a partir da percepção dos pais/cuidadores e dos adolescentes. **Resultados:** Foram avaliados 20 adolescentes com asma, com média de idade de 13,5 anos, sendo a maioria do sexo feminino (55%); e seus respectivos pais, representados por maioria do sexo feminino (95%). A maioria foi classificada com asma parcialmente controlada (65%) e de severidade leve (45%). Na percepção dos adolescentes, 85% destes possuíam asma não controlada e na percepção dos pais/responsáveis 30% possuía asma não controlada. Não foram observadas correlações significativas entre ACT e o PACCI (considerando os formatos soma do escore e índice) ($r= -0,25$; $p > 0,05$; $r= -0,15$; $p > 0,05$, respectivamente). **Conclusão:** Os resultados deste estudo apontam que a percepção dos pais difere da percepção de seus filhos adolescentes quanto ao controle clínico da asma. **Referências:** Santino TA. Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica do Pediatric Asthma Control and Communication Instrument - PACCI. 2018. 127f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, Pimentel L, D'Oliveira Júnior A, Cruz AA. Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil. J Bras Pneumol. 2010;36(2): 159–66. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for asthma Management and Prevention. 2018.

PO008 PREVALÊNCIA E GRAVIDADE DE RINITE ALÉRGICA E NÍVEL DE CONTROLE DE ASMA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

RITA DE CÁSSIA DO ROSÁRIO NUNES; GABRIELE PIVA BOITO; NATHAN CRUZ BERGAMASCHI SANTOS; WALESKA CANDATEN FURINI; SHALINE IBRAHIM TOCHETTO; ANTONIO COLUSSI DIEHL. *UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.*

Palavras-chave: asma; rinite alérgica; via aérea única

Introdução: A rinite alérgica (RA) é uma doença inflamatória da mucosa nasal mediada por inalação de alérgenos em indivíduos sensibilizados, que acarreta sintomas de obstrução nasal, espirros, prurido nasal e rinorreia. É classificada de acordo com sua frequência (intermitente e persistente) e gravidade (leve e moderada/grave). Já a asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada por obstrução reversível ao fluxo aéreo, classificada em controlada, parcialmente controlada ou não controlada. Ambas possuem fisiopatologia e epidemiologia relacionadas, acreditando-se que são duas expressões clínicas da mesma patologia atópica. Frequentemente o controle da asma passa pela necessidade de controle dos sintomas da RA. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de RA em um grupo de asmáticos, bem como analisar o impacto da doença das vias aéreas altas no controle da asma. **Metodologia:** Este trabalho foi realizado a partir de um estudo tranversal conduzido pelo mesmo grupo de pesquisa denominado "Avaliação do nível de controle da asma e do conhecimento da doença entre estudantes universitários". Acadêmicos da Universidade de Passo Fundo responderam a um questionário disponibilizado através da Intranet da Instituição, um dos seus objetivos era indicar a prevalência da asma nessa população e identificar seu nível de controle através dos critérios GINA. Dentre as perguntas, foi questionado quanto a presença de sintomas de rinite alérgica, sua frequência e gravidade de acordo com os critérios do último ARIA (2008), contudo, sem citar o diagnóstico de rinite alérgica. Resultados Dos 116 acadêmicos que preencheram o critério de inclusão, 114 (98,2%) tiveram o diagnóstico de RA. Com relação a frequência dos sintomas, 81 (70,05%) tinham rinite intermitente enquanto 33 (28,94%) tinham rinite persistente. Não se evidenciou relação entre a frequência dos sintomas e o nível de controle da asma na população ($p=0,811$). Entretanto com relação a gravidade, 18 indivíduos (15,78%) foram classificados como "rinite leve" e 96 (84,21%) como "rinite moderada/grave". Ao contrário da frequência dos sintomas, aqui observou-se uma relação significativa entre a sua gravidade e o nível de controle da asma nos acadêmicos ($p=0,035$). A alta prevalência de RA moderada e grave pode ter contribuído para a falta de controle da asma (apenas 73%). No entanto, não pode ser inteiramente responsabilizada pelo menor controle da asma, já que a maioria não fazia uso da medicação de controle. Outro aspecto dessa relação foi o contato dos entrevistados com alérgenos (animais de estimação, cigarro, ácaros, fungos, pólen e poeira). **Conclusão:** Como manifestações clínicas da mesma doença atópica, o controle dos sintomas de RA é fundamental para o controle da asma. Negligenciar a rinite alérgica no asmático dificulta o controle da doença e limita o benefício do tratamento sobre a qualidade de vida do paciente.

PO009 RELAÇÃO ENTRE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E EXACERBAÇÕES DA ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO (PAPA) DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA (HUPD) EM SÃO LUIS – MA

THIFANNY RODRIGUES DE OLIVEIRA[1]; MARIA DO ROSARIO DA SILVA RAMOS COSTA[2]; DANIEL CUTRIM AIRES[2]; CLÁUDIO HENRIQUE DE MELO PEREIRA FILHO[2]; LETÍCIA ALVES SANTOS[2]; NAARA RAYANE MOURA CUTRIM[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS - MA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Exacerbação; IMC

Introdução: Asma e obesidade são dois importantes problemas de saúde pública, tendo sido demonstrado na literatura associação entre as duas conduções clínicas. Nos guidelines atuais um dos principais objetivos do tratamento da asma é a prevenção de exacerbações, e os fatores relacionados ao excesso de peso são descritos como predisponentes para crises agudas de asma. Uma vez identificados pacientes com maior risco de exacerbações, torna-se mais fácil o desenvolvimento de estratégias de prevenção, resultando em menor morbimortalidade por asma e reduzindo custos em saúde. **Objetivos:** O trabalho objetiva fazer a análise e correlacionar a incidência de exacerbações no período de um ano com o índice de massa corporal (IMC) nos pacientes atendidos no período de 1 de abril a 2 de maio de 2019 na unidade de Assistência

ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD). **Metodologia:** Foram coletadas informações a partir de prontuários de 373 pacientes atendidos no PAPA no período de 1 de abril a 2 de maio, nos quais observou-se a presença de fatores que caracterizam ocorrência de exacerbação (curso de corticoide sistêmico por 3 ou mais dias e/ou necessidade de atendimento de emergência por asma e/ou hospitalização por asma) no período de 12 meses e o IMC dos mesmos. Utilizou-se os softwares EXCEL® 2012 e STATA® 12. 1 para compilação dos dados, os quais foram agrupados, interpretados e correlacionados através dos testes de Qui-quadrado. **Resultados:** A amostra consistiu de 373 pacientes asmáticos, de ambos os sexos, com média de idade de 53,96 anos. Quando estratificados de acordo com o IMC, 9 (2,41%) apresentavam-se abaixo do peso ideal (IMC<18,5 kg/m^2), 113 (30,29%) possuíam peso adequado (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m^2), 153 (41,02%) apresentavam sobrepeso, 98 (26,28%) tinham algum grau de obesidade (IMC≥ 30 kg/m^2), sendo assim distrubuídos: 62 (16,62%) possuíam obesidade grau 1, 24 (6,43%) possuíam obesidade grau 2 e 12 (3,22%) apresentavam-se com obesidade mórbida. No período de um ano, 86 pacientes relataram ao menos um episódio de exacerbação, constituindo 23,06% da amostra estudada. Dentre os pacientes que exacerbaram, 37 (43,02%) tinham sobrepeso e 30 (34,88%) apresentavam algum grau de obesidade, enquanto 16 (18,60%) tinham peso ideal e 3 (3,49%) estavam abaixo do peso. A associação entre presença de exacerbação e excesso de peso (incluindo sobrepeso e obesidade) mostrou-se estatisticamente significativa (valor-p = 0,019).

PO010 PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM ASMA E SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS

KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA[1]; LUCAS MENESCAL JALES[1]; FERNANDA ELIZABETH PEREIRA DA SILVA[1]; THAYLA AMORIM SANTINO[2]; RAQUEL EMANUELE DE FRANÇA MENDES ALVES[1]; KAROLINNE SOUZA MONTEIRO[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAMPINA GRANDE - RN - BRASIL.

Palavras-chave: asma; qualidade de vida; criança

Introdução: A asma é caracterizada pela inflamação crônica das vias aéreas com resposta exagerada a vários estímulos. A doença não controlada, além de causar diversas consequências físicas, também traz um forte impacto emocional, podendo repercutir negativamente na qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) do indivíduo. **Objetivo:** avaliar a concordância entre a percepção da QVRS de crianças e adolescentes com asma e a percepção de seus pais/responsáveis a partir das da versão brasileira do *PedsQL™ Asthma Module Short Form 22*. **Métodos:** estudo de caráter transversal e exploratório. Foram incluídos crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com idade de 5 a 18 anos, com diagnóstico médico confirmado de asma de acordo com os critérios da *Global Initiave for Asthma*, e seus respectivos pais/responsáveis. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos com o parecer nº 1. 959. 570/17. A condição socioeconômica foi avaliada com o questionário Critério de Classificação Econômica Brasil proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). A QVRS foi avaliada pelo instrumento *PedsQL™ Asthma Module SF 22* em sua versão traduzida, adaptada e validada para a população brasileira. A função pulmonar foi avaliada por meio da espirometria, seguindo as recomendações propostas pela *American Thoracic Society* e da *European Respiratory Society*. Os dados foram analisados por meio do software SPSS 20. 0, com nível de significância de 5%. Para comparar os escores do questionário das crianças e dos adolescentes com o dos seus pais/responsáveis foi utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI). **Resultados:** foram avaliados 40 participantes, sendo a maioria das crianças do sexo masculino (55%) e dos adolescentes a mostras se mostrou análoga, com média de idade de 10,57 ± 3,20 anos. A maioria da amostra possuía asma não controlada (50%) e em relação a severidade a amostra foi majoritariamente leve (47,5%). Quanto ao estado nutricional da amostra os adolescentes foram classificados como eutrófico (85%) e a maior parte das crianças com sobrepeso (45%). O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) entre a pontuação obtida no questionário PedsQL™ *Asthma Module SF* 22 das crianças/adolescentes e seus pais/responsáveis foi de 0,435 – 0,686 para as crianças e 0,382 – 0,389 para adolescentes. **Conclusão:** O *PedsQL™ Asthma Module SF 22* se mostrou capaz de fornecer medidas com concordância satisfatória para adolescentes e seus pais, entretanto medidas com fraca concordância foram encontradas para as crianças com diagnóstico de asma e seus pais/responsáveis. **Referências:** Alves R. PedsQL™ Asthma Module - Short Form 22: tradução, adaptação transcultural e avaliação de indicadores psicométricos da versão brasileira. 2018. Tese (Doutorado em Fisioterapia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for asthma Management and Prevention. 2018.

PO011 CONCORDÂNCIA ENTRE QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DO CONTROLE CLÍNICO DA ASMA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

THAYLA AMORIM SANTINO; KAROLINNE SOUZA MONTEIRO; ADA CRISTINA JÁCOME; FERNANDA ELIZABETH PEREIRA DA SILVA; SARAH JOYSI ALMEIDA LEITE; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: asma; criança; adolescente

Introdução: O controle da asma pode ser avaliado por meio de questionários desenvolvidos especificamente para avaliar este construto. Muitos métodos para avaliação do controle da asma encontram-se validados e disponíveis para uso na população brasileira. **Objetivo:** Avaliar a concordância entre questionários desenvolvidos para avaliação do controle clínico de crianças e adolescentes com asma em relação aos critérios de avaliação propostos pela *Global Initiative for Asthma* (GINA). **Métodos:** Estudo observacional, transversal e analítico, realizado a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº 1. 808. 185). Foram incluídos voluntários entre 4 e 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de asma de acordo com a GINA. O controle clínico da asma foi avaliado por meio do *Childhood Asthma Control* Test (c-ACT), o *Asthma Control Test* (ACT), e o *Pediatric Asthma Control and Communication Instrument* (PACCI), considerando o formato soma do escore e índice de problema. A amostra ainda foi classificada de acordo com os critérios de controle da GINA. As avaliações realizadas incluíram as respectivas versões dos questionários traduzidos, adaptados e validados para a população brasileira, e considerando os pontos de corte estabelecidos na literatura. A análise dos dados foi realizada no *software* SPSS versão 22. 0. A concordância entre os questionários foi verificada por meio do Teste de Kappa (K). Para fins estatísticos, a classificação de controle da GINA foi apresentada como

asma controlada/parcialmente controlada e não controlada. **Resultados:** Foram incluídos 78 participantes, sendo 59% crianças de 4 a 11 anos. A amostra foi composta por 50% do sexo masculino, com média de idade de 9,96 ± 3,40 anos. A maioria da amostra possuía asma leve (39,7%). De acordo com os critérios da GINA, 65,8% da amostra possuía asma controlada. A porcentagem de indivíduos com asma controlada diferiu entre os questionários ACT (12,5%), c-ACT (54,3%) e PACCI (51,3%, formato soma do escore, e 39,7%, índice de problema). Observou-se a presença de uma concordância fraca entre a GINA e o PACCI, considerando os dois formatos de escore, índice de problema (K= 0,23) e soma do escore (K= 0,30), e entre a GINA e o cACT (K= 0,29). Entre a GINA e o ACT, não houve concordância. **Conclusão:** A partir da avaliação da concordância entre as ferramentas, foi possível observar a existência de discrepância entre a classificação do controle por meio das ferramentas atualmente disponíveis para a população brasileira pediátrica. **Referências:** Santino, TA. Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica do Pediatric Asthma Control and Communication Instrument - PACCI. 2018. 127f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, Pimentel L, D'Oliveira Júnior A, Cruz AA. Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil. J Bras Pneumol. 2010;36(2): 159–66.

PO012 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE ASMA E DPOC SOBRE O USO CORRETO DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PRISCILA TAVARES VITORIANO[1]; MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO[2]; JÚLIA EMILY SILVA DANTAS[2]; LUIZ FELIPE DINIZ CAVALCANTI[2]; JESSICA FRANCIS DE CARVALHO NASCIMENTO[2]; GEÓRGIA FREIRE PAIVA WINKELER[3].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW/ UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Educação em saúde; Dispositivos Inalatórios; Asma

Introdução: A Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são doenças caracterizadas por obstrução ao fluxo aéreo, de alta prevalência no Brasil e no mundo, causando grande repercussão na qualidade de vida dos pacientes. O tratamento farmacológico de manutenção dessas patologias se faz através de dispositivos inalatórios (DI), que proporcionam doses elevadas de medicamento nas vias aéreas, desde que os pacientes utilizem a técnica adequada. **Objetivos:** Avaliar a percepção dos pacientes quanto ao uso correto dos dispositivos inalatórios, a porcentagem de erros cometidos durante a demonstração de uso, identificar os DI mais utilizados e os que mais estão associados a erros, caracterizar o perfil clínico dos pacientes portadores de asma e DPOC, que utilizam dispositivos inalatórios. **Métodos:** Foram entrevistados 56 pacientes atendidos no serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com diagnóstico de Asma ou DPOC em uso de Cápsula em Pó, Turbuhaler, Spray ou Respimat e aplicado um questionário sobre a percepção individual do uso correto do DI e sua importância. Em seguida, foi solicitado ao paciente, individualmente, que demonstrasse, passo a passo, como utiliza seu dispositivo, utilizando um *checklist* específico, já validado na literatura. Os dados coletados foram plotados em planilha Excel para avaliação. **Resultados:** A média de idade dos pacientes entrevistados foi de 50,88 anos, sendo 17 (30,35%) do sexo masculino e 39 (69,65%) do sexo feminino. Foi visto que 44 (78,57%) eram portadores de Asma, 8 (14,28%) eram portadores de DPOC e 3 (7,15%) eram portadores de ambos. Quanto aos dispositivos inalatórios, 10 (17,86%) pacientes faziam uso de Respimat, 27 (48,21%) de Spray, 27 (48,21%) de Turbuhaler e 45 (80,36%) de Cápsula em Pó. 53 (94,64%) dos pacientes afirmou ter sido instruído pelo médico assistente sobre como utilizar os dispositivos. Quase a totalidade dos pacientes, 98,21%, afirmou ser importante a forma de utilização do dispositivo inalatório, 52 (92,86%) afirmaram fazer uso inteiramente correto e 45 (80,36%) pacientes afirmaram não ter quaisquer dúvidas a respeito da utilização dos DI prescritos. Observou-se que 47 (83,93%) dos pacientes cometeram pelo menos um erro na utilização de seus dispositivos, com a maior média de erros associada ao Turbuhaler, seguido por Spray, Cápsula e Respimat. Dos pacientes que afirmaram fazer uso correto dos dispositivos e não terem dúvidas a respeito de sua utilização, apenas 9 (17,3%) fizeram uso correto. **Conclusão:** Apesar do reconhecimento por parte dos pacientes sobre a importância da utilização correta dos DI e a maioria não apresentar dúvidas em relação ao seu uso, observou-se que a maioria dos pacientes cometeu pelo menos um erro durante a demonstração de uso do DI. A sua correta utilização é fundamental para o controle clínico da doença e, portanto, faz-se necessária a implantação de ferramentas de educação contínua dos pacientes.

PO013 USO DA TOMOGRAFIA DE TÓRAX COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO EM PACIENTES COM ASMA GRAVE

REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; DIOGO DREVENOWSKI; VÍTOR LOPES GALVÃO VIEIRA; VINICIUS RYU KAMI; LÊDA MARIA RABELO; DANTE LUIZ ESCUISSATO.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: asma grave; tomografia de tórax; espirometria

Introdução: Vários biomarcadores e ferramentas de avaliação têm sido usados para melhor compreender e classificar os fenótipos da asma grave, muitos desses marcadores não estão disponíveis para uso de rotina. Nesse contexto, a tomografia de tórax se destaca como ferramenta de avaliação na asma grave, por ser pouco invasiva e muito acessível. **Objetivo:** Avaliar se há associação entre os achados de tomografia de tórax aprisionamento aéreo e espessamento brônquico em relação às variáveis espirométricas VEF1 (Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo), relação VEF1/CVF (Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo/ Capacidade Vital Forçada), VR (Volume Residual) e relação VR/CPT (Volume Residual/ Capacidade Pulmonar Total). **Métodos:** Por meio de um estudo observacional, do tipo transversal. Foram analisados dados clínicos, tomográficos e de função pulmonar de 39 pacientes adultos, sem histórico de tabagismo, diagnosticados com asma grave, do ambulatório de asma do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa. Foram avaliadas as variáveis espirométricas VEF1 pré e pós-broncodilatador, relação VEF1/CVF pré-broncodilatador, VR, relação VR/CPT em associação aos achados tomográficos de espessamento brônquico e aprisionamento aéreo. Para as variáveis quantitativas, foi usado o teste t de Student para amostras independentes. Variáveis que não atenderam a condição de normalidade foram submetidas a uma transformação logarítmica. Esta

condição foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Valores de p<0,05 indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE v. 14. 1. StataCorpLP, USA. **Resultados:** Observamos que 31 pacientes (79,5%) apresentavam espessamento brônquico na tomografia de tórax e que esses pacientes tinham relação VEF1/CVF significativamente menor do que o grupo sem espessamento brônquico (0,57±0,15 *vs* 0,69±0,08) com p< 0,039. Em relação às medidas de volumes pulmonares VR e VR/CPT não houve diferença significativa entre os grupos. Em relação ao aprisionamento aéreo, 33 (84,6%) dos pacientes apresentavam imagem de aprisionamento aéreo à expiração. Não conseguimos demonstrar associação com aumento do VR e da relação VR/CPT, com p>0,05. **Conclusão:** Nesse estudo não conseguimos demonstrar uma associação entre espessamento brônquico e VEF1, porém encontramos que os pacientes com esse achado tomográfico possuem maior grau de obstrução à espirometria, conforme demonstrado pela relação VEF1/CVF. Esperávamos que os pacientes com aprisionamento aéreo à tomografia apresentassem VR e relação VR/CPT aumentada, porém isso não foi observado. Até o momento, podemos concluir que os pacientes com espessamento brônquico na tomografia de tórax podem apresentar maior gravidade, expressa por maior grau de obstrução na espirometria.

PO014 ESTAMOS DIAGNOSTICANDO CORRETAMENTE OS PACIENTES COM SOBREPOSIÇÃO ASMA-DPOC?

JOEL SERAFINI; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; DIOGO DREVENOWSKI; LÊDA MARIA RABELO.
HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Sobreposição Asma-Dpoc; Diagnóstico; Prevalência

Introdução: A prevalência de ACO (Sobreposição Asma-Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) varia significativamente entre os diversos estudos. Um estudo comparando os critérios espanhóis modificados e os critérios da *American Thoracic Society* (ATS) demonstrou uma prevalência de ACO de 47,7% *vs* 1,9%, respectivamente. De acordo com o GINA ou GOLD, a prevalência varia entre 15% e 35%. A sistematização do diagnóstico de ACO foi introduzida em 2012, porém ainda não foram validados critérios universais de diagnóstico, o que dificulta a identificação desses pacientes na prática clínica e o que pode ser responsável por essa variação de prevalência, conforme o critério utilizado para o diagnóstico. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de ACO e a concordância diagnóstica entre os pneumologistas e os critérios descritos por *Soler-Cataluña et al. 2012,* no ambulatório de DPOC do CHC-UFPR (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná). **Método:** Por meio de um estudo transversal, avaliamos os prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de DPOC do CHC-UFPR, no período de novembro de 2018 a maio de 2019. Consideramos como ACO, os pacientes classificados como tal pelo pneumologista que atendeu o paciente, depois verificamos se o paciente preenchia os critérios diagnósticos de ACO propostos por *Soler-Cataluña et al. 2012.* **Discussão:** observamos que 25,1 % (76 pacientes) de um grupo de 302 pacientes foi classificado como ACO, segundo a opinião do pneumologista. Esse diagnóstico ocorreu por julgamento clínico, avaliação de exames laboratoriais, espirometria e TC de tórax. Quando aplicamos os critérios publicados pela Sociedade Espanhola de Pneumologia (2012) observamos que apenas 22 pacientes (7,28%) preenchiam os critérios para ACO. Outros 22 (7,28%) pacientes não apresentaram nenhum dos critérios propostos pelo grupo espanhol, *12 pacientes (3,97%) apresentaram apenas 1 critério e 20 pacientes (6,62%) apresentaram 2 critérios, o que não era suficiente para o diagnóstico.* **Conclusão:** Os pacientes com ACO apresentam exacerbações mais frequentes, pior qualidade de vida, maior progressão da perda da função pulmonar e um maior consumo de recursos médicos, quando comparados com pacientes que têm somente asma ou DPOC. Dessa forma, devemos pensar numa possibilidade de readequação e unificação dos critérios, a fim de, aumentar a sensibilidade/especificidade do diagnóstico e promover uma normatização para guiar os pneumologistas

Referência: Miravitlles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, et al. Spanish COPD guidelines (GesEPOC): pharmacological treatment of stable COPD. Arch Bronconeumol 2012; 48: 247–257.

PO015 AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE MOFO DOMICILIAR POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO EM EXACERBAÇÕES DE PACIENTES ASMÁTICOS

INAÊ MARTINS DE LIMA; EDUARDO HENRIQUE LIMA BATISTA; CAMILA NATASHA DE LIMA ROCHA; RODRIGO ÍCARO NÓBREGA DE MEDEIROS; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA; GESUALDO PEREIRA SOARES.
UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Mofo; Exacerbações

Introdução: Alguns dos fatores predisponentes da asma são causados por hipersensibilidade domiciliar, tais como ácaros, mofo e pelos de animais, além do componente genético envolvido na doença. Exposição ambiental a poluentes pode aumentar o risco de adultos desenvolverem asma e, inclusive, as exacerbações da doença, contribuindo para o aumento das taxas de prevalência e mortalidade, apesar dos avanços em seu conhecimento e tratamento. Estratégias de identificação destes poluentes e aero alérgenos devem ser realizadas para a prevenção de fatores que levam ao desenvolvimento e agravamento da enfermidade. **Objetivos:** O estudo tem como objetivo relacionar a quantidade de exacerbações com a exposição domiciliar ao mofo em uma amostra populacional de asmáticos. **Métodos:** Foi feito um estudo de natureza transversal, em uma amostra por conveniência de asmáticos identificados através de um questionário padronizado aplicado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em uma Unidade de Saúde de Família no município de João Pessoa (PB). Este questionário continha as seguintes questões: dados sociodemográficos, antropométricos, além do questionário ISAAC e perguntas sobre a presença ou ausência de mofo na casa. Para a análise dos dados foi utilizado o teste do Qui-quadrado para avaliar as diferenças estatísticas entre as proporções de pacientes asmáticos com ou sem exposição ao mofo. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob o nº 3394203. **Resultados:** Dos questionários aplicados, 60 pacientes responderam sim quando perguntado se possuía asma diagnosticada por algum médico. Desses foram excluídos 3 pacientes que não possuíam os dados completos e 4 pacientes com idade inferior a 6 anos. Os participantes do estudo foram 37 pessoas do sexo feminino e 16 do sexo masculino com média de idade de 45,5 anos. Dos 53 asmáticos, 22 não tinham tido crise no ano anterior e 31 pessoas mencionaram crises nos últimos 12 meses, sendo que 16 (30,18%) relatavam terem 1 a 3 crises, 12 (22,64%) de 4 a 12 e 3 (5,26%) mais de 12 crise no ano. Quando comparamos a presença de crise no ano anterior em relação a exposição domiciliar ao mofo, observamos que o percentual de asmáticos com exposição ao mofo que apresentaram crise era de (13/18) 72% de pacientes e o

do grupo que não tinha exposição ao mofo era de (18/35) 52%. **Conclusão:** Observamos que há um percentual maior, embora não significante de pacientes que relataram crise de asma no último ano e tem exposição ao mofo domiciliar em relação aos asmáticos que não tem esta exposição ambiental. Vários estudos já relataram que alérgenos domiciliares são correlacionados com asma e seus sintomas. As atuações dos ACS são fundamentais na melhoria do cuidado de pacientes através da identificação de fatores que levam a gravidade da doença bem como na construção de estratégias de redução destes fatores.

PO016 CIFOSE TORÁCICA DE CRIANÇAS COM ASMA

FERNANDA ELIZABETH PEREIRA DA SILVA; LUCAS MENESCAL JALES; ADA CRISTINA JÁCOME; HUGO NAVARRO CARLOS CAVALCANTI; KAROLINNE SOUZA MONTEIRO; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Postura; Criança

Introdução: Uma postura adequada é consequência do equilíbrio das estruturas esqueléticas e musculares. Na infância esse equilíbrio pode estar alterado devido aos hábitos de vida diários[1]. Na população infantojuvenil as principais alterações posturais são a hipercifose torácica, a escoliose toracolombar e a hiperlordose lombar[2]. A postura sofre grandes modificações, essas alterações vão depender da idade, sexo, crescimento corporal, fatores ambientais e estado psicofísico de um indivíduo[3]. Doenças que cursam com obstrução de vias aéreas como a asma, pode levar à sobrecarga da musculatura respiratória com o uso excessivo da musculatura inspiratória e expiratória acessórias, resultando em mudanças do comprimento muscular com consequentes alterações funcionais. Os encurtamentos podem alterar a posição de segmentos corporais, como ombros e cabeça, que tendem a se projetar anteriormente (protrusão)[4]. **Objetivo:** avaliar a cifose torácica em crianças com asma. **Métodos:** Foram incluídas 42 crianças com idade de 7 a 12 anos incompletos, apresentando diagnóstico de asma intermitente, persistente leve, moderada e grave. A cifose torácica foi avaliada através do inclinômetro digital. O ângulo da cifose torácica foi calculado com a criança em pé com postura habitual. Para a primeira medida colocava-se o inclinômetro no ponto entre T1 e T2 e para a medida o inclinômetro era colocado no ponto entre T12 e L1. A normalidade de distribuição dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS). A estatística descritiva foi realizada através de médias e desvio padrão. Foi realizado também teste *t* e o tamanho do efeito (TE), calculado pelo d de Cohen. **Resultados:** Para os grupos estudados o tamanho do efeito foi pequeno, sexo (TE=0,17), faixa etária (TE= 0,08), controle clínico (TE=0,03) severidade (TE=0,12). **Conclusão:** O ângulo da cifose torácica de crianças com asma não diferem entre si, quando comparado entre os sexos feminino e masculino, entre as faias etárias de 7 a 9 anos e 10 à 12 anos, entre asma controlada e não controlada e entre asma leve, moderada e grave. **Referências:** COELHO, J. J. ; GRACIOSA, M. D.; MEDEIROS, D. L. DE. Influência do perfil nutricional e da atividade física na postura de crianças e adolescentes. Fisioterapia e Pesquisa, v. 20, n. 2, p. 136–142, 2013. SILVA, L. R. et al. Alterações posturais em crianças e adolescents obesos e não-obesos. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, v. 13, n. 6, p. 448–454, 2011. STOLINSKI, L. et al. Two-dimensional digital photography for child body posture evaluation: Standardized technique, reliable parameters and normative data for age 7-10 years. Scoliosis and Spinal Disorders, v. 12, n. 1, p. 1–24, 2017. SILVA, A. E. L. ; BARBIERI, L. O. Função ventilatória e características biomecânicas de indivíduos com asma de difícil controle. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2013.

PO017 TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR POR ASMA NO BRASIL, POR FAIXA ETÁRIA, DE 1998 A 2018

MARIA ISADORA MORAES BEZERRA; YURI MEDEIROS BEZERRA; GABRIEL ARAÚJO BEZERRA.
UFC, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: asma; mortalidade; DATASUS

Introdução: A asma é uma prevalente doença crônica das vias áereas associada à hiper-responsividade brônquica, que, apesar de muito controlável através de medicamentos e hábitos, ainda apresenta graves exacerbações e importante taxa de mortalidade intra-hospitalar em nosso país. **Objetivos:** Analisar a taxa de mortalidade nas internações por asma estratificada nas diferentes faixas etárias durante o período de 1998 a 2018 no Brasil. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Os dados colhidos foram as taxas de mortalidade intra-hospitalar de internações por asma, por ano de processamento da internação, em todo o território nacional brasileiro entre 1998 e 2018. **Resultados:** A taxa de mortalidade em internações por asma no Brasil entre 1998 e 2018 foi de 0,39%. Entre 1998 e 2007, o índice observou período de estabilidade, próximo de 0,3% (± 0,05%). A partir de 2008, a mortalidade média subiu para 0,4% e realizou movimento ascendente até máximo de 0,49% em 2018. No período de 20 anos, cada faixa etária exibiu uma tendência diferente para o indicador. Por exemplo, para menores de 1 ano de idade, a estatística variou de 0,31% até 0,13%, indicador atual, com nadir de 0,08% em 2012, demonstrando acentuada melhora no tratamento da asma para o grupo. Os grupos de 1 a 4 anos, 5 a 9 anos e 10 a 14 anos permaneceram estáveis, oscilando ao redor de 0,05% (± 0,03%), 0,03% (± 0,02%) e 0,05% (± 0,07%), respectivamente. As regressões lineares para as faixas etárias 15 a 19 anos e 20 a 29 anos revelaram discreta tendência ascendente, embora as taxas tenham variado acentuadamente. A média temporal para 15 a 19 anos foi 0,1% com variação de ± 0,22% e para 20 a 29 anos foi 0,12% com variação de ± 0,20%. As faixas etárias posteriores apresentaram pior prognóstico estatístico para internações por asma. Em primeiro, os índices foram mais elevados, como a média de 0,23% (±0,22%) para o grupo 30 a 39 anos e 0,39% (± 0,24%) para a faixa 40 a 49 anos. Ademais, as populações a partir de 49 anos demonstraram uma notável tendência anual de aumento de mortalidade em regressão linear. O grupo de 50 a 59 anos exibiu aumento de 0,5% (1998) até 1,21% (2018), enquanto o grupo 60 a 69 anos exibiu aumento de 0,86% até 1,81%. Os grupos de 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais tiveram elevação de 1,36% a 2,85% e 2,27% a 4,73%, respectivamente. **Conclusão:** Por meio da análise dos dados coletados, observa-se que, após um período de considerável estabilidade (1998-2007), a taxa de mortalidade média nas internações por asma no Brasil voltou a subir, apesar da redução no número de internações, atingindo o máximo de 0,49% em 2018. Ressalta-se, nesse intervalo de 20 anos, uma queda da taxa em indivíduos menores de 1 ano de idade, reflexo de melhorias no tratamento da asma para esse grupo etário e um pior prognóstico nas internações por asma nas faixas etárias posteriores.

PO018 ANÁLISE DESCRITIVA DO PERFIL DEMOGRÁFICO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ASMA NO BRASIL EM 2018

THOMAS KEVIN CANTALICE NÓBREGA; LUIZ FELIPE DINIZ CAVALCANTI; JÚLIA EMILY SILVA DANTAS; INAÊ CAROLLINE SILVEIRA DA SILVA; GEÓRGIA FREIRE PAIVA WINKELER; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Perfil demográfico; Brasil

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas com hiperresponsividade brônquica produzindo sintomas relacionados à limitação do fluxo de ar. Apesar de ser reversível, sua prevalência aumentou nas últimas décadas, constituindo um problema de saúde pública mundial, haja vista seu potencial de morbidade e impactos financeiros, aliados ao subdiagnóstico e subtratamento. Desse modo, há uma grande importância que se conheça a distribuição epidemiológica da mesma para que sejam implementadas melhores abordagens. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo a análise descritiva do perfil demográfico das hospitalizações por asma no Brasil no ano de 2018 e, com isso, tornar-se uma ferramenta para melhor conhecimento de sua epidemiologia e intervenção sobre a mesma. **Métodos:** Através de estudo epidemiológico descritivo, demonstrou-se o perfil demográfico das internações por asma no Brasil no ano de 2018 com dados obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e de estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ambos disponíveis no DATASUS-MS. Desse modo, determinaram-se as incidências absolutas e relativas por localidade, bem como suas contribuições proporcionais. **Resultados:** Em 2018, houve uma incidência de 84. 061 hospitalizações por asma no Brasil, com taxa de internação correspondente a 40,3 pessoas para cada 100. 000 habitantes. Quando se analise a distribuição mensal desses números durante o ano, verifica-se que há um aumento das internações de janeiro à maio e uma diminuição das mesmas de maio à dezembro, com taxas variadas de acrescimo e redução, tendo-se o quinto mês do ano como pico de incidência e o último como período de menor hospitalização com valores, respectivamente, de 9. 761 e 3. 734 internações, os quais, percentualmente, representam 11,6% e 4,4%. Além disso, observa-se que as regiões promovem uma contribuição nesses valores percentual e proporcionalmente a população residente (demonstrada através da taxa de hospitalização por 100. 000 habitantes) diferentes, conforme respectivamente: Centro-Oeste – 6,7% e 35; Nordeste – 38,9% e 57,6; Norte – 10,5% e 48,6; Sudeste – 27,9% e 26,7; e Sul – 16% e 45,3. Além do mais, semelhante a estas, quando se analisam os estados, verificam-se que eles acarretam uma colaboração percentual e proporcionalmente discordantes. Logo, aqueles com maior e menor aporte percentual e proporcional para os valores de seu grupo, respectivamente, são: Pará 73,6% e Roraima 0,9%; bem como, Maranhão 85,7 e Rio de Janeiro 9,1. **Conclusão:** A análise do perfil demográfico das internações por asma possibilitou um melhor entendimento da distribuição de ocorrências relacionadas a esta enfermidade no Brasil, o que permite, uma vez seu alto impacto, o desenvolvimento de intervenções mais efetivas e eficientes, almejando, uma melhor qualidade de vida para seus portadores.

PO019 CONCORDÂNCIA ENTRE TESTES DE AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

NATHALIA ALFAIX MARTINS PALHEIRO VICENTE; CAMILA MAIA DE MORAIS; RAQUEL VIDICA FERNANDES; LUSMAIA DAMACENO COSTA; NATASHA YUMI MATSUNAGA; THALMA TIBÚRCIO VENÂNCIO.
HC UFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Espirometria; GINA

Introdução: A asma é uma doença heterogênea caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas que varia de intensidade e frequência, associada à limitação variável ao fluxo aéreo expiratório. É um grave problema de saúde pública, por se tratar da doença crônica mais comum na infância, responsável por grande morbidade e mortalidade. Existem diversas ferramentas para avaliar seu controle, algumas realizam a avaliação clínica, outras associam os valores de VEF1 obtidos na espirometria. **Objetivo:** Avaliar a concordância entre os questionários padronizados para avaliação do controle da asma em crianças e adolescentes asmáticos: GINA 2012, GINA 2018, ACQ 6, ACQ 7 e ACT. **Métodos:** Estudo transversal, analítico. Foram incluídos 102 crianças e adolescentes asmáticos com idade de seis a 18 anos. Todos realizaram espirometria para avaliação do VEF1 e responderam aos questionários padronizados, GINA 2012, GINA 2018, ACQ6, ACQ7 e ACT. Os dados obtidos foram tabulados e processados no programa SPSS para Windows versão 16. 0. Para avaliar a presença de associação entre duas variáveis qualitativas, o Teste Qui-quadrado, teste exato de Fisher ou o teste de Fisher-Fremman-Halton com a probabilidade bilateral de Monte Carlo foram aplicados. Ao comparar a distribuição de duas variáveis quantitativas não paramétricas, o teste Mann-Whitney foi utilizado. A concordância entre as ferramentas para avaliação do controle da asma foi avaliada pela estatística kappa. O nível de significância foi considerado de 5%. **Resultados:** Das 102 crianças e adolescentes do estudo, 61 (59,8%) eram do sexo masculino, com idade média de 10,26±3,01 anos e mediana de 10 (6-17 anos). De acordo com o GINA 2018, 39 (38,2%) pacientes foram classificados com asma controlada e 63 (61,8%) com asma não controlada. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos com asma controlada e não controlada e as variáveis demográficas, antropométricas, clínicas e exames complementares analisadas. A porcentagem de pacientes com asma não controlada variou de 31,4% a 84,3%. O GINA 2012 foi a ferramenta que encontrou o maior número de pacientes com asma não controlada. O GINA 2018 apresentou concordância moderada com todas as outras ferramentas analisadas (k entre 0,4 e 0,75). Foi observada concordância excelente entre as ferramentas ACQ6 e ACQ7, sendo que as duas ferramentas avaliam as mesmas perguntas da avaliação clínica, no entanto o ACQ7 também analisa o valor de VEF1. **Conclusão:** Se disponível, a espirometria pode ser ferramenta valiosa na análise do controle da doença e para ajudar na decisão quanto a melhor terapêutica individualizada, tanto para step up, step down ou manutenção. No entanto, se consideramos que a espirometria não está disponível em todos os serviços e que o uso de outras ferramentas, com parâmetros puramente clínicos é suficiente para uma boa avaliação do controle, facilitamos o atendimento, estendendo à rede básica a possibilidade de uma avaliação eficiente.

PO020 COMPARAÇÃO DO PADRÃO CELULAR NO LAVADO NASAL, ESCARRO INDUZIDO E SANGUE PERIFÉRICO EM INDIVÍDUOS COM ASMA: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO INTERNACIONAL

GIVANEIDE DOS SANTOS LIMA[1]; ALVARO AUGUSTO SOUZA DA CRUZ FILHO[2]; JAMILLE SOUZA FERNANDES[3]; CAMILA ALEXANDRINA VIANA DE FIGUEIREDO FONTANA[4].
1. FUNDAÇÃO PROAR E PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (, RIO REAL - BA - BRASIL; 2. FUNDAÇÃO PROAR E PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. FUNDAÇÃO PROAR E UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 4. INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM IMUNOLOGIA DA UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Escarro induzido; Lavado Nasal; Eosinofilia

Introdução: a caracterização fenotípica da asma é importante para a compreensão de fatores de risco, mecanismos específicos e identificar tratamento com melhor chance de resposta. A citologia do escarro tem sido o padrão áureo na identificação do padrão inflamatório da asma,[1] mas a complexidade da sua realização é uma barreira na prática clínica. A contagem de eosinófilos no sangue periférico pode ser um método substituto acurado para identificar asma eosinofílica. [2] Alguns trabalhos indicam que a citologia nasal quantitativa[3] pode ser uma alternativa mais simples que a citologia do escarro induzido e mais acurada do que a contagem de eosinófilos no sangue periférico. [4,5] Concluímos recentemente a coleta de dados do Estudo WASP[6] em 5 centros de 4 continentes, com o objetivo de caracterizar fenótipos da asma. Foram colhidas amostras de escarro, de lavado nasal e sangue periférico para avaliação do padrão inflamatório. **Objetivos:** (i) comparar o padrão celular (eosinofílico, neutrofílico, misto ou paucicelular) no lavado nasal e no escarro; (ii) avaliar a acurácia do estudo do lavado nasal em identificar asma eosinofílica definida pela citologia do escarro induzido em diferentes populações. **Métodos:** recrutados aproximadamente 200 indivíduos com asma e 50 indivíduos sem asma em cada um de 5 países (Reino Unido, Equador, Brasil, Uganda e Nova Zelândia). No Brasil foram incluídos escolares de Salvador, de 12 a 23 anos. Todos foram submetidos a avaliação clínica padronizada e responderam ao Questionário de Controle da Asma (ACQ). Realizaram espirometria, testes cutâneos, hemograma, citologia do escarro e citologia nasal quantitativa. O centro de Salvador fará a leitura das lâminas de citologia nasal de todos os centros no mundo. O lavado nasal foi obtido por meio da inoculação de 2,5 mL de solução salina estéril (NaCl a 0,9%) em cada narina. O escarro, foi induzido com solução salina a 4,5% utilizando nebulizador ultrassônico. Nós avaliamos a viabilidade celular (por Azul de Tripan) e determinamos o número total de células utilizando um hemocitômetro. Lâminas foram preparadas em citocentrífuga para contagens diferenciais. 50 casos em cada centro foram novamente analisados após três meses, com o objetivo de avaliar a reprodutibilidade dos resultados obtidos. Tamanho da Amostra e Análise Estatística: com base em estudos prévios, cada um dos fenótipos principais deverá incluir cerca de 50 casos por centro. O estudo terá poder > 80% para detectar diferenças em mais de 3 vezes nas quantidades de eosinófilos (ou neutrófilos) entre os diferentes fenótipos ou entre cada fenótipo e o grupo de indivíduos não asmáticos. Para avaliação da acurácia da citologia nasal em identificar o padrão eosinofílico do escarro, serão calculadas a sensibilidade, especificidade e elaborada uma curva ROC para cada centro, permitindo avaliar a validade das observações em ambientes distintos.

PO021 INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR BRONQUIECTASIAS NO NORDESTE, COM DESTAQUE PARA O ESTADO DA PARAÍBA

YANN MATHEUS CÂNDIDO DE QUEIROZ; REINALDO MESQUITA NETO; LUCAS HENRIQUE SOARES OLIVEIRA DE CARVALHO; HUGO LEONARDO ANDRADE FEITOSA; ROBERIO SILVEIRA BORGES; CLÉLIA DE ALENCAR XAVIER MOTA.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Bronquiectasia; Diagnóstico; Prevalência

Introdução: Bronquiectasia é definida como uma dilatação anormal, permanente e irreversível de brônquios e bronquíolos, com destruição dos componentes elásticos e musculares das paredes dessas estruturas, por meio de infecções recorrentes, de processos inflamatórios, da produção excessiva de secreção, da redução da limpeza mucociliar, e da dilatação e destruição dos brônquios. A via aérea afetada torna-se frouxa, tortuosa, com obstrução e fibrose. A etiologia é inespecífica e constitui-se em via final comum de uma variedade de doenças respiratórias e sistêmicas. A maioria apresenta causa idiopática e, em menor grau, congênita. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares por bronquiectasia no Nordeste (NE), com destaque para o estado da Paraíba (PB), no período compreendido entre janeiro de 2010 a dezembro de 2018. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e quantitativo, no qual os dados foram coletados através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em janeiro de 2019. As variáveis consideradas foram faixa etária, caráter do atendimento, regime, gênero, número e média de internações e óbitos. **Resultados:** No período analisado houveram 5. 991 internações hospitalares por bronquiectasia em todo o Nordeste, sendo que 558 destas ocorreram no estado da Paraíba. Foi observado que o gênero feminino apresentou maior percentual no Nordeste e na Paraíba (52%). O estudo mostrou que 2015 foi o ano com o maior índice de internações no Nordeste (16%), enquanto que 2010 foi o ano com maior percentual de internações na Paraíba, 22%. Em relação à faixa etária, os indivíduos com idade entre 60 a 69 anos apresentaram maior prevalência de internações, tanto no Nordeste como também na Paraíba, 12% e 19% respectivamente. No tocante ao atendimento, foi constatado que a maioria correspondeu ao caráter urgente, 89% na Paraíba e 88% na região Nordeste. Foi notado que 55% das internações no Nordeste ocorreram no Sistema Público de Saúde, enquanto que na Paraíba os atendimentos na área privada prevaleceram, 63%. Além disso, a PB apresentou média de permanência de internação menor, 6. 7 dias, quando comparada aos 7. 7 do NE, como também a taxa de mortalidade inferior (PB: 1,25/NE: 2,57). Durante o período de internação estudado, ocorreram 154 óbitos no Nordeste, dos quais 7 foram no estado da Paraíba. **Conclusão:** A partir dos dados apresentados pôde-se verificar um pequeno declínio do número de internações ao longo dos anos estudados no NE, enquanto que foi expressiva a redução observada na PB. Deste modo, faz-se necessário a adoção de ações que conscientizem a população brasileira sobre tal morbidade, afim de realizar diagnóstico precoce e tratamento imediato, haja vista que esta doença crônica pode causar alterações na ventilação pulmonar. **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. LAMARI, Neuseli Marino et al. Bronquiectasia e fisioterapia desobstrutiva.

PO022 BRONQUIECTASIAS SECUNDÁRIAS A IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: RELATO DE CASO.

JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; VICTÓRIA RODRIGUES GRANJA ALENCAR; JULIANA DE OLIVEIRA CORREIA MAGALHÃES; PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO; HANNA LETÍCIA NOGUEIRA RAMOS.
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Imunodeficiência comum variável;

bronquiectasias; imunoglobulinas

Introdução: A bronquiectasia consiste em dilatação irreversível das vias aéreas1 e a busca do diagnóstico etiológico é importante para orientar a terapêutica específica. A imunodeficiência comum variável (ICV) é umas das formas mais comuns de apresentação das imunodeficiências primárias e geralmente se manifesta com infecções respiratórias de repetição2. Bronquiectasias são encontradas em até 29% dos pacientes com ICV3, sendo esta uma condição subdiagnosticada no nosso meio. **Relato de Caso:** Mulher de 29 anos chegou ao ambulatório de Pneumologia com queixa de tosse com expectoração esverdeada há cerca de dois anos e dispneia mMRC 2 no último ano. Mencionava diversas internações por infecções respiratórias. Negava exposições ocupacionais e ambientais, assim como morbidades prévias ou uso de medicações regulares. Exame físico revelou taquidispneia, ausculta pulmonar com roncos e estertores bilateralmente e saturação periférica de oxigênio em ar ambiente de 88%. Exames complementares evidenciaram anemia microcítica, leucocitose neutrofílica, elevação de proteína C reativa e tomografia de tórax com bronquiectasias difusas. Fez uso de piperacilina-tazobactam com boa resposta clínica e laboratorial. Em investigação etiológica para bronquiectasias, níveis reduzidos de IgA e IgG foram observados. Paciente teve alta em boas condições clínicas, estando atualmente em uso de reposição mensal de imunoglobulina endovenosa. **Discussão:** A ICV consiste na imunodeficiência primária mais identificada na idade adulta, tendo seu diagnóstico baseado na exclusão de causas secundárias de imunodeficiências e outros defeitos primários de imunodeficiência2. São preconizados para o diagnóstico de ICV a presença de níveis reduzidos de IgG associada a redução de IgA e/ou IgM, além de baixa resposta de anticorpos a vacinas, sendo o diagnóstico após os 4 anos de idade na ausência de deficiência de células T5. Clinicamente, manifesta-se por infecções respiratórias recorrentes, como sinusite e pneumonia, podendo resultar em complicações pulmonares crônicas. A bronquiectasia continua sendo a patologia pulmonar mais comumente identificada em pacientes com ICV1. Foi relatado aqui um caso de uma paciente jovem, sem morbidades conhecidas, com múltiplos internamentos por infecções respiratórias, cuja associação dos achados epidemiológicos, clínicos, radiológicos e laboratoriais, corroboraram para o diagnóstico etiológico de ICV como a causa para a bronquiectasia. Ressaltamos a importância de que ICV deva ser lembrada por profissionais de saúde que manejam pacientes com infecções respiratórias de repetição, com o objetivo do diagnóstico mais precoce, instituição de um tratamento mais precoce e assim redução da morbidade, melhora da qualidade de vida e, em muitos casos, tornar o aumento de sobrevida possível para esses pacientes.

PO023 USO DE ROFLUMILAST PARA REDUÇÃO NA INCIDÊNCIA DE EXACERBAÇÕES EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS

MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI; DANIELA SARAIVA ALVES; IASMYN FLORENCIO DE ARAUJO SILVA; REBECCA ALVES AGUIAR ATHAYDE; OHANA DA CUNHA CAVALCANTI.
FACULDADE DE MEDICINA CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Bronquiectasias; Roflumilast; Infecção Respiratória

Introdução: Bronquiectasia é a dilatação patológica, permanente e irreversível das vias aéreas, podendo ocasionar infecções de repetição, inflamações, secreção aumentada e limpeza mucociliar prejudicada (LAMARI et al, 2006). Essa dilatação é provocada pela degradação elástica e muscular das paredes brônquicas (DALCIN, PERIN, BARRETO, 2007). Com o objetivo de reduzir as exacerbações em pacientes com bronquiectasias, utiliza-se os macrolídeos como terapêutica porém, não foram obtidos resultados satisfatórios (CHALMERS, CHOTIRMALL, 2018). Diante disso, há necessidade da busca por novos tratamentos na tentativa de diminuir a taxa de exacerbações nos pacientes que não apresentam boa resposta à azitromicina ou à eritromicina. O Roflumilast ganha espaço como opção na prevenção de exacerbações nesses pacientes, pois apresenta um potencial anti-inflamatório, por ser um inibidor da fosfodiesterase 4, reduzindo a liberação de citocinas de uma gama de células inflamatórias e melhora o clearance mucociliar. (MARTINEZ, 2015; BEGHÈ; RABE; FABBRI, 2013). **Objetivo:** O trabalho teve como objetivo acompanhar pacientes em tratamento de manutenção para bronquiectasia com Roflumilast, na tentativa de reduzir o número de exacerbações, além de observar a evolução dos quadros e respostas ao tratamento proposto. **Métodos:** O presente estudo trata-se de um ensaio clinico, longitudinal, retrospectivo, experimental, documental, analítico e quantitativo. O trabalho foi realizado em 3 hospitais e 1 consultório localizados em João Pessoa/PB. Foram utilizados dados coletados em prontuários de 11 pacientes, sendo 9 mulheres e 2 homens, com idade entre 42 e 76 anos, com diagnóstico clínico e de imagem de bronquiectasia, que iniciaram o uso de Roflumilast como opção terapêutica para a prevenção de exacerbações da doença. Foi construído um banco de dados no programa *Microsoft Office Excel,* em seguida as variáveis foram analisadas no programa IBM SPSS Statistics e foi utilizado o Teste de Wilcoxon para análise da significância dos dados. **Resultados:** A amostra incluiu 11 pacientes, sendo 81,8% do sexo feminino e 18,2% do masculino. Foi avaliado o índice de massa corpórea dos participantes, estando 18,2% em situação de magreza, 27,3% na faixa de normalidade e 54,5% em sobrepeso. Em relação à sintomatologia, o *Modified Medical Research Council* (MMRC) dos pacientes foi avaliado, a média antes do tratamento foi de 2,91 e após caiu para 1,45 (p = 0,005). A média de exacerbações antes do uso de Roflumilast era de 2,25 passando para 0,49 durante o tratamento, com redução de 78,22% na média das exacerbações. **Conclusão:** Foi percebida uma diminuição no número de exacerbações e melhora da sintomatologia dos pacientes em uso de Roflumilast para tratamento de manutenção de broquiectasias. É um estudo incial,com número limitado de pacientes e em um único centro. Os resultados estimulam a continuidade desse estudo para uma amostra maior.

PO024 ABSCESSO DE CORÓIDE POR PSEUDOMONAS EM UM PACIENTE COM BRONQUIECTASIA

RAQUEL BALDINI CAMPOS; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; CAROLINA SALEM TAMESAWA; PEDRO MAXIMINK ESTEVES VILLAR; ILMA APARECIDA PASCHOAL; MÔNICA CORSO PEREIRA.
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Bronquiectasias; Pseudomonas; Endoftalmite

Introdução: Bronquiectasia não fibrocística é caracterizada por brônquios irreversivelmente dilatados, produção crônica de expectoração, colonização bacteriana do trato respiratório inferior, inflamação e exacerbações frequentes. *Pseudomonas aeruginosa* (PA) é o patógeno respiratório predominantemente isolado e sua persistência está associada

a aumento da mortalidade, internações hospitalares e exacerbações. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 54 anos, com diagnóstico de bronquiectasias feito aos 15 anos por infecções pulmonares de repetição na infância. Acompanhada no serviço desde 2008 onde foi submetida à investigação etiológica, que resultou inconclusiva. Apresentava infecção crônica por PA e exacerbações pulmonares infecciosas frequentes. De co-morbidades, tinha hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 mal controlado. Em março de 2018 percebeu diminuição da acuidade visual e dor em olho esquerdo. Oftalmologia diagnosticou celulite orbital, perfuração escleral espontânea e glaucoma neovascular. Tratada com antibióticos endovenosos (ceftriaxona e clindamincina), apresentou evolução desfavorável, sendo submetida à evisceração do olho. Exame anatomopatológico: endoftalmite crônica. Nova exacerbação infecciosa pulmonar levou à internação para antibioticoterapia endovenosa. Apresentou melhora parcial, e em maio, ainda na vigência da exacerbação, apresentou queixa de diminuição da acuidade visual e dor no olho contralateral, semelhante ao quadro prévio. Internada para tratamento da exacerbação infecciosa pulmonar e avaliação oftalmológica, apresentou melhora pulmonar significativa após antibiótico (cefepime) por uma semana. A despeito do tratamento endovenoso, evoluiu com abscesso periocular. Culturas de escarro, de material de seios da face e lavado broncoalveolar foram positivos para PA multirresistente. Realizada vitrectomia posterior com injeção intravítrea de vancomicina, anfotericina B, ceftazidima e dexametasona, além da manutenção do antibiótico endovenoso. Apresentou perfuração ocular e necessidade de enucleação do olho direito. Material da enucleação evidenciou infecção por PA. **Discussão:** Pacientes com bronquiectasia e infecção brônquica crônica por PA apresentam uma fonte potencial de infecção metastática. O abscesso de coróide por PA é uma complicação rara, já tendo sido relatado em pacientes com fibrose cística, e mais raramente, em indivíduos com bronquiectasias. Alguns fatores parecem predispor a infecções a distância, como imunodepressão após transplante pulmonar em pacientes com fibrose cística. No caso aqui relatado, consideramos que a alteração de imunidade secundária ao diabetes sem controle, associado à infecção crônica sinuso-bronquial por PA tenham predisposto à essa grave complicação. Diante de um paciente com infecção crônica por PA e suspeita de endoftalmite endógena o diagnóstico deve ser rápido e o tratamento agressivo, sobretudo se houver invasão subretiniana, abscessos e fatores sabidamente imunossupressores.

PO025 MORTALIDADE POR CÂNCER DE TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES NA PARAÍBA: ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

THAINÁ RODRIGUES EVANGELISTA[1]; JOAQUIM VITOR BEZERRA NOBRE[1]; STÉFANY LIMA PONTES[1]; VALÉRIA FALCÃO DA SILVA FREITAS BARROS[1]; MARIANA BELMONT CARVALHO XAVIER CRUZ[2]; MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI[1].
1. FCM-PB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-Chave: Neoplasia; Mortalidade; Mesorregiões

Introdução: As neoplasias de traqueia, de brônquios e de pulmões estão diretamente relacionados ao tabagismo, sendo, este último, uma das neoplasias mais prevalentes da atualidade, surgindo, a cada ano, 1,6 milhões de novos casos, segundo a OMS. Geralmente apresentam-se de forma assintomática nas fases iniciais o que aliado à falta de mecanismos de rastreio eficazes dificultam o diagnóstico precoce. **Objetivos:** Analisar a mortalidade por neoplasia maligna de traquéia, brônquios e pulmões, nas mesorregiões do estado da Paraíba, no período de 2013 a 2017. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa transversal, retrospectiva, com intuito de analisar a mortalidade por neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões na Paraíba, estratificando os dados por gênero e idade, além das 4 mesorregiões do estado (Sertão Paraibano; Borborema; Agreste Paraibano e Mata Paraibana) e, ainda, comparando as duas maiores cidades (João Pessoa e Campina Grande) com o restante do estado. A coleta de dados foi realizada no banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade, disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Resultados:** Quando comparou-se a mortalidade das duas maiores cidades da Paraíba viu-se que estas apresentaram maiores índices em relação ao restante do estado, obtendo em João Pessoa 5,97 óbitos/100 habitantes e em Campina Grande 5,38/100 hab., já nas demais cidades foram 4,8/100 hab. Entretanto, quando analisou-se a frequência de mortalidade por mesorregião, houve uma prevalência maior pela mesorregião Sertão com cerca de 9 mortes a cada 100 habitantes, mortalidade bem maior quando comparado ao resultado das outras regiões que obtiveram por 100 hab. Borborema (4,35), Agreste Paraibano (4,31) e Mata Paraibana (4,45). No que tange à idade e ao gênero, houve cerca de três vezes mais mortes em indivíduos com mais de 60 anos de idade em todo o estado, isto é, no grupo com mais de 60 anos foram registrados 1536 óbitos e no grupo com idade menor que 60 anos foram 488 óbitos. Quanto ao gênero houve um predomínio do sexo masculino de 52,71% (1067) em comparação ao feminino com 47,29% (957), obtendo superioridade em todas as quatro mesorregiões. **Conclusão:** Conclui-se que regiões interioranas, representadas neste trabalho pelo Sertão Paraibano, possuem maior mortalidade por câncer de traqueia, brônquios e pulmões em comparação às demais mesorregiões, podendo ser devido ao maior consumo de tabaco nesta região. Apesar disso, foi visto que de forma isolada as grandes cidades possuem maior índice de óbitos a cada 100 hab. em relação às demais cidades do estado. Não observamos acentuada discrepância entre os gêneros, acompanhando, assim, o cenário nacional em que o número de mulheres fumantes vêm aumentando de forma considerável nos últimos anos. Houve, ainda, maiores índices na população idosa, pois sabe-se que estas patologias estão ligadas ao consumo de tabaco e quanto maior idade, maior tempo de exposição aos fatores de risco.

PO026 TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES NA BAHIA POR SEXO DE 2014 A 2018

HANNA MINA DOS SANTOS CORRÊA[1]; CARLOS FREDERICO LOPES BENEVIDES[2]; PATRICIA SANTOS REIS[2]; RAFAELA MANUELA BARRETO SUAREZ SOLLA[3]; IZADORA DE JESUS OLIVEIRA[2]; DIEGO LOPES PAIM MIRANDA[2].
1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNIME, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: mortalidade; câncer; vias aéreas

Introdução: As vias aéreas inferiores compõem um importante lócus para o câncer. Enquanto a neoplasia de pulmão é a doença maligna mais comum no mundo e representa 13% de todos os diagnósticos anuais, os tumores primários de traqueia e brônquio são raros. Dentre as características compartilhadas por estas doenças, destacam-se o ruim prognóstico, intensa relação com o tabagismo e maior mortalidade entre os homens. A predileção pelo sexo masculino, entretanto, tem sido

cada vez menos evidente. **Objetivos:** Avaliar a taxa de mortalidade por neoplasias da traquéia, pulmão e brônquios no estado da Bahia, por sexo, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados secundários, notificados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde. Os dados fornecidos pela plataforma se baseiam no número de óbitos confirmados para cada 100. 000 habitantes. **Resultados:** De acordo com os dados coletados, foi registrado um total de 1. 003 óbitos no período. A taxa de mortalidade no intervalo se manteve relativamente estável, com leve tendência de queda quando se compara 2014 (25,43) e 2018 (24,60). Houve, porém, um pico em 2017 (29,04). Com relação ao sexo, homens e mulheres parecem apresentar tendências distintas. A taxa de mortalidade apresentou leve redução entre os homens, vide 2014 (26,22) e 2018 (24,18). O contrário foi observado para as mulheres, que apresentaram números menores em 2014 (24,60) em comparação a 2018 (25,00). **Conclusão:** No Brasil, assim como observado nos países desenvolvidos, o câncer das vias aéreas inferiores tem sido cada vez mais comum entre as mulheres nas últimas três décadas. Tal fato pode estar associado ao início tardio da prática de fumar e os crescentes índices de tabagismo entre elas, que segundo estudos recentes, parecem apresentar maior suscetibilidade aos componentes cancerígenos do cigarro.

PO027 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE PULMÃO E BRÔNQUIOS DE 2013 A 2017, NA PARAÍBA

LETÍCIA MARIA BORGES DO EGYPTO[1]; ALICE CABRAL FRADE[1]; BIANCA MARINHO COSTA SALES[1]; AMANDA INGRYD LOPES FERNANDES[1]; DURVAL LEITE DA SILVA NETO[1]; LARISSA MARIA BORGES DO EGYPTO[2].

1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Neoplasias; Epidemiologia; mortalidade

Introdução: A neoplasia maligna de pulmão é a doença maligna mais comum em todo o mundo, sendo também a principal causa de mortalidade por câncer. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, no ano de 2016, dos 596. 000 novos casos de câncer, 28. 220 foram casos de neoplasia maligna primária de pulmão, o que representa 4,7% do total. Dentre os principais fatores de risco, a exposição ao tabaco está em primeiro lugar, representando cerca de 80 a 90% das causas. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi compreender a evolução da mortalidade por neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, no estado da Paraíba, no período de 2013 a 2017. **Métodos:** realizou-se um estudo transversal retrospectivo para estimar a frequência de mortalidade por neoplasia maligna dos brônquios e pulmão na Paraíba. O estudo foi coletado por meio do banco de dados do Sistema de Informações e Mortalidade (SIM) disponível online no endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Instituto Nacional de Câncer (INCA), de acordo com as seguintes variáveis: ano, faixa etária e sexo. **Resultados:** A neoplasia maligna de pulmão e brônquios esta entre as neoplasias mais incidentes no mundo, tendo sua incidência mundial aumentada na população masculina, em detrimento da população feminina. Observa-se tendência semelhante, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento, sendo que, no Brasil, a neoplasia maligna de brônquios e pulmão é a segunda causa de óbitos por câncer em homens (8,7%), ficando atrás apenas do câncer de próstata, e a quarta em mulheres (6,2%). Na Paraíba, foram rastreados 2014 óbitos por neoplasia maligna de brônquios e pulmão, no intervalo de 2013 a 2017. Tais dados corroboram com o estudo realizado, que consta que 1060 pessoas (52,6%) que foram a óbito pertencem ao sexo masculino, e 954 (47,4%) ao sexo feminino, concordando com a literatura, que mostra maior prevalência entre homens, porém gradativo aumento da incidência nas mulheres em relação aos homens. No que diz respeito à faixa etária, notou-se uma maior prevalência no número de óbitos na sétima década de vida, com 564 casos de óbitos de pessoas entre 70 e 79 anos representando 28% do total. A segunda faixa etária mais prevalente foi de pessoas entre 60 e 69 anos, com 536 casos (26,6%). O número de casos de óbitos rastreados em pessoas com mais de 80 anos foi 430, representando 21,4% do total. Para a faixa etária de 50 a 59 anos, o numero de casos de óbitos foi de 309 (15,3%), já na faixa etária de 40 a 49 anos, foram registrados 128 óbitos (6,3%). Entre 30 e 39 anos, 32 óbitos (1,6%), e entre 15 e 29 anos, 15 óbitos (0,7%). **Conclusão:** Diante do estudo, entende-se que o câncer de pulmão na Paraíba possui um perfil de mortalidade composto pelo sexo masculino e população acima de 60 anos, grupo mais susceptível a esse tipo de câncer, por possuir como fator de risco para malignidade o tabagismo e idade mais avançada.

PO028 SÍNDROME DOEGE-POTTER: RELATO DE CASO

CAROLINA SALEM TAMESAWA; PEDRO MAXIMINK ESTEVES VILLAR; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; MAURICIO WESLEY PERROUD JR; ARISTÓTELES DE SOUZA BARBEIRO; LAIR ZAMBON.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Doege-Potter; Tumor fibroso solitário; Neoplasia pulmonar

Introdução: O tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia mesenquimal rara. [1] O TFS associado hipoglicemia não ilhota pancreática é denominado de síndrome de Doege–Potter. [2] O TFS pode ser tanto benigno como maligno, porém quando associação com síndrome Doege-Potter são mais propensos a serem malignos e também raramente encontrados. **Relato de Caso:** Paciente feminina de 73 anos referia tosse seca, dispneia aos mínimos esforços, dor escapular direita, perda ponderal de 7 kgs e 4 episódios de síncope por hipoglicemia há 4 meses. Negava tabagismo. Apresentava-se com redução de múrmurios em hemitórax direito e baqueteamento digital. Em TC tórax, massa mal delimitada com áreas de necrose em LSD e LM com presença de derrame pleural a direita. Submetida a biópsia pleural, sem sucesso na biópsia transbrônquica, cujo anatomopatológico e imunohistoquímica eram a favor de tumor fibroso solitário da pleura. Paciente vinha mantendo crises hipoglicêmicas (dextro < 70), descartado insulinoma (peptídeo C 0,22 [VR 0,78-5,19] insulina 0,9 [VR 2-25]. Assim, a principal hipótese foi de síndrome de Doege-Potter. Em perioperatório, massa multilobulada em HTD vascularizada e exérese total por toracotomia. Peça cirúrgica pesava 1280g com 17cm, circundada por uma fina pseudocapsula fibrosa, possuindo áreas de alta celularidade e presença de necrose isquêmicas. Não houve mais crises hipoglicêmicas. Paciente teve alta ambulatorial, sem sintomatologia respiratória e bom controle radiográfico no pós cirúrgico. Após 3 anos, procurou serviço com recidiva tumoral, além de crises frequentes de hipoglicemia. Doença em estágio avançado, sem status performance, optado por cuidados paliativos. **Discussão:** O tumor fibroso solitário tem seu comportamento imprevisível, sendo 10-15% apresentando-se de forma agressiva. A cirurgia é considerada o tratamento de escolha. A taxa de recidiva

pós-tratamento cirúrgico do TFS de pleura é baixa quando comparada à dos tumores malignos. 5 A terapia adjuvante é controversa pelo TFS ser quimiorresistentes. [2] Os principais fatores prognósticos são: características histológicas (atipia nuclear, aumento da celularidade, necrose e mais de 4 mitoses), localização (10 a 15% dos tumores localizados fora da cavidade torácica são recorrentes ou metastáticos), dimensões (> 10 cm) e ressecabilidade. [1] A síndrome de Doege-Potter deve-se à produção de fatores de crescimento semelhantes a insulina de alto peso molecular, sendo a síndrome paraneoplásica mais associada ao TFS. Estudos anteriores mostram que a hipoglicemia ocorre três vezes mais em mulheres e que a associação do TFS com a hipoglicemia são tipicamente localizados em hemitórax direito. O diâmetro do tumor não se mostrou um preditor para o desenvolvimento da hipoglicemia. [2] Neste relato de caso descrevemos um tumor fibroso solitário associado a síndrome de Doege-Potter, casos raros encontrados, além de um comportamento maligno, com recidiva após 3 anos, mesmo com ressecção cirúrgica.

PO029 O ACOMETIMENTO DE FUMANTES PASSIVOS PELO CÂNCER DE PULMÃO

LARYSSA ALMEIDA DE ANDRADE TENÓRIO[1]; MONALISE LACERDA MALTA BRANDÃO[2]; ALICE MARIA PLÁCIDO CALDAS GITAÍ[2]; VINÍCIUS JANUÁRIO LIRA PEREIRA[2]; MANOEL MARQUES DE SOUTO NÓBREGA FILHO[3]; ANAIZA PACHECO SIMÕES[4].
1. FAMENE, MACEIÓ - PB - BRASIL; 2. UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. FCM, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. CESMAC, MACEIO - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Câncer de pulmão; Passivo

Introdução: Atualmente mais de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo e na década de 2030 estima-se que esse total chegará a dois bilhões. O impacto sobre a saúde decorrente do uso do tabaco é conhecido: responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas, 25% das doenças isquêmicas do coração. No entanto, não é só quem fuma que está exposto a esses riscos. Define-se como tabagismo passivo a inalação da fumaça de derivados do tabaco por indivíduos não fumantes, que convivem em ambientes fechados inalando as mesmas substâncias tóxicas que o fumante ativo, sendo o risco de câncer em fumantes passivos igual ou superior a esses. **Objetivos:** *Atualização da literatura sobre o risco do acometimento de fumantes passivos pelo câncer de pulmão.* **Métodos:** *Revisão de artigos dos bancos de dados MEDLINE, SciELO e PubMed, datados entre 2008 a 2017, com combinações das palavras tabagismo, passivo, câncer, pulmão e fumantes.* **Resultados:** A fumaça do cigarro que se dissipa no meio ambiente contém em média três vezes mais nicotina e monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça inalada pelo tabagista. Dessa forma, ambientes expostos à fumaça de cigarro estão impregnados por partículas cancerígenas, que podem permanecer no local por até dois meses. Além disso, a poluição tabágica ambiental contém cerca de 250 substâncias tóxicas, dentre elas o benzopireno e o hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, reconhecidas pela Agência Internacional de Pesquisa do Câncer como agentes indutores de mutação e câncer, sendo dessa forma o tabagista passivo considerado pela Organização Mundial da Saúde a terceira causa de morte evitável no mundo. **Conclusão:** Do ponto de vista da saúde pública, os 25 milhões de fumantes no país formam um contingente de proporção gigante e que funcionará como uma força para a manutenção da incidência de câncer relacionado ao tabaco no futuro. Nesse caso, a prevenção das doenças relacionadas ao tabaco, sobretudo o câncer de pulmão, entre os fumantes passivos deve ser o foco de programas antitabaco, pois esta ação repercute tanto nos tabagistas passivos quanto nos ativos. **Referências:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabagismo, 2008. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Disponível em: http: //www. ibge. gov. br/ home/estatistica/ populacao/trabalhoerendimento/ pnad2008/suplementos/ tabagismo/pnad-tabagismo. pdf [Acesso em: 29/05/2019]. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: http: //www. inca. gov. br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/ convencao-quadro. [Acesso em: 29/05/2019]. REICHERT, J. ; ARAÚJO, AJ. ; GONÇALVES, CMC. Diretrizes para Cessação do Tabagismo 2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 34, nº 10, p. 845-880, 2008.

PO030 RECORTE DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS DA MORTALIDADE POR NEOPLASIA DOS BRÔNQUIOS E PULMÕES NO BRASIL

KAROLINNY DONATO PINTO DE OLIVEIRA; AMILSON GUILHERME DE OLIVEIRA E SILVA; GABRIEL FERNANDES DE SOUSA; KELI CAMILA VIDAL GROCHOSKI; STELLA SAMPAIO DE OLIVEIRA MESQUITA; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Neoplasias; Neoplasias Pulmonares; Brasil

Introdução: No Brasil, o câncer de pulmão é a primeira causa de óbito por câncer entre homens e a segunda entre mulheres (MALTA et al., 2016). Em 2012 ocorreu cerca de 1,8 milhões de novos casos de câncer de pulmão e estima-se que a incidência cresça 2% a cada ano (FERLEY et al., 2012). O câncer de pulmão, traqueia e brônquios tem forte ligação com a submissão prolongada aos fatores de risco, como consumo de derivados do tabaco e as exposições ambientais ou mesmo ocupacional, assim como o envelhecimento populacional (DIDKOWSKA et al., 2016). **Objetivos:** Traçar o perfil da mortalidade por câncer de brônquios e de pulmões no Brasil em cinco anos. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional descritivo e quantitativo do número de morte causadas por câncer de brônquios e de pulmões no Brasil, no período de 2012 a 2016. Os dados obtidos foram através do SIM, coletados a partir do banco de dados do DATASUS. Foi utilizado como instrumentos de trabalho o número de mortes de acordo com a seguinte classificação: faixa etária e sexo. No estudo, foram agrupadas de acordo com a Categoria/Causa CID-10: C-34 neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões. **Resultados:** Dados revelaram que as mortes por neoplasia maligna de brônquios e pulmões no Brasil totalizaram um aumento de 16% durante o período de 2012 a 2016, sendo de 4,2% entre os anos de 2012 e 2013; 3,85% de 2013 a 2014; 4,2% de 2014 a 2015 e 2,9% de 2015 a 2016. Com relação à faixa etária, ocorreram, entre 0 a 39 anos, 1. 994 (1,57%) óbitos; de 40 a 49 anos, 6. 173 (4,9%); 50 a 59anos, 23. 353 (18,42%); 60 a 69 anos, 37. 428 (29,54%); 70 a 79 anos, 36. 319 (28,66%) e de 21. 420 (16,9%) nos maiores de 80 anos. A neoplasia estudada é mais prevalente em adultos maiores de 40 anos (COSTA; THULER; FERREIRA, 2016). Associado a isso, há grande mortalidade e sobrevida que não ultrapassa 20% nos primeiros cinco anos quando o diagnóstico é tardio (BRASIL, 2015). Em relação aos idosos, o aumento se deve ao acúmulo da carga tabágica passada (MALTA et al., 2007). Em relação ao sexo, o masculino obteve valores que variaram de 14. 214 (60,7%) óbitos, em 2012, a 15. 900 (58,5%), em 2016. Já o feminino, teve variação de 9. 201 (39,3%), em 2012, a 11. 272 (41,5%), em 2016, demonstrando um leve aumento de óbitos

no sexo feminino. A mortalidade nas mulheres possui taxas ascendentes em todas as faixas etárias, podendo ser justificado pelo aumento do tabagismo nesse sexo (MALTA et al., 2007). **Conclusão:** O número de mortes por neoplasia de brônquios e de pulmões tem se elevado significativamente nos últimos anos, principalmente nos maiores de 60 anos, que somam 75,11% do total de óbitos. A mortalidade no sexo feminino se apresenta em curva ascendente, entretanto, o maior número de mortes ainda prevalece nos homens. Dessa forma, percebe-se a necessidade intensa da adoção de medidas preventivas, principalmente relacionadas ao combate ao tabagismo, e demais fatores de risco, para que haja redução da mortalidade dessa patologia.

PO031 LEIOMIOMATOSE METASTÁTICA BENIGNA: RELATO DE CASO.

ÉRICA ALINE ANDRADE SANTOS; LUCYARA GOMES CATUNDA; FABIO ROCHA FERNANDES TAVORA; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA; RICARDO COELHO REIS.
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/UFC, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Benign metastasizing leiomyoma; doenças raras; lung

Introdução: Leiomiomas, miomas ou fibromas uterinos são tumores benignos originados de células musculares lisas do miométrio. A leiomiomatose metastática benigna (LMB) é um processo neoplásico raro no qual há metástases de leiomiomas do útero para sítios distintos, mais comumente para os pulmões. Neste trabalho, é descrito um caso de LMB e uma revisão de literatura desse tipo raro de enfermidade. **Relato de Caso:** Paciente, sexo feminino, 50 anos, professora. Totalmente assintomática do ponto de vista respiratório. Previamente hipertensa. Histórico de realização de histerectomia por miomatose há 10 anos com ooferectomia à esquerda. Relata que em 2017 apresentou sintomas compatíveis com nefrolitíase, então durante a investigação do quadro, foi realizada uma tomografia abdominal, oportunidade em que foi constatada a presença de nódulos pulmonares. A partir dessas imagens, a paciente progrediu com a investigação clínica, realizando biópsia guiada por tomografia dos nódulos, entretanto, esta foi inconclusiva, motivo pelo qual foi necessária a realização de biopsia por videotoracoscopia. A biopsia evidenciou uma neoplasia com componente mesenquimal fusocelular com disposição em feixes; pleomorfismo leve, celularidade leve a moderada; atividade mitótica < 1 mitose/ 10 CGA; infiltração perineural e linfovascular ausente. Imunohistoquímica apresentando positivo para desmina, TTF1, progesterona e estrogênio. **Discussão:** A LMB é uma doença rara, cabendo destacar que há relatos de um pouco menos de 200 casos descritos na literatura, sendo esta tipicamente diagnosticada em mulheres entre 35 e 40 anos com histórico de realização da histerectomia prévia por leiomiomatose uterina. É caracterizada pelo aparecimento de nódulos pulmonares relativamente pequenos que podem ser encontrados geralmente desde 3 meses até 20 anos após a histerectomia. A maioria dos LMB são descobertos incidentalmente em pacientes assintomáticos; porém, há relatos na literatura de sintomas como hemoptise e dispneia. A etiologia é controversa. Pode haver disseminação hematogênica do tumor uterino benigno, uma proliferação local do tecido muscular liso ou leiomiossarcoma de baixo grau metastático. A biopsia pulmonar é o padrão ouro para o diagnóstico. A presença de receptores de estrógeno e progesterona em casos da LMB está bem documentada e é prova de que a doença provém da musculatura lisa uterina. Atualmente, não há diretrizes específicas para o tratamento da LMB; pode ser utilizada a ressecção cirúrgica dos nódulos, como também há a opção da utilização de inibidores hormonais. A evolução da doença é variável e parece depender do estado estrogênico de cada pacientes. Em mulheres pós menopausa a doença é indolente, ao passo que em mulheres na pré menopausa a progressão da doença pode resultar em óbito. **Referências:** KHAN M. et al. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma: a case report. Respiratory medicine case, 2018. RISO V. & PARISSIS H. A rare case of enign metastasizing leiomyoma. 2017.

PO032 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR E HIPERTENSÃO PULMONAR PRÉ-CAPILAR NA NEUROFIBROMATOSE TIPO 1

RAFAELA BELTE PORTIOLLI; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; MARIANA SPONHOLZ ARAUJO; GLAUCIA MARIA BARBIERI; LUCAS MOREIRA; FABIO MARCELO COSTA.
HC - UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Doença pulmonar intersticial; Hipertensão pulmonar; Neurofibromatose

Introdução: Neurofibromatose tipo1 é uma doença autossômica dominante caracterizada por manchas café com leite, efélides axilares ou inguinais e neurofibromas plexiformes e cutâneos. Essa doença pode cursar com doença intersticial pulmonar, sendo a apresentação mais comum a de lesões císticas em lobos superiores. A Hipertensão Pulmonar (HP) associada a Neurofibromatose tipo 1 é uma rara complicação, de prognóstico ruim, que é classificada como hipertensão pulmonar grupo 5, pois múltiplos fatores podem ser responsáveis para o seu desenvolvimento. **Relato de Caso:** Descreve-se o caso de um paciente de 47 anos, com neurofibromatose tipo 1, submetido a transplante de medula óssea há 20 anos por anemia aplástica, que iniciou há 8 anos com dispneia progressiva e tosse seca. A função pulmonar apresentava volumes pulmonares normais e difusão reduzida. A imagem tomográfica era de espessamento nodular peribroncovascular e subpleural associado a bronquiectasias e bronquiolectasias de tração e distorção da árvore brônquica, com cistos pulmonares, predominando em lobos superiores. A hipótese inicial era de sarcoidose. O paciente foi então submetido a biópsia pulmonar cirúrgica, que revelou padrão de pneumonia intersticial não específica (PINE) e granulomas ausentes. Foi optado por imunossupressão com prednisona (realizada por 10 anos-suspensa há um ano) e ciclofosfamida (realizada por 2 anos-suspensa há 8 anos), interrompidas por não terem demonstrado melhora clínica. Durante todo o tempo de avaliação o paciente demonstrava difusão progressivamente em queda, apesar de aparente estabilidade das lesões intersticiais, foi avaliado com ecocardiograma repetidas vezes, que não demonstrou aumento da pressão da artéria pulmonar e nem aumento de câmaras direitas. Porém, após a retirada completa dos imunossupressores, o paciente teve piora clínica, tomográfica e espirométrica com queda significativa da Capacidade Vital Forçada. Foram descartadas as possibilidades de tromboembolismo pulmonar e de cardiopatia congênita e o paciente foi submetido a cateterismo cardíaco direito, que revelou hipertensão pulmonar pré-capilar. Optou-se então por imunossupressão com prednisona e micofenolato, reavaliação precoce para definir tratamento para hipertensão pulmonar e encaminhamento a serviço de transplante pulmonar. **Conclusão:** Pelo que sabemos, há a descrição na literatura de 31 casos de hipertensão pulmonar associada a neurofibromatose tipo 1. A causa é multifatorial, pode ser

por envolvimento vascular, doença intersticial pulmonar, cardiopatia congênita, doença cardíaca esquerda, ou ainda por anormalidades esqueléticas estruturais causando uma síndrome restritiva. O seu tratamento ainda não é consensual, mas a maioria dos casos descritos até hoje foi tratada com antagonistas do receptor da endotelina, inibidores da fosfodiesterase-5 e prostanoides, apesar de resposta pobre à terapia. Por isso, recomenda-se que esses pacientes sejam referenciados para transplante pulmonar precoce.

PO033 ALTERAÇÕES ANATOMOFISIOLÓGICAS DO SISTEMA CARDIORRESPIRATÓRIO DURANTE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

WESLLEY BARBOSA SALES; LETÍCIA MARIA SILVA; RENATA TOMAZ.
FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Envelhecimento; sistema cardiovascular; sistema respiratório

Introdução: O sistema cardiovascular e o sistema respiratório possuem íntima relação, sendo o sistema circulatório responsável pela distribuição do oxigénio a todas as partes do corpo humano assim como transporte de outros elementos também. No sistema pulmonar uma das principais funções é o das trocas gasosas que são de grande importância para a manutenção da vida. E, é durante o processo de envelhecimento que as modificações estruturais e funcionais começam a se manifestar. **Objetivos:** Identificar na literatura as principais alterações anatômicas e fisiológicas que acontecem no sistema cardiorrespiratórios. **Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura, onde foi utilizada o site DeCS, onde resultou nos seguintes descritores: *Aging, Health Respiratory System e Cardiovascular System*. Foram usadas as plataformas digitais; PubMED, Scielo e BVS. Foi utilizado o Operador Booleano "AND" para fazer o cruzamento entre os descritores; *''Aging AND Health Respiratory System AND Cardiovascular System*. A seleção dos artigos foi realizada segundo os critérios de inclusão e exclusão, sendo os critérios de inclusão; artigos completos, no idioma inglês, publicados entre 2014 à 2019, artigos que enfatizassem as alterações fisiológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento humano. **Resultados:** Foram encontrados 280 artigos, porém 20 estudos fizeram parte dessa pesquisa que passaram pelos critérios de inclusão. A parede torácica sofre com as modificações estruturais, principalmente quando existe patologias associadas, é presente também à diminuição da elasticidade fortemente encontrada em grande parte da população idosa, além disso, os bronquíolos tem sua resistência fisiológica alterada, sendo mais propensos a colapsos e diminuição do número de alvéolos, isso devido as rupturas desses alvéolos. Sendo as principais modificações estruturas: alterações diretas nos pulmões, a caixa torácica e os músculos respiratórios, com ênfase maior no músculo diafragma; e as alterações funcionais: mudanças nas capacidades e volumes pulmonares por consequência das alterações estruturas, onde a sarcopenia também pode estar associada. Em relação ao sistema cardiovascular, as principais modificações ocorrem nas células do coração que devido algumas patologias associadas como por exemplo, a aterosclerose pode gerar isquemia e com isso levar à atrofia das células que eram irrigadas por esse vaso obstruído. Foi observado em alguns estudos que houve presença de fibrose no miocárdio, e no endocárdio depósito de lipídeos e cálcio. **Conclusão:** Durante o processo envelhecimento o corpo humano passa por muitas modificações estruturais e funcionais, o que geram um declínio fisiológico dos nossos sistemas, mas que quando associado a um envelhecimento senil, as consequências são bem mais acentuadas e disfuncionais. É necessário que adotemos um envelhecimento ativo e longe de fatores de risco como etilismo, tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo, dentre outros fatores.

PO034 PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO: A IMPORTÂNCIA DE UM PROTOCOLO EM UM HOSPITAL ESCOLA

MARIA ISADORA MORAES BEZERRA; JESSICA SILVEIRA ARAUJO; ANA CAROLINE GUEDES SILVA; GABRIEL ARAÚJO BEZERRA; MIGUEL NORONHA FILHO; LUMA MARIA TAVARES DE SOUSA.
UFC, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: tromboembolismo; TEV; profilaxia

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) é descrito como a causa mais comum de mortalidade hospitalar prevenível. Além disso, a ocorrência do TEV traz impactos durante a hospitalização e no período pós-alta. No Brasil, acredita-se que a prevalência chegue a 16,6%, entretanto, os estudos epidemiológicos são escassos e a doença é subestimada devido aos eventos não diagnosticados. Dessa forma, todo doente que venha a ser internado deve ser avaliado quanto ao risco de desenvolver TEV e deve receber uma correta profilaxia quando necessário. **Objetivos:** verificar se a profilaxia para TEV está sendo utilizada de maneira rotineira e correta em nosso serviço, bem como demonstrar a importância de um Protocolo específico da instituição. **Metodologia:** No período de dezembro/2017 a novembro/2018, foi realizado um estudo de coorte com os pacientes internados nas especialidades clínicas e cirúrgicas do Hospital Universitário Walter Cantídio. Em maio de 2017, foi criada a Comissão de Prevenção de TEV da instituição e elaborado o Protocolo Institucional, que foi apresentado para todos os serviços do hospital e publicado na Intranet da instituição com acesso livre. A coleta dos dados para avaliar o percentual do uso correto da profilaxia de TEV em todos os serviços clínicos e cirúrgicos foi realizada antes e 6 meses depois da efetivação, através de fichas do protocolo a serem preenchidas por médicos na admissão do paciente. Houve o acompanhamento do preenchimento das fichas por estudantes previamente treinados e ajustes do protocolo através de reuniões mensais da Comissão. Por fim, realizada a análise estatística descritiva dos dados. **Resultados:** Foram analisados 141 pacientes no grupo controle, dos quais 72 (51,1%) apresentavam profilaxia de TEV correta. Já no grupo coorte, foram estudados 112 pacientes. Destes, 73 (65,2%) estavam com a prescrição adequada de profilaxia de TEV. **Conclusão:** Podemos concluir que as medidas para a prevenção do TEV estão, assim como em outros hospitais do país, sendo subempregadas em nosso serviço, mas houve um incremento do uso correto da profilaxia após implementação do protocolo, notadamente nos serviços cirúrgicos. Diante disso, é importante o desenvolvimento de projetos de educação continuada, assim como, protocolos institucionais que reforcem o uso global das diversas formas de profilaxia para essa doença, visando combater sua alta morbimortalidade e custos. **Referências:** 1. Bick RL. Proficient and cost-effective approaches for the prevention and treatment of venous thrombosis and thromboembolism. Drugs 2000;60(3): 575-95. 2. Terra M Fo, Menna Barreto SS, Rocha AT, et al. Recomendações para o Manejo da tromboembolia pulmonar. J Bras Pneumol. 2010;36(Supl1): S1-68. PMid: 20944949.

PO035 MANEJO RESPIRATÓRIO DA HIPERTENSÃO PULMONAR PERSISTENTE NOS PRIMEIROS DIAS DE VIDA EXTRAUTERINA: REVISÃO DA LITERATURA

AMANDA MELO SOARES EDUARDO PEREIRA[1]; ANDREZZA ARAÚJO DE OLIVEIRA DUARTE[1]; JOÃO VICTOR OLIVEIRA CAVALCANTI[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Hipertensão Pulmonar Persistente; Insuficiência Respiratória; Neonato

Introdução: A hipertensão pulmonar persistente (HPP) ocorre de uma falha na queda da resistência vascular pulmonar, ou seja, na dilatação das artérias pulmonares após o nascimento devida inadequação transitória entre circulação fetal e neonatal. Esses pacientes desenvolvem um quadro de hipoxemia acentuada e cianose progressiva nas primeiras 24 horas de vida. O diagnóstico é comprovado pela PaO2 com diferença ≥ 20 mmHg entre a artéria radial direita e a artéria umbilical, ecodoppler que registra shunt direita-esquerda através do forame oval ou do canal arterial, e exclui cardiopatias congênitas, além de hiperfonese de segunda bulha e sopro sistólico de regurgitação tricúspide. **Objetivo:** Identificar com base na literatura científica o manejo atual em emergências de HPP em neonatos que mude o prognóstico de insuficiência respiratória secundária. **Metodologia:** A pesquisa consiste em uma revisão integrativa e foram utilizadas as bases de dados BVS, LILACS e MEDLINE. Aplicou-se o descritor "circulação fetal" e os filtros "síndrome da persistência do padrão de circulação fetal", "hipertensão pulmonar", "asfixia neonatal", "insuficiência respiratória" e "recém-nascido". **Resultados:** Os mediadores vasoativos estão em desequilíbrio na HPP, com predomínio dos vasoconstritores sobre os vasodilatadores. Logo, para corrigir o quadro agudo desses pacientes já na UTI, usa-se vasodilatadores pulmonares seletivos objetivando minimizar resistência vascular pulmonar, otimizar fluxo sanguíneo pulmonar, preservar débito cardíaco e perfundir com O_2 os tecidos adequadamente. O método de escolha observado foi óxido nítrico (NO) inalatório combinado com ventilação de alta frequência, pois potencializa a captação alveolar, além de manter a pressão arterial sistêmica e reduzir os traumas decorrentes do volume e da pressão que consequentemente diminui lesão pulmonar. Em casos de falha terapêutica o O_2 é administrado por membrana extracorpórea. Contudo, essas condutas são de alto custo e alternativas foram desenvolvidas com base em inibidores de fosfodiesterase (FDEs), principalmente a III e V. Os FDEs catalisam a clivagem hidrolítica dos nucleotídeos cíclicos, atuando como reguladores da vasodilatação pulmonar induzida pelo NO endógeno. A janela terapêutica do NO precisa de cautela, pois doses elevadas podem resultar em toxicidade decorrente do acúmulo de meta-hemoglobina enquanto que baixas doses, retorno da hipoxemia. **Conclusão:** A HPP pode atingir 2 em mil nascidos vivos e ter uma taxa de mortalidade de 12%, evidência para necessidade de um tratamento que reduza mortalidade e morbidades. A redução de mortalidade já é comprovada através do uso de NO inalatório associado à ventilação de alta frequência, PDEs e/ou ECMO, observando resposta positiva pela diminuição do índice de oxigenação. Agora se busca métodos que reduzam morbidades provenientes de sequelas no desenvolvimento, por exemplo, neuropsicomotor (até 20% dos casos de HPP) e melhorem a qualidade de vida dos neonatos.

PO036 ANÁLISE DO PERFIL DEMOGRÁFICO DAS INTERNAÇÕES POR EMBOLIA PULMONAR NO TERRITÓRIO BRASILEIRO DE 2008 A 2018

FELIPE SILVA TAVARES[1]; VANESSA GOMES DA SILVA[2]; INAÊ CAROLLINE SILVEIRA DA SILVA[2]; DIEGO MEDEIROS DELGADO[2]; KAMILLA PRISCILA COELHO DA COSTA[2]; JESSICA FRANCIS DE CARVALHO NASCIMENTO[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, GUARABIRA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Embolia pulmonar; Pesquisa sobre serviços de saúde; Internação Hospitalar

Introdução: A embolia pulmonar (EP) é a terceira doença cardiovascular aguda mais comum no mundo, logo após Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral, acometendo cerca de 1 em 1000 pessoas por ano. No Brasil, assim como no mundo, nas últimas três décadas, embora todas as regiões do país tenham apresentado um declínio em suas taxas de mortalidade padronizada por idade, as maiores quedas concentraram-se nas regiões de mais alta renda do Sul e Sudeste do Brasil. As regiões Norte e Nordeste, que têm as mais baixas rendas, apresentaram uma queda menos marcante nas taxas de mortalidade, sem qualquer alteração na taxa de mortalidade por EP nas mulheres. **Objetivos:** Avaliar o perfil demográfico das internações por embolia pulmonar no Brasil entre os anos 2008 e 2018, no intuito de possibilitar maior conhecimento sobre sua epidemiologia e uma melhor abordagem da doença, bem como dos seus fatores de risco. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo, documental e transversal, de abordagem quantitativa. Foram analisados os dados referentes às internações por embolia pulmonar nas regiões e Unidades Federativas do Brasil nos anos de 2008 a 2018, obtidos por meio do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/DATASUS/MS. Os dados foram consolidados e determinam as taxas de internação segundo região e segundo Estado, bem como a média mensal de internações para o Brasil. **Resultados:** Pode-se observar um aumento crescente no número de internações por embolia pulmonar no Brasil ao longo dos últimos dez anos. No ano de 2008, houve no Brasil um total de 4931 internações por essa patologia; esse número quase duplicou em dez anos, alcançando 9110 internações em 2018. Esse crescimento foi, em grande parte, influenciado pelo aumento das internações na região Sudeste, que passou de 2591 internações em 2008 para 4923 em 2018. Por outro lado, em algumas regiões esse número pouco se alterou, como é o caso da região Norte que só teve aumento de 4 internações na década. Ao avaliar a ocorrência de internações proporcionais a população de cada região, é visível que a prevalência, no ano de 2018, foi maior na região Sul com um total de 7,28/100. 000 habitantes, seguido pelo Sudeste com 5,61, depois o Centro-Oeste com 4,11 e por fim o Nordeste com 2,14 e o Norte com 0,82. A taxa nacional por 100. 000 habitantes foi de 4,37 em 2018. **Conclusão:** A análise da distribuição de internações por embolia pulmonar ao longo dos anos permite afirmar que, em âmbito nacional, há uma tendência de crescimento progressivo, ainda que tal distribuição seja bastante variável dentro do país. As regiões de maior poder econômico e de maior IDH apresentam maior número de internações, o que pode estar relacionado a uma maior oferta de serviços de saúde capazes de diagnosticar embolia pulmonar, a uma maior incidência da doença e a uma melhor qualidade no sistema de notificação.

PO037 HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA A PERICARDITE CONSTRITIVA: RELATO DE CASO.

JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO[1]; CLAUDIA COIMBRA CÉSAR DE ALBUQUERQUE[1]; PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA[1]; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO[1]; HANNA LETÍCIA NOGUEIRA RAMOS[1]; ANGELA MARIA PONTES BANDEIRA[2].
1. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL; 2. PRONTO-SOCORRO

CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE), RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Pericardite constritiva; Hipertensão pulmonar; Pericardiectomia

Introdução: A hipertensão pulmonar (HP) é definida por pressão média da artéria pulmonar (PMAP) acima 20 mmHg em repouso, mensurada por meio da cateterismo cardíaco com manometria. De acordo com a etiologia, é possível classificá-la em hipertensão arterial pulmonar (HAP ou grupo 1), HP secundária a alterações cardíacas esquerdas (grupo 2), HP por distúrbios pulmonares ou hipoxemia (grupo 3), tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo (grupo 4) ou por mecanismos multifatoriais (grupo 5). Dentre as possíveis causas de HP encontra-se a pericardite constritiva (PC), processo de espessamento e fibrose dos folhetos pericárdicos evoluindo com disfunção diastólica. A pericardite tem como principais fatores etiológicos: cirurgias cardíacas prévias, irradiação ou tuberculose, e apresenta-se clinicamente pela insuficiência de ventrículo direito. **Relato de Caso:** Mulher, 47 anos, procedente de Recife, iniciou quadro de dispneia progressiva há dois anos, seguido de aumento de volume abdominal e edema de membros inferiores. Durante avaliação, o ecocardiograma evidenciou presença de hipertensão pulmonar e disfunção diastólica tipo III, além de aumento biatrial importante. Tomografia de tórax mostrou calcificação pericárdica extensa, sendo aventada a pericardite constritiva como etiologia da hipertensão pulmonar, e cateterismo cardíaco revelou PMAP 45 mmHg. Foi realizada abordagem terapêutica por meio de pericardiectomia, resultando em melhora significativa da dispneia e do volume abdominal, além de ganho hemodinâmico, mesmo seguindo com calcificações residuais. **Discussão:** O caso supra-citado ilustra a incomum possibilidade da HP ter como causa a pericardite constritiva, assim como a realização da pericardiectomia com intenção de melhorar a gravidade da HP. A resposta da abordagem cirúrgica, depende, por sua vez, da função ventricular esquerda, pressões pulmonares e etiologia. Em geral, o procedimento evolui com aumento de sobrevida.

PO038 AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO CRÔNICA DO ENXERTO EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROFILAXIA COM AZITROMICINA PÓS - TRANSPLANTE PULMONAR EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA

ANA LETÍCIA FARIAS BARROSO[1]; GABRIEL ARAÚJO BEZERRA[1]; LUCAS HENRIQUE DUARTE SOBREIRA[1]; SOPHIA DE OLIVEIRA MARTINS[1]; LUCYARA GOMES CATUNDA[2]; FERNANDO MOREIRA BATISTA AGUIAR[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL DO CORAÇÃO DE MESSEJANA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Bronquiolite Obliterante; Rejeição de Enxerto; Transplante de Pulmão

Introdução: A disfunção crônica do enxerto pode estar relacionada a diversos fatores de risco, como infecções virais prévias, antecedente de rejeição aguda ou doença do refluxo gastroesofágico. Ela possui diferentes fenótipos, sendo o mais comum a síndrome da bronquiolite obliterante (BOS), a qual é um distúrbio obstrutivo crônico do fluxo aéreo que ocorre por meio de um processo de inflamação e fibrose em pequenas vias aéreas. Na BOS, um dos principais fatores influentes na morbimortalidade de transplantados[1], pode-se observar diminuição do VEF1 e presença de sintomas respiratórios[3]. Há indícios de melhora funcional com o uso de azitromicina profilática, recomendado pelas diretrizes atuais[2]. **Objetivos:** Analisar a incidência de rejeição crônica em pacientes submetidos a transplante pulmonar com uso profilático de azitromicina em um hospital de referência em Fortaleza. **Metodologia:** Foram analisados 5 pacientes em uso profilático de azitromicina em período pós-transplante pulmonar. Averiguou-se a queda do valor da VEF1 em relação à média basal do paciente (média dos seus dois maiores valores de VEF1 do último ano), considerando redução significativa para o desenvolvimento de BOS quando maior ou igual a 10% excluindo-se outras razões para essa queda, como rejeição aguda, infecção ou estenose brônquica. Em adição a isso, foi observada a diminuição da relação VEF1/CVF% (Índice de Tiffeneau-Pinelli) como um fator de piora da função pulmonar. Ademais, foram investigados os esquemas de imunossupressão utilizados, avaliando a troca das medicações ao longo do período pós transplante (Ciclosporina para Tacrolimus/Sirolimus e Azatioprina para Micofenolato Mofetil). **Resultados:** Dentre os 5 pacientes, 1 apresentou sinais de rejeição crônica pela redução de 14,5% da VEF1 em relação à média basal, sendo o critério principal de avaliação para BOS. Além disso, houve também queda da relação VEF1/CVF%. Isso indica começo de perda de função do órgão e um possível desenvolvimento de BOS. Inicialmente, o paciente fazia uso de Tacrolimus, Sirolimus e Azatioprina. Devido ao seu quadro, realizou-se a evolução de medicação imunossupressora de Azatioprina para Micofenolato, além do aumento da dosagem do Sirolimus para 2mg. As principais drogas utilizadas pelos pacientes foram Tacrolimus, Sirolimus e Micofenolato Mofetil (60% em todas). **Conclusão:** Notou-se que, mesmo em um hospital de referência e utilizando-se os esquemas de azitromicina profilática e de imunossupressão preconizados pelo Ministério da Saúde[2], a taxa de rejeição crônica ainda é elevada (20%). Contudo, devido à quantidade restrita de pacientes no presente estudo, urge que sejam realizadas maiores pesquisas na ocorrência da BOS nos mais diversos locais, visando estimular o desenvolvimento de novas possíveis intervenções, visto que ainda há poucas que mudem essa evolução desfavorável da síndrome, a qual, em sua maioria, leva à necessidade de retransplante ou óbitos precoces[4].

PO039 BIÓPSIA TRANSTORÁCICA DE NÓDULOS E MASSAS PULMONARES DIRIGIDA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

ANA LUÍZA JÁCOME FRANCA CAMPOS; NATHALIA OLIVEIRA MARQUES; FELIPPE GABRIEL FIGUEIREDO DA ROCHA; JANINE AGRA PADILHA.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Biópsia; Nódulos; Transtorácica

Introdução: No pulmão, a biópsia transtorácica dirigida por tomografia computadorizada (TC) através de punção aspirativa tornou-se uma das principais escolhas para investigação de nódulos e massas, principalmente após falha em broncoscopia. É um procedimento efetivo e seguro, que pode ser realizado no ambulatório, sendo alternativa nos casos de pacientes com contraindicações para procedimentos cirúrgicos e alguns tipos de neoplasias do pulmão. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo descrever a relevância da biópsia transtorácica dirigida por TC, com o fito de obter o diagnóstico histológico em situações que envolvem lesões pulmonares diversas. Além disso, a sua importância como alternativa em caso de falhas diagnósticas e contraindicações de outros métodos. **Metodologia:** Caracterizou-se por ser um estudo descritivo utilizando bancos de dados de SCIELO e do Jornal Brasileiro de Pneumologia, sendo selecionados 3 artigos, publicados de 2011 a 2014, no período de 20 a 29 de cuja temática é o uso da biópsia transtorácica de nódulos e massas

pulmonares por tomografia computadorizada, publicados no período de 2011 a 2014. **Resultados:** Na maioria dos serviços a biópsia percutânea é realizada por radiologistas ou radiologistas intervencionistas, sendo feitas, sempre que possível, em regime ambulatorial e sem sedação. Os pacientes são posicionados em decúbito, visando permitir um acesso mais direto até a lesão e, visando reduzir os riscos de pneumotórax, trajetos minimizando a passagem da agulha por parênquima pulmonar aerado devem ser escolhidos. Esta manobra pode ser acompanhada em tempo real nos equipamentos que possuam a fluoro-CT, e o número de coletas realizadas pode variar para ambos os tipos de agulha. Entre os principais fatores apontados como preditivos de maior índice de sucesso na obtenção de diagnóstico através de biópsia percutânea pode-se mencionar a ausência de DPOC, maiores dimensões da lesão (> 2 cm), localização periférica e utilização de agulhas cortantes. Já os indícios de complicações para biópsias percutâneas de lesões pulmonares, podem ser vistas como pneumotórax, hemorragia local discreta, dor e reação vaso-vagal. Pacientes sem sinais de complicação são monitorados por uma hora e liberados após a constatação de estabilidade hemodinâmica, respiratória e com radiografia de tórax confirmando, assim, ausência de pneumotórax. **Conclusão:** A biópsia transtorácica constitui um procedimento eficaz e seguro contra nódulos e massas pulmonares diversas. Com sua rapidez diagnóstica, evita métodos mais invasivos como os procedimentos cirúrgicos, amplamente utilizados. Mesmo tendo uma larga margem de segurança, algumas complicações podem surgir, como o pneumotórax, e dentre os fatores de risco, está o tamanho da lesão e um maior comprimento no trajeto da agulha, no entanto, sem alterar significativamente o desempenho diagnóstico das lesões pulmonares diversas

PO040 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

PAULO ROBERTO TONIDANDEL[1]; ANDRÉA CRISTINA MENEGHINI[2]; SILVIA MARIA DA SILVA DORIA[1]; EDUARDO MELLO DE CAPITANI[1]; ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA VIANNA[2]; MÔNICA CORSO PEREIRA[1].
1. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. USP-RP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Dpoc; Fatores de Risco; Questionário

Introdução: DPOC resulta de complexa interação entre fatores genéticos, herdados e ambientais nocivos, interação essa que pode explicar sua heterogeneidade fenotípica. No Brasil, 25% dos portadores de DPOC nunca fumaram e pouco se conhece sobre a frequência e concomitância de exposição aos fatores de risco (FR) para DPOC. A ausência de instrumentos que sistematizem a identificação de outros FR para DPOC além do tabagismo explica em parte a falta de recomendações específicas para coleta de informações na prática clínica. **Objetivo:** Construir e validar o conteúdo de um questionário para identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento da DPOC no Brasil. **Métodos:** Após revisão bibliográfica extensa e discussão entre um grupo de especialistas locais, foram estabelecidos os FR que seriam listados no questionário, bem como as perguntas que seriam utilizadas. Esta versão inicial foi submetida à validação de conteúdo por 23 especialistas de 4 regiões brasileiras, utilizando-se a metodologia Delphi e uma plataforma virtual (REDCap). Foram determinadas as taxas de concordância (TC) entre os especialistas para: 1) inclusão do fator de risco, 2) representatividade, e 3) clareza de cada questão. Definiu-se como consenso uma TC de pelo menos 70% entre as respostas para os 3 aspectos mencionados. Após 3 rodadas de discussão, o questionário foi utilizado em um estudo piloto em 2 hospitais universitários do estado de SP, no qual foi testado para análise dos índices de clareza (IC) por meio de sua aplicação a indivíduos com diagnóstico de DPOC (critérios GOLD). Questões com IC abaixo de 80% foram reformuladas, gerando a versão final do questionário. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética da Unicamp e USP-RP sob os pareceres 1. 371. 650 e 2. 102. 134 respectivamente. **Resultados:** A versão final possui 30 questões distribuídas entre 11 fatores de risco para DPOC. Os FR foram divididos em 3 grupos: fatores inalados (fumaça do tabaco, fumaça passiva do tabaco fumado, poeiras e gases ocupacionais, fumaça de queima de biomassa), fatores que causam desvantagem no potencial de crescimento pulmonar (prematuridade, tabagismo na gestação, baixo peso ao nascer), e antecedentes mórbidos (asma, infecções respiratórias graves na infância e tuberculose pulmonar). No estudo piloto o questionário foi aplicado a 67 pacientes com DPOC (54% graves), sendo 52% homens, com idade media de 67 ± 8 anos. Doze por cento eram analfabetos e 70% possuíam ensino fundamental. Houve compreensão das questões pelos pacientes independentemente do seu nível sócio-educacional, 29 questões apresentaram IC aceitáveis, e apenas uma foi reformulada. **Conclusão:** O questionário final apresentou validade de conteúdo e clareza adequados, e está pronto para ser utilizado em levantamentos de informações abrangentes sobre exposições ou presença de fatores de risco, pregressas e/ou atuais em portadores de DPOC.

PO041 DESEMPENHO DO CAT PARA ESTRATIFICAR RETROSPECTIVAMENTE PACIENTES EXACERBADORES DE DPOC

MATHEUS LUCAS HENRIQUES SANTOS; MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO; ERIKA MIRANDA VASCONCELOS; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO; JOSÉ LUIS SIMÕES MAROJA; RILVA LOPES DE SOUSA MUNOZ.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Teste de Avaliação da DPOC (CAT); Exacerbação

Introdução: As exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são um componente central da avaliação do paciente, afetando a progressão da doença e o prognóstico (BEEH et al., 2013). Assim, o documento da *Global Initiative for Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2018) recomenda o uso de um sistema multidimensional baseado em teste de função pulmonar, histórico de exacerbação e escores de sintomas para estratificar pacientes com DPOC. **Objetivos:** Verificar o desempenho do CAT como ferramenta para estratificar os pacientes com DPOC de acordo com o antecedente de exacerbações, assim como a associação de exacerbações frequentes com uso de antibióticos/corticoide e busca de serviço de urgência/internamento. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional e transversal com pacientes com DPOC do ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), entre agosto de 2018 e maio de 2019. Foi aplicada a versão brasileira do CAT e registradas as exacerbações. Os pacientes foram classificados como "não exacerbadores", "exacerbadores infrequentes" e "exacerbadores frequentes" com base na frequência de exacerbação (zero, uma e duas ou mais exacerbações/ano), respectivamente, durante o ano anterior (TOMIOKA et al., 2016). A análise estatística foi descritiva e inferencial (teste de Mann-Whitney e *Odds Ratio*, OR, a 5%). **Resultados:** Incluíram 48 pacientes com idade

entre 42 e 87 anos (média: 65,8; desvio-padrão: ±9,9), 29 (60,4%) do sexo masculino, 25 tabagistas (52,1%) e carga tabágica de 4 a 180 anos-maço (mediana: 39). Observou-se que 29 (60,4%) tiveram exacerbações no último ano, sendo 6 (12,5%) exacerbadores frequentes, enquanto 39 (81,3%) apresentavam CAT maior ou igual a 10, observando-se escore médio de 17,6 ±9,6. A maioria estava em uso de fumarato de formoterol associado com budesonida (68,8%) e 60,4% usavam brometo de tiotrópio e apenas 1 (2,1%) sob oxigenioterapia. Verificou-se que 29 (60,4%) usaram antibiótico e/ou corticoide e 16 (33,3%) procuraram serviço de emergência ou foram internados no último ano. Observou-se diferença estatisticamente significativa nas pontuações do CAT entre exacerbadores frequentes em relação aos não exacerbadores e aos exacerbadores infrequentes (p=0,023), verificando-se que os exacerbadores frequentes apresentavam escores de CAT significativamente mais elevados. Os exacerbadores frequentes também apresentaram maior uso de antibióticos e/ou corticoides (p=0,043; OR=2,4) e procuraram mais frequentemente serviços de urgência ou foi internado (p=0,001; OR=10,2). **Conclusão:** A maioria dos pacientes da amostra apresentou exacerbação da DPOC no último ano e cerca de um quarto destes foi classificado como exacerbador frequente. Os exacerbadores frequentes tiveram escores CAT significativamente mais elevados do que os demais, além de maior ocorrência de uso de antibiótico/corticoide e de busca de serviço de urgência/internamento.

PO042 FRAGILIDADE EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

LARA DE SOUZA DIAS[1]; ANNA CAROLINA GALVAO FERREIRA[1]; JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR[1]; MARCUS BARRETO CONDE[2]; MARCELO FOUAD RABAHI[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Fragilidade; Pneumopatias

Introdução: A fragilidade vem sendo reconhecida como fator prognóstico de doenças crônicas, apesar de estar relacionada à idade na maioria das vezes, em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) a fragilidade tem sido implicada com uma pior sobrevida. **Objetivos:** Avaliar a fragilidade como indicador de gravidade em pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo transversal em pacientes com DPOC cadastrados para acesso público ao tratamento farmacológico. Os dadosforam coletados em Goiânia, na Central de Medicação de Alto Custo,de janeiro a setembro 2018, após aprovação pelo CEP. Foram coletados dados demográficos, função pulmonar, medicação em uso para DPOC; número de exacerbações, consultas de emergência nos últimos 12 meses; MRC, CAT, Charleston Index (ICCI) e a fragilidade foi avaliada pela aplicação da FRAIL-BR e classificados em Frágil (3 a 5 pontos), Pré-Frágil (1 ou 2 pontos) e robustos (0 pontos). Foi atribuído nível de significância de 5%. As descrições utilizaram proporção, mediana e intervalo interquartil (IQR). As variáveis categóricas: sexo, procedência, raça e medicamentos em uso e as variáveis lineares: medianas de idade e tempo no programa; foram analisadas com o Teste Qui quadrado e Mann-Whitney, respectivamente. Para as correlações da FRAIL com as varáveis CAT, MRC e VEF1 foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. **Resultados:** Foram avaliados 105 pacientes, com mediana de idade 68 (61-72), sendo eles 54 (51,43%) do sexo masculino e 47 (44,76%) autodeclarados brancos. Pacientes considerados frágeis e pre-frágeis foram 49 (46,66%) e 39 (37,14%) respectivamente. Apenas 17 (16,19%) eram robustos. A mediana da FRAIL-BR foi de 2 (1-3). A fragilidade esteve presente em 35 (68,62%) pacientes do sexo feminino e no masculino em 24 (44,44%). Pacientes que relataram exacerbaçõesnos últimos 12 meses apresentaram mediana da FRAIL-BR maior que os não exacerbadores 3 (2-3) versus 2 (1-3) (p=0,004). Houve uma correlação positiva significativa entre fragilidade e nível de dispnéia(R: 0,53, p<0,0001). Fragilidade apresentou correlação significativa com pior função pulmonar (R: - 0,20,p<0,0001) e com pior nível atual de sintomas dos pacientes (R: 0. 61, p<0,0001). Não houve diferença da fragilidade em relação às medicações utilizadas. **Conclusão:** A fragilidade é muito prevalente nos pacientes com DPOC, se correlaciona com pior sintomatologia da doença e pior função pulmonar e é mais frequente em exacerbadores. **Referências:** Lahousse, L., Ziere, G., Verlinden, V. J. A., Zillikens, M. C., Uitterlinden, A. G., Rivadeneira, F.,Stricker, B. H. (2016). RiskofFrailty in ElderlyWith COPD: A Population-BasedStudy. *JournalsofGerontology - Series A BiologicalSciencesand Medical Sciences*, *71*(5), 689–695. Lerodiakonou, D., Kampouraki, M., Poulonirakis, I., Papadokostakis, P., Lintovoi, E., Karanassos, D., Tsiligianni, I. (2019). Determinants of frailty in primary care patients with COPD: the Greek UNLOCK study. *BMC Pulmonary Medicine*, *8*, 1–9.

PO043 AVALIAÇÃO DO PEPTÍDEO AC2-26 DA PROTEÍNA ANEXINA A1 EM MODELO DE EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DO CIGARRO

LUCAS POSSEBON[1]; ARIANE HARUMI YOSHIKAWA[2]; CAROLINA CAPORUSSO INFANTE[2]; THAÍSA BONARDI[2]; SONIA MARIA OLIANI[3]; ANA PAULA GIROL[4].
1. UNESP- IBILCE E UNIFIPA, CATANDUVA - SP - BRASIL; 2. UNIFIPA, CATANDUVA - SP - BRASIL; 3. UNESP/IBILCE, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 4. UNESP/IBILCE E UNIFIPA, CATANDUVA - SP - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Anexina A1; inflamação pulmonar

Introdução: a exposição à fumaça do cigarro está associada a modificações na arquitetura tecidual do sistema respiratório, com infiltração de células inflamatórias. Pesquisas têm indicado o potencial do peptídeo Ac2-26 da proteína Anexina A1 (AnxA1) em alterações causadas pelo tabagismo. **Objetivo:** analisar os efeitos anti-inflamatórios da administração do peptídeo Ac2-26 da AnxA1 em modelo de exposição à fumaça do cigarro. **Métodos:** ratos wistar (aprovação pela CEUA-UNIFIPA, nº certificado 06/17) foram divididos em 3 grupos (n=7/grupo): animais controle, não expostos à fumaça do cigarro e 2 grupos expostos à fumaça de 10 cigarros/2x/dia, por 8 semanas, sendo um não tratado e, o outro, tratado com 1mg/kg do peptídeo Ac2-26 da AnxA1, 3x/semana. No final do protocolo de exposição/tratamento foram realizados exames de pletismografia (volume, frequência e ventilação pulmonares) e Raio X (medidas pulmonares). Após eutanásia, o lavado broncoalveolar (LBA) foi obtido do pulmão esquerdo e o pulmão direito foi processado para análises histopatológicas em HE. O sangue foi coletado para avaliações de hemoglobina, colesterol, glicose, gama GT e TGO. Dosagens de citocinas IL-1β, IL-6, IL-10, TNF-α e MCP-1 foram realizadas no sobrenadante do macerado do pulmão esquerdo e do LBA, por MAGPIX. As médias foram comparadas pela ANOVA seguida de *Bonferroni*. **Resultados:** Nas avaliações por radiografia foi verificado aumento do pulmão direito nos ratos expostos em relação aos controles (p<0,01). As análises

de pletismografia mostraram maiores volume (p<0,001), frequência (p<0,01) e ventilação (p<0,001) nos animais expostos sem tratamento comparados aos controles, com redução desses parâmetros (p<0,001) nos animais tratados. Nos estudos morfológicos, foram observados aumento dos espaços intra-alveolares nos ratos expostos em relação aos demais. As análises de LBA indicaram maior número de macrófagos (p<0,05) e linfócitos (p<0,001) nos animais expostos sem tratamento comparado aos controles, com redução significante linfócitos (p<0,001) nos animais tratados com o peptídeo. Nas dosagens bioquímicas foram observados aumentos de hemoglobina (P<0,01), glicose (p<0,05) e gama GT (p<0,001) nos animais expostos não tratados em relação ao grupo controle. O tratamento promoveu a redução de gama GT (p<0,01), TGO (p<0,05) e colesterol (p<0,05). Níveis elevados de IL-1β (p<0,001), TNF-α (p<0,001) e MCP-1 (p<0,01) foram verificados no LBA e sobrenadante do macerado pulmonar dos animais expostos não tratados comparados ao controle. Novamente, a administração do peptídeo reduziu os níveis dessas citocinas (p<0,001). Ainda, a citocina IL-10 mostrou redução no macerado pulmonar do grupo exposto a fumaça não tratado (p<0,001) comparado ao controle, mas aumento nos animais tratados (p<0,05). **Conclusão:** O peptídeo Ac2-26 da AnxA1 apresentou efeitos anti-inflamatórios no modelo de exposição à fumaça do cigarro, confirmando sua potencialidade para tratamento de afecções causadas pelo tabagismo.

PO044 EOSINÓFIOS SÉRICOS PREDIZEM EXACERBAÇÕES EM DPOC EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA: ESTUDO DE 288 PACIENTES

ADALBERTO SPERB RUBIN[1]; MARCELO TADDAY RODRIGUES[1]; BÁRBARA HUNHOFF[1]; GUILHERME WATTE[1]; MARCELO FERREIRA NOGUEIRA[1]; KELLY REGINA DA CRUZ SILVA[2].
1. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO LEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Exacerbações; Eosinófilos

Introdução: A associação entre a eosinofilia sérica e desfechos clínicos, como frequência de exacerbações, tem sido bastante estudada em pacientes portadores de DPOC[1-3]. Além de ser um biomarcador barato e reprodutível, está disponível em diversos níveis de atendimento médico[1,2]. Até o presente momento, não existem estudos nacionais que analisem a taxa de eosinófilos basais e a frequência de exacerbações em pacientes com DPOC. **Objetivos:** Avaliar a associação entre eosinofilia sérica, função pulmonar e classificação GOLD com a frequência de exacerbações em dois anos de acompanhamento em uma população brasileira de portadores de DPOC. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo com 280 pacientes com diagnóstico clinico-funcional de DPOC segundo critérios do GOLD[2]e acompanhados no ambulatório de DPOC do Serviço de Pneumologia da Santa Casa de Porto Alegre, entre os anos de 2016 e 2018. Foi analisado o leucograma basal realizado em 2016 em pacientes com doença controlada e sem exacerbação nos últimos 30 dias, bem como a frequência de exacerbações no ano inicial e nos dois anos subsequentes (2017 e 2018). Os pacientes incluídos foram classificados segundo os critérios do GOLD[2]. Todas as provas funcionais (espirometrias) e leucogramas foram realizados na própria Instituição. Considerou-se o ponto de corte para taxa de eosinófilos aumentada o valor absoluto ≥300 células, conforme estudos recentes[2]. Os pacientes foram pareados por sexo, idade, fumo e carga tabágica (anos/maço). **Resultados:** Em todo período estudado, o número de pacientes que apresentaram ≥2 exacerbações foi superior no grupo com a taxa de eosinófilos aumentados (≥300cels), respectivamente no período inicial 30% vs. 55% (p<0,001), no primeiro ano de seguimento 26% vs. 51% (p<0,001) e 20% vs. 58% no segundo ano (p<0,001). Quando avaliado o seguimento da função pulmonar (VEF1% do previsto) através do VEF1 pós-broncodilatador nos pacientes com ≥2 exacerbaçõescomparados com aqueles com <2, essa foi inferior tanto no período inicial 45±16 vs. 37±12 (p<0,001), no primeiro ano 43±15 vs. 38±12 (p=0,024), e 43±16 vs. 36±13 no segundo (p=0,024). Aclassificação GOLD também demostrou tendência linear de maior gravidade nos pacientes com maior número de exacerbações nos trêsperíodos estudados, no período período inicial GOLD D 2% vs. 92% (p<0,001), GOLD D no primeiro ano 15% vs. 69% (p<0,001) e GOLD D 18% vs. 65% no segundo ano (p<0,001). Estes dados foram confimados na análise multivariada, demostrando que pacientes com maiores taxas de eosinófilos e classificação GOLD com maior risco apresentaram maior número de exacerbações, assim como pacientes com maior número de exacebações tinham em seu seguimento menor função pulmonar. **Conclusão:** Houve associação entre eosinofilia sérica, declínio da funcão pulmonar, classificação GOLD avançada e aumento da frequência de exacerbações em portadores de DPOC. A dosagem de eosinófilos é um fator independente para prever exacerbações futuras em DPOC.

PO045 CUSTO DAS EXACERBAÇÕES POR DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) NO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE BRASILEIRO

LUCIANA TARBES SATURNINO[1]; FELIPE MORAES DOS SANTOS[1]; DANIELLE OLIVEIRA DA SILVA[1]; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO[2]; RAFAEL ALFONSO-CRISTANCHO[3]; CLAUDIA SOARES RODRIGUES[1].
1. GSK, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (EPM/UNIFESP), SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. GSK, PHILADELPHIA, PA. - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA.

Palavras-chave: DPOC; Farmacoeconomia; Recursos de saúde

Introdução: No Brasil, há poucos dados disponíveis sobre o impacto econômico das exacerbações por DPOC no sistema privado de saúde. **Objetivos:** descrever o uso de recursos de saúde e os custos diretos das exacerbações por DPOC na perspectiva do sistema privado de saúde brasileiro. **Métodos:** Foi identificada uma coorte retrospectiva utilizando dados da Orizon, uma base administrativa utilizada por planos privados de saúde. Pacientes com idade ³ 40 anos, com diagnóstico de DPOC (CID-10 J40 a J44) entre 1º de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2013 foram acompanhados até 31 de dezembro de 2014, morte ou inativação do plano de saúde, o evento que ocorresse primeiro. Somente pacientes com tempo de seguimento ³ 2 anos foram incluídos como parte de uma análise *post-hoc*. As exacerbações por DPOC foram definidas como uma visita a emergência (VE) ou hospitalização (HA), decorrente dos seguintes CID-10: J00-J06, J09-J11, J12-J18, J20-J22, J40-J47, J80, J96. Os pacientes foram classificados como exacerbadores (aqueles que utilizaram VE ou HA) ou não-exacerbadores durante o primeiro ano de seguimento. Então, todos os custos médicos diretos foram calculados e relatados para o segundo ano de seguimento utilizando média (desvio-padrão - DP) ajustados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) a fim de refletir os valores de dezembro de 2014 (último mês de seguimento). Os custos são apresentados em reais (R$). **Resultados:** 4. 202 pacientes com média de idade de 59,7 (DP=13,6)

anos e 52,1% de mulheres foram incluídos. 49,8% foram classificados como pacientes exacerbadores. O custo médio unitário por visita a emergência foi de R$ 265,11 (DP=373,86) e para HA foi de R$ 34. 202,07 (SD=119. 041,79). HA que necessitou de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) custou em média 6 vezes mais que HA sem uso de UTI (R$ 66. 137,11; DP = 176. 315,63 e R$ 11. 166,38; DP = 26. 858,55, respectivamente. Os pacientes exacerbadores tiveram uma média anual do custo da hospitalização por paciente 3 vezes maior que os pacientes não exacerbadores (50,2%), R$ 55. 079,00 (DP= 186. 336,34) *vs.* R$ 16. 971,00 (SD= 18. 623,88), respectivamente. Para visitas a emergência, os pacientes exacerbadores tiveram uma média anual de custo por paciente, por evento, 47% maior que os pacientes não exacerbadores, R$ 425,78 *vs* R$ 289,09, respectivamente. **Conclusões:** Pacientes com exacerbações graves por DPOC representam um alto impacto para o sistema de saúde privado, especialmente para pacientes hospitalizados que necessitaram de leitos de UTI. Iniciativas e intervenções que diminuam o número de exacerbações por DPOC podem auxiliar na redução deste impacto. Financiamento: GSK (HO-15-16480).

PO046 ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA, COPD ASSESSMENT TEST E SAINT GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE NA AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DA GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC LUNG DISEASE: ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA E COMPARAÇÃO DE FREQUÊNCIAS

ALEXANIA DE RE; FERNANDA RODRIGUES FONSECA; ANA PAULA ADRIANO QUEIROZ; ROSEMERI MAURICI DA SILVA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: COPD; Saint George's Respiratory Questionnaire; GOLD

Introdução: O tratamento de pacientes com DPOC é guiado pelos sintomas e pelo histórico de exacerbações. De acordo com GOLD, os sintomas devem ser avaliados por medidas de resultados relatados pelo paciente (MRRP). A escala *Medical Research Council* modificada (mMRC) e o *COPD Assessment Test* (CAT) são as MRRP mais utilizadas para avaliar sintomas em pacientes com DPOC. O *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), por sua vez, é considerado uma MRRP mais abrangente e também pode ser usado para avaliar sintomas nesses pacientes. No entanto, a concordância entre os pontos de corte sugeridos pela GOLD é alvo de debates, já que a escolha da MRRP para a avaliação de sintomas pode influenciar a classificação em grupos A/C (menos sintomas) ou B/D (mais sintomas). **Objetivo:** Investigar a concordância e comparar as frequências entre os grupos A/C e B/D classificados conforme os pontos de corte da mMRC, do CAT e do SGRQ sugeridos pela GOLD. **Métodos:** Pacientes acompanhados no *FOLLOW COPD COHORT STUDY*, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC-Ebserh), foram submetidos às avaliações antropométrica e espirométrica. Foram aplicados: mMRC, CAT e SGRQ. Além disso, foram empregadas as classificações de limitação ao fluxo aéreo e sintomas da GOLD. Para a análise de concordância e a comparação de frequências, foram considerados os pontos de corte propostos pela GOLD. **Resultados:** Avaliaram-se 47 pacientes (53,2% homens). A idade, o IMC, o VEF_1, e os escores na mMRC, no CAT e no SGRQ, respectivamente, foram iguais a 65±8 anos, 23,9[21,1–28,9] kg/m^2, 47,6±18,4 %previsto, 2[1–4], 17[9–29] e 41,8±23,0%. Segundo a classificação de limitação ao fluxo aéreo da GOLD, os pacientes foram distribuídos em graus 1 – 6,4%, 2 – 36,2%, 3 – 38,3% ou 4 – 19,1%. Considerando os pontos de corte da mMRC, do CAT e do SGRQ, respectivamente, 53,2% (n=25), 72,3% (n=34) e 70,2% (n=33) dos pacientes foram identificados com mais sintomas (grupo B/D). Observou-se concordância entre mMRC e CAT (◘=0,52; p<0,01), entre mMRC e SGRQ (◘=0,56; p<0,01) e entre CAT e SGRQ (◘=0,64; p<0,01) para classificar sintomas. Observou-se, também, diferença de frequência (p<0,05) entre mMRC e CAT e entre mMRC e SGRQ na classificação em grupos A/C e B/D. **Conclusões:** A concordância encontrada entre os pontos de corte da mMRC, do CAT e do SGRQ para classificar sintomas pode ser interpretada como moderada. Além disso, a frequência de pacientes identificados com mais sintomas (grupo B/D) pela mMRC foi menor que aquela encontrada pelo CAT e pelo SGRQ. Sugerem-se novos estudos para determinar se esses pontos de corte são os mais adequados para classificação de sintomas proposta pela GOLD. **Referências:** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2019

PO047 AVALIAÇÃO DA VARIABILIDADE DOS QUESTIONÁRIOS CAT E AQ20 NUMA AMOSTRA DE PACIENTES COM DPOC AMBULATORIAIS

ANA CLAUDIA COSTA CARNEIRO[1]; LAÍS COSTA CARNEIRO[2]; MARINA SANTOS COSTA[3]; AQUILES ASSUNCAO CAMELIER[3]; MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA NEVES[2].
1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, NAZARE - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: AQ20; DPOC; CAT

Introdução: As novas recomendações da GOLD 2019 buscam proporcionar uma abordagem mais individualizada ao tratamento com avaliação regular dos sintomas do paciente e do risco de exacerbação[1]. Consolida-se a necessidade de detecção precoce de sinais de piora clínica numa doença onde sinais de agravamento são muitas vezes confundidos pelo paciente e pelo médico, como sintomas usuais da patologia. Instrumentos como Teste de Avaliação da DPOC (CAT)[2] e questionários de qualidade de vida tem papel importante para identificação da condição de saúde do paciente[3]. O AQ20 é um questionário reprodutível, de rápida aplicação para avaliar o estado de saúde em pacientes com DPOC. [4,5]. **Objetivos:** Avaliar a variabilidade da aplicação do CAT e AQ20 em uma amostra de portadores de DPOC em um ambulatório especializado; comparar a variabilidade das pontuações entre duas aplicações presencias, seguidas por nova apresentação presencial ou por telefone. Metodologia Estudo longitudinal, tipo teste-reteste, em 122 pacientes com DPOC. Critérios de inclusão: diagnóstico de DPOC conforme estratégia da GOLD; estabilidade clínica, ausência de internação ou sinais de descompensação nos 30 dias que precederam o estudo. Excluídos: portadores de doenças pulmonares não DPOC ou doenças não pulmonares incapacitantes, graves ou de difícil controle; incapacidade de compreensão de textos em português ou impossibilidade de acesso por via telefônica. Todos os pacientes, após preenchimento do TCLE, foram submetidos a uma primeira avaliação presencial, onde foram aplicados os questionários: CAT e AQ20. Uma segunda avaliação foi realizada após 15 dias, reaplicado os dois questionários, com pacientes divididos em dois grupos por randomização simples: avaliação presencial ou por telefone[6]. Para avaliar a reprodutibilidade, utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) entre as duas aplicações do AQ20 e do

CAT, com o respectivo cálculo do intervalo de confiança de 95% [7,8,9] Para avaliar a concordância entre dois métodos que devem medir a mesma quantidade e a sua variabilidade individual entre as aplicações, estritamente presenciais e a aplicação por telefone, utilizada disposição gráfica de Bland e Altman [10]. **Resultados:** Dos 122 pacientes, 70 (57,4%) tiveram a segunda aplicação por telefone. Houve uma excelente reprodutibilidade entre as aplicações do AQ20 presenciais com CI=0,96 (0,93-0,98) p<0,001 e por telefone com CI=0,94 (0,90-0,96) p<0,001. Verificou-se boa concordância entre os métodos, com limite inferior de -3,826 e superior 4,406 para a forma presencial e limite inferior de -3,884 e superior 4,544 para reteste telefônico **Conclusão:** Houve uma boa concordância entre o CAT e o AQ20, a reaplicação dos mesmos por telefone foi reprodutível, podendo ser avaliação confiável para aplicação em interconsultas, possibilitando melhor controle clínico do paciente com DPOC, principalmente na detecção precoce de exacerbações.

PO048 AVALIAÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E DESSATURAÇÃO AOS ESFORÇOS

LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO; ESTEFANIA APARECIDA THOME FRANCO; ROBSON APARECIDO PRUDENTE; JOSÉ WILLIAM ZUCCHI; THAÍS GARCIA; SUZANA ERICO TANNI MINAMOTO.
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Teste de caminhada de seis minutos; Hipoxemia transitória ao esforço

Introdução: A hipoxemia arterial é marcador de gravidade na doença pulmonar obstrutiva crônica. Entretanto, estudos de pacientes que apresentam apenas hipoxemia durante os esforços ainda são escassos na literatura. **Objetivo:** Comparar as características clínicas e funcionais em pacientes com DPOC e dessaturação no esforço. **Métodos:** Este estudo piloto avaliou 108 pacientes separados em dois grupos, sendo 58 que apresentaram hipoxemia durante o esforço, e 50 que não apresentaram dessaturação. Os pacientes com dessaturação ao esforço foram considerados quando apresentavam oximetria de repouso (SpO2)>90% em ar ambiente, e apresentavam queda da SpO2< 88% durante o teste de caminhada de seis minutos (TC6). Todos os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, magnitude de dispneia (MMRC), CAT, Índice BODE e espirometria pré e pós broncodilatador. **Resultados:** De acordo com a classificação GOLD, a prevalência demonstrou que 34% é do GOLD IIIB, 16% do GOLD IIB e 12% GOLD IVB. Houve diferença significativa ao analisar o grau de obstrução das vias aéreas de cada grupo [48 (19-89) vs 37,5 (20-77); p=0,002]. Ao comparar os grupos de acordo com o gênero, o sexo masculino apresentou maior probabilidade sendo 35 no grupo que não apresentou hipoxemia e 31 no grupo com dessaturação, mas não houve diferença significativa entre os grupos (p= 0,59). Ao analisar o impacto dos sintomas, verifica-se que não houve diferença significativa no CAT (14,7 ± 8,2 vs 14,3 ± 7,9; p= 0,58), no MMRC (1,76 ± 0,93 vs 1,85 ± 0,88; p= 0,36) e no índice BODE (1,78 ± 1,07 vs 2,76 ± 1,47; p= 0,05). **Conclusão:** Os pacientes com dessaturação ao esforço podem apresentar maior impacto no grau de obstrução das vias aéreas e pior qualidade de vida.

PO049 PERFIL ANTI-INFLAMATÓRIO DO EXTRATO ALCOÓLICO DA G. BRASILIENSIS EM MODELO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

LUCAS POSSEBON[1]; JESSICA MESSIAS DA SILVA[2]; GABRIELA SOSSAI MARCOMINI[2]; LAURA FOLQUITO DE OLIVEIRA[2]; ANDREIA DE HARO MORENO[2]; ANA PAULA GIROL[3].
1. UNESP- IBILCE E UNIFIPA, CATANDUVA - SP - BRASIL; 2. UNIFIPA, CATANDUVA - SP - BRASIL; 3. UNIFIPA E UNESP/ IBILCE, CATANDUVA - SP - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Garcinia brasiliensis; fitoterápicos

Introdução: a fumaça do cigarro está associada à doença pulmonar obstrutiva crônica e leva a modificações teciduais e infiltração de células inflamatórias. Estudos têm utilizado fitoterápicos no tratamento de inflamações, entre eles, destacamos a *Garcinia brasiliensis* como terapia complementar para as alterações causadas pelo tabagismo. **Objetivo:** analisar o extrato alcoólico da *G. brasiliensis* no perfil morfológico e de células inflamatórias em modelo de DPOC. **Métodos:** ratos wistar (aprovação CEUA-UNIFIPA, nº certificado 06/17) foram divididos em 3 grupos (n=7/grupo): animais controle, não expostos à fumaça do cigarro e 2 grupos expostos à fumaça de 10 cigarros/2x/dia, por 8 semanas, sendo um não tratado e, o outro, tratado com extrato alcoólico a 4% das folhas da *G. brasiliensis* (exsicata no herbário IRINA DELANOVA GEMTCHUJNICOV(BOTU) number: 33511), por gavagem, 3x/semana. No final do protocolo foram realizados exames de pletismografia (volume, frequência e ventilação pulmonar) e Raio X (medida pulmonar). Após eutanásia, o lavado broncoalveolar (LBA) foi obtido do pulmão esquerdo e o pulmão direito processado para análises histopatológicas em HE. O sangue foi coletado para avaliações de hemoglobina, colesterol, glicose, gama GT e TGO. Dosagens de citocinas IL-1β, IL-6, IL-10, TNF-α e MCP-1 foram realizadas do macerado do pulmão esquerdo e do LBA, por MAGPIX. As médias foram comparadas pela ANOVA seguida de *Bonferroni*. **Resultados:** As imagens de radiografia mostraram aumento do pulmão direito nos ratos expostos em relação aos controles (p<0,01). Nas análises de pletismografia foram observados maiores volume (p<0,001), frequência (p<0,01) e ventilação (p<0,001) nos animais expostos não tratados comparados aos controles, com redução das mesmas variáveis (p<0,001) pelo tratamento. Os estudos histopatológicos mostraram aumentos dos espaços intra-alveolares nos ratos expostos comparados aos outros. Quantificações do LBA indicaram maior número macrófagos (p<0,05) e linfócitos (p<0,01) no grupo não tratado em relação ao controle e redução dessas células (p<0,05) com o tratamento. Níveis aumentados de hemoglobina (p<0,05), glicose (p<0,05) e gama GT (p<0,001) ocorreram nos animais expostos não tratados comparados ao controle. Contudo, o tratamento promoveu a redução de hemoglobina (p<0,05), glicose (p<0,01), gama GT (p<0,001) e colesterol (p<0,05). Nas dosagens das citocinas foi observado aumento de IL-1β(p<0,001), TNF-α(p<0,001) e MCP-1 (p<0,05) no LBA e sobrenadante do macerado pulmonar dos animais expostos não tratados em relação ao controle. Dosagens menores dessas mesmas citocinas (p<0,001) ocorreram nos animais tratados. Diferentemente, a citocina IL-10 mostrou redução no macerado pulmonar do grupo exposto a fumaça sem tratamento (p<0,001) comparado ao controle e aumento no grupo tratado (p<0,05). **Conclusão:** o extrato da *G. brasiliensis* promoveu efeitos anti-inflamatórios no modelo de DPOC, com boas perspectivas para propostas de novos tratamentos.

PO050 VALORES DE REFERÊNCIA DE OITO PROTOCOLOS DE TESTES FUNCIONAIS: ESTUDO MULTICÊNTRICO

KARINA COUTO FURLANETTO[1]; NATIELLY COREIA[1]; FÁBIO DE OLIVEIRA PITTA[2]; DANIEL MARTINS PEREIRA[3]; RAFAEL BARRETO MESQUITA[4]; SIMONE DAL CORSO[5].

1. CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO, UNIVERSIDADE PITÁGORAS-UNOPAR (UNOPAR), LONDRINA - PR - BRASIL; 2. LABORATÓRIO DE PESQUISA EM FISIOTERAPIA PULMONAR, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL), LONDRINA - PR - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTADO E DA REGIÃO DO PANTANAL (UNIDERP), CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 4. DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC), FORTALEZA - CE - BRASIL; 5. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, (UNINOVE), SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Valores de Referência; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Aptidão Física

Introdução: Há uma crescente aplicação de testes funcionais em diversas populações devido à associação destes testes com um pior prognóstico de doenças respiratórias, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Testes funcionais são caracterizados por movimentos simples que se assemelham com as tarefas diárias. Sua ampla utilização na prática clínica se deve à facilidade de aplicação, baixo custo e dispensabilidade de lugar amplo. Atualmente, alguns valores de referência para testes funcionais estão disponíveis para outros países, entretanto, identificou-se a necessidade de um estudo multicêntrico para uma amostra representativa da população brasileira a fim de interpretar corretamente o desempenho dos indivíduos. **Objetivos:** Propor valores de referência para a população brasileira de testes simples funcionais amplamente utilizados em pacientes com doenças crônicas pulmonares a cardíacas. **Métodos:** Dados transversais foram coletados simultaneamente em quatro centros de pesquisa em diferentes regiões do Brasil (Londrina[PR], São Paulo[SP], Campo Grande[MS] e Fortaleza[CE]). Neste estudo, indivíduos sem comprometimento da função pulmonar realizaram oitos testes funcionais aleatoriamente: teste de velocidade de marcha de 4 metros na velocidade de caminhada habitual (4MGSU) e máxima (4MGSM); *Timed Up and Go test* na velocidade usual (TUGU) e máxima (TUGM); três protocolos diferentes do teste *Sit-to-Stand*, realizado com 5 repetições (STS5rep), em 30 segundos (STS30seg) e 1 minuto (STS1min) e uma avaliação multitarefa com o *Short Physical Performace Battery* (SPPB), que inclui o 4MGSU, STS5rep e avaliação de equilíbrio. Cada teste foi realizado duas vezes e o melhor desempenho foi analisado. **Resultados:** Até o momento, foram incluídos 215 indivíduos dos quatro centros (88 homens, 47±18 anos, VEF_1/CVF 102±11 %prev., IMC 27±4 kg/m^2). Valores normativos para a população brasileira dos testes funcionais expressos em média e seu respectivo intervalo de confiança 95%(IC95%min-max) foram: 4MGSU 3,61(3,50-3,71) seg; 4MGSM 2,69(2,61-2,76) seg; TUGU 8,13(7,91-8,36) seg; TUGM 6,24(6,07-6,42) seg; STS5rep 9,04(8,71-9,37) seg; STS30seg 17(16-17) repetições; STS1min 33(31-34) repetições e SPPB 11,42(11,28-11,57) pontos. Modelos de regressão para estimar o desempenho nos testes funcionais a partir de características antropométricas identificaram valores de R^2 variando de 0,16 até 0,41. **Conclusões:** Os valores de referência para a população brasileira foram fornecidos nesta análise preliminar e podem ajudar pesquisadores e clínicos a identificar e quantificar limitações funcionais usando testes simples. **Referências:** Bisca GW et al. Simple Lower Limb Functional Tests in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. Arch Phys Med Rehabil. 2015;96(12): 2221–30. Crook S et al. Prediction of long-term clinical outcomes using simple functional exercise performance tests in patients with COPD: A 5-year prospective cohort study. Respir Res. 2017;18(1): 1–4.

PO051 ACURÁCIA DA EQUAÇÃO DE HARRIS BENEDICT NA ESTIMATIVA DA NECESSIDADE ENERGÉTICA DE PACIENTES COM DPOC ESTÁVEL

PAULA PORTAL TEIXEIRA[1]; SANDRA MUTTONI[2]; SIMONE BERNARDES[1]; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA[3]; FLAVIA MORAES SILVA[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PAVILHÃO PEREIRA FILHO, SANTA CASA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; calorimetria indireta; metabolismo basal

Introdução: Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) podem apresentar comprometimento do estado nutricional, o qual está associado positivamente com a gravidade da doença. Estima-se que a desnutrição esteja presente em mais de 20% dos pacientes com DPOC, sendo essencial o planejamento adequado da terapia nutricional, com determinação precisa das necessidades nutricionais. Idealmente, necessidade calórica deveria ser determinada por calorimetria indireta (CI), contudo, equações preditivas são empregadas na prática clínica por indisponibilidade do calorímetro. A acurácia dessas equações em pacientes com DPOC requer confirmação. **Objetivo:** Avaliar a concordância entre a taxa metabólica basal (TMB) determinada por CI e a estimada pela equação de Harris-Benedict (HB) em pacientes com DPOC estável. **Métodos:** Estudo transversal envolvendo pacientes com DPOC estável atendidos no Serviço de Reabilitação Pulmonar do Complexo Hospitalar Santa Casa (Porto Alegre, RS). Foram coletados dados de espirometria para classificação da gravidade da DPOC pelos critérios do GOLD, aferido peso e estatura e realizada a CI com circuito aberto, para a mensuração da TMB com o monitor de gases TEEM 100 (Inbrasport®). A TMB foi estimada pela equação de HB, considerando-se peso atual, estatura, idade e sexo. O valor obtido foi multiplicado pelo fator injúria (FI) - 1,0/ 1,2/ 1,3/ 1,5 - e a concordância da estimativa de HB x FI com a CI foi realizada a partir da construção dos gráficos de Bland-Altman, com estimativa do erro e intervalo de confiança de 95%. Análises foram realizadas no SPSS 20. 0 e $p<0,05$ foi adotado como significativo. **Resultados:** Foram avaliados 30 pacientes com DPOC (70% homens, 62,5±11,5 anos), dentre os quais 23,3% foram classificados como GOLD I e 30% como GOLD II. A TMB de acordo com a CI foi igual a 1568,1±234,8 kcal/dia. A diferença entre a TMB determinada pela CI e estimada por HB x1,0 [256,0 (IC95% 185,9; 326,2)], HB x 1,3 [-137,6 (IC95% -207,4; -67,7)] e HB x 1,5 [-400,0 (IC95% -471,1; -328,9)] foi significativa ($p<0,001$), enquanto que o erro na estimativa de HB x1,2 não diferiu da TMB determinada pela CI [-6,4 (IC95% -76,0; 63,3); p = 0,853]. **Conclusão:** A necessidade calórica de pacientes com DPOC estável pode ser estimada a partir da equação de HB multiplicada por FI igual a 1,2 quando a CI não estiver disponível na prática clínica.

PO052 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE VIAS AÉREAS 20 (AQ20) E SUA CORRELAÇÃO COM O NÚMERO DE EXACERBAÇÕES E INTERNAMENTOS NO ÚLTIMO ANO EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC.

MARINA SANTOS COSTA[1]; ANA CLAUDIA COSTA CARNEIRO[2]; LAÍS COSTA CARNEIRO[3]; MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA NEVES[3]; AQUILES ASSUNCAO CAMELIER[1].

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, NAZARE - BA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: a; DPOC; Exacerbações

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais causas de morte entre as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. A importância de se avaliar a qualidade de vida durante o acompanhamento desse paciente está associada ao aumento de reinternamentos e encaminhamentos para pneumologistas – quando há piora desse bem-estar – e está associada também com a necessidade de utilizar essa informação para a tomada de decisões clínicas no tratamento. **Objetivos:** Avaliar associação entre o questionário AQ20 com o número de exacerbações e internamentos no último ano. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de corte transversal, com amostra de conveniência, cujos critérios de inclusão foram: idade acima de 40 anos, história atual ou prévia de tabagismo e diagnóstico de DPOC segundo critérios GOLD e II Consenso Brasileiro de DPOC. Critérios de exclusão: paciente com diagnóstico de outras doenças pulmonares graves, distúrbios psiquiátricos e história de exacerbação dos sintomas nos últimos 30 dias. Os dados foram coletados a partir do preenchimento de fichas clínicas contendo informações sobre carga de tabagismo e o questionário AQ20. A avaliação dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 14), por meio da utilização do teste de correlação de Pearson. **Resultados:** Participaram do estudo 119 pacientes, sendo a sua maioria do sexo masculino (59,7%), pardo (62,2%), e com média de idade de 68,24 ± 8,92 anos. A pontuação média obtida pela aplicação do AQ20 foi de 9,92 ± 4,99. Observa-se no estudo que a maioria dos pacientes não apresentaram exacerbações no último ano 57 (47,9%) ou apresentaram apenas 01 ou 02 exacerbações 36 (30,3%). Correlacionando o número de exacerbações com a pontuação obtida através da aplicação do AQ20 há correlação estatisticamente significante entre essas variáveis (r^2 = 0,384 e p<0,001). A maioria dos pacientes não apresentaram internamentos no último ano 92 (77,3%). Correlacionando o número de internamentos com a pontuação obtida através da aplicação do AQ20 há correlação estatisticamente significante entre essas variáveis (r^2 = 0,201 e p<0,05). **Conclusão:** O AQ20 é um instrumento de manejo fácil, rápida aplicação e boa acurácia, que apresenta correlação direta com o número de exacerbações e internamentos. Assim, pacientes com menor pontuação no AQ20 (evidenciando melhor qualidade de vida) apresentam menores números de exacerbações e internamentos durante o ano, o que reforça a importância da melhora da qualidade de vida no manejo terapêutico desses pacientes.

PO053 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE VIAS AÉREAS 20 (AQ20) E SUA CORRELAÇÃO COM A CARGA TABÁGICA EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC.

MARINA SANTOS COSTA[1]; ANA CLAUDIA COSTA CARNEIRO[2]; LAÍS COSTA CARNEIRO[3]; MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA NEVES[3]; AQUILES ASSUNCAO CAMELIER[1].

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, NAZARE - BA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: AQ20; DPOC; qualidade de vida

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade prevenível e tratável, que está diretamente associada ao tabagismo e que interfere diretamente na qualidade de vida dos pacientes. O tratamento da DPOC baseia-se, dentre outras medidas, na minimização dos sintomas, no aumento da tolerância física e na melhora da qualidade de vida do paciente. Nesse contexto da necessidade de escolher um questionário de qualidade de vida para uso no paciente com DPOC, está o questionário AQ20 – já validado no Brasil – que tem se demonstrado com boa acurácia e facilidade de execução. **Objetivos:** Analisar a qualidade de vida em pacientes ambulatoriais portadores de DPOC através da aplicação do questionário AQ20. Avaliar associação entre o questionário AQ20 e tabagismo (carga tabágica). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de corte transversal, com amostra de conveniência, cujos critérios de inclusão foram: idade acima de 40 anos, história atual ou prévia de tabagismo e diagnóstico de DPOC segundo critérios GOLD e II Consenso Brasileiro de DPOC. Critérios de exclusão: paciente com diagnóstico de outras doenças pulmonares graves, distúrbios psiquiátricos e história de exacerbação dos sintomas nos últimos 30 dias. Os dados foram coletados a partir do preenchimento de fichas clínicas contendo informações sobre carga de tabagismo e o questionário AQ20. A avaliação dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 14), por meio da utilização do teste de correlação de Pearson. **Resultados:** Participaram do estudo 119 pacientes, sendo a sua maioria do sexo masculino (59,7%), pardo (62,2%), e com média de idade de 68,24 ± 8,92 anos. A média de pontuação do AQ20 foi de 9,92 ± 4,99. Correlacionando a carga tabágica total (anos/maço) dos pacientes fumantes e ex-fumantes com a pontuação obtida através da aplicação do AQ20 temos que, com base no teste de Pearson, não há correlação estatisticamente significante entre essas variáveis (r^2 = - 0,016 e p = 0,861). **Conclusão:** O AQ20 é um questionário curto, objetivo que apresenta boa acurácia e demanda pouco tempo da consulta. A população estudada apresenta bom grau de percepção sobre o seu estado de saúde, visto que a pontuação máxima é 20 pontos e que quanto maior a pontuação pior essa percepção. Este estudo não demonstrou correlação entre a carga tabágica e a qualidade de vida dos pacientes, mensurada através do AQ20.

PO054 CARACTERIZAÇÃO TOMOGRÁFICA QUANTO A PRESENÇA DE ENFISEMA E ESPESSAMENTO DE PAREDE BRÔNQUICA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM PERFIL EOSINOFÍLICO

REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; JOEL SERAFINI; DIOGO DREVENOWSKI; GIOVANNA LEMES LEAO; LÊDA MARIA RABELO; DANTE LUIZ ESCUISSATO.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; eosinófilos; tomografia de tórax

Introdução: Na literatura, não dispomos de uma descrição das características tomográficas dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e perfil eosinofílico, que pode ser caracterizado por eosinofilia sérica maior ou igual a 300 células/mm^3. Há um estudo transversal que sugeriu que nos pacientes com perfil tomográfico enfisematoso, os eosinófilos não são um biomarcador relevante para predizer exacerbações e resposta a corticoide inalatório. Mas ainda não se estabeleceu um perfil tomográfico para esse grupo de pacientes. **Objetivo:** Por meio de um estudo retrospectivo do tipo caso-controle, comparamos as características tomográficas de espessamento brônquico e enfisema entre dois grupos: casos, pacientes com DPOC

estável e contagem sérica de eosinófilos maior ou igual a 300, e, controles, com DPOC estável sem eosinofilia. **Métodos:** Foram avaliados prontuários de pacientes com DPOC atendidos no ambulatório de Pneumologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), durante o período de janeiro a dezembro de 2018. Foi avaliada a tomografia mais recente disponível de cada paciente e o hemograma realizado mais próximo a data de execução da tomografia. Foram excluídos pacientes com asma em sobreposição ao DPOC. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do CHC-UFPR. **Resultados:** Foram avaliados até o momento 145 pacientes, controles (n=105), casos (n= 40). No primeiro grupo, 87 (82,8%) pacientes possuiam enfisema significativo em tomografia de tórax. Já no segundo grupo, 36 (90%) dos pacientes apresentavam enfisema significativo em tomografia de tórax. Para espessamento brônquico temos uma frequência de 44 (41,9%) para os controles vs 20 (50%) para os casos. Realizado teste qui-quadrado para variáveis categóricas, com p>0,05 para as duas variáveis, espessamento brônquico e enfisema, o que não demonstrou uma associação das variáveis com a contagem sérica de eosinófilos. **Conclusão:** Até o momento não conseguimos observar associação entre contagem sérica de eosinófilos e enfisema ou espessamento brônquico na tomografia de tórax, supomos que pela amostra reduzida. Estimamos uma amostra total de 1000 pacientes, ao final do estudo, e que pelo menos 40% dos pacientes tenham perfil eosinofílico. Com isso, pretendemos descrever o perfil tomográfico desses pacientes, o que se tornará uma ferramenta útil para identificá-los. **Referência:** Papaioannou AI, Kostikas K, Papaporfyriou A, Angelakis L, Papathanasiou E, Hillas G, et al. Emphysematous Phenotype is Characterized by Low Blood Eosinophils: A Cross-Sectional Study. COPD J Chronic Obstr Pulm Dis [Internet]. Taylor & Francis; 2017 Nov 2;14(6): 635–40. Available from: https: //doi. org/10. 1080/15412555. 2017. 1386644.

PO055 PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO APRESENTANDO-SE NA FORMA DE NÓDULOS PULMONARES: RELATO DE CASO

MARCELO JORGE JACÓ ROCHA; HELEN MELO OLIVEIRA; FRANCISCA PATRÍCIA DE MELO SANTOS LEITE; IURY MOTA DA SILVA; FRANCISCO MARTINS NETO; FABIO ROCHA FERNANDES TAVORA.
HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia em organização; Nódulos pulmonares; Biópsia cirúrgica

Introdução: Pneumonia em organização é um padrão de lesão pulmonar que pode estar associado a várias etiologias ou ser idiopática. A apresentação clínica é variável, podendo incluir febre, tosse, dispneia, perda ponderal e, mais raramente, hemoptise. Os achados radiológicos também são variáveis, sendo os mais usuais a presença de consolidações periféricas e peribroncovasculares, estas podendo se estender para regiões subpleurais. No entanto, cerca de 10 a 40% dos pacientes podem ter uma apresentação radiológica atípica como predomínio de lesões em lobos superiores, padrão de "*crazy-paving*", espessamento perilobular, sinal do halo invertido ou mesmo a forma nodular. **Relato de Caso:** Paciente, 74 anos, sexo feminino, admitida no ambulatório devido a queixas iniciadas há cerca de um ano com hiporexia, tosse seca crônica, dispneia e perda ponderal de 2 kg. De comorbidades, é portadora de rinite alérgica, doença do refluxo gastroesofágico, hipotireoidismo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e doença arterial coronariana. Já foi submetida a cirurgia de diverticulite, herniorrafia, perineoplastica e correção de catarata. Faz uso contínuo de vitamina D, dexlansoprazol, domperidona, rosuvastatina, levotiroxina, ácido acetilsalicílico, metoprolol mirtazapina e pregabalina. Quanto aos hábitos, é ex-tabagista com carga tabágica de 50 anos-maço. Ao exame físico, apresentava-se eupneica, ausculta cardiopulmonar fisiológica, saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente e pressão arterial de 150x100 mmHg. Durante investigação clínica, a tomografia de tórax mostrou nódulos dispersos pelo parênquima pulmonar, cuja biópsia percutânea foi inconclusiva, tendo então a paciente sido submetida a biópsia cirúrgica, a qual evidenciou achados compatíveis com pneumonia em organização. As culturas da peça cirúrgica foram negativas para germes piogênicos, fungos e tuberculose. Os resultados de exames laboratoriais evidenciaram eosinófilos de 400, VHS e PCR normais, marcadores para doença reumatológica negativos e eletroforese de proteínas mostrou pico alfa 1, alfa 2 e beta 2 e imunofixação evidenciou banda monoclonal IgA Kappa. A tomografia de controle demonstrou redução espontânea considerável dos nódulos e surgimento de novas lesões. No momento, a paciente encontra-se assintomática e aguarda investigação de neoplasia hematológica. **Discussão:** A pneumonia em organização em sua forma nodular é uma apresentação radiológica incomum e sempre deve ser feito diagnóstico diferencial com malignidade. Alguns achados podem falar mais a favor de benignidade, tais como localização em contato com a pleura, forma plana, ovalada ou trapezoidal, lesões satélites e alteração de padrão maior que o esperado para lesões malignas. Os nódulos podem ter distribuição randômica, bronquilocêntrica ou centrolobular. O diagnóstico baseia-se na biópsia das lesões, sendo o padrão-ouro a biópsia pulmonar cirúrgica, de modo a se obter uma amostra adequada para o diagnóstico definitivo.

PO056 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR RELACIONADA A ASPIRAÇÃO CRÔNICA OCULTA: RELATO DE CASO

CAMILA HANAE FILGUEIRA SAITO; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO; JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; DANIELA MAYUMI TAKANO; PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA.
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Doença intersticial pulmonar; Doença do refluxo gastroesofágico; Pneumonia em organização

Introdução: A associação entre doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e doenças pulmonares já é bem estabelecida. Contudo, o conhecimento da relação entre microaspiração oculta crônica (MOC) e doença intersticial pulmonar (DIP) com padrão bronquiolocêntrico é recente e de difícil diagnóstico, dados os variados e incomuns achados radiológicos. O retardo da identificação da MOC como etiologia de DIP leva à progressão da fibrose pulmonar, fato que poderia ser evitado com medidas terapêuticas e consequente estabilização do quadro e melhora do prognóstico do paciente. **Relato de Caso:** Mulher, 72 anos, do lar, hipertensa, com queixa de tosse e dispneia progressivos há três anos. Negava exposições ambientais a antígenos lesivos, queixas reumatológicas ou tabagismo. Exame físico revelou estertores crepitantes e saturação de oxigênio de 86%. TC de tórax evidenciou bronquiolectasias de tração e reticulado centrados em vias aéreas, consolidações sugestivas de pneumonia em organização (PO) e atenuação em mosaico. Realizada biópsia transbrônquica que identificou DIP de padrão centrado em vias aéreas com granulomas, células gigantes e presença de partículas sugestivas de microaspiração crônica. Após

otimização do tratamento antirrefluxo, início de prednisona 0,75mg/kg e oxigenioterapia suplementar, a paciente apresentou melhora sintomática. O conjunto dos achados clínico, tomográfico e histológico sugerem fortemente o diagnóstico de DIP por MOC. **Discussão:** A DIP secundária à MOC está relacionada principalmente à DRGE. Esta morbidade tem prevalência estimada entre 10-20% no ocidente, porcentagem possivelmente subestimada, já que o diagnóstico comumente é dado quando sintomas como pirose ou regurgitação estão presentes – indicativos de doença mais avançada. A ausência de exame padrão ouro para aspiração dificulta o estabelecimento da relação entre microaspiração e DIP em pacientes oligossintomáticos. A pHmetria e impedanciometria não têm boa correlação com o risco de aspiração - sensibilidade de 75% e especificidade de 81%. O padrão tomográfico pode ser sugestivo de bronquiolite (nódulos centrolobulares, espessamento brônquico e opacidades em árvore em brotamento) e pode progredir para bronquiectasias e fibrose. A DIP pode ter acometimento difuso ou localizado. O acometimento histológico varia a depender da cronicidade e das características do material aspirado. Pode evidenciar granulomas peribrônquicos, geralmente mal formados, células gigantes e padrão de PO. Deve-se excluir causas como sarcoidose, pneumonite por hipersensibilidade e infecção. A paciente do nosso relato apresenta quadro compatível com DIP por MOC. Quadros semelhantes devem ser identificados e diagnosticados precocemente para possibilitar não apenas o retardo da progressão da doença, mas também melhora da qualidade de vida e sobrevida do paciente.

PO057 SÍNDROME DE HAMMAN ASSOCIADA À DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL POR DERMATOMIOSITE – RELATO DE CASO

DIANE REZENDE BATISTA; VITÓRIA KLEIN MARCONDES; FÁBIO KENDI YAMAUCHI; VANESSA CARVALHO DO LAGO; DAYANE ARAUJO LUZIA; SUZANA ERICO TANNI MINAMOTO.
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA (UNESP)- BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Hamman; pneumomediastino espontâneo; doença pulmonar intersticial

Introdução: A síndrome de Hamman é caracterizada pela formação de pneumomediastino espontâneo. Ocorre em cerca de 1 a cada 30. 000 pacientes em emergência e afeta principalmente homens na segunda década de vida. Os principais sinais e sintomas são dor torácica e dispneia súbita associada a enfisema subcutâneo, sendo que em 2/3 dos casos, o enfisema pode acometer a região cervical. A fisiopatologia envolve o mecanismo de Mecklin, com ruptura de alvéolos secundária ao aumento da pressão intra-alveolar, desencadeadas principalmente por quadros de tosse e vômitos. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 41 anos, em acompanhamento médico devido à dermatomiosite amiopática com fibrose pulmonar secundária. Apresentava queixa de piora da dispneia basal há 15 dias associada a crises de tosse seca, dor torácica ventilatório-dependente à direita e aumento de volume cervical com sensação de "bolhas" a palpação cervical. Negava hemoptise, vômitos e traumas torácicos. Ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico, mas com oximetria de pulso em ar ambiente de 86%. Foi identificado presença de enfisema subcutâneo na palpação cervical, sem alterações no exame cardiológico, mas com crepitações finas na ausculta pulmonar. Tomografia de Tórax evidenciou presença de enfisema subcutâneo cervical bilateral, na região torácica superior e pneumomediastino, sem pneumotórax. O diagnóstico foi de Síndrome de Hamman associado ao quadro de comprometimento de doença pulmonar intersticial decorrente da dermatomiosite amiopática. O tratamento do pneumomediastino foi conservador, com observação clínica, restrição de esforços, suporte de oxigênio e analgesia. Paciente recebeu alta após seis dias com diminuição significativa do enfisema subcutâneo. **Discussão:** A síndrome de Hamman, apesar de rara, não pode ser esquecida no diagnóstico diferencial de dor torácica associado à dispneia. Em alguns casos, o diagnóstico se torna mais difícil pela associação com doença respiratória.

PO058 PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL ESTÁVEL EM PACIENTE PORTADORA DE ESCLEROSE SISTÊMICA: RELATO DE CASO.

HANNA LETÍCIA NOGUEIRA RAMOS; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO; MAYARA NOGUEIRA MIRANDA; PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA; JOSÉ FABRÍCIO MACEDO; JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO.
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Esclerose sistêmica; Doença intersticial pulmonar; antifibrótico

Introdução: A esclerose sistêmica (ES) é uma doença autoimune crônica e progressiva que causa distúrbios vasculares, fibrose e atrofia de pele e órgãos internos1. A doença pulmonar na esclerose sistêmica (ES) compreende principalmente doença pulmonar intersticial (DIP) e hipertensão arterial pulmonar (HAP), sendo a principal causa de morte destes pacientes2. O padrão intersticial mais frequente nos pacientes com ES é a pneumonia intersticial não-específica (NSIP), significando cerca de 80% dos casos, enquanto a pneumonia intersticial usual (PIU) representa cerca de 10% dos casos de DIP associada a ES. Recentemente, houve a aprovação do antifibrótico nintedanib para pacientes com ES e DIP. **Relato de Caso:** Mulher de 50 anos, portadora de esclerose sistêmica, é atendida no departamento de Pneumologia por dispneia mMRC 1 e alteração em exame de imagem. Negava tabagismo, outro passado mórbido e fazia uso de prednisona 5mg/dia em desmame e azatioprina 2mg/kg, tendo sido usado previamente pulsoterapia com ciclofosfamida endovenosa. Exame físico revelou bom estado geral, estigmas cutâneos de esclerose sistêmica, ausculta pulmonar com estertores crepitantes bilateralmente e saturação periférica de oxigênio de 96% em ar ambiente. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou padrão de PIU definitiva e espirometria mostrou redução proporcional de VEF1 e CVF com relação VEF/CVF normal. Posteriormente no seguimento, se manteve com estabilidade clínica, tomográfica e espirométrica ao longo de cinco anos. **Discussão:** A PIU é um padrão menos frequente em pacientes portadores de ES e classicamente está relacionado a pior evolução clínica por possuir uma histologia mais agressiva. Relatamos o caso de uma paciente com PIU associada a ES e com nódulo pulmonar que concluímos ser tuberculoma, definindo, nesta ocasião de biópsia pulmonar, o padrão histológico da doença intersticial como PIU. A eficácia do nintedanib para pacientes com ES-DIP foi recentemente comprovada no estudo SENSCIS3, no qual houve redução de 44% na redução anual da capacidade vital forçada em relação ao placebo. Neste caso, onde há uma histologia de pior prognóstico porém com estabilidade clínica e tomográfica, discutimos a necessidade do uso da medicação.

PO059 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE E/OU SÍNDROME ANTI-SINTETASE

LAURA FONSECA QUEIROZ RAGNINI[1]; DAIANY LIMA DA SILVA[1]; LEÔNIDAS GUSTAVO TONDO[2]; ANDRÉ NAZÁRIO DE OLIVEIRA[3]; GUILHERME ELER DE ALMEIDA[3].
1. INSTITUTO DO PULMÃO, CACOAL - RO - BRASIL; 2. INSTITUTO DO PULMÃO, JI-PARANÁ - RO - BRASIL; 3. FACIMED, CACOAL - RO - BRASIL.

Palavras-chave: Interstício; Pneumonite de Hipersensibilidade; Síndrome Anti-Sintetase

Introdução: as doenças pulmonares intersticiais (dpi) são um desafio na pneumologia, englobando um grande número de patologias. A pneumonite de hipersensibilidade (ph) é uma síndrome complexa com história natural, intensidade e clínica variáveis, causada por inúmeros agentes externos. O acometimento pulmonar intersticial também pode ser uma manifestação extramuscular de miopatias inflamatórias (mi), e são subclassificadas conforme os anticorpos relacionados à mi, incluindo o anticorpo anti-sintetase (aas). A síndrome do anticorpo anti-sintetase (sas) é um subconjunto específico de mi (poli/dermatomiosite), caracterizada pela presença de aas e dpi que por sua vez causa limitações funcionais e aumenta o risco de comorbidades devido à gravidade da doença. A consequência é a deterioração da qualidade de vida e fator de risco para mortalidade, principalmente quando complicada por fibrose, hipertensão pulmonar e sobreposição com outras doenças pulmonares, como a seguir, uma paciente com sas cursando com ph a exposição de aves. **Relato de Caso:** Feminino, 50 anos, tosse há 40 dias, ora seca ora produtiva, dispneia aos mínimos esforços, sibilância, 2 internações recentes com diagnóstico de pneumonia (pnm), sem melhora. Nega tabagismo. Contato com galinheiro, papagaios e calopsitas há 3 anos. À semiologia pulmonar, taquipneia, hipoxemia (spo2 91%) e discretas crepitações bibasais. Escarro fungos e baar negativos. Tomografia de tórax com áreas em vidro fosco, nódulos centrolobulares associadas a espessamento septal grosseiro, difuso, bilateralmente, mais em bases; opacidades reticulares, com bronquiolectasias de tração, mais em periferia de lobos superiores. À espirometria, distúrbio ventilatório restritivo (vef1 51% - 1,35l). O lavado broncoalveolar mostra linfocitose, exclui infecção, e à patologia da biópsia transbrônquica pneumonia intersticial não específica (pine) associada à pneumonia em organização. Diante do exposto iniciou corticoterapia para ph, com melhora dos sintomas respiratórios, porém controle tomográfico inalterado. Após 4 meses, evolui com artralgia, mialgia, febre, edema de face e membros, nos levando a prosseguir a investigação: fan 1: 160 (nuclear pontilhado fino), vhs 39, pcr 48, cpk 2947, aldolase 39, anti ku +, anti ej +, anti ro 201. Frente ao diagnóstico de sas, iniciamos ciclofosfamida com resolução das queixas (12 ciclos). Discussão. Estamos diante de uma associação de ph e sas ou a epidemiologia foi um fator confundidor. Esse dilema evidencia o desafio pneumológico no campo das dpis. A importância deste relato consiste em alertar para as manifestações pulmonares de doenças reumatológicas, bem como a existência de mais de uma etiologia para o comprometimento intersticial. **Referências:** Annals of the rheumatic diseases, v. 77, n. 8, p. e50-e50, 2018. Clinical rheumatology, v. 38, n. 3, p. 803-815, 2019. Lung India: official organ of Indian Chest Society, v. 35, n. 6, p. 523, 2018. Diretrizes de doenças pulmonares intersticiais, 2012.

PO060 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM DOENÇAS PULMONARES CÍSTICAS DIFUSAS

MARIANA MASIERO COSTA; SILMARA MACHADO; GUSTAVO BITTENCOURT CAMILO; FRANCIELLY NARDY SOUZA; CAMILA CERQUEIRA DE SOUSA; CAMILA STEPHAN DE OLIVEIRA.
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose; cistos pulmonares; angiomiolipoma renal

Introdução: A Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara, considerada neoplasia sistêmica de baixo grau, caracterizada pela proliferação de células atípicas ao redor das vias aéreas, vasos linfáticos e vasos sanguíneos. Manifesta-se principalmente com alterações císticas difusas nos pulmões e consequente comprometimento progressivo da função pulmonar. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 43 anos, atendida no ambulatório de Pneumologia com relato de dispnéia aos grandes esforços de longa data, sem associação a tosse ou sibilância. Ex- tabagista (3 anos/maço). História de pneumotórax de repetição, tendo apresentado dois episódios à direita, sendo o primeiro há 18 anos e o segundo há 15 anos e três episódios à esquerda há 12 anos, com realização de pleurodese ipsilateral após o terceiro episódio. Na ocasião, teve o diagnóstico provável de Linfangioleiomiomatose e indicada histerectomia com ooforectomia, que realizou no mesmo ano. Interrompeu o acompanhamento com pneumologista. Alguns meses depois, foi internada por hematúria e evidência de lesão renal à direita, com conduta expectante. Há 8 anos voltou a realizar acompanhamento da lesão renal, com evidência de crescimento progressivo. Há um ano, foi submetida à nefrectomia parcial direita com ressecção de lesão renal de 9 cm, cujo exame histopatológico evidenciou angiomiolipoma epitelioide com margens cirúrgicas comprometidas. Tomografia de tórax atual demonstrou múltiplos cistos de paredes finas, com distribuição relativamente uniforme pelo parênquima de ambos os pulmões, com dimensões variando entre 0,2 cm e 4,3 cm. Tomografia de abdome recente com evidência de componentes puntiformes com atenuação adiposa, indicando resíduos de angiomiolipoma em rim direito. Apresenta espirometria com valores normais. No momento, aguarda a finalização do estadiamento da LAM para início de tratamento. **Discussão:** A Linfangioleiomiomatose afeta principalmente mulheres em idade reprodutiva e pode ocorrer de forma esporádica ou associada a um distúrbio hereditário, o complexo de esclerose tuberosa. Os achados clínicos e radiológicos incluem dispnéia progressiva aos esforços, pneumotórax de repetição (em até 70% dos casos), tosse, hemoptise, quilotórax e, extra-pulmonar, podem ser vistos angiomiolipomas renais, linfangioleiomiomas abdominais e pélvicos. Progressos notáveis ocorreram, particularmente nos últimos anos, com a introdução da terapia com Sirolimo, um inibidor da via mTOR, que demonstrou estabilizar a função pulmonar e reduzir o tamanho de angiomiolipomas em cerca de 50% em 1 ano de tratamento. Terapias associadas incluem: reabilitação pulmonar e evitar o uso de estrogênio exógeno, que segundo alguns estudos, estaria relacionado com a promoção do crescimento e disseminação das células LAM.

PO061 CONSOLIDAÇÃO PULMONAR APÓS EXPOSIÇÃO A GLIFOSATO E REGRESSÃO ESPONTÂNEA: UM RELATO DE CASO

AMANDA INGRYD LOPES FERNANDES[1]; JOSÉ WILTON SARAIVA CAVALCANTI FILHO[1]; LUCAS LOPES FERNANDES[1]; TAISA GONÇALVES FARIAS[1]; CAMILA MELO DE OLIVEIRA COSTA[2]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2].
1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. ORIENTADOR DA LIGA ACADÊMICA DE PNEUMOLOGIA DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Herbicida; Pneumologia; Exposição

ocupacional

Introdução: O glifosato é um herbicida não seletivo de largo espectro comumente usado para combater ervas daninhas. Inicialmente, agencias reguladoras e instituições científicas afirmaram não haver risco à saúde devido à exposição a essa substância. Entretanto, estudos recentes apontaram que exposições crônicas podem aumentar incidência de linfoma não-Hodgkin, problemas ósseos, alterações do ciclo celular e doenças de pele, assim como um aumento da atividade oxidativa em no pulmão quando inalado, o que é motivo de preocupação. Relatamos caso de desenvolvimento de consolidação pulmonar (provável Pneumonia em Organização) após exposição ao herbicida, com regressão espontânea em seguimento. **Relato de Caso:** Homem, 49 anos, militar técnico de saúde, previamente hígido, sem comorbidades, iniciou quadro súbito de tosse seca com piora progressiva, associado à astenia e dor torácica. Negou febre, perda ponderal, sudorese ou outras queixas. Procurou atendimento especializado, onde relatou trabalhar em missões de saúde com tuberculose em áreas indígenas. Ex-tabagista, cessou hábito há 20 anos, com carga tabágica de 5 maços-ano. Afirmou que imediatamente antes ao início dos sintomas, teve exposição ao glifosato sem uso de equipamento de proteção individual, dentro de área militar. Exame físico inocente. Foi então iniciada terapêutica antibiótica empírica, sem melhora clínica, e solicitada avaliação laboratorial e TC de Tórax. Realizou diversas baciloscopias, todas negativas, e exames laboratoriais dentro da normalidade. Na TC foram encontradas consolidações com periferia em vidro fosco em todos os lobos do pulmão direito e lobo inferior esquerdo, com aspecto sugestivo de Pneumonia em Organização. Recusou-se a realizar biópsia pulmonar. Em virtude de estabilidade clínica, optou-se por seguimento tomográfico de lesões. Ao longo do seguimento, houve resolução das queixas aos passo em que novas TC mostravam resolução da consolidação em lobo inferior esquerdo e importante redução das demais consolidações. Mantem-se em seguimento tomográfico seriado, assintomático. **Discussão:** Hoje, o glifosato é classificado como uma provável substância cancerígena e estudos apontam um aumento da atividade oxidativa em órgãos como pulmão e coração. Tal fato, associado aos achados de vidro fosco e consolidações, assim como a distribuição predominantemente difusa e em terços médios e inferiores pulmonares, tornam consistente a hipótese do desenvolvimento de Pneumonia em Organização secundária, apesar da negativa em realizar a biópsia. Corrobora nossa hipótese a referência ao glifosato em referência especializada (Pneumotox) de que o mesmo pode causar SDRA ou doenças intersticiais, dentre elas a Pneumonia em Organização. A remissão espontânea de Pneumonia em organização é rara, sendo o tratamento indicado apenas para os sintomáticos. Em pacientes com quadros leves, pode ser realizada apenas monitorização do quadro.

PO062 ANÁLISE DAS BRONCOSCOPIAS REALIZADAS EM HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA

ESTER ACIPRESTE ROSADO; FERNANDO DE PAIVA MELO NETO; GABRIELY ALVES DA COSTA; SAMILLY CARNEIRO CAVALCANTE SOUTO; DAVID PAES DE LIMA.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Broncoscopia; Hospital oncológico; Lesões pulmonares

Introdução: A broncoscopia possui significativa atuação diagnóstica e terapêutica, sendo indicada para execução de intervenções cirúrgicas endoscópicas ou diagnóstico diferencial de doenças neoplásicas, infecciosas e difusas do parênquima pulmonar por meio de exame visual de vias aéreas, biópsias, coleta de lavado e remoção de lesões. As complicações são incomuns, geralmente previsíveis e bem controladas. **Objetivos:** Descrever as indicações, resultados e complicações associadas à broncoscopia flexível. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional descritivo das broncoscopias realizadas no serviço de endoscopia respiratória do Hospital Napoleão Laureano entre os anos 2017 e 2019. Foram analisados: idade, gênero, indicação do exame, procedimentos realizados e resultados anatomopatológicos. Realizou-se revisão da literatura publicada entre os anos 2010 e 2019 em bases de dados como Springer Link, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e ResearchGate. **Resultados:** Em pouco mais de 2 anos (2017 a janeiro de 2019) foram realizadas 100 broncoscopias no hospital. A média de idade foi de 62,18 anos, variando de 15 a 87 anos. O gênero mais frequente foi o masculino, correspondendo a 56% dos casos. Todos os exames foram realizados de maneira eletiva, sendo a principal indicação a pesquisa de lesões/massas pulmonares suspeitas para neoplasia (70%). Dentre outras indicações aparecem neoplasia de laringe, estadiamento de neoplasia de esôfago, hemoptise, corpo estranho e causas infecciosas. Um total de 97 procedimentos foram executados, com maior prevalência para as biópsias (76,3%). O procedimento mais frequente foi a biópsia endobrônquica (57), seguida pelo lavado broncoalveolar (22), biópsia transbrônquica (15), biópsia de laringe (2) e retirada de corpo estranho (1). Os achados anatomopatológicos revelaram 21 carcinomas escamosos, 18 adenocarcinomas, 7 carcinomas de pequenas células, 4 carcinomas pouco diferenciados, 1 neoplasia indiferenciada, 1 carcinóide típico e 1 blastomicose, com 22 resultados revelando ausência de malignidade. Nesta série de casos não foram observadas complicações maiores como hemoptise maciça, pneumotórax ou óbito. **Conclusão:** Observa-se uma maior incidência na população masculina, com média de idade acima dos 60 anos. Como era de se esperar em um hospital oncológico, a principal indicação foi a pesquisa de lesões pulmonares, e o tipo histológico mais observado foi o carcinoma escamoso. Infelizmente, neste estudo, a maioria das indicações correspondia a casos de doença avançada. A broncoscopia é uma ferramenta valiosa para avaliação de diversas patologias, em especial as pulmonares, sendo fundamental no âmbito oncológico.

PO063 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR COQUELUCHE NO ESTADO DA PARAÍBA DE 2013 A 2018

MARIA IZABEL LIRA DANTAS; BRUNNA GALVAO FERREIRA DE SOUZA TEIXEIRA DE CARVALHO; KENNEDY DA MOTA DANTAS JÚNIOR; MARIA EDUARDA TARGINO CRUZ; SEMYRAMIS LIRA DANTAS.

UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Coqueluche; Internações; Paraíba

Introdução: A coqueluche, código A37 do Código Internacional de Doenças – CID 10, também chamada de Tosse Convulsa, é uma doença infecciosa aguda que tem como principal agente infeccioso a bactéria *Bordetella pertussis* é globalmente uma importante causa de mobimortalidade infantil atualmente. **Objetivos:** Realizar levantamento e análise das internações hospitalares por Coqueluche no estado da Paraíba no período de 2013 a 2018, comparando com os índices de internação no Brasil no mesmo período. **Metodologia:** Foram coletados e analisados os dados do DATASUS referentes a internações

por Coqueluche no estado da Paraíba e no Brasil no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2018. **Resultados:** O número de internações por coqueluche no Brasil no referido período foi de 14. 928 casos no total, desses, 238 ocorreram na Paraíba. Em 2014, na Paraíba houve queda de 12,36% no número de internações em relação a 2013 e, em 2016, queda de 80% em relação ao ano anterior. No ano de 2013, o número absoluto de internações na Paraíba era de 89 pacientes, enquanto em 2016 esse número reduziu para apenas 7 pacientes. Desde então os números crescem, mesmo que de forma lenta. Em 2017 eram 12 pacientes internados, já em 2018 eram 17. A partir de 2014 tanto no Brasil quanto na paraíba os casos diminuíram até 2016, entretanto depois disso os índices aumentaram nas duas situações, no Brasil o pico de internações por coqueluche se deu em 2014 com 4. 926 internações, e o menor índice foi em 2016 com 1. 188 casos, porém em 2017 houve um aumento de 2,8% em relação ao ano anterior e em 2018 houve outro aumento de 19,6%, com relação a 2017. **Conclusão:** Observamos uma queda acentuada nos números de internação por coqueluche de 2014 a 2016 tanto na Paraíba quanto no Brasil, porém também se observa a apresentação da reemergência a partir de 2017, mesmo que de forma ainda discreta. Esses resultados destacam a importância da vigilância epidemiológica e atualização nas estratégias de prevenção e uma melhor orientação nas políticas públicas sobre coqueluche na Paraíba, como também em todo o Brasil.

PO064 A QUALIDADE DO AR E A OCORRÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS OBSTRUTIVAS EM TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE CARVÃO VEGETAL EM TRÊS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

RAFAEL MACHADO DE SOUZA[1]; CASSIA CINARA DA COSTA[1]; DANIELA MONTANARI MIGLIAVACCA OSORIO[1]; RODRIGO MOREIRA BELLO[2]; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA[3].
1. UNIVERSIDADE FEEVALE, NOVO HAMBURGO - RS - BRASIL; 2. PAVILHÃO PEREIRA FILHO. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTOALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: carvão vegetal; qualidade do ar; doenças respiratórias

Introdução: O carvão vegetal, resultado do processo de pirólise e oxidação da madeira de acácia negra, promove a liberação de partículas e gases nocivos no ar, facilmente inalado pelos trabalhadores expostos. **Objetivo:** analisar a presença de sintomas respiratórios e a ocorrência de doenças pulmonares nestes indivíduos, bem como a concentração de material particulado (MP10) nestes ambientes. Material e **Métodos:** Estudo transversal, em que foi aplicado questionário de sintomas respiratórios de vias aéreas inferiores, realizada função pulmonar através da espirometria, medida de volumes pulmonares e difusão de CO, além de tomografia de tórax sem contraste, com cortes em ins e expiração. As amostras de material particulado (MP_{10}) foram realizadas em 30 coletas de 24 horas cada uma, próximas aos fornos de carvão vegetal. Para tanto, foi utilizado um amostrador de ar de grande volume (AGV) para partículas de até 10 µm. **Resultados:** Participaram deste estudo 53 carvoeiros, a maioria (71,6%) era do sexo masculino, com idade média de 54±13 anos, que realizavam esta atividade há 25±14 anos, com uma carga horária média de 3±3 horas por dia. Nenhum trabalhador utilizava máscara de proteção individual durante as suas atividades laborais e 15(28,3%) dos trabalhadores eram tabagistas. Do total de trabalhadores, 42 realizaram tomografia de tórax e 5 (11,9%) apresentaram exames dentro da normalidade. A maioria 32 (76,1%) apresentou espessamento difuso de paredes brônquicas por broncopatia, 23(54,7%) apresentaram áreas de aprisionamento aéreo e 10 (23,8%) tênues opacidades centro lobulares em vidro fosco nos lobos pulmonares. Apenas 6 (11,3%) do total de 53 trabalhadores avaliados apresentavam ausência de doença respiratória. Asma brônquica foi diagnosticada em 11,3% e asma ocupacional em apenas dois carvoeiros em que os sintomas cessavam após o afastamento da atividade. A prevalência de DPOC nesta população foi de 18,9% e metade dos trabalhadores com DPOC eram também tabagistas. A prevalência de bronquite crônica foi 7,5%. Broncopatia difusa estava presente em 33,7% dos trabalhadores, sendo que os mesmos não apresentavam alterações funcionais. Para a qualidade do ar, a média encontrada foi de MP_{10}24±14 µg/m^3, considerada dentro dos limites da normalidade. **Conclusão:** Mesmo que os níveis apresentados de MP_{10}estivessem nos limites de normalidade, com poucas variações acima da média, este grupo de trabalhadores expostos apresentou maior prevalência de DPOC do que a população geral, e mais importante ainda, 18(33,7%) destes trabalhadores ainda não apresentavam queixas respiratórias nem alterações espirométricas, mas já apresentavam alterações brônquicas detectadas pela TC de tórax.

PO065 TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: INDICADORES OPERACIONAIS DAS NOTIFICAÇÕES DA CAPITAL JOÃO PESSOA/PB

ALECSANDRA BEZERRA MONTEIRO DE OLIVEIRA[1]; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA[2]; MARTHA HELENA CESAR FREIRE DE SOUZA[3]; DANIEL DE ARAUJO BATISTA[4]; MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO[2]; EDUARDO HENRIQUE LIMA BATISTA[5].
1. SECRETARIA DO MUNICIPIO DE JOÃO PESSOA/PB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA-UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CHEFE DA SECÇÃO TRANSMISSIVEL DE JOÃO PESSOA/PB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 4. VIGIILÂNCIA SANITÁRIA EPIDEMIOLÓGICA DE JOÃO PESSOA-PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: tuberculose; População privada de liberdade; Unidades prisionais

Introdução: A alta incidência de tuberculose(TB) em Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) é um desafio para o Programa Nacional de Tuberculose, segundo o Ministério da Saúde, o risco da infecção por TB nas unidades prisionais é 28 vezes maior que na população geral. No ano de 2017, foram 69 mil casos novos de tuberculose em todo o país, sendo que 10,5% ocorreram nessa população. De acordo com os dados do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a Paraíba possui 11. 938 presos, correspondendo a 11% do total da PPL em todo o nordeste. **Objetivo:** estudo objetivou analisar o número de casos de tuberculose em PPL notificados no município de Joao Pessoa, capital da Paraíba. **Metodologia:** estudo descritivo exploratório, onde o critério de inclusão foram todos os casos novos de tuberculose em PPL no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. **Resultados:** Neste período, foram notificados 4. 446 casos de tuberculose na população geral no munícipio de João Pessoa-PB,sendo que 484 (10,89%) foram em PPL, em média nesta população ocorreu aumento de 96,8 casos ano, considerando todo tipo de entrada e todas as formas de TB. O sexo masculino apresentou maior número de casos com 471 (97,31%), e 13 (2,68%) do sexo feminino. Com relação à faixa etária verificou que a maior concentração de casos se deu na faixa etária de 20 a 39 anos com 409

(84,50%) casos. Quanto a raça, a que mais se destacou foi a parda com 359 (74,13%), seguido pelas raças branca com 81 (16,73%) casos e preta com 41 (8,26%) casos, apenas 4 (0,82 %) casos se absteram de declarar a raça. A forma pulmonar foi predominante correspondendo a 464 (95,86%), enquanto que as extrapulmonares totalizaram 20 (4,13%) dos casos. Quanto ao teste rápido para HIV foram testados 94,62% (458) dos casos diagnosticados, sendo que tiveram resultado negativo 431 (89,04%) casos, enquanto que 27 (5,57%) casos foram positivos, 26 (5,37%) não realizaram o teste, pois já apresentavam diagnóstico prévio de AIDS. Referente à situação de encerramento 334 (69,00%) curaram, 60 (12,39%) abandonaram o tratamento, 49 (10,12%) foram transferidos, 5 (1,03%) morreram pela doença, e apenas 1 (0,20%) óbito por outra causa. **Discussão/Conclusão:** O Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose ainda é a forma mais eficaz para garantia do êxito do tratamento. Embora as PPL estejam concentradas em espaço fechado, e sob custódia, não há garantia que sejam submetidos ao TDO. A união de esforços entre a sociedade civil, profissionais de saúde, sistema prisional e comunidade podem corroborar para o controle da tuberculose, no sentido de traçar estratégias tanto no âmbito da gestão como na assistência. O controle da tuberculose depende não apenas da pessoa doente, mas da informação sobre a forma de transmissão, diagnóstico, indicação do tratamento adequado. **Referências:** MOREIRA,T,R;FAVERO,J. L;MACIEL,E. L. N: Tuberculose no Sistema Prisional Capixaba,Revista Bras. de Pesq. em Saúde,v. 12,n,1, p. 26-33,2010.

PO066 TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM COINFECÇÃO TUBERCULOSE-HIV NA CIDADE DE SALVADOR/BA ENTRE 2008 E 2018

ANA CARLA DOS SANTOS COSTA; LUCAS TADEU CERQUEIRA DOS SANTOS; MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA NEVES.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; HIV; Coinfecção

Introdução: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pela Mycobacterium tuberculosis e afeta principalmente os pulmões, mas pode acometer também outros órgãos. No Brasil, constitui um grave problema de saúde pública, sendo, a Bahia, um dos estados do Nordeste com o maior número de casos, a maioria na capital, Salvador. Nas últimas décadas, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem sido um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença, assim como para o agravamento e ocorrência desta em sítios extrapulmonares, culminando em pior prognóstico. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico e quantificar os casos de TB e de coinfecção TB-HIV no período de 2008 a 2018 em pacientes residentes da cidade de Salvador, avaliando também quanto a apresentação extrapulmonar da doença. **Métodos:** Foi realizado um estudo ecológico de séries temporais, de caráter transversal, descritivo e observacional. Os dados, coletados da plataforma do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria de Vigilância em Saúde, foram referentes ao número de casos de pacientes com diagnóstico de TB, residentes em Salvador-BA, nos anos de 2008 a 2018, sendo especificados quanto à positividade para infecção pelo HIV, manifestação da AIDS e ocorrência de manifestação extrapulmonar da tuberculose. **Resultados:** Durante o período de 2008 a 2018, foram notificados 25. 386 casos de tuberculose. Destes, 2. 259 casos eram de coinfecção TB-HIV, sendo que, 2. 054 manifestaram sintomas da AIDS. Tais números correspondem, respectivamente, a 8,90% e 8,09% do total de casos de TB do período. Em 2016, dos 2. 113 casos de TB registrados, 252 (11,93%) eram coinfectados pelo HIV e 224 (10,60%) manifestavam a síndrome, maior número entre os anos analisados. Já em 2008, dos 2. 566 casos de TB registrados, 150 (5,85%) eram coinfectados pelo HIV e 131 (5,11%) manifestavam a síndrome, menor número entre os anos analisados. Em relação a forma de apresentação, em 2008, 383 casos de TB extrapulmonar foram notificados, o maior número entre os anos investigados, sendo que, 54 (14,10%) eram coinfectados pelo HIV, o que representa 36% do total de coinfecções TB-HIV desse ano. Já em 2018, 317 casos de TB extrapulmonar foram notificados, menor número entre os anos investigados, sendo que, 48 (15,14%) eram coinfectados pelo HIV, o que representa 21,82% do total de coinfecções TB-HIV desse ano. **Conclusão:** Foi evidenciado que o número de pacientes com TB coinfectados pelo HIV é significativo, sendo que não foi observada diferença relevante entre o número de casos de coinfecção e o de manifestação dos sintomas da AIDS. Em relação a forma de apresentação, evidenciou-se que um número relevante de casos de TB extrapulmonar esteve relacionado a coinfecção TB-HIV e vice-versa. Visto que a infecção pelo HIV prejudica o sistema imunológico do indivíduo o diagnóstico precoce desta é essencial, interferindo na forma de apresentação da tuberculose e em seu prognóstico.

PO067 INTERNAÇÕES POR GRIPE E PNEUMONIA NA POPULAÇÃO NORDESTINA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA DÉCADA

SABRINA SEVERO DE MACÊDO DUARTE[1]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; AMANDA CACAES MODESTO ACCIOLY[3]; DAVI LIMA MEDEIROS[1]; GABRIELA DE ALMEIDA MAIA MADRUGA[1]; SILVANIO ARAÚJO DO Ó FILHO[1].
1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. MÉDICO PNEUMOLOGISTA E PROFESSOR DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Gripe; Asma; Epidemiologia

Introdução: A gripe e pneumonia são doenças infectocontagiosas das vias aéreas. Idosos (≥ 60 anos) fazem parte do grupo de risco aumentado para as complicações e óbitos por Influenza e Pneumonia. Representam um problema de saúde pública pelo poder de causar incapacidade física, social e econômica. Em virtude do envelhecimento populacional, há aumento das internações e óbitos em termos absolutos, mas com redução da mortalidade em termos relativos nacionais entre os anos de 1990 e 2015. Tal se dá pela melhora da situação socioeconômica, o maior acesso a cuidados de saúde, a disponibilidade nacional de antibióticos e as políticas de vacinação, sendo a população nordestina uma potencial beneficiada neste período. **Objetivos:** Avaliar as internações por gripe e pneumonia entre 2008-2018 na população adulta nordestina. **Método:** Estudo ecológico de série temporal, com notificações de internação por gripe e pneumonia em adultos no Nordeste, entre 2008-2018, com base de dados do DATASUS. **Resultados:** Em relação a pneumonia, houve 898265 internações neste período (22% das internações do Brasil), destas 58% em pacientes com mais de 60 anos (521601 internações). Houve padrão de descrescimo em pacientes adultos (de 226111 em 2009 para 154315 em 2018), porém com aumento importante na faixa etária do ≥ 60 anos (de 35137 em 2008 para 57124 em 2018). A taxa de mortalidade aferida neste período foi de 5. 07, sendo maior do estado de Sergipe (10. 22). Na população idosa, houve um aumento importante desta taxa (de 9. 69 em 2008 para 16.

95 em 2018). O tempo médio de internação por pneumonia foi de 6 dias, com custo médio de internação de R$ 909. 59. Já em relação a gripe, a região Nordeste foi responsável pelo maior número de internações, com 66150 internações (40% das internações do país), aproximadamente 50% destas em idosos. Apesar disto, esta população teve uma taxa de mortalidade de 7. 43, a 2ª menor do país, mas com aumento de 6. 4 em 2008 para 8. 3 em 2018. O tempo de permanência médio por gripe foi de 3 dias em adultos e 5 dias em idosos, um dos menores do país. O custo médio de cada internação por gripe foi de R$ 671. 22, cerca de R$ 50 reais mais caro em indiíduos com mais de 60 anos. **Conclusão:** Observou-se no Nordeste no um maior número de internações por gripe e pneumonia em idosos, com decréscimo em pacientes <60 anos, a semelhança do país. Alem disso, houve elevação das taxas de mortalidade por gripe e pneumonia nos pacientes idosos, ao contrário do que se vê nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Dessa forma, ressalta-se a importância do monitoramento e do acompanhamento temporal dos coeficientes de incidência das doenças, principalmente em idosos. Açõões de prevenção e a melhoria no acesso aos serviços de saúde são estratégias eficazes para influenciar positivamente nestas tendências. **Referências:** CORRÊA RA, COSTA AN LUNDGREN F, MICHELIM L, et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J Bras Pneumol. 2018;44(5): 405-423.

PO068 PROPORÇÃO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE ASSOCIADA À INFECÇÃO POR HIV EM FORTALEZA/CE

KAMILLA DO RÊGO CHAVES[1]; PAULO MARCELO SÁ PALÁCIO CÂMARA[1]; JOANA CYSNE FROTA VIEIRA[1]; GUSTAVO SÁ PALÁCIO CÂMARA[1]; ANDRÉ PORTELLA COSTA[1]; PLÍNIO JOSÉ DA SILVA CÂMARA[2].

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: co-infecção por HIV; tuberculose; abandono do tratamento

Introdução: No Brasil, a Tuberculose (TB) continua sendo um importante agravo à saúde pública. Nos anos de 2016 e 2017, foram 69 mil novos casos de diagnóstico de TB, com aproximadamente 4,5 mil mortes no ano de 2016, representando a 4° causa de morte por doença infecciosa e a principal causa de morte por doenças infecciosas em paciente com HIV. O percentual de abandono do tratamento foi de 11,4%, em 2016, quando o esperado pelo Ministério da Saúde é 5% do total dos pacientes. A taxa de mortalidade se manteve constante durante os anos de 2013 a 2017 com uma taxa de 2,2 por 100. 000 habitantes. Durante o período, houve um acréscimo de 8,9%, 61,5% para 70,4%, na realização dos testes anti-HIV, entretanto se mantem abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 100%. **Objetivo:** Comparar a taxa de pacientes com TB com co-infecção positiva, negativa e exame sorológico não realizado para HIV acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo-analítico, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Realizado na cidade de Fortaleza-CE com pacientes da Regional II. A amostra incluiu todos os pacientes cadastrados no Livro de Registro de Paciente com Tuberculose que receberam tratamento para tuberculose pulmonar nos anos de 2016 e 2018. **Resultados:** De acordo com os dados coletados no Livro Verde das UBS da Regional II do município de Fortaleza/CE, 522 pacientes foram cadastrados por apresentarem o diagnóstico confirmado de TB de acordo com os exames positivos para a enfermidade na baciloscopia direta. Desse total, foram investigados com o teste sorológico anti-HIV 353 (67,62%) pacientes que estavam com a TB ativa. Dos 353 pacientes investigados para HIV, 265 (74,9%) possuíam TB com teste sorológico para HIV negativo; 70 (19,8%) tinham TB mas não realizaram o teste anti-HIV e 18 (5,1%) apresentaram HIV positivo e TB concomitantemente. **Conclusão:** Conclui-se que a co-infecção TB-HIV ainda se configura um grande desafio para a saúde pública no Brasil, visto que existe a dificuldade de realizar o teste de triagem para HIV em pacientes com TB, conforme os dados apresentados no presente estudo. O Ministério da Saúde preconiza a realização do exame em todos que forem diagnosticados com TB, no entanto, é constatado a não solicitação para os pacientes realizarem os exames sorológicos anti-HIV. **Referências Bibliográficas:** 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 2) CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Boletim Epidemiológico: Tuberculose. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2018. 11p. 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: Boletim Epidemiológico. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 11p. Volume 48. N° 8.

PO069 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COQUELUCHE NA REGIÃO NORDESTE BRASILEIRA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

JESSICA RAYANNE PEREIRA SANTANA[1]; LUIZ FELLIPE GONÇALVES PINHEIRO[2]; CLARICE DE LIMA DE OLIVEIRA[2]; JOSEILTON CARLOS BEZERRA[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Coqueluche; Epidemiologia; Nordeste

Introdução: A coqueluche, doença de notificação compulsória, é uma patologia infecciosa aguda transmissível, cujo agente etiológico é a Bordetella pertussis. Afeta o aparelho respiratório e tem como característica fundamental paroxismos de tosse seca. Pode ser prevenida mediante imunização adequada, sendo os aglomerados populacionais facilitadores da transmissão. Nos últimos anos a Coqueluche vem reemergindo notoriamente no Brasil, sendo este um cenário desvantajoso que justifica a importância de traçar o perfil epidemiológico desta doença a fim de acompanhar as mudanças de incidência, viabilizando a escolha de medidas de controle. **Objetivos:** Traçar perfil epidemiológico da coqueluche na Região Nordeste brasileira. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo. A amostra foi formada por dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) referentes a incidência, morbimortalidade, faixa etária, etnia, sexo e localidade de ocorrência, no período de 2010 a 2018. **Resultados:** Observa-se que o ano de maior notificação foi 2014 com 40,05% (2939 casos), já Rio Grande do Norte registrou 19,78% (553 casos) em 2013. Vê-se ainda que até 2014 ocorreu um número crescente de notificações, e, a partir de então, há um declínio progressivo no número de casos. É importante ressaltar uma queda significativa entre 2014 e 2015 de 67,50% (1984 casos); esse perfil segue até 2018 quando há um crescimento de 16,29% (65 casos) em relação a 2017. O gênero mais atingido é o feminino com 55,84% (4097 casos); 54,77% (4019) são pardos. A faixa etária de maior prevalência foi nos menores de 1 ano com 4525 casos (61,67%), desses 2805 (61,98%) tinham menos de 1 mês de vida, sendo que 47,60% do total (3493)

ocorreram durante a gestação e dessas a maioria ocorreu no primeiro trimestre, com 1322 casos (37,84%). A maioria evoluindo para a cura 90,40% (6633 casos), 1,18% indo a óbito. **Conclusão:** Ao analisar o quadro epidemiológico da região Nordeste vê-se o impacto do início da vacinação de gestantes, que aconteceu no final do ano de 2014, em relação a redução do número de casos. Contudo em 2018 há um crescimento considerável no número de casos, o que leva ao questionamento sobre as causas desse panorama, devendo-se cogitar fatores como a ineficácia da cobertura vacinal e métodos diagnósticos mais eficientes. Além disso, não se pode deixar de evidenciar a maior incidência em indivíduos menores que 1 ano, sendo a maioria dos casos em menores que 1 mês de vida. Associando-se o fato de que quantidade apreciável dos casos notificados foram em gestantes, cabe questionar a relação entre a imunização da mãe e do lactente, sendo fato conhecido que esta faixa etária associa-se a quadros de maiores gravidade e letalidade. Felizmente tem-se observado bom prognóstico na grande maioria dos casos, sendo reduzidos os índices de mortalidade.

PO070 PANORAMA DAS NOTIFICAÇÕES DE TUBERCULOSE NO MUNICIPIO DE JOÃO PESOOA/PARAIBA/BRASIL

ALECSANDRA BEZERRA MONTEIRO DE OLIVEIRA[1]; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA[2]; DANIEL DE ARAUJO BATISTA[1]; AMANDA CACAES MODESTO ACCIOLY[3]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[4]; DANIELLE CARMEM PORTO LUCENA[5].
1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA-UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Notificação; Vigilância Epidemiológica

Introdução: A tuberculose (TB) continua sendo a doença mais letal de tods os tempos, afirma a organização Mundial de Saúde((OMS). Os esforços globais evitaram cerca de 54 milhões de morte, por essa causadesde o ano de 2000. No ano de 2017, cerca de 10 milhões de pessoas foram acometidas por TB, destes, apenas 6,4 milhões foram oficialmente notificados pleo Sistema d notificação ou de vigilância nacionais. **Objetivo:** O esudo teve or objetivo analisar o númeo e casos de TB notificados no município de 202a 2017**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório,retrospectivo, tipo COORTE, onde o critério de exclusõ foram todos os casos de TB notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN), em João Pessoa/Paraiba, nos períodos de janeiro de 2012 até dezembro de 2017. **Resultados:** Neste período, foram notifcados 5. 281 casos de TB referente a todas as forma,sendo que 2. 281(43,19%), foram de outros municípios. Considerando os desfechos dos casos se verificou que o encerramento por cura foi de 2. 915(55,25%) casos, o abandono corrsondeuu 973((18. 42%), verificando uma redução do percentual de abandono de 20,3% em 2012, paa 15,9% em 2017. Quanto aos óbitos por TB somados aos por outra causa totalizaram 383(7,25%), quanto a mudança de diagnóstico o número de casos foi d 85(1,23%). Ainda neste período, analisando os casos de TB multirresistente (TBDR),se verificou que ocorreu uma elevação entre os anos de 2012 e 2016, de 0,56% para 2,5%. **Discussão e conclusão:** A subnotificação de casos de tuberculose ainda é um problema para a vigilância da TB, e a principal consequencia é a elevada concentração de casos na capital. Cabe aos gestores estaduais e municipais implementarem ações de busca ativa em seus territórios,afim de aumentar a identificação dos casos novos para evitar desfechos desfavoráveis como: abandono de tratamento,evolução para casos de TBDR e aumento dos óbitos por TB. **Referências:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Acesso em http: portalarquivos2. saúde. gov. br-images-pdf-2019-março-25-manual-recomendações-tb-20-mar19-isbn-pdf; MACHADO,J. C. et A incidência de tuberculose nos presídios brasileiros: revisão sistemática. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 14, n. 57,p. 84-88,jan-mar, 2016.

PO071 REAL-WORLD OUTCOMES AMONG PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS (CF) TREATED WITH LUMACAFTOR/IVACAFTOR (LUM/IVA) IN 2017: AN INTERIM ANALYSIS OF DATA FROM THE US CF FOUNDATION PATIENT REGISTRY (CFFPR)

CAITLIN KNOX[1]; ZIFEI HAN[1]; RUNYU WU[2]; JADER BAIMA[3]; ALEXANDER ELBERT[2]; SIMON TIAN[1].
1. VERTEX PHARMACEUTICALS INCORPORATED, BOSTON, MA - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA; 2. US CYSTIC FIBROSIS FOUNDATION, BETHESDA, MD - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA; 3. VERTEX PHARMACEUTICALS, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Cystic fibrosis; Lumacaftor; Ivacaftor

Introduction: LUM/IVA combination therapy (Orkambi®) is the first treatment that targets the underlying cause of CF in patients homozygous for the *F508del-CFTR* mutation. [1-2] Understanding the long-term safety of LUM/IVA and its effects on disease progression is important for patients, caregivers, and healthcare providers. [3] This ongoing post-authorisation safety study is a non-interventional 5-year study to fulfil the EMA safety surveillance requirement. **Objectives:** Patients treated with LUM/IVA in a real-world setting were evaluated as part of an ongoing long-term observational safety study using US CFFPR data. **Methods:** Analyses included cross-sectional evaluations of death, transplants, hospitalisations, pulmonary exacerbations (PEx), complications, and liver function tests (LFT) in patients aged ≥6 years treated with LUM/IVA in 2017 vs phenotypically similar (*F508del*/minimal function) untreated patients in a comparator (COMP) cohort. In addition, longitudinal analysis of percent predicted FEV_1 ($ppFEV_1$), body mass index (BMI), PEx, and hospitalisations were performed in a subset of patients with continued LUM/IVA treatment from 2016 to 2017 and no evidence of a transplant. **Results:** In 2017, there were 6664 patients treated with LUM/IVA and 4867 COMP patients in the US CFFPR. No new safety concerns with LUM/IVA therapy were identified. The LUM/IVA cohort had a lower risk (relative risk; 95% CI) of death (0. 35; 0. 23, 0. 53), transplant (0. 42; 0. 28, 0. 61), and hospitalisation (0. 92; 0. 88, 0. 96) than the COMP cohort. The proportion of patients with PEx was 43. 5% in the LUM/IVA cohort vs. 45. 1% in the COMP cohort (0. 96, 0. 93, 1. 00). Prevalence of most complications was similar in the LUM/IVA and COMP cohorts. LFT elevations were recorded in 49. 1% of patients in the LUM/IVA cohort vs 57. 4% of patients in the COMP cohort. In the longitudinal analysis, the mean change from pretreatment baseline (95% CI) in $ppFEV_1$ was -3. 6% (-3. 9%, -3. 3%) vs -5. 6% (-5. 9, -5. 2%) and in BMI was 1. 2 kg/m^2 vs. 0. 7 kg/m^2 in the LUM/IVA (n=4821) and COMP (n=3759) cohorts, respectively.

No trends were observed in PEx rates or hospitalisations during the 3-year period in the LUM/IVA cohort vs an increase in both in the cohort COMP. **Conclusion:** Analysis of real-world data for LUM/IVA treatment in 2017 from the US CFFPR yielded no new safety concerns. Interim results from this registry-based observational study are consistent with the current understanding of the LUM/IVA benefit-risk profile. **References:** 1. Orkambi® (lumacaftor/ivacaftor) package insert. Boston, MA: Vertex Pharmaceuticals Corporation; 2018; 2. Orkambi® (lumacaftor/ivacaftor) summary of product characteristics. London, UK: Vertex Pharmaceuticals (Europe) Limited; 2018; 3. Ren CL et al. Ann Am Thorac Soc 2018; 15: 271-280. Sponsor: Vertex Pharmaceuticals Incorporated

PO072 APLICABILIDADE DE UM QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE QUALIDADE DE VIDA: CONCORDÂNCIA ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA E SEUS PAIS/RESPONSÁVEIS

KAROLINNE SOUZA MONTEIRO[1]; MARCOS ARTHUR GUILHERME DA SILVA[2]; THAYLA AMORIM SANTINO[2]; ADA CRISTINA JÁCOME[2]; SARAH JOYSI ALMEIDA LEITE[2]; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA[2].
1. UFRN, CAMPINA GRANDE - RN - BRASIL; 2. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Fibrose cística; Qualidade de vida; Pediatria

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença de herança autossômica recessiva de acometimento multissistêmico. O avanço tecnológico permitiu o aumento na expectativa de vida e, com ele, o surgimento de complicações tardias, como a doença óssea, diabetes mellitus relacionado à FC, doença hepática, dislipidemia. Além das complicações físicas, a FC causa um grande impacto emocional, podendo repercutir negativamente na qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares. **Objetivos:** Avaliar a concordância da qualidade de vida entre crianças e adolescentes com FC e seus pais/responsáveis. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, cuja amostra total foi composta por 20 indivíduos, sendo 10 crianças e adolescentes com diagnóstico de FC, de 6 a 18 anos, e seus respectivos pais/responsáveis. Foram avaliadas as variáveis de idade, escolaridade, sexo e atividade física. A qualidade de vida foi avaliada por meio do *Pediatric Quality of Life Inventory* 4. 0 (PedsQLTM). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN sob o parecer número 2. 683. 882, obedecendo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução 466/2012. Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17. 0. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. O coeficiente de Correlação Intraclasse foi utilizado para avaliar a concordância entre os escores de qualidade de vida. **Resultados:** A amostra de crianças e adolescentes com FC foi composta por homens (60%), com idade média de 13,70±2,98 anos, com ensino fundamental incompleto (50%) e médio incompleto (50%), praticantes de atividade física (50%). A amostra de pais/responsáveis foi composta por mulheres (100%), com idade média de 45,2±9,19 anos e ensino médio completo (70%). As concordâncias da qualidade vida foram satisfatórias e significativas para os escores emocional (CCI: 0,645; p=0,01), escolar (CCI: 0,546; p=0,04), Psicossocial (CCI: 0,457; p=0,06) e total (CCI: 0,467; p=0,03); já os escores Físico (CCI: 0,360; p=0,06) e Social (CCI: 0,305; p=0,12) obtiveram concordâncias pobres. **Conclusão:** O PedsQLTM foi capaz de fornecer medidas satisfatórias entre crianças e adolescentes com FC entre 6 e 18 anos e seus respectivos pais/responsáveis, mesmo se tratando de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida. **Referências:** HEBESTREIT, H. et al. Quality of life is associated with physical activity and fitness in cystic fibrosis. BMC Pulmonary Medicine, v. 14, n. 1, p. 26, 27 dez. 2014. KLATCHOIAN, D. A. ; LEN, C. A. ; TERRERI, M. T. R. A. ; SILVA, M. ; ITAMOTO, C. ; CICONELLI, R. M. ; VARNI, J. W. ; HILÁRIO, M. O. E. Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life InventoryTM version 4. 0 Generic Core Scales. Jornal de Pediatria. v. 84, n. 4, p. 308 - 315, 2008.

PO073 VARIÁVEIS ESPIROMÉTRICAS EM INDIVÍDUOS OBESOS

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; BIANCA NUNES[1]; LUCIANA TESSER[1]; LUIZA ALVES[2].
1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Obesidade; Vias aéreas periféricas; Espirometria

A obesidade é uma doença crônica resultante de interações multifatoriais. O aumento do peso corporal está diretamente relacionado à piora da capacidade física e funcional. Em obesos, podemos observar quadros obstrutivos e restritivos. **Objetivos:** Avaliar o impacto da obesidade na capacidade ventilatória, mensurada pela espirometria. Material e **Métodos:** Coletamos espirometrias de indivíduos obesos, sem doença respiratória. Realizamos as espirometrias em um equipamento da marca Jaeger e usamos os previstos de Pereira no Serviço de Pneumologia do Hospital de Clinicas de Porto Alegre. Avaliamos a CVF (Capacidade Vital Forçada), o VEF1(Volume Expiratório Forçado no 1°segundo) e o FEF25%(Fluxo Expiratório Forçado a 25% da CVF). Para interpretação utilizamos as Diretrizes Brasileiras para Testes de Função Pulmonar. Para analisar as curvas expiratórias, separamos os pacientes em 2 grupos, conforme o IMC (Indice de Massa Corporal): Grupo I (até 40Kg/m2) e Grupo II (igual ou acima de 41Kg/m2). O nível de significância utilizado foi de 0. 05. **Resultados:** Foram incluídos 107 pacientes (79 mulheres e 28 homens), com uma média de idade de 45 anos e IMC médio de 43Kg/m2. Na análise da espirometria observamos: 62(58%) exames normais e 45(42%) alterados (32-71% sugestivos de restrição, 9-20% de obstrução e 4-9% combinados). Separamos os indivíduos conforme o IMC: 23 ficaram no Grupo I (média: 36Kg/m2) e 84 no Grupo II (média: 51Kg/m2) (p<0. 05). Retiramos das espirometrias as medidas: CVF (Capacidade Vital Forçada), VEF1(Volume Expiratório Forçado no 1°segundo) e FEF25%(Fluxo Expiratório Forçado a 25% da CVF). No Grupo I, encontramos 3353mL(91%), 2902mL(91%) e 1116mL(80%) respectivamente. No Grupo II, encontramos 2385mL(81%), 2304mL(80%) e 857mL(58%) respectivamente. Observamos variação não significativa após o uso do broncodilatador na CVF e VEF1, tanto no Grupo I (93mL e 87mL), como no Grupo II(120mL e 111mL)(p<0. 05). **Conclusão:** Apesar do elevado IMC, a maior parte dos pacientes apresenta espirometria normal, mas os valores obtidos no Grupo com IMC mais elevado são inferiores, indicando influência da obesidade. Entre os exames alterados, o padrão restritivo predomina, com maior percentual no Grupo II. Nos pacientes mais obesos observamos redução do fluxo expiratório a 25%, acusando talvez maior comprometimento de pequenas vias aéreas, com provável redução do seu calibre e obstrução mais periférica.

PO074 EFEITO DAS TERAPIAS AQUÁTICAS EM INDIVÍDUOS COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS: UM ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA

WESLLEY BARBOSA SALES; LETÍCIA MARIA SILVA; RENATA TOMAZ.
FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Doenças respiratórias; Hidroterapia; Qualidade de vida

Introdução: De acordo com dados do DATASUS (2019), as doenças do trato respiratório apresentam-se como o principal grupo de doenças que acometem a população do nordeste brasileiro, e dentre estas, as doenças crônicas das vias aéreas são as que apresentam maior prevalência. **Objetivos:** Identificar na literatura evidências do uso das terapias aquáticas como recurso terapêutico não farmacológicos em indivíduos com doenças respiratórias crônicas. **Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura, onde foi realizada uma busca de artigos nas bases de dados Pubmed e Scielo, através dos seguintes descritores: *Respiratory Tract Diseases, Hydrotherapy, Physical Therapy Specialty.* Foi utilizado o Operador Booleano "AND" para fazer o cruzamento entre os descritores. A seleção dos artigos foi realizada segundo os critérios de inclusão e exclusão, sendo os critérios de inclusão; artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês e português, artigos que enfatizassem a influência das terapias aquáticas em indivíduos com doenças respiratórias. Foram excluídos da análise artigos de revisão e que não apresentassem o tema abordado neste estudo. **Resultados:** Foram encontrados 39 artigos, sendo PubMED (17) e Scielo (22), porém 14 estudos foram considerados para esta revisão. Observou-se que as terapias aquáticas são aplicadas em indivíduos com doenças respiratórias com o principal objetivo de promover a reabilitação cardiorrespiratória e fortalecimento da musculatura respiratória, além de ser um dos recursos usados no controle clinico de muitas doenças respiratórias como asma e DPOC. Estudos associaram o uso de terapias aquáticas na melhora da capacidade funcional e aumento da qualidade de vida em pacientes com DPOC. O Método Watsu foi associado ao aumento da mobilidade torácica, dimuição do estado de ansiedade e depressão, com potenciais benefícios na qualidade de vida na asma. Além disso, as técnicas da hidroterapia permitem o condicionamento cardiorrespiratório, diminuindo o risco de broncoespasmo induzido pelo exercício, comum em indivíduos com disfunções respiratórias. Fatores psicológicos também foram identificados, grande parte dos estudos mostraram uma melhora significativa nos índices de estresse, ansiedade, sono e qualidade de vida. Além desses fatores, o aspecto social também obteve destaque na literatura, principalmente pelas relações interpessoais, e o compartilhamento das experiências. **Conclusão:** A literatura ainda se encontra escassa em relação à quantidade e qualidade dos estudos que enfatizam o uso de terapias aquáticas em pacientes com doenças respiratórias crônicas, entretanto evidências sugerem que o uso deste recurso está associado à melhora na qualidade de vida, diminuição da ansiedade, depressão e condicionamento cardiorrespiratório. Por seus efeitos fisiológicos sobre o sistema cardiorrespiratório, defende-se o uso deste recurso como instrumento auxiliar ao processo de reabilitação de indivíduos com doenças respiratórias crônicas.

PO075 CARACTERÍSTICAS ESPIROMÉTRICAS EM OBESOS NÃO-TABAGISTAS E NÃO ASMÁTICOS

ANDREZZA MARIA DÍAZ ARARUNA[1]; ISAAC IAN TEODORO DE LIMA MOREIRA[2]; JORGE ENRIQUE DIAZ ARARUNA[2]; LAIS VIEIRA ARAUJO[2]; VERUSCHKA RAMALHO ARARUNA[3]; ALEXANDRE AUGUSTO RAMALHO ARARUNA[2].
1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIPE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Obesidade; espirometria; capacidade vital

Introdução: A obesidade tornou-se uma epidemia mundialmente discutida e é sugerida como causa importante de interferência no sistema respiratório, provocando distúrbios ventilatórios: limitação da mobilidade diafragmática e redução da movimentação costal, além do tecido adiposo ser pró-inflamatório. O excesso de peso tem efeito sobre a espirometria e os volumes pulmonares, sendo influenciados pelo grau de obesidade, idade e tipo de distribuição de gordura. A espirometria é de grande aplicabilidade e reprodutibilidade que permite avaliar a função e capacidade respiratória. **Objetivos:** Analisar características espirométricas em obesos grau I, II e III, não tabagistas e não asmáticos. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional retrospectivo de outubro/2018 a maio/2019, realizado em um serviço especializado em João Pessoa, que identificou resultados espirométricos de um universo de 238 pacientes, selecionando 100 que apresentavam algum grau de obesidade, classificados em: grau I, II e III de acordo com seu Índice de Massa Corporal (IMC), pela Organização Mundial de Saúde. Excluiu-se os com idade < 20 e > 60 anos, bem como ex-fumantes, fumantes e asmáticos, totalizando uma amostra de 53 pacientes de ambos os sexos. O espirometro utilizado foi o portátil EasyOne da fabricante NDD Medizintechnik. Os dados espirométricos realizados conforme as normas internacionais (ERS/ATS), foram analisados através de estatística descritiva utilizando o programa do Excel e comparados com os recomendados pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia(SBPT). **Resultados:** Encontrou-se nos obesos de grau I, numa amostra de 4 homens com média de 38,75 anos e 13 mulheres com média de 43,07 anos, uma CVF(L) média de 3,99 nos homens e 2,94 nas mulheres; uma VEF1(L) média de 3,21 nos homens e 2,48 nas mulheres. Na análise do grupo de obesos grau II, composto por 5 homens com média de 43,5 anos e 19 mulheres com média de 43,45 anos, encontrou-se uma média de CVF(L) de 3,74 para homens e 3,10 para mulheres; de VEF1(L) média de 3,14 para os homens e 2,52 para as mulheres. No grupo dos obesos grau III, composto por 3 homens com média de 40,67 anos e 9 mulheres com média de 34,78 anos, verificou-se uma CVF(L) média de 3,36 nos homens e 3,12 nas mulheres; um VEF1(L) média de 2,85 nos homens e 2,76 nas mulheres. **Conclusão:** Diante dos dados apresentados observou-se que, nos homens, a função respiratória tende a piorar conforme o aumento do grau de obesidade, visto na diminuição da CVF e do VEF1, em concordância com as referências da SBPT. Já nas mulheres, essa influência não foi observada, havendo resultados controversos. Esta diferença entre os sexos pode ser justificada pelo padrão de obesidade característico de cada um, sendo o masculino central (abdominal) e o feminino periférico (nos quadris), o que influencia diretamente a localização do tecido adiposo e sua interferência na dinâmica respiratória.

PO076 IMPACTO DA IDADE CRONOLÓGICA NA SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO EM INDIVÍDUOS ADULTOS SAUDÁVEIS

SAULO MAIA D' AVILA MELO[1]; LORENA MOTA DE JESUS[2]; JULIANA ANJOS MONTEIRO[2]; LUIZA CRISTINA PASSOS DO PRADO[2]; LARISSA ALVES DE OLIVEIRA[3]; JULIANA SILVA SANTANA[4].
1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, PROPRIA - SE - BRASIL;
2. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL;
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE -

BRASIL; 4. CLÍNICA GERIATRIA INTEGRADA ESPAÇO ATIVO, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Saturação Periferica de Oxigênio; Função pulmonar; Senescência

Introdução: A oximetria de pulso portátil é um método de fácil realização, não invasivo de avaliação da saturação periférica de oxigênio (SpO_2). Devido à sua importância na prática clínica diária é considerado atualmente como o quinto sinal vital. Sua utilização em vários setores do ambiente hospitalar está consolidada e seu emprego a nível ambulatorial deve fazer parte do exame clinico do pneumologista. A despeito da importância da sua utilização na rotina clinica ambulatorial são escassos os estudos que determinam o valor da normalidade da SpO_2 de acordo com diferentes faixas etárias a nível ambulatorial, em indivíduos saudáveis, a nível do mar. A literatura apresenta divergência e não existe um ponto de corte claro para a definição de anormalidade da saturação periférica de oxigênio em repouso, no ambulatório, em diferentes faixas etárias. **Objetivos:** Determinar a SpO_2 ambulatorial de indivíduos saudáveis a nível do mar, comparar a SpO_2 entre dois grupos de indivíduos com idade cronológica ≤ 69 anos e em ≥ 70 anos e avaliar a influência da idade cronológica, sexo e raça na determinação da SpO_2. **Métodos:** Estudo transversal, feito com 363 voluntários saudáveis de ambos os sexos, com idade cronológica ≥ 18 anos, selecionados aleatoriamente na rede de saúde pública e privada, na cidade de Aracaju-SE, no período de março de 2016 a julho de 2018. Foram excluídos indivíduos fumantes ativos ou ex-fumantes com carga tabagica ≥ 20 anos / maço, pneumopatias agudas ou crônicas, cardiopatas, sintomas cardiorrespiratórios, baqueteamento digital, anemia importante, fenômeno de Raynaud, unhas pintadas ou postiças, artefatos de movimentos das mãos, hipotermia e hipotensão arterial. Aparelho de oximetria de pulso da marca Nonin GO2 Achieve. Para a análise, a amostra geral foi dividida em dois grupos. O grupo 1 foi composto por voluntários (n: 206) com idade cronológica ≤ 69 anos e o grupo 2 por voluntários (n: 157) com idade ≥ 70 anos. **Resultados:** A média de idade da amostra geral foi de 59,31 ± 23,6 anos (IC95%: 53,73 – 59,02) com SpO_2 de 96,90 ± 1,45 (IC 95% 96,84 – 97,16). A média da SpO_2 na amostra de indivíduos com ≤ 69 anos foi de 97,49 ± 1,22 e no grupo de indivíduos com ≥ 70 anos foi de 96,14 ± 1,39 com diferença significativa entre os grupos ($p < 0,01$). Das variáveis estudadas (sexo, idade cronológica e raça), apenas a idade exerceu influência significativa sobre a diminuição da SpO_2 ($p < 0,001$). **Conclusões:** A média da SpO_2 encontrada em adultos com idade cronológica ≥ 18 anos foi de 96,90 ± 1,45 (IC95% 96,84 – 97,16). A média da SpO_2 foi significativamente menor no grupo de indivíduos com idade cronológica ≥ 70 anos em relação ao grupo ≤ 69 anos demonstrando declínio da SpO_2 com o avançar da idade cronológica. A idade cronológica demonstrou influência significativa na redução da SpO_2 ambulatorial em indivíduos adultos saudáveis, a nível do mar.

PO077 ALARGAMENTO MEDIASTINAL - NÃO DEVEMOS ESQUECER DO ESÔFAGO: UM RELATO DE CASO

BRUNA ALENCAR CASTRO; CAROLINE VIANA COÊLHO DE FRANCA LEPPÄNEN; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE; ROBERTA TAVARES BARRETO TEIXEIRA; GUSTAVO SOARES FERNANDES; THIAGO HENRIQUE FERNANDES DE CARVALHO.
UNIPE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: alargamento; mediastino; Acalásia

Introdução: As doenças do mediastino constituem um grupo heterogêneo e de grande complexidade. O mediastino ocupa o espaço entre as pleuras direita e esquerda, correspondendo ao plano sagital médio do tórax, estendendo-se do esterno à coluna vertebral, contendo assim todas as vísceras torácicas com exceção dos pulmões. É tradicionalmente dividido em: superior, anterior, médio e posterior. Os limites entre tais são arbitrários. O alargamento mediastinal pode ser um achado incidental em pacientes que se submetem a estudos imagem do tórax, podendo ocorrer devido a uma ampla variedade de lesões. As mais comuns são os timomas, teratomas, alterações de tireóide, linfomas, tumores neurogênicos e mesenquimais. Relatamos caso de alargamento mediastinal em paciente com acalásia. **Relato de Caso:** Homem, 78 anos, procura pronto-atendimento apresentando dor em queimação retroesternal há 6 dias. Queixava-se também de dor abdominal difusa, de forte intensidade, e constipação. Relatava perda ponderal de ±10kg em um mês. Afirmou ter há mais de 15 anos quadro de disfagia, engasgos e regurgitação. Negava comorbidades, etilismo e tabagismo. Havia anteriormente realizado endoscopia digestiva alta (EDA) sem progressão do endoscópio devido a restos alimentares no esôfago. Ao exame físico, apresentava-se taquicárdico, taquipneico, com abdome doloroso à palpação profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Após medidas laxativas houve resolução de quadro abdominal. Durante avaliação torácica, foi solicitada radiografia que evidenciou alargamento mediastinal, sendo assim solicitada TC de Tórax. Foi encontrada importante dilatação esofágica. Realizada nova EDA com aspecto sugestivo de megaesôfago grau II-III e espessamento de mucosa esofágica. Realizada biópsia, com anatomopatológico de gastrite crônica com discreta atividade, alterações regenerativas e metaplasia intestinal completa do tipo I, esofagite crônica com papilomatose e erosão, mucosa gástrica ectópica – afastando pseudoacalásia. Realizou investigação para doença de Chagas, negativa. Por acalasia, iniciado tratamento com nifedipino, omeprazol e erradicação de *Helicobacter pylori*. Após um mês, o mesmo retornou para reavaliação clínica, apresentando melhora considerável dos sintomas e ganho ponderal. **Discussão:** Por fim, o diagnóstico foi de Acalásia, afecção primária da motilidade do esôfago. Pouco comum, é predominantemente uma doença idiopática, secundária à perda seletiva da função dos neurônios inibitórios dos plexos mioentéricos. O alargamento mediastinal pode ser resultado do acometimento de diversas estruturas, com uma gama de sintomas possíveis. A avaliação inicial consiste em uma anamnese completa, exame físico detalhado, suplementada principalmente pela avaliação radiológica do tórax. Em alguns casos, a biópsia também pode ser necessária. Situado no mediastino médio, o esôfago pode ser fonte destas alterações.

PO078 AVALIAÇÃO DO USO DE QUINOLONAS POR CAUSAS RESPIRATÓRIAS OU NÃO EM PACIENTES ADMITIDOS EM ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA APÓS BUSCA DE PRONTO SOCORRO EM HOSPITAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

MARIANA SARMENTO PIRES; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE; CECÍLIA REGINA BASTOS DOS SANTOS; THIAGO HENRIQUE FERNANDES DE CARVALHO; GUSTAVO SOARES FERNANDES; ROBERTA TAVARES BARRETO TEIXEIRA.
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: quinolona; enfermaria; infecção

Introdução: Quinolonas são antibióticos sintéticos usados no tratamento de diversas infecções bacterianas. Esses agentes atuam a nível de DNA, acumulando-se muito rapidamente e agindo em poucos minutos. São especialmente ativos contra gram-negativos. O protótipo é o ácido nalidíxico, e a partir dele surgiram gerações de quinolonas, ganhando cobertura contra pseudomonas,

anaeróbios e gram-positivos. A resistência desenvolve-se lentamente e geralmente é cromossômica, e não mediada por plasmídeo. O uso indiscriminado, o desenvolvimento de resistência, reações de hipoglicemia grave e alterações cognitivas fizeram com que agências reguladoras orientassem o uso restrito e cauteloso das mesmas. **Objetivo:** Avaliar do uso de quinolonas por causas respiratórias ou não em pacientes admitidos em enfermarias de Clínica Médica após busca de Pronto Socorro em hospital de média complexidade. **Métodos:** Estudo observacional transversal, realizado em enfermaria de clínica médica de hospital de média complexidade, entre janeiro-abril de 2019. **Resultados:** Em termos gerais, foram admitidos 50 pacientes em uso de quinolona, sendo 34 (68%) homens. A média de idade foi de 67. 1 ± 17. 4 anos. Infecções de pele e partes moles foram o principal motivo (36%), seguido pelos quadros respiratórios (24%). Foi visto que 78% dos pacientes tinham alguma comorbidade, sendo mais frequente HAS e DM (32% e 20% respectivamente). Houve 1 paciente com diagnóstico de HIV nestes avaliados. A principal quinolona utilizada foi o ciprofloxacino (56%). Em média, estes permaneceram por 12. 6 ± 6. 8 dias. Em relação ao desfecho, 80% tiveram alta, sendo registrados 3 óbitos (6%) e 4 (8%) transferências para UTI, 4 destes eventos por piora de quadro infeccioso. Quando isolados os casos respiratórios, chama atenção a presença de 1 paciente institucionalizado, advindo de asilo. Os casos respiratórios eram em média mais velhos (70. 9 ± 15. 1 anos), também predominantemente masculinos (75%), 67% destes admitidos por PAC. Permaneceram mais tempo (16. 4 ± 6. 7 dias), mas apenas 1 óbito foi registrado. Todos os casos respiratórios utilizaram levofloxacino, com preferência por via endovenosa (EV) (83%). Houve uma suspensão de medicação em virtude de suspeita de TB avaliada em enfermaria. Não foi relatado nenhum quadro de hipoglicemia grave ou de distúrbio cognitivo em pacientes que utilizaram quinolona nesta amostra. **Conclusão:** O uso de quinolonas no ambiente de pronto socorro é comum. Pacientes idosos, apesar do sabido risco de evolução com distúrbio cognitivo e hipoglicemia grave, tiveram o maior número de prescrições desta medicação. Mesmo na ausência destes eventos, não há como inferir segurança pelo tamanho da amostra. A via injetável ainda é preferida, apesar de conhecida equivalência oral. Também, deve-se ter cuidado com o uso de quinolonas respiratórias em pacientes sintomáticos pelo possibilidade de ação tuberculostática, levando a um tratamento inadequado em país de alta prevalência de TB.

PO079 AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES CRÍTICAS DO HOSPITAL HELIÓPOLIS EM 2018

CARLOS HEITOR DE MORAIS FERREIRA; ANDREIA SAAD RACHED; LUNNA MARIA CASIMIRO SARMENTO; ADILSON JOAQUIM WESTHEIMER CAVALCANTE; SIMONE GOMES DE SOUSA.
HOSPITAL HELIÓPOLIS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; Estudos Transversais; Farmacorresistência Bacteriana

Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a principal infecção nosocomial em pacientes admitidos nas unidades críticas e que são mantidos em ventilação mecânica. O objetivo deste trabalho é avaliar aspectos epidemiológicos da PAV nos setores críticos do Hospital Heliópolis, através de estudo retrospectivo transversal, com análise das fichas de vigilância de infecção hospitalar no período de 1° de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018. Foram diagnosticados 50 casos da PAV, sendo 34 tardias e 16 precoces. A mortalidade geral foi de 67,5%. A média de dias de internação nas unidades críticas foi de 38,5 dias. A média de dias para o diagnóstico de PAV após a intubação orotraqueal desses pacientes foi de 10,1 dias. O tempo médio entre o diagnóstico de PAV e o óbito foi de 18,9 dias. A densidade de incidência (DI) de PAV no período foi de 12,2. A taxa de ventilação mecânica nas unidades críticas foi de 44,9%. O agente etiológico isolado mais prevalente foi o *Acinetobacter baumanii,* seguido pela *Pseudomonas aeruginosa.* Foram isolados patógenos apenas em 17 dos 50 casos de PAV. Os principais antimicrobianos utilizados foram carbapenêmicos, vancomicina, piperacilina/tazobactam e polimixina. Na maioria dos casos (88%), foram prescritas ao menos duas classes diferentes de antimicrobianos, incluindo um caso de um paciente que fez uso de 6 classes diferentes. Com relação à série histórica do serviço, a DI apresentou significativa queda em relação aos dados de incidência dos anos anteriores, assim como observado nos dados da COVISA para o estado. Segundo estes mesmos dados, o serviço do Hospital Heliópolis encontra-se entre o percentil 75 e o percentil 90 entre os hospitais do estado, com uma DI acima da média. Em relação aos dados da ANVISA para todo o país, nosso serviço encontra-se no percentil 50. Os dados prévios do serviço em relação ao padrão de resistência antimicrobiana dos agentes isolados mostram uma considerável resistência a beta lactâmicos de amplo espectro, incluindo carbapenêmicos, com cerca de 70% das Klebsiellas sp isoladas resistentes a esse grupo de antimicrobianos e cerca de 90% dos Acinetobacter sp com tal padrão. Concluímos que existe uma necessidade de que sejam estabelecidos protocolos na instituição orientando uma terapia antimicrobiana direcionada aos agentes mais prevalentes e considerando o padrão de resistência da microbiota hospitalar. Ressalta-se também a necessidade de se fazerem valer os bundles de prevenção de PAV para que a incidência possa ser reduzida na instituição, entre eles a presença do cuffômetro e assistência da equipe de fisioterapia 24 horas por dia.

PO080 PARACOCCICIOIDOMICOSE: RELATO DE APRESENTAÇÃO MULTIFOCAL CRÔNICA EM ADULTO

GUILHERME ELER DE ALMEIDA[1]; ANDRÉ NAZÁRIO DE OLIVEIRA[2]; LAURA FONSECA QUEIROZ RAGNINI[3]; LETHICIA DOMINGOS PAULO[2]; KETLIN BATISTA DE MORAIS MENDES[2]; BRUNA ELER DE ALMEIDA[4].
1. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL, JI PARANÁ - RO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL; 3. INSTITUTO DO PULMÃO, CACOAL - RO - BRASIL; 4. FIMCA, PORTO VELHO - RO - BRASIL.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; Micose; Micose Pulmonar

Introdução: A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose profunda, de caráter sistêmico e progressivo, causada por fungo dimórfico, o Paracoccidioides sp. A principal porta de entrada para PCM no organismo humano é a inalação do fungo pelos pulmões. A doença ativa é uma infecção sistêmica que apresenta como tríade clássica as lesões da mucosa orofaríngea, dos linfonodos e dos pulmões. A passagem do fungo pelos pulmões causa lesões que são evidenciadas clínica e radiologicamente em 80% dos casos. Estas lesões pulmonares são comumente oligossintomáticas, e quando presentes, são dispneia progressiva, tosse, expectoração e hemoptise. A seguir, apresenta-se um caso de PCM crônica multifocal em adulto imunocompetente. **Relato de Caso:** Masculino, 46 anos, lavrador, procedente do interior de Rondônia, em 03/2019 procurou atendimento devido dispneia progressiva há um

ano com piora há 15 dias (MRC 3), sibilância, tosse com expectoração amarelada há 5 anos e piora há cerca de 60 dias, hemoptise leve há 15 dias, febre não aferida há 5 meses de prevalência noturna, negou sudorese noturna, disfonia há 30 dias com piora progressiva. e perda ponderal de 18 Kg nos últimos meses, negou linfonodomegalias periféricas. Lesões orais moriformes há 6 meses e lesões ulceradas com bordas elevadas em nádegas. Tabagista há 35 anos (fumo de rolo), asma na infância e sem comorbidades. Testes Rápidos, pesquisa de BAAR (Escarros e Linfas) negativos, Raio-X de tórax com infiltrado reticulonodular difuso, Tomografia Computadorizada de tórax com opacidades nodulares irregulares difusamente, algumas com cavitações, distorção arquitetural do parênquima pulmonar, pequenos nódulos centrolobulares e cavitações nas regiões peri-hilares. Biopsia de lesões orais e de nádega com quadro morfológico compatível com PCM. Iniciado Itraconazol 200 mg/dia e evolução com melhora da dispneia e cicatrização das lesões orais e em nádegas. **Discussão:** A PCM é considerada um desafio devido ao polimorfismo das lesões e sua abordagem inicial constitui uma avaliação clínica completa com exames laboratoriais e radiológicos para determinar o grau da infecção. Os testes sorológicos são ferramentas que avaliam a resposta terapêutica durante o acompanhamento. Devido ao comprometimento cutâneo e pulmonar, assim como da mucosa oral, com confirmação por biópsia, o diagnóstico indicou PCM multifocal crônica em um adulto cuja apresentação clínica é raramente descrita na literatura. O paciente acima segue com Itraconazol 200 mg/dia e tratamento inalatório de manutenção com boa evolução clínica e radiológica.

PO081 EMBOLIA PULMONAR SÉPTICA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM NÓDULOS PULMONARES ESCAVADOS

CAMILA CERQUEIRA DE SOUSA; SILMARA MACHADO; GUILHERME DE ABREU RODRIGUES; GUSTAVO BITTENCOURT CAMILO; JULIANA FERREIRA BEZERRA DE AZEVEDO; CRISTIANE MARCOS SOARES DIAS FERREIRA.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Embolia Pulmonar Septica; Nodulos Escavados; Staphilococcus Aureus

Introdução: A embolia pulmonar séptica (EPS) é uma síndrome grave, porém incomum, que apresenta desafios diagnósticos devido à ampla variedade de apresentações clínicas e etiologias. É um tipo de embolia pulmonar não trombótica, tem como causa subjacente a presença de flebite séptica (aglomerado de material purulento e trombos de fibrina) no local primário de infecção. Os aspectos característicos sugerem infecção pulmonar, incluindo febre, tosse e produção de escarro. A radiografia de tórax é crucial para corroborar a hipótese diagnóstica de EPS, no entanto, isolada de um contexto clínico adequado, é insuficiente para realizar o diagnóstico definitivo. **Relato de Caso:** Homem com 65 anos, diabético, hipertenso e tabagista (60 anos/maço) foi admitido no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) com história de ter iniciado há 40 dias quadro de febre, dispneia, tosse produtiva com secreção purulenta e perda ponderal. Aparecimento de abscesso em região escapular esquerda, com drenagem cirúrgica há 30 dias, sendo realizada radiografia de tórax, que demonstrou opacidades bilaterais. Internado em outro hospital, submetido à tomografia computadorizada de tórax com evidência de inúmeras opacidades nodulares, algumas com aspecto de massa e escavadas distribuídas pelo parênquima pulmonar e broncoscopia, apresentando lavado broncoalveolar com células inflamatórias e ausência de malignidade. Recebeu alta hospitalar após 15 dias. Apresentou persistência dos sintomas, sendo internado em uma Unidade de Pronto Atendimento, iniciados oxacilina e cefepime, com transferência para o HMTJ, onde os antibióticos foram mantidos. Apresentou hemoculturas negativas. Após 10 dias teve piora clínica e radiológica, com início de Piperacilina/tazobactam, havendo estabilização clínica, mas sem melhora radiológica após 22 dias de tratamento antimicrobiano. Realizada biópsia pulmonar, com histopatológico conclusivo para abscesso em organização. Novas hemoculturas evidenciaram crescimento de *Staphilococcus aureus*. Confirmado o diagnóstico de embolia pulmonar séptica e iniciado o tratamento com vancomicina, sendo substituída pela teicoplanina devido piora da função renal. A antibioticoterapia específica foi mantida por 6 semanas, com melhora clínica e radiológica, tendo recebido alta hospitalar. **Discussão:** A epidemiologia da embolia pulmonar séptica tem se ampliado na última década com um aumento de fontes extrapulmonares não cardíacas identificadas. No contexto de uma infecção extrapulmonar, características clínicas de febre persistente, bacteremia e queixas pulmonares devem levantar suspeita para essa síndrome. O diagnóstico microbiológico pode ser dificultado pelo início precoce da antibioticoterapia empírica. *Staphylococcus aureus* continua sendo o patógeno mais provável, sendo consistente com a maior frequência de infecções da pele e dos tecidos moles como fonte extrapulmonar inicial.

PO082 CRIPTOCOCOSE COM CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS DE NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO

RAIANNA GALDEZ LOBO[1]; DIEGO GLAUBER MENDES[2]; DANIEL CUTRIM AIRES[3]; JOÃO BATISTA CARLOS DE SÁ FILHO[2]; MARIA DO ROSARIO DA SILVA RAMOS COSTA[2]; PEDRO LEONARDO ALVES SPRINGER[2].

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SAO LUÍS - MA - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: Criptococose; Nódulo pulmonar solitário; Micose pulmonar

Introdução: Nódulo pulmonar solitário (NPS) é, normalmente, um achado incidental de exames rotineiros, raramente sintomático e inclui lesões neoplásicas, infecciosas, traumáticas, inflamatórias e vasculares. A avaliação destes pacientes consiste em história clínica minuciosa, exame físico, avaliação das características radiológicas da lesão e comparação com os exames radiológicos anteriores. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 66 anos, do lar, casada, ensino fundamental incompleto, natural e residente de São Luís – MA. Portadora de hipertensão arterial e doença renal crônica não dialítica. Em consulta com nefrologista de rotina realizou radiografia de tórax que evidenciou nódulo pulmonar sendo encaminhada ao serviço de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra de São Luís-MA. Assintomática respiratória e exame físico normal, sem história de tabagismo e neoplasia pulmonar na família. Foi submetida a tomografia de tórax sem contraste sendo observado dois nódulos com densidade de partes moles e sem calcificação na periferia do segmento superior esquerdo medindo 0,9 cm e do segmento basal posterior do lobo inferior direito medindo 1,8 x 1,3 cm. Solicitou-se para melhor elucidação diagnóstica a tomografia por emissão de pósitrons que apresentou hipermetabolismo em nódulo pulmonar em lobo inferior direito, suspeito para acometimento neoplásico. Paciente foi submetida a segmentectomia pulmonar por toracoscopia e biopsia cujo resultado anátomo patológico foi de criptococose pulmonar. Dessa forma, foi prescrito fluconazol por 6 meses

e a paciente evoluiu sem intercorrências. **Discussão:** Pacientes com nódulo pulmonar solitário precisam ser investigados minuciosamente pois podem mimetizar câncer ou metástese pulmonar, mas também podemos encontrar infecções fúngicas tratáveis e com resultados satisfatórios. A infecção por criptococose, geralmente é pulmonar primária e assintomática, pode evoluir com manifestações clínicas variadas, inclusive pneumonia grave e doença disseminada, meningite e meningoencefalite. Seus achados radiológicos são também diversos, sendo mais comuns os infiltrados pulmonares, com cavidades, os nódulos em pacientes imunocomprometidos e os nódulos pulmonares subpleurais, em pacientes imunocompetentes Em pacientes imunocompetentes os achados de imagem costumam ser de nódulos pulmonares sub-pleurais, únicos ou múltiplos, de limites bem definidos. Nossa paciente apesar de ser imunocompetente apresentou o achado radiológico mais comum de paciente imunodeprimido. **Referências:** 1. Mehta HJ, Ravenel JG, Shaftman SR,Tanner NT, Paoletti L, Taylor KK, et al. The utility of nodule volume in the context of malignancy prediction for small pulmonary nodules. Chest. 2014;145(3): 464-72. 2. Peralta SM. Protocolo diagnostico del nodulo pulmonar solitario. Medicine. 2014;67(11): 4029-34.

PO083 INFECÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS: SÉRIE DE CASOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA EM PNEUMOLOGIA

MELISSA DE MOURA ROLIM; MARIA PAULA GONÇALVES ATHAYDE; JOANA DARC SANTANA BARACHO; LEONARDO JESUS COELHO DE POSSIDIO; DIEGO LIMA ALVES DA SILVA; LIANA GONÇALVES DE MACEDO FARSOUN.
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Infecção respiratória; Micobactérias não-tuberculosas; Mycobacterium abscessus

Introdução: O *Mycobacterium* (*M.*) *abscessus* pertence ao grupo das micobactérias não-tuberculosas (MNT) de crescimento rápido. O aumento recente de sua prevalência pode se relacionar à ocorrência de doenças imunodepressoras e pulmonares crônicas, além das melhorias de técnicas de cultivo e diferenciação genética. A transmissão ainda não está bem definida, sugerindo-se que ocorra por sistema de água e exposição ao solo. A transmissão entre humanos ainda não foi demonstrada de forma concludente. **Objetivo:** Relatar cinco casos de infecção pulmonar por *M. abscessus* e descrever padrão clínico, radiológico e resposta ao tratamento. **Método:** Série de casos retrospectiva onde foram revisados prontuários de cinco pacientes com infecção pulmonar pelo *M. abscessus,* acompanhados no Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife-PE, entre junho de 2013 e fevereiro de 2019. Realizou-se o diagnóstico com base nos critérios da American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America em que é necessário exame de imagem sugestivo, três amostras de expectoração para pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes e excluir outras doenças. Os dados avaliados foram idade, sexo, comorbidades, acometimento radiológico pulmonar, sintomas, baciloscopias/culturas de escarro e tratamento realizado. **Resultados:** Os pacientes estavam entre a sexta e sétima décadas de vida por ocasião do diagnóstico. A maioria declarou-se com escolaridade superior a 12 anos (80%), sexo feminino (80%) e sem fatores de risco (60%). Um paciente era proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS) e quatro de clínicas privadas. Os sintomas mais comuns foram tosse, dispneia e perda ponderal, com início variando de 10 meses a três anos antes do diagnóstico. Todos apesentaram a forma cavitária da doença. Um paciente teve coinfecção com *M. tuberculosis.* Todos os pacientes receberam como tratamento claritromicina e amicacina. Adicionalmente, um recebeu levofloxacino e outro, linezolida. Houve substituição de amicacina por capreomicina, seguida de ciprofloxacino em um dos pacientes. No paciente com coinfecção pelo *M. Tuberculosis,* associou-se o tratamento habitual para tuberculose sensível. Nenhum recebeu tratamento cirúrgico. Ao final do tratamento, 4/5 pacientes apresentaram melhora clínica e estabilização das alterações radiológicas. Nehum negativou cultura. **Conclusão:** O longo período entre início dos sintomas e diagnóstico da infecção por MNT pode ser devido ao fato deste tipo de infecção ser parcamente considerado, até mesmo entre especialistas, contribuindo para o diagnóstico tardio e maior acometimento estrutural pulmonar. O fato de 4/5 dos pacientes serem oriundos de setor de assistência privada à saúde possivelmente ocorre por facilidade no acesso ao especialista e aos métodos de investigação, quando comparado ao SUS. O envolvimento dos serviços e especialistas para diagnóstico precoce de MNT pode ser ferramenta de intervenção efetiva para o sucesso do tratamento.

PO084 INFECÇÃO SISTÊMICA POR CRIPTOCOCOS SIMULANDO NEOPLASIA PULMONAR EM EXAME DE NECRÓPSIA: UM RELATO DE CASO

LUIZ FELLIPE GONÇALVES PINHEIRO; KARLA GRAZIELY SOARES GOMES; JESSICA RAYANNE PEREIRA SANTANA; FRANCISCO SAMUEL MARCELINO SILVA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Criptococos; Neoplasia Pulmonar; Sistema Nervoso Central

Introdução: A criptococose é uma infecção micótica sistêmica. Pode ser causada principalmente por duas variantes do fungo Cryptococcus, sendo a variante neoformans mais prevalente que a variante gattii. A principal porta de entrada são as vias aéreas, através da inalação de esporos presentes em solo contaminado com excrementos de aves. A doença pode se manifestar através de uma síndrome respiratória ou de forma sistêmica, tendo maior tropismo pelo Sistema Nervoso Central (SNC). A criptococose é considerada uma infecção oportunista, por se manifestar prioritariamente em pessoas imunodeprimidas. **Relato de Caso:** LNL, 35 anos, sexo masculino, era acompanhado pelo neurologista para investigação diagnóstica de estado confusional subagudo com hipoacusia bilateral, ambliopia bilateral e crises convulsivas focais recorrentes. Exames complementares evidenciaram leucocitose com desvio à esquerda. A tomografa de crânio não apresentou alterações. Foi instituída terapia de suporte mas o paciente evoluiu com agitação psicomotora e parada cardiorrespiratória não responsiva às manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Os achados de autópsia evidenciaram couro cabeludo íntegro, cérebro edematoso, com amolecimento e escurecimento da cápsula interna e núcleos da base, expansão da substância branca no lobo frontal e parietal. Pineal mostrou-se proeminente. Pulmões edematosos, congestos e hepatizados em ambas as bases. A base do pulmão esquerdo exibia um tumor de 4,0cm em parte firme hemorrágico, com áreas de necrose. Coração com cardiomiopatia hipertrófca importante (25 mm). Fígado esteatocongesto. Baço e pâncreas inocentes, rins congestos e lobulados. Adrenais em autólise. Trato gastrointestinal com insulto isquêmico discreto em alças de cólon. **Discussão:** O tumor em base de pulmão esquerdo e os achados indicativos de pneumonia bilateral sugerem o foco da infecção primária, concordando com

os dados de prevalência do tecido pulmonar como órgão de instalação inicial. A infecção foi confirmada através da visualização direta de formas típicas leveduriformes encapsuladas em exame histopatológico. As manifestações neurológicas, assim como os achados anatomopatológicos evidenciados pelo comprometimento da cápsula interna e dos núcleos da base, indicam que o paciente já havia evoluído para a forma sistêmica da doença. A Criptococose pode comumente cursar com meningite aguda, subaguda ou crônica, bem como meningoencefalite grave. Sinais e sintomas neurológicos presentes ao exame clínico do paciente corroboram com esse tipo de acometimento. Além disso, a falta de alterações à tomografia fala contra a hipótese de lesão mecânica decorrente da instalação inicial do agente etiológico no tecido cerebral, o que também está em concordância com a prevalência de acometimento do SNC secundário à infecção pulmonar. Os demais achados de autópsia, tais como congestão orgânica difusa e área de pequeno insulto isquêmico de alças de cólon, mostram-se secundários à insuficiência cardíaca.

PO085 COINFECÇÃO DE HISTOPLASMOSE PULMONAR AGUDA E DENGUE: UM RELATO DE CASO

AMANDA ALMIRÃO ALVES[1]; CYNTHYA MASSAE ASAHIDE[2]; VINICIUS SILVA BARROS[1]; LARISSA DOS SANTOS GOMES[1]; BERNARDO MEDEIROS MAIA[1].
1. UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 2. HRMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Palavras-chave: Histoplasmose; Dengue; Micose Profunda

Introdução: Histoplasmose ou "doença das cavernas" é considerada uma micose sistêmica de incidência mundial causada pelo Histoplasma capsulatu, apresentando um comportamento oportunista na maioria dos casos. É adquirida através da inalação de conídeos presentes na natureza. Pode ter acometimento localizado ou multivisceral. O quadro clínico é variável, desde infecções assintomáticas, até quadros graves, a depender da quantidade de esporos inalados e/ou da imunidade prévia do indivíduo. A dengue é uma arbovirose, podendo assumir várias formas clínicas. Há muito tempo se reconhece que algumas infecções virais resultam em imunossupressão generalizada, embora, quando agudas, o período de imunidade reprimida tenda a ser relativamente curto. Ela pode cursar com infiltração e depressão medular por citocinas inflamatórias, levando a linfopenia, com queda no número de linfócitos T, o que pode ocasionar imunocomprometimento transitório. **Objetivo:** Relatar um caso raro de histoplasmose pulmonar aguda, assumindo-se que a coinfecção pelo vírus da dengue tenha exercido papel crucial para o desenvolvimento de tal quadro. **Métodos:** Revisão de literatura nas bibliotecas digitais e descrição de caso clínico. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 42 anos, previamente hígido, HIV negativo, com queixa de febre, cefaleia, dor retro orbitária, mialgia e artralgia de início em 25/6/18. Em 30/6/18 houve contato com fezes de aves quando realizou a limpeza de laje de pesqueiro abandonado. Oito dias após a exposição iniciou dispneia, tosse seca e dor torácica. Evoluiu para insuficiência respiratória e intubação orotraqueal. A sorologia IgM para dengue veio positiva. Entretanto o quadro respiratório associado era intrigante. Radiografia de tórax evidenciava infiltrado reticulo nodular difuso. A tomografia computadorizada de tórax mostrou padrão em vidro fosco difuso associado a espessamento intersticial e linfonodomegalia mediastinal. Tal quadro levou a investigação adicional, incluindo biópsia de pulmão. Houve identificação do Histoplasma em cultura de aspirado traqueal e biópsia pulmonar. Paciente foi tratado com Anfotericina B lipossomal por 21 dias e evoluiu com melhora clinica. Conclusão No caso descrito neste trabalho presume-se que o fato de a exposição do paciente aos esporos do Histoplasma ter ocorrido concomitantemente a um quadro agudo de dengue, tenha propiciado um cenário de imunossupressão fundamental para a instalação de um grave quadro de histoplasmose pulmonar aguda.

PO086 AVALIAÇÃO DA PRESSÃO DO CUFF DE CÂNULAS ENDOTRAQUEAIS E PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

MARIANA PEREIRA MORAIS[1]; SARAH CAETANO VIEIRA[1]; ANA MARIA DELGADO SANTOS[2]; MARIA NELUSIA DE SOUSA[2]; SANDRA DE LOURDES DE LIMA SANTOS DA LUZ[2]; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: pneumonia associada à ventilação mecânica; bundle; cuff

Introdução: Um dos componentes do bundle para prevenção de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV) é a avaliação do balonete da cânula endotraqueal denominado "cuff", que tem como principal função isolar a via aérea, impedindo a aspiração de secreções. O grau da pressão do cuff deve ser ajustado o suficiente para desempenhar essa função, mas não pode comprimir o fluxo sanguíneo da mucosa traqueal, pois poderia causar isquemia e estenose da traqueia. A pressão do cuff pode ser alterada pela posição de decúbito do paciente, posicionamento da cabeça, complacência pulmonar, tosse e pressão intratorácica. Assim, é fundamental implementar a medida periódica do grau da pressão do balonete da cânula traqueal, mantendo-a entre 25 e 30 cmH2O e incorporar essa medida aos cuidados do paciente. **Objetivos:** Avaliar a frequência de verificação da pressão do cuff e seus valores em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Geral em João Pessoa no período de março e abril de 2019. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e faz parte de um projeto de estratégias de prevenção de infecção em UTI. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo através da análise de dados da ficha de cumprimento do bundle de PAV, avaliando-se as medições vespertina e noturna diariamente, por um período de 2 meses, de pacientes internados em UTI. Para mensurar a pressão, foi utilizado o aparelho manual, cufômetro da marca TRACOE, modelo 67CUFF-720 e com gradação de 0 a 100 cmH2O. Foram identificadas a frequência e valor da medição da pressão do cuff. A análise dos dados foi feita após tabulamento dos mesmos em planilha do programa Windows 2011, Microsoft Excel, sendo realizada a estatística descritiva e apresentados como média +/- desvio padrão, frequências e porcentagens. **Resultados:** Foram obtidas 443 medidas da pressão do cuff, sendo apenas 176 medidas no período vespertino e noturno, totalizando 352 medidas comparativas, em uma amostra de 12 pacientes em ventilação mecânica invasiva, sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Os pacientes tinham faixa etária entre 29 a 90 anos, com média de idade de cerca de 65 anos. Observou-se que 89,8% das medidas da pressão do cuff feitas duas vezes ao dia estavam dentro do recomendado. As medidas inadequadas nos períodos vespertino e noturno representaram, respectivamente, 3,4% e 6,8% das ocasiões. Além disso, dentre o total de medidas com valor inadequado, foi avaliado que 25% apresentavam a pressão do cuff alta e no valor abaixo do recomendado 75%, sendo 12 cmH2O a menor medida obtida e 70 cmH2O a maior. Em relação às medidas da pressão do cuff 25,85%

foram feitas em apenas um turno. **Conclusão:** Nesta avaliação, observou-se falhas tanto na frequência desejada, quanto na manutenção da pressão adequada do cuff, inferindo a necessidade de monitoramento e treinamento da equipe frente à importância do cumprimento de todos os itens do bundle para a prevenção de PAV.

PO087 ADMINISTRAÇÃO INALATÓRIA DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES RECEBENDO SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO E/OU TRAQUEOSTOMIA: SÉRIE DE CASOS DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

KATHLEEN ASTURIAN[1]; MARIA ANGÉLICA PIRES FERREIRA[2].
1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia inalatória; traqueostomia; ventilação não-invasiva

Introdução: A terapia farmacológica base para tratamento de pessoas com doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) consiste no uso de broncodilatadores e corticoides pela via inalatória. [(1)] Os inaladores pressurizados (IP) de dose calibrada são dispositivos de pequenas dimensões, pressurizados, que liberam uma dose fixa de fármaco (sendo ele único ou associado a outro fármaco). [(2)] Pacientes em ventilação mecânica não-invasiva (VNI) e/ou traqueostomia (TQT), frequentemente, necessitam de administração inalatória de fármacos. [(3,4)] **Objetivos:** O objetivo deste estudo é descrever o perfil clínico e demográfico de pacientes hospitalizados em VNI e/ou TQT em uso de terapia inalatória com inalador pressurizado que foram orientados por um grupo de extensão universitária voltada à orientação em técnica inalatória, bem como, as intervenções realizadas. Os objetivos secundários foram descrever as principais dificuldades em relação à técnica, avaliar a adequação da técnica inalatória e a necessidade de intervenções que facilitassem o uso de medicamentos aerossol nessa população de pacientes hospitalizados. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, onde foram analisados dados de 25 pacientes consecutivos recebendo VNI e/ou TQT em uso de inalador pressurizado. Foi usado como instrumento de categorização dos dados o *software* Microsoft Excell® e a análise foi feita de forma simplificada usando cálculo das medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão), não houve aplicação de testes estatísticos. **Resultados:** 15 pacientes (60%) estavam em uso de VNI, 5 (20%) eram traqueostomizados e 5 (20%) eram traqueostomizados com suporte ventilatório não-invasivo. A idade média (DP) foi 62,92 ± 15,2 anos; e o diagnóstico predominante foi DPOC. Em todos os casos foi recomendado o uso de aerocâmara acoplada ao IP e a técnica inalatória, majoritariamente recomendada, foi a de volume corrente; foram realizadas orientações em relação ao uso de máscaras acoplada à aerocâmara e a via de acesso (cavidade oral, TQT ou circuito da VNI). As principais dificuldades encontradas foram: assincronia entre o disparo do jato e inspiração, adaptação da aerocâmara na TQT ou no circuito de VNI e dificuldade de comunicação e compreensão da fala. **Conclusão:** Este grupo de pacientes possui particularidades e dificuldades na técnica inalatória que justificam uma intervenção educativa específica por profissionais com conhecimento mais aprofundado na área. **Referências:** 1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA - DPOC. J Bras Pneumol 2004;30(5): 9–25. ; 2. Lavorini F; Corbetta L. Achieving asthma control: the key role of inhalers. Breathe. 2008;5(2): 121–31. 3. Dhand R. Aerosol Therapy in Patients Receiving Noninvasive Positive Pressure Ventilation. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2012;25(2): 63–78. 4. Ari A. Aerosol Therapy in Pulmonary Critical Care. Respir Care. 2015;60(6): 858–79.

PO088 USO DE OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) NA SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA

JORGE ENRIQUE DIAZ ARARUNA[1]; ANDREZZA MARIA DÍAZ ARARUNA[2]; ARIEL EUGÊNIO SALGUEIRO DE ALMEIDA[1]; ISAAC IAN TEODORO DE LIMA MOREIRA[1]; LAIS VIEIRA ARAUJO[1]; ALEXANDRE AUGUSTO RAMALHO ARARUNA[1].
1. UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Oxigenação por Membrana Extracorpórea; Síndrome do Desconforto Respiratório do Adulto; Respiração Artificial

Introdução: A Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA) é uma complicação associada à insuficiência respiratória aguda e é subnotificada devido à complexidade do diagnóstico. Essa síndrome, que em seu estado mais grave apresenta difícil tratamento e elevada mortalidade, necessita de ventilação mecânica invasiva de rotina. Com o advento das novas tecnologias, a ECMO vem se mostrando promissora como terapêutica associada. Relatamos o caso de um paciente adulto que evoluiu para SARA grave por broncoaspiração maciça de conteúdo gástrico após procedimento cirúrgico. O uso da ECMO foi inédito na cidade de João Pessoa e determinante para a recuperação do paciente. **Relato de Caso:** Paciente de 44 anos, sexo masculino, leve hipertenso, admitido na UTI em 7º dia de pós operatório (PO) de gastroplastia e herniorrafia incisional de digestório baixo e com relato de intubação de difícil acesso. Apresentou quadro de dispneia progressiva, sendo readmitido na UTI no 3º PO com sinais de insuficiência respiratória refratária à ventilação não invasiva, evoluindo à nova intubação, constatando-se SARA moderada (P/F: 164, radiografia do tórax com ocupação dos quatro campos pulmonares) por broncoaspiração importante. Escalonou-se o antibiótico (Ampicilina + Sulbactam para Meropenem). Fez uso contínuo de ventilação mecânica invasiva (VMI) ultraprotetora com sedoanalgesia e curarização, para alvo RASS -5. Apresentou piora do quadro com instabilidade hemodinâmica. Realizada manobra de recrutamento alveolar máximo com titulação decremental da PEEP, porém evoluiu para SARA grave. Optou-se em não realizar pronação. Paciente apresentou P/F < 100, PEEP 12; Fr 20ipm; FiO2 100%, dessaturação contínua, noradrenalina inicial em 0,127mcg/kg/min, utilizando-se de terapia renal substitutiva, sendo indicada a ECMO na modalidade veno-venosa quatro dias após a VMI. Ao iniciar-se a ECMO (FiO2 90%) associada à VMI ultraprotetora (VC 4ml/kg peso predito, PEEP 10; FR 30 ipm; FiO2 50%) apresentou melhora nas funções respiratórias e clínicas. Na vigência dos 16 dias da ECMO o paciente apresentou sangramento do trato digestório, drenagem torácica, e infecção nas vias aéreas, o que prolongou seu uso. Após o desmame da ECMO e subsequentes respostas positivas, o paciente evoluiu no 42º com alta da UTI para breve decanulação e alta hospitalar. **Discussão:** A ECMO foi utilizada como suporte para corrigir disfunções ventilatórias e reduzir as lesões induzidas pela ventilação mecânica e permitiu a recuperação dos pulmões apesar da disfunção de múltiplos órgãos. Esse procedimento acessório de ventilação mecânica é de uso ainda incipiente no meio da medicina intensiva, e está associado à redução de morbi-mortalidade com sobrevida de até 70% na SARA grave, enquanto que

utilizando apenas a VMI a mortalidade é estimada entre 34-60%. O equipamento é de difícil manuseio e contou com equipe multiprofissional para efetivação de seus benefícios, evidenciando seu papel na melhora do quadro clínico.

PO089 PERFIL E FATORES CORRELATOS DA ATIVIDADE FÍSICA DIÁRIA MEDIDA OBJETIVAMENTE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

MAHARA-DAIAN GARCIA LEMES PROENÇA[1]; ANDREA AKEMI MORITA[1]; GIANNA BISCA[1]; LEANDRO CRUZ MANTOANI[1]; KARINA COUTO FURLANETTO[2]; FÁBIO DE OLIVEIRA PITTA[1].
1. LABORATÓRIO DE PESQUISA EM FISIOTERAPIA PULMONAR, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL), LONDRINA - PR - BRASIL; 2. CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO, UNIVERSIDADE PITÁGORAS-UNOPAR (UNOPAR), LONDRINA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Atividade Motora; Estudantes; Aptidão Física

Introdução: Durante o curso universitário o jovem tende a ganhar maior controle sobre seu estilo de vida, com mudanças de comportamento e atitudes, embora estas não necessariamente estejam relacionadas à adesão a hábitos saudáveis. Com relação aos padrões de atividade física na vida diária (AFVD) nessa população, estes ainda são descritos com superficialidade, não havendo ainda evidências sólidas quanto ao perfil e preditores de atividade física em estudantes universitários. **Objetivos:** Quantificar o nível de AFVD de estudantes universitários, e investigar seus fatores correlatos. **Métodos:** O nível de AFVD de 221 alunos (50% do sexo feminino, 20 [18-23] anos), de diferentes centros de estudo de uma Universidade pública do estado do Paraná (Brasil), foi avaliado objetivamente e transversalmente com um pedômetro durante 7 dias. Adicionalmente, foram avaliadas a aptidão cardiorrepiratória (20m ShuttleRun Test – 20mSRT), qualidade de vida (QV), e presença de sintomas de ansiedade e depressão. Para as variáveis contínuas foi utilizado o teste Kruskal-Wallis (seguido de pós-teste de Dunn) a fim de comparar as cinco diferentes áreas de estudo (ciências agrárias, sociais, da saúde, engenharias e educação física), e Mann-Whtiney para comparação dos grupos fisicamente ativo e insuficientemente ativo. As correlações foram avaliadas pelo coeficiente de Spearman, sendo que as variáveis moderadamente relacionadas (r ≥0. 40) foram incluídas em um modelo de regressão múltipla multivariado. A significância estatística adotada foi de P<0,05. **Resultados:** 60% dos alunos foram classificados como fisicamente ativos (>8000 passos/dia). Em geral, a amostra apresentou boa aptidão cardiorrespiratória (VO2 94[86-106]%pred) e QV; presença de sintomas moderados de ansiedade (38[33-44] pontos) e mínimos de depressão (5[3-8] pontos). Menores níveis de AFVD estavam associados à pior capacidade cardiorrespiratória (VO2máx [r=0,42], VO2%pred [r=0,41] e distância percorrida no 20mSRT [r=0,43]; P<0,0001 para todos), piores sintomas de depressão (r=0,20; P=0,004) e pior QV nos domínios capacidade física, aspectos físicos e saúde mental (r=0,21, 0,15 e 0,20, respectivamente; P<0,05 para todos). A distância percorrida no 20mSRT foi o único fator determinante do número de passos dia, embora tenha explicado apenas uma pequena proporção da sua variância (20%). **Conclusões:** A maioria dos estudantes universitários pode ser considerada como fisicamente ativa de acordo com o número de passos/dia. Aptidão cardiorrespiratória, sintomas de depressão e qualidade de vida são fatores correlatos do número de passos/dia nestes jovens adultos.

Referências: Tudor-Locke C, Bassett DR, Jr. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. Sports Med. 2004;34(1): 1-8. Kahan D. Quantity, type, and correlates of physical activity among American Middle Eastern university students. Res Q Exerc Sport. 2009;80(3): 412-423.

PO090 ALÉM DA ASMA - GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGIITE E ACOMETIMENTO CARDÍACO

AGNES MARIA FERREIRA DE OLIVEIRA; DIEGO MEDEIROS DELGADO; LUCAS NUNES DE MENEZES; JESSICA FRANCIS DE CARVALHO NASCIMENTO; ALESSANDRA DE SOUSA BRAZ; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Granulomatose Eosinofílica com Poliangiite; Síndrome de Churg Strauss; Eosinofilia

Introdução: Um importante diagnóstico diferencial de asma grave, a granulomatose eosinofílica com poliangiíte (GEPA) foi descrita por Churg, J. e Strauss, L. em 19511[1]. Definida em 2012 como uma inflamação granulomatosa necrotizante, rica em eosinófilos, envolvendo o trato respiratório e com vasculite necrotizante de pequenos e médios vasos, associada com asma e eosinofilia. [2] Os critérios de classificação do American College of Rheumatology (ACR) confirmam GEPA com a presença de pelo menos quatro dos critérios: asma, eosinofilia (>10% dos leucócitos), mononeurite múltipla ou polineuropatia, infiltrados pulmonares, sinusite e prova histológica de vasculite com presença de eosinófilos extravasculares[3]. **Relato de Caso:** Paciente, sexo feminino, 35 anos, procurou o HULW por piora da dispneia, tosse e dor pleurítica, além de artralgias, edema, parestesia, perda de força nos MMII e púrpuras palpáveis em MMII. Antecedente de asma de difícil controle e de tuberculose há 13 anos. Exames: leucocitose (23. 840/mm3) - 69% de eosinófilos, PCR de 28 mg/dl, VHS de 48mm/1a h, IgE total de 385,5 UI/mL com p-ANCA e c-ANCA não reagentes. Rx e TCAR do tórax com opacidades alveolares. Espirometria: distúrbio ventilatório restritivo leve, sem variação significativa após uso de broncodilatador. ECO: miocardiopatia dilatada com disfunção sistólica moderada de VE, insuficiência mitral e tricúspide discretas e FEVE de 40%. Biópsia da púrpura palpável demonstrou dermatite eosinofílica perivascular e perianexial. Foi tratada com prednisolona 1mg/kg/dia. Em quatro dias, evoluiu com remissão dos sintomas e normalização dos exames laboratoriais. Após alta, foi tratada com ciclofosfamida IV e prednisona 40mg/dia. Após fase de indução com a ciclofosfamida (seis pulsos mensais), permanece em uso de azatioprina na terapia de manutenção. Houve normalização do ECO, com FEVE 64%. **Discussão:** As manifestações da GEPA variam, podendo ocorrer lesões cutâneas, asma, artrite não erosiva, acometimento gastrointestinal e mononeurite múltipla[4]. O acometimento cardíaco tem prevalência entre 16% a 50%, podendo ser silencioso[3]. Podem ocorrer miocardite, ICC, pericardite ou vasculite coronariana e consequente isquemia miocárdica, sendo a principal causa de mortalidade (48% das mortes). O caso relatado apresentou ICC e cardiomiopatia, acometimento raro e de mau prognóstico. A base do tratamento são os corticosteroides em doses altas, metilprednisolona IV seguida de prednisona VO, mantida até o controle dos sintomas, com regressão lenta. Havendo fatores de mau prognóstico, a combinação de corticosteroides com ciclofosfamida produziu melhores resultados no controle e manutenção da remissão[5]. O objetivo do tratamento é minimizar ou prevenir o dano orgânico irreversível e suprimir os sintomas ativos da síndrome. A sobrevida após um ano de tratamento é cerca de 90% e a taxa de sobrevivência aos cinco anos é de 68%.

PO091 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA ASSOCIADA À DOENÇA DE POMPE: RELATO DE CASO

BEATRIZ MODESTO SCALASSARA; LARISSA MONI PALMA; SILMARA MACHADO; LUANA RIBEIRO DA SILVA; NATHANE BARBOSA XAVIER; MARCELO MAROCO CRUZEIRO.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Doença de Pompe; insuficiência respiratória crônica; ventilação não invasiva

Introdução: A doença de Pompe (DP), também conhecida como glicogenose tipo II, é uma doença hereditária autossômica recessiva rara causada pela deficiência de alfa-glicosidase ácida. Essa enzima está envolvida na degradação do glicogênio no interior das células, o que gera acúmulo dessa substância nas fibras musculares, ocasionando uma miopatia crônica progressiva. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 49 anos, realizou consulta médica no ambulatório de Pneumologia com história de ter iniciado há 2 anos com dispneia progressiva, atualmente aos pequenos esforços e ortopneia, não tolerando o decúbito, inclusive no período noturno. Negava outros sintomas respiratórios. Como antecedentes, apresentava tetraparesia há 10 anos, com diagnóstico de doença de Pompe há 2 anos. Iniciou terapia de reposição enzimática com a alfa- glicosidase recombinante humana. Ex- tabagista (5 anos/maço). Tinha 2 irmãos e um sobrinho com diagnóstico de doença de Pompe. Ao exame físico do aparelho respiratório, apresentava- se eupneico ao repouso, murmúrio vesicular reduzido nas bases pulmonares, SpO_2: 90%. Apresentou dispneia e taquipneia ao ficar em decúbito, com queda da SpO_2 para 87%. Exames complementares revelaram: radiografia de tórax com pulmões hipoinsuflados, apresentando atelectasias laminares nas bases pulmonares, espirometria com distúrbio ventilatório restritivo grave sem resposta ao broncodilatador, apresentando CVF: 1,61L (36% do previsto)), VEF_1: 1,33L (37% do previsto)), VEF_1/CVF: 83% (102% do previsto)) e a gasometria arterial demonstrou acidose respiratória compensada com pH: 7,37, pCO2: 56,9 mmHg, pO2: 73,5 mmHg, $HCO3^-$: 33,2, BE: +6,5, SaO_2: 94%. Feito o diagnóstico de insuficiência respiratória crônica por disfunção da musculatura diafragmática pela doença de Pompe e indicada ventilação não invasiva (VNI) com dois níveis de pressão (BiPAP). Apresentou melhora importante dos sintomas após o início da VNI, com pressão positiva inspiratória (IPAP) de 14 cm H_2O, pressão expiratória (EPAP) de 8 cm H_2O e suplementação de oxigênio no período noturno. Está em acompanhamento ambulatorial há 2 anos apresentando redução da dispneia, tolerância ao decúbito com a VNI e melhora da função pulmonar. **Discussão:** A fraqueza muscular é o principal sintoma da forma tardia da doença de Pompe. As conseqüências respiratórias resultam em um distúrbio ventilatório restritivo, ocorrendo em aproximadamente 75% dos pacientes. A terapia de reposição enzimática melhora a função respiratória e motora, aumentando a sobrevida. Com a progressão da fraqueza muscular respiratória, o uso do suporte ventilatório não invasivo é indicado, auxiliando no controle da hipoventilação noturna, assim como na insuficiência respiratória aguda e crônica.

PO092 TUMOR SOLITÁRIO FIBROSO DE PLEURA: CONDUTA CONSERVADORA

YURI OLIVEIRA DE MIRANDA; MILLENA MELO GALDINO; CAROLINA DE FREITAS CAVALCANTE CARIBÉ; THIAGO COSTA NEVES DE MATOS; JOSÉ ANGELO RIZZO; KAMILA TICIANA DIAS FERREIRA.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Tumor solitário fibroso de pleura; Pleura; Neoplasia

Introdução: Tumores fibrosos solitários representam um espectro único de neoplasias mesenquimais, supostamente de diferenciação fibrobástica, formadas por células fusiformes misturadas ao colágeno (1). Especificamente, o TSFP geralmente envolve pleura, embora relatos descrevam acometimento de mediastino, pericárdio e parênquima pulmonar. Costuma apresentar-se como massa pulmonar periférica ou na projeção de uma fissura interlobar, fixada por uma base larga ou pedículo, permitindo mobilidade dentro da cavidade pleural(2,3). Até 2006, haviam menos de 800 casos de TFSP relatados na literatura. Em sua maioria assintomáticos, são investigados, principalmente, após um achado incidental em radiografia de tórax, com tomografia de tórax (TC) para localização precisa da massa, planejamento de coleta de amostragem diagnóstica e ressecção cirúrgica completa, que é a base da terapia. (2,4). **Relato de Caso:** Paciente 75 anos, hipertenso, tabagista (40 maços-ano), com história de AVCs prévios, demência vascular estabelecida e sem queixas. Durante seguimento ambulatorial, TC de rastreio evidenciou formação expansiva em Lobo Superior Esquerdo. Broncoscopia não visualizou lesão endobrônquica e biópsia transbrônquica não foi possível por limitações do serviço. Após perda de seguimento, um ano após, paciente retorna ao ambulatório, sem sinais e sintomas pulmonares ou sistêmicos. Nova TC mostrou que não houve modificação de tamanho ou características da massa, nem aparecimento de novas lesões. Exames de estadiamento descartaram lesão a distância. Com VEF1/CVF=63. 7, VEF1=0. 8L(29%), CVF=1. 26(35%), sem variação significativa ao Broncodilatador, optou-se por biópsia percutânea, já que a função pulmonar era limítrofe e a lesão era indolente. Histopatológico e estudo imuno-histoquímico definiram o diagnóstico como Tumor Solitário Fibroso de Pleura**.** **Discussão:** O diagnóstico diferencial dos tumores primários de pleura incluem fibroma, mesotelioma, lipoma, sarcoma sinovial e hemangioendotelioma epitelióide, caso tenham localização típica (3). No caso relatado, observou-se que a massa, LUNG-RADS 4B, encontrava-se em contato com a caixa torácica e mimetizava invasão intraparenquimatosa. Porém, através do auxílio de TC de alta resolução, verificou-se localização intrapleural, na cisura oblíqua, podendo classificá-lo em TSFP intraparenquimatoso intrafissural. Estudos que avaliaram a efetividade da biópsia percutânea por agulha fina concluíram que a mesma raramente forneceria tecido suficiente para dar diagnóstico definitivo (2). Um único estudo demonstra taxa de sucesso de 43% na obtenção do diagnóstico definitivo pré-operatório(6). Visto comorbidades significativas, no presente caso, optou-se por realizar biópsia percutânea a fim de definir diagnóstico e tentar estratificar paciente quanto risco global de metástase relatado por Demicco et al(1). Com demonstração do baixo risco para metástase a partir da histologia, optado por alta hospitalar para seguimento ambulatorial.

PO093 PSEUDO-MEIGS SYNDROME: UM RELATO DE CASO

ALANA EMILLY ANDRADE DE SOUZA WANDERLEY[1]; LORENA KAREN HOLANDA VIDAL QUEIROGA[2]; FABIO FERNANDES DOS SANTOS[2]; CINDY NOGUEIRA MOURA[3]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; THIAGO HENRIQUE FERNANDES DE CARVALHO[2].
1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOAO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOAO PESSOA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Meigs; Hidrotórax; Ascite

Introdução: A síndrome de Meigs é classicamente descrita como uma tríade de tumor ovariano sólidobenigna com a aparência macroscópica de um fibroma acompanhado de ascite e derrame pleural. Em contraste, aPseudo-Meigs Syndrome (Ou Síndrome Pseudo-Meigs) apresenta também ascite e derrame pleural, mas com qualquer outra massa pélvica, incluindo lesões ovarianas malignas primárias ou secundárias (p. e tumor de Krukenberg -vcarcinoma colônico com metástaseovariana). **Relato de Caso:** Mulher, 63 anos, admitida com quadro de anorexia, perda ponderal importante e dispneia iniciada há três meses. Durante avaliação inicial, foi notado ao exame físico a presença de murmúrio vesical abolido em todo hemitórax direito, assim como dessaturação, necessitando do uso de máscara com válvula de venturi a 50%. Também no mesograsto, uma massa dolorosa era palpável. Seguindo avaliação clínica, foi solicitada radiografia de tórax que mostrou importante derrame pleural em hemitórax direito. Prosseguindo-se com abordagem, foi realizada toracocentese diagnóstica e de alívio, onde foram retirados aproximadamente 1800mL de derrame hemático. Após retirada de volume, houve resolução completa de queixa de dispneia e da demanda de oxigenoterapia. Exame mostrou ser liquido exsudativo, chamando atenção DHL de 2763u/L. Tomografia abdominopélvica revelou ascite moderada, assim como duas formações expansivas anexiais solidas intraperitoneais na região pélvica de contornos lobulados mal definidos, associada com sinais de carcinomatose peritoneal. CA 125 =801. Realizada Videotoracoscopia, que evidenciou presença de derrame hemático e implante justapleural, rapidamente recoletado, seguindo-se com realização de pleurodese, bem sucedida. Paciente segue em cuidados clínicos e oncológicos. **Discussão:** Diferentemente da Síndrome de Meigs, a Pseudo-Meigs síndrome apresenta prognóstico reservado. Os cânceres ovarianos estão entre as principais causas de morte por tumores malignos do trato genital, e a associação com derrame pleural e ascite constitui esta síndrome. O tratamento médico do paciente com síndrome de Pseudo-Meigs envolve ressecção massa ovariana com conseqüente remissão de ascite e/ou derrame pleural. A via de escolha deve ser a laparotomia exploratória, auxiliando também no estadiamento da doença.

PO094 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR E RESPONSIVIDADE BRÔNQUICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE EM TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA NO HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ DE ALENCAR, CORRELACIONANDO COM O ESTADO DE CONTROLE DA DOENÇA.

CARMEN LIVIA FARIA DA SILVA MARTINS[1]; CLARA CORREIA DE SIRACUSA[2].
1. HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASILIA JÓSE DE ALENCAR, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE BRASILIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: asma em criança e adolescente; função pulmonar; teste de controle de asma

Introdução: A asma é associada à hiperresponsividade das vias aéreas, cursando com recorrencia de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse [1]. O controle clínico da doença pode ser verificado pela aplicação do questionário ACT (Asthma Control Test) e o diagnóstico funcional é obtido por provas de função pulmonar [3]. O tratamento usado deve ser personalizado para cada paciente, e de acordo com a classificação de controle da asma. Vários parâmetros são utilizados para a avaliação e acompanhamento da doença. No entanto, a correlação dos sintomas da asma e da função pulmonar nem sempre acontece, além de ainda ser incerta na literatura. O que motivou essa pesquisa, que busca por meio da aplicação do ACT a correlação com parâmetros funcionais da prova de função pulmonar e resposta ao broncodilatador [1,2,3]Tal correlação pode permitir o melhor acompanhamento do paciente com asma grave. **Objetivos:** Estudar a função pulmonar e responsividade brônquica em crianças e adolescentes com asma grave de difícil controle em tratamento em ambulatório de referência no Hospital da Criança de Brasília José de Alencar, correlacionando os dados espirométricos obtidos antes de cada consulta com o estado de controle da doença através do ACT. **Materiais e Métodos:** Pacientes com idade de 5 anos a 17 anos, 11 meses e 29 dias, com diagnóstico de asma grave de difícil controle atendidos no Ambulatório de Asma de Difícil Controle do HCB. Consiste em uma coorte prospectiva: cadastro a partir da primeira consulta no ambulatório e seguimento nos tempos zero, 1 e 2 de tratamento, entre janeiro de 2015 a julho de 2018. É realizada a espirometria simples, logo após o paciente recebe uma dose de Salbutamol 400 mcg. Após 15 minutos a espirometria é repetida para avaliação da responsividade brônquica[2]. As variáveis pulmonares estudadas são: CVF, VEF_1, $FEF_{25-75\%}$, PFR, pré e pós BD. O estado de controle da doença é feito pela aplicação do Teste de Controle de Asma contendo cinco questões respondidas pelo próprio paciente ou pelos pais ou responsáveis. **Resultados:** 22 pacientes participaram efetivamente do estudo, após testes estatísticos, não houve correlações entre o ACT, Diagnóstico Funcional e Resposta ao Broncodilatador. Além disso, não houve aumento progressivo do ACT nos 3 tempos de acompanhamento, nem dos valores espirométricos. **Discussão e Conclusão:** Várias situações podem interferir no teste clínico ou funcional, desde a sazonalidade desencadeando crise ou erro de técnica inalatória. A asma como a doença crônica mais comum da infância é um desafio para a equipe na assistência do paciente, na busca da prevenção das crises e diminuição das internações pela doença. Embora não haja correlação clínica e funcional, ambas são necessárias no acompanhamento do paciente, assim como, a busca de novas ferramentas de avaliação do controle. **Referências Bibliográficas:** 1-GINA 2017. 2- Diretrizes para Testes de Função Pulmonar. 2002. 3-Nathan RA, *et al.* Development of the Asthma Control Test: JACI 2004.

PO095 AVALIAÇÃO DO MANEJO INICIAL DA ASMA AGUDA POR MÉDICOS PLANTONISTAS EM UMA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

ALBERTO CALSON ALVES VIEIRA; ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA; CAMILA DE AZEVEDO TEIXEIRA; EDIZIA FREIRE MORORÓ CAVALCANTE TORRES; JULIA MESQUITA REGIS.
UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Conduta inicial; Asma aguda; Urgência pediátrica

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica de vias aéreas inferiores, que cursa com episódios de sibilância, dispneia, opressão respiratória e tosse. Geralmente, os sintomas aparecem na infância, sendo então considerada a principal doença crônica infantil. Pelo risco de evolução para insuficiência respiratória, o manejo inicial da crise asmática precisa ser organizado e resolutivo, pois a ventilação mecânica pode levar a complicações e está associada à maior mortalidade. A conduta inicial é oxigenoterapia, se necessário; corticosteroides orais e sequências de beta-2 agonista inalatório de curta ação, associada ou não ao anticolinérgico. Porém observa-se uma grande variabilidade da sua abordagem nas urgências pediátricas, levando ao

aumento da morbidade e hospitalização. **Objetivos:** Analisar o conhecimento dos médicos sobre a conduta terapêutica inicial na crise asmática infantil. **Métodos:** Este trabalho faz parte de um projeto de maior abrangência intitulado "Análise do Manejo Terapêutico de Asma Aguda em Serviço Público de Urgência Pediátrica em Aracaju", aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. O estudo foi exploratório, descritivo e transversal, com amostra não probabilística e de conveniência, realizado com médicos da urgência pediátrica do Hospital Santa Isabel através de questionário, o qual foi elaborado pelos pesquisadores e baseado nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma (2012) e do GINA (2018). Os dados foram analisados pelo programa SPSS Statistics versão 25. 0. **Resultados:** A amostra foi de 33 participantes, dos quais 81,8% mulheres e 72,7% possuíam entre 24 e 35 anos de idade. Observou-se que 45,5% tinham experiência profissional na urgência pediátrica de 1 a 5 anos, 27,2% de 6 meses a 1 ano e 18,2% mais de 10 anos. Quanto à conduta inicial, 48,5% assinalaram o uso de beta-2 agonista e anticolinérgico como conduta de escolha e 39,4% a realização da oximetria e oxigenoterapia se saturação ≤92%. Em relação à escolha do beta-2 agonista, 48,5% optaram pelo Salbutamol spray com espaçador e 42,4% pelo Fenoterol no aerosol. Quando interrogados sobre o medicamento para otimizar o tratamento de 1ª linha na crise moderada a grave, 78,8% elegeram o ipratrópio. Em relação à corticoterapia, todos fariam corticoide, no entanto 54,5% prescreveriam por via oral durante 5 dias e apenas 6,1% durante 7 dias, já o restante (39,4%) prescreveria intravenoso. A frequência de acertos na conduta inicial dos médicos que tinham mais de 5 anos de trabalho na urgência pediátrica foi significativamente maior que aqueles que tinham menos de 5 anos de experiência (p=0,002). **Conclusão:** A porcentagem de acerto nas questões foi de 55,3% em um tema tão frequente na prática pediátrica. Portanto são necessárias medidas educativas regulares para aprimorar o conhecimento e assim obter uma assistência mais efetiva na asma aguda.

PO096 DISCINESIA CILIAR: A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DUAS IRMÃS PERNAMBUCANAS

MARIANA GURGEL CARVALHO DE SOUZA[1]; GIOVANNA BELFORT NOGUEIRA DE CARVALHO[2]; VIEDJA MARIA NOGUEIRA DE CARVALHO LIRA[3]; ANA PAULA MONTEIRO DO NASCIMENTO[1]; BEATRIZ SILVA DE JESUS SOUSA[1].

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 3. HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, SERRA TALHADA - PE - BRASIL.

Palavras-chave: discinesia ciliar primária; diagnóstico; tosse crônica

Introdução: Discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença heterogênea autossômica recessiva rara que compromete estrutura e função ciliar, levando à retenção de muco e bactérias nas vias aéreas e às manifestações sistêmicas associadas. Sua prevalência é estimada em 1: 15. 000-30. 000, sem diferença entre sexos[(1)], com maior ocorrência em famílias com casamentos consanguíneos, fator comum no interior do nordeste brasileiro. Sob esta ótica, apresentamos o caso de duas irmãs pernambucanas cuja hipótese diagnóstica é DPC. **Relatos de caso:** A. B. Q. S., feminino, 7a9m, proveniente de Flores(PE). Nascida em ago/11, apresentou engasgo, cianose e desconforto respiratório na maternidade;admitida na UTI-NEO, permanecendo 17 dias internada. Acompanhada pelo serviço desde os 3 meses de vida, persistindo nos anos subsequentes tosse contínua aliada à rinite intermitente, infecções respiratórias e sibilância. TC de tórax (10/12/12), com consolidação alveolar e broncogramas aéreos em segmento anterior de LSD e LM. Em 2013: atelectasias do lóbulo médio e bronquiectasias. Atualmente em fisioterapia respiratória, usando Spiriva, persistem sintomas respiratórios sem necessidade de internações. **Exames:** Teste do pezinho Master (ITR normal); Teste do suor 27 mmol/L; USG Abdominal com barro biliar; imunoglobulinas normais (22/02/18). M. G. Q. S., feminino, 1a6m, proveniente de Flores (PE), irmã de A. B. Q. S. Nascida em out/2017, Teste do pezinho Master normal. Regurgitações persistentes na maternidade e obstrução nasal. Ao 1º mês, bronquiolite e otite secretora, sibilância recorrente e IVAS. Encontra-se em fisioterapia respiratória, uso de Plurair e Flixotide, persistindo desconforto respiratório recorrente e sintomas de rinite. **Discussão:** No contexto de tosse crônica e refratária na faixa pediátrica, são aventados diagnósticos diferenciais como fibrose cística, Imunodeficiências primárias e DCP[(3)]. A análise de história clínica ampla (desconforto respiratório ao nascimento, episódios de IVAS e sibilância constante) e do caráter familiar, associadas à imagem de bronquiectasia predominantemente no lobo médio fortalecem a hipótese de DCP[(2)]. Todavia, a exclusão de causas mais comuns torna-se fundamental, o que impôs realização do Teste do suor e ensaio imunológico, ambos normais. Dada a raridade da DCP e o rigor tecnológico exigido para o diagnóstico, este é frequentemente tardio e de difícil acesso, como ratificado no manejo deste caso. Ainda assim, diante de forte suspeita clínica é importante instituir medidas terapêuticas para melhorar a depuração mucociliar, tratar as infecções e aprimorar ou estabilizar a função pulmonar, impedindo dano pulmonar crônico e melhorando a qualidade de vida[(1,3)]. **Referências:** Olm MAK *et al.* Diagnóstico de discinesia ciliar primária. J Bras Pneumol. 2015;41(3)**:** 251-63 Fakhoury K, Kanu A. Clinical manifestations and evaluation of bronchiectasis in children. UpToDate, 2018. Bergström SE. Primary ciliary dyskinesia (immotile-cilia syndrome). UpToDate, 2019.

PO097 OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES POR PAPILOMATOSE: RELATO DE CASO

MARIA APARECIDA RIBEIRO DE PAULA; ALINE FONSECA LIMA; LAURA DE PAULA MAGALHÃES; SAMILLA CRISTINE LIMA OLIVEIRA; NATÁLIA MORAIS STELZER.

HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Papilomatose laríngea; obstrução respiratória; vírus do papiloma humano

Introdução: A papilomatose é um tumor benigno epitelial raro, mais comum na infância, que pode acometer todo o trato respiratório, preferencialmente a laringe e a traqueia. Está associada ao papiloma vírus humano (HPV), especialmente os tipos 6 e/ou 11. Apesar do caráter benigno, pode ocasionar significante morbidade e mortalidade consequente à obstrução das vias aéreas, podendo comprometer a qualidade de vida da criança, sendo primordial o diagnóstico precoce. **Relato de Caso:** Lactente, 16 meses, masculino, natural de Ipatinga-MG, previamente hígido, internado em UTI com sinais de estridor e desconforto respiratório iniciado há 15 dias. Mãe notou presença de choro rouco desde o nascimento. Realizou nasofibrolaringoscopia, evidenciando edema de pregas vocais e ausência de corpo estranho. Obteve melhora parcial do quadro com corticoterapia. Reinternou após oito dias devido ao retorno dos sintomas e piora da dispneia. Realizou exames laboratoriais com hemograma apresentando discreta leucocitose, sorologias para epstein-barr, citomegalovírus e rubéola negativas. Tomografia de

tórax: área de consolidação e broncogramas aéreos em ápice direito e atelectasia associada. Angiotomografia cervical e de tórax: tumefação proximal às cordas vocais sem alterações vasculares. Apesar do tratamento instituído, manteve esforço respiratório intenso e estridor inspiratório e expiratório. Transferido para outro hospital de referência para realizar broncoscopia, constatando-se lesões vegetantes na glote e subglote que obstruía praticamente toda a luz, sendo submetido à traqueostomia. Nova broncoscopia evidenciou papilomatose laríngea. Realizada microcirurgia de laringe com exérese de papilomas. Recebeu alta hospitalar clinicamente bem, com traqueostomia pérvia, para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A clínica clássica de papilomatose na infância é a presença de rouquidão progressiva, seguida de estridor e esforço respiratório. Com frequência essa patologia é subdiagnosticada, sendo tratada como outra causa respiratória obstrutiva comum na pediatria (laringite aguda, asma, obstrução por corpo estranho, crupe, dentre outras). Diante de falha terapêutica, a papilomatose deve estar presente entre os diagnósticos diferenciais, de modo a impedir a obstrução grave das vias aéreas. A broncoscopia é o método diagnóstico preferencial, em razão de ser um procedimento diagnóstico e terapêutico. Os papilomas apresentam grande tendência a recorrência e progressão, independente do tratamento estabelecido. O prognóstico irá depender da agressividade da doença. **Referências:** 1. DAS, Arindam et al. An unusual presentation of stridor in an infant. Archives of disease in childhood, v. 100, n. 6, p. 599, 2015. 2. MARCHIORI, Edson dos Santos et al. Papilomatose laringotraqueobrônquica: aspectos em tomografia computadorizada de tórax. 2008. J Bras Pneumol. 2008; 34(12): 1084-9.

PO098 TRATAMENTO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC) EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NUM HOSPITAL INFANTIL DE REFERÊNCIA.

MILENA BEZERRA COUTINHO; LUARA DE SOUSA MONTEIRO DUARTE; ANAÍS BEZERRA DE GUSMÃO; BRUNO WESLEY RAMALHO CIRILO FERREIRA; CIBÉRIO LANDIM MACEDO.
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA-REMUSC, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: pneumonia adquirida na comunidade; pediatria; manejo farmacoterapêutico

Introdução: Apesar dos avanços na vacinação e no manejo da doença, a pneumonia é a enfermidade mais relevante na população pediátrica por ser a principal demanda em termos de custo dos sistemas de saúde, além da principal causa de mortes em pacientes que estão fora da faixa etária neonatal em todo o mundo. Uma em cada cinco crianças em países de baixa e média renda adoecem de pneumonia anualmente. O uso racional de antibióticos continua a ser uma estratégia eficaz no manejo da doença quando esta é causada por bactérias. **Objetivos:** Analisar a população pediátrica e verificar o perfil do manejo farmacoterapêutico da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em um hospital pediátrico de referência no estado da PB. **Metodologia:** Pesquisa de caráter observacional, descritivo, longitudinal, de campo, prospectivo, quanti-qualitativo, com base nos dados obtidos dos pacientes internados na clínica médica em um hospital de referência no atendimento infantil no período de abril a maio do ano de 2019. As amostras são coletadas de forma aleatória três vezes na semana. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob número CAAE 09289219. 1. 0000. 5177. **Resultados:** Obteve-se a análise de 29 pacientes. A amostra foi prevalente em crianças abaixo de 5 anos (88%), destes 72% tinham comorbidade de outras patologias relacionadas a infecções respiratórias agudas. Os esquemas de antibioticoterapia mais utilizados foram do grupo das cefalosporinas, como ceftriaxona (37%), cefepima (28%) e cefalotina (24%). As penicilinas prescritas foram a ampicilina (24%), penicilina G potássica (13%) e oxacilina (13%). Associações entre antibióticos foram encontrados em 14 tratamentos (48%). O macrolídeo azitromicina foi observado em associação com outros antimicrobianos em sete tratamentos (24%), especialmente com cefalosporinas. A gentamicina associada com ampicilina foi escolhida em 40% dos pacientes neonatos para o tratamento de pneumonia, como indica as diretrizes para esta faixa etária. A comorbidade mais presente foi a bronquiolite, especialmente no público de 0 a 2 meses. O uso de corticoide endovenoso foi observado em 72% dos casos, correlacionando a uma melhora mais rápida dos sintomas, sendo de primeira escolha a hidrocortisona. O uso de broncodiladores em nebulização esteve presente em 58% da amostra, destes, com associação de fenoterol e ipratrópio em quase totalidade. **Conclusão:** Mesmo com a introdução da vacina contra estreptococos e o consequente crescimento de casos com etiologia viral em todo mundo, a maioria das crianças internadas com sinais e sintomas de pneumonia são tratadas com antibióticos. Deve-se a este fato a falta de recursos laboratoriais que melhorem a acurácia da investigação do agente etiológico, sendo preferido iniciar com a terapia antimicrobiana para evitar complicações.

PO099 ADIPOCINAS E CITOCINAS INFLAMATÓRIAS ENTRE PACIENTES COM SAHOS E OVERLAP SYNDROME

DIANE REZENDE BATISTA; ROBSON APARECIDO PRUDENTE; ESTEFANIA APARECIDA THOME FRANCO; FLÁVIO DANILO MUNGO PISSULIN; SILKE ANNA THERESA WEBER; SUZANA ERICO TANNI MINAMOTO.
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA (UNESP)- BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono; Overlap syndrome; Citocinas inflamatórias

Introdução: A síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam fisiopatologias associadas com marcadores inflamatórios sistêmicos. Entretanto, são poucos estudos que avaliaram os marcadores inflamatórios e adipocinas em pacientes com associação de DPOC e SAHOS – síndrome de *overlap* (OS). **Objetivos:** Comparar as adipocinas e citocinas inflamatórias sistêmicas entre pacientes com SAHOS e OS. Pacientes e métodos: Foram avaliados 54 pacientes com diagnóstico de SAHOS leve a grave [Idade: (55±12) anos; índice de apneia e hipopneia – IAH: 22,3(13,6-38,4)/ hora; volume expiratório forçado no primeiro segundo – VEF_1: 75,3±18,8%; capacidade vital forçada – CVF: 76,1±16,4% e relação VEF1/CVF: 0,79±0,08] e 39 pacientes com OS [Idade: 65,5±11,6 anos; IAH: 16,2(10-27)/hora; VEF_1: 59,2±20,4%; CVF: 78±21,6% e relação VEF1/CVF: 0,59±0,08] foram avaliados através de composição corporal, estudo do sono, espirometria pré e pós broncodilatador e níveis plasmáticos de interleucina (IL)-6, proteína C-reativa (PCR), adiponectina, leptina e grelina. **Resultados:** Os pacientes com SAHOS, quando comparados com o grupo de OS, apresentaram maior índice de massa corporal – IMC (32,7±5,3 *vs* 29,7±7,3; p=0,02) e maior valor médio de leptina [61,4(57,8-67,3 *vs* 54,3(49,2-58,8); p=0,04]. Não identificamos diferença nos outros marcadores inflamatórios e adipocinas. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que a sobreposição de doenças, OS, não incrementa os valores dos marcadores inflamatórios sistêmicos. A leptina de pacientes com SAHOS é maior em comparação aos pacientes com OS,

contudo, mais estudos devem ser realizados para melhores elucidações.

PO100 QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES COM SOBREPESO E OBESIDADE ACOMPANHADOS NO HU-UFSC

JULIANA COLLARES LAURENTINO; MACKERLEY BLEIXUVEHL DE BRITO; MARINA JARSCHEL DE SOUZA; EMERSON LEONILDO MARQUES; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI.
UFSC, FLORIANÖPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: qualidade do sono; Obesidade; Pittsburgh

Introdução: O sobrepeso e obesidade (Sp/O) e a má qualidade do sono são distúrbios de prevalência crescente na população mundial, devido à urbanização e mudanças no cotidiano observadas no Brasil, nas últimas décadas. Suspeita-se que o indivíduo obeso seja mais vulnerável a um sono de má qualidade, devido especialmente à Síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS). Há poucos estudos que avaliem a qualidade de sono, nessa população. **Objetivos:** Avaliar a qualidade do sono inferida pelo Índice de Qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI) e pesquisar sua relação com a obesidade em pacientes com sobrepeso/obesidade (SP/O) em seguimento no ambulatório de endocrinologia do HU-UFSC. **Métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo, transversal e analítico, por meio de um questionário aplicado em consultas de rotina. Os critérios de inclusão foram**:** ter idade superior a 18 anose IMC ≥ 25kg/m^2. Aplicou-se o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), composto por 7 subdivisões. O índice é obtido pela soma dos componentes (zero a três pontos), totalizando de zero a 21 pontos. Quanto mais elevado o valor obtido, pior a avaliação do sono do paciente. A pontuação de cinco permite distinguir os sujeitos com sono de má qualidade (> 5) daqueles com sono de boa qualidade (≤ 5). **Resultados:** O estudo mostrou que os 67 pacientes estudados foram, em sua maioria, mulheres, com idade média de 40,7 ± 11,7 anos, brancas, com SP/O há mais de 13 anos, com poucos sintomas respiratórios. A maioria não era tabagista (90,9%) e 50,7% dos pacientes possuía baixo risco (STOPBANG < 3.) para SAHOS. O índice PSQI médio foi de 6,03 ± 2,94, sendo que 53,0% dos entrevistados tinham má qualidade do sono (índice >5). As componentes mais afetadas foram**:** maior latência e baixa duração. do sono. Comparando-se indivíduos com boa qualidade do sono com os de má qualidade, observou-se naqueles que dormiam mal**:** grau de dispneia mMRC maior que os indivíduos que dormiam bem (com mediana 1 (0-2) *versus*0 (0-1)) e que tinham baixo risco para apneia do sono (60,0%). Quanto aos hábitos do sono, notou-se que os indivíduos que dormiam mal demoravam mais para adormecer (30,1 ± 31,1minutos *versus*12,9 ±7,5minutos), dormiam menos tempo por noite (6: 35± 1: 10 horas *versus*7: 30 ± 1: 25 horas), acordavam no meio da noite ou muito cedo mais de 3 vezes por semana (62,9%). Apesar disso, 57,1% das pessoas com má qualidade do sono, quando interrogadas sobre como julgavam a qualidade do seu sono, responderam que boa ou muito boa, enquanto que 91,3% daqueles com PSQI >5 assim também responderam. **Conclusões:** Cerca de metade dos entrevistados apresentou má qualidade do sono avaliada pelo PSQI, especialmente com maior latência e menor duração. Não se encontrou relação significativa entre má qualidade do sono e sonolência diurna excessiva e sintomas e doenças respiratórias. A percepção de má qualidade de sono foi infrequente.

PO101 SOBREPESO/OBESIDADE E SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA (SDE) EM PACIENTES ACOMPANHADOS NO HU-UFSC"

JULIANA COLLARES LAURENTINO; MARINA JARSCHEL DE SOUZA; MACKERLEY BLEIXUVEHL DE BRITO; EMERSON LEONILDO MARQUES; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI.
UFSC, FLORIANÖPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: sonolência diurna excessiva; apneia do sono; obesidade

Introdução: O sobrepeso e obesidade (Sp/O) e a má qualidade do sono são distúrbios de prevalência crescente. Suspeita-se que o indivíduo obeso seja mais vulnerável a um sono de má qualidade e consequentemente SDE, que se caracteriza por aumento de sonolência no período diurno em que o paciente a adormece, durante o dia, em situações em que normalmente as pessoas não dormem, como**:** conversando com alguém, dirigindo ou lendo e que tem sido associada à Síndrome da apneia hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) e à obesidade, mas essas relações não estão claramente elucidadas, razão que justifica o presente estudo. **Objetivos:** Avaliar a SDE, por meio da Escala de Sonolência de Epworth (ESE) em pacientes com (SP/O) em seguimento no ambulatório de endocrinologia do HU-UFSC. **Métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo, transversal e analítico, com aplicação de um questionário, após as consultas. Os critérios de inclusão foram**:** ter idade superior a 18 anos, IMC ≥ 25kg/m^{2}e frequentar o ambulatório de endocrinologia HU-UFSC para tratamento de SP/O. **Resultados:** Observou-se predomínio do sexo feminino (85,1%), da etnia branca (82,1%), com idade de 40,7 ± 11,7 anos; casados ou em união estável (64,2%), com baixa renda e média escolaridade; com SP/O há mais de 13 anos, normotensas e que já havia utilizado medicamentos para emagrecer. Apresentavam IMC mediano de 37,0 Kg/m2 e circunferência abdominal média de 110,5 cm. A maioria não era tabagista (90,9%) e cerca da metade apresentava baixo risco para SAHOS (50,7%) com STOP BANG < 3. A respeito da SDE, o índice médio no questionário de Epworth foi de 9,68 ± 5,24, SDE presente em 43,3% das pessoas entrevistadas, considerando-se SDE o escore > 10. Havia maior proporção de casados entre os indivíduos com SDE, maior circunferência abdominal (115,3 ± 14,8 *versus*106,4± 13,8 cm, p =0,019), maior IMC 38,4 (IIQ25-75 34,1 a 41,1) *versus*35,7 (IIQ25-75: 32,3-39,0) Kg/m2 p= 0,047 e realizavam menos atividade física e por tempo menor 186,1 ± 85,5 minutos *versus*274,1 ±137,9 minutos p= 0,015, com prevalência maior de HAS nesses indivíduos. Também se encontrou que 41,4% dos participantes com SDE tem alto risco para apneia do sono, enquanto que apenas 8,1% tinham alto risco de SAHOS nos indivíduos sem SDE. **Conclusões:** Cerca de metade dos pacientes com SP/O apresentou SDE, maior circunferência abdominal, maior IMC, realizou menos atividade física e por tempo menor e risco elevado para SAHOS **Referencias:** Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness**:** the Epworth sleepiness scale. Sleep. 1991;14(6)**:** 540-5. Martinez D, Lumertz MS, Lenz MS. Dimensões da sonolência e suas correlações com os distúrbios respiratórios do sono na apnéia do sono leve. J Bras Pneumol. 2009; 35(6)**:** 507-514. Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Pedro VD, Barreto SSM, Johns MW. Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. J Bras Pneumol. 2009;35(9)**:** 877-883.

PO102 ARMADILHAS NO MANEJO DE PACIENTES OBESOS COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: UM RELATO DE CASO SOBRE SÍNDROME DE OBESIDADE-HIPOVENTILAÇÃO.

JOSE LUIZ ALVES DE BARROS[1]; FABYAN ESBERARD DE LIMA BELTRÃO[1]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; AILA

PINHEIRO DE AQUINO[1]; LORENA KAREN HOLANDA VIDAL QUEIROGA[3]; IVO BELARMINO SOUZA SILVA[1].
1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Hipoventilação; Obesidade; Síndrome

Introdução: A síndrome de obesidade-hipoventilação (SOH) é definida pela presença de obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2) e hipercapnia arterial diurna (PaCO2 ≥ 45 mmHg), na ausência de outras causas. Estima-se que 1/3 dos obesos em enfermarias de clínica médica possam ter SOH. Aproximadamente 90% dos SOH tem AOS moderada-grave. Em virtude disto, o tratamento específico é realizado com uso de pressão positiva contínua em via aérea (CPAP). A SOH é frequentemente negligenciada e confundida com outras patologias associadas à hipoventilação, em particular à DPOC. A importância do reconhecimento da SOH se dá por sua elevada prevalência, assim como alta morbidade e mortalidade se não tratada. **Relato de Caso:** Mulher, 68 anos, obesa (IMC 47 kg/m²), admitida em serviço de urgência com quadro de dispneia e febre há 3 dias. Hipertensa e diabética, foi levada à sala vermelha em virtude de SpO2 80%, sendo administrado oxigênio suplementar. Ao exame físico apresentava creptos em bases pulmonares, além de sinais flogísticos em MID. Exames de admissão mostravam leucocitose (25. 020/mm^3). ECG apresentou sinais de sobrecarga de ventrículo direito (BRD, S1Q3T3). Foi rastreada para SCA, com enzimas normal. TC de tórax mostrou redução volumétrica de parênquima pulmonar, assim como ectasia do tronco de artéria pulmonar – não havia AngioTc disponível, mas realizada USG de MMII, negativa para TVP. Gasometria Arterial mostrava**:** pH 7,27 pCO_2 91 HCO_3 42 $SatO_2$ 94% com FiO2 40%. Após 1 dia, evoluiu com desorientação e sonolência. Iniciados broncodilatadores, diureticoterapia, ajuste de antihipertensivos, insulinoterapia. Iniciara antibioticoterapia por diagnóstico de erisipela. Foi então relatado exposição a forno de carvão, quando aventou-se possibilidade de DPOC para quadro respiratório. Após estabilização clínica, recebeu alta de enfermaria com prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada, solicitação de espirometria e encaminhamento para ambulatório de Pneumologia. No momento de alta realizou gasometria em ar ambiente, com pH 7,45 pCO_2 62 HCO_3 43 $SatO_2$ 85%, mostrando uma acidose respiratória crônica com hipoxemia. Espirometria afastou diagnóstico de quadro obstrutivo, mostrando padrão restritivo. Por fim, a análise dos dados clínicos e exames realizados foi compatível para o diagnóstico de Síndrome de Obesidade Hipoventilação. Indicado uso de pressão positiva – CPAP - Atualmente, a mesma segue em ambulatório especializado aguardando fornecimento de tratamento por limitações financeiras. **Discussão:** A oxigenoterapia isolada não é apropriada, mesmo em eventos agudos, por promover maior retenção de CO2 (efeito Haldane e de ventilação "espaço morto"), sendo considerado um erro comum no manejo do paciente com SOH. Pacientes retentores crônicos de CO2, como os portadores de SOH, comumente são diagnosticados com DPOC, apesar de não terem distúrbio obstrutivo documentado. O reconhecimento precoce de pacientes risco SOH evitaria condutas que possam causar tais alterações.

PO103 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO E DO USO DE CIGARROS ELETRÔNICOS POR UNIVERSITÁRIOS

LIA DE OLIVEIRA DOMINGUES; ELCINEIDE SOARES DE CASTRO; CALIL VIANA BOTELHO; ANA LETÍCIA FARIAS BARROSO; RAQUEL ESPÍNOLA SALDANHA; MIGUEL NORONHA FILHO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Cigarro; eletrônico; universitários

Introdução: Os cigarros eletrônicos (ECs) são dispositivos eletrônicos que fornecem ao usuário doses de nicotina e outros aditivos em aerossol, como propilenoglicol ou glicerol geralmente. Estudos apontam que esse tipo de cigarro pode ser utilizado para ajudar indivíduos no processo de saída da dependência, contudo há também evidências de que eles têm levado populações mais vulneráveis, como crianças e adolescentes, à iniciação ao consumo de tabaco. Sendo assim, em 2009 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou uma resolução, na qual é ilegal a comercialização, importação ou propaganda de Sistemas Eletrônicos de Distribuição de Nicotina, incluído o cigarro eletrônico. Diante disso, entende-se como fundamental verificar o conhecimento acerca dos cigarros eletrônicos pela população, bem como a percepção dos riscos do seu uso. **Objetivo:** Avaliar a percepção dos universitários sobre o uso e o conhecimento do cigarro eletrônico. **Metodologia:** Estudo transversal e descritivo que avaliou dados de um formulário eletrônico enviado a estudantes de graduação no Brasil em maio/2019. Os participantes preencheram TCLE online. O formulário continha questões relacionadas ao uso e ao conhecimento dos estudantes em relação ao cigarro eletrônico. **Resultados:** Foram registradas, ao todo, 735 repostas de universitários de todo o Brasil (N=735), sendo a maioria deles do Ceará (82. 9%). Dos participantes, a maioria possui entre 18 e 25 anos (88,0%) e 56,3% são estudantes de Medicina. 92,9% respondeu conhecer o cigarro eletrônico, 26,4% não sabem que ele pode conter nicotina e 13,2% não o consideram prejudicial à saúde. Ao se perguntar sobre como os estudantes conheceram o cigarro eletrônico, os itens "amigos" e "festas" foram os mais marcados. Do total de universitários, 69,8% conhecem alguém que utiliza cigarros eletrônicos. 31,8% responderam que já usaram cigarro branco ou de palha e 19% que já tentaram parar de fumar. 32,7% relataram que já fizeram uso do cigarro eletrônico, sendo que 24,5% marcaram que utilizam ou utilizaram o cigarro eletrônico esporadicamente. O seu uso em festas foi indicado 176 vezes e com amigos 141 vezes. Em relação aos produtos que acompanham o uso do cigarro eletrônico, "bebidas alcoólicas" foi a opção mais assinalada, seguida de "substâncias ilícitas" e "cigarro branco ou de palha". Em relação à sintomatologia após ou durante o uso, "Não sinto sintomas" foi marcado 126 vezes, "tosse" 74 vezes, "irritação da boca e da garganta" 26 vezes, "dor de cabeça" 15 vezes e "sudoreses" 14 vezes. **Conclusão:** Diante dos dados obtidos, percebe-se que, atualmente, o cigarro eletrônico tem se tornado bastante conhecido e utilizado, principalmente entre indivíduos jovens. Observou-se, também que o conhecimento relativo aos seus componentes e seu prejuízo à saúde ainda não estão plenamente difundidos na sociedade, o que motiva ações de conscientização e orientação da população em relação ao tema.

PO104 EFICÁCIA DE UM PROTOCOLO DE EXERCÍCIO AERÓBICO INDIVIDUALIZADO DE ALTA INTENSIDADE NA ABSTINÊNCIA TABÁGICA A CURTO PRAZO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

CAROLINE PEREIRA SANTOS[1]; MAHARA-DAIAN GARCIA LEMES PROENÇA[2]; IARA BURIOLA TREVISAN[1]; ERCY CIPULO RAMOS[1]; DIONEI RAMOS[1].
1. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ – UENP, JACAREZINHO - PR - BRASIL.

Palavras-chave: tabagismo; exercicio; abandono do uso de tabaco

Introdução: O tratamento mais indicado para a cessação do tabagismo corresponde a cerca de 60% de taxa de sucesso, o que é considerado um baixo índice. Novas estratégias tem sido estudadas a fim de auxiliar o tabagista durante esse processo e após, para que se mantenham abstinentes. O exercício físico tem sido uma dessas estratégias, que pode auxiliar na redução dos sintomas da síndrome de abstinência e manter o tabagista sem fumar. **Objetivos:** Avaliar a eficácia de um protocolo periodizado e individualizado de exercício aeróbico de alta intensidade sobre as taxas de abstinência de tabagistas a curto prazo. **Métodos:** Foram randomizados tabagistas, do sexo masculino e feminino, com idade de 18 a 60 anos em dois grupos**:** grupo controle (GC) composto por terapia cognitivo comportamental completa ou grupo aeróbico (GA) constituído de terapia cognitivo comportamental breve associado a exercício aeróbico individualizado realizado em esteira ergométrica (60 a 100% do vVO2 pico – moderada a vigorosa), três vezes na semana, durante 15 semanas. Ambos os grupos receberam apoio medicamento, além de apoio psicológico. Foram coletados dados de identificação, histórico tabagístico e nível de dependência de Fagerström. Além disso, foi realizada avaliação da função pulmonar e a abstinência foi identificada por meio de auto-relato e comprovada por meio da monoxímetria em todas as sessões após o dia da parada, até o final da intervenção. Para análise de comparação entre a proporção de abstinentes entre os grupos ao final das intervenções foi aplicado o teste Qui-quadrado com correção de fisher. O software estatístico SPSS versão 22. 0 foi utilizado para todas as análises e foi adotado nível de significância de 5%. **Resultados:** A amostra final foi composta de 18 tabagistas, com média de idade de 45,3 ± 5,9 anos no GA (n=11) e 47,5 ± 15,3 anos no GC (n=7). Ambos os grupos apresentaram médio grau de dependência a nicotina (GA**:** 5,9 ± 2,8 e GC**:** 5,9 ± 2,2). Ao final do tratamento 36,4% dos participantes do GA encontravam-se abstinentes e 28,6% no GC, porém, sem significância estatística (p=0,157). **Conclusão:** A prática de exercício físico aeróbico de intensidade alta supervisionado aumenta da taxa de abstinentes a curto prazo, no entanto é necessário novos estudos que comprovem o aumento significativo comparado com a terapia cognitiva comportamental.

PO105 O "WHATSAPP" COMO INSTRUMENTO AUXILIAR PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO

MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[1]; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO[2]; MARINA MANCUSI[2]; JULIANA CLARO PELOSO[2]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[2]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[2].
1. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: tabagismo; WhatsApp; cesação do tabagismo

Introdução: Os programas para cessação do tabagismo têm por objetivos a adesão ao tratamento, a interrupção do uso do cigarro e a prevenção das recaídas. Para o sucesso do tratamento são fundamentais a avaliação da motivação, do grau de dependência à nicotina, do perfil psicológico e das comorbidades, o que permite individualizar a abordagem comportamental e o tratamento farmacológico. O abandono do tratamento para cessação do tabagismo é uma constante observada nos mais variados serviços, as causas para tal seriam**:** um fracasso inicial ou porque o tratamento proposto não preenche as perspectivas em relação ao tratamento idealizado. Atualmente várias ferramentas digitais são usadas na abordagem para cessação do tabagismo, incluindo o "WhatsApp". **Objetivos:** Avaliar o uso do "WhatsApp" como ferramenta de contato e aproximação com os tabagistas que abandonaram o tratamento para a cessação do tabagista e sua adesão posterior. **Metodologia:** Avaliação prospectiva dos prontuários dos pacientes tabagistas que abandonaram o programa para cessação do tabagismo no HSPE no período de janeiro a novembro de 2018, e que foram convidados para uma palestra motivacional através do "WhatsApp". **Resultados:** De janeiro a novembro de 2018 foram matriculados 254 pacientes no programa para cessação do tabagismo do HSPE. Todos foram avaliados quanto ao grau de dependência à nicotina e o grau de motivação. Do total, 76 (30%) compareceram somente à consulta inicial individual e/ou ao primeiro retorno (grupo ou individual), sendo considerado abandono. Foi enviado um convite via "WhatsApp" para uma reunião e retomada do tratamento, 36 (47%) responderam à mensagem, sendo 13 (36%) do gênero masculino e 23 (64%) feminino. Dentre os retornos obtidos, 3 pacientes haviam morrido, 4 cessaram o tabagismo (11%), confirmado por COex < 6ppm, e 29 (64%) mantinham o tabagismo, destes 21 confirmaram presença. Compareceram à reunião 10 tabagistas, sendo 5 do gênero masculino e 5 do feminino. A média de idade dos tabagistas respondedores foi de 62. 13 ± 7. 87 anos, e a média do Teste de Fagerstrom 5. 57 pontos. No grupo que reiniciou o tratamento a média de idade foi de 58. 8 ± 6. 91 anos, e a média do Teste de Fagerstrom 5. 50 pontos. **Conclusão:** Em nosso estudo, o "WhatsApp" foi uma ferramenta útil na comunicação com os tabagistas (47% responderam à mensagem inicial), porém isoladamente não foi eficaz em motivar os pacientes a retomarem o tratamento para cessação do tabagismo. A média de idade foi menor no grupo que reiniciou o tratamento, quando comparado ao total de respondedores. A pontuação média do Teste de Fagerstrom foi 5 pontos, indicando grau moderado e similar de dependência nos dois grupos. Notamos uma predominância de mulheres entre os respondedores, porém os homens compareceram proporcionalmente em maior número à reunião proposta. A taxa de abandono ao tratamento no HSPE, tem sido motivo de análise para melhor conhecimento das suas causas e de estratégias para que seja minimizada.

PO106 EFICÁCIA DE UM PROTOCOLO DE EXERCÍCIO AERÓBICO NA CAPACIDADE CARDIOPULMONAR MÁXIMA DURANTE O PROCESSO DE CESSAÇÃO: ENSAIO CLINICO RANDOMIZADO

JÚLIA LOPES PINHEIRO[1]; MAHARA-DAIAN GARCIA LEMES PROENÇA[2]; CAROLINE PEREIRA SANTOS[1]; IARA BURIOLA TREVISAN[1]; ERCY CIPULO RAMOS[1]; DIONEI RAMOS[1].
1. UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL; 2. UENP, JACAREZINHO - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Abandono do uso de tabaco; Exercício

Introdução: O exercício físico aeróbico de intensidade moderada a vigorosa contribui significativamente na redução da fissura de tabagistas no processo de cessação. Particularmente, essa intensidade se mostra mais apropriada, pois fumantes têm níveis elevados de cortisol plasmático e após o exercício intenso há uma redução significativa desses níveis, o que implica um melhor controle dos sintomas relacionados à síndrome de abstinência. **Objetivos:** Avaliar a eficácia de um protocolo aeróbico de alta intensidade periodizado e individualizado na capacidade cardiopulmonar máxima de tabagistas durante o processo de cessação.

Métodos: Tabagistas, do gênero feminino e masculino, com idade de 18 a 60 anos, randomizados em dois grupos**:** grupo controle (n=7,47,5±15,3 anos), composto por cuidados usuais para a cessação do tabagismo (terapia cognitivo comportamental - 50 à 60 minutos) e grupo aeróbico (n=11, 45,3±5,9 anos) constituído de terapia cognitiva breve (15 à 20 minutos) associado ao exercício aeróbico supervisionado realizado em esteira ergométrica (60 a 100% do vVO_2 pico). Ambos receberam terapia medicamentosa prescrita por médico, além do calendário especificando o dia da parada absoluta do cigarro. Foram coletados dados pessoais, histórico tabagístico, nível de dependência de *Fagerström*, dados antropométricos (bioimpedância) e função pulmonar por meio da espirometria. Antes e após 15 semanas de intervenção foi realizado a avaliação da capacidade cardiopulmonar máxima por meio do teste de esforço ergométrico com uma velocidade inicial de 5,0 km/h e inclinação constante de 1%, com incrementos na velocidade de 5,0km/h a cada 2 minutos. O teste foi realizado até a exaustão acompanhado por um médico cardiologista. Para a comparação intragrupos foi utilizado teste t de Student pareado ou teste de Wilcoxon de acordo com a normalidade dos dados testado pelo teste de Shapiro-Wilk. Análise de covariância ajustado para idade, sexo, anos/maço e massa de gordura corporal foi aplicado na comparação entre os grupos a partir dos deltas de ganho (final – basal). O software estatístico SPSS versão 22. 0 foi utilizado para todas as análises e foi adotado nível de significância de 5%. **Resultados:** Os grupos foram classificados como médio grau de dependência a nicotina (GA**:** 5,9±2,8 e GC**:** 5,9±2,2). Pode ser observado no GA um aumento significativo no consumo máximo de O_2 (2,02±0,51 e 2,27±0,51; p=0,040), e nos valores de velocidade onde foi atingido o pico de consumo de O_2 (6,25±0,68 e 6,95±1,18; p=0,007), ambos basal e final respectivamente. Na comparação intergrupos, foi encontrada diferença estatística apenas nos valores de VO_2pico, verificando que ocorreu um aumento significativo nesses parâmetros no GA quando comparado ao GC (GA**:** 2,02±0,51 e 2,27±0,51 e GC**:** 2,14±0,88 e 2,00±0,77, p=0,046) basal e final respectivamente. **Conclusão:** Tabagistas que utilizam o exercício aeróbico como meio para a cessação do tabagismo apresentam melhora da capacidade cardiopulmonar máxima.

PO107 PERFIL DE RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR EM UM GRUPO DE FUMANTES EM SALVADOR-BA

RENATA MARIA NEIVA LEMOS LEITE[1]; CAROLINE CARNEIRO ALMEIDA[2]; CARLOS TADEU DA SILVA LIMA[2]; MARISTELA RODRIGUES SESTELO[1].

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Risco Cardiovascular; Framinham

Introdução: A doença cardiovascular é a maior causa de morte no mundo[1], sendo o tabagismo o principal fator de risco evitável para o desenvolvimento dessa doença[2]. O escore de Framingham é um método para avaliar o risco cardiovascular de um indivíduo desenvolver nos próximos 10 anos alguma complicação cardiovascular[3]. **Objetivos:** Avaliar o perfil do risco cardiovascular em pacientes num programa de apoio ao fumante (PROAF) em Salvador-Ba usando o escore de Framinham; Avaliar a mudança do perfil de risco cardiovascular dos pacientes que deixaram de fumar. **Métodos:** Realizamos um estudo de corte transversal, descritivo. Com pacientes que frequentaram o PROAF da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, entre de Janeiro de 2013 até Dezembro de 2017. Obtivemos os dados de 123 pacientes, que preencheram os critérios de inclusão para participar deste estudo. As variáveis recolhidas foram acumuladas no programa Epidata version 3. 1 e analisadas no programa IBM SPSS statistics 21, sendo utilizada as ferramentas de tabulação cruzada e média, deste programa, para se obter os resultados. **Resultados:** Dos 123 pacientes analisados 37 (30. 1%) era do sexo masculino, com a média de idade de 53,14 anos e 86 (69,9%) era do sexo feminino com idade média de 56,35 anos. Dentre todos os pacientes, 18 (14,63%) tinham diagnóstico de Diabetes Mellitus, 58 (47,15%) eram hipertensos, a pressão arterial sistólica média da população foi de 132,80 mmHg e a carga tabágica média foi de 38. 47 anos/maço. Em relação aos achados laboratoriais, a média do colesterol total foi de 205,98 mg/dL e a do HDL foi de 49,68 mg/dL. Em relação ao risco cardiovascular em 10 anos da população pelo escore de Framingham, os indivíduos foram agrupados da seguinte forma**:** 49 (39,83%) pacientes apresentavam um alto risco cardiovascular, 44 (35,77%) tinham risco moderado e 30 (24,39%) um baixo risco cardiovascular. Dos 123 pacientes da amostra, 53 não estavam mais fumando em dezembro de 2017. Tal situação fez com que o risco cardiovascular de 13 (61,90%) dos pacientes de alto risco diminuísse para o risco moderado. Entre os 22 pacientes que já apresentavam risco cardiovascular moderado 17 (77,27%) passaram a apresentar um baixo risco cardiovascular. **Conclusão:** A maior parte dos pacientes avaliados apresentou um alto risco cardiovascular. Outra conclusão deste estudo foi que deixa de fumar repercutiu na mudança na estimativa do risco cardiovascular de parte dessa população. Referências. 1- Steele L et al. A retrospective cross-sectional study on the association between tabacco smoking and incidence of ST-segment elevation myocardial infarction and cardiovascular risk factors. Postgr Med J [Internet]. 2015;91(1079)**:** 492–6.: 2- Figueiredo VC et al. ERICA: Smoking prevalence in Brazilian adolescents. Rev Saúde Pública. 2016;50(supl 1)**:** 12s 3- Galvão NI et al. Determinação do Risco Cardiovascular em População de Check-up Espontâneo através do Escore de Framingham. Rev Bras Cardiol. 2013;26(5)**:** 356–63.

PO108 AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DO TABAGISMO NA REMODELAÇÃO CARDÍACA EM FUMANTES JOVENS.

VITÓRIA KLEIN MARCONDES; ANA NATÁLIA RIBEIRO BATISTA; DANIÉLISO RENATO FUSCO; SUZANA ERICO TANNI MINAMOTO; PAULO ROBERTO MATOS PASSARINI; ESTEFANIA APARECIDA THOME FRANCO.

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

Palavras-chave: Tabagismo; Remodelação Cardíaca; Ecocardiograma

Introdução: Dados de estudos experimentais mostram que o tabagismo está relacionado como fator de risco independente para remodelação cardíaca. No entanto, ainda são escassos estudos clínicos que avaliassem esta associação em fumantes sem doenças cardiovasculares. **Objetivo:** Avaliar e comparar as características morfo-funcionais do coração em fumantes sem doenças cardiovasculares e sujeitos controles que nunca fumaram. **Métodos:** Foram avaliados 29 controles (idade**:** 34,6±4,5 anos) e 28 fumantes (idade**:** 36,2±5,1 anos e carga tabágica de 19,5±9,1 anos/maço). Todos os pacientes realizaram avaliação médica e sérica laboratorial matinal de jejum de 12 horas (hemograma e perfil lipídico) e realizado ecocardiograma transtorácico. **Resultados:** Os pacientes fumantes apresentaram maior média estatisticamente significativa no número de leucócitos (9,13±2,8 vs 5,82±1,31; p<0,001), no valor de VLDL (27,6±19,4 vs 16,6±8,9;p=0,02) e triglicérides (124,2±52,7 vs 85,8±41,3;p=0,04) e menor valor de HDL

(45,0±15,0 vs 53,5±15,2; p=0,03) quando comparado com os controles. Na morfometria cardíaca não identificamos diferença estatisticamente significativa entre os fumantes e controles (massa de ventrículo esquerdo corrigido pela superfície corpórea: 73,2±12,6 vs 74,9±15,6;p=0,69). A fração de ejeção não foi diferente entre os grupos (68,4±3,9 vs 65,8±6,5; p=0,15). Por outro lado, identificamos alteração estatisticamente significativa na função diastólica do ventrículo esquerdo avaliado pela onda E/E' (7,06±1,6 vs 5,96±1,6; p=0,03) quando comparado entre os grupos fumantes e controles. A medida de deformação ventricular pela avaliação de strain longitudinal do ventrículo esquerdo também foi menor nos pacientes fumantes em comparação aos controles (11,2±20,9 vs 23,2±4,2; p=0,04). **Conclusão:** Apesar dos fumantes não apresentarem características de remodelação cardíaca estabelecida, o estudo mostrou que os indivíduos fumantes já apresentam redução nas funções diastólicas e de deformação ventricular.

PO109 AUTORRELATO DE TABAGISMO EM GESTAÇÕES PRÉVIAS EM UM AMBULATÓRIO DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO.

ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO; LYGIA SAMPAIO; ROSANGELA VICENTE; TALITA CEPAS LOBO; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO; JOSE ROBERTO DE BRITO JARDIM.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Gestação; Epidemiologia

Introdução: O tabagismo durante a gestação é um fator de risco prevenível e modificável e que está relacionado ao aumento do risco de aborto, prematuridade, natimorto, baixo peso ao nascer e complicações durante o parto. Dados brasileiros e na literatura internacional sobre o tabagismo na gestação são escassos, entretanto, cerca de 39% das gestantes uruguaias continuaram fumando, 20% na França, 13% nos Estados Unidos e 12 % no Reino Unido. **Objetivo:** Avaliar o autorrelato de mulheres que frequentaram o ambulatório de cessação de tabagismo em relação ao tabagismo durante gestações prévias e comparar a taxa de tabagismo com dependência ao cigarro, escolaridade, classificação socioeconômica, idade de início do tabagismo e faixas etárias. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente as mulheres que procuraram o Núcleo de Prevenção e Cessação de Tabagismo (Prevfumo) da Unifesp no período de 01/2018 a 04/2019. Foram incluídas todas as fumantes que já tinham pelo menos uma gestação prévia e idade ≥ 18 anos e excluídas as sem informação sobre gestações prévias. Foram coletados dados demográficos e histórico tabagístico, do questionário de Fagerstrom de dependência ao cigarro; dados sobre gestações prévias e sobre o consumo de tabaco durante a gestação. A prevalência de tabagismo em alguma gestação prévia é descrita em número absoluto e proporção e comparada com o Fagerstrom atual <5 ou ≥5 pontos, com faixas etárias, escolaridade, classificação socioeconomica com o teste do Chi quadrado e idade de início do tabagismo pelo teste de Mann Whitney. **Resultados:** Foram avaliados 513 prontuários e excluídos 82 em razão da mulheres nunca terem gestado e 45 por não terem dados sobre gestação prévia, sendo analisados 431 prontuários. A idade média foi 54,4 anos com carga tabagística média de 38,7 anos/maço e mediana do Fagerstrom de 6 e mediana de 3 gestações prévias. Das participantes, 80,6% haviam fumado em alguma gestação prévia. Não houve diferença entre as faixas etárias quando ao tabagismo na gestação (≤40 = 73,6%, 41-50 = 83,3%, 51-60 = 81,7% e >60 = 80,3%; p=0,533). Houve maior prevalência de tabagismo durante a gestação nas mulheres com Fagerstrom ≥5 (85,3% vs 65,3, p<0,001). Quanto maior a escolaridade menor a prevalência de tabagismo em gestações prévias (analfabeto ou fundamental I incompleto = 92%, fundamental I = 86%, fundamental II = 81%, médio = 81%, superior = 70%, pós-graduação = 60%; p= 0,013). O início do tabagismo nas mulheres que fumaram na gestação foi mais precoce (15,1 anos vs 18,1 anos, p<0,001). **Conclusão:** Há alta prevalência de tabagismo nas mulheres que procuraram um ambulatório de cessação de tabagismo durante as gestações prévias. O fumar durante as gestações esteve relacionado a maior dependência, menor escolaridade e precocidade em relação ao início do tabagismo. Apesar das políticas públicas instituídas, não houve mudança no comportamento das mulheres em relação ao tabagismo ao longo do tempo com histórico de gestações prévias.

PO110 MOTIVOS PRÉVIOS PARA TENTAR PARAR DE FUMAR RELATADOS POR FUMANTES EM UM AMBULATÓRIO DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO

ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO[1]; TALITA CEPAS LOBO[2]; LYGIA SAMPAIO[2]; ROSANGELA VICENTE[2]; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO[3]; JOSE ROBERTO DE BRITO JARDIM[2].
1. UNIFESP, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIFESO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Motivos; Cessação

Introdução: O fumante é motivado a tentar cessar o tabagismo por razões intrínsecas extrínsecas. Compreender as razões que levam o fumante a cessar o tabagismo favorece o tipo de intervenção motivacional a ser feita. **Objetivo:** Identificar as razões que motivaram fumantes a realizar uma tentativa prévia de cessação de tabagismo. **Métodos:** Foram avaliados os prontuários dos fumantes que procuraram o Núcleo de Prevenção e Cessação de Tabagismo (Prevfumo) da Unifesp no período de 01/2018 a 04/2019. Foram incluídos todos fumantes que já tinham pelo menos uma tentativa séria de cessação de tabagismo e com idade ≥18 anos e excluídos aqueles em que não havia descrição dos motivos para tentar cessar o tabagismo previamente. Foram coletados dados demográficos e história tabagística, dados do questionário de Fagerstrom de dependência ao cigarro, tentativas prévias para cessação do tabagismo e os motivos que os fizeram tentar cessar previamente. Os motivos para tentar cessar o tabagismo previamente foram avaliados em número absoluto e proporção e comparados entre os parâmetros descritos acima através do teste do Chi quadrado. **Resultados:** Foram avaliados 813 fumantes e excluídos 158 por nunca haver tentado parar previamente e 9 fumantes que não relataram os motivos, sendo analisados 645 pacientes. A idade média foi 51,9 anos, 68,6% eram do sexo feminino, com carga tabagística média de 39,5 anos/maço e mediana do Fagerstrom de 6. Os principais motivos para tentar cessar o tabagismo previamente foram manter-se saúdável/medo de adoecer (38%), vontade de parar/já fumou o suficiente (22%), melhorar a qualidade de vida (17,7%), doença própria (17,2%), pedido de familiares (15,7%), cheiro do próprio cigarro (11,2%), gestação (10,2%), falta de ar/ cansaço (10,2%). Entre os homens os principais motivos foram manter-se saudável/medo de adoecer (44,5%), vontade de parar/já fumou o suficiente (27,8%), melhorar a qualidade de vida (21,5%), doença própria (16,3%) e falta de ar/ cansaço(12%) e entre as mulheres foram manter-se saudável/medo de adoecer (34,9%), vontade de parar/já fumou o suficiente (19,3%), doença própria (17,7%), pedido de familiares (17,7%) e melhorar a qualidade de vida (15,8%). Os homens apresentaram maior motivação por "manter-se saudável/medo de adoecer" (p=0,018) e por "vontade

de parar/já fumou o suficiente" (p=0,015) e com menor motivação por "pedido de familiares" (p=0,043) e "cheiro do cigarro" (p=0,026) em relação as mulheres. Entre as faixas etárias houve diferença quanto os motivos: doença própria (<40: 7,9%, 40-60: 18,8%, >60: 20,9%, p=0,007), morte ou doença de familiar (<40: 10,2%, 40-60: 5,0%, >60: 2,8%, p=0,017) e pedido médico (<40: 0,8%, 40-60: 5,9%, >60: 7,9%, p=0,023). **Conclusão:** O principal motivo para cessar tabagismo foi manter-se saudável e os motivos diferem entre os sexos e faixas etárias. Estas informações podem auxiliar em um planejamento do tratamento mais direcionado entre os grupos avaliados.

PO111 AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DO TABAGISMO NA REMODELAÇÃO CARDÍACA EM FUMANTES JOVENS.

PAULO ROBERTO MATOS PASSARINI; DIANE REZENDE; VICTORIA MARCONDES; ANA N R BATISTA; THAIS GARCIA; ESTEFÂNIA T FRANCO; DANIÉLISO R FUSCO; MARCOS MINICUCCI; PAULA S A GAIOLLA; SUZANA E TANNI.
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU- UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Função Cardíaca; Ecocardiograma

Introdução: Dados de estudos experimentais mostram que o tabagismo está relacionado como fator de risco independente para remodelação cardíaca. No entanto, ainda são escassos estudos clínicos que avaliassem esta associação em fumantes sem doenças cardiovasculares. **Objetivo:** Avaliar e comparar as características morfo-funcionais do coração em fumantes sem doenças cardiovasculares e sujeitos controles que nunca fumaram. **Métodos:** Foram avaliados 29 controles (idade: 34,6±4,5 anos) e 28 fumantes (idade: 36,2±5,1 anos e carga tabágica de 19,5±9,1 anos/maço). Todos os pacientes realizaram avaliação médica e sérica laboratorial matinal de jejum de 12 horas (hemograma e perfil lipídico) e realizado ecocardiograma transtorácico. **Resultados:** Os pacientes fumantes apresentaram maior média estatisticamente significativa no número de leucócitos (9,13±2,8 vs 5,82±1,31; p<0,001), no valor de VLDL (27,6±19,4 vs 16,6±8,9;p=0,02) e triglicérides (124,2±52,7 vs 85,8±41,3;p=0,04) e menor valor de HDL (45,0±15,0 vs 53,5±15,2; p=0,03) quando comparado com os controles. Na morfometria cardíaca não identificamos diferença estatisticamente significativa entre os fumantes e controles (massa de ventrículo esquerdo corrigido pela superfície corpórea: 73,2±12,6 vs 74,9±15,6;p=0,69). A fração de ejeção não foi diferente entre os grupos (68,4±3,9 vs 65,8±6,5; p=0,15). Por outro lado, identificamos alteração estatisticamente significativa na função diastólica do ventrículo esquerdo avaliado pela onda E/E' (7,06±1,6 vs 5,96±1,6; p=0,03) quando comparado entre os grupos fumantes e controles. A medida de deformação ventricular pela avaliação de *strain* longitudinal do ventrículo esquerdo também foi menor nos pacientes fumantes em comparação aos controles (11,2±20,9 vs 23,2±4,2; p=0,04). **Conclusão:** Apesar dos fumantes não apresentarem características de remodelação cardíaca estabelecida, o estudo mostrou que os indivíduos fumantes já apresentam redução nas funções diastólicas e de deformação ventricular.

PO112 USO DE OUTRAS FORMAS DE TABACO RELATADOS PELOS FUMANTES EM UM AMBULATÓRIO DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO

ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO; LYGIA SAMPAIO; ROSANGELA VICENTE; TALITA CEPAS LOBO; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO; JOSE ROBERTO DE BRITO JARDIM.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tabaco; Outras formas; Epidemiologia

Introdução: O uso de cigarro convencional continua sendo a principal forma de tabaco utilizada pela população, no entanto, enquanto esta forma vem caindo seu uso outras formas de tabaco, como o narguilé, cigarro eletrônico e o cigarro de palha, tem mostrado tendência à elevação de consumo principalmente entre a população mais jovem. **Objetivo:** Avaliar experimentação de outras formas de tabaco entre indivíduos que procuram um ambulatório de cessação de tabagismo. **Métodos:** Foram avaliados indivíduos que procuraram o ambulatório para cessação de tabagismo (Prevfumo) da Universidade Federal de São Paulo no período de 01/2018 a 04/2019. Durante a entrevista inicial foram avaliados dados demográficos (sexo, idade, escolaridade, consumo de tabaco prévio), uso prévio das formas de tabaco e responderam ao questionário de Fagerstrom de dependência ao cigarro. As formas der tabaco foram avaliados em número absoluto e proporção e comparadas as formas de uso entre o sexo e faixas etárias através do teste do Chi quadrado. **Resultados:** Foram avaliados 813 pacientes com média de idade 52 anos e 31,3% do sexo masculino, com carga tabagística média de 40,1 anos/maço e mediana do Fagerstrom de 6. As principais outras formas de tabaco utilizadas foram cigarro de palha (24%), charuto (10,8%), cachimbo (10,6%), narguilé (9,5%), cigarro eletrônico (6,2%), cigarro de corda (6%), cigarrilha (5,4%), rapé (3,8%). Todas as formas de tabaco foram mais experimentadas pelo sexo masculino (p<0,05). Em relação as faixas etárias nos indivíduos com <30 anos houve maior experimentação de narguilé em 47,8% e cigarro eletrônico em 19,6%(p<0,001) e cigarro de palha em 41,3% (p=0,062). **Conclusão:** Outras formas de tabaco estão sendo experimentas pelos tabagistas de formas considerável. A maior taxa de experimentação dos cigarros de palha, narguilé e cigarro eletrônico entre os indivíduos mais jovens atenta para a necessidade de abordagem das outras formas de tabaco, especialmente nesta população.

PO113 TAXA DE ABSTINÊNCIA AO TABAGISMO EM PACIENTES ABORDADOS POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E SUAS CORRELAÇÕES

JULIANA CARDOZO FERNANDES; VIVIANE ELISA TIMM; JULIA BRANDALISE VICARI; JULIA ROMERO; CLARISSA GARCIA SOARES LEÃES; TATIANA CRISTINA GALLI.
HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Multidisciplinar; Exercicios

Introdução: O abandono do tabagismo é o melhor e mais econômico meio de prevenção de diversas doenças, apesar disso, ainda é alta a frequência de dependência, existindo cerca de 1,3 bilhões de pessoas fumantes no mundo. Medidas psicossociais, não medicamentosas e farmacológicas são imprescindíveis para que o paciente tenha êxito em cessar o tabagismo, principal causa evitável de mortalidade. Os benefícios em cessar com o uso do cigarro são substanciais e quanto mais cedo for tomada essa atitude, melhor. **Objetivo:** Analisar a taxa de abstinência ao tabagismo nos participantes do programa de combate ao tabagismo HED, o perfil dos pacientes e o que os motivou a procurar apoio. Identificar o tratamento medicamentoso utilizado, mudanças no peso após a abstinência e o motivo principal da recaída quando presente. Verificar se há associação de variáveis (sexo, idade, apoio dos familiares, tratamento utilizado) com abstinência ao tabagismo. Demonstrar a efetividade das atividades do grupo em obter a abstinência. **Metodologia:** Estudo retrospectivo e prospectivo, transversal; realizado com os participantes do Grupo de Tabagismo em um hospital terciário privado

de Porto Alegre. **Resultados:** A média de idade é de 60,8 anos (± 10), 81,2% são do sexo feminino; as médias de carga tabágica e tempo de tabagismo foram 49,60 anos/maço e 38,4 anos (±11,3). A taxa de abstinência foi de 69 (68,31%). A principal motivação para procurar o Grupo foi a preocupação com a saúde e 81,2% dos participantes recebeu suporte da família durante o processo de parar de fumar. O tratamento farmacológico mais utilizado foi a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) com adesivo 55 (54,5%). Dos que se tornaram abstinentes a média de ganho de peso foi de 8,3kg (±6,5), 34 (49,3%) tiveram recaída e 35 (50,7%) não recaíram; sendo que o tempo médio para a recaída foi de 7,8 meses (±8,3). Principais motivos de recaída foram**:** a ansiedade (29,4%) e stress no trabalho (17,6%). E ainda, 100% dos que realizam atividade física com regularidade são abstinentes e 100% dos que mantém acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico também cessaram com o tabagismo. Com relação a efetividade das atividades do grupo de apoio, 35 (34,7%) dos participantes atingiram o objetivo, 29 (28,7%) atingiram parcialmente o objetivo e 37 (36,6%) não atingiram o objetivo. **Conclusão:** a abstinencia do tabagismo foi semelhante a literatura, 69 individuos (68,3%) pararam de fumar. Motivaçao principal foi preocupaçao com saude, 82 (81,2%) receberam apoio familiar. O tratamento farmacológico predominante foi TRN com adesivo 55 (54,5%). Motivos recaída foram ansiedade (29,4%) e stress no trabalho (17,6%). Atividade fisica e acompanhamento psicologico regular foram significativamente maiores no grupo abstinente. O ganho de peso se mostrou significativamente superior no grupo abstinente (aumento médio de 8,9 kg em 58% abstinentes com $p < 0,05$) semelhante a dados da literatura.

PO114 TAXA DE RECIDIVA DE TUBERCULOSE EM PACIENTES HIV+ DE 2008 A 2018 NO ESTADO DA BAHIA

RENATA RAIOL SANTOS[1]; GUILHARDO FONTES RIBEIRO[2]; HANNA MINA DOS SANTOS CORRÊA[2]; CAROLINE RODRIGUES FIDELMAN[2]; CLARA SILVANY VIEIRA[2]; GIOVANA PONTES CHAGAS[3].
1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, BELÉM - PA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; HIV; Recidiva

Introdução: A tuberculose(TB) acomete mais de 1,7 bilhão de pessoas no mundo, sendo a segunda causa mais comum de morte por doença infecciosa em adultos. Dentro da população portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o risco de adquirir TB é maior do que na população HIV-negativo, além de, também, nos quadros latentes, possuírem uma maior probabilidade de reativação da forma ativa da doença. Não obstante, a tuberculose aumenta o risco de óbito desses pacientes. Nesse contexto, a recidiva da TB se estabelece como um relevante problema para a saúde pública, sobretudo na população infectada pelo HIV, entretanto, faltam dados na literatura, principalmente no estado da Bahia, que fundamentem e contribuam para a monitorização e elaboração de políticas de saúde. **Objetivo:** Analisar a taxa de recidiva de tuberculose, no estado da Bahia, em pacientes HIV+. **Métodos:** Estudo retrospectivo histórico realizado entre 2008 a 2018, baseado em dados obtidos no DATASUS. **Resultados:** Os resultados encontrados demonstram que, no estado da Bahia, o número total de casos notificados de recidiva de tuberculose em pacientes com HIV positivo entre os anos de 2008 e 2018, foi de 306, sendo uma média de 31 casos por ano. Notou-se também, que no ano de 2011, o número de casos foi maior, enquanto em 2016, esse número foi o mais baixo. Além disso, foi evidenciado que o maior aumento foi de 55%, entre os anos de 2016 e 2017, e a maior decaída corresponde a 30,7%, entre 2010 e 2011. **Conclusão:** Percebeu-se que o número de casos de recidiva em pacientes HIV positivos não teve grande variação ao longo dos anos estudados no estado da Bahia. Este fato se deve a vários fatores como por exemplo duração do tratamento, atividade bactericida/bacteriostática dos fármacos, modo de administração (diário ou intermitente) e irregularidade de seu uso. Estudos já mostram que as taxas de recorrência dependem em grande parte da incidência de tuberculose e da prevalência de HIV, e que, no Brasil, ainda está longe de haver um controle de ambas as condições, especialmente quando associadas. Em suma, observa-se a necessidade de uma abordagem alternativa para o manejo da tuberculose, especialmente em pacientes vulneráveis à infecção por HIV, com assistência social e psicológica para aumentar a adesão ao tratamento.

Referências: PICON, Pedro Dornelles et al. Fatores de risco para a recidiva da tuberculose. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 33, n. 5, p. 572-578, Oct. 2007. Available from <http: // www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000500013&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2019. http: //dx. doi. org/10. 1590/S1806-37132007000500013. Unis, G., Ribeiro, A. W., Esteves, L. S., Spies, F. S., Picon, P. D., Dalla Costa, E. R., & Rossetti, M. L. (2014). Tuberculosis recurrence in a high incidence setting for HIV and tuberculosis in Brazil. *BMC infectious diseases*, *14*, 548. doi**:** 10. 1186/s12879-014-0548-6

PO115 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NA PARAÍBA DE 2014 A 2018

AMANDA INGRYD LOPES FERNANDES[1]; TAISA GONÇALVES FARIAS[2]; MARYNA RAMALHO DE CARVALHO[2]; CLEUDALICE ALVES DE LIMA RAMALHO[2]; MATTHEUS FIGUEIREDO ARAÚJO[2]; LARISSA MARIA BORGES DO EGYPTO[3].
1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UFCG, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Prisioneiros; Epidemiologia

Introdução: A tuberculose é um grave problema de saúde pública mundial devido a sua transmissão por partículas aéreas o controle dos casos em ambientes de confinamento, como ambientes prisionais, é considerado ainda mais desafiador. As pessoas privadas de liberdade apresentam um risco de infecção por tuberculose cerca de 28 vezes maior que a população total e os fatores associados a essa maior incidência são a aglomeração em resultado à superlotação, falta de ventilação, baixa luminosidade, muitos detentos já adentram as prisões infectados e dificuldade no diagnóstico desses quadros infecciosos durante o cumprimento das penas pelos indivíduos. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose em pessoas privadas de liberdade no estado da Paraíba, de 2014 a 2018, quanto ao sexo, à raça e ao nível de escolaridade. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, realizado a partir de informações de domínio público coletadas no Banco de Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Analisou-se de forma comparativa os casos confirmados de tuberculose na população total e na população privada de liberdade no período de 2014 a 2018 nas variáveis sexo, raça e nível de escolaridade. A análise foi descrita em gráficos. **Resultados:** No período compreendido entre 2014 e 2018 foi observada uma ocorrência de 6551 casos de tuberculose na Paraíba. Destes, uma parcela de 446 casos compreende indivíduos privados de liberdade, dos quais 97,3% são do sexo masculino, fazendo contraste com a população

em liberdade, que apresenta uma taxa de 68,14% para o mesmo sexo. Avaliando a variável por raça destacam-se os pardos com 72,2% dos casos, seguidos de brancos e pretos com 16,4% e 8,5%, respectivamente. Neste aspecto, há consonância com a população em liberdade que apresenta índices similares. Por fim, analisando o nível de escolaridade da população carcerária atingida pela tuberculose, percebemos que a sua maioria é formada por indivíduos analfabetos e com ensino fundamental incompleto, que somados, perfazem uma taxa 55,62% do total da população prisional acometida. **Conclusão:** No período avaliado, a prevalência de tuberculose em pessoas privadas de liberdade na Paraíba é maior em homens, de raça parda e com ensino fundamental incompleto e analfabetos. Com isso, é de grande valia compreender o perfil epidemiológico dessa parcela da população para abordar de forma mais efetiva esses doentes e minimizar a incidência dessa patologia nas unidades prisionais.

PO116 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE EM PORTADORES DE AIDS NA PARAÍBA DE 2014 A 2018

LETÍCIA MARIA BORGES DO EGYPTO[1]; AMANDA INGRYD LOPES FERNANDES[1]; CAROLINA LEITÃO SALES DE OLIVEIRA FREITAS[1]; TAISA GONÇALVES FARIAS[1]; MARYNA RAMALHO DE CARVALHO[1]; LARISSA MARIA BORGES DO EGYPTO[2].
1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: tuberculose; AIDS; coinfecção

Introdução: A coinfecção pelo *MycobacteriumTuberculosis* e HIV representa um grave problema de saúde pública e um grande desafio para controle dessas doenças. Um dos principais fatores de risco para que o individuo que possui a infecção tuberculosa desenvolva a infecção ativa, é a infecção pelo HIV, sendo que a coinfecção pelo bacilo de Kock e pelo HIV pode elevar em 25 vezes o risco de desenvolver a tuberculose ativa. Mesmo com dados subestimados, a expectativa para taxa de coinfecção por *MycobacteriumTuberculosis* e HIV no Brasil é de 3 a 4%. Diante disso, a tuberculose pode acontecer em qualquer fase da infecção por HIV, seja na fase assintomática, seja quando o individuo já possui a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) estabelecida. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose associada a AIDS no estado da Paraíba, de 2014 a 2018, quanto ao sexo, forma de apresentação e uso de terapia antirretroviral. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, realizado a partir de informações de domínio público coletadas no Banco de Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Analisou-se de forma comparativa os casos confirmados de tuberculose na população total e na população portadora de AIDS no período de 2014 a 2018 nas variáveis sexo, forma de apresentação e uso de antirretroviral. A análise foi descrita em gráficos. **Resultados:** A tuberculose no período de 2014 a 2018 na Paraíba acometeu 6551 pacientes com uma incidência de 70% no sexo masculino e 30% no feminino. O total de pessoas acometidas pelo bacilo de Koch e que tinha concomitantemente soro positivo foi de 493, desses 70% eram homens e 30% mulheres. Quanto a forma de apresentação do total pesquisado, mais de 80% tinha apresentação pulmonar, pouco mais de 10%, extrapulmonar e cerca de 1,5% de doentes com apresentação extra e intrapulmonar simultaneamente. Quanto aos portadores de AIDS, cerca de 75% fazia apresentação pulmonar, 20% extrapulmonar e uma parcela média em 3,5% extra e intrapulmonar. Mostrando que a incidência de associação de tuberculose extra e intrapulmonar é mais que o dobro na população com AIDS. Sobre o uso de terapia antiviral nos pacientes com tuberculose e AIDS temos que perto de 30% está se tratando, cerca de 8% não faz uso e 65% não tem nem conhecimento sobre a terapia. **Conclusão:** No período analisado pode-se compreender que a tuberculose na Paraíba se encontra mais prevalente em homens e na forma pulmonar ou clássica da doença, padrão semelhante ao encontrado ao analisar os pacientes portadores de AIDS, contudo, é notório a maior prevalência da forma disseminada e mais grave da doença nesse subgrupo. Além disso, pode-se concluir a necessidade de um melhor preenchimento dos sistemas de informação para evitar subnotificações e fornecimento de dados mais precisos.

PO117 ANÁLISE DA MORTALIDADE POR TUBERCULOSE MILIAR NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS NO BRASIL

KELI CAMILA VIDAL GROCHOSKI; GABRIEL FERNANDES DE SOUSA; STELLA SAMPAIO DE OLIVEIRA MESQUITA; KAROLINNY DONATO PINTO DE OLIVEIRA; AMILSON GUILHERME DE OLIVEIRA E SILVA; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Tuberculose Miliar; Mortalidade

Introdução: A tuberculose miliar é uma manifestação grave da disseminação linfohematogênica do Mycobacterium tuberculosis. A apresentação clínica é variável e o envolvimento de múltiplos órgãos é comum[1]. Na maioria dos casos é diagnosticada pelo exame de material obtido por punções, procedimentos cirúrgicos ou necropsias. A associação com estados de imunodepressão tem sido cada vez mais frequente, especialmente nas fases mais avançadas da AID[2]. **Objetivos:** Traçar o perfil da mortalidade da tuberculose miliar no Brasil durante cinco anos. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional descritivo e quantitativo do número de morte causadas por tuberculose miliar no Brasil, no período de 2013 a 2017. Os dados obtidos foram através do SIM, coletados a partir do banco de dados do DATASUS. Foi utilizado como instrumentos de trabalho o número de mortes de acordo com a seguinte classificação**:** ano de ocorrência, sexo e idade. No estudo, foram agrupadas de acordo com a Categoria/Causa CID-10: A-19. **Resultados:** Dados revelaram que as mortes por tuberculose miliar no Brasil, durante os anos de 2013 a 2017, caíram 18,5%. Com relação ao ano, observou-se aumento de 1,7% entre 2013 e 2014; queda de 16,4% de 2014 a 2015; aumento de 7,7% de 2015 a 2016 e queda de 11,5% entre 2016 a 2017. Desde de 2012, a OMS tem buscado estratégias globais de controle da tuberculose através de ações de controle da doença, proteção social aos pacientes, acesso universal à saúde e metas a serem atingidas, contribuído para a redução da mortalidade[3]. O sexo masculino totalizou 784 (70,8%) mortes, ao contrário do sexo feminino, o qual somou apenas 324 (29,2%) óbitos. Apesar de os motivos não estarem bem esclarecidos, o predomínio nos homens pode estar relacionado a fatores econômicos, culturais e sociais, como a maior exposição ao M. tuberculosis[4]. Em relação à faixa etária, houve 149 (13,5%) mortes de 0 a 29 anos; de 30 a 39 anos, 166 (15%); 40 a 49 anos, 216 (19,5%); 50 a 59 anos, 233 (21%) e maiores que 60 anos somaram 336 (30,3%) óbitos. Percebeu-se que a maioria das mortes se concentraram principalmente nos idosos, podendo ser consequência do aumento da população idosa no país; idosos terem vivido em décadas com maior transmissão da tuberculose; imunodeficiência; maior probabilidade de apresentações atípicas da doença e atraso do diagnóstico e início do tratamento[5]. **Conclusão:**

Pode-se observar queda significativa da mortalidade por tuberculose miliar no país. Os homens foram os mais acometidos, somando mais de 70% do total das mortes. Constatou-se alto índice de óbitos nos idosos. A partir disso, conclui-se que a adoção de estratégias que se baseiam na prevenção e atenção integral de qualidade, políticas arrojadas e sistema de apoio ao pacientes, além do incentivo para realização de mais pesquisas e inovações, podem reduzir ainda mais a mortalidade dessa doença.

PO118 ANÁLISE DO USO DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM PACIENTES PORTADORES DE ASMA E DPOC E O IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO[1]; PRISCILA TAVARES VITORIANO[1]; MARIANA PEREIRA MORAIS[1]; GABRIELLY DE OLIVEIRA VIANA[1]; LUCAS NUNES DE MENEZES[1]; GEÓRGIA FREIRE PAIVA WINKELER[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY HULW/UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Dispositivos inalatórios; Educação em saúde

Introdução: A Asma é uma doença inflamatória crônicas das vias aéreas com alta prevalência, sendo em 2011 a quarta maior causa de internação no país. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) caracteriza-se pela obstrução crônica do fluxo aéreo, não totalmente reversível. O tratamento dessas patologias é feito através de dispositivos inalatórios (DI), cujos tipos principais são os inaladores de pó seco, inaladores de névoa fina e os inaladores pressurizados de dose calibrada. A literatura aponta que é necessária uma contínua reavaliação do uso dos DI em consultas subsequentes, o que acontece em apenas poucos pacientes. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento dos pacientes quanto à técnica de uso dos DI, analisar quais DI estão relacionados com o maior número de erros, e avaliar o impacto de uma intervenção educativa na diminuição do número de erros cometidos pelos pacientes. **Métodos:** Foram entrevistados 56 pacientes, portadores de asma ou DPOC, atendidos no serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), que utilizavam para tratamento de manutenção um dos seguintes DI**:** pó em Cápsula, Spray, Turbuhaler ou Respimat. Os pacientes foram avaliados individualmente, antes e após uma intervenção educativa sobre o manuseio dos DI, através de um checklist validado na literatura, com os passos da técnica adequada para cada DI. Computou-se o número de erros cometidos por cada paciente durante a demonstração de uso dos DI para análise estatística. **Resultados:** Dos 56 pacientes entrevistados, 78,57% eram portadores de Asma, 14,28% eram portadores de DPOC e 7,15% eram portadores de ambas doenças. Quanto aos DI individualmente, 10 pacientes faziam uso de Respimat, 27 de Spray, 27 de Turbuhaler e 45 de Cápsula em Pó. Houve uma redução de 84,85% do número de erros cometidos pelos pacientes antes e após a intervenção educativa ($p < 0,05$). O DI com maior número de erros antes da intervenção foi o Turbuhaler, seguido do Spray, Cápsula em Pó e Respimat. O DI com maior queda no número de erros foi o Spray, seguido de Cápsula em pó, Turbuhaler e Respimat. **Conclusão:** A literatura aponta que uso correto dos DI é fundamental para um tratamento adequado das doenças obstrutivas de vias aéreas. Portanto, contínuas avaliações do seu manuseio pelos pacientes devem ser realizadas. O estudo demonstrou os benefícios da intervenção educativa, que aliado a outras medidas recomendadas potencializa o tratamento dos pacientes, favorecendo o controle dos sintomas, evitando uso insuficiente ou exagerado da medicação nos DI.

PO119 SULFATO DE MAGNÉSIO NA CRISE ASMÁTICA INFANTIL: UMA ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS EMERGENCISTAS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE ARACAJU

ALBERTO CALSON ALVES VIEIRA; ADRIANA BARBOSA DE LIMA FONSECA; CAMILA DE AZEVEDO TEIXEIRA; EDIZIA FREIRE MORORÓ CAVALCANTE TORRES; JULIA MESQUITA REGIS.
UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Sulfato de magnésio; Urgência pediátrica; Asma aguda

Introdução: A asma é a doença crônica mais comum em crianças e um problema mundial de saúde. Sua exacerbação é a terceira causa de internações em menores de 15 anos no Brasil. Além disso, o seu agravamento propicia o absenteísmo escolar, a restrição de atividade física e a falta dos pais ao trabalho. O sulfato de magnésio (MgSO4) é uma alternativa eficaz e segura quando houver falha tratamento de 1ª linha e persistência da hipoxemia para evitar hospitalizações na asma grave. O magnésio produz um bloqueio transitório dos canais de cálcio no músculo liso das vias aéreas, induzindo a broncodilatação, além de inibir a liberação de acetilcolina dos terminais nervosos e a liberação de histamina dos mastócitos, reduzindo também a produção de muco. **Objetivos:** Analisar o conhecimento de médicos de uma unidade de urgência pediátrica pública de Aracaju sobre o uso de MgSO4 na crise asmática. **Métodos:** Esse trabalho faz parte de um projeto de maior abrangência intitulado "Análise do Manejo Terapêutico de Asma Aguda em Serviço Público de Urgência Pediátrica em Aracaju", aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. O estudo foi exploratório, descritivo e transversal, com amostra não-probabilística e de conveniência, realizado com médicos da urgência pediátrica do Hospital Santa Isabel através de questionário, o qual foi baseado nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma (2012) e do GINA (2018). Os dados foram analisados pelo programa SPSS Statistics versão 25. 0. **Resultados:** A amostra foi de 33 questionários, sendo que 81,8% dos entrevistados foram mulheres das quais 72,7% tinham entre 24 e 35 anos de idade. Quanto inquiridos sobre a conduta na crise aguda de asma após tratamento de 1ª linha e permanência do quadro clínico, 75,8% indicariam sulfato de magnésio e 18,2% repetiriam os ciclos de beta-2 agonista em 1/1hora. Acerca da posologia do MgSO4, 75,8% fariam 50mg/kg em 30 minutos em dose única e 15,2% prescreveriam a metade da dose citada anteriormente. Em relação ao efeito colateral mais frequente, hipotensão foi marcado em 78,8% dos questionários, hipocalcemia em 15,2%, rubor cutâneo em 3% e insuficiência respiratória em 3%. Quando questionados se utilizavam o MgSO4 na sua prática médica e a razão, 51,5% utilizam e referem que se trata de medicamento seguro com mínimos efeitos colaterais. **Conclusão:** O conhecimento sobre a indicação e posologia do MgSO4 em caso de refratariedade ao tratamento inicial foi compatível com a literatura, porém o desconhecimento do efeito colateral mais comum do MgSO4 pode ser a causa da resistência à sua administração na asma aguda infantil.

PO120 RELAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS COM ASMA: UM ESTUDO OBSERVACIONAL

RENATA TOMAZ[1]; VITÓRIA TEIXEIRA DA CRUZ[2]; CLÉIA TEIXEIRA DO AMARAL[2]; LUCAS MENESCAL JALES[2]; KAROLINNE SOUZA MONTEIRO[2]; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE,

JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; qualidade de vida; ansiedade

Introdução: A asma é considerada uma das doenças respiratórias crônicas mais frequentes em crianças, levando a consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais. Defende-se que um abrangente conhecimento acerca da relação entre asma e sintomas de ansiedade possa levar a uma melhor compreensão do comportamento da doença, assim como fundamentar a utilização de abordagens mais amplas para o tratamento desta, e melhorar a qualidade de vida da população em questão. **Objetivos:** investigar a relação entre sintomas de ansiedade e os fatores relacionados qualidade de vida de crianças com asma. **Métodos:** Estudo transversal, observacional, iniciado após apreciação ética, mediante parecer favorável CAAE: 67253617. 4. 0000. 5537. Participaram deste estudo 42 crianças entre 7-12 anos encaminhadas a partir de um centro de referência para tratamento da asma do município de Natal-RN. As crianças não deveriam apresentar**:** doença cardíaca ou neuromuscular diagnosticada, infecções nas vias aéreas superiores ou inferiores nas duas semanas que antecederiam à realização das avaliações, presença de comprometimento neurológico e/ou incompreensão das orientações necessárias para a realização das avaliações propostas. A presença de sintomas de ansiedade e a qualidade de vida relacionada à saúde foram avaliadas a partir dos instrumentos *Spence Children's Anxiety* –SCAS e *Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* -PAQLQ, respectivamente. Os dados foram analisados pelo software SPSS versão 23. 0. A comparação dos escores médios do PAQLQ e seu domínios em função das variáveis categóricas foi avaliada pelo teste *t de Student* ou ANOVA. Em seguida, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla (método Stepwise) para avaliar quais eram capazes de determinar a variação do escore do PAQLQ total e domínios. Um nível de significância ou valor de p <0,05 e 95% de intervalos de confiança foram usados para todos os testes. **Resultados:** A amostra foi composta por 42 crianças com asma, de ambos os gêneros com idade média de 10,4 ±1,9 anos. A presença elevada de sintomas de ansiedade reduziu significativamente todos os escores médios obtidos do PAQLQ total e seus domínios. A análise de regressão linear resultou em um modelo estatisticamente significativo entre A SCAS, escolaridade do responsável e atividade física, explicando 33% da variação dos escores do PAQLQ total ($p<0,0001$; $R^2 = 0,33$). A SCAS relacionou-se ao domínio limitação de atividade -PAQLQ ($p = 0,004$; $R^2 = 0,17$). A SCAS, o gênero e a prática de atividade física relacionaram-se ao domínio sintomas -PAQLQ ($p= 0,003$; $R^2 = 0,32$). A escolaridade do responsável, ansiedade de separação, atividade física, ataque de pânico e agorafobia foram relacionadas ao domínio emocional -PAQLQ ($p= 0,004$; $R^2 = 0,45$). **Conclusão:** O presente estudo aponta evidências de que os sintomas de ansiedade estão relacionados à prejuizos na qualidade de vida de crianças com asma.

PO121 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA HORMONAL DA PUBERDADE NA ASMA NA POPULAÇÃO DE MARÍLIA (SP)

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN[1]; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN[2]; DEBORA FERNANDA ESTEVES TRINDADE[2]; BRUNO BOLSONARO CALEGARI[2]; BRUNO FIORANTE AKIMOTO[2]; FABRÍCIO DONÁ ERNICA[2].

1. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR), MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR), MARÍLIA (SP) - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Puberdade; Sexo Feminino

Introdução: A relação entre os hormônios sexuais e a Asma tem sido investigada em diversos estudos. Esta análise tem como objetivo descrever a relação entre hormônios sexuais e a Asma, especialmente na Puberdade. Estudos apontam que ela é mais frequente em mulheres do que em homens, sendo que a mortalidade é maior no sexo feminino. Pensa-se que o sistema imunológico sofre influência de hormônios sexuais, talvez porque a progesterona estimula o fator bloqueador e também as citocinas Th2, ou porque o estrogeno e a própria progesterona estimulam o fator de transição GATA-3. Também cita-se que flutuações do estrogênio são responsáveis pelas exacerbações da Asma nas mulheres, sendo que há redução de TNF-alfa, do Interferon-gama e da atividade das células NK, e que a testosterona impede que as IL-C2 se espalhem pelos pulmões, reduzindo assim a produção de citocinas que causam a inflamação brônquica. MÉTODO E **Resultados:** Estudou-se 300 pacientes (ambos os sexos), aleatoriamente, na população da região de Marília(SP), realizando um questionário que incluia**:** nome do paciente, idade, sexo, procedência, início e descrição dos sintomas, história familiar, tabagismo, tratamento e evolução do quadro de Asma na puberdade. Neste estudo analítico foram investigados 212 pacientes do sexo feminino (71% do total) e 88 do sexo masculino (29%), Na maioria dos casos, a Asma havia se iniciado na infância (255 pacientes = 85% do total) e em 15% (45 pacientes), o quadro havia se iniciado na própria puberdade. Nesse período, no sexo feminino, 186 mulheres (88%), apresentaram piora da Asma, enquanto que somente 24% do sexo masculino (21), demonstrou piora e 64 indivíduos (73%) apresentaram melhora, com a influência da testosterona. Do total dos 300 pacientes, 31 (10%) haviam fumado enquanto que 269 pessoas (90%), jamais haviam tido o hábito. No histórico familiar, 35% (105 indivíduos) relacionaram com família materna e 24% (72) com a família paterna, e que 123 pacientes (41%) não sabiam referir história familiar por desconhecê-la. **Conclusões:** Frente ao estudo, detectou-se que após uma investigação entre 300 pacientes de ambos os sexos, chega-se à evidência de que na nossa região, a Asma é muito mais comum nas mulheres do que nos homens (mais de 70% do total), e que no período da Puberdade ocorre frequentemente piora dos sintomas no sexo feminino (186 pacientes=88%), sendo que em alguns casos o quadro se inicia neste período. Em contrapartida, 73% dos homens têm melhora da Asma nesta fase da vida e somente 24% do sexo masculino tem piora na Puberdade. A grande maioria (85% do total), inicia os sintomas na infância e somente 15% na fase pubertária. História familiar não é conhecida por 41% dos entrevistados e quando descrita, predomina a genética da família materna. Ao fim, queremos enfatizar que a associação entre Asma e hormônios sexuais não está totalmente esclarecida, mas com este presente estudo, concluimos que os resultados obtidos vão de encontro à literatura vigente.

PO122 INCIDÊNCIA DO USO INADEQUADO DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS POR PACIENTES COM DPOC E ASMA ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ

JOSÉ ROBERTO MEGDA FILHO[1]; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS[2]; JULIANA CLARO PELOSO[3]; MARISTELA BOCCARA DE PAULA[1]; LUCAS PORTES DE OLIVEIRA[1].

1. UNITAU, TAUBATE - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNITAU, TAUBATÉ - SP - BRASIL.

Palavras-chave: asma; dpoc; dispositivo inalado

Introdução: A terapia inalatória tem papel central no tratamento de pacientes com asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). O uso incorreto dos medicamentos inalatórios pode acarretar baixa deposição brônquica da medicação, reduzindo sua eficácia ou levar a um aumento dos efeitos colaterais locais e sistemicos. **Objetivos:** Conhecer a incidência do uso inadequado dos dispositivos inalatórios por pacientes com DPOC e Asma em um hospital universitário com atendimento exclusivamente voltado ao sistema único de saúde. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 105 pacientes com DPOC e/ou Asma atendidos em ambulatório especializado de um Hospital do Vale do Paraíba (SP), durante três meses. Foram excluídos do estudo pacientes menores de idade e/ou com déficits neurológicos como demências, doença de Parkinson ou qualquer sequela física que poderia prejudicar o uso de dispositivos inalados. As informações foram coletadas por meio de questionário sobre dados sócios demográficos, tipo de doença respiratória, tipo de dispositivo inalatório, tempo que o paciente ficou sem medicamento por falta no Sistema Único de Saúde (SUS), além da observação da técnica inalatória dos medicamentos de uso domiciliar durante consulta médica. Os dados coletados foram consolidados e submetidos a análises estatísticas para avaliar a presença ou não de diferenças significativas entre as variáveis comparadas e os resultados foram discutidos à luz da literatura sobre a temática. **Resultados:** Dos 105 pacientes incluídos, 61,9% utilizavam o dispositivo inalatório de forma incorreta. O erro mais apresentado foi não lavar a boca após utilizar a medicação, seguido pela inalação incorreta da mesma. O dispositivo utilizado de forma mais incorreta foi do tipo *Aerocaps®* (66,1%), sendo este o mais utilizado pelos pacientes (56,19%). Não houve diferença significativa em relação ao uso correto quanto a variável sexo e idade, mas houve diferença entre classes sociais. Nenhum paciente ficou sem sua medicação por mais de seis meses por falta dela no SUS. **Conclusão:** A incidência do uso incorreto encontrada foi de 61,9%, o que evidencia a necessidade de orientação detalhada da técnica inalatória para garantir a eficácia do medicamento, o controle da doença, minimizar os efeitos colaterais e redução de exacerbações.

PO123 SEGUIMENTO DO PRIMEIRO ANO DE USO DO OMALIZUMABE NO TRATAMENTO DA ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; LUIZA ALVES[1]; BIANCA NUNES[2]; LUCIANA TESSER[2].
1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Omalizumabe; Tratamento

O omalizumabe é um anticorpo monoclonal anti IgE utilizado para o tratamento de pacientes asma alérgica persistente e grave não controlada e vários estudos tem demonstrado a sua efetividade. **Objetivo:** Avaliar o quadro evolutivo de pacientes asmáticos no primeiro ano de tratamento com o Omalizumabe no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Metodologia:** Os pacientes incluídos nesta análise foram pacientes adultos com asma grave não controlada apesar do tratamento pleno com o corticóide inalatório. Receberam omalizumabe a cada duas ou quatro semanas, ajustadas de acordo com a tabela. Todos os pacientes realizaram dosagem da IgE, Rx de tórax e espirometria antes do tratamento, além de responderem o ACT (Asthma Control Test). **Resultados:** Avaliamos os pacientes após 12 meses de tratamento. A amostra ficou constituída de 29 adultos (23mulherese e 6 homens, com media de idade de 52 anos e média de IMC de 31Kg/m2). Entre os pacientes: 20(69%) já haviam hospitalizado, 27 (93%) buscavam a emergência mensalmente e 23(79%) usavam corticoide oral (CO) todos os meses. O VEF1 inicial foi 1366mL (52%), o ACT médio 8, a IgE média 373UL e os eosinófilos médios 269. A dose média mensal da medicação foi 517mg. A interpretação da espirometria evidenciou: 3 espirometrias normais e 26 obstrutivas: 6leves, 11moderadas e 9 graves. Após o tratamento, houve redução significativa das internações (só 1 paciente hospitalizou), do número de visitas à emergência (5 não necessitaram e 20 buscaram menos de 3 vezes no ano) e do uso do corticoide oral (5 não usaram e 20 utilizaram com uma média de 2-3 vezes ao ano). O nível de controle da asma avaliado pelo ACT melhorou significativamente após o tratamento, atingindo a pontuação média de 17, com variação de 9 pontos ($p<0.05$). O VEF1 aumentou significativamente em relação ao basal (1677mL – 66%, representando um aumento médio de 13%). ($p<0.05$). Ao final de 1 ano, a conclusão das espirometrias foram: 7 normais e 22 obstrutivas: 8leves, 12moderadas e 2 graves. **Conclusão:** Nosso estudo evidencia o benefício clínico e funcional do omalizumabe para pacientes com asma grave, destacando esta opção de tratamento como mais um recurso terapêutico no tratamento da asma para pacientes no nível 5 do GINA.

PO124 ASMA, CONDIÇÃO SUBDIAGNOSTICADA? PICO DE FLUXO INSPIRATÓRIO NASAL, FERRAMENTA ÚTIL NO ACOMPANHAMENTO DO ASMÁTICO COM RINITE?

ANDRÉA LEBREIRO GUIMARÃES VENERABILE[1]; ELIANE MARIA GARCEZ OLIVEIRA DA FONSECA[2]; MARTA EVANGELHO MACHADO[2]; ANIELA BONORINO XEXEO CASTELO BRANCO[2].
1. ESCOLA DE MEDICINA SOUZA MARQUES, NITEROI - RJ - BRASIL; 2. ESCOLA DE MEDICINA SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Broncodilatadores; Rinite alérgica; Asma

Introdução: A Global Iniciative for Asthma (GINA) enfatiza a importância do diagnóstico precoce. A medida do pico de fluxo inspiratório nasal (PFIN) carece de estudos publicados em asma. Avaliar a permeabilidade do fluxo nasal por esse método pode abrir novas perspectivas de diagnóstico, tratamento e monitoramento mais preciso da rinite. **Objetivos:** Comparar o pico de fluxo inspiratório nasal (PFIN) em portadores de rinite persistente (RP) com os sujeitos do grupo controle (GC). Avaliar o diagnóstico de asma (GINA) no GC. Avaliar a utilização da medida do PFIN como uma ferramenta de aferição da resposta ao tratamento da rinite com corticóide nasal (CN) **Métodos:** Estudo prospectivo, caso controle com avaliador cego, envolvendo sujeitos de 6 a 17 anos atendidos em ambulatório de pediatria, de fevereiro a setembro de 2018. Os sujeitos foram classificados segundo o IV Consenso Brasileiro sobre Rinites e divididos em dois grupos: RP e GC. Após assinatura de TCLE foi aplicado formulário de pesquisa. Aferição do PFIN, pico de fluxo inspiratório oral (PFIO) no *Mini Wright in-check Inspiratory flow meter* e do pico de fluxo expiratório (PFE) no *Mini Wright Peak Flow Meter,* sendo realizadas no mínimo de 3 a 6 manobras de inspiração e expiração forçadas, considerando-se a de maior valor de três resultados com diferença inferior a 10% entre si, depois aplicado 400mcg de salbutamol. Sujeitos com RP foram divididos em dois grupos: um tratado com CN e outro com soro fisiológico (SF). Foram duas aferições do PFIN, uma antes do tratamento e uma após 30 dias. Foi considerada resposta satisfatória um aumento de 15% ou mais do

PFIN. Análise estatística feita no SPSS 20 considerando intervalo de confiança de 95%. Estudo aprovado pelo CEP 7983771700005239. **Resultados:** Dos 307, 160 (52%) eram do gênero masculino de 6 a 17 anos, média e mediana de 10 anos. Dos 212 (69%) avaliados com PFIN, 140 (52%) tinham RP, destes, 85 (61%) eram asmáticos. O PFIN na RP variou de 26% a 143% com média de 74% e mediana de 72%, no GC, de 81% a 232% com média de 114% e mediana de 110%. O PFIN foi abaixo do previsto em 68 (59%) sujeitos com RP e em nenhum do GC (p<0,001). Após história clínica, 114 foram incluídos como GC, destes, 48 (42%) apresentaram prova broncodilatadora positiva (BD+), destes, 18 (37,5%) já com distúrbio ventilatório obstrutivo. Revendo posteriormente a história com os responsáveis dos 48 do GC com BD+, houve recordação de tosse, sintomas nasais e respiratórios nas mudanças climáticas. Do grupo com RP, 41 (29%) foram excluídos por não terem realizado a segunda medida de PFIN. 50 foram tratados com CN e 49 com SF. Encontrada resposta satisfatória em 43 (86%) dos sujeitos tratados com CN e em 4 (8,2%) dos tratados com SF (p < 0,001). **Conclusão:** Observamos um PFIN inferior nos sujeitos com RP e no GC identificamos sujeitos asmáticos. O PFIN pode ser um instrumento útil na avaliação objetiva da rinite no asmático.

PO125 PERFIL EVOLUTIVO DE PACIENTES ADULTOS COM ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE EM USO DE OMALIZUMABE NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GIOVANNA LEMES LEAO; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; DIOGO DREVENOWSKI; JOEL SERAFINI; MATHEUS FERNANDO RIETTER QUINTINO FERREIRA; LÊDA MARIA RABELO.
COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Asma Grave de Difícil Controle; Omalizumabe; anti-imunoglobulina E

Introdução: A Asma Grave de Difícil Controle (ADC) é caracterizada por Asma Grave que permanece descontrolada apesar de terapêutica otimizada do passo 4 ou 5 do GINA ou que necessita de corticoide sistêmico por mais de 50% dos dias do ano. Tais pacientes consomem até 6 vezes mais recursos do que os classificados como asma leve e moderada, contabilizando 60% dos custos totais gastos com a asma. O anticorpo monoclonal humanizado recombinante anti-Imunoglobulina E (Omalizumabe) é uma possibilidade terapêutica adicional para o controle da asma, que visa à redução do uso de corticoides inalatórios e sistêmicos, diminuição das exacerbações e melhora da qualidade de vida. **Métodos:** Por meio de um estudo observacional, retrospectivo, avaliamos 30 pacientes com ADC atendidos no ambulatório de asma do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), no período de 2002 a 2018. **Resultados:** De 1077 pacientes atendidos no ambulatório de asma de 2002 a 2018, 30 pacientes foram classificados como asma grave de difícil controle, 24 (75%) mulheres e 6 homens (25%). A média de idade foi de 52,1 anos, a maioria, 20 (66%), com início dos sintomas de asma ainda na infância. O Omalizumabe foi prescrito para 17 (56%) pacientes. A média de tempo de uso em anos foi de 3,4. Em dois pacientes o Omalizumabe foi descontinuado por falha terapêutica. Observamos que a média do ACT (*Asthma Control Test*) antes do uso da medicação era de 10,8 pontos, após, houve aumento do ACT, com média de 14,6 pontos. Os pacientes apresentaram diminuição das exacerbações e redução ou suspensão do corticoide sistêmico. Não observamos reações adversas ao medicamento, durante o período de tempo estudado. **Conclusão:** O Omalizumabe é uma medicação promissora no controle da asma, é indicado para pacientes com asma alérgica moderada a grave não controlada mesmo após o uso de terapêutica inalatória otimizada. É uma medicação segura que apresenta bons resultados quando indicada corretamente e deve ser iniciada precocemente em pacientes com ADC. **Referências:** (1) G. Initiative, "Global Strategy for Asthma Management and Prevention," 2018.
(2) B. E. Chipps *et al.,* "More than a decade follow-up in patients with severe or difficult-to-treat asthma**:** The Epidemiology and Natural History of **Asthma:** Outcomes and Treatment Regimens (TENOR) II," *J. Allergy Clin. Immunol.,* vol. 141, no. 5, p. 1590–1597. e9, 2018.

PO126 BIOMECÂNICA DA COLUNA CERVICAL DE CRIANÇAS COM ASMA: VALORES PRELIMINARES.

FERNANDA ELIZABETH PEREIRA DA SILVA; ADA CRISTINA JÁCOME; THAYLA AMORIM SANTINO; RENATA TOMAZ; CATARINA DE OLIVEIRA SOUSA; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Criança; Cinesiologia

Introdução: A asma não controlada pode tornar-se crônica com limitação permanente do fluxo aéreo, alterando a mecânica respiratória[1]. Uma mecânica respiratória alterada resulta em um bloqueio inspiratório, com a diminuição do volume expiratório e capacidade inspiratória e consequente recrutamento excessivo dos músculos acessórios da respiração, que leva a uma hipertrofia adaptativa dessa musculatura, resultando em encurtamento e perda da sua flexibilidade[1,2]. **Objetivo:** Avaliar a biomecânica da coluna cervical de crianças com asma. **Métodos:** Foram avaliadas 22 crianças com asma, com idade entre 7 e 12 anos, a amplitude de movimento da coluna cervical (flexão, extensão, rotação lateral direita e esquerda, inclinação lateral direita e esquerda) foi avaliada através de um inclinômetro digital, as medidas de força muscular da coluna cervical foram realizadas através do dinamômetro manual, a criança realizava duas vezes cada medida. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para ver a normalidade das medidas, em seguida foi realizada a análise descritiva através da média e desvio-padrão. **Resultados:** As médias de amplitude de movimento foram, flexão 61,13±10,95; extensão 69,77±11,81; Inclinação lateral para direita 29,77±11,07; inclinação lateral esquerda 28,45±11,40; rotação direita 56,18±7,44; rotação esquerda 57,63±11,91. As médias para força muscular foram para flexão 11,07±4,133; extensão 22,82±6,34; flexão lateral direita 20,09±6,76; flexão lateral esquerda 20,09±6,21. **Conclusão:** A média de amplitude de movimento de flexão 61,13; extensão 69,77; inclinação lateral para direita 29,77; inclinação lateral esquerda 28,45; rotação direita 56,18; rotação esquerda 57,63. As médias para força muscular foram para flexão 11,07; extensão 22,82; flexão lateral direita 20,09; flexão lateral esquerda 20,09. **Referências:** 1. STEIDL, E. M. DOS S. et al. Caracterização da postura corporal e do padrão respiratório em crianças asmáticas. Saúde (Santa Maria), v. 39, n. 1, p. 131–138, 2013. 2. BALTAR, J. A. ; SANTOS, M. D. S. B. ; DA SILVA, H. J. A asma promove alterações na postura estática? - Revisão sistemática. Revista Portuguesa de Pneumologia, v. 16, n. 3, p. 471–476, 2010.

PO127 AVALIAÇÃO DA ESPIROMETRIA E CONTROLE DA ASMA EM RELAÇÃO AO IMC EM PACIENTES ASMÁTICOS EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM SÃO LUÍS - MA

EMANOEL MORAES VERAS; MIGUEL VINICIUS LIMA REIS COSTA; BRENNA CAROLINA SOUSA BRAGA; MARIA DO ROSARIO DA

SILVA RAMOS COSTA; VINICIUS MEDEIROS SANTANA; SOLANO KALUANGILA ANDRELINO SANTIAGO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA), SÃO LUIS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Espirometria; Obesidade

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiper- responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, passível de reversão espontaneamente ou com tratamento. Mudanças na mecânica respiratória, diminuições da capacidade residual funcional e do volume corrente secundárias à obesidade, além do estilo de vida sedentário e da baixa capacidade para realizar atividades físicas dos indivíduos com alto IMC podem ocasionar piora dos sintomas de asma. O IMC aumentado em pacientes asmáticas pode refletir uma predisposição para o ganho ponderal relacionado a fatores genéticos, mas também pode estar associado à menor tolerância ao exercício físico, à maior gravidade da doença e ou à inadequação dos hábitos alimentares. Objetivos O presente estudo teve por objetivo avaliar os efeitos do sobrepeso e da obesidade (IMC) com a espirometria e o controle da asma em pacientes de um ambulatório de referência em asma da UFMA. Métodos Foram analisados os dados espirométricos (VEF1, CVF e relação VEF1/CVF), padronizados por Pereira (1996); e o prontuário para avaliar o controle ou não controle da asma, segundo o Teste de controle da Asma (ACT) adaptado, de 376 prontuários de pacientes asmáticos acompanhados em ambulatório especializado de um Hospital público entre os anos de 2018-2019. Os pacientes foram agrupados de acordo com o valor do IMC, seguindo os critérios da OMS (1998) entre 4 grupos sendo eles**:** grupo 1, IMC adequado (IMC entre 18,5 a 24,9); grupo 2, pré-obesidade (IMC entre 25 a 29,9); grupo 3, obesidade grau 1 (IMC entre 30 a 34,5); grupo 4, obesidade grau 2 e 3 (IMC maior que 35) e estes foram correlacionados de acordo com os dados espirométricos e de controle da asma. Adotou-se como software o Stata versão 14. 0 para análise estatística, utilizando o teste qui-quadrado para verificação de associação e foram considerados estatisticamente significativos quando valor de p<0,05. Resultados Os dados mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre o IMC e o controle da asma. Os dados espirométricos, demonstraram que quanto a média do VEF1 dos pacientes não houve correlação inversa com o aumento do IMC. No entanto, os pacientes do grupo 4 apresentaram uma correlação inversa em relação à capacidade vital forcada cuja média em porcentagem foi 74,93%. Conclusão Não houve correlação entre o aumento do IMC e o não controle da asma. Pois os pacientes apesar de terem IMC aumentado estão bem controlados em virtude do programa de educação e assistência ao paciente asmático. Entretanto os pacientes com IMC elevado >35 tiveram uma CVF reduzida o que sugere uma restrição em pacientes com Obesidade grau II e III.

PO128 CORRELAÇÃO ENTRE CONTROLE DA ASMA E DISTÚRBIOS DO SONO EM CRIANÇAS ASMÁTICAS

SARAH JOYSI ALMEIDA LEITE; THALITA MEDEIROS FERNANDES DE MACÊDO; THAYLA AMORIM SANTINO; KAROLINNE SOUZA MONTEIRO; CLÉIA TEIXEIRA DO AMARAL; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Criança; Sono

Introdução: A asma é uma doença crônica e potencialmente grave, caracterizada por inflamação das vias aéreas, tosse, sibilos, dispneia, e limitação ao fluxo expiratório e tem alta prevalência no Brasil. Implica em restrições devido ao controle inadequado, principalmente, por discordância entre médicos e pacientes quanto ao controle, podendo subestimar ou prescrever tratamento excessivo. O sono auxilia o desenvolvimento de crianças, podendo agravar a doença com sintomas noturnos, desencadeando formação de citocinas inflamatórias. **Objetivos:** O objetivo desse estudo foi avaliar, em crianças asmáticas, a correlação entre o controle clínico da asma e distúrbios do sono. **Métodos:** Foram incluídas crianças de 7 a 11 anos, de ambos os gêneros, com diagnóstico de asma, que não apresentassem doenças respiratórias associadas ou sintomas ou infecções respiratórias 15 dias prévios às avaliações. Foram excluídas quem não conseguiu responder algum dos questionários ou desistiram de participar. O controle da asma por meio do questionário *Childhood Asthma Control Test (c-ACT)*, adaptado e validado no Brasil para crianças de 04 a 11 anos, no qual um escore abaixo de 19 significa que a doença não está bem controlada. O sono foi avaliado por meio da Escala de Distúrbios do Sono em Crianças (EDSC) traduzida, adaptada e validada no Brasil para indivíduos de 3 a 18 anos, dividida em 6 subitens que representam distúrbios específicos, resultando num escore total que varia de 26 a 130 pontos. O estudo segue a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu do Comitê de Ética em Pesquisa o parecer nº 1. 443. 588. A análise estatística foi realizada por meio do *software SPSS* versão 22. 0. A normalidade foi verificada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Para as correlações, foi utilizada a correlação de Spearman. **Resultados:** Participaram 50 crianças, 30 do sexo masculino (60%) e 20 do sexo feminino (40%), com média de idade de 9,34 (±1,53) anos, peso médio de 37,27 (±9,51) Kg e altura média de 140,12 (±11,35) cm. Delas, 21 (42%) apresentaram controle inadequado da doença, sendo 57% do sexo masculino. Os DS mais prevalentes foram os DRS (54%) e a HS (22%). Houve correlação entre DRS e controle da asma (ρ= -0,34, p=0,01), entre os DTSV e o controle da asma (ρ= -0,28, p=0,04), como também entre a HS e o controle (ρ= -0,35, p=0,01). **Conclusão:** Houve correlação entre o controle inadequado da asma com os DRS, assim como com distúrbios de DTSV e SED, e escore total do EDSC. **Referências:** GLOBAL INICIATIVE FOR ASTHMA. Pocket guide for asthma management and prevention. 2019. ROXO, J. P. F. et al. Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil. Jornal brasileiro de pneumologia, v. 36, n. 2, p. 159–166, 2010. FERREIRA, V. R. et al. Sleep Disturbance Scale for **Children:** Translation, cultural adaptation, and validation. Sleep Medicine, v. 10, n. 4, p. 457–463, 1 abr. 2009.

PO129 PICO DE FLUXO INSPIRATÓRIO ORAL E ALÇA INSPIRATÓRIA NA ESPIROMETRIA: SERIAM ALIADOS NA DETECÇÃO DE RESPOSTA BRONCODILATADORA POSITIVA?

ANDRÉA LEBREIRO GUIMARÃES VENERABILE[1]; ELIANE MARIA GARCEZ OLIVEIRA DA FONSECA[2]; MARTA EVANGELHO MACHADO[2]; ANIELA BONORINO XEXEO CASTELO BRANCO[2].
1. ESCOLA DE MEDICINA SOUZA MARQUES, NITEROI - RJ - BRASIL; 2. ESCOLA DE MEDICINA SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Broncodilatadores; Fatores de Risco; Asma

Introdução: Nos últimos anos, organizações internacionais como a Global Iniciative for Asthma (GINA) enfatizam que os fatores de risco para crise devem ser investigados a cada reavaliação, destacando que a resposta broncodilatadora positiva é um fator de risco independente, em todas as idades. **Objetivos:** Correlacionar o pico de fluxo inspiratório oral (PFIO), pico de fluxo expiratório (PFE), alça inspiratória e

expiratória da espirometria, com resposta broncodilatadora positiva (BD+). Correlacionar o distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) com duas ferramentas: PFE e alça expiratória da espirometria. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, envolvendo sujeitos asmáticos de 3 a 19 anos, atendidos de fevereiro de 2016 a setembro de 2018, tendo sido utilizado aparelho Mini Wright in Check e Spirom 2. A análise estatística com SPSS 20 considerando intervalo de confiança de 95%. Este estudo foi aprovado pelo CEP 0151. 0. 312. 314-11. **Resultados:** Dos 331, 195 (59%) eram do gênero masculino, média e mediana de 10 anos. Foram 146 asmáticos, de baixo nível sócio econômico, do ambulatório de pediatria de uma escola de medicina e 185, de alta renda, que realizaram espirometria em consultório privado. Dos 298 asmáticos com aferição de resposta ao BD, 247 (83%) apresentaram resposta BD+. Dos 215 testados com PFIO e PFE, 150 (70%) foram BD+ pelo PFIO, destes, 38 (25%) foram BD negativos pelo PFE. Dos 146 (68%) BD+ pelo PFE, destes 34 (23%) foram BD negativos pelo PFIO, com correlação significativa da resposta BD+ pelo PFE e PFIO (p<0,01). Dos 173 com espirometria, 159(92%) fizeram alça inspiratória e alça expiratória, destes, 63(40%) foram BD+ pela alça inspiratória, destes 28(44%) foram BD- pela alça expiratória. Dos 159 com as duas alças, 66 (41,5%) foram BD+ pela alça expiratória, destes, 28 (42%) foram BD- pela alça inspiratória, com correlação significativa da resposta BD+ pela alça inspiratória e alça expiratória (p<0,01). Nesta amostra, foi observada correlação significativa entre BD+ pelo PFIO e BD+ pela alça inspiratória (p<0,05). Dos 173 com espirometria, 82 (47%) já apresentavam DVO e dos 185 testados com PFE, 84 (45%) com DVO por apresentarem resultado < 80% do previsto, todos testados fora de crise. Houve correlação significativa entre PFE baixo e DVO pela espirometria (p<0,01). **Conclusão:** Nesta amostra, a utilização de mais de uma ferramenta para resposta BD, aumentou a chance de detecção desse fator de risco, assim como o distúrbio ventilatório detectado pelo PFE mostrou correlação significativa com o distúrbio identificado pela espirometria.

PO130 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR ASMA NO ESTADO DA PARAÍBA DE 2013 A 2018

BRUNNA GALVAO FERREIRA DE SOUZA TEIXEIRA DE CARVALHO[1]; KENNEDY DA MOTA DANTAS JÚNIOR[1]; MARIA EDUARDA TARGINO CRUZ[1]; MARIA IZABEL LIRA DANTAS[1]; SEMYRAMIS LIRA DANTAS[2].
1. UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. UNIFACISA CG, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: asma; internações; paraíba

Introdução: A asma é uma doença respiratória crônica que no mundo afeta 339 milhões de pessoas, dessas, no Brasil são aproximadamente 20 milhões. A asma é uma doença que afeta todas as faixas etárias no mundo e exerce uma carga significativa sobre os pacientes e suas famílias. Em geral, a asma impõe uma carga social elevada em termos de perda de produtividade, bem como a utilização de recursos decorrentes do controle inadequado da asma. **Objetivos:** Realizar levantamento e análise das internações hospitalares e a taxa de mortalidade por Asma no estado da Paraíba no período de 2013 a 2018. **Metodologia:** Foram coletados e analisados os dados do DATASUS referentes a internações hospitalares e taxa de mortalidade por Asma no estado da Paraíba no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2018. **Resultados:** No referido período o número total de internações foi 13. 413. Desses, 2. 594 ocorreram em 2013. De 2013 para 2014 houve um aumento de 3,35%. O número de internações por asma teve queda a partir do ano de 2015, mas se manteve oscilante. De 2014 para 2015 houve uma redução de 13,05%, em 2016 ocorreu novamente uma queda de 16,43% internações, comparado ao ano anterior. Já em 2017 houve um aumento de 3,08% com relação a 2016, seguido por uma queda em 2018, de 7,81%, e então, fala-se de 1851 o número absoluto de internações no ano de 2018. A taxa de mortalidade média por asma de 2013 a 2018 foi de 0,52 óbitos por cem mil habitantes, sendo a maior em 2018 (0,70) e a menor em 2016 (0,41). **Conclusão:** Observamos no geral uma queda nos números de internação por asma desde o ano de 2013, embora ao mesmo tempo observou-se uma elevação na taxa de mortalidade. Tais números demonstram que mesmo que tenha tido o aumento do controle dos casos de asma, os que não conseguem ser controlados acabam tendo maior letalidade. Destacamos a grande importância da disponibilidade de medicamentos para o tratamento efetivo da asma pelo SUS e o controle da doença, como também a importância da vigilância epidemiológica e atualização nas estratégias do controle da asma e principalmente do manejo hospitalar em relação a essa doença no estado da Paraíba.

PO131 RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DOS PAIS E DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ASMA

THAYLA AMORIM SANTINO; ADA CRISTINA JÁCOME; RAQUEL EMANUELE DE FRANÇA MENDES ALVES; LUCAS MENESCAL JALES; CLÉIA TEIXEIRA DO AMARAL; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: asma; criança; adolescente

Introdução: A asma é uma das doenças crônicas mais comuns entre crianças e adolescentes. As repercussões da asma atingem não somente o paciente, mas todo o contexto familiar, principalmente considerando a necessidade da adoção de medidas para garantir o adequado controle dos sintomas, bem como as repercussões relacionadas à gravidade. **Objetivo:** Avaliar a relação entre a qualidade de vida de pais e de crianças e adolescentes com asma. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e analítico, realizado com crianças e adolescentes com diagnóstico clínico de asma, e seus respectivos pais/responsáveis. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº 1. 808. 185). Foram incluídas crianças e adolescentes de 07 a 17 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de asma considerando os critérios estabelecidos pela *Global Initiative for Asthma (GINA).* A qualidade de vida foi avaliada por meio da versão brasileira do *Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQLQ) e do *Pediatric Caregivers Quality of Life Questionnaire* (PACQLQ). A condição socioeconômica foi avaliada por meio do Critério de Classificação Socioeconômica Brasil proposta pela Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. Os dados foram analisados por meio do software SPSS versão 22. 0. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Sminorv. Para verificar a correlação entre as variáveis foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Adotou-se um nível de significância de p < 0,05. **Resultados:** Participaram do estudo 100 voluntários, sendo 50 crianças/adolescentes e 50 pais. A maior parte da amostra foi composta por crianças/adolescentes do sexo masculino (56,0%), e cuidadores do sexo feminino (94,0%). A média de idade dos cuidadores era de 37,63±6,85, e das crianças e adolescentes de 10,84±2,76. A maior parte dos cuidadores possuía ensino médio (50,0%), e condição socioeconômica baixa (66,0%). Considerando o controle e a severidade da asma, 48,0% da amostra foi classificada como possuindo asma parcialmente controlada, e 38,0% com asma moderada. A média do escore total da qualidade

de vida das crianças/adolescentes foi de 4,85±1,05 pontos, e de 4,61±1,43 pontos, para os cuidadores. Ao correlacionar a qualidade de vida do cuidador e das crianças e adolescentes, foi possível observar uma relação significativa moderada entre os questionários PAQLQ e PACQLQ considerando o escore total (r = 0,46; p = 0,001), domínio função emocional (r = 0,49; p < 0,01) e domínio atividade e limitação (p = 0. 41; p = 0,003). **Conclusão:** Os resultados sugerem uma relação moderada entre a qualidade de vida dos pais/responsáveis e das crianças e adolescentes com asma. **Referências:** Global Initiative for Asthma. Global Strategy for asthma Management and Prevention. 2018. Sarria EE, Rosa RCM, Fischer GB, Hirakata VN, Rocha NS, Matiello R. Field-test validation of the Brazilian version of the Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire. 2010;36(4)**:** 417-24.

PO132 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ASMA NO ESTADO DA PARAÍBA ENTRE 2008 E 2018

INGRYD GABRIELLA NASCIMENTO SANTOS; ELIAURIA ROSA MARTINS; JULIANA BARBOSA MIRANDA; CATARINA DE LOURDES GESTEIRA PEDREIRA; MARINA BEZERRA GERMOGLIO; MARIA MIRIAN CAETANO ARAÚJO DA ROCHA.
FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Doenças Respiratórias; Prevalência

Introdução: A Asma é uma doença inflamatória crônica associada à hiperresponsividade das vias aéreas, levando a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse noturna, principalmente. Essa afecção é um problema mundial que acomete cerca de 300 milhões de indivíduos e é tida como a quarta causa de internações no Brasil, aumentando os custos de saúde pública. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de Asma no estado da Paraíba durante o período de 2008 a 2018. **Métodos:** O estudo possui caráter transversal e retrospectivo, com dados obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foi observado o perfil epidemiológico da Asma no estado da Paraíba de 2008 a 2018, com enfoque na faixa etária de 0 a 79 anos e na prevalência entre os gêneros, correlacionando os resultados obtidos com artigos. Resultados E **Discussão:** A pesquisa foi composta por 38. 012 internações em que mostrou prevalências semelhantes entre os sexos, de acordo com a média final obtida entre os anos de 2008 e 2018, no estado da Paraíba. Porém, o sexo feminino permaneceu com maior prevalência durante todo este período, principalmente, entre os anos de 2008 a 2015. Acredita-se que isso esteja relacionado ao o fato de que as mulheres utilizam os serviços de saúde com maior frequência e a melhor aderência terapêutica. Por outro lado, vê-se que este gênero possuiu maior taxa de mortalidade. Contudo, este cenário modificou-se em 2016 até 2018, visto que os homens tornaram-se mais prevalentes. Assim, explica-se que nos últimos tempos o acesso à informação e aos serviços de saúde tornou-se mais alcançável, ocasionando uma maior procura dos homens pelo atendimento médico. Ademais, percebe-se o declínio progressivo da doença em 70%. Isso retrata o melhor acesso aos serviços de saúde e a melhor disponibilidade de terapia gratuita para asma. Quanto à faixa etária, foi evidenciada prevalência constante entre crianças de 1 a 9 anos durante o período avaliado. Essa realidade observada poderia ser explicada em virtude da maior conscientização e valorização dos sinais e sintomas por parte dos pais, aumentando a busca por atendimento e permitindo o diagnóstico precoce. Além disso, sabe-se que as primeiras crises da doença acontecem, geralmente, nos primeiros meses de vida, enquanto que, os demais, em torno de 75%, iniciam os sintomas em torno dos três anos de vida. O segundo pico de prevalência foi entre 20 e 29 anos, o que explica que uma parcela de crianças com asma permanece sintomática durante a vida adulta. **Conclusão:** Observa-se que apesar do declínio da prevalência da asma ainda são necessárias políticas para diagnóstico precoce da mesma, principalmente nas crianças, o que irá refletir num melhor manejo terapêutico da doença na vida adulta, diminuindo os altos custos com o tratamento da doença exacerbada. Isso irá contribuir com um menor absenteísmo escolar e laboral, em relação a crianças e adultos, respectivamente.

PO133 USO DO MEPOLIZUMABE EM CASOS DE ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA: RELATO DE DOIS CASOS

MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[1]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[1]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[1]; MARINA MANCUSI[1]; JULIANA CLARO PELOSO[2]; FLAVIA DE ALMEIDA FILARDO VIANNA[1].
1. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Asma grave eosinofílica; Mepolizumabe; Asma grave

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica que acomete as vias aéreas e atinge cerca de 300 milhões de pessoas no mundo. Pacientes com asma alérgica representam 50% dos pacientes asmáticos e provavelmente são a maioria dos pacientes com asma grave. Nos últimos anos houve o surgimento dos anticorpos monoclonais, também chamados medicamentos imunobiológicos. O objetivo deste trabalho é relatar a resposta terapêutica de dois pacientes do serviço de pneumologia do Hospital do Servidor Público Estadual- SP, com diagnóstico de asma grave eosinofílica não controlada, em tratamento otimizado, que após a introdução do Mepolizumabe, apresentaram controle adequado da doença. **Relato dos casos:** Caso 1: Mulher, 57 anos com diagnóstico de asma grave eosinofílica associada à rinite alérgica e polipose nasal. Apesar do tratamento otimizado, apresentava queixas de dispneia aos pequenos esforços, despertares noturnos e uso de medicação de resgate várias vezes ao dia. Após avaliação clínica optou-se pelo início do Mepolizumabe (100mg subcutâneo) a cada quatro semanas e acompanhamento ambulatorial mensal. Na primeira consulta após introdução do Mepolizumabe, a paciente referiu redução no uso de medicação de resgate e melhora dos sintomas noturnos. Em consultas posteriores, após a quinta dose de Mepolizumabe, a paciente negava exacerbações e mantinha melhora clínica. Caso 2: Mulher, 75 anos, com diagnóstico de asma grave eosinofílica. A despeito do tratamento otimizado, apresentava exacerbações mensais com admissões frequentes no pronto atendimento e necessidade de internação hospitalar. Foi iniciado tratamento com Mepolizumabe (100mg subcutâneo) a cada quatro semanas e mantido seguimento ambulatorial mensal. Um mês após o início da medicação a paciente relatava melhora da dispneia ao realizar as atividades diárias. Em avaliações subsequentes referia melhora progressiva dos sintomas, e redução no uso de medicação de resgate. Após cinco meses da administração de Mepolizumabe, a paciente permaneceu com controle adequado da doença. **Discussão:** A asma grave é uma doença bastante heterogênea que apresenta diversas características fisiopatológicas e apresentações clínicas. O Mepolizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado anti-interleucina-5 (IL-5), que inibe seletivamente a inflamação eosinofílica, sendo utilizado no tratamento da asma grave. Os medicamentos imunobiológicos trouxeram importantes avanços no tratamento da asma grave. Vários estudos mostraram o benefício do uso do Mepolizumabe no

tratamento da asma grave eosinofílica, levando a um controle adequado da doença. Nos casos relatados, evidenciou-se que o uso do Mepolizumabe foi eficaz no tratamento da asma grave eosinofílica, resultando em controle adequado da doença em ambos os casos relatados.

PO134 RASTREIO DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS PRATICANTES DE FUTEBOL

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA; EDUARDO GRASSOTTI; LUCIANA TESSER; BIANCA NUNES.
INSTITUTO DE ASMA E ALERGIA RESPIRATÓRIA DO RS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Exercício; Futebol

Em crianças que praticam atividades esportivas regulares, a tosse seca ou sibilos aos exercícios mais intensos, o abandono dos jogos que exigem maior vigor e o baixo rendimento em relação aos colegas, podem indicar sintomas respiratórios relacionados ao esforço. Esse quadro leva ao afastamento das brincadeiras e atividades esportivas tão fundamentais para o bom desenvolvimento da criança. É importante uma avaliação adequada com tratamento específico para manter um bom desempenho. **Objetivo:** Avaliar a presença de sintomas respiratórios em um grupo crianças que praticam regularmente futebol de salão e campo na cidade de Guaíba-Rio Grande do Sul-Brasil. **Metodologia:** Aplicamos um questionário de rastreio de asma (Maçaira et al,2005) para um grupo de crianças pertencentes a times de futebol entre 6 e 17 anos. Acima de 5 pontos há uma sensibilidade e especificidade acima de 90% para asma. Aplicamos também o ACT (Asthma Control Test) nas crianças com histórico de asma. No mesmo dia, realizamos espirometria em um equipamento de marca Care Fusion e analisamos os exames de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Provas de Função Pulmonar (2002). **Resultados:** O grupo ficou composto de 60 crianças com média de idade de 12 anos e IMC médio de 19Kg/m2. Quando questionados, 28(47%) tinham alguma queixa respiratória, atingindo uma pontuação média de 3 pontos (12 crianças acima de 5 pontos). Queixas mais específicas relacionadas ao exercício físico foram observadas em 15 crianças (25%). História de asma foi positiva em 21(35%), estando o ACT inferior a 20 em 5 crianças. As espirometrias mostraram um valor médio do VEF1 de 2815mL(107%), observando-se obstrução leve em 3 crianças (2 sem história de asma e 1 com). **Conclusão:** Nosso estudo destaca a presença de queixas respiratórias em crianças que praticam exercícios físicos, mostrando a necessidade de encaminhamento para diagnóstico e tratamento específico, permitindo desta forma que não haja prejuízo no desempenho das brincadeiras e atividades esportivas.

PO135 PREVALÊNCIA DE RINITE EM PACIENTES ACOMPANHADOS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM ASMA NA CIDADE DE MANAUS

HANNAH CAROLINE BARBOSA LUIZ; CARLOS EDUARDO COLARES SOARES; BEATRIZ MELLA SOARES PESSÔA; GIOVANNA GUIMARÃES AZEVEDO; RAYANE THAISE NERI RAYANE NERI; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Rinite alérgica; Exacerbação

Introdução: A asma e a rinite são doenças respiratórias alérgicas crônicas cuja incidência tem aumentado consideravelmente ao longo dos anos, inclusive no Brasil. De acordo com o estudo ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) realizado no país, a prevalência média de sintomas relacionados à rinite alérgica fica em torno de 30% entre adolescentes e 26% entre escolares, o que torna o Brasil um dos países com as maiores taxas mundiais de prevalência, tanto em asma como em rinite. Atualmente é explorada a possibilidade de que ambas compartilhem do mesmo mecanismo fisiopatológico e dos mesmos fatores de risco, tendo sido, inclusive, introduzidos na literatura novos conceitos mais abrangentes como "rinobronquite alérgica" e "síndrome alérgica respiratória única". **Objetivos:** Avaliar a prevalência de rinite em pacientes asmáticos acompanhados pelo Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA), na cidade de Manaus, Amazonas. **Métodos:** Estudo retrospectivo que analisou a prevalência de sintomas de rinite em pacientes asmáticos registrados no PACA, que compareceram às consultas no ano de 2018 e já estavam em acompanhamento no programa há pelo menos um ano. Os dados foram coletados com base nos registros das consultas em prontuários. Foram analisadas as variáveis: idade, sexo, presença de sintomas compatíveis com rinite, taxa de exacerbação e causas de exacerbação. Foi elaborada planilha eletrônica no Excel 2016 para processamento de dados e realização de análise estatística. **Resultados:** Ao todo foram analisados 223 registros de consultas, onde 58,2% (130) dos indivíduos apresentavam rinite alérgica. Desses, a média de idade encontrada foi de 40,2 anos (7-85 anos), sendo a maioria da faixa etária adulta, representando 71,5% (93) da população avaliada. A maioria era do sexo feminino, correspondendo a 72,3% (94), e apenas 27,6% (36) era do sexo masculino. Com relação as taxas de exacerbações, 46,1% (60) dos portadores de rinite apresentaram pelo menos 1 episódio nos últimos 3 meses, enquanto aqueles que não possuem rinite corresponderam a 26,8% (25) dentro da população analisada; dentro de ambas as condições a principal causa de exacerbação foi a infecção de vias aéreas superiores (IVAS), correspondendo a 46,1% (60) naqueles com rinite e 44% (11) naqueles sem. **Conclusão:** De todos os pacientes analisados, mais da metade deles possuíam rinite alérgica associada a asma, o que favorece a identificação desse espectro comum de fisiopatologia entre ambas as doenças. Além disso, quase metade desses indivíduos apresentaram pelo menos 1 episódio de exacerbação nos últimos 3 meses, contrapondo-se a uma porcentagem aproximadamente 20% menor no grupo de pacientes não portadores de rinite. Isso tudo sugere o quão importante é identificar e tratar também a rinopatia nesses pacientes para atingir o controle da asma e minimizar a ocorrência de exacerbações.

PO136 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE APRISIONAMENTO AÉREO NA TOMOGRAFIA DE TÓRAX E ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA EM PACIENTES COM ASMA GRAVE

REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; DIOGO DREVENOWSKI; MATHEUS FERNANDO RIETTER QUINTINO FERREIRA; GIOVANNA LEMES LEAO; LÊDA MARIA RABELO; DANTE LUIZ ESCUISSATO.
COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: índice de massa corporal; asma grave; tomografia de tórax

Introdução: A obesidade é fator de risco para asma e um determinante de gravidade e morbidade nesses pacientes. Os mecanismos que explicam a associação entre elevado Índice de Massa Corpórea (IMC) e a gravidade da asma ainda não estão completamente explicados, mas podem envolver diferentes vias inflamatórias, mudanças no stress oxidativo, comorbidades associadas- como doença do refluxo gastroesofágico e apneia obstrutiva do sono. Há poucos estudos que avaliam os efeitos do elevado IMC em asmáticos e sua relação com alterações na

tomografia de tórax. **Objetivo:** Avaliar se há associação entre IMC e aprisionamento aéreo na tomografia de tórax de pacientes com asma grave. **Métodos:** Por meio de um estudo observacional transversal, avaliamos 39 pacientes adultos com asma grave, atendidos no ambulatório de asma do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR). Comparamos o IMC dos pacientes com o achado de aprisionamento aéreo na tomografia computadorizada de tórax. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do CHC-UFPR. Foi utilizado teste t student para variáveis independentes e considerado significativo valor de $p<0,05$. Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE v. 14. 1. StataCorpLP, USA. **Resultados:** A idade média dos pacientes estudados foi de 52,1 ± 15,3 anos; 31 (79,5%) pacientes eram do sexo feminino e 8 (20,5%) do sexo masculino. O IMC médio dos pacientes foi de 29,6 ± 5,1 kg/m^2. Foi encontrado aprisionamento aéreo na tomografia de tórax de 33 pacientes, a média do IMC desse grupo foi de 30,1±4,7 kg/m^2 contra 26,7 ± 6,5 Kg/m^2 para o grupo sem aprisionamento aéreo. Foi realizado test t student para amostras independentes, que demonstrou não haver uma associação entre IMC e aprisionamento de ar na tomografia de tórax. **Conclusão:** Já foi demonstrado que, em pacientes obesos asmáticos, alterações tomográficas como o espessamento brônquico podem ser encontradas. Porém ainda são poucos os estudos que relacionam o IMC e sua expressão tomográfica, em pacientes asmáticos. Ao contrário do que imaginávamos, não houve uma significativa associação entre aprisionamento aéreo e o IMC. **Referência:** Xu S, Gilliland FD, Conti D V. Elucidation of causal direction between asthma and obesity**:** a bi-directional Mendelian randomization study. Int J Epidemiol. 2019;1–9.

PO137 DISFAGIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN: RELATO DE CASO.

LORENA KAREN HOLANDA VIDAL QUEIROGA[1]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; MATEUS MACENA CORREIA DE LIMA[3]; CLÁUDIA VERBENA FERREIRA COSTA[4]; LETÍCIA STEPHANIE PIRES XAVIER GOMES RIBEIRO[5]; GABRIELA CÉSAR FALCÃO VIEIRA[6].
1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 6. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Traqueobroncomegalia; Mounier-Kuhn; Síndrome

Introdução: A síndrome de Mounier-Kuhn, ou traqueobroncomegalia congênita, é uma entidade clínica rara. É caracterizada pela atrofia ou ausência de fibras elásticas e adelgaçamento da musculatura lisa na traqueia, brônquios principais e de primeira à quarta ordem, consequentemente, as vias aéreas flácidas tornam-se bastante alargadas na inspiração e colapsadas na expiração. O diagnóstico geralmente pode ser realizado através da mensuração do diâmetro traqueal. Apresentamos o caso de um homem de 73 anos com disfagia, melhorada subitamente após expectoração, no qual a traqueobroncomegalia foi confirmada através de tomografia computadorizada. **Relato de Caso:** Homem, 73 anos, relata dispneia há 1 ano, com piora progressiva nos últimos 10 dias, associado a disfagia e perda de peso involuntária (20kg em 6 meses). Diabético tipo 2, porém não fazia uso de medicações. Passado de hanseníase há 30 anos. Sorologias negativas, exame físico inocente. Em virtude da disfagia, solicitada Endoscopia Digestiva Alta (EDA), sem achados relevantes. Radiografia de tórax realizada na admissão evidenciava alargamento de mediastino e traqueia irregular. Por achado de aumento mediastinal, foi solicitada TC de tórax que apresentou traqueia dismórfica, aumentada (diâmetro acima do arco aórtico = 38 mm), com múltiplos diverticulos, também com brônquios-fontes direito e esquerdo de, respectivamente, 19 mm e 16 mm, sendo então feito o diagnóstico de Síndrome de Mounier-Kuhn. Chamou atenção que após a realização de EDA e fisioterapia respiratória com eliminação de considerável volume expectorado, houve resolução completa da queixa de disfagia e paciente apresentou melhora de aceitação dietética e de estado nutricional. Ainda, durante a internação, o paciente realizou espirometria com prova pós-broncodilatador, apresentando padrão sugestivo de distúrbio ventilatório restritivo e baciloscopia de escarro com amostra negativa. Paciente evoluiu com estabilidade clínica, em vigência somente de tratamento sintomático, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial, estando estável em consultas de retorno. **Discussão:** A análise dos dados clínicos e exames realizados foi compatível para o diagnóstico de Síndrome de Mounier-Kuhn (traqueobroncomegalia congênita), doença caracterizada pela dilatação anormal de traquéia e brônquios principais (maior que 30 mm para diâmetro transverso da traquéia – sendo maior que 20mm quando acima do arco aórtico-, e 20 mm e 15 mm para os diâmetros transversos dos brônquios principais direito e esquerdo). A fraqueza da parede da traqueia predispõe ao desenvolvimento de herniações entre os anéis traqueais, levando a diverticulose e retenção de secreções nas mesma, que pela localização anatômica podem comprimir o esôfago e justificar a disfagia. Os pacientes sintomáticos podem necessitar de antibioterapia nas exacerbações infecciosas ou drenagem postural com fisioterapia respiratória. Pacientes assintomáticos não requerem terapia específica.

PO138 SÍNDROME DE PRUNE-BELLY: RELATO DE CASO EM PACIENTE ADULTO.

MATTHEWS CORREIA NASCIMENTO[1]; ANTONIO EDUARDO BITU FEITOSA[2]; SAMUEL CIRÍACO SILVA DE OLIVEIRA[2]; BRUNA KARINE BATISTA DA SILVA[2]; ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO[2]; VICTOR CÉSAR CAJAZEIRAS ESTRELA[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Prune Belly; Bronquiectasias; Malformação

Introdução: A síndrome de Prune Belly representa uma malformação rara de etiologia desconhecida, afetando 1: 30. 000 nascidos vivos com preferência pelo sexo masculino. É caracterizada por uma tríade clássica**:** ausência ou hipoplasia congênita dos músculos da parede abdominal, criptorquidia e anomalia do trato urinário. Disfunções do trato gastrointestinal, respiratório e cardiovascular, além do sistema musculoesquelético, podem ser encontradas em grande parcela dos pacientes acometidos. Nesses indivíduos, complicações renais crônicas e pulmonares atribuem prognóstico sombrio, o que evidencia necessidade de intervenção cirúrgica precoce para a melhora da qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 29 anos, deu entrada ao serviço de emergência do Hospital Regional do Cariri (HRC) referindo dispneia em repouso de início progressivo, tosse cheia e hemoptise volumosa há cerca de 48 horas. Relata histórico de pneumonias de repetição desde 2 ano de idade, o que ocasionou múltiplos internamentos, sendo o último há 8 meses com quadro similar ao atual. Apresentava perda ponderal, sensação de plenitude, intolerância alimentar a massas e leite, além de diarreia pastosa. Ao exame físico

revelava abdômen plano e extremamente flácido, com estrias e palpação superficial dolorosa em epigástrio, cifoescoliose e criptorquidia bilateral. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Foi realizado broncoscopia, a qual demonstrava fenda glótica mediana e distorção da arquitetura traqueobrônquica com redução do calibre do brônquio principal esquerdo, além de Tomografia Computadorizada (TC) de tórax que indicava aumento do fluxo arterial pulmonar, redução volumétrica do pulmão esquerdo, múltiplas bronquiectasias císticas e varicosas a esquerda e pulmão direito vicariante, além do desvio lateral do eixo toracolombar de convexidade à direita. O ecocardiograma revelava insuficiência mitral leve e derrame pericárdico laminar. **Discussão:** Malformação congênita de diagnóstico normalmente realizado após o nascimento ou durante a infância, a síndrome de Prune Belly tem evoluções muitas vezes relacionadas a alterações ortopédicas (65%), gastrointestinais (63%) e cardiopulmonares (49%), sendo a asma o mais prevalente com até 22% dos casos em associação. Com achados clínicos e laboratoriais de apresentações inespecíficas, é uma condição de raro diagnóstico após os períodos fetal, neonatal e infantil. As condutas cirúrgicas como abdominoplastia modificada e vesicostomia se tornam menos usuais e pouco presentes na literatura, sendo extremamente modificáveis pelo estado geral e preferências do paciente. **Referências:** TEIXEIRA, Roni Leonardo; PETRECA, Alexandre; GARCIA, Patrícia Andréa Torres. Síndrome de Prune Belly. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 400-401, Dec. 2004. Disponível em <http: //www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912004000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de junho de 2019.

PO139 SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO

ANDREZZA ARAÚJO DE OLIVEIRA DUARTE[1]; IJANILEIDE GABRIEL DE ARAÚJO BRAGA[1]; MÁRCIO ROGÉRIO ONOFRE DUARTE[1]; GABRIEL VICTOR REBOUÇAS FREIRE[1]; JÚLIO MANOEL DE SOUZA PAULINO[1]; IGOR MATHEUS ARAÚJO DUARTE[2].
1. UFCG, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: bronquiectasias; síndrome de kartagener; polipose

Introdução: A Síndrome de Kartagener é uma doença autossômica recessiva rara esclarecida por Kartagener em 1933[1,3]. Apresenta uma tríade composta por pansinusite crônica, bronquiectasias e situs inversus com dextrocardia[1,2]. Sua incidência é de 1/40. 000 nascimentos[1]. É um subgrupo da síndrome de discinesia ciliar[6,7]. A ausência ou déficit de braços de dineína causam a diminuição da função dos cílios, gerando movimentos ineficientes que dificultam o transporte de muco, com consequente estagnação das secreções e proliferação de bactérias. A motilidade ciliar também é responsável pela rotação das vísceras durante a embriogênese, e sua disfunção causa o situs inversus. **Relato de Caso:** Paciente de 75 anos, masculino, com infecções respiratórias de repetição desde a infância, queixas diárias de tosse produtiva com expectoração mucosa e às vezes hemoptise. Diagnosticado com sinusite crônica e polipose nasal, tendo feito duas cirurgias de sinusectomia e duas polipectomias. Negou tabagismo. É casado, e não possui filhos. No exame físico as alterações sugerem presença do situs inversus, como a palpação do ictus cardíaco à direita, palpação do fígado à esquerda e timpanismo no hipocôndrio direito, presença de crepitações basais e sibilos esparsos a ausculta pulmonar, saturação em ar ambiente de 96%. Espirometria com DVO grave, sem resposta ao broncodilatador. TC de seios da face, mostrou opacidades ovaladas sugestivas de polipose, além de espessamento mucoso nos seios etmoidais, esfenoidal e frontal esquerdo. TC tórax mostrou situs inversus totalis, bronquiectasias em lobo médio e língula, impactação mucoide e árvores em brotamento envolvendo ambos os campos pulmonares, notadamente o Lobo Inferior Esquerdo. Foi prescrito Glicopirrônio e Acetilcisteína. **Discussão:** No caso abordado, a história de infecções respiratórias de repetição, polipose e sinusite crônica associado aos exames de imagem que comprovaram o achado de situs inversus totalis, inferiram a tríade clássica da síndrome de kartagener. O diagnóstico definitivo é dado através da microscopia eletrônica e do exame da sacarina nas amostras de espermatozoides[8]. Embora o paciente não o tenha feito, a infertilidade relatada corrobora a suspeição. A Síndrome é considerada uma forma grave de discinesia ciliar e deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes com bronquiectasia. Essas, geralmente bilaterais e basais, decorrem da alteração no transporte mucociliar e da estase de secreções brônquicas, o que cursa com infecção e inflamação nas vias aéreas predispondo a uma doença obstrutivo-supurativa crônica do trato respiratório. No caso relatado, o quadro corresponde às descrições literárias e seus sintomas e achados são compatíveis com as consequências anatomopatológicas da síndrome. Diagnosticar precocemente possibilita tratamento paliativo adequado e evita sequelas permanentes como perda de função pulmonar, bronquiectasias extensas e as rinossinusites crônicas.

PO140 SÍNDROME DE KARTAGENER DIAGNOSTICADA APÓS RESSECÇÃO PULMONAR: UM RELATO DE CASO

MARIA EDUARDA DO NASCIMENTO FERREIRA[1]; HELLEN LIMA ALENCAR[1]; LUANA ARAÚJO DINIZ[1]; KARLA GRAZIELY SOARES GOMES[1]; IRVING ARAÚJO DAMASCENO[1]; ALINE FURTADO SOBRAL[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO, BARBALHA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Kartagener; Discinesia Ciliar Primária; Diagnóstico Tardio

Introdução: A Síndrome de Kartagener (SK) é uma rara síndrome caracterizada por bronquiectasias, sinusite e *situs inversus*, sendo a forma mais grave da Discinesia Ciliar Primária, desordem hereditária de caráter autossômico recessivo. O presente estudo reporta um caso de SK em uma paciente de 45 anos diagnosticada tardiamente após cirurgia de decorticação pulmonar. **Relato de Caso:** R. L. P., 45 anos, feminino, parda, referia tosse diária com secreção amarelada acompanhada, por vezes, de sensação de calafrios e de dispneia (MRC 2). Possuía história de tabagismo importante por 16 anos, com pneumonias recorrentes na infância e dois irmãos falecidos por patologias pulmonares não diagnosticadas. A paciente foi submetida a uma ressecção pulmonar de língula e pirâmide basal esquerda em 2016 por encarceramento pulmonar secundário a empiema pleural. Negou demais comorbidades. Ao exame físico, apresentou alterações compatíveis com *situs inversus*, como o *ictus cordis* palpável à direita e fígado à esquerda. O exame do aparelho respiratório apresentou murmúrios vesiculares presentes em ambos os hemitórax, mas diminuídos em hemitórax direito. Dos exames solicitados, a espirometria apresentou distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta a broncodilatador. Já a Tomografia Computadorizada de Alta Resolução de tórax revelou mediastino retraído para a direita, *situs inversus totalis*, diminuição da área do pulmão direito, bronquiectasias cilíndricas com nódulos centrolobulares em língula e segmento superior do lobo

esquerdo e, em lobo médio, sem nódulos. No seguimento, foram solicitados espirometria, que apresentou-se sem alterações, radiografia de tórax que evidenciou dextrocardia e alterações cicatriciais em pulmões e cultura de escarro positiva para *Klebsiella* sp. sensível à ciprofloxacina, azitromicina e ceftriaxona. Além disso, a paciente evoluiu com piora da dispneia (MRC 3) e com crepitações em base e ápice predominando à direita. Mesmo realizando tratamento com ciprofloxacina por 14 dias e fisioterapia respiratória duas vezes por semana, a paciente evoluiu com piora dos episódios infecciosos, tosse predominantemente à noite e congestão nasal. **Discussão:** A função dos cílios no epitélio respiratório é remover partículas de diferentes tamanhos promovendo o clearance do trato respiratório superior e inferior. A presença da Discinesia Ciliar Primária resulta no acúmulo de muco que favorece o desenvolvimento de infecções respiratórias. O caso em análise apresenta a clínica frequentemente encontrada na SK, mas com o diagnóstico tardio, sendo realizado após a evolução de um empiema e posterior decorticação pulmonar. A patologia não possui cura, mas o prognóstico é intermediário, sendo imprescindível a longitudinalidade do tratamento a fim de evitar novas infecções aéreas de repetição que poderiam agravar o quadro e piorar o prognóstico. Ademais, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce para evitar complicações futuras como no caso da paciente estudada.

PO141 TAXA DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE NO ESTADO DA BAHIA, ENTRE 2014 A 2019.

HANNA MINA DOS SANTOS CORRÊA[1]; IZADORA DE JESUS OLIVEIRA[2]; CAROLINA MATOS DÓREA[2]; DYONATAS RODRIGUES DA MATA[2]; ANDERSON RODRIGUES DOURADO BASTOS[2]; CARLOS FREDERICO LOPES BENEVIDES[2].

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: câncer; laringe; carcinoma

Introdução: O câncer de laringe ocorre predominantemente em homens acima de 40 anos e é um dos mais comuns entre os que atingem a região da cabeça e pescoço. O tipo histológico mais prevalente, em mais de 90% dos pacientes, é o carcinoma de células escamosas. Os principais fatores de risco são o tabagismo e o alcoolismo, sendo que o hábito tabagista aumenta em 10 vezes a chance de desenvolver o câncer de laringe. **Objetivos:** Avaliar a evolução da taxa de mortalidade por neoplasia maligna de laringe entre os anos de 2014 e 2019 no estado da Bahia. Através dessa análise, verificar a sua magnitude e tendências de modificação temporal, para definição do seu impacto como problema de saúde pública. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo. Para obtenção dos dados, foi utilizado o instrumento DATASUS, que disponibiliza a taxa de mortalidade específica por neoplasia maligna (de laringe), indicador que representa o número de óbitos por 100 mil habitantes, na população residente no estado da Bahia entre os anos de 2014 e 2019. Os dados têm como fonte o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a base demográfica do IBGE e o Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Resultados:** A taxa de mortalidade no período como um todo foi de 8,74, tendo havido uma redução de 10% entre o ano de 2014 (taxa de 8,55) e 2019 (7,69). No entanto, esse declínio não foi linear, visto que um pico ocorreu no ano de 2016, com valor de 11,60. Em relação à distribuição por sexo, observou-se uma taxa discretamente maior no feminino, com 8,80, em relação ao masculino, 8,73. Essa, contudo, não foi uma observação constante, com grande variação dentro do intervalo temporal. Destaca-se ainda maior mortalidade a partir dos 80 anos, com 11,9 óbitos/100 mil habitantes nessa faixa etária, e na raça amarela (14,29), seguida pela parda (8,3). **Conclusão:** Observa-se que no período de 5 anos a taxa de mortalidade caiu no estado da Bahia. Entretanto isso se deve principalmente à novas técnicas cirúrgicas desenvolvidas permitindo a preservação da função da laringe, apesar da taxa de tabagismo ainda ser alta no Brasil. Os programas de prevenção do câncer de laringe, têm dado grande ênfase às ações educativas, sobretudo ao combate do tabagismo, porém muitos indivíduos continuam a adotar comportamentos que frequentemente podem prejudicar sua saúde a curto, médio e longo prazo. Diante disso, é necessário tornar mais abrangente a atuação dos profissionais de saúde, de maneira a ir além do corpo biológico do indivíduo e incluir a compreensão das referências adotadas pelas pessoas envolvidas no processo. **Referencias:** HORTENSE, Flávia Tatiana Pedrolo; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 1, p. 24-30, Feb. 2008. Available from <https: //www. inca. gov. br/tipos-de-cancer/cancer-de-laringe> access on 7 June 2019.

PO142 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES DE 2013 A 2017, NO ESTADO DA PARAÍBA

STÉFANY LIMA PONTES[1]; JULIANA CABRAL MARINHO[1]; JOAQUIM VITOR BEZERRA NOBRE[1]; ANTÔNIO RAMOS NOGUEIRA FERNANDES[2]; MARIANA BELMONT CARVALHO XAVIER CRUZ[2]; MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI[1].

1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: neoplasia; mortalidade; epidemiologia

Introdução: As neoplasias representam a segunda causa de mortalidade no mundo, sendo o câncer de pulmão o tipo que mais mata. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento desta enfermidade, encontra-se o tabagismo como fator principal. No Brasil, a neoplasia maligna de pulmão, bem como as de traqueia e brônquios ocupam a segunda colocação em incidência nos homens e a quarta colocação entre as mulheres. **Objetivo:** Compreender a evolução temporal da mortalidade por neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões, no estado da Paraíba, no período de 2013 a 2017. **Metodologia:** Realizou-se um Estudo Transversal Retrospectivo para estimar a frequência de mortalidade por neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões na Paraíba, estratificando os dados por ano do óbito, sexo e idade. As informações para a realização do estudo foram coletadas através do banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS e através do Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Resultados:** Entre os anos de 2013 e 2017, na Paraíba, foram registrados um total de 2025 óbitos por neoplasia malignas de traquéia, brônquios e pulmões e observou-se um maior número de casos, 443 (21,9%), no ano de 2017. Em relação ao sexo, percebeu-se que a população mais afetada foi a masculina com 1068 casos, representando 52,7% do total, o que corrobora com a média nacional de 58,5%. Já no que diz respeito à faixa etária notou-se uma maior prevalência do número de óbitos com o aumento da idade, sobretudo a partir dos 40 anos, o que é explicado pelo fato de que com o aumento da idade há também um acúmulo de fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Dos 15 aos 39 anos, foram

registradas 48 (2,4%) mortes, enquanto acima dos 40 anos foram registradas 1977 (97,6%), sendo àqueles com idades entre 70-79 anos os mais afetados, respondendo por 27,9% dos óbitos, com 566 casos. **Conclusão:** Diante do estudo, conclui-se que o câncer de traqueia, brônquios e pulmões na Paraíba possui um perfil de mortalidade composto por uma população idosa, do sexo masculino e com números crescentes ao longo dos anos.

PO143 PERFIL MOLECULAR DE CARCINOMA NÃO PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO E CORRELAÇÃO COM DADOS ANATOMOPATOLÓGICOS

ISADORA ESPÍNDOLA LEITE BORGES; LUCIANA XIMENES SALUSTIANO; LAURA ABI FAIÇAL BARROS; MATEUS RIBEIRO BORGES CHEUNG.
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Câncer de Pulmão; Carcinoma Não Pequenas Células; Adenocarcinoma

Introdução: O câncer de pulmão representa 13% de todos os novos casos de câncer. Em 2018, o estimou-se cerca de 31. 270 novos casos. É a principal causa de mortalidade por câncer, o segundo tipo de maior incidência em homens e o quarto em mulheres no Brasil. O tipo histológico mais comum é o Carcinoma Não-Pequenas Células (CNPC) sendo o Adenocarcinoma o tipo mais frequente atualmente. Especialmente nesse tipo histológico, a avaliação do perfil molecular se faz cada vez mais crucial devido a terapias específicas. Atualmente estão disponíveis os testes moleculares para avaliação de mutações no gene EGFR, translocação da proteína ALK e do gene ROS1. **Objetivos:** Observar o perfil molecular de CNPC de pulmão e correlacionar com dados anatomopatológicos, sexo e idade diagnosticados em um laboratório privado. **Metódos:** O estudo é retrospectivo analítico. Foram analisados pacientes com diagnóstico de CNPC que realizaram o perfil molecular. No período do estudo, os princípios enunciados na resolução 466/12 foram respeitados, mantendo-se em sigilo a identidade dos pacientes. **Resultados:** Dos 115 casos diagnosticado com CNPC, mais de 73% dos pacientes estavam entre a 5ª e 6ª década de vida e 57,5% correspondiam a mulheres. Adenocarcinoma acinar foi a variante histológica encontrada em 69% dos casos (56,2% mulheres), seguido das variantes sólido (9,6%), mucinoso (8,7%) e moderadamente diferenciado (6,1%). Mutações no gene EGFR foram pesquisadas em todos os 115 pacientes, com positividade em 32,2 %, sendo 72,9% mulheres. Em relação ao tipo histológico, 81,1% das mutações de EGFR foram no adenocarcinoma acinar. Os éxons do gene EGFR mais mutados foram o 19 (48,9%), L858R (28,9%) e T790M (13,33%), sendo o último sempre acompanhado da mutação em um dos outros dois éxons e que confere resistência ao tratamento. A translocacão do gene ALK e ROS1 foi pesquisada em 35 pacientes, observando-se positividade da proteína ALK em apenas 1 homem na 8 década de vida com adenocarcinoma acinar. Não houve positividade para translocação de ROS1 em nenhum dos pacientes analisados. **Conclusão:** O estudo demonstra uma alta incidência da mutação do gene EGFR em adenocarcinomas acinares primários de pulmão, tipo histológico mais comum e em pacientes do sexo feminino, o que possibilita nova alternativa de tratamento com o uso de terapia alvo e um melhor prognóstico para paciente diagnosticados com CNPC. **Referências:** ARAUJO, Luiz Henrique et al. Lung cancer in Brazil. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 44, n. 1, p. 55-64, Feb. 2018. FERNANDES, Caio Júlio Cesar dos Santos. Evolution in the management of non-small cell lung cancer in Brazil. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 43, n. 6, p. 403-404, Dec. 2017. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. Vol. 7, no 22 < outubro / novembro / dezembro < 2010 ZHANG, Yue-Lun et al. "The prevalence of EGFR mutation in patients with non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis" *Oncotarget* vol. 7,48 (2016): 78985-78993.

PO144 UMA RARA CAUSA DE MÚLTIPLOS NÓDULO PULMONARES: HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE - RELATO DE CASO

DIOGO DREVENOWSKI; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; JOEL SERAFINI; DANIELLA PORFIRIO NUNES.
HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Hemangioendotelioma epitelioide; Múltiplos nódulos pulmonares; Câncer

Introdução: O hemangioendotelioma epitelioide (HEE) é um raro tumor do endotélio vascular com baixo a intermediário grau de malignidade. Ocorre em adultos com mediana de 36 anos. A frequência de locais é: fígado (21%), fígado e pulmão (18%), osso (14%), pulmão (12%), dentre outros sítios. Quando do acometimento pulmonar até 76% são assintomáticos – dor torácica, hemoptise, síndrome consumptiva e baqueteamento naqueles com sintomas. **Relato de Caso:** Masculino, 59 anos. Raio-X de pré-operatório de cirurgia inguinal com múltiplos nódulos pulmonares bilaterais. Assintomático respiratório e de outros sistemas, sem síndrome consumptiva ou febre. Isento de comorbidades, medicações, tabagismo, exposições e câncer na família. SpO2 97%, FR 16, IMC 26 kg/m2, sem linfonodomegalia, ausculta pulmonar normal. Alterações laboratoriais: bilirrubina total 3,2 mg/dl, LDH 165 U/L, CA 19-9 85 UI/ml - demais normais. Espirometria normal. TC-tórax: múltiplos nódulos pulmonares de margens irregulares, difusamente distribuídos, o maior com 18mm. TC-abdome: dois nódulos hepáticos hipodensos com realce progressivo pelo contraste. Colonoscopia, EDA e US tireoides sem achados. Biópsia pulmonar com AP de HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE reforçado pela IHQ com CD34 positivo, CD 68-S100-actina-citoqueratinas negativos. Doença irressecável, dois sítios acometidos e paciente assintomático: optado por vigilância clínico-radiológica. Em dois anos de seguimento mantém-se assintomático e TC-tórax-abdome não mostram alterações significativas. **Discussão:** Trata-se de um típico caso de HEE com acometimento pulmonar: paciente assintomático com múltiplos nódulos pulmonares - apresentação mais comum tomográfica, biópsia compatível e, felizmente, curso indolente. Sobrevida média é de 4,6 anos, com análise de subgrupo mostrando extremos de menos de 15 meses quando em progressão da doença metastática até mais de 180 meses no acometimento pulmonar isolado – com relatos de regressão parcial espontânea. Marcadores de pior prognóstico: envolvimento de mais de dois órgãos, presença de lesões pulmonares, idade maior de 55 anos e quando do acometimento pulmonar: hemoptise, hemorragia alveolar, derrame pleural e anemia. Os principais diagnósticos diferenciais são: metástases por outros tipos de neoplasias, malformações arteriovenosas, doenças granulomatosas, doenças fúngicas, linfoma e pneumoconioses. Não há tratamento padrão, mas as opções variam de ressecções quando o número de lesões é limitado, com potencial curativo, e QT (lesões múltiplas). O seguimento das lesões, sem tratamento específico - especialmente para lesões múltiplas em pacientes assintomáticos, tem sido empregado como uma das opções de manejo da doença. **Referências:** Mesquita, RD. Case Report New Insights

about Pulmonary Epithelioid Hemangioendotheliom, 2017. Perrino A. Epithelioid hemangioendothelioma: an overview and update on a rare vascular tumor, 2014. Wu X. Clinical characteristics of epithelioid hemangioendothelioma, Eur J Med Res, 2019.

PO145 RESULTADOS APÓS 02 ANOS DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO POR TOMOGRAFIA DE TÓRAX DE BAIXA DOSAGEM APLICADO EM UMA POPULAÇÃO TABAGISTA DE ALTO RISCO E IDOSA.

JORGE HENRIQUE RIVABEN; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ; VALÉRIA CRISTINA VIGAR MARTINS; FABRÍCIO PRÓSPERO MACHADO; SILVIO FONATANA VELLUDO; TATIANA FIGUEIREDO GUIMARÃES RIBEIRO.

INSTITUTO PREVENT SENIOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: câncer de pulmão; rastreamento populacional; tomografia de tórax

Introdução: Atualmente temos um novo método para realizar o rastreamento do câncer de pulmão através da tomografia computadorizada de tórax de baixa dosagem (TCTBD) que alterou o panorama na detecção precoce em estádios menos avançados do câncer de pulmão e assim influenciando na diminuição da sua taxa de mortalidade. O maior estudo realizado e precursor da vanguarda no rastreamento do câncer de pulmão, foi o The National Lung Screening Trial (1) **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi descrever os resultados em 02 anos obtidos do rastreamento do câncer de pulmão realizado através da TCTBD aplicada a uma população de idosos. Método Os pacientes foram recrutados de um programa de cessação de tabagismo no período de 22/05/2017 A 21/05/2019. Foram recrutados 3255 indivíduos nos quais foram aplicados os critérios de elegibilidade do National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2) e U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (3) para o rastreamento do câncer de pulmão para cada sujeito. **Resultados:** Deste universo, 68,7% eram mulheres (n=2236) e 31,3% eram homens (n=1019). A média da idade foi de 64 anos. Os indivíduos foram submetidos aos critérios do NCCN e USPSTF, sendo 69,1% elegíveis (n=2249) para indicação da primeira TCBD e 30,9 % não elegíveis (n=1006). O resultado da tomografia foi classificado as categorias do Lung CT Screening Reporting and Data System (Lung-Rads). Os casos negativos, categoria 1 e 2 do Lung-Rads foram observados em 1840 indivíduos (81,8%). Os casos positivos ocorreram em 409 indivíduos representando 18,2% da amostra. A categoria 03 em 178 (7,9%); a categoria 4A em 130 (5,8%) e a categoria 4B em 61 (2,7%) e a categoria 04 com fator X em 40 (1,8%). O câncer de pulmão foi identificado em 20 pacientes que retornaram (0,9%) com a tomografia, desses, 75 % do câncer era em estadio precoce (15 indivíduos). Outros achados classificados como S no Lung-Rads ocorreram em 402 indivíduos (17,9%). **Conclusão:** O rastreamento do câncer de pulmão com a TCTBD em uma população de idosos de alto risco é factível. Um maior tempo da aplicação do método, para assim recrurtarmos mais indvíduos, será necessário para constatar a consagração relatada na literatura. **Referências:** 1. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 4, Aug de 2011, Vol. 365, 5, pp. 395-409. 2. Ettinger DS, Wood DE, Akerley W, Bazhenova LA, Borghaei H, Camidge DR, et al. NCNN Guidelines Insights: Non-Smal Cell Lung Cancer, version 4. 2016. J Natl Compr Canc Netw. 14, Mar de 2016, Vol. 3, pp. 255-64. 3. Linda L. Humphrey, MD, MPH, et al. U. S. Preventive Services Task Force Screening for Lung Cancer: U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2014;160: 330-338.). 2014, Vol. 160, pp. 330-338. 4. Radiology, American College of. Lung Cancer Screening Registry (LCSR). 2017. https: // www. acr. org

PO146 SARCOMA FIBROMIXÓIDE: RARA APRESENTAÇÃO DE PAREDE TORÁCICA

ÉRICA ALINE ANDRADE SANTOS; SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA; RICARDO COELHO REIS; FABIO ALERCIO COSTA RODRIGUES.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/UFC, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: sarcoma fibromixóide; parede torácica; doenças raras

Introdução: O Sarcoma Fibromixóide foi descrito pela primeira vez há quase três décadas pelo Dr. Harry Evans. É um sarcoma distinto, indolente e de partes moles. Menos de 350 casos foram relatados na literatura, sendo a maioria destes em extremidades proximais e tronco, inicialmente diagnosticados como entidades benignas, como fibroma e, posteriormente, apresentando metástases. Neste trabalho, é descrita uma apresentação rara, de baixo grau, em parede torácica e apresentada breve revisão sobre o tema. **Relato de Caso:** Paciente, sexo feminino, 26 anos, com quadro de dor torácica em região inframamária esquerda, ventilatório dependente, que piorava ao tossir e espirrar. Referia que a dor havia surgido há um ano e piorado um mês antes da consulta. Negou tosse, dispneia, hemoptise, febre ou perda de peso. Negou comorbidades. Ex-tabagista esporádica (parou há 9 anos). Negou etilismo. Relatava contato diário com pássaros. Exame físico sem alterações. A radiografia do tórax sugeria eventração diafragmática à esquerda mas a tomografia de tórax mostrou massa volumosa de contornos lobulados, limites bem definidos de aspecto neoplásico em espaço intercostal entre o nono e décimo arcos à esquerda. Feito biópsia de pequeno fragmento da lesão: Neurofibroma. Ausência de sinais de malignidade. Após ressecção total da massa, o histopatológico associado à imunohistoquímica foi compatível com sarcoma fibromixóide de baixo grau com EMA (E29), Ki-67 (MIB-1) e o BCL-2 (124) positivos. **Discussão:** Conhecido como Tumor de Evans, é um sarcoma de crescimento lento. Os sinais e sintomas deste tipo de lesão vão depender do local onde foi acometido. Geralmente há uma sensação de nodulação no local do crescimento frequentemente indolor. Os diagnósticos diferenciais incluem tumores benignos (neurofibromas), tumores de malignidade intermediária e outros sarcomas. O sarcoma fibromixóide de baixo grau tem um alto potencial de metastização e com histórico de longos intervalos de tempo entre o tumor e a metástase. Histologicamente, as células tumorais são brandas ou levemente pleomórficas. Figuras mitóticas e necrose geralmente não são identificadas. Imunohistoquimicamente o tumor é caracteriza-se por imunorreatividade citoplasmática granular forte e difusa com o MUC-4 (altamente sensível). Cirurgia, incluindo excisão ampla das margens de ressecção, continua sendo a base do tratamento. Devido ao baixo grau de malignidade e, portanto, à baixa taxa de mitose, não se espera que este sarcoma seja sensível a quimioterapia ou radioterapia. Após ampla revisão da literatura, a identificação e o relato de casos semelhantes a este são necessários para entender melhor como esta entidade se comporta. **Referências:** EVANS HL. Low-grade fibromyxoid sarcoma. Am J Pathol. 2011; 35 (10): 1450-1462. SAAB-CHALOUB MN & AL-ROHILRN. Low-grade fibromyxoid sarcoma of acral sites;J Cutan Pathol. 2019; 46: 271-276. MENDOZA AS et al.

Low-grade fibromyxoid sarcoma of the sigmoid colon. Exp MolPathol 15.

PO147 BLASTOMA DE PULMÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE CASO

YGOR MARCELO MENDES NEGREIROS; IAGO DE LUCENA SOUZA; HÊNIO BEZERRA MINERVINO; BEATRIZ WANDERLEY GAYOSO DE LIMA; FÁBIO CARVALHO TAVARES EMÍDIO; KERLIN ALCÂNTARA SILVA.
FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Blastoma Pulmonar; Tumor de Pulmão; Massa Pulmonar

Introdução: O Blastoma Pulmonar (BP) é uma neoplasia rara, correspondendo a menos de 1% dos tumores primários do pulmão, de caráter agressivo, crescimento rápido e com mau prognóstico. É um tumor do tipo não pequenas células incluindo em sua formação estruturas mesenquimais e epiteliais, que simulam morfologicamente a estrutura pulmonar embriogênica. Geralmente são vistos sob a forma de grandes massas pulmonares sintomáticas e com metástases para linfonodos mediastinais. **Relato de Caso:** E. G. S, 58 anos, masculino, solteiro, pardo, pedreiro, católico, natural e procedente de Santa Rita-PB, ex-tabagista (40 maços/ano), não etilista. Relatou dispneia há 5 meses, associada a tosse seca, emagrecimento de 15 Kg, febre vespertina e parestesia em MMII. Exame físico sem alterações. Realizado TRM-TB e exames laboratoriais, cujos resultados foram negativos. A espirometria constatou um distúrbio obstrutivo moderado, sem resposta significativa pós-bd. A radiografia de tórax mostrou condensação alveolar a esquerda e hiperinsuflação pulmonar. A tomografia de tórax evidenciou uma formação expansiva no segmento apical basal à esquerda de localização infra-hilar, medindo aproximadamente 2,0 x 5,0 cm, com contorno espiculado, sem calcificações, associado a linfonodomegalias hilares à esquerda, cuja impressão diagnóstica foi de blastoma pulmonar, confirmada pela broncoscopia com biópsia. **Discussão:** O BP é um tumor raro, de crescimento rápido e prognóstico reservado. Existem dois tipos histológicos**:** adenocarcinoma pulmonar monofásico, composto apenas de células epiteliais e apresentando um melhor prognóstico, e blastoma pulmonar bifásico, composto por tecido mesenquimal maligno e células epiteliais. Acomete principalmente mulheres jovens, em sua maioria apresentando massa periférica com envolvimento mediastinal, possuindo forte correlação com tabagismo. Inicialmente é assintomático, apresentando manifestações quando avançado, por esse motivo, na maioria das vezes, o diagnóstico é tardio. A tomografia Computadorizada sugere o diagnóstico, o qual é estabelecido através de biópsia por ressecção direta, para lesões periféricas, ou broncoscopia para lesões centrais. A terapêutica se depara com certas controvérsias na literatura, entretanto, estar bem estabelecido que o tratamento cirúrgico é mandatório e a quimioterapia é utilizada para neoadjuvância ou paliação.

1. Robert J, Paché JC, Seium Y, de Perrot M, Spiliopoulos A. Blastoma pulmonar**:** relato de cinco casos e identificação de características clínicas sugestivas da doença. Eur J Cardiothoracic Surg. 2002; 22 (5)**:** 708-11. 2. CS Cutler, Michel RP, Yassa M., Langleben A. blastoma pulmonar**:** relato de caso de um paciente com uma remissão de 7 anos e revisão da experiência de quimioterapia na literatura mundial. Câncer. 1998; 82 (3)**:** 462-7. 3. Zaidi A, Zamvar V, Macbeth F, Gibbs AR, Kulatilake N, Butchart EG. Blastoma pulmonar**:** resultados a médio prazo de um centro regional. Ann Thorac Surg. 2002; 73 (5)**:** 1572-5.

PO148 SÍNDROME DA EMBOLIA GORDUROSA NO PÓS OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA DE JOELHO: RELATO DE CASO

LUANNA KAREN CHAGAS FERNANDES; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA; NILO CÉSAR BRAGA SANTIAGO DE LIMA; LUAN HENRIQUE MARCOLINO DIAS; KAIO JOSÉ SANTOS DE ANDRADE; VINÍCIUS DE AMORIM E JORGE.
UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome da embolia gordurosa; Insuficiência respiratória; Artroplastia de joelho

Introdução: A síndrome da embolia gordurosa (SEG) trata-se do bloqueio da luz vascular por êmbolos de gordura, levando à apresentações clínicas que variam desde hipoxemia leve até quadros fulminantes com lesões e disfunções dos órgãos atingidos. A ocorrência de SEG está muito relacionada com traumatismos de ossos longos ou após procedimentos estéticos como lipoaspiração. Mais raramente há ocorrência de SEG com pós-operatório de cirurgias ortopédicas eletivas. Apresentamos um relato de caso de uma paciente que evoluiu com SEG de manifestação respiratória, após artroplastia de joelho. **Relato de Caso:** Paciente sexo feminino, 66 anos, internada para artroplastia de joelho direito, apresentando queixa de dispnéia importante de início súbito, no terceiro dia de pós-operatório. Ao exame físico a paciente apresentava dispneia acompanhada de dessaturação (92%) e taquicardia, 124 bpm. Encontrava-se consciente, orientada. Foi solicitado TC de tórax contrastada, que revelou imagem difusa em vidro fosco e derrame pleural laminar bilateral, negativo para TEP. O ECG sugeriu Hipertensão da Artéria Pulmonar leve, sem disfunção de Ventrículo Direito, com fração de ejeção normal. Além disso, US com Doppler de membros inferiores foi negativa para TVP, ECG sem alterações sugestivas de Insuficiência Coronariana Aguda, BNP e biomarcadores cardíacos normais. A paciente tinha anemia, leucocitose e plaquetopenia, demonstrados em exames laboratoriais. A paciente recebeu terapia de suporte com O2 canula nasal de alto fluxo por 48 h e ventilação não invasiva, obtendo melhora clínica saturando 98%. Excluída a hipótese infecciosa, tendo em vista a evolução clínica da paciente, e excluídas causas cardíacas e tromboembólicas por exames complementares, diagnosticou-se a SEG. **Discussão:** Na prática atual é estabelecida a relação da SEG com cirurgias eletivas, como artroplastia de joelho. Nesses casos, a fisiopatologia está associada a uma causa mecânica, resultante do rompimento de vasos da medula óssea e de células adiposas liberando gotículas de gordura na circulação venosa, e uma causa bioquímica, decorrente de lesões geradas por acúmulo de ácidos graxos hidrolisados nos alvéolos. A tríade de sintomas característicos, dificuldade respiratória progressiva, alteração de consciência e petéquias cutâneas, é vista em apenas 3 a 4% dos pacientes. Existem critérios diagnósticos propostos, como o de Gurd e o de Schonfeld, nos quais nossa paciente apresenta sinais compatíveis com o diagnóstico da SEG, porém, na prática, esse diagnóstico é feito por exclusão, devido a ausência de exames e sinais específicos. No caso relatado o diagnóstico foi feito por meio de exclusão de fenômenos cardíacos, tromboembólicos ou infecciosos considerando resultados de exames complementares e a pronta melhora clínica da paciente com a terapia de suporte. Além disso, a TC de tórax, apesar de não específica, refere achados compatíveis com SEG, favorecendo o diagnóstico.

PO149 ANÁLISE DO PERFIL DEMOGRÁFICO DAS INTERNAÇÕES POR EMBOLIA PULMONAR NO BRASIL NO ANO DE 2018

FELIPE SILVA TAVARES[1]; DIEGO MEDEIROS DELGADO[2]; KAMILLA PRISCILA COELHO DA COSTA[2]; INAÊ CAROLLINE SILVEIRA DA SILVA[2]; THOMAS KEVIN CANTALICE NÓBREGA[2]; JESSICA FRANCIS DE CARVALHO NASCIMENTO[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, GUARABIRA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: embolia pulmonar; hospitalização; demografia

Introdução: A embolia pulmonar (EP) ocorre em consequência a um evento tromboembólico e figura como grave distúrbio das vias aéreas. Pode ocorrer como evento primário ou secundário a outra disfunção orgânica prévia e/ou exposição cirúrgica. As taxas de internação variam de acordo com a região e o contexto sociodemográfico a ela atrelado. Regiões com melhores índices socioeconômicos têm demonstrado maiores taxas de internação. Apesar da relevância do tema, existem poucos estudos nacionais em relação ao comportamento dessa afecção dentro do Brasil. Nesse sentido, o objetivo deste estudo consiste em descrever o perfil de variação dos números de internações por embolia pulmonar no território brasileiro ao longo do ano de 2018. Dessa forma, o perfil demográfico da doença será melhor elucidado, permitindo melhor entendimento desta. **Métodos:** Estudo descritivo, documental e transversal, de abordagem quantitativa. Foram analisados os dados referentes às internações por embolia pulmonar nas regiões e unidades federativas no ano de 2018, obtidos por meio do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/DATASUS/MS. Foram utilizados, também, dados do IBGE referentes à estimativa da população residente no território nacional, com data de referência em 1º de julho de 2018. Os dados foram consolidados e determinam as taxas de internação segundo região e o número mensal de internações para o Brasil. **Resultados:** No ano de 2018 foram registrados no Brasil um total de 9110 casos de internação por embolia pulmonar. Considerando a distribuição regional, verificou-se a seguinte estruturação distributiva no número de casos**:** sul (265); centro-oeste (661); norte (149) nordeste (1212); e sudeste (4923). No mês de abril ocorreu o menor número de internação, e o pico de casos (865) ocorreu em agosto. A análise comparativa das internações por embolia pulmonar ocorridas nas unidades da federação no mesmo período mostrou uma grande amplitude de variação numérica, de modo que, enquanto no Amapá houve apenas 3 casos registrados, em São Paulo o número de internações foi de 2634. Distributivamente, constatou-se uma média nacional de 4,36 casos para cada 100 mil habitantes. Este mesmo indicador, mostra grande variação regional, com resultados muito discrepantes entre o norte (0,82) e sul (7,28). A mesma discrepância numérica é observada nas unidades da federação, havendo nos extremos opostos**:** Amapá (0,36) e Distrito Federal (8,20). **Conclusão:** A análise do perfil demográfico dos índices de internação por embolia pulmonar permitiu a verificação da estrutura de distribuição da doença nas diferentes regiões e unidades da federação, trazendo informações que podem contribuir no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à elaboração medidas de prevenção e tratamento da doença, além de uma melhor gestão de recursos e contingenciamento estratégico de leitos.

PO150 HIPERTENSÃO PULMONAR EM PACIENTE PORTADOR DE SARCOIDOSE: RELATO DE CASO

SUÉLLEN LÍDIA DA SILVA BARBOSA; JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; THAYSI LOPES FERREIRA; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO; HANNA LETÍCIA NOGUEIRA RAMOS; CAMILA HANAE FILGUEIRA SAITO.
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Sarcoidose; Hipertensão pulmonar; Cateterismo cardíaco

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa crônica multissistêmica com perfil variado de apresentação clínica, órgãos envolvidos e severidade. A hipertensão pulmonar associada a sarcoidose (SAPH) já foi bem descrita e tem grande importância pois acrescenta morbidade e mortalidade significativas aos pacientes. Devido a múltiplos mecanismos fisiopatológicos potencialmente envolvidos na patogênese, a SAPH é classificada como integrante do grupo V entre as categorias de hipertensão pulmonar. A compreensão desses mecanismos e das variáveis hemodinâmicas evidenciadas é de relevância clínica pois o tratamento ideal da SAPH é alvo de muito debate. **Relato de Caso:** Homem, 61 anos, portador de sarcoidose há 20 anos, admitido no serviço de clínica médica de um hospital terciário do Recife com queixa de piora do padrão da dispneia basal nos últimos meses. Relatava tratamento empírico prévio para tuberculose. Ao exame físico, apresentava-se taquipneico e com estertores grossos bilaterais na ausculta pulmonar. Estava em uso de metotrexato 15 mg/semana, ácido fólico 5mg/semana e prednisona 5mg/dia, além de oxigenioterapia suplementar por catéter. TC de tórax recente evidenciava alterações sequelares de tuberculose, múltiplas bronquiectasias predominantes em lobos inferiores e linfonodomegalias mediastinais. Espirometria mostrou distúrbio obstrutivo acentuado e ecocardiograma transtorácico sugeria hipertensão pulmonar (PSAP = 70) com função biventricular preservada. Cateterismo cardíaco direito mostrou pressão média de artéria pulmonar de 36mmHg, POAP normal e resistência vascular pulmonar aumentada. **Discussão:** A hipertensão pulmonar associada a sarcoidose (SAPH) possui prevalência variável, acometendo entre 5,7% e 28,3% dos pacientes com sarcoidose. Embora apresente relação com acometimento pulmonar avançado, sua patogênese pode ser multifatorial**:** arteriopatia granulomatosa pulmonar, acometimento de câmaras cardíacas esquerdas, compressão da vasculatura pulmonar por linfonodomegalias e destruição parenquimatosa pulmonar e hipoxemia crônica. O screening da SAPH pode ser feito através do ecocardiograma transtorácico, contudo o padrão ouro continua a ser o cateterismo cardíaco direito. Em relação ao tratamento específico desta patologia, há ainda dados controversos, sobretudo no que tange à discordância entre melhora de variáveis hemodinâmicas, porém com ausência de resposta satisfatória no 6MWT. Dentre as opções de terapêutica estão os antagonistas dos receptores da endotelina, inibidores da fosfodiesterase 5 e as prostaciclinas. O paciente descrito no relato apresenta quadro clínico e variáveis hemodinâmicas compatíveis com a hipertensão pulmonar associada a sarcoidose e, em virtude das controvérsias descritas na literatura, o caso encontra-se em discussão a respeito da melhor opção terapêutica no contexto individual do paciente.

PO151 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR COM LONGA SOBREVIDA

LUIZ FELIPE DINIZ CAVALCANTI[1]; PRISCILA TAVARES VITORIANO[1]; RONALDO RANGEL TRAVASSOS JUNIOR[2]; HELMAN CAMPOS MARTINS[2]; MARCELO DANTAS TAVARES DE MELO[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: sobrevida; hipertensão pulmonar; prognóstico

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma enfermidade de sobrevida limitada e prognóstico reservado. A sobrevida média estimada na HP idiopática era de 2,8 anos, em dados de 1991. Porém, diagnóstico precoce e disponibilidade de medicação parecem haver elevado a sobrevida dos pacientes ao longo das últimas décadas. **Relatos de caso:** Caso 1: Mulher, 38 anos, diagnóstico de HAP em 2011, após 9 meses de investigação de dispneia progressiva até aos mínimos esforços (CF IV), dor torácica e cianose de extremidades. EcoTT**:** PSAP 82,4 mmHg, aumento de câmaras direitas e disfunção de VD. Hemodinâmico: índice cardíaco normal com aumento da PMAP (74 mmHg). Iniciado tratamento com sildenafil 20 mg 8/8h, evoluiu para CF I. Em 2016, houve piora e nova manometria mostrou PAP 140x60, média 90 mmHg. Foi associada ambrisentana 10 mg/dia, com boa resposta. Atualmente, segue em CF-NYHA II, com TC6M de 394m. Caso 2: Mulher, 30 anos, diagnóstico de doença mista do tecido conjuntivo em 2010 e HAP em 2011, na ocasião com dispneia (CF III), dor torácica e síncope. EcoTT**:** PSAP 85 mmHg, aumento de câmaras direitas e hipocinesia de VD. Hemodinâmica: PAP 65x31 mmHg, PAOP 14 mmHg. Iniciado tratamento com sildenafil 20 mg 8/8h, no InCor/SP**:** evoluiu para CF I. Mudou-se para João Pessoa em 2012, e enfrentou piora clínica por falta de medicação (CF IV). Poucos meses depois, reiniciado o uso de sidenafil após início no acompanhamento no HULW, evoluiu progressivamente para CF-NYHA II. Último EcoTT com VD dilatado e PSAP 78 mmHg. Caso 3: Mulher, 43 anos, diagnóstico de HAP em 2012, na ocasião com dispneia (CF II) e dor precordial aos esforços. Estudo hemodinâmico de 2012: PAP 135x50 mmHg, PCP 30 mmHg. Em uso de sildenafil 20 mg de 8/8h, mantendo CF II. EcoTT**:** PSAP 82 mmHg, com aumento de câmaras direitas e insuficiência tricúspide importante, FEVE 68% em 2012. Segue em CF II, último EcoTT mantendo achados morfológicos e PSAP 91mmHg. **Discussão:** Acompanhar pacientes com HAP medicadas continuamente por anos dá a impressão de que o tratamento específico de fato mudou a história natural da doença. Em 1991, a sobrevida média para paciente com HP do grupo I (idiopática) era estimada em 2,8 anos (IC 95% 1,9 a 3,7 anos), com taxas de sobrevida de 68% em 1 ano, 48% em 3 anos e 34% em 5 anos. No entanto, o prognóstico varia bastante, e marcadores como a classe funcional, variáveis ecocardiográficas, hemodinâmicas e de exercício são úteis para segregar pacientes com pior prognóstico e necessidade de ajustes medicamentosos. Sobrevidas de 92%, 75% e 66% (em 1,3 e 5 anos respectivamente) foram demonstradas para HAP idiopática, familiar e por anorexígenos, em 2010. Uma análise crítica dos dados de sobrevida na HAP mostrou que os números podem estar insuflados por predomínio de casos prevalentes, em detrimento de casos incidentes. Embora com claro benefício dos tratamentos específicos, a HAP segue com mortalidade elevada e prognóstico geral reservado.

PO152 PREVALÊNCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO NO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS

LUCIANA ZANI VIEGAS DA SILVA; DANIELA CAVALET BLANCO; MARCELO TADDAY RODRIGUES; ANA PAULA DONADELLO; MARCELA RODRIGUES.

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: tromboembolismo; pulmonar; cardiovascular

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) aguda é uma das principais causas de emergência cardiovascular. Aproximadamente 25% dos casos pode levar à morte súbita. A incidência anual varia em torno de 45 casos para cada 100. 000 habitantes, com mortalidade de até 30% nos pacientes sem tratamento correto, podendo diminuir para 2,5 a 10% nos pacientes tratados adequadamente. Entre as doenças cardiovasculares é a 3ª causa de morte, ficando atrás somente de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de tromboembolismo pulmonar em pacientes que realizar angiotomografia computadorizada no Hospital São Lucas da PUCRS. **Métodos:** Estudo transversal, observacional, realizado no Serviço de Pneumologia do Hospital da PUCRS. Foi analisado banco de dados com informações de todos os pacientes que realizaram angiotomografia computadorizada por suspeita de Tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo no período de junho de 2017 a junho de 2019. **Resultados:** Foram selecionados 415 pacientes e 17 foram excluídos por dados inconsistentes. Os 398 pacientes remanescentes, obtivemos dados de prontuário para obter a idade e o sexo. Este grupo de pacientes apresentaram 103 (25,8%) de casos positivos para TEP agudo. A maioria dos casos suspeitos eram mulheres (65,5%) e tinham uma média de idade de 58,5 anos. **Conclusão:** Na amostra avaliada aproximadamente 25% dos casos suspeitos de TEP foram confirmados através do exame de angiotomografia, ou seja, é uma doença comum, subdiagnosticada e potencialmente letal.

PO153 ABSCESSO PULMONAR OU TUMOR CAVITADO?

SARAH CAETANO VIEIRA[1]; ALEXANDRE AUGUSTO RAMALHO ARARUNA[2]; ALEXANDRE ROLIM DA PAZ[2]; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO[2]; DANIEL PIRES PESSOA[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY / UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Abscesso pulmonar; carcinoma de células escamosas; cavitação

Introdução: O abscesso pulmonar consiste em um processo cavitário de necrose do parênquima pulmonar, maior que 2 cm, decorrente de uma infecção polimicrobiana (incluindo quase invariavelmente agentes anaeróbios). Radiologicamente, caracteriza-se pela presença de cavitação com nível hidroaéreo. Os sinais mais comuns do abscesso pulmonar são tosse, escarro, febre e fadiga. O tratamento é feito com antibioticoterapia prolongada e fisioteapia respiratória, podendo raramente necessitar de intervenção cirúrgica. Um quinto dos casos de abscesso pulmonar é secundário a alterações anatômicas, como neoplasias ou corpo estranho. **Relato de Caso:** Paciente masculino de 63 anos, admitido no HULW com tosse, febre e expectoração purulenta há um mês. TC do tórax evidenciou opacidade no lobo inferior esquerdo (LIE), com cavitação, além de linfadenomegalias mediastinais. **Hemograma:** leucometria de 23. 000/mm3 e neutrofilia importante. Recebeu diagnóstico inicial de abscesso pulmonar, sendo tratado com Ampicilina/sulbactana. Broncoscopia sem achados além de secreção purulenta no brônquio do segmento lateral do LIE. Após 6 semanas de tratamento antimicrobiano melhora clínica, radiológica ou laboratorial, havendo usado sequenciamente piperaciina/tazobactana, meropenen + vancomicina, foi submetido a biopsia cirúrgica, com diagnóstico histológico de carcinoma de células escamosas. Foi encaminhado para um serviço de Oncologia, mas faleceu antes de iniciar tratamento específico. **Discussão:** A maioria dos abscessos pulmonares decorre de infecção secundária a aspiração

decorrente do rebaixamento do nível de consciência, disfunção de deglutição e má higiene oral/dental. Um diagnóstico diferencial importante é um carcinoma broncogênico abscedado, ou um abscesso decorrente de pneumonia obstrutiva por tumor endobrônquico (no caso de tumor central). Por isso, realizaçao de tomografia computadorizada do tóax e broncoscopia são importantes, particularmente nos pacientes tabagistas e com mais de 55 anos. O carcinoma pulmonar epidermóide, como do caso acima, é capaz de formar cavitações em 10 a 20% dos casos em decorrência da necrose avascular, particularmente nos tumores de elevado índice mitótico. Quando endobrônquico, pode causar abscesso secundário a pneumonia obstutiva. A presença de abscesso concomitante ao carcinoma frequentemente está associada a mau prognóstico. O caso relatado mostra a dificuldade diagnostica, particularmente numa lesão periférica, fora do alcance da broncoscopia. Evitou-se abordagem transtoácica para não contaminar a cavidade pleural, optando-se, ao final, por ciurgia videoassistida. As linfonodomegalias não foram abordadas cirurgicamente, para esclarecimento do seu carater neoplásico ou infeccioso.

PO154 FATORES ASSOCIADOS A TABAGISMO ATUAL EM PACIENTES COM DPOC: ESTUDO TRANSVERSAL DE PACIENTES AMBULATORIAIS NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

ERIKA MIRANDA VASCONCELOS; MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO; MATHEUS LUCAS HENRIQUES SANTOS; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO; RILVA LOPES DE SOUSA MUNOZ; JOSÉ LUIS SIMÕES MAROJA.
UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Dpoc; Tabagismo; Pacientes Atenção Terciária

Introdução: O tabagismo é o principal fator de progressão para a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Entender o perfil e hábitos do paciente com tal doença é importante para manejar corretamente o seu tratamento. **Objetivos:** Comparar características clínicas, demográficas e espirométricas de pacientes com DPOC que são fumantes atuais com ex-fumantes e encontrar fatores associados ao seu estado atual de tabagismo. **Métodos:** Realizou-se estudo descritivo, transversal, com pacientes com DPOC que estavam regularmente visitando o ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) durante o último ano. Seus dados demográficos, clínicos e funcionais foram registrados. Foi feito o levantamento de comorbidades e medicações em uso. Aplicou-se o escore do CAT™ (*COPD Assessment Test*) (Silva et al., 2013). Registraram-se número de exacerbações moderadas e graves no último ano e a pontuação obtida no CAT™ para determinar a classificação GOLD (2018) em A, B, C, D. Os dados espirométricos – volume expiratório forçado no primeiro segundo após broncodilatador (VEF1 pós-BD) – foram utilizados para a classificação em GOLD em 1, 2, 3 e 4. Foi determinada a carga tabágica e o IMC (índice de massa corpórea) dos pacientes. Determinaram-se a razão de prevalência de variáveis binárias entre tabagistas e não tabagistas, assim como diferenças nas pontuações de variáveis quantitativas destes dois grupos através do teste de Mann-Whitney a 5%. **Resultados:** Avaliaram-se 48 pacientes com idade entre 42 e 87 anos (média: 65,8; desvio-padrão: ±9,9), 68,8% com idade ≥ 60 anos, 29 (60,4%) do sexo masculino, 25 tabagistas atuais (52,1%) com carga tabágica de 4 a 180 anos-maço. Observou-se que 29 (60,4%) exacerbaram no último ano, 38 (79,2%) classificaram-se como GOLD 1 e 2 pela espirometria, com média do VEF1 pós-BD de 63,7 ± 20,6, enquanto 39 (81,3%) apresentavam CAT maior ou igual a 10, observando-se escore médio de 17,6 ± 9,6. Dez (20,8%) classificaram-se como GOLD A 20 (41,7%) GOLD B e 18 (37,5%) GOLD D. A maioria utiliza fumarato de formoterol associado com budesonida (68,8%), 60,4% utiliza brometo de tiotrópio e apenas 1 (2,1%) necessita de oxigenioterapia. As principais comorbidades foram hipertensão arterial sistêmica (23/53,1%) e diabetes mellitus (15/31,3%). Tabagismo atual não se associou com idade, sexo, dados espirométricos, escore do CAT, classificação GOLD, presença de comorbidades e número de exacerbações, porém houve diferença estatisticamente significativa do IMC entre os fumantes atuais e os não fumantes (p=0,005), com valores maiores entre os não-fumantes. **Conclusão:** A maioria da amostra foi composta por homens com mais de 60 anos, GOLD 1 e 2/GOLD A e B, CAT > 10, com exacerbações no último ano, comorbidades e em uso de terapêutica broncodilatadora e corticoide inalatório. Observou-se que metade dos pacientes do estudo continuaram fumando mesmo após o diagnóstico de DPOC. Menores índices de IMC associaram-se a tabagismo atual.

PO155 IMPACTO POSITIVO DO OFERECIMENTO DO SERVIÇO DE ESPIROMETRIA PROVIDO POR UMA EMPRESA PRIVADA NA PROMOÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) A INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL

AQUILES ASSUNCAO CAMELIER[1]; RODRIGO TORRES SCABELLO[2]; ENZO RICARDO RUSSO[2]; THAÍS GOMES MELO[2].
1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL; 2. BOEHRINGER INGELHEIM DO BRASIL, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; espirometria; epidemiologia

Introdução: A DPOC é uma condição frequente no Brasil, com prevalência de 15,8% segundo o estudo de prevalência Platino[1]. A maioria (87,5%) de seus pacientes permanecem sem diagnóstico[2]. Uma estratégia recomendada pelo documento GOLD para melhorar o diagnóstico na DPOC é a busca de casos associada à realização da espirometria[3]. A Boehringer Ingelheim do Brasil, desde o ano de 2012, realiza gratuitamente, em parceria com secretarias municipais, estaduais e instituições de saúde de todo o país, exames de espirometria de acordo com solicitação e autorização dos serviços de saúde, associado a programas de capacitação para agentes e profissionais de saúde, na tentativa de reduzir a fila de espera de mais de um ano para a realização da espirometria no país[4-8]. **Objetivo:** Oferecendo o serviço de espirometria em parceria pela Boehringer Ingelheim do Brasil, poderiam ser realizados novos diagnósticos da DPOC em todo o país. **Métodos:** A Boehringer Ingelheim do Brasil instituiu, em 2012, um conjunto de ações que promovia o aumento do diagnóstico da DPOC, em parceria com diversas instituições de saúde no Brasil, sendo públicas e privadas, de assistência e ensino. As ações se davam por meio do fornecimento de espirômetros marca Cosmed® modelo MicroQuark® (www. cosmed. com). As espirometrias eram realizadas por técnicos de espirometria qualificados com as normas da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT)[1]. As espirometrias foram avaliadas de acordo com as normativas brasileiras[9]. A coleta de dados incluiu espirometrias realizadas entre o ano de 2016 a 2018. A frequência estimada da DPOC adotada para estimativa neste estudo foi de 15,8%, sendo 87,5% destes de novos diagnósticos[1,2]. Foi utilizada a estatística descritiva. **Resultados:** No período entre 01 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2018 foram realizadas 198. 370 espirometrias (47. 553 em 2016, 67. 201 em 2017 e 83. 616 em 2018), conforme dados demostrados na figura 1. Figura 1. Número

de espirometrias realizadas pela Boehringer Ingelheim do Brasil em parceria com instituições de saúde nos anos de 2016 a 2018. Nos anos de 2016 a 2018 foram identificados, potencialmente, 31. 342 casos de DPOC, dada a prevalência aproximada de 15,8% da DPOC em adultos acima de 40 anos[1,2,9]. Destes, potencialmente 27. 424 casos eram de novos diagnósticos (87,5% destes casos)[3]. **Conclusões:** Houve um grande potencial benefício de diagnóstico mais precoce e melhores cuidados para a DPOC com a parceria entre a Boehringer Ingelheim do Brasil e diversas entidades do serviço público nos anos de 2017 e 2018.

PO156 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA E RESPIRATÓRIA: DPOC E SAUDÁVEIS

ZENIA TRINDADE DE SOUTO ARAUJO[1]; RUDOLFO HUMMEL GURGEL VIEIRA[2]; IVAN DANIEL BEZERRA NOGUEIRA[2]; NATÉRCIA FERREIRA QUEIROZ[2]; WOUBER HÉRICKSON DE BRITO VIEIRA[2]; PATRÍCIA ANGÉLICA DE MIRANDA SILVA NOGUEIRA[2].
1. UFRN, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Dinamometria isocinética; Músculos esqueléticos

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) está associada a numerosas manifestações sistêmicas e comorbidades que complicam sua evolução. Dessas, a disfunção dos músculos esqueléticos e respiratórios destacam-se por acarretar um comprometimento na capacidade funcional. **Objetivo:** Avaliar e comparar a força muscular respiratória e periférica em pacientes com DPOC e indivíduos saudáveis. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, analítico e observacional, no qual foram avaliados 18 indivíduos, sendo nove com DPOC e nove saudáveis. Foram avaliados quanto ao desempenho neuromuscular do quadríceps femoral (avaliado por meio da dinamometria isocinética), força de preensão manual (dinamômetro manual) e pressões respiratórias máximas (manovacuometria). Os dados foram expressos por meio de média e desvio padrão, analisados no pacote estatístico SPSS 20. 0. Foi considerado um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95% para todas as medidas. **Resultados:** Os indivíduos com DPOC apresentam desempenho neuromuscular de quadríceps femoral e pressões respiratórias máximas inferiores aos sujeitos saudáveis, no entanto houve diferença estatisticamente significante apenas para potência muscular e PImáx ($p<0,05$). Já a força de preensão manual foi maior em indivíduos com DPOC ($p<0,05$). **Conclusão:** Os sujeitos com DPOC possuem alterações neuromusculares em músculos periféricos e respiratórios que possivelmente podem causar redução do desempenho funcional. **Referências:** Soriano JB. An Epidemiological Overview of Chronic Obstructive Pulmonary **Disease:** What Can Real-Life Data Tell Us about Disease Management? COPD J Chronic Obstr Pulm Dis 2017 Mar;14(sup1)**:** S3–7. Dubé B-P, Vermeulen F, Laveneziana P. Disnea de esfuerzo en las enfermedades respiratorias crónicas**:** de la fisiología a la aplicación clínica. Arch Bronconeumol. 2017 Feb;53(2)**:** 62–70. ZJ M, VellosoM, VP L, JA A. Upper limb exercise training for COPD. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(11). Hernández M, Zambom-Ferraresi F, Cebollero P, Hueto J, Cascante JA, Antón MM. The Relationships between Muscle Power and Physical Activity in Older Men with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Aging Phys Act. 2016 Nov;1–26. Cannon DT, Coelho AC, Cao R, Cheng A, Porszasz J, Casaburi R, et al. Skeletal muscle power and fatigue at the tolerable limit of ramp-incremental exercise in COPD. J Appl Physiol. American Physiological Society; 2016 Nov;121: 1365–73.

PO157 ALTA FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE CORTICOIDE INALADO EM PORTADORES DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) E SEU IMPACTO NEGATIVO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (QVRS) EM PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

AQUILES ASSUNCAO CAMELIER[1]; BRUNO HENRIQUE RAMOS BISPO[2]; GUILHERME BRITO BITENCOURT[2]; MARIANA CAMELIER MASCARENHAS[3]; VICTOR DURIER CAVALCANTI DE ALMEIDA[2]; FERNANDA WARKEN ROSA CAMELIER[2].
1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA; ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA; FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB), SALVADOR - BA - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA), SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Corticoide Inalatório; Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Introdução: A falta de aderência a diretrizes pode levar a desfechos negativos na DPOC, especialmente na QVRS, se estes pacientes utilizarem corticosteroides inalados (CI) sem indicação formal[1,2,3]. As taxas de uso do CI variam entre 42 a 86%[4,5]. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da DPOC, elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) fornece broncodilatador de ação longa apenas se estiver associado ao CI, condicionando o uso desta associação nos portadores da DPOC[6]. **Objetivos:** Descrever a frequência de uso de CI em portadores da DPOC atendidos ambulatorialmente pelo SUS e analisar o impacto na QVRS e outros desfechos em saúde. **Métodos:** Foi realizado um estudo de corte transversal em uma amostra de portadores da DPOC atendidos ambulatorialmente em um hospital público (Hospital Geral Roberto Santos, Universidade do Estado da Bahia). As espirometrias foram realizadas de acordo com as normativas brasileiras[7]. A QVRS foi mensurada utilizando o Questionário AQ20[8]. Os pacientes foram estadiados conforme o recomendado pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia[9]. Um $p<0,05$ foi significante. **Resultados:** 167 pacientes (média de idade = 66,5 + 9,8 anos) com DPOC atendidos ambulatorialmente foram avaliados. Na estatística descritiva encontrou-se o MRC = 1,9 + 1,2, o CAT = 16,3 + 9,2 o AQ20 = 48,1 + 25,6%, o IMC = 24,7 + 5,4 Kg/m^2, o VEF1 Pós BD = 45,7 + 15,8%, a relação VEF1/CVF = 68,8 + 13,5, a SpO2 = 95,4 + 3,8 e o TC6 min = 345,66 + 102,7. A maioria (134 pacientes ou 84,2%) dos pacientes estava em uso de algum tipo de CI regularmente. Do total de 167 pacientes, 109 (65,3%) tinham acesso ao tratamento através da distribuição de medicamentos gratuita pelo PCDT do MS (missing data = 9 – 5,4%). Dentre os pacientes que usavam CI, a frequência era significativamente maior nos que tinham acesso a tratamento (gratuito) do PCDT do MS (100 pacientes ou 63,5%) do que os que tinham acesso via farmácia popular ou compra com recursos próprios (34 pacientes - 21,5%) e que utilizavam CI ($p < 0,001$). A percepção de Qualidade de Vida (AQ20%) esteve pior nos pacientes usando CI (AQ20% 51,2+ 24,4) do que nos pacientes que não usavam CI (AQ20% 35,6+26,8), com $p < 0,002$. **Conclusão:** A frequência de uso de CI nesta amostra está entre uma das mais altas do mundo (84,2%), estando o uso deste fármaco associado com o acesso de medicamentos gratuito via PCDT do MS e com uma pior percepção de qualidade de vida pelo questionário AQ20.

PO158 RELAÇÃO ENTRE ESCORE CAT E FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE NO HULW/UFPB

MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO[1]; ERIKA MIRANDA VASCONCELOS[1]; MATHEUS LUCAS HENRIQUES SANTOS[2]; JOSÉ LUIS SIMÕES MAROJA[1]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[1]; RILVA LOPES DE SOUSA MUNOZ[1].
1. UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UFPB, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Teste de Avaliação da DPOC (CAT); Teste de Função Pulmonar

Introdução: Entre as doenças crônicas não transmissíveis, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é a terceira causa de morte no Brasil (RABAHI, 2013). No ano de 2017, o número de internações atribuídas ao DPOC superou os 118 mil casos (BRASIL, 2017), impondo grande sobrecarga econômica e social e sobre o sistema de saúde (SOUSA et al., 2009). O COPD Assessment Test (CAT), ou Teste de Avaliação da DPOC não é um teste diagnóstico, mas estima o impacto da DPOC no estado de saúde. No entanto, a versão brasileira do CAT mostrou correlação fraca com questionários de avaliação funcional para doenças respiratórias (JARDIM; ZILLMER 2013). **Objetivos:** Determinar a correlação entre o escore CAT com o grau de limitação ao fluxo aéreo pela classificação proposta pelo GOLD (2018) em paciente com DPOC atendidos ambulatorialmente no HULW. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional e transversal com pacientes que apresentavam diagnóstico prévio de DPOC atendidos no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), incluídos de forma consecutiva entre agosto de 2018 e maio de 2019. Aplicou-se o CAT e registraram-se os resultados de espirometrias conforme o protocolo seguido no setor de espirometria do Serviço de Pneumologia do HULW, e a gravidade da obstrução ao fluxo aéreo foi classificada segundo o documento *Global Initiative for Obstructive* (GOLD). A espirometria foi realizada com aparelho devidamente calibrado por técnico treinado, e cujo laudo segue normas da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (PEREIRA; NADER, 2002). Foi feita a comparação estatística da relação entre o escore do CAT, os estágios da DPOC pelo GOLD, a carga tabágica e o volume expiratório forçado no primeiro segundo após broncodilatador (VEF1 pós-BD). A análise estatística foi descritiva e de correlação linear bivariada de Pearson a 5%. **Resultados:** Avaliaram-se 48 pacientes com idade entre 42 e 87 anos (média**:** 65,8; desvio-padrão, DP**:** ±9,9), 29 (60,4%) do sexo masculino, 25 tabagistas (52,1%) e carga tabágica de 4 a 180 anos-maço (mediana**:** 39). A média do VEF1 pós-BD foi de 63,7 (± DP 20,6). O escore médio do CAT foi 17,6 (± DP 9,6). A correlação entre a carga tabágica e a classificação GOLD foi estatisticamente significativa (p = 0,009, r = 0,37) indicando que quanto maior a carga tabágica, maior o estádio da classificação GOLD. Não houve associação significativa entre o VEF1% e o escore médio do CAT (p=0,44). Também não houve relação estatisticamente significativa entre o VEF1 pós-BD e da variação deste com a carga tabágica. **Conclusão:** Na amostra estudada, a ausência de correlação entre o escore CAT e o VEF1 pós-BD sugere que o CAT não está relacionado à gravidade da limitação do fluxo aéreo pela espirometria e à classificação GOLD em pacientes com DPOC, demandando a necessidade de estudos com amostras maiores.

PO159 RASTREAMENTO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE APÓS PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SOBRE A DOENÇA.

THAYS GARCIA SOUTO DE FIGUEIREDO[1]; ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA[2]; YAGO DIAS DA SILVA[3]; MIGUEL PEREIRA DE QUEIROZ JÚNIOR[4]; MARCELO FOUAD RABAHI[5]; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA[6].
1. PUC-GO, INHUMAS - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. FACULDADE FAC MAIS, INHUMAS - GO - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 6. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Atenção Primária à Saúde; Rastreamento

Introdução: Grande parte dos indivíduos são diagnosticados com Doença pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) após uma considerável agressão pulmonar e limitação das atividades de vida diária. Programas de detecção precoce de casos e manejo adequado da doença são insipientes no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivos:** Avaliar a capacidade de Agentes Comunitários de Saúde rastrearem casos de DPOC em sua comunidade adiscrita. **Métodos:** Estudo transversal descritivo. Agentes Comunitários de Saúde (ACS) capacitados sobre a DPOC, com uso de instrumento de rastreio, encaminharam a APS indivíduos com alto risco para DPOC. Após a aplicação do questionário validado do Projeto Latino Americano de investigação em obstrução pulmonar (PLATINO) e a avaliação do médico, os indivíduos clinicamente indicados, foram submetidos a espirometria laudada pelo pneumologista. As casas visitadas pelos ACS foram escolhidas aleatoriamente. Os dados contínuos foram apresentados em frequência absoluta e percentual e os categóricos em média e desvio padrão. **Resultados:** Os 70 ACS triaram 448 moradores, destes 297 foram por eles referenciados, mas apenas 174 aceitaram participar, os quais foram avaliados pelo médico, que indicou espirometria para 73% destes. Os indivíduos com maior frequência de retirada do estudo após avaliação médica foram os expostos a fumaça de fogão a lenha (78%). Em relação aos sintomas, o escarro foi o sintoma mais frequente dentre os indicados pelo ACS (81,1%), enquanto a tosse prevaleceu no grupo de indivíduos indicados a espirometria (91,7%). Dos 131 exames de espirometria realizados, apenas 17,66% dos mesmos já haviam realizado este exame. Os 56 indivíduos portadores de DPOC do estudo possuíam média de idade de 63,32 anos, 69,6% possuía nível primário de escolaridade e a história tabagística foi evidenciada em 100% dos casos. O presente estudo evidenciou um percentual de 73,21% de subdiagnóstico, 29,26% de casos sobrediagnosticados, e uma taxa de 26,78% de diagnóstico prévio auto relatado. Obtivemos a frequência de 32,2% de casos diagnosticados funcionalmente como portadores de DPOC na APS do município investigado, de acordo com os critérios do Documento GOLD. **Conclusões:** Os ACS apresentaram boa capacidade para rastrear casos de DPOC na sua comunidade adscrita. **Referências:** 1. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE -GOLD. Europa: The Society: Glob*al strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*, 2016. 2. KYOUNGHAE, KRN; JANEJ, SC; EUNSUK, CRN; CARRIE, LN; JIN HUI JOO, MD; FRANK, RL; GITLIN, LN; HAE-RA-HRAN, RN. Effects of Community-base health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populatins**:** a systematic review. AJPH, 2016. 3. HILL, K; HODDER, R; BLOUIN, M. HEELS-ANSDELL, GUUATT, G. ; GOLDSTEIN, R. Identifying adults at risk of COPD who need confirmatory spirometry in primary care**:** Do

symptom-based questions help? Can Fam Physician. v: 57, n. 2, p: 51 a 57, 2011.

PO160 DETECÇÃO PRECOCE DE DPOC: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI; GERALDO LUÍS DOS SANTOS; REBECCA ALVES AGUIAR ATHAYDE; VINÍCIUS BEZERRA NOBRE; JOAQUIM VITOR BEZERRA NOBRE; THAINÁ RODRIGUES EVANGELISTA.
FCM-PB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Detecção Precoce; Perfil Epidemiológico

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por uma limitação irreversível ao fluxo de ar. A principal causa é a fumaça do cigarro e, em menor escala, outros agentes inalantes. Trata-se de uma doença prevenível e tratável, de elevada prevalência e morbimortalidade, cujo diagnóstico é baseado em critérios clínicos, exames de espirometria e de imagem. **Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico dos usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa expostos às fumaças. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, longitudinal, exploratória, analítica, de natureza observacional e abordagem quali-quantitativa. A amostra abrangeu usuários das USF's,subdivididas nos distritos sanitários de João Pessoa, com idade entre 35 e 85 anos, com exposição à fumaça por no mínimo 10 anos. O método de coleta de dados envolveu questionário com tempo de exposição e sintomatologia, espirometria, hemograma e velocidade de hemossedimentação (VHS). Na análise estatística foi usado o programa SPSS versão 25. 0, sendo interpretada e fundamentada conforme literatura pertinente. **Resultados:** A amostra contou com 210 pacientes, dos quais 62,9% eram do sexo feminino e 37,1% masculino e a média de idade encontrada foi de 57,3 anos (DP+/- 11,07). Além disso, 45,7% foram expostos a ambientes com fumaça e 87,6% fumava ou já fumou, com carga tabágica média de 44,72 maços/ano. Os tipos de cigarro usados são palha (21,9%), filtro (79%) e cachimbo (9%). Em relação à sintomatologia, tinham tosse ou pigarro pela manhã (51%), catarro (38,6%), chiado no peito (26,2%),e destes, 47,2% relataram melhora após uso de medicação. Em relação à espirometria, 14,8% dos participantes apresentaram VEF1/CVF≤70%, resultadocompatível com DPOC. O grupo com DPOC obteve média superior de VHS (x=31,13) em relação ao segundo grupo que não tinha DPOC (x=25,12). A prevalência de eosinofilia (eosinófilos>2%) foi de 87,1% no primeiro grupo e 85,5% no segundo. Sobre o valor do mMRC, 75,7% apresentaram pontuação até 1 no mMRC se enquadrando como não patológico, enquanto o restante apresentou grau de dispneia patológico (mMRC 2, 3, 4). Encontrou-se uma maior média de carga tabágica no mMRC 3 e 4 em relação aos demais, com, respectivamente, x= 48,2 e x=71,9 (p<0,10). **Conclusão:** A percentagem de DPOC em indivíduos expostos a fumaça se aproxima da média nacional, ratificando a importância do rastreio desta patologia em indivíduos com fatores de risco. A carga tabágica esteve maior que 20 maços/ano, com correlação significativa com mMRC. Houve maior média de VHS e aumento na contagem de eosinófilos nos indivíduos com DPOCem relação aos não DPOC, mas sem significância estatística. Não observamos espirometria compatível com DPOC em indivíduos menores que 40 anos, porém quase metade dos pacientes que tinham sintomas relatou melhora com uso de broncodilatador, o que pode representar uma doença obstrutiva inicial sem alteração na espirometria.

PO161 ANÁLISE DO DESEMPENHO DE PACIENTES COM DPOC HIPERTENSOS VERSUS NÃO-HIPERTENSOS EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR.

JOÃO VITOR PINOTTI DALLASEN[1]; MATEUS HENRIQUE SCHNEIDER[1]; JULIESSA FLORIAN[2]; SCHEILA COSTA MACHADO[2]; JANINE MARQUES RODRIGUES CONCEIÇÃO[2]; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA[3].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PULMONAR. PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Reabilitação Pulmonar; Comorbidade

Introdução: É conhecido que mais de 50% dos pacientes diagnosticados com DPOC em nível de atenção primária apresentam hipertensão arterial sistêmica (HAS). **Objetivo:** Avaliar se a presença de HAS em pacientes com DPOC está associado com diferentes resultados em um PRP. **Métodos:** Análise de 164 pacientes admitidos para tratamento em um programa de reabilitação pulmonar (PRP). Os pacientes foram divididos em dois grupos**:** grupo 1, composto por pacientes que possuíam diagnóstico de HAS, e grupo 2, sem diagnóstico de HAS. Foram avaliadas características basais das duas populações, as quais foram comparadas. Avaliou-se a prevalência de sexos, idade, IMC, CVF em litros e percentual predito, VEF1 em litros e percentual predito e a relação VEF1/CVF. Em relação ao PRP, parâmetros foram avaliados ao início e ao final doprograma. Registrou-se a distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (TC6M), dispneia segundo o *Modified Medical Research Council* (mMRC), inventários de Beck de depressão (BDI) e de ansiedade (BAI), domínios do *Saint George Respiratory Questionnaire*(SGRQ) e o índice preditor de sobrevida BODE. As variações de cada uma das características foram calculadas e comparadas entre os dois grupos. **Resultados:** Entre o grupo 1 (82 pacientes, 50% da amostra, com HAS) e o grupo 2 (82 pacientes, 50% da amostra sem HAS), das características basais, somente o IMC apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos**:** idade (71,24±8,28 vs 70,78±10,17; p=0,749), IMC (27,61±5,42 vs 25,58±4,64; p<0,05), CVF (2,40±0,88 vs 2,26±0,68; p=0,285), CVF% (71,85±20,88 vs 72,91±22,40; p=0,757), VEF1 (1,21±0,57 vs 1,07±0,46; p=0,092), VEF1% (48,09±21,17 vs 45,03±20,20; P=0,347) e VEF1/CVF (52,09±17,67 vs 47,37±13,56; p=0,059). Quanto aos resultados do PRP, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas no BDI (-6,88±7,87vs -2,57±11,06; p<0,05). Outros parâmetros como BAI (-4,65±6,51vs -5,16±7,01; p=0,718), BDI, TC6M (+50,17±60,36vs +47,22±59,00; p=0,790), mMRC (-1,08±0,85vs -1,20±1,03; p=0,790), BODE (-1,17±1,09vs -1,19±1,07; p=0,906) não forma diferentes entre os grupos. Quanto aos domínios do SGRQ, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em apenas dois de seus domínios,impacto e no total. Sintomas (-14,61±16,95vs -14,36±21,24; p=0,945), Atividades (-4,93±9,32vs -6,49±11,54; p=0,427), Impacto (-7,44±11,62vs -13,36±13,37; p<0,05), Total (-8,45±9,71vs -13,44±13,08; p<0,05). **Conclusões:** Nessa amostra de pacientes, a presença de HAS não foi associada a diferentes resultados para a maioria dos parâmetros avaliados. Exceções foram os índices de depressão, com maior redução entre os hipertensos, e dois domínios de avaliação da qualidade de vida, com melhora mais significativa entre os não-hipertensos. **Referência:** Hill K, Goldstein RS, Guyatt GH, et al. Prevalence and underdiagnosis of chronic

obstructive pulmonary disease among patients at risk in primary care. Can Med Assoc J. 2010;182: 673–678.

PO162 FREQUÊNCIA DE SOBREPOSIÇÃO ASMA-DPOC EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.

ANA PAULA ADRIANO QUEIROZ; FERNANDA RODRIGUES FONSECA; ALEXANIA DE RE; ROSEMERI MAURICI DA SILVA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Asthma; Asthma-COPD overlap

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a asma são doenças muito bem fundamentadas no meio científico. Entretanto, há um grupo de pacientes com características compatíveis com ambas, o que pode dificultar seu diagnóstico e tratamento. Diante disto, a *Global Initiative for Asthma* (GINA) e a *Global Initiative of Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), em 2015, definiram a sobreposição asma-DPOC (*Asthma – COPD overlap* – ACO) como a limitação persistente ao fluxo aéreo, com características simultâneas de asma e DPOC. O histórico de asma associa-se ao risco de desenvolvimento de DPOC e, em conjunto com o valor da razão entre VEF_1 e CVF, é um dos possíveis critérios para a identificação da ACO. **Objetivo:** Descrever a frequência de ACO em pacientes com DPOC clinicamente estáveis acompanhados pelo *FOLLOW COPD COHORT STUDY*. **Métodos:** Os participantes foram submetidos à avaliação para investigação do histórico de exacerbações. Foi realizada a espirometria e foram aplicados o *COPD Assessment Test* (CAT) e a escala *Medical Research Council* modificada (mMRC). O diagnóstico de ACO deu-se por critérios do Projeto PLATINO, considerando o histórico de asma. **Resultados:** A amostra foi composta por 45 participantes, sendo 25 (55,6%) homens e 20 (44,4%) mulheres, com idade de 65±8 anos e índice de massa corporal (IMC) de 23,6[21,1-28,7] kg/m². O VEF_1 foi de 47,8±18,6 %previsto e os escores no CAT e na mMRC foram, respectivamente, de 17[9-28] e 2[1-4]. Os participantes foram classificados conforme a GOLD: 42,3% com limitação leve/moderada ao fluxo aéreo e 57,8% com limitação grave/muito grave ao fluxo aéreo; 37,8% com mais risco de exacerbação e 62,2% com menos risco de exacerbação; 73,3% com mais sintomas e 26,7% com menos sintomas. Na amostra, 22,2% (n=10) dos participantes foram diagnosticados com ACO. A frequência de ACO foi igual a**:** 15,0% em mulheres e 28,0% em homens; 10,5% em participantes com limitação leve/moderada ao fluxo aéreo e 30,8% em participantes com limitação grave/muito grave ao fluxo aéreo; 17,9% naqueles com menos risco de exacerbação e 29,4% naqueles com mais risco de exacerbação; 25,0% em quem apresentou menos sintomas e 21,2% em quem apresentou mais sintomas. **Conclusão:** O histórico de asma é comum em pacientes com DPOC. A frequência de ACO parece ser maior no sexo masculino que no feminino, na limitação ao fluxo aéreo grave/muito grave em relação à leve/moderada e na presença de mais risco de exacerbação comparativamente à presença de menos risco de exacerbação. Em quem apresenta mais sintomas, contudo, a frequência de ACO não tende a ser maior do que naqueles que apresentam menos sintomas. **Referências:**

Jo YS, Lee J, Yoon HI, Kim DK, Yoo C-G, Lee C-H. Different prevalence and clinical characteristics of asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome according to accepted criteria. Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol. 2017;118(6)**:** 696-703. e1.

PO163 CONTAGEM DE EOSINÓFILOS SANGUÍNEOS EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.

ANA PAULA ADRIANO QUEIROZ; FERNANDA RODRIGUES FONSECA; ALEXANIA DE RE; ROSEMERI MAURICI DA SILVA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Blood Eosinophil Count; COPD

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade de múltiplas apresentações clínicas. Estudos têm buscado identificar subgrupos, para, assim, aperfeiçoar tratamentos. A contagem de eosinófilos sanguíneos está aumentada em uma proporção de pacientes. A *Global Initiative of Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), em sua última atualização, traz os eosinófilos sanguíneos como possíveis biomarcadores inflamatórios para estimar eficácia de tratamentos e prever exacerbações. **Objetivo:** Descrever a contagem de eosinófilos sanguíneos em pacientes com DPOC clinicamente estáveis acompanhados pelo *FOLLOW COPD COHORT STUDY*. **Métodos:** Os participantes foram submetidos à avaliação clínica e espirometria e foi realizada a contagem de eosinófilos sanguíneos. Foi investigado o histórico de exacerbações e foram aplicados o *COPD Assessment Test* (CAT) e a escala *Medical Research Council* modificada (mMRC). **Resultados:** A amostra foi composta por 32 participantes, sendo 17 (53,1%) homens e 15 (46,9%) mulheres, com idade de 65±7 anos e índice de massa corporal (IMC) de 23,6[21,5-29,4] kg/m². O volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) foi de 48,1±18,1 %previsto e os escores no CAT e na mMRC foram iguais a 17[10-28] e 2[1-4]. Os participantes foram classificados conforme a GOLD: 40,6% (n=13) com limitação leve/moderada ao fluxo aéreo e 59,4% (n=19) com limitação grave/muito grave ao fluxo aéreo; 37,5% (n=12) com mais risco de exacerbação e 62,5% (n=20) com menos risco de exacerbação; 78,1% (n=25) com mais sintomas e 21,9% (n=7) com menos sintomas. A contagem de eosinófilos sanguíneos foi de 194[133-304] células/mm³, sendo que 25% (n=8) dos participantes apresentaram contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/mm³. A frequência de participantes com contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/mm³ foi de**:** 13,3% (n=2) no sexo feminino e 35,3% (n=6) no sexo masculino; 15,4% (n=2) na limitação leve/moderada ao fluxo aéreo e 31,6% (n=6) na limitação grave/muito grave ao fluxo aéreo; 20,0% (n=4) no grupo com menos risco de exacerbação e 33,3% (n=4) naqueles com mais risco de exacerbação; 14,3% (n=1) no grupo com menos sintomas e 28,0% (n=7) naqueles com mais sintomas. **Conclusão:** A contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/mm³ foi frequente na amostra. O número de participantes com contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/mm³ foi mais expressivo no sexo masculino, na limitação grave ou muito grave ao fluxo aéreo e na presença de mais risco de exacerbação. No entanto, o número de participantes com contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/mm³ não foi mais elevado na presença de mais sintomas. **Referências:**

Casanova C, Celli BR, de-Torres JP, Martínez-Gonzalez C, Cosio BG, Pinto-Plata V, et al. Prevalence of persistent blood eosinophilia**:** relation to outcomes in patients with COPD. Eur Respir J. 2017;50(5).

PO164 RESPOSTAS NEUROMUSCULARES E BIOQUÍMICAS ENTRE PACIENTES COM DPOC E INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS

ZENIA TRINDADE DE SOUTO ARAUJO[1]; NATÉRCIA FERREIRA QUEIROZ[2]; IVAN DANIEL BEZERRA NOGUEIRA[2]; RUDOLFO

HUMMEL GURGEL VIEIRA[2]; WOUBER HÉRICKSON DE BRITO VIEIRA[2]; PATRÍCIA ANGÉLICA DE MIRANDA SILVA NOGUEIRA[2].
1. UFRN, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Fadiga Muscular; Biomarcadores

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) produz consequências sistêmicas significativas, como a disfunção muscular periférica, com isso contribui para o surgimento precoce do dano e fadiga muscular. **Objetivo:** Comparar as respostas neuromusculares e bioquímicas do dano e fadiga muscular do quadríceps femoral entre indivíduos com DPOC e saudáveis. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e comparativo. A amostra foi composta por 18 indivíduos alocados em dois grupos distintos**:** Grupo DPOC (GD) e grupo saudáveis (GS), os quais foram avaliados por meio da espirometria, do desempenho neuromuscular do quadríceps, dos marcadores bioquímicos do dano e fadiga muscular, da fatigabilidade e da dor muscular. **Resultados:** Observou-se diferença estatisticamente significante na potência média entre o GD e GS (99,9 ± 21,0 *vs* 145,1 ± 51,5, respectivamente; p=0,02) e uma tendência das médias de pico de torque (85,7±24,4 *vs* 104,4 ± 31,0; p=0,45) e trabalho total (1. 305,5±329,9 *vs* 1. 671,5±444,5; p=0,06) serem menores no GD que no GS, respectivamente. A concentração da LDH imediatamente após o teste isocinético foi significantemente maior no GD que no GS (402,3±33,6 *vs* 289,4±33,6, respectivamente; p=0,03). **Conclusões:** O presente estudo mostrou que pacientes com DPOC tem redução da capacidade de gerar força em um determinado período de tempo quando comparado a indivíduos saudáveis. A dosagem plasmática dos marcadores bioquímicos não permitiu confirmar que os pacientes com DPOC tem maior nível de dano muscular quando realizam exercício que os controles saudáveis. **Referências:** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). The global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD 2019. http: // goldcopd. org/wp-content/uploads/2016/04/GOLD-2018-WMS. pdf (accessed prior to 22 february 2019). [Other: https: //goldcopd. org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1. 7-FINAL-14Nov2018-WMS. pdf Soriano J. An Epidemiological Overview of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: What Can Real-Life Data Tell Us about Disease Management? J Chron Obstruct Pulmonary Disease. 2017;14(sup1): S3-S7. Doi: 10. 1080/15412555. 2017. 1286165. Miranda EF, Leal-Junior ECP, Marchetti PH, Corso SD. Acute effects of light emitting diodes therapy (LEDT) in muscle function during isometric exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Preliminary results of a randomized controlles trial. Laser Med Sci. 2014;29(1): 359-65. Doi: 10. 1007/s10103-013-1359-5. Al-Shair K, Kolsum U, Singh D, et al. Effect of Fatigue and Fatigue Intensity on Exercise Tolerance in Moderate COPD. Lung. 2016;194: 889-895. Doi: 10. 1007/s00408-016-9931-y. Cannon DT, Coelho AC, Cao R, et al. Skeletal muscle power and fatigue at the tolerable limit of ramp-incremental exercise in COPD. J Appl Physiol. 2016;121: 1365-1373. Doi: 10. 1152/japplphysiol. 00660. 2016.

PO165 ASSOCIAÇÃO ENTRE A FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA E RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM DPOC

SANNY CHRISTINE DE SÁ CAMPOS SILVA[1]; ZENIA TRINDADE DE SOUTO ARAUJO[1]; MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI[2]; PATRÍCIA ANGÉLICA DE MIRANDA SILVA NOGUEIRA[3].
1. ASPER, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Força muscular respiratória; Músculos esqueléticos

Introdução: Os pacientes com doença obstrutiva crônica apresentam perda de massa muscular, interferindo na execução das atividades de vida diária (AVDS) decorrente das limitações e da perda de força muscular, consequentemente, prejudicando o prognóstico causando um impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre a força muscular periférica e respiratória em pacientes com DPOC. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, com caráter exploratório e quantitativo. A amostra foi composta por 69 indivíduos com DPOC, de ambos os sexos, os quais foram avaliados por meio da espirometria, do desempenho neuromuscular do quadríceps femoral (avaliado por meio do dinamômetro digital portátil) e a força muscular inspiratória (mensurada pelo POWERbreathe K5 - $Pi_{máx}$). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial (correlação *Spearman's*) analisados no pacote estatístico *SPSS 20. 0.* Foi considerado um nível de significância de 5% para todas as medidas. **Resultados:** Os sujeitos analisados apresentarem uma média de idade 68,70±11,63 anos; peso 71,33±16,37 Kg; IMC 27,43±5,61Kg/m^2; VEF_1 = 66,51±24,32%. Na avaliação da dinamometria observou-se uma média de pico de torque flexão do cotovelo de 12,15±4,87Kgf e de extensão do joelho 26,63±10,32Kgf e $Pi_{máx}$ = 69,32±27,92cmH_2O. Existe uma associação moderada entre o pico de torque extensão do joelho e a $Pi_{máx}$ (r=0,65; p=0,003) e forte entre o pico de torque de flexão do cotovelo e a $Pi_{máx}$ (r=0,81; p=0,000). **Conclusões:** O presente estudo mostrou que existe uma correlação entre a força muscular periférica e a respiratória em pacientes com DPOC, ou seja, a medida que diminui a força dos membros superiores e inferiores também diminui a $Pi_{máx}$. **Referências:** 01 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). The global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD 2019. http: //goldcopd. org/wp-content/uploads/2016/04/GOLD-2018-WMS. pdf 02 - Papi A, Rabe KF, Rigau D, Sliwinski P, Tonia T, Vestbo J, et al. Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. European Respiratory Journal 2017;49: 1-16. 03 - Rossi A, Butorac-Petanjek B, Chilosi M, et al. Chronic obstructive pulmonary disease with mild airflow limitation: current knowledge and proposal for future research – a consensus document from six scientific societies. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2017;12: 2593-2610. 04 - Vercammen-Grandjean C, Schopfer DW, Zhang N, Whooley MA. Participation in Pulmonary Rehabilitation by Veterans Health Administration and Medicare Beneficiaries After Hospitalization for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2018 Sep 24. 05 - Al-Shair K, Kolsum U, Singh D, et al. Effect of Fatigue and Fatigue Intensity on Exercise Tolerance in Moderate COPD. Lung. 2016;194: 889-895. Doi: 10. 1007/s00408-016-9931-y.

PO166 DIFERENÇAS DE TAXA MORTALIDADE POR DPOC EM ESTADOS DO BRASIL COM E SEM PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, NO PERÍODO 2014 A 2017: ANÁLISE EXPLORATÓRIA PRELIMINAR DE BANCO DE DADOS PÚBLICOS PELOS CID-J44. 0 E J44. 1.

TELMA NERY[1]; NAIARA SANTOS BISPO[2]; RAFAEL STELMACH[1].
1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR - HC - FACULDADE DE MEDICINA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; EXACERBAÇÃO; MORTALIDADE **Introdução:** A DPOC é uma doença tratável e possível de prevenção, caracterizada por obstrução persistente e progressiva ao fluxo aéreo, e associada à resposta inflamatória crônica das vias aéreas a gases e partículas nocivas. As exacerbações são importantes, comuns e contribuem para gravidade da doença. Segundo a OMS, a gestão da DPOC deve envolver sempre: avaliar e monitorar a doença, reduzir fatores de risco, gerenciar DPOC estável e gerenciar as exacerbações. Estudos controlados e aleatorizados mostram que o tratamento específico melhora o controle clínico, incluindo as exacerbações, e a qualidade de vida. Porém a mortalidade se mostra sempre elevada, bem como as co-morbidades. Compreender o comportamento da mortalidade por exacerbações da DPOC regionalmente através de banco de dados pode contribuir para um melhor manejo dos fatores determinantes. **Objetivo:** analisar taxa de mortalidade associada à exacerbação por DPOC por faixa etária, por estados que tenham ou não protocolos implantados para fornecimento de tratamento específico. **Metodologia:** estudo descritivo onde foram analisados dados disponíveis no painel de monitoramento de doenças crônicas do Ministério da saúde, segundo classificação Internacional de **Doenças:** J44, J44. 0 e J44. 1, a partir 50 anos, no período 2014 a 2017. Foram calculadas taxas por grupo populacional a cada 100 mil habitantes. Analisadas ainda dados do Vigitel sobre tabagismo em adultos nas capitais dos estados. Estados analisados: a) com protocolo: Ceará, Pernambuco, Espírito Santo, São Paulo, Distrito Federal, Minas Gerais e b) sem protocolos: Goiás, Bahia, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. **Resultados:** A taxa média de mortalidade para 70 anos e mais nos estados com protocolo foi de 151,6 (±42,6) e para 50-60 anos foi 11,9 (±3,8) (p<0,05). Para estados sem protocolo foi 178,3 (±93,5) e 16,3 (±6,6), respectivamente. Goiás apresenta as maiores taxas em todas as faixas etárias. O estado com menores taxas em todas as faixas foi a Bahia. Estados das regiões Sul (RS, SC, PR), que não possuíam protocolos implantados no período e com alta prevalência de tabagismo nas capitais, apresentam taxas elevadas de mortalidade principalmente entre 50-60 anos (16 a 20/100mil). O percentual médio de adultos fumantess nas capitais dos estados com protocolo foi de 9,8 (±3,3) e nos estados sem protocolo 10,8 (±2,5). **Conclusão:** a mortalidade por DPOC associada à exacerbação na faixa etária 50-60 anos é mais elevada em estados que não possuem protocolos implantados. Estudos identificando situações regionais podem induzir a políticas efetivas para redução da mortalidade por DPOC exacerbada no Brasil

PO167 REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DPOC: A CLASSIFICAÇÃO ESPIROMÉTRICA GOLD DETERMINA DIFERENTES RESULTADOS?

MATEUS HENRIQUE SCHNEIDER[1]; JOÃO VITOR PINOTTI DALLASEN[1]; JULIESSA FLORIAN[2]; SCHEILA COSTA MACHADO[2]; JANINE MARQUES RODRIGUES CONCEIÇÃO[2]; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA[3].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PULMONAR. PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Reabilitação Pulmonar; GOLD **Introdução:** Ampla evidência demonstra que a Reabilitação Pulmonar (RP) melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes com DPOC, determinando um melhor prognóstico. Todavia, poucos estudos relacionam a estratificação GOLD com os resultados obtidos na PRP. **Objetivo:** Avaliar se pacientes com classificação funcional GOLD 1 e 2 respondem de maneira diferente a um programa de RP. **Metodologia:** Análise *post hoc*de 188 pacientes com DPOC tratados num PRP. Os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo A, composto por pacientes com classificação espirométrica GOLD 1 e 2, e grupo B, classificados como GOLD 3 e 4. Foram avaliados antes e após a RP a distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (TC6M), dispneia segundo o *Modified Medical Research Council* (mMRC), inventários de depressão (BDI) e de ansiedade (BAI) de Beck, a qualidade de vida através do *Saint George Respiratory Questionnaire*(SGRQ) e o índice preditor de sobrevida BODE. As variações dessas características foram calculadas e comparadas entre os grupos A e B. **Resultados:** Entre o grupo A (71 pacientes, 37,8% da amostra) e o grupo B (117 pacientes, 62,2% da amostra) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a maioria das características basais, demonstrando a diferença entre os grupos: idade (73,44±8,95 *vs.* 67,77±9,24; p<0,05), IMC (27,03±4,27 *vs.* 25,79±5,52; p=0,120), CVF (2,76±0,78 *vs.* 2,06±0,70; p<0,05), CVF% (86,46±18,88 *vs.* 60,48±17,14; p<0,05), VEF1 (1,55±0,54 *vs.* 0,83±0,25; P<0,05), VEF1% (65,19±17,99 *vs.* 32,03±8,34; P<0,05) e VEF1/CVF (57,97±14,67 *vs.* 42,93±13,31; p<0,05). Ambos os grupos A e B apresentaram diferenças significativas nos parâmetros antes e após a RP. No entanto, quando analisadas as diferenças entre os grupos A e B não foram observadas diferenças significativas entre ambos: TC6M (52,35±65,19*vs.* 52,87±63,48; p=0,964), mMRC (-1,06±0,97*vs.* -1,22±0,94; p=0,403), BAI (-5,80±6,64*vs.* -4,22±6,88; p=0,271), BDI (-6,07±7,53 *vs.* -3,87±11,16; p=0,275), SGRQ Sintomas (-15,04±23,75*vs.* -14,10±17,14; p=0,804), Impacto (-10,67±11,65vs -9,93±13,75; p=0,747),Atividades (-7,66±11,75 *vs.* -5,33±11,75; p=0,269)Total (-12,07±12,73*vs.* -10,12±11,58; p=0,369) e índice BODE (-1,09±1,01*vs.* -1,26±1,15; p=0,419). **Conclusões:** Ambos os grupos atingiram a melhora clínica, mas os pacientes com classe funcional GOLD maior não apresentaram resultados diferentes quando comparados com os pacientes menos graves. **Referência:** Vibeke Gottlieb, Anne Marie Lyngsø, Birgitte Nybo, Anne Frølich & Vibeke Backer (2011) Pulmonary Rehabilitation for Moderate COPD (GOLD 2) –Does it Have an Effect?, COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 8: 5, 380-386, DOI: 10. 3109/15412555. 2011. 610393

PO168 O FIBRINOGÊNIO SÉRICO COMO MARCADOR DE GRAVIDADE NA DPOC

DIOGO DREVENOWSKI; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; JOEL SERAFINI; LÊDA MARIA RABELO.
HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Fibrinogênio; DPOC; Biomarcador **Introdução:** No contexto adequado a comprovação da DPOC ocorre pela espirometria, VEF1/CVF<0,7 pós-BD; porém, os pacientes não se apresentam com quadro clínico homogêneo. Observamos diferentes graus de sintomas, impacto no dia-a-dia, risco de exacerbações e possibilidade de óbito. A progressão possui relação direta com inflamação pulmonar e sistêmica, e é responsável pela piora de parâmetros clínicos e funcionais. Identificar, através de biomarcadores, quem são os pacientes de maior risco tem sido um desafio. O fibrinogênio sérico, disponível e de níveis relativamente estáveis, vem mostrando seu potencial de biomarcador de inflamação sistêmica na DPOC. **Objetivo:** Correlacionar o nível sérico de fibrinogênio com parâmetros

clínicos e espirométricos numa população com DPOC. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, comparativo e de centro único com pacientes DPOC do ambulatório de Pneumologia HC-UFPR, no ano de 2018. Excluídos pacientes com deficiência de A1AT, ACO e neoplasia. Comparamos dados dos grupos fibrinogênio sérico alto (≥350mg/dL) e fibrinogênio sérico baixo (<350mg/dL) frente a aspectos clínicos, laboratoriais e espirométricos. Os dados foram obtidos fora de período de exacerbação por revisão de prontuários. Aplicou-se teste-t, Mann-Whitney e qui-quadrado. **Resultados:** Estudados 63 pacientes, 43% mulheres, média de idade 67,5 anos (±10,1), distribuição entre os grupos GOLD A=12,7% / B=34,9% / C=3,2% / D=49,2%, graus GOLD 1=4,8% / 2=31,7% / 3=34,9 / 4=28,6, carga tabágica média 54,7 anos-maço (±29,9), tabagistas ativos 16%, IMC 26,1±1,1, mMRC 1=19% / 2=33% / 3 =22% / 4=22%, SpO2 91,7±5,0, PCR 0,8±1,0, Hb 14,2±1,6, VEF1pós(%) 46,9±19,4, VEF1/CVFpós 0,45±0,13, VR(%) 218±80, VR/CPT 174±29,3, TC6'(m,%) 318±102 e 66±21 respectivamente, BODE 0-2 pontos 23,5% / 3-4 pontos 23,5% / 5-6 pontos 20,6% / 7-10 pontos 32,4% e pelo BODEx 0-2 pontos 28,3% / 3-4 pontos 32,1% / 5-6 pontos 30,2% / 7-9 pontos 9,4%. Fibrinogênio alto (≥350mg/dL) foi identificado em 30 pacientes (47,6%). A análise estatística não apresentou significância para as principais correlações apontadas na literatura (mMRC, TC6', BODE, DLCO, grupo C e D no GOLD). **Discussão e Conclusão:** Conhecer a população atendida e validar o fibrinogênio como um marcador adicional de gravidade nos auxiliará a selecionar melhor a população com maior risco de perda funcional, exacerbações e maior mortalidade, permitindo assim direcionar mais recursos terapêuticos e atenção profissional. Compreendemos que o tamanho da amostra pode ter sido a causa da não significância estatística na análise dos dados obtidos e estendemos a análise para um grupo bem maior de pacientes, atualmente em curso. **Referências:** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, https: //goldcopd. org, 2019. Valvi, D et al., "Fibrinogen, COPD and outcomes in two United States cohorts" Int. J. COPD, 2012. Dickens, J. et al., "Blood fibrinogen as a biomarker of COPD" Thorax, 2012

PO169 SARCOIDOSE E CANCER DE MAMA

FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN[1]; ERIBERTO DE QUEIROZ MARQUES JUNIOR[2]; HUGO VEIGA SAMPAIO DA FONSECA[3]; PAULA CARVALHO DE ABREU E LIMA[4].
1. AR ASSINTENCIA RESPIRATOIRA, OLINDA - PE - BRASIL; 2. ONCOCLINICA RECIFE, RECIFE - PE - BRASIL; 3. ONCOLCINICA RECIFE, RECIFE - PE - BRASIL; 4. LABORATORIO ADONIS CARVALHO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Sarcoidose; Neoplasia de Mama; Pseudo Sarcoidose

Objetivo: Apresentar um caso de adenomegalia mediastinal em paciente em tratamento para neoplasia de mama com diagnóstico de Sarcoidose. Chamando a atencao desta forma de apresentacao nao comum da Sarcoidose. Sexo Feminino Idade 57 anos. Diagnóstico de Neoplasia de Mama em 2018, avaliacao pre-operatoria demonstrou ao PET-Scan captacao em nodulos axilares, com parenquima pulmonar normal, ausencia de captacao em mediastino, submetida a tratamento quimioterapico com Paclitaxel associado a Bevacizumabe (antiorpo monoclonal) termino em agosto de 2018, e hormonoeterapia com Palbociclibe e Fulvestranto, como preparo da mastectomia. Assintomatica, bom estado geral, foi reinvestigada com novo exame de PET-Scan em janeiro de 2019, os achados de acometimento do mediastino com captacao e alargamento, foram explorados por biopsia cirurgica realizada em fevereiro de 2019. Os achados encontrados afastaram lesão metastaticas e diagnosticaam Sarcoidose. Paciente nega sintomas sistemicos como fadiga, febre, tosse, perda de peso, reducao do apetite. O exame fisico foi normal. A funcao pulmonar apresentou valores normais. A tomografia de torax de janeiro, nao mostra acometimento do parenquima. **Discussao:** a associacao de Sarcoidose com doencas neoplasicas é controversa, achados epidemiológicos mostram aumento da incidenca de cancer em portadores de Sarcoidose, aparecimento da Sarcoidose após tratamento dos tumores. A apresentacao em linfonodos é a encontrada em 95% dos relatos e do mediastino em 91%, nao é comum o acometimento do parenquima pulmonar em 41% dos relatos. A maioria dos casos apresentam poucos sintomas, os sintomas sistemicos (fadiga, sudorese ou febre) estão presentes em menos de 45% dos casos, o diagnóstico deve ser realizado por amostra cirurgica e confirmacao histopatologica. A evolução do processo ocorre para resolução total ou parcial em mais de 90% dos casos. O tratamento medicamentoso deve ser utilizado nos casos sintomaticos, e a resposta é considerada muito boa em mais de 90% nos relatos existentes. **Referencias:** 1. Arish N, Kuint R, Sapir E, Levy L, Abutbul A, Fridlender Z, et al. Characteristics of Sarcoidosis in Patients with Previous Malignancy**:** Causality or Coincidence? Respiration. 2017;93(4)**:** 247–52. 2. Mana J, Rubio-Rivas M, Villalba N, Marcoval J, Iriarte A, Molina-Molina M, et al. Multidisciplinary approach and long-term follow-up in a series of 640 consecutive patients with sarcoidosis**:** Cohort study of a 40-year clinical experience at a tertiary referral center in Barcelona, Spain. Med [Internet]. 2017;96(29)**:** e7595. 3. Gaughan EM. Sarcoidosis, malignancy and immune checkpoint blockade. Immunotherapy. 2017;9(13)**:** 1051–3. 1. London J, Grados A, Fermé C, Charmillon A, Maurier F, Deau B, et al. Sarcoidosis Occurring After Lymphoma. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2014;93(21)**:** e121. Available from**:** https: //insights. ovid. com/crossref? an=00005792-201411010-00004

PO170 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR EM SOBREPOSIÇÃO A SÍNDROME DE SJOGREN: RELATO DE CASO.

MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI; LORENA KAREN HOLANDA VIDAL QUEIROGA; ALANA EMILLY ANDRADE DE SOUZA WANDERLEY; JOSE LUIZ ALVES DE BARROS; AILA PINHEIRO DE AQUINO.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Sarcoidose; Sjogren; Intersticial

Introdução: Sarcoidose e Síndrome de Sjögren (SS) são doenças multissistêmicas inflamatórias de etiologia desconhecida. Embora o trato respiratório seja local mais acometido em sarcoidose, raramente afeta glândulas salivares e lacrimais. A frequência de sarcoidose é mais elevada em pacientes com SS do que na população em geral. **Relato de Caso:** Sexo feminino, 63 anos, casada, aposentada, procedente de Santa Rita-PB. Em atendimento com pneumologista relatou dispneia progressiva, aos médios esforços, e tosse seca há 3 meses. Ao exame físico, ausculta respiratória com estertores crepitantes em bases pulmonares. Demais parâmetros sem alterações. Espirometria evidenciou padrão ventilatório restritivo leve, com VEF1/CVF 0,83L (102%), CVF 2,0L (78%) e VEF1 1,65L (79%). Tomografia computadorizada (TC) do tórax com contraste trouxe opacidades em vidro fosco em lobos pulmonares, com padrão de pavimentação em mosaico, além de micronódulos predominando em bases pulmonares, e linfonodomegalias mediastinais, além de

discreto derrame pericárdico. Broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia brônquica mostraram inflamação crônica inespecífica de vias aéreas, com granulomas epitelioides, moderada fibrose, sem sinais de malignidade, pesquisa negativa para fungos e BAAR. Achados direcionaram para hipótese de doença granulomatosa não infecciosa, e foi iniciada Prednisona 40mg por dia. Após um ano de corticoterapia, passou a apresentar xerostomia e xeroftalmia, além de linfonodomegalias cervicais e aumento progressivo das parótidas com 5 meses de evolução, com sinais flogísticos. Laboratório evidenciava leucocitose (24. 690/mm^3), com 2% de bastões e 15% de linfócitos, e plaquetose (555. 000/mm^3), além de fator reumatoide reagente (32. 780). Foi avaliada por oftalmologista, que definiu diagnóstico de Síndrome de Sjogren secundária. No seguimento clínico, nova TC tórax sem contraste não evidenciou persistência de adenomegalias mediastinais, apenas atelectasias laminares incipientes em lobo superior direito. Espirometria de controle, trouxe padrão ventilatório normal, com VEF1/CVF 0,84L (104%), VEF1 2,35L (113%) e CVF 2,80L (109%). **Discussão:** Doenças autoimunes podem preceder ou suceder diagnóstico de sarcoidose. Presença de autoanticorpos na sarcoidose deve levantar suspeita de uma doença autoimune coexistente. Perfil imunológico com elevada dosagem de fator antinuclear e/ou fator reumatoide são mais frequentes na SS secundária. A presença de granulomas não caseosos em biópsia de tecido é pista importante para diagnóstico de sarcoidose, e sua presença é necessária para o diagnóstico, de acordo com a American Thoracic Society e European Respiratory Society. A paciente apresentou padrão de biópsia brônquica compatível com doença granulomatosa, sarcoidose pulmonar, com resposta a corticoterapia, conforme visto pela espirometria e TC tórax de controle normais.

PO171 "PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA – RELATO DE CASO"

MARINA ANDRADE LIMA[1]; ANNA SOFIA SILVA AMORIM[2]; JULIA ORSI[2]; CAROLINE UBER GHISI[1].
1. HOSPITAL DIA DO PULMÃO, BLUMENAU - SC - BRASIL;
2. FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonite de Hipersensibilidade; Parênquima; Fibrose Pulmonar

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma síndrome caracterizada pela inflamação do parênquima pulmonar ocasionado por inalação de antígenos específicos ou substâncias de baixo peso molecular em pessoas sensibilizadas. A exposição prolongada a um antígeno pode levar à fibrose pulmonar, denotando PH crônica. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 43 anos, HIV soropositiva com má adesão ao tratamento, emagrecida, usuária de cocaína inalada por 3 anos, exposição a ambientes insalubres, com muita poeira e mofo. Possui histórico de pneumotórax de repetição há 5 anos e dispneia progressiva há cerca de 7-8 anos. Em novembro de 2018 foi submetida a tratamento para pneumocistose. No início de 2019 foi internada em outra cidade por pneumotórax à esquerda. Paciente evadiu-se do hospital. Manteve dispneia mMRC 3-4 e cianose periférica por alguns dias, quando procurou nosso Serviço. Foi encaminhada para internação hospitalar onde a TC de tórax evidenciou pneumotórax a esquerda, múltiplas formações císticas em faveolamento difusas (ápico-basal), associadas a bronquiectasias de tração, doença intersticial com componente fibrogênico e padrão pneumonia intersticial usual (PIU); enfisema centroacinar e parasseptal difusos com formação de grandes bolhas nos lobos superiores; áreas de espessamento pleural apical no lobo superior direito e aumento do calibre do tronco da artéria pulmonar. Optou-se por realizar drenagem do pneumotórax associado à biópsia pulmonar com pleurodese sequencial, e tratamento para pneumonia adquirida na comunidade e da DPOC. No laudo de biópsia concluiu-se haver pneumonia intersticial difusa com esboço de granulomas, sugestivo de pneumonite intersticial por hipersensibilidade e linfadenite inespecífica. Na internação, optou-se por corticoterapia endovenosa com boa resposta clínica. Todavia, devido às múltiplas comorbidades da paciente, decidiu-se pelo uso de azatioprina por longo prazo e desmame de corticoide. 15 dias após a alta, apresentava melhora clínica. Seguirá acompanhamento ambulatorial no SUS. **Discussão:** A exposição contínua a um antígeno, concomitante à diminuição da tolerância antigênica, gera uma resposta imunológica do tipo IV, que culmina em aumento da produção local de colágeno, remodelamento intersticial e, então, fibrose. O diagnóstico é desafiador devido à similaridade clínica com outras pneumonites. Neste caso, a paciente possui histórico de imunossupressão, uso de cocaína inalada, exposição a antígenos (mofo e poeira) e clínica de dispneia mMRC 3, além dos achados de exame físico. Os achados na TC de tórax e biópsia pulmonar foram de extrema importância para definição diagnóstica. É crucial uma análise acurada de pacientes com sintomas pulmonares, sendo essenciais anamnese e exame físico detalhados associados à relação multidisciplinar com os setores radiológicos e patológicos, para que o diagnóstico seja feito de forma correta e o tratamento preciso seja iniciado, sempre visando a melhora do paciente.

PO172 USO DO TIOTROPIUM EM DOENÇA PULMONAR INDUZIDA POR QUIMIOTERÁPICO.

FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN.
AR ASSINTENCIA RESPIRATOIRA, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Paclitaxel; Pneumotoxicidade; Tiotropium

Objetivo: descrever um caso de acometimento pulmonar por uso de quimioterápico, tratado com antimuscarinico de longa duração. Paciente de 39 anos de idade, diagnóstico de neoplasia de mama, sendo submetida a tratamento neoadjuvante com paclitaxel (Taxol). quimioterapia no 12° ciclo apresentou quadro de desconforto respiratório, presença de tosse ao inspirar profundamente, sem febre. o uso de antibiótico amoxicilina sem melhora clínica após uma semana persistia com tosse e desconforto respiratório. para consulta com Pneumologista. estado geral, sem febre (36,8C), sem adenomegalia supra clavicular ou axilar palpável, vias aéreas superiores de aspecto normal com Mallampati de 2. Dispneia avaliada como MRCm de 3 pulmonar normal com SpO2: 98%, ausculta cardíaca normal com fc=112, bulhas normais. TA=13/80 mm Hg. Prova funcional com valores de CV de 67% do previsto e VEF_1 de 72% e relação VEF_1/CV = 87%, não ocorreu resposta ao uso do BD. Tomografia de tórax em inspiração e expiração com áreas de aprisionamento aéreo difuso, mais acentuado em bases. Ausência de áreas de vidro fosco, presença de nódulos centro lobulares. Diagnóstico clínico de lesão pulmonar secundário ao uso de quimioterápico. **Discussão:** Os padrões histopatológicos mais encontrados relatados são**:** Edema pulmonar, Dano alveolar difuso, Hemorragia pulmonar e Bronquiolite Obliterante com pneumonia organização (BOOP – COP). Pesquisa efetuada no Pneumotox, encontramos que as lesões relacionadas ao Paclitxel são**:** Pneumonites, algumas vezes com quadro de insuficiência respiratória, fibrose pulmonar, com relato de formas rápidas e dano alveolar difuso. Raros casos

de bronquiolite. O tratamento preconizado nos casos sintomáticos suspensão do quimioterápico e corticoide oral em dose de 1 a 2 mg/Kg. Tratada com suspensão da medicação e introdução de tiotropium na dose de 5 µg/dia, com observação semanal dos sintomas. Não houve introdução de corticoide, apresentou melhora dos sintomas a partir da primeira semana, e com 4 semanas foi liberada para a cirurgia, mantendo o tiotropium. Retorno após 30 dias da cirurgia com resolução de sintomas respiratórios (MRCm=1), os exames mostraram melhora da função pulmonar, aumento da CV de 2,41 l para 2,93l e aumento do VEF1 de 1,92l para 2,53l e o exame de imagem mostrou redução importante da retenção aérea. **Conclusão:** apresentamos um caso de pneumotoxicidade por Paclitaxel com comportamento de bronquiolite obliterante e resposta clínica e funcional com uso de um broncodilatador da classe LAMA. **Referência:** British Journal of Cancer (2004) 91(Suppl 2), S18 – S23. Pneumotox**:** https: // www. pneumotox. com/drug/index/ Clinical Management of Pneumonitis in Patients Receiving Anti–PD-1/PD-L1 Therapy J Adv Pract Oncol 2018;9(4)**:** 422–428. Espirometria em pacientes portadores de artrite reumatoide e sua associação com aspectos epidemiológicos, clínicos, radiológicos e tratamento**:** Alexandre de Melo Kawasaki tese de doutorado - USP 2014

PO173 RELATO DE 2 CASOS DE PNEUMONIA ORGANIZANTE PELO VÍRUS INFLUENZA A - H1N1

MAIANA HAMDAN MELO COELHO; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; RAQUEL BALDINI CAMPOS; JULIA SEVÁ GOMES; RONALDO FERREIRA MACEDO; MAURICIO WESLEY PERROUD JR.
FCM UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: PNEUMONIA ORGANIZANTE SECUNDÁRIA; INFLUENZA H1N1; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

Introdução: A infecção pelo Vírus Influenza A H1N1 teve início no ano de 2009, primeiramente descrita no México alcançando proporção mundial rapidamente. Manifestações de imagem das infecções virais agudas, incluindo H1N1, compreendem tipicamente resultados normais ou infiltrados alveolares focais bilaterais, predominantes nas bases pulmonares. Durante a fase de convalescença, no entanto, alguns pacientes podem desenvolver opacidades periféricas sugestivas de Pneumonia Organizante (PO), evidenciadas por radiografia de tórax ou tomografia de tórax de alta resolução (TCAR). **Relato dos casos:** O primeiro caso, AR, masculino, 47 anos, com antecedente de eczema desidrótico e sintomas respiratórios há 30 dias com tosse com expectoração e febre. O segundo caso, LPS, 51 anos, masculino, sem comorbidades, com história de febre, mialgia e tosse há 1 semana. Ambos foram admitidos em insuficiência respiratória na Unidade de Emergência de Hospital Terciário - Hospital de Clínicas da UNICAMP, sendo submetidos à intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Os dois casos apresentaram RT-PCR positivo para Influenza A – H1N1. O caso 1 foi admitido em leito intensivo, sendo administrados cefepime, oseltamivir e corticoterapia 0. 5mg/kg. CTAR Tórax com evidência de lesão pulmonar intersticial, com consolidações bilaterais, predomínio periférico, com presença de broncogramas aéreos, sugerindo PO. Recebeu alta após 14 dias de internação hospitalar. Ambulatorialmente, 8 meses após a alta, realizou nova TCAR Tórax com ausência de consolidações, com tênues e discretas opacidades com atenuação em vidro fosco. No caso 2, radiografia de tórax com infiltrado pulmonar intersticial extenso bilateral, predominantemente em bases. Instituída terapêutica com levofloxacino, ceftriaxone e oseltamivir. Investigação etiológica com secreção traqueal com pesquisas e culturas negativas. Após 21 dias de internação, mantendo febre e saturação de oxigênio 94%, procedida TC Tórax com espessamento peribroncovascular difuso, associado a opacidades consolidativas mal definidas, predominantemente periféricas, sugestivos de PO. Iniciado tratamento específico com Prednisona 1mg/kg de peso, com resolução do quadro febril após 3 dias do seu início. **Discussão:** A pneumonia em organização pertence ao grupo das doenças intersticiais pulmonares, sendo em sua maioria idiopática, porém podendo corresponder a acometimento pulmonar secundário. Há descrição de algumas séries de casos de PO após infecção viral por influenza H1N1, sendo que pode levar a quadros sintomáticos, com alterações radiológicas e na prova de função pulmonar. A ausência de tratamento adequado com corticóide – recomendação de guidelines de 0. 75mg/kg/d a 1 mg/kg/d - pode levar a sintomas importantes, muitas vezes incapacitantes, bem como potencial evolução com insuficiência respiratória. Portanto, o reconhecimento dessa associação entre infecção viral epidêmica por H1N1 e PO possui enorme repercussão na decisão clínica e terapêutica.

PO174 SARCOIDOSE PULMONAR REFRATÁRIA APÓS TRATAMENTO: RELATO DE CASO

CINDY NOGUEIRA MOURA[1]; MARIA YUSKA NATHIELLY ALMEIDA SANTOS[2]; VANESSA LUNA ARAÚJO TEOTÔNIO[2].
1. FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA, BREJO SANTO - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Sarcoidose Pulmonar; Refratariedade; Imunossupressor

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória benigna, multissistêmica e de etiologia desconhecida. Histologicamente, nota-se a formação de granulomas não caseosos nos tecidos afetados. No Brasil, sua prevalência é inferior a 10/100. 000 habitantes. **Relato de Caso:** Mulher, 54 anos, professora, natural de Uiraúna/PB, apresentando linfonomegalias cervicais, rouquidão, adinamia, tosse pouca secretiva, sem histórico de tabagismo, tuberculose ou neoplasia. Realizou PET-CT que evidenciou aumento generalizado das cadeias linfonodais, com SUV máxima 3,8, alguns SUV de no máximo 10, além de presença de nódulos pulmonares difusos com densidade de partes moles e SUV máximo 2,5. A ecoendoscopia mostrou linfonodos mediastinais e abdominais, sendo biopsiado um deles de diâmetro 23,9 mm x 8,6 mm. O anatomopatológico evidenciou linfadenite granulomatosa não necrotizante. A pesquisa dos autoanticorpos FAN, ANCA, anti-DNA e FR foi negativa. O PPD, dosagem de galactomanana, sorologia para *Aspergillus* e Hist*oplasma* foram negativas. Mediante quadro clínico e exames complementares, a hipótese diagnóstica considerada foi sarcoidose, sendo prescrito Prednisona 40 mg/dia. Reduziu-se para 30 e 20 mg/dia no terceiro e quarto mês. No sexto mês de tratamento, houve regressão dos linfonodos mediastinais com persistência dos nódulos pulmonares na TC de tórax sendo mantida prednisona 10mg até o 12° mês em associação ao corticóide inalatório. Após 12 meses de tratamento, a TC de tórax evidenciou melhora dos linfonodos mediastinais, e ausência de queixas respiratórias, relatando episódios álgicos no corpo justificando, portanto, a suspensão do tratamento. Após três meses sem o uso de corticoide, a paciente evoluiu com piora da tosse produtiva, e aumento da quantidade de nódulos pulmonares no PET-CT. Realizou broncoscopia para afastar hipótese de infecções. Iniciou-se prednisona e foi prescrito azitromicina e tratamento de

DRGE com pantoprazol e domperidona. Houve melhora da tosse, sendo realizado desmame lento e gradual do corticoide, após 6 meses do novo esquema terapêutico, foi introduzido metotrexato. Atualmente a paciente segue sem tosse, com dispneia aos esforços mMRC 1 e mantém mialgia. Está no 22° mês de uso de prednisona 10mg/dia e 15° mês de metotrexato 7,5 mg/semana. Mantém espirometria normal (CVF= 2,65 l 101%). **Discussão:** Cerca de 30% dos pacientes necessitam de tratamento por mais de dois anos, caracterizando sarcoidose crônica. A droga de escolha é o corticóide, geralmente estabiliza-se a doença com doses menores de 10 mg de prednisona/dia. A sarcoidose refratária ao tratamento ocorre, principalmente, em decorrência da resistência ao corticoesteroides e nesses casos tem sido proposto o uso de metotrexate e imunobiológicos, assim como a terapia proposta no caso. **Referências:** BAUGHMAN, R. P; NUNES, H. Therapy for sarcoidosis**:** evidence-based recommendations. Expert Rev Clin Immunol, 2012. LOPES, A. J. *et al.* Sarcoidose pulmonar**:** uma atualização. Pulmão, 2013.

PO175 AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE POR DOENÇAS OCUPACIONAIS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS NO BRASIL

AMILSON GUILHERME DE OLIVEIRA E SILVA; KELI CAMILA VIDAL GROCHOSKI; GABRIEL FERNANDES DE SOUSA; STELLA SAMPAIO DE OLIVEIRA MESQUITA; KAROLINNY DONATO PINTO DE OLIVEIRA; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumoconiose; Doenças ocupacionais; Exposição ocupacional

Introdução: As doenças ocupacionais são agravos que ocorrem em trabalhadores quando o ambiente ou condições contribuem significativamente para a ocorrência de doenças, porém em graus variados de magnitude[1]. O termo pneumoconiose é largamente utilizado quando se designa o grupo genérico de pneumopatias relacionadas etiologicamente à inalação de poeiras em ambientes de trabalho[2]. **Objetivos:** Traçar o perfil da mortalidade das doenças ocupacionais no Brasil em cinco anos. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional descritivo e quantitativo do número de morte causadas por doenças ocupacionais no Brasil, no período de 2012 a 2016. Os dados obtidos foram através do SIM, coletados a partir do banco de dados do DATASUS. Foi utilizado como instrumentos de trabalho o número de mortes de acordo com a seguinte classificação**:** sexo, região, subtipos da pneumoconiose. No estudo, foram agrupadas de acordo com a Categoria/Causa CID-10: J-60 a J-65. **Resultados:** Dados revelaram que as mortes por pneumoconioses no Brasil aumentaram 3,6% entre 2012 e 2016. Em relação aos subtipos, as pneumoconioses dos mineiros de carvão totalizaram 158 (8,83%) óbitos nos cinco anos estudados; 72 (4,02%) foram por pneumoconioses por amianto e outras fibras minerais; 653 (36,48%) por pneumoconioses por poeira que contém sílica; 66 (3,69%) por pneumoconioses por outras poeiras inorgânicas; 775 (43,3%) por pneumoconioses não especificadas e 66 (3,69%) foram por pneumoconioses associadas com tuberculose. Os riscos de inalação de poeira com sílica estão presentes em extração e beneficiamento de granito e pedras em geral[3], sendo essa atividade realizada por marmoristas em praticamente todo território nacional[4], podendo justificar a maior incidência de pneumoconiose por sílica. Baseado nas regiões brasileiras, o Sudeste possuiu maior índice de óbitos, somando 800 (44,69%), seguido do Nordeste, 485 (27,09%); Sul, 282 (15,75%); Centro-Oeste 117 (6,54%) e do Norte 106 (5,92%), que obteve o menor índice. O Sudeste apresenta maior número de empregados formais e possui rede de assistência diferenciada, com diversos estados tendo o programa de Saúde do Trabalhador[5]. São Paulo corresponde a 70% do consumo nacional de rochas ornamentais[6]. O Norte brasileiro demonstrou esses números por possuir baixos índices de notificação pela falta de informação, redução de leitos hospitalares e dificuldade no diagnóstico[5]. Em relação ao sexo, os homens possuíram número de 1. 394 (77,88%) de óbitos, muito superior ao apresentado pelo sexo feminino, que totalizou 396 (22,12%). Os homens são mais expostos devido aos tipos de profissões por eles exercidas[7]. **Conclusão:** Observou-se discreto aumento do número de óbitos por pneumoconiose, sendo a silicose a que apresentou maiores resultados. O sexo masculino demonstrou taxa significativamente superior à do sexo feminino. O Brasil tem dado enfoque maior à saúde do trabalhador, contudo, medidas precisam ser tomadas visando aprimorar as ações de controle e prevenção.

PO176 MELANOSE LARÍNGEA: RELATO DE CASO

ISADORA ESPÍNDOLA LEITE BORGES[1]; MARCELO FOUAD RABAHI[1]; LORENA TASSARA QUIRINO VIEIRA[2]; SEBASTIÃO ALVES PINTO[1]; VICTOR OLIVEIRA COUTINHO ROCHA[1]; RENATO RODNEY MOTA FERREIRA[1].
1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Melanose Laríngea; Tabagismo; Diagnóstico diferencial de Melanoma Laríngeo

Introdução: A Melanose Laríngea (ML) é uma condição rara, benigna, definida pela presença de melanócitos na camada basal do epitélio escamoso do lúmen da laringe. Os relatos de casos descritos na literatura mostram uma predominância em homens entre a 6ª e 8ª décadas de vida. A maioria dos pacientes eram fumantes, o que leva a crer que existem casos subnotificados pela alta prevalência do tabagismo e à tendência de aumento no sexo feminino. Outro achado relevante foi associação com Carcinoma de Células Escamosas (CEC). O presente relato traz um caso de ML em paciente tabagista, com diagnóstico prévio de CEC Pulmonar e reforça a necessidade de estudo acerca da relevância clínica desta condição. **Relato de Caso:** Paciente, masculino, 64 anos, tabagista, com sintomas de tosse e dor em hemitórax direito. Tomografia de tórax evidenciou massa no pulmão direito. Broncoscopia identificou lesão enegrecida na mucosa laríngea, que ao examinador se assemelhava a melanoma laríngeo; a carina principal se apresentava alargada e distorcida com lesão infiltrativa e oclusão de 90,0% da luz. Foi realizado exame citopatológico do lavado broncoalveolar que constatou CEC infiltrativo. A análise histopatológica da biópsia dirigida em lesão enegrecida constatou Melanose Laríngea sem sinais de malignidade. **Discussão:** A Melanose Laríngea não é um achado comum. O maior estudo descrito até o momento, avaliou, prospectivamente, 18 pacientes com ML entre 2005 e 2012 e comparou aos demais casos relatados (19 no total). Os autores relataram forte associação da ML ao uso de tabaco, ao sexo masculino e ao CEC, em orofaringe e no trato respiratório superior. O diagnóstico da ML é feito através de biópsia dirigida por broncoscópio e avaliação histopatológica da lesão. O diagnóstico apenas por imagem broncoscópica pode ser equivocado, de melanoma laríngeo devido a sua maior frequência, assim, faz-se essencial a avaliação por patologista. Algumas teorias tentam explicar a fisiopatologia da condição, incluindo erros na migração dos melanócitos para áreas atípicas, metaplasia melanogênica de células epiteliais ou possível diferenciação tumoral em

células produtoras de melanina. A forte associação com o tabaco leva a crer que a nicotina e outros componentes do cigarro possam se acumular nos tecidos e ativar a produção de melanina, levar à injúria e lesão crônica. A Melanose Laríngea carece de estudos de maior evidência que verifiquem a associação da condição com o tabagismo e neoplasias dos tratos respiratório e digestivo superiores, especialmente o Carcinoma de Células Escamosas. A elucidação dessas questões permitirá conduta adequada nos casos de ML com desenvolvimento de diretrizes que preconizem o manejo desses pacientes para diagnóstico precoce de possíveis neoplasias. Esses dados são ainda essenciais para encorajar o paciente a abandonar o vício (diante do medo da possível associação da ML com neoplasias) por meio de aconselhamento adequado para a reabilitação.

PO177 ANÁLISE COMPARATIVA DA INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM HIV POSITIVOS NO DE 2016-2018 ENTRE A PARAÍBA E O BRASIL

LUIZA MARIA BARBOSA MARANHÃO; FERNANDO DE PAIVA MELO NETO; BIANCA ETELVINA SANTOS DE OLIVEIRA.
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; HIV; Coinfecção

Introdução: No contexto brasileiro quanto às populações vulneráveis à Tuberculose (TB), as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) possuem um risco 28 vezes maior de desenvolver TB ativa que a população geral, sendo essa a doença infecciosa mais frequente no grupo. Diante disso, mesmo que haja um consenso quanto à eficácia da Terapia Antirretroviral (TARV) para a redução da mortalidade por TB, a baixa adesão ao tratamento corrobora esse problema, aumentando a incidência de TB nesse grupo. **Objetivos:** Realizar uma análise comparativa entre a Paraíba e o Brasil da incidência de TB em portadores de HIV, nos anos de 2016 a 2018. **Métodos:** Estudo de revisão realizado a partir de pesquisas nas bases de dados do DATASUS, através da análise de tabelas que abordavam a coinfecção TB-HIV. Consideraram-se as variáveis pacientes com diagnóstico confirmados de Tuberculose e sororreagentes para o HIV, além do ano de notificação, no período de 2016-2018. Foram utilizados boletins epidemiológicos e artigos da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre HIV e Tuberculose para os dados sobre o coeficiente de incidência da doença, como também para os números referentes ao TARV. **Resultados:** No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 72. 788 casos novos de TB, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil hab., mostrando um aumento em relação ao ano de 2017 de aproximadamente 1%. No país, a proporção da coinfecção TB-HIV foi de 9,4%, ou seja, dos 69 mil novos casos de TB registrados em 2016, 6,5 mil também apresentaram resultado positivo para o HIV. Com relação à Paraíba, o coeficiente de incidência de TB foi de 27,5/100 mil Hab., sendo realizadas testagens para HIV em 68,4% dos casos novos. Além do mais, a coinfecção TB-HIV girou em torno de 7,3% dos casos, menor que a média do país. Entretanto, esse número pode estar mascarado pela baixa testagem para o HIV na PB, que também ficou abaixo da média do país (75,5%), sendo esta insuficiente para as metas estabelecidas pelo Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Ao se tratar da TARV, apesar da utilização da TARV em 2018 (47,4%) ter sido superior à observada em 2017 (43,7%) no país, ainda está muito aquém dos 100% de utilização considerada ideal. Na PB, esse número ficou em torno de 36,8% no total de casos novos, contribuindo para o aumento da incidência da doença na PVHIV. **Conclusão:** Diante dos resultados obtidos, pode-se inferir que o aumento no coeficiente de incidência de TB entre 2017 e 2018, pode representar um crescimento do acesso às ferramentas de diagnóstico, devido à ampliação da Rede de Teste Rápido Molecular da TB (RTR-TB) em 2018. Entretanto, esse fato também pode estar relacionado às mudanças sociais e econômicas do país nos últimos anos. Por conseguinte, torna-se de suma importância que os Programas de TB considerem o contexto em que estão inseridos, para fazer com que seus mecanismos de ação consigam superar os desafios locais.

PO178 TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO NA MACRORREGIÃO DO CARIRI NOS ANOS DE 2009-2018

ANTONIO EDUARDO BITU FEITOSA[1]; MATTHEWS CORREIA NASCIMENTO[1]; SAMUEL CIRÍACO SILVA DE OLIVEIRA[1]; ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO[1]; BIANCA CASTRO MARTINS DE OLIVEIRA TEÓFILO[2]; LARISSA MEDEIROS DE OLIVEIRA[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Epidemiologia; Profilaxia

Introdução: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa que pode ser causada por qualquer uma das sete espécies do "complexo Mycobacterium tuberculosis", cujas principais características são a preferência pelo parênquima pulmonar e a transmissão de pessoa a pessoa através da inalação de partículas de aerossol contaminadas. Sendo, assim, uma importante causa de óbito em nosso país e de grande relevância na macrorregião para efeitos de rastreio, propostas de tratamento e formulação de políticas de saúde baseadas em dados epidemiológicos. Além disso, profissionais de saúde estão constantemente expostos, correndo riscos de desenvolvimento e de disseminação da doença. **Objetivo:** Objetiva-se, com esse estudo, analisar a evolução do diagnóstico na macrorregião do Cariri, relacionando com a exposição dos profissionais de saúde a essa enfermidade. **Metodologia:** Foram coletados e analisados os dados do DATASUS referentes ao diagnóstico na população do Cariri associando aos casos confirmados em profissionais de saúde de janeiro de 2009 a dezembro de 2018. **Resultados:** Foram observados 3. 463 casos diagnosticados no período, sendo aproximadamente 62,2% dos casos em pacientes do sexo masculino. De 2009 a 2013 houve uma média de 362 diagnósticos por ano e, no período, todos os casos são marcados como "Ign/Branco" para profissionais da saúde. Já em 2014, apenas 208 casos dos 328, no ano, não foram identificados como profissionais de saúde, dado esse que melhora no período seguinte, de 2015 a 2018, pois houve uma diminuição para apenas 34 não identificados, subindo a positividade nesse grupo para 6 casos no ano de 2018, enquanto em 2014 só foi possível identificar 1 caso. **Conclusão:** Comparando esses dados e considerando uma possível sub-notificação no período de 2009-2014, pode-se pensar que há anos já poderíamos estar criando estratégias para melhor prevenção dos profissionais de saúde, enquanto grupo de maior risco pela exposição, como orientações quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e quanto à relação com os pacientes bacilíferos em tratamento, com o objetivo de prevenir casos mais recentes, o que poderia, ainda, reduzir custos de tratamento. Tal fato denota uma falha no sistema de saúde da região, pela negligência no detalhamento do preenchimento da notificação. **Referências:** Informações de saúde (TABNET). Tuberculose - Casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação – Ceará. DATASUS. Disponível em: < http: //

tabnet. datasus. gov. br/cgi/tabcgi. exe?sinannet/cnv/tubercCE. def>. Acesso em: 29/05/2019.

PO179 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE ÓBITOS POR EMBOLIA PULMONAR NA PARAÍBA DURANTE O ANO DE 2018

TOMÁS JATAÍ SOARES FERNANDES[1]; RAFAELLA FIQUENE DE BRITO FILGUEIRA[1]; MAIALA DE FÁTIMA LIBERATO DE MOURA[1]; BRUNO BESERRA DA SILVA[1]; LEANDRO XAVIER DE SA BEZERRA DE MENEZES[1]; ELYAKYM ALVARENGA TERTO VIEIRA RAMALHO[2].
1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. 1, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Embolia Pulmonar; Óbitos; Paraíba

Introdução: A embolia pulmonar (EP) ocorre como consequência de um trombo, formado no sistema venoso profundo, que se desprende e, atravessando as cavidades direitas do coração, obstrui a artéria pulmonar ou um de seus ramos, daí o termo adotado por muitos grupos de doença venosa tromboembólica. Não se trata de doença que aparece apenas no consultório do cardiologista ou nas salas de emergência, mas, sim, de uma enfermidade que surge como condição primária ou como complicação, em qualquer área da medicina. **Objetivo:** Analisar a prevalência de óbitos por embolia pulmonar na paraíba durante o ano de 2018. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados registrados no DATASUS referente aos casos de óbitos por embolia pulmonar durante o ano de 2018 na Paraíba. **Resultados:** No ano de 2018 foram registrados 24 casos de óbitos por embolia pulmonar no estado da Paraíba. Não se encontraram mortes por tromboembolismo pulmonar nos meses de outubro e abril no estado. Desse total, cerca de 75% do total de óbitos no estado concentrou-se na cidade de João Pessoa, 12,5% na cidade de Cajazeiras e 4,16% para cada uma das seguintes cidades: Campina Grande, Guarabira e Pombal. Em relação ao número de óbitos de todo o estado por cidades, constatou-se que o maior número de mortes (18 casos) por tromboembolismo pulmonar ocorreram na cidade de João Pessoa, devendo-se considerar que a origem de alguns desses casos foram hospitais de outras cidades do estado. Devido essa transferência de pacientes, que é possível pela existência de pactuações intermunicipais previstas pela legislação vigente do SUS, para a capital João Pessoa, que é a cidade tida como centro de referência de saúde do estado pela população paraibana e pelos próprios serviços de saúde do estado, pode ter resultado nesse número discrepante de óbitos por cidade e pode ter mascarado o real número de óbitos da própria capital. **Conclusão:** De acordo com os dados analisados, observou-se que a prevalência dos casos de óbitos por embolia pulmonar na cidade João Pessoa. Também torna-se necessário que outras cidades alimentem o sistema DATASUS com os óbitos por essa causa-morte, já que de um total de 223 municípios do estado, apenas 5 deles registraram morte por embolia pulmonar.

PO180 INCIDÊNCIA DE ÓBITOS POR INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS ENTRE CRIANÇAS E IDOSOS NAS CINCO REGIÕES DO BRASIL: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

ERONILDO DE ALMEIDA ANDRADE[1]; PAULO DA SILVA LIMA[2]; WILGNER ANTONIO DE MELO SILVA[3]; MARIA CAROLINA VASCONCELOS DOS SANTOS[4]; ANA FLÁVIA SANTOS DA SILVA[3].
1. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE- SES -IMIP, RECIFE - PE - BRASIL; 2. FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE SÃO MIGUEL, RECIFE - PE - BRASIL; 4. HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Infecções Respiratórias; Epidemiologia; Incidência

Introdução: As doenças respiratórias são caracterizadas como infecções que desencadeiam obstrução da passagem de ar do trato respiratório superior ou inferior, e estão entre as infecções de maior índice de morbimortalidade no mundo inteiro (FILHO et al., 2017). No Brasil, as doenças respiratórias, com destaque, a pneumonia, são responsáveis por 22,3% de mortes entre crianças de 1 a 4 anos. A pneumonia tem relação direta com a alta taxa de hospitalização, e vale destacar que 30 a 50% das crianças que procuram atendimento em serviço de saúde apresentam sintomas respiratórios (PASSOS et al., 2017). Essas doenças se constituem um problema de saúde pública mundial, principalmente na população idosa, considerando os custos para o sistema de saúde, as complicações, a redução de mobilidade, assim como aos elevados índices de morbimortalidade existentes (CORIA, 2017). Este estudo teve o objetivo de evidenciar a incidência de óbitos por infecções respiratórias, comparando as 5 regiões do Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico, de abordagem descritiva e retrospectiva com base nas informações do banco de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Os dados são referentes ao período de 2017 de óbitos por infeções respiratórias nas 5 regiões do país. A população foi composta por indivíduos crianças de 0 a 4 anos e idosos de 60 a 64 anos que vieram a óbito e tiveram como doença de base, alguma infecção do trato respiratório. Para tal, foram criadas as seguintes variáveis: gênero e idade. **Resultados:** Os achados mostram que em 2017 o Brasil teve 155. 620 mortes registradas por doenças do aparelho respiratório, o maior número de casos foi na região Sudeste com um total de 77. 599 e o Nordeste com 36. 149 e o Sul com 23. 814 casos, enquanto que o Centro-**Oeste:** 10. 006 e o **Nordeste:** 8. 052. No que se trata de faixa etária, 872 foram crianças de 1 a 4 anos, entre elas, 337 no Sudeste, 236 no Nordeste, 158 no Norte, 71 no Sul e 70 no Centro-oeste. Este número aumenta quando se trata da população idosa, foram registradas 9. 570 mortes entre pessoas de 60 a 64 anos, continuando as regiões Sudeste e Nordeste com maior índice, 5. 004 1838, O Sul, 1633, Centro-oeste com 605 casos e o Norte com menor índice, 490. Entre todas as faixas etárias, com relação ao gênero, os mais acometidos foram os homens no Sudeste, com de 39. 368, enquanto que as mulheres foram 38. 220, já no Nordeste as mulheres foram as principais vítimas, 18. 658 e as homens com 17. 487. No Sul morreram 12. 294 homens e 11. 520 mulheres, no Centro-Oeste 5. 348 homens e 4. 655 mulheres e no Norte foram 4. 291 homens e 3. 760 mulheres. **Conclusões:** Deste modo, fica evidente que a região Sudeste é a que mais sofre com este problema de saúde pública, sendo no geral os homens que mais morrem dessas doenças, com exceção do Nordeste, já com relação a faixa etária, os idosos são os mais afetados.

PO181 ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES NO BRASIL

DIEGO MEDEIROS DELGADO; VITOR MEDEIROS DELGADO; FELIPE SILVA TAVARES; EDUARDO VICTOR COSTA DE CALDAS BARROS; MATHEUS CARTAXO ELOY FIALHO; IGOR BRONZEADO CANINO MOURA DE ALMEIDA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Neoplasias do Sistema Respiratório; Epidemiologia; Mortalidade

Introdução: A neoplasia maligna de traquéia, brônquios e pulmões apresenta distribuição mundial, sendo o tumor maligno com a maior taxa de mortalidade mundial no

homem e o segundo na mulher, só perdendo para o câncer de mama. No mundo, o câncer de pulmão acometeu 1,8 milhões de pacientes em 2012 e causou 1,6 milhões de mortes estimadas (Brambila et,al.). No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) são responsáveis pela vigilância epidemiológica da doença. Na maior parte das vezes, o diagnóstico é tardio, em uma fase que a doença está avançada, impossibilitando tratamento curativo. Assim, conhecer as características epidemiológicas é essencial para organizar ações de saúde e promover uma melhora do panorama nacional. **Metodologia:** Estudo descritivo, documental e transversal. As informações sobre óbitos por neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões por unidade federativa/região de residência, faixa etária, sexo, escolaridade no ano de 2017 foram retiradas do SIM do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), segundo a causa CID-BR-10 e submetidos à análise. Foram utilizados, dados do IBGE referentes à estimativa da população residente no território nacional, com data de referência em 1º de julho de 2017. **Resultados:** Foram registrados no Brasil, no ano de 2017, um total de 27931 casos de óbito por neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões, o que corresponde a 13,45 óbitos/100. 000 habitantes. A região que apresentou maior mortalidade por 100. 000 habitantes foi a região Sul, com 22,11 óbitos seguido pelo Sudeste, com 14,4 óbitos; Centro-Oeste, com 11,73; Nordeste, com 9,65 óbitos e Norte com 7,43. Nos estados, o que obteve mortalidade mais elevada foi o Rio Grande do Sul, com 29,78/100. 000 habitantes, seguido por Santa Catarina, com 19,58/100. 000 habitantes. Os estados que obtiveram menor mortalidade foram o Amapá, com 4,82/100. 000 habitantes e o Pará, com 6,61/100. 000 habitantes. Em relação à idade, o intervalo que apresentou maior mortalidade foi entre 60 e 69 anos, com 8608 óbitos notificados, seguido pela faixa etária entre 70 a 79 anos, com 8009 registros. Percebe-se padrão de crescimento de mortalidade até o intervalo entre 60 a 69 anos. Aproximadamente 58% dos óbitos foram de homens e 42% de mulheres. Quando avalia-se quanto à escolaridade, excluindo os casos em que não foi informada, cerca de 70% dos óbitos foram de pessoas que tiveram menos de 8 anos de estudo. **Conclusão:** A partir dos dados colhidos podemos perceber que a grande maioria dos casos se concentram nas regiões Sul e Sudeste. Alguns fatores que podem contribuir para esse processo como o estilo de vida, o tabagismo, e a poluição ambiental. Contudo, o acesso ao diagnóstico pode ser um fator de confusão para os dados. Em relação ao perfil do paciente, temos mais comumente um paciente do sexo masculino com mais de 60 anos e que teve menos de 8 anos de escolaridade.

PO182 ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NO TERRITÓRIO NACIONAL NO ANO DE 2018

DIEGO MEDEIROS DELGADO; VITOR MEDEIROS DELGADO; AGNES MARIA FERREIRA DE OLIVEIRA; FELIPE SILVA TAVARES; JÚLIA EMILY SILVA DANTAS; RODRIGO ÍCARO NÓBREGA DE MEDEIROS.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Epidemiologia; Incidência

Introdução: A tuberculose é uma patologia infectocontagiosa cujos patógenos são bactérias do complexo Mycobacterium tuberculosis. Aproximadamente 15% dos novos casos ocorrem em pessoas HIV positivo. O grande número de casos de HIV é um importante responsável pela manutenção da alta incidência de tuberculose. O Brasil está entre os 22 países responsáveis por cerca de 90% dos casos da doença no mundo. No Brasil, o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) é um dos responsáveis pela vigilância epidemiológica da doença. A detecção e o tratamento dos casos são essenciais para seu controle. Sua epidemiologia sofre influência de fatores socioeconômicos e por isso ela se apresenta de forma heterogênea dentro do território nacional. Conhecer essa distribuição é essencial para organizar as ações de saúde e promover uma melhora do panorama nacional. **Metodologia:** Estudo descritivo, documental e transversal. As informações sobre os casos confirmados notificados por unidade federativa/região de notificação, idade, sexo, relação com AIDS e escolaridade no ano de 2018 foram retiradas do SINAN do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e submetidos à análise. Foram utilizados dados do IBGE referentes à estimativa da população residente no território nacional com data de referência em 1º de julho de 2018. **Resultados:** No ano de 2018, houve no Brasil um total de 89. 002 casos confirmados notificados, o que representa 42,6 casos/100. 000 habitantes. Destes casos notificados, 69% eram do sexo masculino, enquanto 31% eram do sexo feminino. Mais da metade dos casos, 41. 232, ocorreram na faixa etária dos 20 aos 39 anos. Em relação à AIDS, 9% apresentavam à síndrome, enquanto 80% não apresentavam e o restante não foi informado. Excluindo os casos em que a escolaridade não foi informada, 50% dos pacientes não tinham o ensino fundamental completo. A região Centro-Oeste apresentou uma incidência de 25,3 casos/100. 000 habitantes; o Sul – 36,3 casos/100. 000 habitantes; o Nordeste – 41,6 casos/100. 000 habitantes; o Sudeste – 46,5 casos/100. 000 habitantes e o Norte – 53,2 casos/100. 000 habitantes. Entre as unidades federativas a incidência no Amazonas foi a maior do país com 92,3 casos/100. 000 habitantes, seguida pelo Rio de Janeiro com 80,4 casos/100. 000 habitantes. As de menor incidência foram Distrito Federal e Tocantins. **Conclusão:** Os resultados trazidos permitem a avaliação do comportamento demográfico da tuberculose no território nacional e do perfil epidemiológico dos pacientes. A maior parte dos casos notificados no ano de 2018 foi em homens, na faixa etária dos 20 aos 39 anos e sem o ensino fundamental completo. Um número expressivo de pacientes apresentavam AIDS e tuberculose, seguindo uma tendência global. Relativamente ao número de habitantes, as regiões brasileiras de maior incidência foram o Norte e o Sudeste, o que pode estar relacionado a piores condições de vida e à presença de grandes conglomerados urbanos respectivamente.

PO183 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE ÓBITO POR ASMA NO NORDESTE EM COMPARATIVO AS DEMAIS REGIÕES DO PAÍS ENTRE OS ANOS DE 2012 E 2016

GUILARDO SOARES DA FONSECA ATAIDE.
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA- UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Mortalidade; Epidemiologia

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, atinge cerca de 20 milhões de brasileiros, e possuis quadros de crise, que aumentam a mortalidade desses pacientes. Entre os anos de 2012 e 2016, no Brasil, foram registrados 11. 351 casos de óbito por causa asmática de acordo com o Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM). O Nordeste do país, é a segunda, com 3. 632 mortes. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos de óbito por asma no Nordeste, entre os anos de 2012 e 2016, comparando os

casos notificados referentes a essa região em relação ao restante do país. **Métodos:** Constitui-se como pesquisa descritiva e exploratória, com coleta de dados no Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), entre os anos de 2012 e 2016. Os dados foram tabulados e analisados no Microsoft Excel. **Resultados:** Entre os anos de 2012 e 2016, 11. 351 mortes por causa asmática foram registradas no Brasil, de acordo com o SIM, sendo o Nordeste o segundo em número de notificações, com 3. 632 casos nesse período ficando atrás apenas do Sudeste (4. 591) e superando o Sul (1. 859), Centro-Oeste (702) e Norte (567). Dos casos registrados no país, o sexo feminino é o mais acometido, representando cerca de 64% das fatalidades, o Nordeste segue padrão semelhante possuindo aproximadamente 61%. A faixa etária que mais foram registradas as morte, são aqueles acima de 80 anos, tanto no Nordeste, representando 1. 256 óbitos, como em todas as demais regiões do Brasil, e à medida que a faixa etária vai diminuindo, as mortes também reduzem. Outro dado relevante é a questão de raça, que possuem divergências dependendo da região, sendo a raça branca mais prevalente no território nacional (5. 806 óbitos), pouco superior aos pardos (4. 061), porém nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste os pardos são os mais acometidos, diferente do Sul e Sudeste. Essas divergências refletem a etnia das diferentes regiões do Brasil. **Conclusões:** Frente ao exposto, o Nordeste apresenta um elevado número de casos em relação às demais regiões do país, sendo o segundo em número de óbitos. Porém, devido aos avanços de tratamento, a mortalidade em todo o Brasil é baixa. Sendo assim, deve-se reiterar o cuidado com o tratamento dessa doença e principalmente suas crises agudas, para assim diminuir cada vez mais a mortalidades desses pacientes. Referência bibliográfica**:** MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). *Mortalidade Asma, 2012-2016*.

PO184 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM MNTB (MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSE) DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

LUCAS NUNES DE MENEZES; PRISCILA TAVARES VITORIANO; DIEGO MEDEIROS DELGADO; FELIPE SILVA TAVARES; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA; GEÓRGIA FREIRE PAIVA WINKELER.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Micobactérias não tuberculose; Tuberculose; Epidemiologia

Introdução: O termo micobactérias não tuberculose (MNTB), inclui todas as outras espécies não pertencentes ao complexo Mycobacterium tuberculosis (Mtb). Sua habilidade em causar doenças depende da existência de alterações prévias no estado geral ou pulmonar e do déficit imunológico do hospedeiro, quando então encontram condições propícias ao seu desenvolvimento. As características clínicas da doença pulmonar por MNTB são, em muitos casos, indistinguíveis da tuberculose. Visto que o tratamento e a epidemiologia das infecções causadas por MNTB são substancialmente diferentes da tuberculose, a identificação correta dos agentes causadores é imprescindível para o diagnóstico. **Objetivos:** O objetivo geral do trabalho é verificar a prevalência e epidemiologia das MNTB nos pacientes atendidos em um hospital de referência em João Pessoa-PB no período de julho de 2007 a julho de 2014. Dentre os objetivos específicos pode-se destacar**:** (1)Determinar a presença de MNTB em pacientes com HIV, afecções pulmonares preexistentes e doenças crônicas sistêmicas. (2) Identificar o perfil do paciente acometido por MNTB quanto ao sexo, idade e procedência. (3) Aferir os principais sintomas associados à doença causada por MNTB. **Métodos:** Foi feita uma revisão de prontuários médicos em que foi detectada a ocorrência de doença pulmonar causada por MNTB em pacientes com diagnóstico inicial de tuberculose pulmonar. Foram coletados dados referentes ao perfil epidemiológico dos pacientes acometidos pelas MNTB. A população alvo foi de 12 pacientes atendidos no Complexo Hospitalar de Doenças infecto contagiosas Dr. Clementino fraga no período de julho de 2007 a julho de 2014. **Resultados:** Do total dos pacientes, 8,33% apresentava AIDS, 8,33% apresentava diabetes mellitus tipo 2, enquanto os demais pacientes apresentaram doenças pulmonares prévias. Em relação ao perfil epidemiológico, 80% das mulheres apresentaram idade superior a 40 anos. Já dentre os pacientes do sexo masculino, 71,4% apresentaram idade inferior a 40 anos. Das formas de apresentação clínica da doença causada por MNTB, 16,6% apresentaram acometimento ganglionar periférico, enquanto que em 83,3% foi evidenciado acometimento pulmonar. Dentre as apresentações pulmonares, 37,5% foi unilateral não cavitária, 25% bilateral não cavitária, 25% bilateral cavitária, e 12,5% unilateral cavitária. Todos os pacientes declararam tosse seca, expectoração, febre e adinamia. Mas sintomas como hemoptise (8,3%), dispneia (8,3%) e dor torácica (16,6%) também foram relatados. **Conclusões:** O trabalho faz-se importante por traçar um perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por essa enfermidade e por demonstrar a importância da investigação clínica e laboratorial precoce pois com o diagnóstico correto e adoção do tratamento indicado para a espécie identificada, são evitados gastos desnecessários com tratamento inadequado e complicações decorrentes da falha terapêutica, além de propiciar melhores condições de saúde ao paciente.

PO185 DETERMINAÇÃO DA SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO AMBULATORIAL EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS IDOSOS E NÃO IDOSOS A NIVEL DO MAR

SAULO MAIA D' AVILA MELO[1]; JULIANA ANJOS MONTEIRO[2]; LORENA MOTA DE JESUS[2]; LUIZA CRISTINA PASSOS DO PRADO[2]; LARISSA ALVES DE OLIVEIRA[3]; JULIANA SILVA SANTANA[4].
1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, PROPRIA - SE - BRASIL;
2. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL;
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL; 4. CLÍNICA GERIATRIA INTEGRADA ESPAÇO ATIVO, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Função pulmonar; Saturação Periférica de Oxigênio; Senescência

Introdução: A população idosa está em constante crescimento no Brasil e no mundo com projeções de triplicar nos próximos 20 anos. O aparelho respiratório sofre naturalmente com a senescência e ao longo da vida está mais sujeito a danos por fatores ambientais, poluição e comorbidades. O diagnóstico precoce utilizando o bom exame clínico e ferramentas diagnosticas adequadas deve ser uma prioridade na assistência a saúde. A saturação periférica de oxigênio (SpO_2) mensurada através a oximetria de pulso portátil é considerada o quinto sinal vital e auxilia na detecção precoce da hipoxemia e seu emprego a nível ambulatorial deve fazer parte do exame clinico do pneumologista. No Brasil idoso é considerado o individuo ≥ 60 anos de idade cronológica. Existe divergências na literatura em relação aos valores considerados normais da SpO_2 e se a idade cronológica tem alguma influência na SpO_2 a nível ambulatorial. Estudos avaliando a SpO_2 em diferentes faixas etárias a nível ambulatorial são escassos. **Objetivos:** Determinar a saturação periférica de oxigênio de indivíduos

adultos saudáveis, comparar a SpO_2 entre indivíduos idosos e não idosos e avaliar a influência da idade cronológica na determinação da SpO_2 ambulatorial, a nível do mar. **Métodos:** Estudo transversal, feito com 363 voluntários saudáveis de ambos os sexos, com idade cronológica ≥ 18 anos, selecionados aleatoriamente na rede de saúde pública e privada, na cidade de Aracaju-SE, no período de março de 2016 a julho de 2018. Foram excluídos indivíduos fumantes ativos ou ex-fumantes com carga tabagica ≥ 20 maços / ano, pneumopatias agudas ou crônicas, cardiopatas, sintomas cardiorrespiratórios, baqueteamento digital, anemia importante, fenômeno de Raynaud, unhas pintadas ou postiças, artefatos de movimentos das mãos, hipotermia e hipotensão arterial. Aparelho de oximetria de pulso da marca Nonin GO2 Achieve. Para esta análise, a amostra geral foi dividida em dois grupos. Grupo 1: composto por voluntários com idade ≤ 59 anos (n=155) e Grupo 2: composto por voluntários (n=208) com idade ≥ 60 anos. **Resultados:** A média de idade foi de 59,31 anos ± 23,63. A média da SpO_2 na amostra geral foi de 96,90% ± 1,45 (IC95% 96,84 – 97,16). A amostra de pacientes com idade ≤ 59 anos obteve uma média da SpO2 de 97,72% ±1,22. A amostra de voluntários com idade ≥ 60 anos obteve uma média de SpO2 de 96,29% ±1,38. A idade cronológica exerceu influência significativa sobre o declínio da SpO_2 ($p < 0,001$). **Conclusão:** A saturação periférica de oxigênio na amostra geral foi de 96,90% ± 1,45. Indivíduos idosos demonstraram declínio significativo da SpO_2 quando comparados a não idosos. A idade cronológica influência na redução da SpO_2 ambulatorial de indivíduos saudáveis, a nível do mar.

PO186 SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO EM ADULTOS JOVENS E IDOSOS SAUDÁVEIS EM AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR

SAULO MAIA D' AVILA MELO[1]; LORENA MOTA DE JESUS[1]; JULIANA ANJOS MONTEIRO[1]; LUIZA CRISTINA PASSOS DO PRADO[1]; LARISSA ALVES DE OLIVEIRA[2]; JULIANA SILVA SANTANA[3].
1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL;
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL; 3. CLÍNICA GERIATRIA INTEGRADA ESPAÇO ATIVO, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Saturação Periferica de Oxigênio; Envelhecimento; Senescência

Introdução: A oximetria de pulso representa um método de avaliação da SpO_2 de grande relevância no ambiente hospitalar e atualmente devido à grande importância na prática clínica deve fazer parte do exame clinico do pneumologista, a nível ambulatorial. O aparelho respiratório sofre naturalmente com a senescência. A nível ambulatorial a influência da idade cronológica e o real valor do ponto de corte da normalidade da SpO_2 apresenta divergências na literatura. **Objetivos:** Determinar a saturação periférica de oxigênio em indivíduos adultos jovens e idosos saudáveis em repouso, comparar a SpO_2 entre adultos jovens e idosos e avaliar a influência da idade cronológica na SpO_2, em ambiente extra-hospitalar, a nível do mar. **Métodos:** estudo transversal. Idade acima de 18 anos, avaliados em quatro décadas de idade cronológica sendo os mesmos subdivididos em dois grupos**:** grupo adultos jovens**:** segunda década (18 e 19 anos) e terceira década (20 a 29 anos), e grupo de idosos**:** sétima década (60 a 69 anos) e oitava década (70 a 79 anos). Foram excluídos indivíduos fumantes ativos ou ex-fumantes com carga tabagica ≥ 20 maços / ano, pneumopatias agudas ou crônicas, cardiopatas, sintomas cardiorrespiratórios. **Resultados:** A amostra geral (adultos jovens e idosos) foi de 197 voluntários saudáveis com SpO_2 média de 96,86 ± 1,63. O grupo adulto jovem (69 voluntários) com média de idade de 22,07 ± 3,31 demonstrou uma SpO_2 de 98,06 ± 0,84 (IC 95% 97,86 – 98,26). Na segunda década (23 voluntários) com média de idade de 18,52 ± 0,51 demonstrou uma SpO_2 de 98,26 ± 0,86 e na terceira década (46 voluntários) com média de idade de 23,85 ± 2,61 e SpO_2 de 97,96 ± 0,81. O grupo de idosos (128 voluntários) com média de idade de 70,38 ± 5,41 demonstrou uma SpO_2 de 96,21 ± 1,59 (IC 95% 95,93 – 96,49). Na sétima década (56 voluntários) com média de idade de 65,27 ± 3,02 e SpO_2 de 96,07 ± 1,65 e 72 voluntários na oitava década com média de idade de 74,35 ± 2,96 e SpO_2 de 96,32 ± 1,55. Houve diferenças significativas da SpO_2 entre os grupos (adultos jovens vs idosos; $p < 0,001$) com uma queda da taxa de SpO_2 de 1,85 % entre os dois grupos. Não houve diferenças significativas na SpO_2 entre as décadas de cada grupo**:** (adulto jovem**:** $p \leq 0,94$) e (grupo idoso**:** $p \leq 0,89$). As 2ª e 3ª décadas demonstraram diferenças significativas na SpO_2 com ambas décadas de idosos (7ª vs 8ª décadas) com $p < 0,001$, respectivamente. Análise de correlação e regressão linear múltipla entre variáveis independentes (sexo, raça e idade cronológica) e SpO_2 demonstrou que apenas a idade cronológica tem correlação significativa e influencia no declínio da SpO_2 ($p \leq 0,001$). **Conclusões:** A SpO_2 em Indivíduos saudáveis em repouso encontra-se acima de ≥ 96,00 %. Adultos jovens têm a SpO_2 (98,06 %) maior que de idosos (96,21 %). A idade cronológica influencia no declínio da SpO_2 de voluntários saudáveis em repouso com os valores da normalidade da SpO_2 devendo ser considerados conforme a faixa etária.

PO187 CORRELAÇÃO ENTRE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS E ALTERAÇÕES ESPIROMÉTRICAS EM FUMANTES ATIVOS E EX TABAGISTAS NA GRANDE JOÃO PESSOA

JULYA DE ASSIS SOUSA MORAIS; ELIAURIA ROSA MARTINS; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI; LARYSSA ALMEIDA DE ANDRADE TENÓRIO; LAÍS DE LIMA RIBEIRO; ALEXANDRA LAYS OLIVEIRA VIANA BARRETO.
FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Sintomas Respiratórios; Espirometria

Introdução: O uso de tabaco está associado à elevada morbimortalidade e é considerado a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces no mundo, sendo responsável pelo óbito de 1 a cada 10 adultos (CEDRAZ; CASEIRO; GAGLIANI, 2017). A fumaça irrita as vias aéreas, causando envelhecimento pulmonar precoce, alterações na capacidade pulmonar e maior vulnerabilidade a diversas patologias, tendo como principal resultante a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (FARIA et al., 2005) **Objetivo:** Descrever e analisar os sintomas respiratórios e alterações espirométricas em pacientes tabagistas ativos e ex-fumantes. **Métodos:** Realizou-se um estudo populacional e delineamento transversal de 122 pacientes, maiores de 18, durante 4 ações realizadas no Centro de Saúde Nova Esperança, em que foram avaliados sintomas respiratórios, histórico de tabagismo ativo e ex-tabagismo através de um questionário padronizado. Desses, 28 realizaram espirometria por possuírem tais antecedentes. Foram classificados em sintomáticos – aqueles que referiam tosse e catarro por no mínimo 2 anos, chiado no peito nos últimos 12 meses sem associação com resfriado e grau de dispneia pela escala do MRC modificado > 2; e assintomáticos – os que não apresentaram nenhum desses critérios. **Resultados:** Dos 28 pacientes que realizaram a espirometria 64,28% eram mulheres e 35,71% eram homens, a média foi de 53 anos. Avaliando-se os resultados, 9 apresentaram alterações, desses, 1 apresentou distúrbio

obstrutivo moderado e os outros 8 apresentaram distúrbio obstrutivo leve; e 19 obtiveram resultados normais. A prevalência dos sintomas nos pacientes com alterações espirométricas foi de: 77,7% dispneia, 66,6% tosse, 66,6% chiado e 55,5% catarro. Todos os pacientes apresentaram pelo menos 1 sintoma respiratório e 33,3% apresentaram os quatro sintomas concomitantemente. Dos 9 pacientes com alterações na espirometria, 7 faziam uso de cigarro industrializado com filtro, e os outros 2 fumavam cachimbo e cigarro de palha. **Conclusão:** Com base nos dados expostos pode-se constatar que houve forte associação dos sintomas respiratórios com a presença de distúrbio obstrutivo, visto que todos os pacientes com espirometrias alteradas eram sintomáticos. Este trabalho ressalta a importância do fortalecimento de ações para o cuidado do tabagista, valorizando a busca ativa de alterações pulmonares nos pacientes com queixas respiratórias, a conscientização sobre a importância de abandonar o vício e maiores informações sobre as estratégias para cessar o hábito. **Referências:** CEDRAZ, P. O. ; CASEIRO, M. M. ; GAGLIANI, L. H. Estudo espirométrico em indivíduos fumantes e não fumantes atendidos na clínica de fisioterapia do centro Universitário Lusíada, na cidade de Santos, no período de 2006 a 2015. UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 13, n. 33, p. 39-61, 2017. FARIA, A. C. D. et al. Mecânica respiratória em indivíduos tabagistas com exames espirométricos normais e com obstrução leve. Pulmão RJ, v. 14, n. 2, p. 118-122, 2005.

PO188 ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS E ACHADOS RADIOLÓGICOS TORÁCICOS EM PACIENTE COM HÉRNIA ESÔFAGO-GÁSTRICA PERFURADA EM FUNDO GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO

TOMÁS JATAÍ SOARES FERNANDES; BRUNO BESERRA DA SILVA; MAIALA DE FÁTIMA LIBERATO DE MOURA; LEANDRO XAVIER DE SA BEZERRA DE MENEZES; ELYAKYM ALVARENGA TERTO VIEIRA RAMALHO; MARIAH SOUTO PIMENTEL.
FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Hérnia esôfago-gástrica; Derrame Pleural; Tomografia Computadorizada

Introdução: O pneumomediastino define-se pela presença de ar livre no mediastino e tem como manifestações clínicas dor torácica, dispneia, tosse, disfonia, disfagia e enfisema subcutâneo. É mais frequente em os jovens do sexo masculino e suas principais causas são traumatismos, procedimentos invasivos (cervicais, torácicos ou abdominais) e uso de drogas (cocaína e anfetamina), dentre outras. O diagnóstico é estabelecido por exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada (TC) do tórax que é o método mais sensível e especifico. **Relato de Caso:** Paciente M. PS., sexo feminino, 57 anos, casada, natural e procedente de João Pessoa-PB, procurou atendimento (hospital particular) queixando-se de forte dor no tórax associada à náuseas, vômitos e dispneia de início súbito na madrugada. A paciente apresentava-se com MEG e leve torpor, porém em LOTE, sem agitação psicomotora, hidratada, hipocorada, acianótica, normotérmica e perfusão capilar periférica lenta. Nos aparelhos cardiovascular e respiratório: FC: 117bpm, PA 130x100mmHg, FR: 23irpm, MV rude em ambos os hemitórax. No abdome: peristaltismo reduzido, sinal de Blumberg Jobert positivo. Afirmou ter DM tipo 2, DPOC por tabagismo e psoríase, e relatou correção de hérnia hiatal há 17 anos. Nega queixas ou informações relevantes adicionais. A TC com contraste mostrou: moderado derrame pleural bilateral, maior à direita; moderada hérnia hiatal esôfago-gastrica, com possibilidade de rotura na transição entre o esôfago e o estômago; extenso pneumomediastino, acometendo e envolvendo todas as estruturas mediastinais, dissecando os planos cervicais profundos e superficiais, a região paravertebral bilateral, musculatura torácica e corpos mamários, caracterizando extenso enfisema de partes moles cérvicotorácicas; Opacidade atelectásicas e consolidações subsegmentares nas bases pulmonares; Esteatose hepática difusa. A conduta foi realizar uma toracostomia bilateral com gastrorrafia por lesão perfurada em fundo gástrico. A paciente evoluiu com quadro de clínica grave no pós-operatório imediato, com melhora progressiva nos dias subsequentes, recebendo alta hospitalar após 14 dias da admissão. **Discussão:** Os exames de imagens realizado (RX e TC com contraste) auxiliaram no diagnóstico e tratamento da paciente com dispneia, derrame pleural bilateral e pneumomediastino ocasionado por rotura de hérnia hiatal esôfago-gastrica. Dados epidemiológicos mostram que o pneumomediastino é mais comuns em jovens do sexo masculino, entretanto, o paciente apresentava epidemiologia contrária à esperada, sendo do sexo feminino e próximo aos seus 60 anos de idade, ou seja, idosa. Necessitou-se de toracostomia bilateral com gastrorrafia por lesão perfurada em fundo gástrico. A toracocentese de alívio não pode ser utilizada devido a ruptura de víscera oca (estômago), bem como a alta probabilidade dessa técnica de causar pneumotórax (complicação mais comum) devido a má execução dela, podendo agravar ainda mais a clínica da paciente.

PO189 MICROORGANISMOS MAIS PREVALENTES EM CULTURA DE ASPIRADO TRAQUEAL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM CONHECIMENTO NECESSÁRIO

SARAH CAETANO VIEIRA[1]; MARIANA PEREIRA MORAIS[1]; MARIA MÉRCIA BARBOSA GUEDES[2]; KARLA FERNANDES DE ALBUQUERQUE[2]; SANDRA DE LOURDES DE LIMA SANTOS DA LUZ[2]; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Microorganismos; Aspirado traqueal; Unidade de Terapia Intensiva

Introdução: As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam um grave problema de saúde pública, causando potenciais danos a saúde dos indivíduos acometidos, aumento do tempo de internação hospitalar e aumento dos custos para as instituições de saúde. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é a maior causa IRAS, sendo avaliada em pacientes intubados, após mais de 48h de ventilação mecânica. Uma das recomendações no manuseio de pacientes com PAV é o conhecimento da flora local para direcionar o tratamento empírico. Identificar as bactérias mais prevalentes no aspirado traqueal pode auxiliar no início da antibioticoterapia adequada. **Objetivos:** Essa pesquisa teve como objetivo avaliar a prevalência de microrganismos em culturas de aspirado traqueal de pacientes internados em UTI. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo através da análise de culturas de aspirado traqueal, colhidas de forma não invasiva, realizados entre janeiro a e abril de 2019, de pacientes internados em uma UTI. Foram identificados os microrganismos bem como seu perfil de sensibilidade. A análise foi feita após a coleta e tabelamento dos dados em planilha do programa Windows 2011, Microsoft Excel. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e faz parte de um projeto de estratégias de prevenção de infecção em UTIs. **Resultados:** Avaliou-se um total de 37 amostras de 31 pacientes internados na UTI de adultos, sendo 20 do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Dessas, 83% apresentaram cultura positiva para microorganismos, 17%

foram negativas. Os microrganismos encontrados, segundo a prevalência, foram: *Pseudomonas aeruginosa* com 29%, *Proteus mirabilis* 19%, bacilos Gram-negativos não fermentador não especificados 13%, *Escherichia coli* 13%, *Staphylococcus aureus* 6%, *Acinetobacter baumannii* 6%, bactéria gram-negativas não especificadas 6%, *Candida albicans* 3% e Gram-positivos não especificados 3%. Assim, 87% das infecções foram por bactérias gram-negativas, 10% por bactérias gram-positivas e 3 % por fungos. O grupo de bactérias multirresistentes constituem 68 % das bactérias registradas. Cinco dos pacientes analisados apresentaram o aspirado traqueal infectado por mais de um tipo de microrganismo. **Conclusão:** Observamos uma taxa elevada de germes multirresistentes. O conhecimento dos agentes infecciosos mais comuns na UTI é relevante, bem como o perfil de sensibilidade, já que o tratamento inicial com antibióticos adequados está associado ao menor mortalidade de PAV.

PO190 TERAPIA COM GENTAMICINA INALATÓRIA PARA PNEUMONIA POR GERME MULTIRRESISTENTE EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR FIBROSANTE: RELATO DE CASO.

JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO; ATHOS GABRIEL VILELA QUEIROZ; HANNA LETÍCIA NOGUEIRA RAMOS; PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA; JOSÉ FABRÍCIO MACEDO.
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Doença intersticial pulmonar; Pneumonia; Antibiótico inalatório

Introdução: A doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) é caracterizada por superposição de doenças do tecido conjuntivo (DTCs) e positividade para anti-RNP1. A doença intersticial pulmonar (DIP) acomete entre 52% e 85% dos pacientes portadores de DMTC2. O uso de imunossupressores torna os pacientes com DTCs susceptíveis a infecções. A evidência do uso de antibióticos inalatórios na pneumonia por germes resistentes vem crescendo a cada dia3, embora haja poucos dados de sua eficácia em pacientes com DIP. **Relato de Caso:** Mulher de 68 anos se apresenta com dispneia e tosse há 8 meses. Exame físico revelou estertores crepitantes bilateralmente e saturação de oxigênio de 90%. Exames laboratoriais evidenciaram positividade para o anti-RNP, anti-SSa, anti-SM e FAN positivo 1: 1280 nuclear pontilhado grosso. Tomografia computadorizada (TC) de tórax mostrou padrão de PINE, sendo iniciada prednisona com melhora de dispneia. Após dois meses, a paciente iniciou queixa de piora de dispneia e tosse produtiva, sendo internada por hipoxemia após exames laboratoriais evidenciarem leucocitose com aumento de proteina C reativa e nova imagem consolidativa na TC de tórax. Cultura de escarro isolou Acinetobacter baumanii multirresistente. Foi iniciado esquema antibiótico com meropenem e amicacina endovenosos com refratariedade clínica e laboratorial ao tratamento. Após sete dias sem boa resposta terapêutica, foi associada gentamicina inalatória com grande melhora clínica e de parâmetros laboratoriais. A paciente recebeu alta em boas condições clínicas. **Discussão:** A pneumonia nosocomial acarreta considerável morbimortalidade(4), principalmente quando causada por microrganismos multirresistentes. Os aminoglicosídeos são antibióticos efetivos sobretudo contra os germes gram negativos, porém seus efeitos adversos como nefrotoxicidade e ototoxicidade limitam seu uso (5-6). Se a incidência de resistência bacteriana é elevada, o tratamento deve incluir um beta-lactâmico com atividade antipseudomonas combinado a um aminoglicosídeo ou fluoroquinolona (7). De acordo com o guideline de pneumonia hospitalar da ATS-IDSA de 2016, antibióticos aerossolizados em combinação com antibióticos sistêmicos podem ser benéficos em pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica com boa resposta em termos de cura clínica e sobrevida (8). Antimicrobianos inalados são estudados principalmente na fibrose cística e pneumonia nosocomial (10) com boa efetividade (11, 12, 13). O propósito da via inalatória é aumentar a concentração da substância diretamente no sítio de infecção, poupando o paciente de seus efeitos tóxicos sistêmicos, mantendo sua eficácia microbicida (14, 15). Achar uma estratégia antimicrobiana efetiva e menos tóxica para tratar infecções respiratórias multirresistentes seria de grande valor para nossa população. Neste relato, apresentamos um caso exitoso no tratamento "off-label" de exacerbação infecciosa de fibrose pulmonar, utilizando aminoglicosídeo inalatório.

PO191 TRAQUEOBRONQUITE CAUSADA POR ASPERGILLUS EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

PATRÍCIA LUISE COSTA DE FREITAS; CAMILA BLANCO MIGUEL; ELAINE CRISTINA CAON DE SOUZA BULSING; ROGER PIRATH RODRIGUES; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Aspergilose; Doenças da traquéia; Doença pulmonar obstrutiva crônica

Introdução: A traqueobronquite (TB) causada por *Aspergillus* é uma forma incomum da aspergilose pulmonar invasiva (API), que ocorre em cerca de 10% dos casos, na qual a infecção acomete predominantemente a árvore traqueobrônquica. O desenvolvimento da API está relacionado à imunossupressão decorrente de: transplante de medula óssea e órgãos sólidos, neutropenia, corticoterapia prolongada, HIV, doença granulomatosa crônica, sarcoidose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), *diabetes mellitus*, entre outras. **Relato de Caso:** Masculino, 59 anos, procedente de Barra Velha - SC. Procurou serviço médico com queixa de dispneia progressiva, agora aos mínimos esforços, acompanhada de tosse e febre havia 30 dias. Fez uso de antibiótico e corticoterapia sem melhora. Tabagista ativo, com carga tabágica de 184 maços/ano. Em uso de formoterol 12mcg e budesonida 400mcg em média 6 a 8 vezes ao dia. Ao exame físico apresentava pletora facial, rouquidão e necessidade de permanecer em posição genupeitoral. Apresentava estridor e sibilância ao retificar a postura associados à dispneia intensa e dessaturação. A Tomografia computadorizada de tórax evidenciou extenso enfisema paraseptal e centrolobular, além de espessamento difuso das paredes brônquicas e bronquiectasias. Realizada broncoscopia, a qual demonstrou cordas vocais com edema, inflamação e espessamento grosseiro da mucosa laríngea, com secreção espessa e sinais de bronquite inflamatória em toda árvore brônquica. O aspirado brônquico revelou *Aspergillus sp.* Considerou-se o diagnóstico de aspergilose traqueobrônquica e iniciado tratamento com anfotericina B desoxicolato, com melhora clínica significativa. A alta hospitalar foi possível, com o paciente em uso de itraconazol, 400mg/dia. **Discussão:** O diagnóstico de API permanece desafiador devido à apresentação clínica inespecífica e ausência de achados radiográficos nos estágios iniciais. Os pacientes com TB são menos imunocomprometidos do que aqueles com outras formas de API. Os fatores de risco que predispõem a infecção localizada ao invés do acometimento do parênquima pulmonar permanecem

incertos, mas se acredita que o papel do epitélio mucociliar e dos mecanismos de defesa locais estejam alterados com a administração de corticoides inalatórios, como o paciente havia relatado. Tosse, febre e dispneia são as principais queixas. Sibilância e estridor são observados em um quarto dos pacientes. Estudos sugerem que a broncoscopia seja realizada nos pacientes com diagnóstico inicial de pneumonia ou exacerbação de DPOC que não apresentem remissão dos sintomas com antibioticoterapia de amplo espectro. Em portadores de DPOC, o lavado brônquíolo-alveolar positivo para *Aspergillus sp.*, associado ou não à biópsia transbrônquica, é útil para o diagnóstico. O tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, uma vez que, a mortalidade nos pacientes com DPOC é bastante elevada, pela idade avançada, comorbidades e reserva pulmonar comprometida.

PO192 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR PNEUMONIA NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2017

ANA PAULA MONTEIRO DO NASCIMENTO[1]; BEATRIZ SILVA DE JESUS SOUSA[1]; MARIANA GURGEL CARVALHO DE SOUZA[1]; GIOVANNA BELFORT NOGUEIRA DE CARVALHO[2].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA-UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia; Infecção; Mortalidade

Introdução: A pneumonia junto com as outras infecções do trato respiratório inferior é responsável por 5,6% do total de óbitos no país. No mundo, a pneumonia representa a principal causa de óbito, sendo responsável por aproximadamente um milhão de óbitos em crianças abaixo dos cinco anos em 2015 no mundo. Nos últimos anos houve uma redução significativa da mortalidade por pneumonia no país, entretanto a doença continua levando muitos pacientes a óbitos e conhecer o perfil desses pacientes é importante para que seja feita uma prevenção mais ativa nesse público visando reduzir ainda mais essa mortalidade. **Objetivos:** Conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade por pneumonia no Brasil, entre os anos de 2007 e 2017. **Métodos:** Análise de dados coletados no DATASUS referente aos casos de mortalidade por pneumonia no Brasil além do uso de artigos das bases de dados Scielo. **Resultados:** No período estudado houve 695. 559 óbitos por pneumonia no Brasil, registrando uma média de 69. 555 mortes/ano, o maior número de óbitos ocorreu no ano de 2016 com 82. 341 registros e o menor número de óbitos ocorreu em 2007 com 44. 311 mortes. Ao analisar as regiões do país, 56,6% dos óbitos ocorreram no Sudeste, 19,3% no Nordeste, 13,1% no Sul, 5,9% no Centro Oeste e 4,9% no Norte. Ao analisar a variável sexo houve paridade entres os sexos, com 49,5% referente ao sexo masculina no 50,5% ao sexo feminino. Em relação à faixa etária, os maiores índices foram nos pacientes acima dos 60 anos, responsável por 80,1% dos casos, enquanto nas crianças com menos de 1 ano a mortalidade foi de 2,07%. No que se refere à raça, a população branca representou 60,1% dos óbitos, enquanto a parda representou 27,3%, a preta 12,5%, amarela 0,7% e indígena 0,3%. **Conclusão:** A mortalidade por pneumonia no Brasil no período estudado foi equivalente entre os sexos, houve predominância pela raça branca e acometeu principalmente pessoas acima dos 60 anos, contrariando uma variável global em que a principal faixa etária acometida é a de crianças abaixo dos cinco anos. **Referências:** CORREA, Ricardo de Amorim et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 44, n. 5, p. 405-423, Oct. 2018. Available from <http: //www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000500405&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2019. http: //dx. doi. org/10. 1590/s1806-37562018000000130. SOUZA, Renata Olzon Dionysio de et al. Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, e20180118, 2019. Available from <http: //www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100405&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2019. Epub Feb 18, 2019. http: //dx. doi. org/10. 1590/1983-1447. 2018. 20180118. MINISTÉRIO DASAÚDE. Departamento de informática do SUS- DATSUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e **Morbidade:** banco de dados. Disponível em**:** <www. datasus. gov. br> Acesso em**:** 20/05/2019.

PO193 SÍNDROME DO HIPER IGE NO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO: UM RELATO DE CASO.

KARLA GRAZIELY SOARES GOMES; JESSICA RAYANNE PEREIRA SANTANA; LUANA ARAÚJO DINIZ; LUIZ FELLIPE GONÇALVES PINHEIRO; MARIA EDUARDA DO NASCIMENTO FERREIRA; ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO.
UFCA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: SHIE; Imunodeficiência; Infecções Respiratórias

Introdução: A Síndrome do Hiper IgE (SHIE) ou Síndrome de Job é uma imunodeficiência primária rara, de origem genética, caracterizada por elevação anormal dos níveis séricos de IgE. Os sintomas relativos a essa síndrome são diversos e, geralmente, surgem na infância. O presente trabalho reporta um caso de SHIE em um paciente pediátrico. **Relato de Caso:** J. S. G, 10 anos, masculino, acompanhado desde os três anos de idade com quadro clinico de dispneia, tosse, sibilância, congestão nasal e picos febris. Portador prévio de intolerância à lactose e psoríase. Havia sido investigado pelo infectologista por apresentar picos febris mensais, sem diagnostico definitivo. Apresentava crises de dispneia e sibilância, desde o primeiro ano de vida, e havia sido tratado varias vezes para pneumonias. **Exames:** Imunoglobulinas com aumento do IgE e normalidade das demais; TC de tórax com imagem sugestiva de atelectasia em segmentos IV e V basal e anterior direita. Foi conduzido como asmático e portador de dermatite atópica e de rinossinusite alérgica, sendo tratado com montelucaste, beclometasona 250mcg 2x\dia, fluticasona nasal. Ocorreu melhora da dispneia, mas ainda evoluía com febre atribuídas à IVAI, mantendo acompanhamento com pediatra. Retorna ao pneumologista, 6 anos após a primeira consulta, por apresentar pneumonias de repetição, otites bacterianas e rinossinusites bacterianas em uso de antibiótico mensal. Havia descoberto hipotireoidismo e piora do controle da psoríase. Nova avaliação para IVAI foi realizada**:** O Eco foi normal; Nasolaringoscopia: normal; TC de tórax com bandas parenquimatosas inespecíficas em lobo médio e língula; Cintilografia para DRGE, mostrando importante RGE; Espirometria com CVF**:** 108%, VEF1: 91% e resposta: 16%, VEF1\CVF**:** 84% e resposta: 7%, FEF25\75: 90% e resposta: 30%; EDA de 1 ano antes com esofagite erosiva distal. FAN e Fator Reumatoide negativos; VSH normal, C3\C4\IgG\IgA\IgM normais e IgE=1823; CH50=57,2 (VN de 60-155); Cultura do escarro positiva para *S. pneumoniae*. Hemograma normal e Rx do tórax com nova pneumonia em base direita. Foi dosada nova IgE que foi de 3453, Leuco de 7. 050 e 5% de eosinofilos. O paciente foi encaminhado ao Alergologista para conduzir o caso. **Discussão:** No presente relato, estabeleceu-se com alta probabilidade o

diagnóstico de SHIE, tendo como base: clínica, alterações radiológicas e tomográficas e níveis elevados de IgE séricos (>2000 UI/ml). Essa síndrome costuma cursar com infecções repetitivas pulmonares e extrapulmonares, assim como o paciente manifestou pneumonia, otite e sinusite. Ademais, pode cursar com dermatites e com alterações na arquitetura pulmonar. A síndrome apresenta evolução difícil, principalmente sem o acompanhamento adequado, visto que não apresenta cura. O tratamento se baseia em resolução e prevenção dos agravos, estendendo-se, por toda a vida do paciente, o uso de antibióticos profiláticos, medidas de higiene e o tratamento tópico de dermatites e/ou outros acometimentos.

PO194 IMAGENS CAVITÁRIAS EM BLASTOMICOSE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUBERCULOSE

ANA PAULA ESPÍNOLA DE ALMEIDA[1]; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA[2]; CLARISSA BARROS MADRUGA[3]; ILANA MARA OLIVEIRA NOGUEIRA[4]; JESSYCA NAIARA SECUNDINO DE SOUZA[4]; SARAH CAETANO VIEIRA[5].

1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA-UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS DA PARAIBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Imagens Cavitárias; Blastomicose; Diagnóstico Diferencial

Introdução: A blastomicose infecção fúngica pelo *Blastomyces dermatitidis*, com transmissão através de conídios no ar em aerossóis, e inalados, atingem os alvéolos pulmonares de hospedeiros susceptíveis. A doença tem uma incidência global de 0,3 a 1,5 casos em cada 100000 em áreas endémicas. A infecção pulmonar cursa assintomático ou sintomático autolimitado. A doença pulmonar crônica evolui insidiosamente com ou sem manifestações extrapulmonares, simulando condições pulmonares, como, carcinoma brônquico, sarcoidose, tuberculose, micobacterioses e outras infecções micóticas. O tropismo tecidual é pelo pulmão, pele e ossos, e nos cortes histológicos há reação mista supurativa (precoce) e granulomatosa (tardia). O fármaco de escolha para seu tratamento é o Itraconazol, nas doenças pulmonares aguda e crônica, com taxa de cura de 90%. Pacientes graves podem ser tratados com Anfotericina B. **Relato de Caso:** R. T. P.,34 anos, masculino, cortador de cana há 10 anos, sem escolaridade, residente em Manaíra – PB, apresentou tosse produtiva e hemoptise há cerca de 10 meses, com rouquidão, sialorreia, febre e perda de peso. Ex-tabagista e etilista há 10 anos (01 carteira/dia), nega outras patologias. Procurou o serviço do Hospital Laureano /João Pessoa/PB, onde realizou tomografia computadorizada do tórax, com cavitações em lobos superiores bilaterias e em lobos inferiroes, micronódulos,vidro fosco com árvore em brotamento, realizou videolaringoscopia e broncoscopia com biópsia, evidenciando vários granulomas,necrose não caseosa, e presença de blastomyces. A pesquisa do Mycibaterium tuberculosis pelo Genespert no lavado brônquico não foi detectável, e BAAR negativos no LBA, Encaminhado ao Hospital Clementino Fraga-PB,onde ficou interno por quatro meses, iniciou tratamento com Anfotericina B EV e corticoterapia e manutenção com Itraconazol 400-dia. **Discussão/Conclusão:** A aparência radiográfica não é específica e pode mimetizar pneumonia bacteriana, tuberculose ou câncer de pulmão. A maioria dos pacientes com blastomicose, apresenta infiltrado alveolar ou massa na radiografia. A localização específica do infiltrado não é particularmente útil no diagnóstico, embora os lobos superiores possam estar envolvidos com maior frequência. As lesões de massa simulam malignidade,e em áreas enêmicas devem incluir o diagnóstico diferencial de câncer de pulmão. Os achados radiográficos clássicos para a blastomicose pulmonar incluem doença do espaço aéreo difusa ou focal, ou consolidação,com massas nodulares, doença intersticial, cavitação e doença miliar. A doença cavitária faz diagnóstico diferencial com tuberculose,tornando o quadro clínico indistinguível. **Referências:** SACCENT,Michael;WOODS,Gail L. Clinical and Laboraory update on blastomycosis. Clinical Microbiology Reviews. v. 23,n. 2,p. 367-381,2010;SMITH,Jeannina A;GAUTHIER,Greg. New developments in blastomyces in: Seminars in respiartory and critical care medicine. Thieme Medical Publishers, 2015 p715-728

PO195 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR PNEUMONIA DE 2013 A 2017 NA PARAÍBA

CAROLINA LEITÃO SALES DE OLIVEIRA FREITAS[1]; LETÍCIA MARIA BORGES DO EGYPTO[2]; MATTHEUS FIGUEIREDO ARAÚJO[1]; CLEUDALICE ALVES DE LIMA RAMALHO[1]; AMANDA INGRYD LOPES FERNANDES[1]; LARISSA MARIA BORGES DO EGYPTO[1].

1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia; Epidemiologia; Mortalidade

Introdução: A pneumonia é uma das principais causas de morte por doenças infecciosas em todo o mundo. O avanço mediado pelo desenvolvimento e disponibilidade nacional de antibióticos, políticas de vacinação e métodos propedêuticos têm reduzido as taxas de internação e mortalidade. Mas apesar da melhoria na assistência à saúde, o número absoluto de mortes no Brasil vem crescendo devido ao aumento da população e ao seu envelhecimento, continuando como um importante problema de saúde pública. No Brasil, representou a segunda causa de hospitalização em 2017, o que corresponde a aproximadamente 14% de todas as hospitalizações, segundo dados provenientes do DATASUS. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por pneumonia no estado da Paraíba, no período de 2013 a 2017 quanto ao sexo, raça, faixa etária e local do óbito. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, realizado a partir de informações de domínio público coletadas no Banco de Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Analisou-se os óbitos por residência de pneumonia no período de 2013 a 2017 nas variáveis sexo, raça, faixa etária e local do óbito. A análise foi descrita em gráficos. **Resultados:** Foi analisado, na Paraíba, que a prevalência de mortalidade por pneumonia apresentou-se maior no sexo feminino que no masculino, isso concorda com a prevalência em nível nacional. Do mesmo modo, foi possível perceber que as raças mais acometidas por essa infecção é a parda (3971 óbitos) e a branca (2709 óbitos), seguidos das raças preta (231 óbitos), amarela (16 óbitos) e indígena (10 óbitos). Observamos que a maior prevalência de mortalidade por pneumonia nos moradores da Paraíba ocorre na faixa etária acima de 80 anos e a incidência após os 19 anos, nos adultos aumenta substancialmente com avançar da idade, isso acontece devido à maior vulnerabilidade dos idosos a infecções e complicações delas. No mais, foram registradas 6021 mortes em hospitais entre o período de 2013 a 2017. Podemos relacionar essas mortes à maior resistência bacteriana que dificulta o tratamento e gera maior evolução dos pacientes ao óbito. **Conclusão:** No período analisado pode-se compreender que os óbitos na Paraíba por pneumonia ocorrem de modo mais prevalente nas mulheres, de raça parda, na faixa etária após os 80 anos

e em ambiente hospitalar. Além disso, é notório a grande importância do conhecimento acerca dos óbitos causados por pneumonia devido a ampla prevalência dessa doença com possível evolução fatal em toda a população.

PO196 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE DA INFLUENZA A (H1N1) NO BRASIL, NO PERÍODO DE 2009 A 2017

ROBERIO SILVEIRA BORGES[1]; ANDRESSA ALMEIDA SOUSA[2]; HUGO LEONARDO ANDRADE FEITOSA[1]; YANN MATHEUS CÂNDIDO DE QUEIROZ[1]; REINALDO MESQUITA NETO[1]; LUCAS HENRIQUE SOARES OLIVEIRA DE CARVALHO[1].
1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, CABEDELO - PB - BRASIL; 2. FACULDADE SANTA MARIA, CAJAZEIRAS - PB - BRASIL.

Palavras-chave: VÍRUS INFLUENZA; GRIPE; MORTALIDADE

Introdução: A influenza ou gripe é considerada a infecção que mais causou doenças e mortes até a atualidade. É uma doença aguda do sistema respiratório, causada pelo vírus Influenza, tendo alta capacidade de transmissão e distribuição global. A transmissão do vírus Influenza entre humanos ocorre pela via respiratória por meio de secreções como aerossóis, gotículas ou por contato direto da mucosa. A cada ano, a influenza é causa significativa de doença e óbitos humanos e produz importante impacto na saúde e na produção animal. É uma contínua ameaça à saúde pública veterinária e humana. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade do vírus influenza A (H1N1) no Brasil, no período de 2009 a 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo no qual os dados foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS, em Junho de 2019. Sexo, cor/raça, escolaridade e a faixa etária foram as variáveis observadas. **Resultados:** Entre 2009 e 2017 foram notificados 2771 óbitos por residência causados pelo vírus influenza A (H1N1) no Brasil, sendo a região sul e o sudeste, as regiões com os maiores números de mortes (44,3% e 37% respectivamente), o centro-oeste corresponde a 14,6% e o norte-nordeste com 3,93 % do total. O ano de 2016 foi o que registrou mais casos de mortes pelo vírus, com 998 óbitos, já no ano seguinte, houve brusca redução, registou-se 54 mortes. A faixa etária de 50 a 59 anos foi a mais acometida (22,9%) e as crianças de 10 a 14 anos foram as menores vítimas (1. 87%). Não há diferença relevante quanto ao sexo, com uma leve diferença para mais no numero de vítimas femininas (50,1%). Quanto a cor/raça, os brancos foram mais acometidos (72,1%) e os pardos representaram apenas 0,5%. O nível escolar ignorado foi o que teve o maior registro entre os óbitos (26,7%). **Conclusão:** A partir dos dados apresentados foi possível identificar o perfil epidemiológico decorrente de óbitos pelo vírus Influenza A (H1N1) no Brasil. As regiões Sul e Sudeste são as mais acometidas, representando juntas 81,3% das mortes. Esta doença tem acometido predominantemente indivíduos de cor/raça branca, com faixa etária de 50 a 59 anos e sem distinção quanto ao sexo. O nível de escolaridade foi ignorado na maioria dos casos. Diante do exposto, se faz necessário aumentar o número de vacinados nas populações-alvo da doença e atuar no processo diagnóstico de forma mais rápida, resultando em tratamento precoce contra o vírus e suas complicações, para que um melhor controle da doença seja alcançado, evitando a transmissão e um número maior de casos. **Referências:** COSTA, Ligia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira**:** breve histórico e caracterização dos cenários. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 7, n. 1, p. 11-25, mar. 2016. Disponível em <http: //scielo. iec. gov. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 jun. 2019.

PO197 PERFIL DAS CULTURAS TRAQUEOBRÔNQUICAS EM UMA UTI ONCOLÓGICA

ELVIS DIAS OLIVEIRA[1]; CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE[2]; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO[2]; JULIANA DANTAS ABRANTES DE MELO[2]; ARTHUR BEZERRA LYRA FERREIRA[2]; AZIF DAVI LEMOS[2].
1. FAMENE, SOUSA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: cultura; terapia intensiva; oncologia

Introdução: A infecção em unidade de terapia intensiva (UTI) é relativamente comum, dadas as condições pelas quais os doentes são expostos. Analisar os principais patógenos na UTI é de fundamental importância para orientar a escolha empírica dos antibióticos a serem usados, antes que os resultados das culturas tenham chegado. **Objetivos:** Avaliar os microrganismos mais prevalentes nas culturas da UTI do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa – PB. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, feito a partir dos relatórios mensais da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), enviados pelo Laboratório de Microbiologia, no período de janeiro de 2017 à abril de 2019. No período do estudo, foram feitas 3. 535 culturas na UTI do hospital, das quais 159 (4,5%) foram positivas para crescimento bacteriano. As secreções traqueobrônquicas representaram 24% das culturas positivas. No total, 61 culturas traqueobrônquicas foram feitas, com uma taxa de positividade de 62,3% (38 culturas). Os cinco patógenos mais prevalentes nas secreções traqueobrônquicas foram**:** 1° *Pseudomonas aeruginosa* (23,6%), 2° *Acinetobacter* spp (18,4%), 3° *Klebsiella pneumoniae* (13,2%), 4° *Staphylococcus coagulase positivo (13,2%)* e 5° *Stenotrophomonas maltophilia* (13,2%). Ainda foram encontradas as bactérias *Escherichia coli e Citrobacter koseri (diversus),* cada uma representando 5,3% e *Enterobacter aerogenes, Burkholderia cepacia e Klebsiella oxytoca,* todos com 2,6%. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo demonstraram uma alta prevalência de bactérias Gram negativas nas culturas de secreções traqueobrônquicas. O bacilo Gram negativo, não fermentador, *Pseudomonas aeruginosa* apresenta-se como o agente mais comum nas culturas de aspirados traqueais e escarro, ou seja, em pacientes traqueostomizados e nas pneumonias. O *Acinetobacter* spp, especialmente a espécie *baumannii*, foi outro bacilo Gram negativo encontrado. Ele é considerado pela literatura como um patógeno emergente, sendo identificado em diversas infecções hospitalares em UTIs. Chama a atenção nos resultados a prevalência da bactéria *Stenotrophomonas maltophilia,* bacilo aeróbio, gram-negativo, móvel, não fermentador, oxidase negativo, que fazia parte anteriormente do gênero *Pseudomonas*, depois transferida para o gênero *Xanthomonas* e posteriormente classificada como espécie única do novo gênero *Stenotrophomonas.* Este patógeno vem ocupando papel importante no contexto da infecção hospitalar. Assim como o *A. baumannii*, é considerado um patógeno emergente, responsável por elevada morbimortalidade, principalmente relacionada aos pacientes em uso de terapia imunossupressora ou antibioticoterapia prolongada e de largo espectro, como são os pacientes portadores de câncer. Os resultados da pesquisa permitirão adotar estratégias que venham a contribuir para o tratamento precoce das infecções na UTI, com vistas à promoção da saúde dessa população.

PO198 SEPSE POR SALMONELLA APÓS APLICAÇÃO DE ANTI-INTERLEUCINA 5: RELATO DE CASO.

JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; JULIANA DE OLIVEIRA CORREIA MAGALHÃES; CLAUDIA COIMBRA CÉSAR DE ALBUQUERQUE; PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO; HANNA LETÍCIA NOGUEIRA RAMOS.
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Granulomatose eosinofílica com poliangeíte; anti-interleucina 5; sepse

Introdução: A granulomatose eosinofílica com poliangiite (GEPA) é uma vasculite sistêmica caracterizada por asma de início tardio, eosinofilia e vasculite granulomatosa. [1] O tratamento inclui corticosteróides e imunossupressores4, sendo o anticorpo monoclonal anti-interleucina 5 (IL-5) mepolizumabe uma nova opção terapêutica5. **Relato de Caso:** Mulher de 53 anos, do lar, iniciou queixas de sibilância, tosse e dispneia de início recente. Como antecedentes, a paciente mencionada hipertensão arterial sistêmica e distrofia simpática reflexa. Fazia uso de enalapril e hidralazina. Exame físico revelava taquidispneia, sibilância expiratória difusa e saturação em ar ambiente de 92%. Laboratório mostrou eosinofilia (12% ou 1. 750 células/µL) e tomografias evidenciaram pansinusopatia e consolidações pulmonares migratórias. Iniciou uso de prednisona 1mg/kg/dia e azatioprina 3mg/kg após receber diagnóstico de GEPA. Apresentava repetidas pioras de sintomas respiratórios quando do desmame de prednisona, sendo então indicado uso de mepolizumabe quatro meses após o início da imunossupressão com brilhante resposta em sintomas respiratórios. Após duas semanas da segunda aplicação mensal do anti-IL5, a paciente evoluiu com diarreia, letargia, edema e oligúria. Exames complementares revelaram leucocitose, elevação de proteína C reativa, azotemia e acidose metabólica. A paciente foi transferida à unidade de terapia intensiva (UTI), onde recebeu suporte clínico, antibioticoterapia e hemodiálise. Hemoculturas isolaram salmonella spp. Apresentou melhora frente ao tratamento e recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, com troca de azatioprina/mepolizumabe por ciclofosfamida oral. Houve excelente resposta à terapêutica, com total desmame de corticóide e estabilidade clínica sem recorrência de sintomas respiratórios. **Discussão:** Os sintomas respiratórios da GEPA costumam iniciar em torno da quinta década de vida, seguidos de manifestações de vasculite sistêmica. O diagnóstico é definido pela presença de quatro ou mais critérios dos seguintes**:** asma; eosinofilia em sangue periférico >10%; mono ou polineuropatia; anormalidade de seios paranasais; infiltrado pulmonar transitório e/ou estudo anatomopatológico revelando eosinófilos nos vasos. [2] Estudo recente mostrou benefício no uso de mepolizumab em participantes portadores de GEPA refratários ao tratamento habitual5. No entanto, os efeitos adversos associados ao uso de Mepolizumab ainda não estão bem definidos. No estudo mencionado, sintomas comuns foram cefaléia (32%), nasofaringite (18%), infecção do trato respiratório superior (21%), sendo a exacerbação da asma o evento de maior gravidade (3%)5. A paciente portadora de GEPA evoluiu com salmonelose septicêmica e urgência dialítica após uso de mepolizumabe, aventando-se possível associação entre o uso desta droga e a infecção, embora seja difícil o estabelecimento de nexo causal pela baixa frequência de episódios de sepse no estudo pivotal da droga5.

PO199 PERSISTÊNCIA DA ASSINCRONIA EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO INSTRUMENTAL

ANA PAULA MONTEIRO DO NASCIMENTO; PAULO CESAR GOTTARDO; LÍVIA MARIA MENDES DE LIMA; FELIPE XAVIER CAMARGO; IGOR DE OLIVEIRA MELO; GERALDO CARLOS DRIESKENS CARVALHO DOS SANTOS.
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA-UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Assincronia; ventilação mecânica; terapia intensiva

Introdução: A assincronia é um fator associado ao pior prognóstico do paciente, pois ela proporciona maior duração da ventilação mecânica e menores taxa de sucesso no desmame ventilatório. Por isso, sua detecção precoce deve ser uma realidade nos ambientes de terapia intensiva. Assim, o objetivo desse artigo é realizar uma revisão integrativa acerca dos principais aspectos que levam a persistência de assincronia paciente - ventilador no ambiente crítico utilizando como base os critérios do PRISMA e do Relatório da Diretriz de Itens para Revisões. **Metodologia:** O presente estudo apresenta**:** Estratégia de pesquisa em que foram considerados**:** estudos relevantes até junho de 2018 sendo esses pesquisados no Bancos de dados PubMed, Embase, Cochrane Library ePEDro com os seguintes termos e sua combinação**:** "assincronia", e "ventilação mecânica", e "terapia intensiva". **Resultados:** Com a atualização das palavras chaves foram achados 125 artigos acerca do tema, tais estudos passaram pelo critério de inclusão e exclusão e assim 13 estudos foram selecionados para construção do artigo. **Discussão:** Observa-se que a relação com persistência da assincronia envolve o uso de drogas sedativas e o treinamento inadequado dos profissionais no ambiente intensivo para detecção e correção dos distúrbios ventilatórios. **Conclusão:** A persistência da assíncronia do ambiente crítico está relacionada a falta de treinamento do médico e equipe multidisciplinar no que envolve os cuidados ventilatórios do paciente. **Referências:** Am J Respir Crit Care Med. 1 de novembro de 2013; 188 (9)**:** 1058-68. doi**:** 10. 1164 / rccm. 201212-2214CI. Interações paciente-ventilador Implicações para o manejo clínico. **Autor:** Gilstrap D [1], MacIntyre N. Crit Care Med. 2011 Nov; 39 (11)**:** 2452-7. doi**:** 10. 1097 / CCM. 0b013e318225753c. Eficácia da observação das formas de onda do ventilador na detecção de assincronia paciente-ventilador. Colombo D [1], Cammarota L, Alemani H, Carenzo L, Barra FL, Vaschetto R, Slutsky AS, Della Corte F, Navalesi P RAMIREZ, Ivan I. et al. Ability of ICU health-care professionals to identify patient-ventilator asynchrony using waveform analysis. Respiratorycare, v. 62, n. 2, p. 144-149, 2017

PO200 PNEUMOPATIA EOSINOFÍLICA AGUDA APÓS USO DE NITROFURANTOÍNA

ISABELA ARIANE DA SILVA; KARLA MOURA DE CARLOS; RAQUEL SILVA MARIANO; NOELLE LAIANE SOARES PIZONI ESCANHUELA; ALINE TIEMI HIROSE VENTURA.
HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS, CUIABÁ - MT - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia eosinofílica; Nitrofurantoína; Insuficiência Respiratória Aguda

Introdução: As doenças pulmonares eosinofílicas constituem um grupo heterogêneo de patologias. Mais de 450 drogas podem cursar com lesão pulmonar e uma das apresentações é a pneumonia eosinofílica. As manifestações clínicas são inespecíficas. A nitrofurantoína é um fármaco que apresenta toxicidade pleuro-pulmonar, com formas agudas ou crônicas, podendo levar a insuficiência respiratória. **Relato de Caso:** Paciente N. T. P., 38 anos, primigesta, IG de 34 semanas, portadora de asma e rinite alérgica, fez tratamento de infecção do trato urinário com nitrofurantoína. Após três dias de uso apresentou placas eritematosas e pruriginosas difusa pelo corpo, sendo suspensa a medicação. No quinto

dia, evoluiu com tosse, febre, hemoptise e dispneia progressiva com necessidade de IOT + VM e interrupção da gestação. TC de tórax evidencia extensa pneumopatia difusa bilateral, consolidações alveolares, broncogramas aéreos associado a opacidades em vidro fosco. Iniciado antibioticoterapia empírica, tamiflu e aciclovir sem melhora do quadro. Transferida ao nosso serviço, ampliado esquema antimicrobiano com melhora da febre, porém mantendo dificuldades ventilatórias. Hemograma com presença de eosinofilia**:** 24%-4834/mm3. PCR do swab de nasofaringe para Influenza, sorologias de citomegalovírus e leptospirose negativos. Dosagem de autoanticorpos antinucleares, ANCA, anti-SM negativos. Foi aventada a hipótese de toxicidade pulmonar secundária a nitrofurantoína sobreposta a pneumonia associada à ventilação mecânica, iniciado metilprednisolona 1mg/kg/dia endovenosa. Realizado LBA mostrando 68% de polimorfonucleares e 32% de mononucleares, sem crescimento bacteriano. No terceiro dia a paciente apresentava melhora significativa dos parâmetros ventilatórios e mantido o corticoide em dose elevada por 10 dias e após redução gradativa. No sétimo dia não necessitava de suporte ventilatório e com boa evolução do padrão respiratório e sem apresentar recaídas. **Discussão:** Os fármacos constituem importante causa de doença pulmonar eosinofílica sendo a nitrofurantoína uma de suas etiologias mais conhecidas, embora não frequente. A suspeita é realizada baseada no histórico do uso do fármaco e sua relação temporal. Na TCAR observa-se infiltrados alvéolo-intersticiais bilaterais; eosinofilia periférica acima de 1. 000/mm3 e/ou alveolite eosinofílica no LBA superior a 25%, ausência de recaída após terapêutica. Não necessitando da biópsia pulmonar. A retirada da droga e o uso de corticoesteroides rapidamente resolvem o quadro. Portanto, é imprescindível listar os fármacos usados pelo paciente diante de casos com patologias pulmonares difusas, para evitar atraso na instituição terapêutica. **Referências:** BAPTISTA JP, *et. al.* Pneumonia eosinofílica aguda com evolução para síndrome de dificuldade respiratória aguda**:** caso clínico. Revista portuguesa de pneumologia, Vol. X, N 4, 355-364, 2004. ALLEN JN, State of the art**:** the eosinophilic lung diseases, AMJRCCM,1994, 1438-38. http: //www. pneumotox. com

PO201 SARCOIDOSE COM ACOMETIMENTO PULMONAR E SISTÊMICO EM PACIENTE ASMÁTICA: RELATO DE CASO

MAYRA PERARO JORGE; THAÍS ELISA NEVES REIS; BÁRBARA FERREIRA DOS SANTOS; JULIA REZENDE DUEK; GIL GOUVEIA HANS CARVALHO; LUCAS DE SOUZA RODERO.
HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Sarcoidose; Granuloma; Pele

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. Pulmões, linfonodos, pele, olhos e fígado são mais frequentemente afetados. **Relato de Caso:** A. R. S. S., feminino, 39 anos, asmática, portadora de imunodeficiência adquirida, em tratamento ambulatorial de infecção pulmonar por Micobacteryum fortuitum, sem melhora dos sintomas. Foi internada devido à piora clínica**:** tosse seca, piora progressiva da dispneia, sibilância e presença de lesões vesicopapulares em todos os membros. Raio x de tórax mostrava alargamento mediastinal. Realizada tomografia de tórax que evidenciou lesões císticas esparsas bilaterais de contornos irregulares, múltiplas imagens nodulares difusas, algumas confluentes e linfonodomegalias mediastinais e hilares bilaterais, sugestivas de sarcoidose. Foi realizada biópsia transbrônquica, evidenciando processo inflamatório crônico granulomatoso, não casesoso, além de fibrose. Também foi realizada biópsia de lesão cutânea, com presença de algumas células gigantes multinucleares de distribuição intersticial, tendendo a formação de granulomas frouxos em torno de pequenos focos de necrose. A pesquisa de BAAR e fungos resultaram negativas. Foi então iniciado tratamento com corticoide oral, evoluindo com melhora clínica, da função pulmonar e do padrão tomográfico das lesões pulmonares. **Discussão:** A sarcoidose normalmente afeta adultos jovens, com prevalência estimada entre 10 a 20 por 100. 000 habitantes. Pode ser autolimitada com involução da doença ou progressão até a fibrose terminal e perda da função do órgão acometido. Os pacientes com sarcoidose pulmonar são frequentemente assintomáticos na apresentação. Quando sintomáticos relatam dispneia, tosse ou desconforto torácico inespecífico. A avaliação inicial é feita através da radiografia de tórax com o achado clássico de adenopatia hilar bilateral. Em 50% dos casos o hilo pode estar simetricamente aumentado, como observado no caso relatado. Já a adenopatia unilateral é incomum (menos de 5% dos casos). A tomografia computadorizada de alta resolução pode detectar anormalidades parenquimatosas e mediastinais não vistas na radiografia de tórax, como opacidades reticulares difusas ou em vidro fosco, consolidação nodular e cicatrizes císticas. As biópsias pulmonares endo e transbrônquicas são métodos para o diagnóstico minimamente invasivo, tendo um alto rendimento (50 a 75%) quando a sarcoidose é fortemente suspeita em pacientes com adenopatia hilar bilateral ou achados parenquimatosos compatíveis. Ambos os anatomopatológicos do caso relatado (fragmento pulmonar e pele) evidenciaram a presença de granulomas não caseosos, característica morfológica da sarcoidose. Os glicocorticoides orais são os agentes mais usados para alívio dos sintomas por reduzir a carga de inflamação granulomatosa, além de prevenir o potencial desenvolvimento de danos irreversíveis da sarcoidose pulmonar.

PO202 OSSIFICAÇÃO PULMONAR: RELATO DE CASO

LEONARDO JESUS COELHO DE POSSIDIO[1]; MARIA PAULA GONÇALVES ATHAYDE[1]; MELISSA DE MOURA ROLIM[1]; MIRIA SILVA[1]; DIEGO LIMA ALVES DA SILVA[2]; LIANA GONÇALVES DE MACEDO FARSOUN[1].
1. HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE - BULGARIA.

Palavras-chave: ossificação pulmonar; calcificação pulmonar; tecido ósseo maduro

Introdução: A ossificação pulmonar (OP) é uma condição rara, de incidência pouco conhecida e de causa muitas vezes idiopática ou relacionada a doença pulmonar intersticial. É definida como a presença de elementos ósseos no tecido pulmonar, muitas vezes encontrado em material de necropsia. No presente relato será exposto o caso de um paciente jovem, que apresentou febre, tosse, perda de peso e hemoptise leve, com recidivas e submetido à biopsia pulmonar. **Relato de Caso:** Masculino, 25 anos, natural e procedente da região metropolitana de Recife-PE, sem comorbidades. Apresentava tosse, febre e hemoptoicos há cerca de um mês do internamento, tendo iniciado tratamento empírico para tuberculose. Tomografia computadorizada em alta resolução do tórax (TCAR) com reticulações e infiltrado micronodular parcialmente calcificado, predominando na periferia de lobos inferior esquerdo (LIE), com nódulos centrolobulares ramificados, em árvore em brotamento e opacidades consolidativas, com vidro fosco no segmento

posterior do lobo superior direito. Apresentou piora dos sintomas o que motivou internação e realização de broncoscopia (BCP) com lavado bronco-alveolar (LBA) com traqueobronquite purulenta em B6 à esquerda. Culturas para *micobacterium* e fungos no LBA foram negativas. Nova TCAR apresentou melhora das lesões em vidro fosco e dos nódulos centrolobulares, porém com manutenção das áreas de calcificação. Painel reumatológico e sorológico negativo. Persistiu, com hemoptoicos esporádicos, e obteve ganho ponderal de 4,5 Kg em 2 meses, recebendo alta hospitalar. Retorna com novo episódio de escarro escurecido e dor torácica. Nova TCAR sem novos achados nova e BCP com LBA negativo para *micobacterium* e fungo. Solicitado novo painel sorológico e D- dímero, ambos negativos. Ecocardiografia transtorácica sem alterações e EDA com pólipo hiperplásico. Submetido à biópsia pulmonar a céu aberto e segmentectomia de dois segmentos do LIE. Histopatológico com ossificação pulmonar. Apresentou boa evolução clínica nos 18 meses de seguimento**. Discussão:** Existem dois tipos de deposição de cálcio no parênquima pulmonar, uma sem formação óssea e outra com formação de tecido ósseo maduro. A formação de tecido ósseo maduro ou OP pode ser de causa idiopática, pulmonar, cardíaca ou extra-cardiopulmonar. A (OP) é uma entidade assintomática rara que pode estar relacionada a doenças sistêmicas ou a patologias do próprio parênquima pulmonar, com função pulmonar com padrão restritivo. O diagnóstico é confirmado através de biópsia pulmonar e o prognóstico é difícil de determinar. Ainda não existe, um tratamento padronizado e com eficácia testada para os pacientes portadores de OP. A melhor forma de evitar a progressão da doença é afastar o doente de qualquer processo pulmonar subjacente passível de intervenção.

PO203 PLEURITE GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DE INÍCIO TARDIO: RELATO DE CASO

FRANCIELLY NARDY SOUZA; EVELINE MONTESSI NICOLINI; RODRIGO LIMA RIBEIRO; MARCELO MARTINS COELHO; SILMARA MACHADO; MARIANA MASIERO COSTA.
HMTJ, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Pleurite; Lúpus; Início tardio

Introdução: O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) acomete preferencialmente mulheres durante a idade fértil com importante declínio após a menopausa. O início após os 50 anos é pouco comum (2 a 20% dos casos), onde os típicos sintomas dermatológicos como fotossensibilidade e rash malar, além da nefrite lúpica são menos frequentes, enquanto a serosite e a citopenia são frequentemente observadas. O derrame pleural associado ao LES é geralmente bilateral, exsudativo, com baixo valor de pH, alta proteína e LDH, contagem de leucócitos entre 500 a 15. 000, além de culturas negativas. **Relato de Caso:** Paciente com 57 anos, feminina, admitida no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) em 23/07/18 por tosse não produtiva, febre não aferida e dispneia progressiva de início há 3 dias. Ao exame físico apresentava murmúrio vesicular abolido nos dois terços inferiores do hemitórax direito e reduzido em base do hemotórax esquerdo, petéquias em membros inferiores. Exames laboratoriais identificaram anemia, plaquetopenia e série branca inalterada. Tomografia computadorizada de tórax com volumoso derrame pleural a direita. Submetida a toracocentese à direita com retirada de 1,5L de líquido amarelo citrino, revelando pH 6,7, contagem total de leucócitos de 4400 com predomínio de neutrófilos (96%), glicose de 2, LDH de 1160, proteínas 3,83, ADA de 32,2, Kocuria rósea multissensível em cultura. Iniciado cefepime. Quatro dias após, apresentou piora da dispneia, radiografia de tórax com recidiva do derrame pleural a direita. Realizada toracostomia fechada em selo d´água a direita. Após 12 dias, apresentou volumoso derrame pleural à esquerda, com realização de toracocentese e drenagem 2,1L de exsudato. Submetida a exames laboratoriais para investigação de doenças autoimunes, tendo como resultados fator antinúcleo (FAN) reagente, padrão pontilhado fino, proteinúria (1629mg/24horas), consumo de complemento e trombocitopenia. Feito o diagnóstico de LES e iniciado tratamento com Hidroxicloroquina 400mg/dia e prednisona 20mg/dia. Paciente evoluiu com quadro de insuficiência respiratória aguda por edema agudo de pulmão, sendo transferida para a Unidade de tratamento intensivo (UTI). Submetida a ecocardiograma, que evidenciou disfunção de ventrículo esquerdo não existente em ecocardiograma realizado 15 dias antes, fazendo o diagnóstico de miocardite lúpica. Submetida à pulsoterapia com metilprednisolona e posteriormente com cicofosfamida, apresentando estabilidade clínica e alta hospitalar. **Discussão:** Pacientes com LES de início tardio podem apresentar características clínicas atípicas, o que dificulta o diagnóstico correto. O derrame pleural é comumente observado em vários tipos de doenças, incluindo insuficiência cardíaca e malignidade, sendo que o LES deve ser considerado no diagnóstico diferencial, mesmo quando ocorre acima da faixa etária mais prevalente.

PO204 SÍNDORME DE SWYER-JAMES OU HIPERLUZÊNCIA PULMONAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO

MATHEUS WANDERLEY DA CUNHA FERNANDES COSTA[1]; LUIS EDUARDO GOMES FURTADO DE MENDONÇA[1]; THIAGO ARAÚJO OLIVEIRA[1]; ALDO COSTA[2].
1. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL HELENA MOURA, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Hiperluzência Pulmonar; Swyer-James; Pediatria

Introdução: A Síndrome de Swyer-James é uma afecção relativamente rara, sendo que a maioria dos casos relatados na literatura foi descrita em pacientes adultos. Com o aprimoramento dos métodos diagnósticos, sobretudo dos de imagem, o diagnóstico na infância vem-se tornando mais frequente. **Relato de Caso:** LMO, 9 anos, feminino, veio encaminhado da USF com queixa de dispneia progressiva desde os 3 meses de vida. Genitora informou que a menor apresentava dispneia diária aos esforços e prurido oro-nasal com espirros,respiração bucal, roncos e pausas respiratória durante o sono. Possui pais asmáticos. Foi internada aos 3 meses de vida devido a bronquiolite e pneumonia, ficando dois meses em UTI. Após a alta continuou com dispneia, sendo acompanhada na USF e posteriormente encaminhada ao ambulatório de Alergia e Pneumologia. As primeiras hipóteses diagnósticas foram - asma persistente grave e rinite persistente moderada. Iniciou-se então terapia com broncodilatador, corticóide e fisioterapia respiratória, porém evolui sem melhora. Em investigação complementar com RX de tórax, demonstrou infiltrado intersticial bilateral com borramento perihilar a esquerda e hipertransparência. Espirometria com DO moderado, CVF reduzida e sem resposta ao BD. TC com bronquiectasia em LSD e LID, bolhas subpleurais confluentes no segmento apical posterior a direita, áreas de aprisionamento aéreo no pulmão esquerdo,trave densa em segmento basal posterior esquerdo, bolhas subpleurais no segmento basal posterior esquerdo, espessamento pleuro apical bilateral. Por meio dos achados radiológicos foi estabelecido o diagnóstico de sindrome de Swyer James McLeod e iniciado tratamento

clínico. **Discussão:** A síndrome da hiper-luzência pulmonar é uma condição adquirida, secundária a uma bronquiolite ou pneumoniaocorrida geralmente na primeira infância. É caracterizada por episódios repetidos de infecção pulmonar. Já a apresentação clínica é variável e alguns pacientes são assintomáticos. A maioria, porém, evolui com infecções pulmonares recorrentes, que podem ocorrer em qualquer fase da vida. Ocorrem também tosse crônica produtiva, hemoptise edispneia aos esforços, decorrentes das bronquiectasias. No exame físico, pode haver diminuição dos sons respiratórios, crepitações, roncos e sibilos. O diagnóstico é baseado, principalmente, em métodos de imagem. O RX de tórax evidencia hipertransparência de parte ou de todo o pulmão. A vascularização encontra-se diminuída e a sombra hilar diminuída. A TC é mais sensível para a detecção de regiões pulmonares hiperluzentes. É útil para a exclusão de outras causas de hiperluzência e obstrução central. Pode também delinear condições acompanhantes como bronquiectasias. Embora baixas doses de manutenção antibiótica tenha sido sugerido como útil no manejo das bronquiectasias dos pacientes, é geralmente reservada para os episódios de pneumonia bacteriana aguda. A ressecção cirúrgica das porções pulmonares envolvidas é reservada para casos selecionados.

PO205 H1N1 E O RELAPSO QUANTO À VACINAÇÃO: UM RELATO DE CASO

GIOVANNA BELFORT NOGUEIRA DE CARVALHO[1]; MARIANA GURGEL CARVALHO DE SOUZA[2]; MARIA TEREZA TEXEIRA DA NÓBREGA[1]; ANA PAULA MONTEIRO DO NASCIMENTO[3]; BEATRIZ SILVA DE JESUS SOUSA[3]; VIEDJA MARIA NOGUEIRA DE CARVALHO LIRA[4].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOAO PESSOA (UNIPÊ), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. MÉDICA DO HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, SERRA TALHADA - PE - BRASIL.

Palavras-chave: H1N1; Dengue; Vacinação

Introdução: Em 2009 documentou-se a última pandemia pelo vírus H1N1, na qual Pernambuco registrou 155 casos confirmados. Hoje, após 10 anos, mesmo com a ampla campanha de vacinação, foram notificados 14 casos no estado, sendo um deles descrito neste relato. A gripe, infecção aguda do sistema respiratório, é provocada pelo vírus Influenza, e um dos subtipos mais importantes é o H1N1. Trata-se de um vírus Tipo A de aparecimento sazonal e expressão característica, cursando com dispnéia e sinais de desconforto respiratório, com maior incidência entre os 2 e 4 anos. **Relato de Caso:** A. G. G., masculino, 4 anos, proveniente de Serra Talhada/PE, asmático. Admitido em 06/05/19, com febre há 2 dias, tosse, desconforto respiratório e recusa alimentar. Ao exame físico**:** REG, afebril, hidratado, hipoativo, taquidispneico, hipocorado; MV+, estertores e sibilos em AHT; FR 40irpm, SatO2 88%. Nega vacina da gripe e viagens. Rx de tórax (06/05)**:** condensação em 1/3 inferior esquerdo. Obteve alta hospitalar em 14/05/19. Exames laboratoriais em 07/05/19: Hb 11 mg/dl, Hto 33%, Leuc 6700/mm3; Seg 61%; Bastões 16%; Linf T 22%; Mononucleares 3%; Plaquetas 314. 000/mm3; Pesquisa viral em VAS (08/05/19)**:** H1N1 detectável (resultado em 19/05). Exames laboratoriais em 12/05/19: Hb 11,7 mg/dl, Hto 36,1%; Leuc 13200/mm3; Seg 71%; Bastões 4%; Linf. T 20%; Mono 4%; Plaquetas 550. 000/mm3. **Discussão:** O Brasil é contemplado por uma vasta campanha de vacinação contra o vírus influenza, apresentando até 90% de eficácia contra o H1N1. A vacina é oferecida na rede pública para grupos de risco, definidos de acordo com a probabilidade de curso clínico desfavorável e hospitalização, estando incluídas crianças dos 6 meses aos 5 anos, especialmente portadoras de asma, como no caso relatado. A abstenção à contrasta com a cobertura vacinal adequada do município e traz consigo um agravante**:** a coinfecção pelo vírus da dengue. Tal quadro é relativamente raro, mas torna-se incidente em região endêmica para Dengue como o sertão Pernambucano. Dessa forma, cabe ressaltar que se tratam de doenças potencialmente fatais, e que a infecção conjunta torna o quadro ainda mais grave. Assim, o papel da vacinação é crucial para coibir o H1N1, sendo esta patologia a única farmacologicamente prevenível dentre as supracitadas. Felizmente, a despeito da gravidade do caso e fatores de risco, o paciente obteve desfecho clínico favorável, com alta hospitalar em apenas 8 dias. **Referências:** Thorner, Anna R. Epidemiology of pandemic H1N1 influenza ('swine influenza'). UpToDate. May, 2019. Gripe (influenza)**:** causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção, Ministério da Saúde. Disponível em**:** <http: //www. saude. gov. br/saude-de-a-z/gripe>. Acesso em 20/05/2019. PERDIGAO, Anne Carolinne Bezerra et al. Coinfection with influenza A(H1N1) pdm09 and dengue virus in fatal cases. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 111, n. 9, p. 588-591, Sept 2016.

PO206 INDICE EPIDEMIOLÓGICO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, DURANTE FESTIVIDADES JUNINAS, NA CIDADE DO MAIOR SÃO JOÃO DO MUNDO

MARIA RAFAELA VIANA DE SÁ; ANNA BEATRIZ NEPOMUCENO TARGINO DE ARRUDA; FERNANDA CARVALHO DE ALMEIDA; GIOVANNA BELFORT NOGUEIRA DE CARVALHO; HADAH QUEDVE NERES GONÇALVES LEITE; JULIANA MAGALHÃES OLIVEIRA.
UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: EPIDEMIOLOGIA; DOENÇAS RESPIRATÓRIAS; FESTIVIDADES JUNINAS

Introdução: O mês de junho, coincide com o início do inverno e também é representado por manifestações ligadas aos elementos da cultura nordestina. Nesse contexto, a cidade de Campina Grande-PB traz consigo o título de sediar o maior São João do mundo, com a capacidade de atrair milhares de turistas, bem como diversos públicos de vários países. É nessa época que, os costumes e a famosa tradição das festas juninas, entram em conflito com a saúde respiratória, pois, fogos de artifício, fogueiras e, consequentemente fumaça, serão responsáveis por maior incidência de doenças do trato respiratório, a destacar, as alérgicas. Nessa época, o clima úmido e chuvoso da região do Alto da Borborema torna-se um cenário perfeito para a manifestação das doenças respiratórias agudas, principalmente em crianças e adolescentes. **Objetivos:** Evidenciar a correlação entre exacerbação e surgimento de doenças respiratórias mediante a presença de fatores desencadeantes tradicionais do período de junho, na cidade de Campina Grande, em crianças e adolescentes no ano de 2018. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, a partir da analise de prontuários referentes ás internações ocorridas durante todo o ano de 2018, no Hospital da Criança e do Adolescente, centro de referência que abrange a cidade de Campina Grande e municípios vizinhos. **Resultados:** As doenças respiratórias corresponderam a um total de 63,41% (1. 707 pacientes) de todas as internações de 2018. Do total, a maioria apresenta-se na faixa etária de 0 a 18 anos. A maior incidência ocorreu no mês de abril e maio, com 12,83%, decorrente da variação climática regional. E durante o mês de junho, a incidência faz-se elevada em 8,73% do total das doenças respiratórias. Em que apresenta um decréscimo de 1,47% deste padrão após as festividades juninas. Nesse contexto, o mês de junho revela maior prevalência em relação aos

demais meses do ano. Tomando como exemplo dezembro e janeiro, os quais mostraram as menores incidências, em torno de 6,85 e 6,84%, respectivamente. **Conclusão:** A significativa taxa de hospitalização por doenças de vias aéreas superiores e inferiores avaliadas demonstram o grande impacto que os costumes ligados às festividades juninas acarretam na saúde, a destacar, de crianças e adolescentes da cidade de Campina Grande-PB. Assim, reforça-se a necessidade de alertar a população, a fim de diminuir a exposição aos principais fatores desencadeantes dessas doenças no contexto analisado. **Referencias:** R CORE TEAM. R**:** A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL http: //www. R-project. org/. 2014 CABRAL, L. de O. ; VEIGA, A. J. P. ; MATTA, J. M. B. da. Clima e saúde**:** O ensino dos elementos meteorológicos e sua relação com a incidência de doenças respiratórias. In**:** COLOQUIO NACIONAL E COLÓQUIO INTERNACIONAL DO MUSEU PEDAGÓGICO. 11. ; 4., 2015, Vitória da Conquista.

PO207 PNEUMONIA GRAVE POR DELFITIA ACIDOVORANS EM PACIENTE INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO AMAZONAS.

ANANIAS NOGUEIRA MENDES[1]; LUCIANO BANDEIRA BENDAHAM[2]; AMANDA CASSIANO DE MORAES LIMA[2]; DIONATAS JOSÉ ROBERTO[2]; LUCIA ALVES DA ROCHA[2].
1. HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA ZONA OESTE, CEDRO - AM - BRASIL; 2. HOSPITAL PRONTO SOCORRO DA CRIANÇA ZONA OESTE, MANAUS - AM - BRASIL.

Palavras-chave: Delfitia acidovorans; sindrome nefrótica; amazonas

Introdução: A *Delftia acidovorans* é um bacilo gram negativo aeróbio, oportunista em vários tipos de infecções, tanto em indivíduos imunocomprometidos quanto em imunocompetentes. O presente relato de caso mostra o primeiro caso notificado no Amazonas de uma criança com síndrome nefrótica que evoluiu com infecção pulmonar grave com achado desse agente em cultura de aspirado brônquico. Esse patógeno é incomum e frequentemente resistente a aminoglicosídeos. Logo, a detecção rápida desse microrganismo é importante para tratamento adequado. **Relato de Caso:** Lactente morador de comunidade ribeirinha do interior do Estado do Amazonas, sexo masculino, 4 anos de idade, com queixa de edema em face e abdome com 10 dias de evolução. Ao exame, o paciente encontrava-se com temperatura de 38,7°C, pulso de 92 bpm, frequência respiratória de 40irpm. O exame do tórax mostrou roncos difusos. Em face, abdômen e membros inferiores percebia-se edema. A contagem total de leucócitos foi de 13. 100, com uma contagem diferencial de 76% de neutrófilos, 1% de eosinófilos e 24% de linfócitos, albumina de 0,98g/dl, creatinina 1,6mg/dl e uréia de 106,3mg/dl. Iniciado Ceftriaxona. No dia 5 da admissão foi transferido para UTI devido insuficiência renal aguda e anasarca, realizando diálise peritoneal no mesmo dia, associando oxacilina ao tratamento. Evoluiu com insuficiência respiratória e choque séptico, sendo intubado e colocado em ventilação mecânica (VM) e administrado drogas vasoativas. No 15 dia da admissão, foi mudado o ciclo de antibioticoterapia para Vancomicina e Meropenem, posteriormente substituídos por Ciprofloxacino e Anfotericina B. A radiografia de tórax do paciente evidenciava hemopneumotórax bilateral, sendo submetido a toracostomia bilateral. O paciente apresentou parada cardio respiratório no dia 30 da admissão, sendo revertida e estabilizado. Os drenos foram mantidos por 20 dias, foi realizado traqueostomia no dia 40 de internação e mantido VM. O ciclo de Anfotericina B e Ciprofloxacino foi concluído após 15 dias, com melhora significativa do quadro. No dia 104 apresentou quedas de saturação e piora radiológica pulmonar. Foram coletadas novas culturas com achado de *Delfitia acidovorans* em aspirado brônquico com cartão colorimétrico VITEK2 (bioMerieux) em um nível de probabilidade de 98%. Paciente segue estável, traqueostomizado em VM. **Comentários:** O organismo foi resistente a Gentamicina e Tetraciclina e sensível a Cefaperazona-sulbactam e Ceftazidima. Foi identificado como *Delftia acidovorans*, confirmado por teste bioquímico padrão. O mesmo organismo foi isolado de uma segunda amostra de aspirado brônquico. O paciente foi tratado com Ceftazidima melhorando consideravelmente, se mantendo estável.

PO208 PNEUMONIA SECUNDÁRIA À ARTRITE SÉPTICA: RELATO DE CASO

GUSTAVO SÁ PALÁCIO CÂMARA[1]; PAULO MARCELO SÁ PALÁCIO CÂMARA[1]; RAUL ÍCARO BARBOSA SOARES LIMA[2]; GABRIEL MAGALHÃES SARAIVA[1]; BÁRBARA DIAS ARRAIS PEARCE[1]; GUILHERME CARNEIRO TEIXEIRA[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: artrite séptica; pneumonia; pediatria

Introdução: Pneumonia é uma doença infecciosa aguda causada por bactérias, fungos, vírus e parasitas, sendo a pneumonia bacteriana causada por Streptococcus pneumoniae a mais comum. A colonização dos alvéolos acontece, principalmente, por microaspiração de material proveniente das vias aéreas superiores, porém, mais raramente, essa colonização pode ser resultante de uma disseminação, por via hematogênica, de patógenos causadores de doenças de base, como no caso da artrite séptica. **Relato de Caso:** Sexo masculino, 14 anos, foi atendido inicialmente em Baturité, no dia 26/09/2018, com história de trauma no tornozelo esquerdo, evoluindo com edema, hiperemia, calor e dor em toda a extensão do membro inferior esquerdo. Posteriormente, paciente foi encaminhado e admitido, no dia 01/10/2018, no Instituto Dr. José Frota, referindo desconforto respiratório com piora progressiva e anúria. Ao exame físico, apresentava estado geral comprometido, frequência respiratória de 55 irpm, febre (38,5o), taquicardia (120 bpm), saturação de oxigênio de 84% e crepitações nos terços inferiores do tórax. Em sequência, o paciente foi examinado por traumatologista, que levantou a hipótese diagnóstica de osteomielite e artrite séptica associada à pneumonia, e solicitou exames laboratoriais, observação rigorosa à UTI, com início de antibioticoterapia, cefepime e oxacilina, e acesso venoso central com infusão de 500 ml de soro fisiológico a 0,9%. Aos exames, foi observado TPTA alargado, ureia e proteína C reativa elevados, anemia hipocrômica e microcítica e plaquetopenia. No dia 02/10/2018, o paciente foi submetido à radiografia simples de tórax, sendo constatado opacidade bilateral em bases pulmonares, confirmando diagnóstico de pneumonia. Além disso, foi feita a solicitação de uma fasciotomia do MIE e seguimento com exames laboratoriais, que mostraram neutrofilia. **Discussão:** A artrite séptica é uma patologia que acomete, principalmente, indivíduos na faixa etária infanto-juvenil, logo, deve-se suspeitar precocemente quando há associação de febre e artralgia neste público. Com o diagnóstico tardio, aumenta-se a chance de complicações como, destruição irreversível da articulação, lesão motora e sepse, sendo esta, responsável por fatalidade em 11% dos casos. Logo, é importante a confirmação precoce da artrite séptica e o estabelecimento rápido do tratamento, uma vez que além de prevenir as

complicações já citadas, evita-se o acometimento de outros órgãos, como evidenciado no caso em questão. **Referências:** 1. Corrêa RA, Costa AN, Lundgren F et al. Recomendações para o manejo das Pneumonias Adquiridas na Comunidade 2018 – J Bras Pneumol 2018. 44(5) 403-423. 2. Hardgrib N, Wang M, Jurik AG et al. Life-threatening MRSA sepsis with bilateral pneumonia, osteomyelitis, and septic arthritis of the knee in a previously healthy 13-year-old boy: a case report. Acta Radiologica Open. 2016. DOI: 10. 1177/2058460116677180.

PO209 PREVALÊNCIA DE APNEIA DO SONO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDIACA FRAÇÃO DE EJEÇÃO INTERMEDIARIA E REDUZIDA

RODRIGO GUIMARÃES VIEIRA DE CARVALHO[1]; VERBENIA ANDRADE DE LIMA CARVALHO[2]; JOAO PEDRO CENTENO VIEIRA DE CARVALHO[3]; NICOLE CENTENO VIEIRA DE CARVALHO[4]; RATNA MONALIZA DE ANDRADE PEREIRA[5].
1. HCORP CORACAO PULMAO, SANTA INES - MA - BRASIL; 2. HCORP CORACAO E PULMAO, SANTA INES - MA - BRASIL; 3. USS UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA, VASSOURAS - RJ - BRASIL; 4. UNIG, ITAPERUNA - RJ - BRASIL; 5. HCORP, SANTA INES - MA - BRASIL.

Palavras-chave: sindrome de apneia obstrutiva do sono; insuficiencia cardiaca; morbimortalidade

Introdução: A Sindrome de Apneia Obstrutiva do Sono(SAOS) é uma doença crônica,progressiva, com alta mortalidade e morbidade que tem sido associada a doença cardiovascular,entre elas a Insuficiencia Cardiaca(IC). A IC frequentemente é acompanhada de comorbidades,que interferem no tratamento e evolução natural da doença. Os disturbios respiratórios do sono(DRS)favorecem a disfunções envolvendo os sistemas respiratórios, cardiovascular e neurohormonal associados a aumento da mortalidade. **Objetivo:** Os DRS em cardiopatas esta associado a aumento do risco de complicações cardiovasculares. Nesse trabalho avaliamos a prevalência e incidência de DRS numa população de pacientes com diagnostico de IC na Instituição HCORP(Santa Inês -MA) no periodo de Junho 2017 a Janeiro 2019. **Metodos:** Foram avaliados 38 pacientes com diagnostico de IC com FEVE<49% avaliados a ecodopplercardiografia(VIVID T8 PRO-GE),submetidos a realizaçao de polissonografia(BWIII PSG PLUS-NEUROVIRTUAL),sendo monitorados os seguintes parametros: fluxo aéreo,roncos,eletrocardiograma,eletroeencefalograma,saturação de O2,eletrooculograma, eletromiografia,posição corporal e movimentação toracica e abdominal. **Resultados:** Dos 38 pacientes avaliados verificou-se 23 pacientes com DRS (9 pacientes com Apneia Central do Sono e Obstrutiva do Sono(ACS+AOS)) e 14 pacientes com Apneia Obstrutiva do Sono isoladamente(AOS). O Indice de Apneia Hipopneia(AIH)denotou-se: AIH leve(08 pacientes(34,78%)),AIH moderada(06 pacientes(26,08%)) e AIH grave(09 pacientes(39,13%)). A eficiencia de sono foi em media de 67,13%. A avaliação dos estagios de sono distribuiram-se da seguinte maneira: (Estagio I media de 6%),(Estagio II media de 57%),(Estagio III media de 3,5%) e (Estagio Sono Rem media de 16%). **Conclusão:** Apresença de DRS em cardiopatas esta associado a aumento de complicações cardiovasculares,assim como aumento da morbimortalidade e internações hospitalares. É importante avaliar a preseça de DRS em cardiopatas e considerar seu tratamento,para reduzir o impacto dessa comorbidade na evolução da IC. Referências **Bibliograficas:** 1-Braunwald,Eugene;Bonow,R. O. Tratado de doenças Cardiovasculares 10. Ed, 2017 2-Tufik,Sergio Medicina e Biologia do Sono 1. Ed,2008 3-Kryger,Meier H. Medicina do Sono 2. Ed,2017 4-Kalil,R Medicina Cardiovascular 1. Ed,2016 5-Fernandes,R. M. F. O sono normal,Simposio medicina Ribeirão Preto 2006 6-Nobre,F el al Tratado de Cardiologia Socesp 3. Ed,2015

PO210 ASSOCIAÇÃO APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO-ALTERAÇÃO COGNITIVA: RELATO DE DOIS CASOS

MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO[1]; MARIA ANGELA GONÇALVES FRANCO[1]; JÚLIA GABRIELA DE SOUZA BASTOS E SANTOS[1]; JACINTA MARIA PARENTE VIEIRA[2]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW/ UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono; Disfunção cognitiva; Envelhecimento

Introdução: A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é caracterizada por um colapso total ou parcial das vias aéreas superiores (VAS), causando hipoxemia intermitente crônica. O declínio cognitivo é um processo comumente associado ao envelhecimento. A hipoxemia crônica é um fator importante no declínio cognitivo e deterioração do quadro clínico dos pacientes, além de acelerar os processos de perda funcional impactando diretamente a qualidade de vida dos pacientes. Acredita-se hoje também que a perda da função gliolinfática e a redução da neuroplasticidade com os despertares frequentes possam contribuir com o fato. Relata-se dois casos de declínio cognitivo em pacientes com AOS. **Relato de Caso:** Primeiro caso - Mulher, 75 anos, com queixas de alterações na memória, realizou PSG e foi diagnosticada com AOS sendo prescrito Zolpidem em outro serviço. Encaminhada para melhor avaliação, é acompanhada pela geriatria e ambulatório de sono. Portadora de HAS e Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). Sem queixas de ronco ou qualquer outra relacionada ao sono. Esposo negava comportamentos anormais durante o sono. Negava etilismo e tabagismo. PSG com IAH = 31,4 ev/h e fragmentação do sono associada a eventos respiratórios. Foi prescrito CPAP, que iniciou uso, com estabilidade do quadro cognitivo. Segundo caso – Mulher, 67 anos, em acompanhamento no ambulatório geriátrico de memória por queixas de esquecimento, tendo como comorbidade HAS e fibromialgia. Apresentava queixas de ronco, apneia presenciada e sensação de engasgo noturno. Sem sonolência diurna ou fadiga matinal. Realizou PSG com IAH 47 ev/h. Iniciado tratamento com CPAP, havendo inicial dificuldade de adesão, porém com melhora de queixas de memória após início de tratamento. **Discussão:** É sabido que a AOS é um fator importante na evolução clínica dos pacientes, visto que se associa a diversas comorbidades, inclusive da função cognitiva. Há relação positiva entre a AOS e alterações de funções cognitivas como atenção, função executiva e memória, principalmente quando associado às diversas comorbidades e ao envelhecimento. O tratamento preconizado para AOS é o uso do CPAP, com melhora na função executiva, atualização e fluência verbal, além de raciocínio. Entretanto os estudos ainda não são homogêneos quanto a melhora na memória em curto prazo, mas apontam possível efeito positivo em tratamento de longo prazo. As pacientes com AOS grave e alterações cognitivas se beneficiaram do tratamento com pressão positiva e segue em acompanhamento clínico para avaliação continuada.

PO211 TRATAMENTO DA ASSOCIAÇÃO APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO-ESTEATOHEPATITE NÃO-ALCOOLICA COM USO DE CPAP: UM RELATO DE CASO

PRISCILA TAVARES VITORIANO[1]; MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO[1]; FABYAN ESBERARD DE LIMA BELTRÃO[2]; JACINTA MARIA PARENTE VIEIRA[3]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[3]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[3].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW/UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW/UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Apneia; Esteatohepatite; CPAP

Introdução: A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é caracterizada pelo colapso completo ou parcial das vias aéreas superiores, causando períodos de hipoxemia intermitente crônica. Seu principal fator de risco é a obesidade. Também, a esteatohepatite não alcoólica (NASH) é a principal causa de doença hepática no mundo, sendo considerada a manifestação hepática da síndrome metabólica, com prevalência estimada de 60 a 70% entre obesos. Estudos recentes apontam que a hipoxemia, consequente à AOS, junto com a deposição gordurosa hepática, estão envolvidas na patogênese e progressão da NASH. Relatamos um caso de paciente com NASH resolvida após uso de pressão positiva contínua em via aérea (CPAP), com melhora associada de estado metabólico. **Relato de Caso:** Homem, 37 anos, com diagnóstico de NASH confirmado por biópsia hepática, é encaminhado por suspeita de AOS. Portador de DM tipo 2, HAS e Obesidade (IMC**:** 31. 2 kg/m²), estava em uso de dapagliflozina + metformina, pioglitazona, rosuvastatina e ramipril+anlodipino, sem mudança em padrão laboratorial metabólico. Com história de roncos altos, engasgos noturnos, fadiga diurna e sono não reparador, realizou polissonografia que evidenciOU AOS grave (IAH 45,3 ev/h), para a qual foi prescrito uso de CPAP. Fez uso do aparelho por 3 meses, com máscara nasal e IAH residual de 1,7 ev/h, mostrando resposta terapêutica, quando foi submetido a nova avaliação. Sem outras mudanças terapêuticas, em 3 meses houve melhora das enzimas hepáticas (de ALT 61 para 41 U/L), elevação de albumina (de 3,8 para 4,8 g/dL) assim como melhora de perfil metabólico (Triglicerídeos 153 - 89mg/dL; Colesterol Total 137 – 107mg/dL; LDL 70 - 56mg/dL; HbA1C 7,9 – 6,5%). **Discussão:** É sabido que AOS está implicada na indução de anormalidades metabólicas, como aumento da resistência insulínica, agravamento da dislipidemia e aumento da inflamação sistêmica. No parênquima hepático, a hipoxemia intermitente crônica leva a produção de espécies reativas de oxigênio, que favorecem o desenvolvimento da NASH. Alguns estudos apontam que há correlação direta entre maior índice apneia-hipopneia e maiores níveis de ALT em pacientes com AOS, além de maior risco de esteatose hepática com o aumento da severidade da AOS. O CPAP é considerado padrão-ouro no tratamento de AOS moderada-grave, uma vez que diminui a resistência das vias aéreas superiores, traz alívio da carga muscular ventilatória e aumento da atuação ventilatória central, promovendo melhora da ventilação alveolar. Ao manter a patência das vias aéreas superiores durante o sono, o uso do CPAP mostrou-se redutor do estresse oxidativo causado pela hipoxemia intermitente crônica. Em metanálise, foi visto que o uso de CPAP foi associado com queda estatisticamente significativa dos níveis de ALT e AST nos pacientes com AOS, apesar de não ter havido diferenças significativas no IMC dos pacientes antes e após o uso de CPAP.

PO212 DESEMPENHO DO STOP-BANG, NOSAS E ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH EM PACIENTES HIPOXÊMICOS CRÔNICOS NO RASTREIO DE AOS

JULIO CEZAR RODRIGUES FILHO[1]; DENISE DUPRAT NEVES[2]; MARIA HELENA DE ARAÚJO MELO[2].
1. PPGNEURO/UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: SAOS; STOP-BANG; NoSaS

Introdução: A AOS tem prevalência controversa, estudos indicam 22% entre homens e 17% entre mulheres(1) e ainda é grande o número de casos sem diagnóstico(2). O padrão ouro para o diagnóstico [Polissonografia (PSG) Tipo I] (3) é caro, desconfortável e demorado, além de pouco acessível à população (4, 5). Os Questionário STPO-Bang (SB) (6, 7) e NoSaS(8) além da Escala de Sonolência de Epworth (ESE) (9), são métodos de rastreio, mas não estudados numa população com hipóxia crônica. **Objetivos:** Esta pesquisa pretende avaliar o desempenho do SB, NoSas e ESE em pacientes hipoxêmicos crônicos para o rastreio da AOS na amostra estudada. **Método:** Estudo transversal realizado no Hospital Gafrée e Guinle e TDN/Afip, inscrito nos comitês de éticas das instituições. Selecionados pacientes consecutivos, com doenças respiratórias obstrutivas e restritivas que tivessem hipóxia comprovada e critérios de suspeição de AOS. Os resultados da PSG foram divididos em < 5/h – ausência de AOS, 5 – 15/h – AOS leve, 16-30/h – AOS moderada e > 30/h – AOS acentuada (adultos). Crianças (< 13 anos)**:** <1/h – ausente, 1 -5/h – leve, 6 - 10/h – moderada e >10/h – acentuada. Também analisamos os resultados de IAH > 15/h ou não, de acordo com o recomendados (10) para cada faixa etária. Dados transcritos para planilha Microsoft Excel® e analisados via MedCalc® (11). Foram construídas tabelas de contingência 2x2 e calculados os níveis de significância dos questionários e também de seus itens isolados. O nível de significância foi fixado ≤ 5% (p ≤0,05). **Resultados:** Amostra composta por 30 pacientes, 26,7% (8) com ELA, 32,2% (7) têm Distrofias Neuromusculares, 20% com DPOC, 10% (3) têm Asma, 6,7% (2) Atrofia Medular Espinhal e um caso (3,3%) - Transtornos Miotônicos. A PSG excluiu AOS em 9 (30%) pacientes, 12 (40%) tinham AOS leve, 5 (16,6%) AOS moderada e 4 (13,3%) AOS acentuada. A análise dos itens do SB isolados (amostra total) mostrou que, para AOS ausente, leve, moderada e acentuada, os itens que se mostraram significativos foram IMC (p = 0,0044) e Circunferência do Pescoço (p = 0,0105), já para IAH > 15/h, os significativos são**:** IMC (p = 0,0009), Circunferência do Pescoço (p = 0,0061), presença de obstrução presenciada (p = 0,0143) e roncos (p = 0,0335). Na análise de obstrutivos e restritivos isoladamente, notamos que o IMC ganha relevância (p = 0,0237 e p = 0,0336). A capacidade de um resultado de SB ≥3 respostas positivas e NoSaS ≥ 8 pontos e ESE ≥ 10 pontos em identificar um IAH > 15/h dos instrumentos mostra que os questionários têm boa correlação preditiva já a ESE não. Os resultados do SB e do NoSaS crescem simetricamente com a gravidade da SAOS. **Conclusão:** O uso dos instrumentos em populações com hipóxia não interfere no seu valor preditivo, mostrando possibilidade de uso confiável. Nessa população parece haver relevância de valores do IMC, do que qualquer item dos métodos. A ESE não se mostra significante para a identificação de AOS, em nossa amostra.

PO213 PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES TABAGISTAS E EXPOSTOS À QUEIMA DE BIOMASSA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA.

GERALDO LUÍS DOS SANTOS; MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI; MARÍLIA QUEIROGA DE LIMA; IASMYN FLORENCIO DE ARAUJO SILVA; THAINÁ RODRIGUES EVANGELISTA.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: tabagismo; ansiedade; depressão

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma afecção gerada pela exposição crônica a partículas ou gases nocivos através do tabagismo ou da queima de biomassa, que associada a fatores individuais implica na alteração estrutural de pequenas vias aéreas, limitando o fluxo de ar (GOLD 2019). Diversos estudos associam quadros psiquiátricos como ansiedade e depressão à DPOC e seu principal fator de risco, o tabagismo, percebendo uma maior prevalência dessas afecções entre tabagistas e DPOC, principalmente quadros mais graves (RONDINA, 2007; CARVALHO, 2007). **Objetivo:** Avaliar o perfil psicológico dos indivíduos expostos à fumaça ambiental e tabaco. **Métodos:** O presente estudo é uma pesquisa de campo, transversal, exploratória, analítica, de natureza observacional, com abordagem quantitativa. O local escolhido para coleta de dados foram Unidades de Saúde da Família (USF) situadas em João Pessoa/PB, distribuídas nos cinco distritos sanitários do município. A população estudada foram 253 usuários dessas USF com idade entre 35 e 85 anos, que são ou foram tabagistas, ativos ou passivos, por um período mínimo de 10 anos ou que foram expostas a fumaça de carvão por esse mesmo período. O instrumento de coleta dos dados foi um questionário que abordou tempo de exposição, sintomatologia, ansiedade e depressão. Laçou-se mão, também, da utilização de espirometria, e exames laboratoriais – hemograma e velocidade de hemossedimentação (VHS). Após a coleta dos dados objetivos do questionário e os resultados dos exames realizados foram armazenados em um banco de dados feito no Microsoft Excel e posteriormente analisados estatisticamente por meio do programa estatístico SPSS. **Resultados:** A amostra da população estudada teve um total de 253 voluntários, dentre os quais 88,9% fumam ou já fizeram uso de tabaco, 47,3% são ou foram expostos à fumaça e 35,96% estão incluídos em ambos os grupos. Quando analisado isoladamente, 38,7% da amostra preencheu critérios para diagnóstico de ansiedade e 23,7% para depressão. Entre os participantes que eram fumantes e expostos a ambiente com fumaça, a média de pontuação na escala para ansiedade foi de 8,81 com desvio padrão de 0,518, sendo o limite superior 9,834, preenchendo, assim, critério para ansiedade (≥9); em relação a depressão, esse grupo também não obteve pontuação suficiente na escala utilizada para preencher critério diagnóstico. Dessa forma, em nossa amostra não houve relação do tabagismo e da exposição à fumaça com ansiedade e depressão de maneira isolada, mas encontramos significância na relação entre a prevalência de ansiedade naqueles indivíduos que foram expostos à fumaça do ambiente e ao tabagismo. **Conclusão:** No estudo não se pode observar relação entre o tabagismo e ansiedade e/ou depressão de maneira isolada, nem entre exposição a ambiente com fumaça e depressão. Observou-se relação da associação tabagismo e exposição à fumaça ambiental com a prevalência de ansiedade, mas não com a de depressão.

PO214 PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS E CONHECIMENTO BÁSICO SOBRE O TABAGISMO ENTRE UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE

DANILO AUGUSTO FERRARI DIAS[1]; ILDA DE GODOY[2]; CARINA GRESPI BUENO[2]; NICOLE MARIA MIYAMOTO BETTINI[2].
1. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO, BARRA BONITA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Acadêmicos; Área de saúde

Introdução: O tabagismo é uma doença epidêmica caracterizada pela dependência física, psicológica e comportamental. Segundo a Organização Mundial da Saúde o tabagismo é a principal causa de morte evitável e atribui ao tabaco 12% de todas as mortes mundiais de adultos com idade ≥ 30 anos, portanto esforços devem ser realizados para combater o tabagismo, e nesse processo os profissionais da saúde tem papel importante, principalmente na prevenção. **Objetivo:** Determinar a prevalência, identificar os fatores associados e conhecimentos básicos acerca do tabagismo entre uma comunidade universitária da área de saúde. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa descritivo realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu-SP (FMB) UNESP. Foram entrevistados 96 discentes dos cursos de enfermagem e medicina, com idade igual ou superior a 18 anos. A coleta de dados foi realizada através de um questionário semiestruturado com questões sobre identificação dos entrevistados e sobre a histórica tabágica. Resultados A maioria dos entrevistados (64. 5%) eram alunos do curso de medicina, com o predomínio do sexo feminino (57. 2%). A prevalência de tabagismos autodeclarada foi 3,1%, entretanto, 67% dos entrevistados afirmaram em suas falas que já haviam experimentado algum tipo de cigarro. Ao serem questionado sobre o que é tabagismo, 46% relataram ser uma doença. Em relação a substância que causa dependência no individuo, 99% responderam que é a nicotina. Quanto a afirmação de os profissionais da saúde terem o dever de aconselhar os pacientes sobre o risco do tabagismo rotineiramente, 95% concordaram com tal afirmação e 77% relataram não estarem preparados para esse aconselhamento. Os profissionais de saúde foram considerados por 66% dos entrevistados como modelo de conduta com relação ao tabagismo para os pacientes e o público. O conhecimento sobre a existência de serviço ou programa que tratava do tabagismo na sua cidade de origem foi relatado por somente 28%. Em relação ao uso dos derivados do tabaco, 67% já teve contato com mais de um produto, com predomínio do cigarro de palha 39 (40,6%), cigarro convencional 38 (39. 6%), e Narguilé 38 (39. 6%). Em relação ao local onde fazem uso dos produtos, 39,6% afirmaram ser em casa dos amigos e 40,6% em locais públicos. 60,4% afirmaram que preferem fazer uso destes produtos com os amigos. **Conclusão:** O tabagismo está presente na vida dos universitários, apesar de muitos não reconhecerem. Portanto, destaca-se a importância de se discutir o tema precocemente e durante toda a formação acadêmica. **Referencias:** OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS, 2016.

PO215 TABAGISMO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PSICOLÓGICO

VINÍCIUS BEZERRA NOBRE[1]; THAINÁ RODRIGUES EVANGELISTA[1]; STÉFANY LIMA PONTES[1]; MARIANA BELMONT CARVALHO XAVIER CRUZ[2]; TAYNAH DE ALMEIDA MELO[2]; MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI[1].
1. FCM-PB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TABAGISMO; ESTUDANTES DE MEDICINA; PERFIL PSICOLÓGICO

Introdução: O tabagismo é a principal causa de morte prematura evitável no mundo. Os indivíduos com condições

desfavoráveis e múltiplos fatores de risco, como problemas familiares e uso de outras substâncias psicoativas são os mais propensos a iniciarem o consumo de tabaco. **Objetivos:** Relacionar o tabagismo com o perfil socioeconômico e com o grau de ansiedade e depressão em alunos do curso de Medicina. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. O instrumento de coleta utilizado foi questionário eletrônico com resposta espontânea dos alunos do curso de Medicina em duas faculdades privadas de João Pessoa-PB, no período de agosto/2018 a junho/2019. Os dados obtidos foram organizados em planilhas do Excel 2013, e realizado a análise estatística pelo programa SPSS versão 25. 0. **Resultados:** A amostra contou com 118 indivíduos, dos quais 81 (68,6%) eram do gênero feminino e 37 (31,4%) masculino, a média de idade encontrada foi de 23,45 anos (DP +/-4,5). Desse total, 68 alunos (57,6%) cursavam o primeiro período e 50 (42,4%) o décimo segundo. Por meio da escala de ansiedade e depressão, verificou-se que 50% dos envolvidos possuem ansiedade e que 23,7% apresentaram depressão. Além disso, 19 (16,1%) participantes já tiveram depressão diagnosticada por algum profissional de saúde, e dentre estes, 12 (63,16%) usaram algum medicamento para o tratamento. No que tange à avaliação socioeconômica houve uma maior predominância da classe A (39%), seguida pelas classes B2 (27,1%), B1 (18,6%) C1 (11,9%) e C2 (3,4%). Tal caracterização pode estar relacionada ao fato de se tratar de uma pesquisa realizada em faculdades privadas, cujas mensalidades são elevadas. Houve um total de 6 (5,1%) tabagistas, desses 5(83,33%) iniciaram o consumo antes do curso e essa mesma parcela acredita que o tabagismo é uma doença. Quanto ao Teste de Fagerstrom que avalia o grau de dependência à nicotina, 5 (83,4%) apresentaram um grau de dependência à nicotina muito baixo (0 pontos) e 1(16,6%) apresentou grau muito elevado (8 pontos). Notou-se que os fumantes apresentaram maior média de ansiedade (x=12,33) em relação aos não fumantes (x= 8,43) (p<0,05), enquanto a média de depressão foi menor no primeiro grupo (x=5,70) em relação ao segundo (x=4,50), porém sem significância estatística. Além disso, não houve, também, significância estatística para tabagismo e nível socioeconômico, apesar de maior média de pontuação econômica para os tabagistas (x=43,83), em relação aos não tabagistas (x=41,04). **Conclusão:** O índice de tabagistas entre os estudantes de medicina de faculdades privadas da Paraíba foi baixo, corroborando com a tendência nacional na redução no número de tabagistas. Os fumantes do estudo obtiveram um maior grau de ansiedade quando comparados àqueles que não fumam, com significância estatística, já em relação ao nível socioeconômico tal significância não foi observada entre os grupos

PO216 ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO TABAGISMO EAT MINISTRADO POR ESTUDANTES DE MEDICINA A ESCOLAS DO ENSINO MÉDIO EM OURO PRETO,MG

PAULO CESAR RODRIGUES PINTO CORREA[1]; BRENO BERNARDES-SOUZA[2]; LUIZ EDUARDO DE FREITAS XAVIER[2]; MATHEUS ROCHA ALMEIDA[2]; OSCAR CAMPOS LISBOA[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO (UFOP) E CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE (UNIBH), BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO (UFOP), OURO PRETO - MG - BRASIL.

Palavras-chave: tabagismo; fumo; prevenção;; smoking; tobacco; prevention;; fumar; tabaco; prevención;

Introdução: Education Against Tobacco (EAT) é uma rede mundial formada por médicos e estudantes de medicina, cuja missão é atuar no controle do tabagismo através da prevenção primária em adolescentes escolares mediante aconselhamento, uso de softwares e materiais previamente testados e aplicados. Foi fundada na Alemanha em 2012 e no Brasil em 2016 (EAT-Brazil)[1]. **Objetivos:** medir a eficácia da intervenção EAT no Brasil um ano após a realização **Método:** Ensaio randomizado controlado foi realizado entre 2348 adolescentes de 12 a 21 anos, dos níveis fundamental e médio (anos 7 a 11) em escolas públicas de Ouro Preto, MG. Os dois grupos de estudo foram as classes EAT (turmas recebendo a intervenção padronizada EAT - 90 minutos de *mentoring* em sala de aula feito por estudantes de medicina da UFOP) e classes de controle (sem intervenção) nas mesmas escolas. Foram coletados dados sobre status tabágico, gênero, aspectos sociais e preditores da iniciação no tabagismo, sendo pesquisados no início e aos 6 e 12 meses pós-intervenção. Para avaliar se havia diferença significativa entre a prevalência de tabagismo entre os grupos utilizamos o teste t de Student. **Resultados:** A idade média dos participantes no início do estudo foi de 14,8 anos (variação de 12 a 21 anos), sendo que 50,72% (1191/2348) eram do sexo feminino. No início do estudo, a pesquisa identificou 7,79% (183/2348) dos participantes como fumantes regulares, 12,05% (283/2348) fumantes de palheiro, 4,64% (109/2348) fumantes de cachimbo de água / narguilé e 2,21% (52/2348) consumidores de cigarro eletrônico. Participaram da pesquisa tanto na linha de base quanto aos 12 meses de acompanhamento 744 alunos no grupo intervenção e 609 no grupo controle. Do início até o seguimento de 12 meses, a prevalência do tabagismo aumentou de 11,0% (67/609) para 20,9% (127/609) no grupo controle e de 14,1% (105/744) para 15,6% (116/744) no grupo intervenção (NNT = 19). Os dados de prevalência de tabagismo linha de base / 12 meses foram**:** para o sexo feminino no grupo controle 12,4% (43/346) a 18,8% (65/346) vs intervenção 13,1% (54/411) a 14,6% (60/411). Para os homens**:** controle 9,1% (24/263) a 23,6% (62/263) vs intervenção 15,3% (51/333) a 16,8% (56/333). O NNT foi de 24 para as mulheres e de 15 para os homens. A diferença na mudança na prevalência do tabagismo entre os grupos controle e intervenção foi estatisticamente significante em 8,1% (IC 95% 3,5% -12,7%, P <0,001, teste t de Student. **Conclusão:** A prevalência do tabagismo aumentou ao longo dos 12 meses em ambos os grupos. No entanto, no grupo de intervenção aumentou apenas 1,5% (IC 95% 1,5% a 4,5%) em comparação com um aumento de 9,6% (IC95% 6,1% a 13,1%) no grupo controle. A intervenção EAT é eficaz na prevenção da iniciação, especialmente entre estudantes do sexo masculino. **Referência:** [1] Corrêa PCRP et al. EAT-Brazil Award for Tobacco Control. Revista da Associação Médica Brasileira 2019 in press.

PO217 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM PACIENTES ASSISTIDOS EM AMBULATÓRIO DE TABAGISMO EM SALVADOR-BAHIA

CAROLINE CARNEIRO ALMEIDA[1]; RENATA MARIA NEIVA LEMOS LEITE[2]; CARLOS TADEU DA SILVA LIMA[1]; MARISTELA RODRIGUES SESTELO[1].
1. UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; DPOC; Dispneia

Introdução: Estima-se que 15 a 20% do total de indivíduos tabagistas desenvolverão DPOC ao longo da vida[1]. A severidade e o caráter crônico dessa doença, bem como seu reflexo na saúde pública[2], ressaltam a importância de

preveni-la e o valor do diagnóstico e tratamento precoces. **Objetivos:** Estimar a prevalência de sintomas respiratórios em grupo de pacientes assistidos em ambulatório de tabagismo, em Salvador –BA. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado com a população de tabagistas acompanhados no Programa de Apoio ao Fumante da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública entre os anos de 2013 a 2017. Foram avaliados fatores sociodemográficos, história clínica, história do tabagismo e sintomas à admissão. Tais variáveis foram compiladas em formulário do Epidata versão 3. 1, sendo os dados submetidos a dupla digitação e validados por tabulação cruzada. Os resultados foram exportados e submetidos a análise estatística no Excel 2013. **Resultados:** Dos 88 pacientes avaliados, 71% foram mulheres, entre 47-64 anos (70%). 13% apresentavam diagnóstico prévio de DPOC e 5%, de asma. A média do tempo de tabagismo foi de 37,7 anos e a carga tabágica média foi 36,92 anos-maço. 42% tinham dependência nicotínica média a elevada por Fagerstrom. No tocante às queixas mais frequentes, dispneia (31%), tosse (17%), dores osteoarticulares (13%) e pigarro (8%) foram ressaltados. 34% dos pacientes foram então classificados como sintomáticos respiratórios (dispneia e/ou tosse). Neste grupo, a média de idade esteve em torno de 57,1 anos e diabetes e hipertensão foram comorbidades frequentes (53%; 47%). Não foi encontrada diferença significativa quanto à carga tabágica média da amostra, porém 63% dos pacientes sintomáticos apresentaram dependência elevada a muito elevada. **Conclusão:** Embora a relação entre tabagismo e aparecimento de sintomas respiratórios de DPOC esteja comprovada, existem variações nas respostas dos indivíduos à exposição ao tabaco, determinando percentuais distintos de progressão a DPOC, o que pode ser explicado por variações genéticas envolvidas na etiopatogenia da doença[3]. Percentual significativo dos pacientes (34%) evoluiu com sintomas em nosso estudo. Dispneia mostrou-se mais importante, apesar de a tosse ser o sintoma cardinal na maioria dos ambulatórios de tabagismo. Em nossa casuística, apenas a idade e o escore de dependência à nicotina mostraram-se preditivos à evolução com sintomas respiratórios após exposição tabágica prolongada. Diante do percentual de sintomáticos em nossa amostra, concluímos que dispneia e tosse devem sempre ser questionados na condução clínica de um fumante; porém, a suspeita de DPOC deve ser presumida antes mesmo do surgimento de desconforto respiratório, visando diagnóstico precoce, a fim de modificar a evolução natural da doença e garantir maior qualidade de vida e sobrevida aos doentes. **Referências:** 1-José de Araújo A. Tratamento do tabagismo pode impactar a DPOC. Pulmão RJ-2009;1: 20-33.

PO218 PRINCIPAIS FATORES E TEMPO DE RETORNO AO TABAGISMO DE PACIENTES ACOMPANHADOS NO GRUPO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA.

RAMIRO DOURADO MARANHÃO[1]; BRUNNA POLARI LEITÃO[2]; ISABELLA METRAN DOURADO[3]; IGOR VERISSIMO OLIVEIRA[4]; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS SILVA[1]; GUYLHERME SARAIVA[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APAREC, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 4. UNICEPLAC, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; PNCT; HRG

Introdução: O tabagismo é considerado o principal fator isolado de adoecimento e morte existente, sendo responsável por 50 doenças e 5 milhões de mortes anuais no mundo, com 200 mil delas no Brasil. Dos fumantes regulares 70 a 90% apresentam sintomas físicos da dependência de nicotina, necessitando de apoio e tratamento para a cessação de fumar e que estudos mostram que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas somente 3% conseguem a cada ano, o que reforça a importância desse apoio. O Ministério da Saúde assumiu o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Esse Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para esse fim, o PNCT tem atua por meio de ações educativas, legislativas e econômicas. **Objetivos:** Apontar as principais causas de recaídas dos pacientes que participaram do programa de tratamento do tabagismo do Hospital Regional do Gama; Propor ações que permitam diminuir a incidência de recaída entre os pacientes que participaram do programa. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional de avaliação do Programa de tratamento do Tabagismo do HRG-DF, teve como critério de inclusão sujeitos de pesquisa que participaram do programa no período de janeiro a agosto de 2016 e que tenham participados pelo menos de 3 sessões do programa. A coleta de dados foi feita através de entrevistas, informando ao sujeito de pesquisa o motivo do estudo e a todos os sujeitos de pesquisa que aceitaram participar do estudo, foram aplicados questionários e TCLE. **Resultados:** Os sujeitos de pesquisa que retornaram a fumar após o fim do programa foram 58,8%, contra 41,2% que deixaram de fumar após o programa. Da amostra dos sujeitos de pesquisa que retornaram a fumar após o fim do programa, 80% retornaram a fumar nos primeiros dez dias após a participação no programa. A ansiedade, representando (29,9%), foi considerada o maior motivo que levou os sujeitos de pesquisa retornarem a fumar, seguida do estresse (27,5) e problemas familiares (11,8%). As medicações de maior predominância no auxilio do tratamento foram Bupropina com adesivo, representando (59,6%), seguida de Bupropina (25,5%) e Adesivo, representando (8,5%). **Conclusão:** conclui-se que programas de tratamento do tabagismo são de suma importância no tratamento da doença, no entanto um seguimento desses pacientes faz-se necessário já que boa parte dos pacientes retornaram a fumar ainda no primeiro mês após o fim do programa, além da necessidade de um apoio multidisciplinar especialmente de profissionais psicólogos e psiquiatras já que sintomas como ansiedade e estresse foram os maiores responsáveis pelo retorno hábito de fumar.

PO219 NARGUILÉ: PERFIL E TÉCNICA DE USO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANIEL PAULO SILVEIRA[1]; VICTOR DE BRITO ALVES[1]; THIAGO ALICIO SEVERINO JOVINO[1]; LAISA SAVIATTO[1]; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI[1]; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE[2].
1. UFSC, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL; 2. UFSC, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: narguilé; tabagismo; estudantes

Introdução: O uso do narguilé é causador de uma fração expressiva e crescente do tabagismo em nível global. Ao considerar o contexto de jovens universitários, sua utilização tem sido alta, e pode preceder o tabagismo convencional. Contudo, considerando os estudantes de medicina e odontologia, há poucos dados regionais sobre o uso deste produto do tabaco. **Objetivos:** Avaliar o perfil e técnica de uso do narguilé entre estudantes dos terceiros anos dos cursos de medicina e odontologia da Universidade

Federal de Santa Catarina. Comparar os resultados obtidos entre os dois cursos. **Métodos:** Estudo tipo survey, com auto aplicação de questionário semiestruturado a estudantes dos terceiros anos dos cursos de medicina e odontologia da UFSC. Os entrevistados responderam questões sobre experimentação, características do uso e da técnica de consumo do narguilé. **Resultados:** Foram avaliados 425 universitários (59,1% do sexo feminino), com mediana de idade de 22 anos, distribuídos entre os cursos de odontologia (n = 184) e medicina (n = 241). A experimentação de narguilé para os dois cursos foi de 57,4% (n=244). A medicina apresentou taxa de 56,8%, enquanto a odontologia demonstrou taxa um pouco mais elevada de 58,2%. A mediana de idade de experimentação foi de 17 anos. A experimentação e uso regular de cigarros convencionais foram de 44,3% e 4,5%, respectivamente. O uso regular foi relatado em 56 participantes (13,2%, dos 425 participantes), 23% dos que já haviam experimentado. Destaca-se que o curso de odontologia apresentou maior taxa de uso regular (14,7%), sem significância estatística. Os participantes relataram uso esporádico do narguilé (91,1%), nos finais de semana (53,6%) e têm preferencia noturna de uso (51,8%). Fumar com os amigos (100%) e em festas (50%) foram as circunstâncias mais frequentes de consumo do narguilé. Em relação à cessação de consumo, 77% alega não ter interesse. As características da técnica foram**:** metade (50%) dos 56 usuários regulares declarou nunca ter comprado fumo para narguilé, e 44,6% referiram nunca o ter preparado. O bocal mais utilizado foi piteira compartilhada (85,7%). Carvão vegetal e de coco foram os combustíveis mais utilizados, respectivamente**:** 49,1% e 40%. A maioria absoluta (92,9%) fuma narguilé com essências aromáticas. As sessões de consumo duravam de 20 a 120 minutos (78,6%). Não houve diferenças estatísticas entre os cursos. **Conclusão:** As taxas de experimentação e uso regular do narguilé são igualmente elevadas entre os alunos de medicina e odontologia e maiores que as de cigarro convencional. Iniciam na adolescência e consomem o narguilé esporadicamente, compartilham a mesma piteira, em sessões de aproximadamente 60 minutos, acompanhados por amigos e em festas. É essencial prover medidas que ampliem as informações sobre esta nova forma de consumo do tabaco aos futuros profissionais da área de saúde.

PO220 NARGUILÉ: GRAU DE CONHECIMENTO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANIEL PAULO SILVEIRA; VICTOR DE BRITO ALVES; ANA LUIZA DE LIMA CURI HALLAL; THIAGO ALICIO SEVERINO JOVINO; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE.
UFSC, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: narguié; tabagismo; estudantes

Introdução: O emprego do narguilé tem sido responsável por uma parcela considerável e crescente do tabagismo no mundo, principalmente em adolescentes e universitários. Apesar dos riscos, ainda existe uma concepção equivocada de que o narguilé é menos danoso à saúde, principalmente no que diz respeito à fumaça inalada através da água. Poucos estudos avaliam o grau de conhecimento sobre narguilé em estudantes da área da saúde. **Objetivos:** Avaliar o grau de conhecimento sobre narguilé entre estudantes dos terceiros anos dos cursos de medicina e odontologia e comparar os resultados obtidos entre eles. **Métodos:** Estudo tipo survey, descritivo e analítico com autoaplicação de questionário semiestruturado em estudantes dos terceiros anos dos cursos de medicina e odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Entre os meses de agosto de 2016 e novembro de 2018, todos os alunos foram convidados a preencher um questionário sobre consumo do narguilé. Foram respondidas questões sobre experimentação, características do uso e conhecimento sobre o narguilé. **Resultados:** Foram avaliados 425 estudantes (59,3% do sexo feminino), com mediana de idade de 22 anos, distribuídos entre os cursos de medicina (n=241) e odontologia (n = 184). De forma significativa, os alunos da odontologia eram mais do sexo feminino e mais jovens. A experimentação de narguilé foi de 57,4% (n=244). O uso regular foi relatado em 56 participantes (13,2%). Apenas 40,4% relataram ter recebido informações sobre narguilé durante a graduação. A medicina recebeu maior quantidade de informação (40,6%). Mais da metade (59,2%) afirma ser verdadeira a assertiva de que a venda para menores de idade é proibida no Brasil. Pouco mais de um quarto (25,3%) acredita que a fumaça do narguilé é filtrada pela água; A concordância com a assertiva "A fumaça do narguilé é filtrada pela água", foi mais expressiva no curso de odontologia (32,4%) do que no curso de medicina (19,9%), p = 0,005. A maioria absoluta (99,1%) acredita que a fumaça do narguilé é prejudicial à saúde. Dentre as opiniões sobre narguilé, aquelas de cunho negativo foram as predominantes com 65,2%. De forma significativa, para a afirmação "É nocivo para os passivamente expostos", 90% dos entrevistados da medicina em comparação com 82% da odontologia declararam sua concordância (p = 0,021). **Conclusões:** Apesar do conhecimento satisfatório, a prevalência de experimentação do narguilé é elevada e menos da metade recebe informações sobre outras formas de tabaco nesta população. Os resultados apontam a necessidade de inclusão na grade curricular de conteúdo com foco em outros produtos do tabaco, como o narguilé, principalmente sobre os efeitos tóxicos produzidos naqueles que utilizam e nos passivamente expostos. Aslam HM, Saleem S, German S, et al. Harmful effects of shisha**:** literature review. Int Arch Med. 2014;7: 16.

PO221 IDENTIFICAÇÃO DOS GATILHOS DO FUMO E GATILHOS DA RECAÍDA NUM PROGRAMA ANTITABÁGICO (GAT-HU)

EDINALVA T. CRUZ SOUZA; JOAO PAULO BECKER LOTUFO; MÔNICA ADRIANA SILVEIRA; ALTAMIR BENEDITO DE SOUSA; ANA LUCIA MENDES LOPES; NIVIA GIACOMINI FONTOURA FARIA.
HU-USP, SP - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Gatilhos; Recaída

Introdução: Um gatilho é o comportamento que dispara a vontade de fumar. Em grupos de antitabagismo sempre temos a preocupação em pesquisar quais são os gatilhos que favorecem o fumo e a recaída e assim poder desenvolver com eles estratégias de identificação destes gatilhos e a Prevenção de Recaída. O tabagista adquire esses gatilhos no hábito de fumar, faz um registro na memória que o cigarro pode ajudá-lo em momentos difíceis e mesmo tendo parado de fumar depois de meses, pode resgatar esse registro e voltar a fumar. **Objetivo:** Identificar os gatilhos que os tabagistas consideram como mais importantes quando fuma e ao recair; comparar os resultados e a classificação dos mesmos. **Método:** No ano de 2018, foi aplicado um questionário com 29 gatilhos (comportamentais, emocionais e socioambientais) para os tabagistas com o objetivo de parar de fumar e ingressando no GAT, para responderem sobre o gatilho do fumo. Em 2019, esse mesmo questionário foi aplicado por meio telefônico e perguntado sobre quais os gatilhos da recaída, para os tabagistas que haviam participado no GAT anteriormente. Os questionários foram

tabulados em MS Excel® para análise. **Resultados:** Em relação aos gatilhos do fumo, em 2018, 135 participantes do GAT responderam ao questionário e nele encontramos: 45,2% ansiedade; 38,5% café; 35,6% nervosismo, irritabilidade, tensão; 30,4% stress; 28,9% bebida alcóolica e refeições; 21,5% ao acordar; 11,1% encontros sociais, o restante segue abaixo de 10%. Em relação aos gatilhos de recaída, 75 participantes responderam o questionário e nele encontramos: 33,3% ansiedade; 20% crises emocionais; 20% problemas de relacionamento; 13,4% nervosismo, irritabilidade, tensão; 6,8% bebida alcoólica, o restante representou menos de 6%. **Conclusão:** Os gatilhos emocionais são os que mais levam as pessoas a fumar e a recair, principalmente os gatilhos ansiedade, nervosismo, irritabilidade, tensão, stress e crise emocional. Em relação aos gatilhos comportamentais, como: café, ao acordar, álcool e refeições, mostraram maior expressão nos gatilhos do fumo. O mesmo foi observado em relação aos gatilhos sociais. A identificação dos gatilhos no tabagismo é uma importante ferramenta tanto para os que estão fumando, tanto para os que recaíram. Ela vai ajudar no processo de cessação, como também na prevenção da recaída. O gatilho ansiedade apresentou índice maior nas duas pesquisas citadas (45,2% e 33,3% respectivamente). Em pesquisas anteriores, de medida de ansiedade e depressão (HADS), obtivemos o resultado de 2/3 de ansiedade em 400 pessoas que participaram do GAT. Isso mostra a importância de avaliar os sintomas dos tabagistas ao ingressarem no grupo e assim poder identificar melhor seu quadro de saúde e trabalhar melhor com o seu processo de cessação.

PO222 A VULNERABILIDADE DOS ADOLESCENTES DIANTE DA RELAÇÃO ENTRE O CIGARRO ELETRÔNICO E O TABAGISMO

MARIANY NERI FERNANDES; FRANCISCO LUAN DA SILVA SOUSA.
FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Cigarros Eletrônicos; Adolescente

Introdução: De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o tabagismo é uma das principais causas evitáveis de mortes no mundo. Assim, salientando a ascendente utilização do cigarro eletrônico, sobretudo entre os jovens; perscruta-se o uso do dispositivo como causa persuasiva ao tabagismo. **Objetivos:** Elucidar acerca da problemática do cigarro eletrônico como causa persuasiva ao tabagismo. **Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de caráter analítico realizada a partir de levantamento documental de artigos indexados nas bases de dados ScieLo e Google Acadêmico. **Resultados:** O cigarro eletrônico surgiu como proposta para auxiliar no desmame do uso do cigarro tradicional. Entretanto, tem-se notado crescente uso deste dispositivo entre os jovens, podendo incitar o uso dos cigarros tradicionais por esse grupo. Ademais, é sabido que hábitos desenvolvidos durante a adolescência tendem a se conservarem na vida adulta. Nesse sentido, nota-se que o uso de cigarros eletrônicos na juventude pode acarretar, a longo prazo, o tabagismo, isso porque esses dispositivos contêm nicotina e substâncias agressivas, como formaldeído, acetaldeído e metais pesados, revelando-se a falácia e o sofisma da proposta pioneira para o uso do cigarro eletrônico. Ademais, sabe-se que o tabagismo tem diversos efeitos, estando relacionado ao câncer e a mais de 50 doenças, atingindo, sobretudo, o aparelho respiratório e sendo responsável por cerca de 200 mil óbitos por ano no Brasil. Ressalta-se, ainda, que, nacionalmente, a comercialização desses cigarros é proibida pela ANVISA, destacando-se, também, que os mesmos não são recomendados nas diretrizes de abordagem do tabagismo. **Conclusão:** Desse modo, pode-se inferir como falácia o uso dos cigarros eletrônicos como coadjuvantes na diminuição dos índices de tabagismo, uma vez que incita o uso dos cigarros tradicionais. Salienta-se, portanto, como indubitável, a necessidade de se abordar essa temática, de maneira socioeducativa e de forma a efetivar a fiscalização do comércio ilegal, a fim de reduzir essa danosa e agressiva prática, que é porta ao tabagismo, entre os jovens. **Referências:** CARVALHO, A. DE M. Cigarros **Eletrônicos:** O que Sabemos? Estudo sobre a Composição do Vapor e Danos à Saúde, o Papel na Redução de Danos e no Tratamento da Dependência de Nicotina. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 4, p. 587-589, 9 abr. 2019. URRUTIA-PEREIRA, Marilyn et al. Prevalence and factors associated with smoking among adolescents. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 93, n. 3, p. 230-237. Disponível em: <http: // www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000300230&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de Junho de 2019. KNORST, Marli Maria et al. Cigarro eletrônico: o novo cigarro do século 21?. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 40, n. 5, p. 564-572, Oct. 2014. Available from <http: //www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132014000500564&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2019

PO223 USO DO CIGARRO DE MONTAR ENTRE OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO (UNAERP)

ADA ALEXANDRINA BROM DOS SANTOS SOARES; PAULA VIRGINIA BROM DOS SANTOS SOARES; ANA CARLA SOUSA DE ARAUJO.
UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Cigarro de montar; Tabaco; Estudantes

Introdução: O uso das formas alternativas do tabaco vem crescendo e a faixa etária mais adepta a estas modalidades é a juventude. Isto gera grande preocupação uma vez que o tabagismo precoce está relacionado ao aumento de chances de uso de outras substâncias psicoativas, como álcool e drogas ilícitas. No Brasil, no final de 2016, ocorreu o lançamento do kit de montar cigarros, possibilitando que o consumidor customize seu próprio produto, novidade já conhecida na Europa. Embora não haja estudos na literatura sobre os cigarros de montar, essa inovação desperta a curiosidade dos jovens, ocasionando grande procura também pelo seu preço mais acessível. **Objetivos:** Avaliar o perfil do uso do cigarro de montar entre os estudantes de medicina da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), assim como o conhecimento desses estudantes acerca dos malefícios do uso, do potencial de dependência e da existência de nicotina. **Métodos:** No segundo semestre de 2018, todos os alunos de medicina da UNAERP foram convidados a preencher questionário estruturado sobre o conhecimento e o uso do cigarro de montar. **Resultados:** Setecentos e cinco estudantes (36,4% do sexo masculino) com média de idade de 23 ± 3,6 anos responderam ao questionário. Treze por cento deles (71,7% do sexo masculino) relataram já ter usado o cigarro de montar, e a primeira vez foi com 18,2% ± 2,5 anos. Destes, 29,3% fumaram uma única vez, 6,5% fizeram uso diário, 6,5% relataram uso semanal, 3,2% uso mensal e 54,3% esporádico. 47,8% sempre ingeriram bebida alcoólica simultaneamente, 39,1% fumam em casa, 44,5% em bares e 79,3% em festas, além disto, 5,4% fumam com os pais e 100% com amigos. Em relação ao conhecimento dos malefícios causados por esse hábito, 87% dos usuários sabiam que este contém nicotina, 94,5%

relataram que vicia e 97,8% que faz mal à saúde. A menor porcentagem (6%) de usuários do cigarro de montar foi entre os estudantes do primeiro e terceiro anos do curso (p<0,05) Comparando os usuários com os não usuários do cigarro de montar, houve diferença em relação ao sexo (71,7% e 31,1% homens, respectivamente, p<0,0001), uso de cigarro industrializado entre os usuários (p<0,0001), que tinham maior porcentagem de pais não fumantes (p=0,0001) e no falso estigma de que o cigarro de montar não vicia relatado por 5,4% dos usuários e 1,5% dos não usuários (p=0,01). **Conclusão:** A prevalência do uso do cigarro de montar é de 13% entre os futuros médicos, apesar do conhecimento da maioria que contém nicotina, vicia e faz mal à saúde. O fumo de cigarro industrializado está associado ao uso do cigarro de montar e a menor porcentagem de usuários está no primeiro e terceiro anos do curso. Estes achados enfatizam a necessidade de programas preventivos do uso do tabaco nas Universidades médicas. **Referência:** Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L, Crespo C, Malta D. Contextual factores associated with smoking among Brazilian adolescents. J Epidemiol Community Health 2012; 66(8): 723-9.

PO224 MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA DE FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO BRASIL

CARLOS AUGUSTO ABREU ALBERIO; BRENO KRISTOFFER UCHOA BELEZA; JUAN GONZALO BARDALEZ RIVERA; STEFANIA DE MEDEIROS ARAUJO LUCENA; JOSÉ LUIZ FERNANDES VIEIRA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Tratamento; Drogas

Introdução: A tuberculose continua sendo um problema de saúde pública em todo o Brasil, apesar do emprego de diversas estratégias para o seu controle. Em 2010, o Ministério da Saúde modificou o esquema terapêutico, ajustando as doses da isoniazida e da pirazinamida, e acrescentando o etambutol na fase intensiva do tratamento. **Objetivos:** Determinar as concentrações séricas da rifampicina, isoniazida e pirazinamida e as suas associações com alterações hematológicas e bioquímicas, reações adversas e desfechos clínicos. **Métodos:** Foi realizado estudo prospectivo, tipo coorte, no período de setembro de 2013 a novembro de 2016, com a inclusão de 115 pacientes provenientes de duas unidades básicas de saúde na cidade de Belém (Pará). As concentrações séricas dos fármacos foram determinadas através da cromatografia líquida de alta eficiência em fase reversa (HPLC-RP). Os parâmetros hematológicos foram determinados por contador automático de células (Cobas 2300®) e os parâmetros bioquímicos por espectrofotometria (Varian®). As reações adversas foram classificadas em reações adversas menores e maiores. Os desfechos clínicos considerados foram: alta por cura, alta por completar o tratamento, alta por abandono, alta por mudança de diagnóstico, alta por óbito e alta por transferência não confirmada. **Resultados:** A rifampicina e a isoniazida apresentaram concentrações séricas dentro da concentração inibitória mínima (CIM), exceto a pirazinamida que apresentou valores abaixo da CIM (3,3µg/ml), porém com concentração máxima (Cmáx) bem acima dos valores preconizados (63,3µg/ml). Os pacientes do sexo feminino apresentaram concentrações séricas de rifampicina maiores que os do sexo masculino. As concentrações séricas da rifampicina e da isoniazida não apresentaram variações significativas entre a fase intensiva e a fase de manutenção. Não houve modificações relevantes nos parâmetros hematológicos e bioquímicos durante o tratamento. As reações adversas mais comuns foram irritação gástrica e o prurido, principalmente na fase intensiva do tratamento, e o desfecho clínico mais frequente foi a alta por cura. **Conclusão:** Os achados deste estudo permitem concluir que o tratamento atual para tuberculose é seguro e eficaz, pois as reações adversas menores foram as mais frequentes, não houve alterações hematológicas e bioquímicas significativas e a maioria dos pacientes evoluíram para cura. **Referências:** 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: MS, 2019. 2. VERBEECK, R. et al. Optimizing treatment outcome of first-line anti-tuberculosis drugs: the role of therapeutic drug monitoring. European Journal of Clinical Pharmacology. v. 72, n. 8, p. 905-916, 2016.

PO225 MANEJO CLÍNICO DE TUBERCULOSE EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA AUTOIMUNE

BRUNA FELIPIN LIMA.
HOSPITAL SÃO JULIÃO, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Palavras-chave: TUBERCULOSE; Tuberculose em pacientes reumatológicas. ; ILTB

Introdução: A incorporação de agentes biológicos,para o tratamento de doenças imunomediadas, aumenta o risco de reativação de ILTB, levando ao desenvolvimento de tuberculose (TB) ativa. **Relato de Caso:** Mulher,parda,41anos,portadoradeSíndromede Sjogren em uso de hidroxicloroquina com diagnostico de tuberculose pulmonar e ganglionar, em vigência de esquema básico de Tuberculose, firmado por cultura positiva para Mycobacterium Tuberculosis emlavado broncoalveolare biopsia ganglionar periférica que evidenciou processo granulomatoso com necrose caseosa. Na análise tomográfica presença de achado de árvore em brotamento e disseminação broncogena. História epidemiológica de avó e irmã com tratamento prévio de TB e de doença auto-imune. Na sua evolução após a primeira semana do tratamentoapresentou quadro deictericianáuseas e dor abdominal. Foi avaliada na UBS e medicada com sintomáticos e solicitação de exames laboratoriais. O seu exame de enzimas hepáticasapresentava-se com elevaçãoacima de três vezes o valor superior de normalidade e aumento das bilirrubinas as custas da bilirrubina direta, diante deste quadro o médico assistente suspendeu o tratamento e a encaminhou ao serviço de pneumologia do Hospital São Julião. **Discussão:** A hepatite medicamentosa é considerado um efeito adverso "maior", indicativo de interrupção do esquema e encaminhamento à referência secundária, para acompanhamento clínico e laboratorial, além da adequação do tratamento. Após normalização das enzimas hepáticas, foi procedida a reintrodução de droga a droga, iniciando-se: rifampicina + etambutol + isoniazida + pirazinamida. No período foi realizado tentativa de reintrodução droga a droga sem sucesso com aumento de transaminases cinco vezes o limite superior da normalidade e aumento de bilirrubina total às custas da bilirrubina direta. Após comprovação de quadro de hepatotoxicidade, o caso foi encerrado no SINAM por mudançade esquema básico para esquema alternativo (estreptomicina 1gr 90 doses, etambutol 1200mg e levofloxacino 750mg por 12 meses) com notificação à Vigilância no Sistema de Tratamento Especial em Tuberculose (SITE TB). Houve consenso com a reumatologia que a reintrodução do tratamento da doença auto-imune se daria após o termino do tratamento de TB: **Conclusão:** No Manejo Clinico da Tuberculose é importante que estejamos atentos aos efeitos adversos, para tomada de decisão e efetividade do tratamento. Aos que acompanham pacientes em situação de imunocomprometimento seja

pela doença ou efeito colateral inerente aos fármacos que a tratam, pensar em tuberculose latente ou ativa, é fundamental. **Bibliografia:** 1. Manual de Recomendações para oControle da Tuberculose no Brasil Ministério da Saúde 2018. 2. Fatores de risco associados às reações adversas a medicamentos antituberculose J Bras Pneumol. 2015;41(1): 77-89

PO226 COINFECÇÃO DE TUBERCULOSE E HIV: O QUE APONTAM OS DADOS DE NOTIFICAÇÃO E SUBNOTIFICAÇÃO DO BRASIL, 2008-2018

GEORGE ESTRELA DE OLIVEIRA[1]; KAISY ALVES DE OLIVEIRA[1]; MAYRLLA MYRELLY VIEIRA FORMIGA[1]; FÁTIMA SONALLY SOUSA GONDIM[2].
1. FCM, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. MINISTÉRO DA SAÚDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; HIV; Coinfecção

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença cuja cura foi viabilizada há vários anos, porém ainda é reconhecida como um problema de saúde pública mundial, atual e persistente. Está relacionada à pobreza, má distribuição de renda e baixa qualidade nas condições de vida da população. A TB leva a óbito cerca de 5 mil pessoas ao ano no Brasil, e é agravada pelo aumento do número de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). Considera-se que a infecção pelo HIV é um dos mais importantes fatores de risco conhecidos para TB. **Objetivos:** Realizar um levantamento de dados de notificações e subnotificações da coinfecção TB/HIV no período de 2008 à 2018 no Brasil. **Métodos:** Trata – se de um estudo retrospectivo, descritivo de série temporal. Foi analisado a prevalência de pessoas com TB/HIV no Brasil no período de 2008 à 2018, de acordo com dados de notificação e subnotificação disponibilizados pelo Ministério da Saúde, por meio do DATASUS. **Resultados:** O Brasil apresentou no período de 2008 à 2018, 96. 902 casos diagnosticados de TB/HIV que representa uma média de 12,08% dos casos de TB no país; a faixa etária mais acometida está entre 20 a 39 anos com percentuais entre 44,80% - 46,39%, seguido de 40 a 59 anos (30,70% - 33,21%). Quanto ao sexo, observamos uma prevalência maior no sexo masculino e com leve crescimento durante os anos (66,37% para 69,74%). Ainda, nesse mesmo período, houve um quantitativo de 159. 223 subnotificações, correspondendo a uma variação decrescente de 23,78% (2008) para 10,63% (2018). **Conclusão:** Foi constatado que pacientes portadores de HIV tem muito mais chances de adquirir TB; ainda, é notória a subnotificação de TB/HIV, o que aponta a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, afim de favorecer na realização da notificação nos sistemas de informação de forma correta, oportuna e eficaz, resultando na melhoria dos dados/informações referentes a coinfecção, e consequentemente com o planejamento das ações a serem executadas. **Referências:** Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-*DATASUS*. *Disponível em*: http: //www. *datasus*. gov. br. Acesso em 05/06/2019; SANTOS, M. L. et al. Fatores associados à subnotificação de tuberculose com base no Sinan Aids e Sinan Tuberculose. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2018, vol. 21, e 180019. Epub Oct 11, 2018. Disponível em: http: //www. scielo. br/scielo. php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2018000100418&lng=en&nrm=i&tlng=pt. Acesso em 05/06/2019; MAGNABOSCO, G. T. et al. Controle da Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Rev Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto-SP, v. 24, set. 2016. Disponível em: http: //www. scielo. br/scielo. php?pid=S0104-11692016000100410&script=sci_arttext&tlng=pt#fn01. Acesso em 05/06/2019.

PO227 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL ENTRE 2012 E 2018.

RAMIRO DOURADO MARANHÃO[1]; BRUNNA POLARI LEITÃO[2]; ISABELLA METRAN DOURADO[3]; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS SILVA[1]; GUYLHERME SARAIVA[4]; IGOR VERISSIMO OLIVEIRA[4].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 4. UNICEPLAC, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; HIV; Perfil epidemiológico

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada por bactérias do complexo Mycobacterium tuberculosis (M. tb). O complexo M. tb é composto por micobactérias distintas entre si que apresentam semelhanças genotípicas restritas ao complexo. Em 1993 a OMS declarou a TB uma emergência mundial e passou a recomendar a estratégia DOTS como resposta global para o controle da doença (conjunto de boas práticas) e o Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram noticiados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100. 000 habitantes. Trata-se de uma doença que afeta habitualmente os pulmões e é a doença infecciosa de maior mortalidade entre os portadores do vírus HIV. **Objetivos:** o objetivo do presente estudo foi levantar o perfil epidemiológico dos pacientes com confirmação diagnóstica de tuberculose no Distrito Federal entre 2012 e 2018, correlacionar com o uso de drogas ilícitas, infecção pelo HIV e presença e AIDS, podendo sugerir medidas que auxiliem no diagnóstico, tratamento e seguimento destes pacientes. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo que usou dados do DATASUS, notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Estudou-se casos confirmados de tuberculose no Distrito Federal entre 2012 e 2018, com analise de dados sobre sexo, idade, uso de drogas, correlação entre infecção por HIV e presença de AIDS. **Resultados:** foram encontrados 2779 pacientes com diagnóstico de tuberculose entre 2012 e 2019, com analise comparativa entre o período houve estabilidade da incidência durante os anos. Desses indivíduos 66,6% homens e 33,3% mulheres. A faixa etária mais acometida foi entre 45 e 64 anos com 1396 casos, representando 50,2% dos casos, seguido de 15-34 anos com 984 casos, mais de 65 anos 316 casos e menores de 14 anos 83 casos. A correlação entre HIV e Tuberculose foi importante nesse período, representando 13,9% dos casos, no entanto não foi possível boa correlação com a presença de AIDS pois faltavam dados entre os períodos de 2012 a 2014. **Discussão:** a tuberculose é uma doença que determina importante comprometimento clinico dos pacientes acometidos, sendo a principal causa de morte entre pacientes portadores de HIV. Durante o período estudado não houve queda no número de novos casos, apresentando estabilidade na incidência e ainda com correlação importante em pacientes usuários de drogas e portadores de infecção pelo HIV. Investimentos em diagnóstico, tratamento, busca ativa desses pacientes são essenciais para a tentativa de irradicação da doença no Distrito Federal. Se trata de uma doença secular, muitas vezes negligenciada por gestores de saúde, mas que apresenta consequências graves com alta morbimortalidade para pacientes e impacto econômico importante nos serviços de saúde.

PO228 MORTALIDADE DE PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE NA UTI DE HOSPITAL DE REFERÊNCIA, EM 2018

ANA CAROLINA ALCÂNTARA GONDIM GOMES[1]; MARIA CLARA PIRES D'OLIVEIRA[1]; MARIA DO LIVRAMENTO LIRA PORTELA[2]; ANTÔNIO AURÉLIO TEIXEIRA DE CARVALHO NETO[2]; FRANCISCO DE ASSIS SILVA PAIVA[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].
1. FACULDADE DE ENFERMAGEM E MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL;
2. COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS DR. CLEMENTINO FRAGA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: tuberculose; mortalidade; unidade de terapia intensiva

Introdução: Em 2015, um milhão e 400 mil pessoas morreram de tuberculose no mundo, cerca de 4. 500 destas no Brasil. No ano de 2016, foram notificados 4. 483 óbitos por TB, o que corresponde ao coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100. 000 habitantes. Na Paraíba, o Hospital de referência para tuberculose e outras doenças infectocontagiosas é o Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), o qual dispõe, desde 2010, de uma UTI de adultos, com seis leitos. Frequentemente, ela é o recurso final para evitar a morte dos pacientes com tuberculose grave na capital do estado. **Objetivo:** Conhecer a mortalidade dos pacientes portadores tuberculose internados na UTI do Hospital Clementino Fraga. **Metodologia:** Estudo longitudinal, retrospectivo, baseado no registro de admissões, altas e óbitos da UTI do HCF. Foram considerados todas as admissões registradas no livro de admissões, altas e óbitos da UTI. Foram incluídos todos os pacientes admitidos na UTI no ano de 2018. Foram tabulados idade, sexo, diagnóstico e desfecho (alta, transferência ou óbito). **Resultados:** Um total de 169 usuários foi admitido na UTI/HCF no ano de 2018, sendo 70,4% do sexo masculino. Destes, 101 (59,8%) evoluíram para óbito, 58 (34,3%) tiveram alta e 5 (2,9%) pacientes foram transferidos. Não havia dados de desfecho disponíveis para 5 pacientes. A média de idade dos pacientes foi 45,8 ± 14,8 anos, variando de 17 a 88 anos. Do total de pacientes, 46 (27,2%) tinham diagnóstico de tuberculose. Destes, apenas 8 (17,4%) eram do sexo feminino. A média de idade era 47±17,0 anos. A mortalidade dos pacientes com tuberculose foi de 66,7%. Dentre os pacientes com tuberculose, 16 (34,8%) tinha coinfecção por HIV, sendo apenas 2 (12,5%) do sexo feminino. A média de idade desse grupo com tuberculose e AIDS foi 40,8±8,9 anos. A mortalidade nesse grupo 66,7%. **Conclusão:** Os números de motalidade da UTI CHCF são impactantes, mas são comparáveis aos publicados em outros serviços**:** UTI do Hospital das Clínicas de Porto Alegre com 67 pacientes portadores de tuberculose, média de idade 43,2 anos e 68,7% dos pacientes apresentavam coinfecção com HIV; 65,6% de óbito. Em uma análise feita em uma UTI no Amazonas, com 131 pacientes, observou-se a coinfecção tuberculose e HIV em 91,6% deles. A mortalidade geral foi de 77,9%. UTI no Pará, com 113 pacientes portadores de tuberculose, 58,41% do sexo masculino e com média de idade 38 anos, a coinfecção com HIV em apenas 20,66%. Óbito em 67,26% dos casos.

PO229 MANEJO DA TUBERCULOSE PULMONAR PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS NO TRANSPLANTE HEPÁTICO: RELATO DE CASO EM UM PACIENTE ONCOLÓGICO.

ANGELA MARIA DIAS QUEIROZ; MIZIANE GARCIA FREITAS; ERIVALDO ELIAS JUNIOR; CLAUDIA GONÇALVES GOUVEIA.
HOSPITAL SÃO JULIÃO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Transplante hepatico; Prevenção ILTB

Introdução: Atualmente, o Brasil ocupa a segunda posição mundial em números absolutos de transplantes hepáticos realizados por ano, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América[1]. Uma outra vertente que temos que desenvolver no cenário do transplante hepático no Brasil é a preocupação com segurança, tema central de várias discussões médicas atuais. Para tal, além de discussões de protocolos operacionais padrão (POP) é fundamental o conhecimento. de resultados em transplante de fígado no Brasil. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino 53 anos de idade, cabelereiro e residente no município de Bonito, Mato Grosso do Sul, que apresentava história prévia de acometimento por neoplasia de pâncreas tratada cirurgicamente com procedimento cirúrgico de ressecção da cauda de pâncreas com cura subsequente, foi submetido ao transplante hepático. Apresentava-se com diabetes mellitus insulino-dependente e utilizava droga imunossupressora sob o acompanhamento de um serviço de referência em transplantes no estado do Paraná. Após cerca de seis meses do procedimento hepático evoluiu com história clínica compatível com TB estabelecido por avaliação clínica, epidemiológica e tomográfica com referenciamento à capital do estado de origem, Campo Grande, para iniciar o tratamento específico. Foi avaliado em um serviço de saúde da rede suplementar que o encaminhou para atendimento na rede pública pelo Serviço de Pneumologia do Hospital São Julião onde realizou o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) (Xpert® MTB/RIF, Cepheid, Sunnyvale, CA, EUA) cujo resultado foi positivo para a presença do bacilo sem resistência à Rifampicina. Em cultura utilizando meio Ogawa houve crescimento de *Mycobacterium tuberculosis* com Teste de Sensibilidade apresentando sensibilidade à estreptomicina, isoniazida, rifampicina e etambutol. O paciente foi subsequentemente notificado à vigilância no Sistema de Tratamento Especial em Tuberculose (SITE TB) em virtude de reação adversa maior que motivou a troca da prescrição médica para um esquema alternativo contendo estreptomicina, levofloxacino e etambutol pelo prazo de 12 meses. O paciente compareceu regularmente às consultas mensais com evolução favorável. **Discussão:** A susceptibilidade à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* é praticamente universal. Noentanto, a maioria dos indivíduos infectados resiste ao adoecimento e desenvolve imunidade parcial à doença. No período pós-transplante, o desenvolvimento de TB pode ser decorrente da reativação de infecção latente do próprio receptor ou do enxerto, de reinfecção exógena ou de infecção primária. Torna-se necessário alertar os especialistas das diversas áreas, a indicarem e avaliarem o tratamento preventivo bem como traçar estratégias para acompanhamento, contribuindo desta forma para a correta prevenção na ILTB e evitando-se complicações nos transplantes.

PO230 CORRELAÇÃO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS E TRATADOS COM TUBERCULOSE NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

STELLA SAMPAIO DE OLIVEIRA MESQUITA; AMILSON GUILHERME DE OLIVEIRA E SILVA; GABRIEL FERNANDES DE SOUSA; KAROLINNY DONATO PINTO DE OLIVEIRA; KELI CAMILA VIDAL GROCHOSKI; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Diagnóstico; Terapia

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, transmitida de pessoa a pessoa através

de gotículas de aerossóis, causada por um microrganismo chamado Mycobacterium tuberculosis, também denominado de bacilo de Koch (BAAR). É considerada uma doença grave de saúde pública mundial, que atinge todas as faixas etárias. Devido às suas complicações, principalmente quando associada a condições sociais e econômicas precárias, a doença ainda causa muitas mortes[1]. O tratamento da tuberculose tem como objetivo a cura e a rápida redução da transmissão da doença. Uma das causas associadas à baixa efetividade é a falta de adesão, que pode ocorrer em três níveis**:** abandono do tratamento, uso errado dos medicamentos e uso irregular dos medicamentos. Os problemas de adesão são responsáveis tanto pela falência terapêutica quanto pela seleção de germes resistentes e recidiva da doença. A tuberculose é uma doença de notificação compulsória no Brasil, sendo obrigatória para o início do tratamento e para o encerramento do caso[2]. **Objetivos:** Estudar o diagnóstico e o início do tratamento da tuberculose no Brasil durante cinco anos. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional descritivo e quantitativo do número de casos diagnosticados e início do tratamento de pacientes com tuberculose no Brasil, no período de 2014 a 2018. Os dados obtidos foram através do SIM, coletados a partir do banco de dados do DATASUS. Utilizou-se como instrumento de trabalho o número de casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação de tuberculose. **Resultados:** Entre os anos de 2014 e 2018, 436. 657 casos foram diagnosticados e 424. 502 iniciaram o tratamento. Em 2014, foram diagnosticados 85. 107 (19,49%) pacientes e 81. 497 (19,20%) foram tratados, correspondendo a 95,76% dos diagnosticados. Em 2015, 85. 453 (19,57%) foram diagnosticados e 83. 445 (19,66%) foram tratados, correspondendo a 97,65%. Em 2016, 86. 801 (19,88%) foram diagnosticados, sendo tratados 83. 811 (19,74%), correspondendo a 96,55%. Em 2017, 90. 228 (20,66%) foram diagnosticados e 87. 868 (20,7%) foram tratados, correspondendo a 97,38%. Em 2018, 89. 068 (20,4%) foram diagnosticados e 87. 881 (20,7%) foram tratados, correspondendo a 98,67%. Nos últimos anos o país foi referência global no controle da TB devido à adoção de políticas públicas de proteção social, como o SUS e o Programa Bolsa Família[3]. **Conclusão:** Muito já foi feito no combate à tuberculose no Brasil, mas políticas públicas que possam diminuir a incidência de tuberculose devem ser tomadas. Para os órgãos de controle da saúde pública no Brasil é prioritário o diagnóstico, visto que houve um aumento do número de diagnóstico e tratamento da TB nos últimos dois anos estudados, em proporção aos anos anteriores, evidenciando assim uma melhora da promoção à saúde e efetividade das políticas públicas de combate à tuberculose, no entanto medidas de prevenção devem ser realizadas.

PO231 TUBERCULOSE PULMONAR EM INDIVÍDUO PRIVADO DE LIBERDADE E A DIFICULDADE PARA DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DO QUADRO: RELATO DE CASO

FERNANDA CAMILO MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA; TAINÁ ROLIM MACHADO CORNÉLIO; IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR; JOSÉ GOMES SOUTO; RAYSSA LÍGIA SOARES DI LORENZO; PRISCYLLA WANDERLEY LACERDA BARREIRO.
FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TUBERCULOSE PULMONAR; POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE; DIAGNÓSTICO

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma doença de transmissão aérea, facilitada em ambientes de pouca ventilação e superlotação, logo, locais como presídios possuem condições favoráveis para infecção dos detentos. No sistema prisional, a TB vem sendo considerada um grande problema de saúde pública, uma vez que a incidência na população carcerária é expressivamente maior que na população geral. Atrasos e falhas no diagnóstico de TB são frequentes nesses casos e podem gerar aumento da taxa de mortalidade, o surgimento de urgências clínicas e a necessidade de internação hospitalar. **Relato de Caso:** L. S. V., masculino, 25 anos, tabagista, usuário de maconha, ex- detento, comparece à Unidade Básica de Saúde, do município de Bayeux, com queixa de tosse produtiva, após esposa e filha serem diagnosticadas com TB Pulmonar. Relatou em consulta ter sido diagnosticado com TB há aproximadamente quatro anos, enquanto estava preso, fazendo uso da medicação por apenas dois meses. Foi solicitado baciloscopia direta do escarro e prova tuberculínica, porém o paciente apresentou resistência em realizar o exame, mesmo com a informação que poderia ser o caso índice e, caso o diagnóstico e tratamento fossem inadequados, os demais membros da família seriam recontaminados. Esposa e filha em tratamento com rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol (150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg), seguem em acompanhamento por equipe multiprofissional da UBS e por profissionais especializados em Hospital de referência para doenças infectocontagiosas do município de João Pessoa- PB. **Discussão:** A crescente taxa de ocupação dos presídios brasileiros, associado às más condições de higiene, ambientes com pouca ventilação e iluminação, estão associados a maior incidência de TB Pulmonar na população privada de liberdade. Ademais, pode-se constatar que o impacto da TB não se limita aos detentos, pois afeta também a comunidade com a qual se relaciona, familiares, amigos, funcionários do presídio, durante e após a pena. Portanto, é de grande importância investir em medidas que possibilitem o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz, além da qualificação dos profissionais que trabalham com os presidiários, na tentativa de oferecer maior informação à população carcerária e, consequentemente, maior adesão ao tratamento correto.

PO232 RELATO DE CASO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR E INTESTINAL: UMA REVISÃO DE ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO

LUIS RICARDO PAULO SILVA DE ASSUNÇÃO[1]; LUARA MELINA LEITE SUASSUNA DINIZ[2]; ALESSA RIANE DA SILVA OLIVEIRA[2]; MARIA QUEIROGA PINTO[2]; OLÍVIA BÁRBARA BEZERRA ANJOS[2]; ALISSON HUMBOLDT DE SOUZA RAMOS[2].
1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NOVA FLORESTA - PB - BRASIL;
2. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Gastroenteropatias; Terapia Combinada

A Tuberculose é uma doença infecciosa causada por um bacilo álcool-ácido resistente, o *Mycobacterium tuberculosis*. Dividida em formas**:** pulmonar e extrapulmonar, tendo a última diversas manifestações, entre elas, a ganglionar e intestinal [1]. Paciente de 29 anos, masculino, natural e procedente da cidade de Santa Cruz/RN, estava em regime semiaberto, chegou ao hospital com história de dor e distensão abdominal há 3 meses. Foi constatado ascite de grande volume acompanhado de dispneia e edema. Durante esses meses relatou sintomas como febre de horário preferencial noturno com sudorese, perda de 15kg, quadros de diarreia que progrediu com constipação. Relatou ser ex tabagista, ex alcoólatra, fez uso de crack, cocaína e maconha. Em exame físico foi encontrado linfonodomegalia supra clavicular à direita, abdômen globoso, rígido e doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito. Foram feitos exames complementares, a baciloscopia

(BAAR) para *Mycobacterium tuberculosis,* teste rápido molecular em líquido pleural e teste rápido para HIV, todos negativos. Além disso, uma TC de abdômen mostrou sinais inflamatórios em alças intestinais que levantou a hipótese de TB intestinal. J*á a PCR* (*Polymerase Chain Reaction*) feita da amostra de gânglio supra clavicular foi positiva o que confirmou o diagnóstico de TB ganglionar. Sabe-se que esse método apresenta melhor precisão do que a baciloscopia. Ademais, essa enfermidade é de díficil diagnóstico por ser paucibacilar, muitas vezes, apresentando baciloscopia negativa [1]. Ela acomete predominantemente pessoas na faixa etária de 20 a 40 anos, seus sintomas mais comuns são febre, perda ponderal e cursa com aumento subagudo, assimétrico e indolor dos linfonodos supra claviculares cujo desenvolvimento se dá durante os 3 primeiros meses [2]. O tratamento preconizado é o mesmo para TB pulmonar**:** Rifampicina + isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (RHZE) por 6-9 meses [3]. Assim, foi realizado tratamento com RHZE para tal paciente por 6 meses, sendo iniciado no hospital e finalizado em domicílio, após estabilização do mesmo. O paciente apresentou melhora dos sintomas ao longo tratamento preconizado, tanto os referentes a clínica da TB ganglionar como as queixas gastrointestinais, corroborando com a confirmação clínica e tomográfica da hipótese anteriormente levantada de tuberculose intestinal. Essa afecção é uma forma mais rara e normalmente provoca sintomas gastrointestinais inespecíficos, tem como principais achados ao exame clínico**:** diarreia ou constipação, sudorese noturna, perda ponderal, febre e dor abdominal [4-5]. Com tudo, é imperioso saber da existência de ambas as tuberculoses extrapulmonares e da dificuldade de positividade desses casos pela baciloscopia, assim, é preciso atentar para uma história clínica bem feita e exames solicitados corretamente para poder culminar em um diagnóstico e tratamento certo.

PO233 RELATO DE CASO: DESAFIOS NO MANEJO DA TUBERCULOSE DO TRATO GASTROINTESTINAL

ANGELA MARIA DIAS QUEIROZ[1]; ERIVALDO ELIAS JUNIOR[2]; LUCIENE PEREZ DA COSTA[2]; CLAUDIA GONÇALVES GOUVEIA[2].
1. HOSPITAL SÃO JULIÃO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE MS - MS - BRASIL; 2. HOSPITAL SÃO JULIÃO MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Tuberculose Gastrointestinal; Microbiologia

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença contagiosa ocasionada por uma bactéria intracelular do gênero *Mycobacterium.* As apresentações extrapulmonares da TB têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos e ou sistemas acometidos. OBJETIVO Relatar um caso de tuberculose do trato gastrointestinal ocorrido no Estado de Mato Grosso do Sul. MATERIAL E MÉTODOS Paciente do sexo feminino, 39 anos, soronegativa para HIV, procedente do interior do estado, com história crônica, há mais de 8 meses, de diarreia, dor abdominal, náuseas e vômitos e relato de perda ponderal de 10 quilos, e febre não aferida de modo insidioso. O primeiro diagnóstico da paciente foi firmado por colonoscopia como sendo de Doença de Crohn, prova tuberculínica não reatora, sendo iniciado tratamento com imunobiológico (adalimumabe). Evoluiu com piora dos seus sintomas mantendo emagrecimento, ascite e dor abdominal. Procurou nova avaliação em São Paulo para fins de investigar suspeita de neoplasia intestinal. Submetida a RNM de abdômen foi observado derrame pleural bilateral, linfonodomegalia perigastrica, peripancreatica e hilo hepático. Esplenomegalia com múltiplas imagens nodulares, hepatomegalia e ascite volumosa. Implantes peritoniais. **Colonoscopia:** colite segmentar A/E. EDA: Esofagite Grau A,Pangastrite intensa,Ulceras Gastricas,Polipo gástrico,Urease negativa. Rx de **Torax:** infiltrado intersticial,DP direito,TB Miliar. Submetida a laparotomia observou-se a Anatomia Patológica,Oment ectomia,processo granulomatoso com necrose caseosa, células multinucleadas, BAAR positivo. **Resultados:** O diagnóstico histopatológico da tuberculose é empregado na investigação das formas extra pulmonares,ou nas formas pulmonares que se apresentam radiologicamente como doença difusa,por exemplo,na TB miliar, ou em indivíduos imunossuprimidos. Nos pacientes não imunossuprimidos, a baciloscopia do tecido usualmente é negativa e a presença de granuloma com necrose de caseificação, é compatível com o diagnóstico de TB, no entanto,o único método diagnóstico de certeza de TB é a cultura seguida da confirmação do M. Tuberculosis por testes bioquímicos ou moleculares e por isso, todo material dever ser enviado para cultura em meio específico. Paciente evolui em tratamento clinico com medicação específica para TB com evolução favorável.

PO234 TUBERCULOSE OSTEOARTICULAR RECIDIVANTE APÓS TRATAMENTO DA FORMA MILIAR EM PACIENTE HEPATOPATA E DIABÉTICA

DIEGO MEDEIROS DELGADO; GABRIELLY DE OLIVEIRA VIANA; THOMAS KEVIN CANTALICE NÓBREGA; VITOR MEDEIROS DELGADO; AMANDA CACAES MODESTO ACCIOLY; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose Miliar; Tuberculose Osteoarticular; Recidiva

Introdução: Embora o envolvimento pulmonar seja o mais comum, há diferentes formas de tuberculose extrapulmonar, entre elas a miliar e a óssea. A miliar é a forma da doença disseminada na corrente sanguínea, de alta gravidade, que ocorre geralmente em indivíduos com doenças de base, como cirrose, neoplasias e imunodeficiências em geral. O paciente pode manifestar a doença nos ossos, no fígado, na pleura, etc. A osteoarticular afeta ossos e articulações através da via linfo-hematogênica e pode ocorrer através de um processo de reativação de focos ósseos anos após a infecção primária, sendo classificada como tuberculose pós-primária. A confirmação do diagnóstico é normalmente realizada por exame histopatológico, em que o encontro de necrose caseosa no tecido biopsiado é sinal patognomônico de tuberculose. Relato do caso Paciente de 61 anos, parda, não tabagista, não etilista, com diagnóstico prévio de Diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulinoterapia referia queixas de febre, perda de peso, astenia, tosse crônica e dores nas pernas. Ao exame físico apresentava hepatomegalia e esplenomegalia. Ficou internada por 53 dias e no hospital, foi feita uma ultrassonografia de abdome que revelou diagnóstico de trombose de veia porta e hipertensão portal. Através dos exames de função e biópsia hepática, foram identificados hepatopatia de etiologia desconhecida e granulomas epitelióides com necrose caseosa, indicando tuberculose. A radiografia de tórax confirmou o diagnóstico de tuberculose miliar. Fez tratamento por um ano com resolução dos sintomas e passou a ser acompanhada por clínico particular devido à hepatopatia. Cerca de 6 anos depois a paciente foi encaminhada à hematologia com quadro de pancitopenia e esplenomegalia. Foi realizado mielograma que afastou as hipóteses diagnósticas de linfoma e mieloma e também uma biópsia de medula óssea da coluna vertebral que revelou linfocitose intersticial e granulomas epitelióides com

sinais de necrose caseosa. Foi encaminhada para hospital especializado para o tratamento de tuberculose óssea recidivante. **Discussão:** A forma miliar ocorre em até três anos após a primoinfecção. Em cerca de 80% dos casos de tuberculose miliar, o paciente apresenta-se com febre, tosse, astenia e emagrecimento. Essa forma é mais comum em indivíduos imunossuprimidos. Alguns fatores que podem ter levado a paciente do caso a desenvolver algum grau de imunossupressão foram a diabetes e a hepatopatia crônica que só foi diagnosticada mais tardiamente. A hepatomegalia e a esplenomegalia ocorrem, respectivamente, em cerca de 50% e 10% dos casos. Esse processo, associado à hepatopatia com trombose de veia porta preexistente resultou em um quadro de hiperesplenismo e pancitopenia. A recidiva de um foco ósseo levou, anos depois, ao desenvolvimento de tuberculose óssea, que foi confirmada a partir de exame histopatológico. O local mais frequente de acometimento desta forma é a coluna vertebral, já que é ricamente vascularizada.

PO235 INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NA PARAÍBA NOS ANOS DE 2015-2018

ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS[1]; JOÃO SARAIVA LINS NETO[2]; RAFAELLA FIQUENE DE BRITO FILGUEIRA[2]; THASSIA RACHEL BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA[2]; MARIA EDUARDA DE ARRUDA CARVALHO[2]; BEATRIZ DE MEDEIROS FERREIRA GOMES SILVA[3].

1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TUBERCULOSE; INCIDÊNCIA; TRATAMENTO

Introdução: A tuberculose é um importante problema de saúde pública mundial, constituindo-se uma doença infecciosa e contagiosa, causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis, que afeta principalmente os pulmões, podendo também afetar outros órgãos. Ela é transmitida pelo ar de pessoa para pessoa, quando um doente fala, tosse ou espirra. Segundo o último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente são identificados no Brasil cerca de 80 mil novos casos e 5 mil óbitos decorrentes da tuberculose, o que coloca o Brasil entre os 22 países com mais alta carga da doença. OBJETIVO Analisar a ocorrência de tuberculose na população paraibana no período de 2015 a 2018 a partir dos dados obtidos no Secretaria do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Metodologia Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo documental com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em junho de 2019 a partir das informações contidas no DATASUS. Resultados E DISCUSSÃO A partir dos dados coletados foi possível observar um aumento no número dos casos de tuberculose na população paraibana, sendo notificados cerca de 1278 novos casos por ano. Isso ocorre pois além de a doença não estar controlada, ela é intimamente relacionada às condições socioeconômicas, que estão cada vez mais precárias, agravando ainda mais o quadro. Os dados deste trabalho refletem que os programas governamentais de prevenção e tratamento não alcançaram a meta estimada, visto que as campanhas não atingiram uma boa parte da população e a doença encontra-se em um nível crescente. Assim como demonstra que o abandono do tratamento é um dos principais desafios para o controle da tuberculose, podendo levar o doente à morte, além de manter a transmissão da doença e ocasionar o aparecimento de bactérias mais resistentes aos tratamentos. Conclusão A partir do estudo realizado, pode-se observar a grande incidência de tuberculose na população do estado da Paraíba e sua relação com os níveis socioeconômicos. A dificuldade de acesso aos serviços ofertados pelo SUS é uma das principais causas de recidiva da doença, assim como a falta de sensibilização da população acerca do tema, pois o desconhecimento é um dos principais desafios para o seu controle. Assim, mostra-se necessária a ação de gestão e vigilância epidemiológica para realização de capacitações e orientações técnicas para qualificar a assistência prestada aos pacientes, assim como o desenvolvimento de políticas públicas efetivas por parte dos gestores e profissionais de saúde são de fundamental importância para a prática em saúde. Embora esse tipo de estudo apresente diversas limitações devido ao uso de dados secundários e a deficiência no sistema de notificações, a disponibilização desses dados é de grande importância no auxílio dos gestores para o planejamento das ações de saúde sendo preciso a estruturação da rede de atenção à saúde que assegure o cuidado necessário ao usuário.

PO236 ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE E ADENOCARCINOMA DE PULMÃO: UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM

JOEL SERAFINI[1]; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL[1]; CAROLINE CRISTINA DA SILVA[2]; HIKARI SAITO[2]; DIOGO DREVENOWSKI[1]; LÊDA MARIA RABELO[1].

1. HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. ACADÊMICA DE MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; ADENOCARCINOMA DE PULMÃO; ASSOCIAÇÃO

Introdução: O câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) é considerado uma importante causa de mortalidade associada ao câncer. Os subtipos histológicos mais freqüentes são o carcinoma espinocelular (CEC) e o adenocarcinoma. Há evidências de que algumas condições alérgicas, como asma e rinite alérgica, podem aumentar o risco de neoplasia pulmonar. Descrevemos um caso de adenocarcinoma pulmonar em paciente com história prévia de asma grave de difícil controle. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 38 anos, não tabagista, com asma desde a infância, fenótipo alérgico e eosinofílico, rinite alérgica, em uso de terapia inalatória otimizada e prednisona 10 mg ao dia. É submetida a tomografia de tórax, para avaliação de comorbidades associadas ao descontrole da asma, que demonstrou nódulo semissólido em segmento superior do lobo inferior esquerdo com contornos lobulados, medindo 24 x16mm no plano axial, com componente sólido medindo 3mm, e nódulo sólido espiculado de 16 x 12mm, adjacente as porções inferiores do hilo pulmonar direito. Os dois nódulos eram suspeitos para neoplasia primária. Foi optado, primeiramente, pela realização de bi-lobectomia dos lobos inferior e médio direito. A análise histopatológica demonstrou adenocarcinoma pulmonar invasor, moderadamente diferenciado. O estadiamento anatomopatológico revelou um tumor T1 N0. Em 7 meses de acompanhamento, de acordo com avaliação tomográfica, o nódulo semissólido do lobo inferior esquerdo manteve-se estável, porém a tomografia por emissão de pósitrons demonstrou metabolismo glicolítico (SUV máximo**:** 1) e dimensões de 24x20 mm. Pelo alto risco de neoplasia primária sincrônica, a paciente foi submetida a segmentectomia de segmento superior do lobo inferior esquerdo, que revelou um adenocarcinoma invasor. **Discussão:** A possível associação positiva entre asma e neoplasia pulmonar pode ser devida a vários mecanismos, como**:** níveis elevados de

radicais livres e níveis reduzidos de antioxidantes no trato respiratório, estimulação contínua da regeneração celular para reparar dano pulmonar inflamatório, e ou aumento da sensibilidade a carcinogênicos. Estudos recentes destacam que uma melhor compreensão da relação entre atopia e neoplasia pulmonar pode ter implicações na prevenção, no tratamento e no prognóstico da doença. **Referências:** Ye L, Wang H, Li H, Liu H, Lv T, Song Y, Zhang F. Eosinophil peroxidase over-expression predicts the clinical outcome of patients with primary lung adenocarcinoma. Journal of Cancer. 2019;10(4)**:** 1032-1038 D'Arcy ME, Rivera DR, Grothen A, Engels EA. Allergies and the subsequent risk of cancer among elderly adults in the United States. American association for cancer research. 2019 Turner MC, Chen Y, Krewski D, Ghadirian P. An overview of the association between allergy and cancer. Int J Cancer. 2006;118(12)**:** 3124-3132.

PO237 USO DE BENRALIZUMABE NA ASMA GRAVE: RELATO DE CASOS

MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO; FLAVIA DE ALMEIDA FILARDO VIANNA; MARINA MANCUSI; JULIANA CLARO PELOSO; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA.
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: asma grave; benralizumabe; controle

Introdução: A asma grave compreende paciente no step 4-5 de tratamento, segundo o GINA (Global Initiative for Asthma), que persiste sintomático em vigência de tratamento com dose alta de corticoide inalatório associado a um broncodilatador de longa duração e corticoide sistêmico. Atualmente, para esse tipo de paciente temos a classe dos imunobiológicos como Omalizumabe, Mepolizumabe e Benralizumabe. Nosso objetivo é relatar a experiencia do HSPE, com uso de Benralizumabe, em pacientes com asma grave. Relato dos casos**:** Caso 1: Paciente do sexo masculino, 64 anos, em acompanhamento desde o diagnóstico de asma em 1999, ex-tabagista (carga tabágica 10 maços/ano), em uso regular de Formoterol, Salmeterol, Tiotrópio, Fluticasona e Budesonida, com doses otimizadas, e salbutamol de resgate. Apresentava exacerbações frequentes e necessidade de corticoide sistêmico, pelo menos 2 x ao mês. Manteve estabilidade da doença até 2016, evoluindo com piora progressiva da dispneia e sintomas noturnos. Tinha o ACT (Teste de controle da asma) de 10, PFE (pico de fluxo expiratório) 360 L/min, VEF1 0. 83 L (27%) e eosinófilos de 1420 células. Optado por início de Benralizumabe, após 1 mês paciente evolui com melhora completa do quadro, ACT 23, PFE 450 L/min, FEV1 2. 33 L (77%) e contagem de eosinófilos zero. Caso 2: Paciente do sexo feminino, 46 anos, portadora de asma alérgica eosinofílica desde a infância, com piora após a primeira gestação há 22 anos, nega tabagismo. Estava em uso regular de Formoterol/ Budesonida 12/400 mcg 3x/dia e Montelucaste 10mg/ noite, com controle inadequado dos sintomas, necessidade frequente de corticoide sistêmico e uso de Salbutamol para resgate 3-4x/dia. Em 2009, apresentou exacerbação grave e insuficiência respiratória, introduzido Omalizumabe de 2009-2013, mantendo controle inadequado da doença, sendo então suspenso. Após 3 anos, evolui com nova exacerbação e necessidade de suporte intensivo, estava em uso de Formoterol, Budesonida, Tiotrópio e Montelucaste, em doses otimizadas, apresentava ACT 11, PFE 120 L/min, contagem de eosinófilos 1200 células, VEF1 1. 07 L (40%), iniciado Benralizumabe. Após 4 meses apresenta melhora da dispneia e dos sintomas noturnos, sem necessidade de medicamentos para resgate e sem novas exacerbações, ACT 22, VEF1 2,49L (94%), e contagem de eosinófilo de zero. **Discussão:** Os fármacos biológicos são a nova opção terapêutica para o tratamento de asma nos subtipos de pacientes que não respondem a terapêutica otimizada, considerando seu perfil inflamatório, seu fenótipo e seu endótipo. Os anticorpos monoclonais anti-interleucina 5 (IL-5) mostram redução das exarcebações e do uso de corticoides orais nos pacientes com asma grave. O receptor da IL5 tem expressão na superfície de eosinófilos e basófilos levando a apoptose dessas células e reduzindo a inflamação. O Benralizumabe melhora a qualidade de vida desses doentes e controle da asma.

PO238 INCIDÊNCIA DE ASMA EM CRIANÇAS NO ANO DE 2018 EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE CAMPINA GRANDE-PB

JULIANA MAGALHÃES OLIVEIRA; ANNA BEATRIZ NEPOMUCENO TARGINO DE ARRUDA; FERNANDA CARVALHO DE ALMEIDA; GIOVANNA BELFORT NOGUEIRA DE CARVALHO; HADAH QUEDVE NERES GONÇALVES LEITE; MARIA RAFAELA VIANA DE SÁ.
UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Infecções respiratórias pediátricas; Mudanças climáticas

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, podendo ser desencadeada por fatores como infecções respiratórias virais, alérgenos ambientais, poluição e mudanças climáticas. No Brasil, cerca de 20 milhões de pessoas sofrem com a doença, sendo a população pediátrica a mais afetada, atingindo uma prevalência de 28% em algumas regiões. A falta de instrução e de adesão ao tratamento adequado são os maiores desafios enfrentados no manejo dessa enfermidade, pois tais adversidades levam à exacerbação da doença e conseqüente internação do paciente. **Objetivos:** Verificar a incidência de asma em pacientes pediátricos no Hospital da Criança e do Adolescente de Campina Grande-PB no período de Janeiro a Dezembro de 2018. **Metodologia:** Trata-se de um estudo restropectivo, no qual foram analisados um total de 2. 692 prontuários de internações do Hospital da Criança e do Adolescente de Campina Grande-PB, (vinculado ao SUS), no ano de 2018, considerando aqueles que tinham como diagnóstico a asma, tanto sua forma leve como grave **Resultados:** Do número total de 2. 692 prontuários analisados, 241 internações eram decorrentes da asma, havendo um discreto predomínio do sexo masculino. Notou-se ainda que os meses de Abril, com 30 casos, e de Julho, com 31 casos, foram os que tiveram maiores números de internações. **Conclusão:** Na amostra coletada do ano de 2018, nota-se uma elevada frequência de internações de pacientes pediátricos ocasionadas pela asma seja ela na sua forma leve ou grave. Foi observado que ocorre um maior acometimento em pacientes nas épocas de mudanças climáticas, Abril a Agosto, que são características da cidade, confirmando a influência climática nos sintomas da doença. Com isso, é visto a importância da instrução adequada à família do paciente, para ajuda-lo a evitar exacerbações e complicações dessa patologia. **Referências:** Roncada C, de Oliveira SG, da Cidade SF, da Sarria EE, da Mattiello R, da Ojeda BS, e outros. Sobrecarga de asma em crianças do centro da cidade do sul do Brasil. J asma. 2016; 53 (5)**:** 498-504. Asher MI, Keil U, Anderson HR, Beasley R, Crane J, Martinez F et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)**:** rationale and methods. Eur Respir J 1995;8: 483-91. II Consenso Brasileiro No Manejo Da Asma. São Paulo: Jornal de Pneumologia, Jun 2002. Disponível em URL: http: //scielo. br/scielo**:** phb?script=sci_arttex &pid=S0102-35862000700005. Acesso 16 Fev

2008. Lundback B. Epidemiology of rhinitis and asthma. Clin Exp Allergy 1998; 28: 3-10.

PO239 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA HORMONAL FETAL NA ASMA MATERNA DURANTE A GESTAÇÃO NA POPULAÇÃO DE MARÍLIA (SP)

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN[1]; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN[2]; DEBORA FERNANDA ESTEVES TRINDADE[3]; ALEXANDRE DE ALMEIDA PUCCI[2]; LEANDRO NAVAS PIRES[2]; BRUNO BOLSONARO CALEGARI[2].

1. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR), MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR), MARÍLIA (SP) - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR0, MARÍLIA (SP) - SP - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; GESTAÇÃO; SEXO FEMININO

Introdução: A Asma acomete cerca de 0,4 a 4% das gestantes, sendo a patologia respiratória mais comum neste período. Existem relatos de 8 a 13% de acometimento na gestação. A maioria das pacientes já têm diagnóstico prévio da doença, mas a primeira manifestação pode ocorrer numa gestação. Exacerbações e controle inadequado durante essa fase, podem ocorrer por alterações mecânicas ou hormonais, ou pela interrupção ou redução dos medicamentos de controle devido à preocupação com a gestação. Para as mulheres que apresentam início dos sintomas nesse período, os diagnósticos incluem a dispnéia por hipoventilação, DRGE, embolia amniótica e cardiopatia da gestação. Estudos apontam que no binômio mãe-feto, o sexo deste pode também influenciar nessas exacerbações, sendo que o sexo feminino fetal, pela ação do Estrogênio poderia desenvolver crises de Asma na mãe, e de outra forma, a Testosterona do feto masculino a pouparia de sintomas durante a gestação. **Métodos e Resultados:** Os autores estudaram 150 pacientes mulheres, gestantes, aleatoriamente, na população da região de Marília (SP), realizando um questionário modelo que incluia: nome da paciente, idade, procedência, descrição dos sintomas, número de gestações ocorridas, e a evolução do quadro de Asma de acordo com o sexo do feto em cada gestação. Neste estudo analítico, observou-se que, de um total de 150 gestantes, 89 haviam gerado um feto do sexo feminino, sendo que desses, 69 (77,5%) haviam piorado da Asma durante a gestação e 20 (22,4%) haviam observado melhora do quadro nesse período. Cerca de 61 gestantes havia gerado um feto do sexo masculino, sendo que dessas, 39 (63,9%), haviam apresentado piora dos sintomas e 22 (36%) haviam tido melhora. No cômputo geral, das mulheres que geraram fetos do sexo feminino, cerca de 63,9% apresentaram crises de Asma durante a gestação, enquanto que o mesmo ocorreu em 36,1% das gestantes que geraram fetos do sexo masculino, sendo que ocorre piora do quadro nesse período na geração de ambos os sexos. **Discussão:** Frente ao estudo, detecta-se que, após uma investigação entre 150 pacientes gestantes, chega-se à evidência de que na nossa região, a maioria das mulheres havia gerado fetos do sexo feminino, 89 (60% do total), sendo que notadamente, a maior parte dessas pacientes havia apresentado piora dos sintomas de Asma durante o período de gestação (69 = 63,9%) e também que 61 mulheres havia gerado fetos do sexo maculino (40%), sendo que 39 = 64% dessas evidenciaram piora na gestação. Conclui-se neste estudo que a Asma notadamente tende a piorar durante o período de gestação, na geração de ambos os sexos, contudo, a piora é mais evidente quando o feto é do sexo feminino (63,9%), em comparação quando o feto é do sexo masculino (36,1%). Enfatiza-se que a terapia inalatória correta deve ser aplicada em todas as gestantes asmáticas para diminuir a morte materna, evitar parto prematuro e baixo peso ao nascer, permitindo uma boa qualidade de vida para ambos.

PO240 O IMPACTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA (PACA) NA REDUÇÃO DE IDAS AO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E NECESSIDADE DE INTERNAÇÕES POR ASMA

CARLOS EDUARDO COLARES SOARES; HANNAH CAROLINE BARBOSA LUIZ; BEATRIZ MELLA SOARES PESSÔA; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Emergência; Hospitalização

Introdução: Fundado em 2003, o Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA) é uma ação de extensão universitária ligada à Universidade Federal do Amazonas (UFAM) no âmbito do Sistema Único de Saúde. As atividades do programa visam o atendimento semanal de pacientes asmáticos da cidade de Manaus e municípios do interior do Amazonas, e elas ocorrem no Ambulatório Araújo Lima, vinculado ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV). Também são desenvolvidas atividades mensais com intuito de educar os pacientes acerca da doença. Em 2018, o PACA completou 15 anos de atuação, totalizando quase 2000 pacientes registrados, configurando-se, assim, como um serviço de referência no estado para o tratamento e educação em asma. O presente trabalho visa avaliar o impacto positivo trazido pelo programa durante os anos de atuação, no cenário de tratamento e controle da asma no Amazonas. **Objetivos:** Avaliar o impacto das atividades desenvolvidas pelo PACA no controle da asma dos pacientes, através da análise da necessidade de procurar serviços de emergência e hospitalização. **Métodos:** Estudo retrospectivo que analisou a incidência de idas ao serviço de emergência e necessidade de hospitalização em pacientes registrados no PACA que compareceram á consultas no ano de 2018 e já estavam em acompanhamento há pelo menos um ano no programa. Os dados foram coletados com base nos registros das consultas em prontuários. Foram avaliadas as variáveis**:** idade, sexo, procedência, necessidade de ida ao serviço de emergência, e necessidade de hospitalização. Por fim, foi elaborada uma planilha eletrônica no Excel 2016, por onde foram utilizadas ferramentas de análise estatística para processar os dados. **Resultados:** Foram analisados 223 registros de atendimento. A média de idade foi de 43,6 anos (7-89), sendo a principal faixa etária os adultos que representaram 47% (105) da população analisada. Do total foram 154 (69%) do sexo feminino e 69 (31%) do sexo masculino, e o principal local de procedência foi Manaus representando 97% do total da população analisada. Apenas 37 (16,6%) pacientes necessitaram procurar, pelo menos uma vez, serviço de emergência para alívio de exacerbação, sendo dentre eles 30 (81%) do sexo feminino e 7 (19%) do sexo masculino e a principal faixa etária os idosos com 18 (48,6%) pacientes, seguido dos adultos com 14 (37,9%). E apenas 3 (1,3%) pacientes necessitaram de hospitalização. **Conclusão:** O número de pacientes analisados que estavam em acompanhamento no PACA no ano de 2018 que necessitaram ir ao serviço de emergência para alívio de exacerbação foi pequeno, mesmo que ainda relevante, assim como o número muito reduzido que necessitou de hospitalização devido à doença, o que mostra que as atividades de atendimento e educação continua desenvolvidas pelo programa estão apresentando um impacto significativo no controle da doença. **Referências:** 1. Diretrizes da SBPT para o Manejo da Asma - 2012; 2. GINA 2019 Guide for Asthma Management and Prevention.

PO241 USO DO BENRALIZUMABE APÓS FALHA DE TRATAMENTO AO OMALIZUMABE EM PACIENTE COM ASMA GRAVE: RELATO DE CASO.

JULIANA CLARO PELOSO[1]; MARINA MANCUSI[2]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[3]; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[3]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[3]; FLAVIA DE ALMEIDA FILARDO VIANNA[3].

1. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, TAUBATE - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; OMALIZUMABE; BENRALIZUMABE

Introdução: A asma grave é um subgrupo heterogêneo da doença que possui diversas apresentações, características e desfechos. É dividida atualmente em fenótipos, cuja determinação tem importância na escolha da terapia adequada[1] visto a descoberta de anticorpos monoclonais contra mediadores imunológicos comuns em fenótipos específicos. O omalizumabe é um anticorpo monoclonal anti-IgE, indicado para pacientes com asma grave alérgica IgE-dependente [2,3]. O benralizumab é um anticorpo monoclonal que se liga ao receptor de Interleucina-5 promovendo a apoptose de eosinófilos, aprovado para uso em asma grave eosinofílica. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino de 46 anos, portadora de asma grave alérgica eosinofílica e rinosinusopatia, acompanhada no ambulatório do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo (SP) desde 2010. Realizou terapia com omalizumabe no período de 2009 a 2013, suspenso por resposta terapêutica insatisfatória. Em 2018 mantinha inadequado controle da doença, com PFE 120 L/ min, Teste de Controle da Asma (ACT)=11, Contagem de eosinófilos de 1200 céls e espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado com VEF1-pós BD de 1,07 L (VEF1% 40%). Optamos pelo início de benralizumabe 30 mg. Após 4 meses do uso da droga, houve redução significativa do uso de broncodilatadores de alívio e ausência de sintomas noturnos ou exacerbações. Nova espirometria realizada mostrou um distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta significativa ao broncodilatador, com VEF1 pós-BD de 2,49L (VEF1% 94%), ACT=22 e contagem de eosinófilos de zero. **Discussão:** O benralizumabe é uma opção importante para tratamento de pacientes com asma grave alérgica eosinofílica que apresentaram falha terapêutica com o uso do omalizumabe. Estudos futuros direcionados à escolha entre anti-IgE ou anti-IL5 em asmáticos graves com sobreposição de fenótipos são pertinentes para a determinação do imunobiológico de escolha para este grupo de pacientes.

PO242 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS MENSALMENTE NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO (PAPA) DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA (HUPD) EM SÃO LUIS – MA

MATHEUS CUTRIM CARVALHO[1]; MARIA DO ROSARIO DA SILVA RAMOS COSTA[2]; TÉRCIO MAIA SOUSA[3]; ANDRÉ FELIPE CARVALHO LOBATO[3]; RAPHAEL FERREIRA FALEIRO[3]; MATHEUS MENDONÇA VIEIRA CIPRIANO[3].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS - MA - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Perfil epidemiológico; Controle

Introdução: A Asma é uma doença inflamatória crônica associada à hiperresponsividade das vias aéreas que acomete grande números de pessoas por todo o mundo e trata-se de uma doença que demanda constante avaliação e monitoramento dos sintomas. O perfil epidemiológico dos pacientes asmáticos nos permite compreender o comportamento da doença na população. Estudos brasileiros têm revelado o perfil epidemiológico dos pacientes asmáticos, possibilitando delinear estratégias importantes de ação e controle pelos profissionais de saúde. Os estudos atuais apontam para a relação entre estilo de vida (tabagismo, atividade laboral, etc) e a exacerbação do quadro de asma. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes em acompanhamento no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário da Universidade Federal, atendidos no período de um mês (entre 01/04/2019 a 02/05/2019). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com uma amostra de 374 pacientes com diagnóstico de asma em acompanhamento no PAPA, atendidos no periodo de 01/04/2019 a 02/05/2019. Foram realizadas análises dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e organização dos resultados em tabelas e gráficos. **Resultados:** Dos pacientes participantes da pesquisa, 218 (58,29%) são do sexo feminino e 157 (41,71%) do sexo masculino. Quanto à idade, observou-se a média de 53,96 anos, sendo 144 (28,50%) idosos, ou seja, a partir de 60 anos de idade. Da amostra em questão apenas 40 (10,70%) dos pacientes estavam com asma não controlada e 321 (85,83%) apresentavam asma bem controlada. Quanto a gravidade, 185 (49,47%) participantes tinham asma grave, 105 (28,07%) moderada e 83 (22,19%) leve. Verificou-se ainda que 154 (41,18%) dos pacientes tinham sobrepeso (IMC de 25 a 29,9 kg/m^2) e 91 (24,33%) tinham algum grau de obesidade, ou seja, IMC maior ou igual a 30kg/m^2. **Conclusão:** Concluímos que a metade dos participantes da pesquisa apresentavam asma grave, porém a grande maioria destes mostraram-se com asma bem controlada, o que demonstra um bom acompanhamento destes pacientes pelo programa, com boa adesão dos mesmos ao tratamento. Em relação aos pacientes com sobrepeso e obesidade houve uma elevada prevalencia (65,51%), o que reforça a importância da educação contínua desses pacientes no programa quanto à dieta e aos hábitos de vida.

PO243 O RELATO DE DISPNEIA AOS ESFORÇOS É UM PARÂMETRO CONFIÁVEL PARA AVALIAR O CONTROLE DA ASMA?

RAQUEL VIDICA FERNANDES[1]; JORDANA ROCHA CAMPOS[2]; NATHALIA ALFAIX MARTINS PALHEIRO VICENTE[2]; LUSMAIA DAMACENO COSTA[2]; NATASHA YUMI MATSUNAGA[3]; ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. UFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: asma; dispneia; exercicio fisico

Introdução: A dispneia aos esforços referida pelo paciente asmático leva à limitação das atividades. Tal fato é interpretado na maioria das vezes como um pobre controle da doença, sendo uma das quatro questões abordadas pelo GINA[1]. Frequentemente a dispneia aos esforços e a hiperventilação é mascarada como asma não controlada[1]. O auto-relato de sintomas aos exercícios tem pouca sensibilidade, o mesmo reflete o mau controle da doença e exige intensificação do tratamento[1]. No entanto, o teste para avaliação da real presença de broncoconstrição induzida pelo exercício é de difícil acesso e de difícil realização em crianças. **Objetivo:** Avaliar se há associação do perfil nutricional, o nível de atividade física e o controle da asma (ACT e GINA) com o relato de dispneia aos esforços. **Métodos:** estudo transversal, incluídos pacientes entre 6 e 18 anos

com diagnóstico de asma. Indagados quanto à presença de dispneia aos esforços e distribuídos em grupos com e sem dispneia aos esforços. Para análise perfil nutricional foi utilizando curvas de Z score da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo divididos em eutróficos e obesos. Foi realizado um questionário composto por perguntas presente no GINA[2]. Os pacientes com asma parcialmente controlada e não controlada foram agrupados como não controlados. Para avaliar o controle, foi realizado também o ACT, sendo não controlado aquele com escore < 20, e controlado ≥ 20[3]. O instrumento utilizado para avaliar o nível de atividade física foi o IPAQ[4]. No presente estudo os pacientes foram divididos em ativos e sedentários. As variáveis categóricas foram apresentadas em forma descritiva; e as diferenças analisadas pelos Teste do Qui-quadrado, Teste Exato de Fisher ou Teste de Fisher-Freemman-Halton. Para a comparação das variáveis quantitativas entre os grupos com ou sem dispneia aos exercícios, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Em todos os casos foi adotado $p < 0,05$. **Resultados:** O status nutricional de sobrepeso/obesidade estava presente em 21,2%. 70,2% estavam com asma controlada pelo ACT e 46,8% foram classificados em persistente moderada a grave pelo ARIA. Em relação à atividade física, 26 eram ativos. Os participantes foram classificados em dois grupos: com dispneia aos esforços 68%, e sem dispneia aos esforços 32%. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos e o Z-score para IMC, classificação de atividade física pelo IPAQ e controle pelo ACT. A presença de dispneia aos esforços e o controle da asma avaliado pelo GINA apresentaram associação estatisticamente significante entre si. **Conclusão:** O simples relato de dispneia aos esforços pelos pacientes não é um bom parâmetro para prever a presença de broncoconstrição induzida pelo exercício em crianças, o que implica um desafio na avaliação do controle da asma baseada em sintomas. Por isso a importância de um teste objetivo que seja efetivo e fácil de ser realizado.

PO244 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONHECIMENTO SOBRE ASMA POR PACIENTES EM AMBULATORIO ESPECIALIZADO APÓS CONSULTA DE ENFERMAGEM, IMPLEMENTACAO DE MODELO DE CONSULTA .

CARMEN DOLORES RODRIGUES PITANGA DE MACEDO[1]; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN[2]; ALINE THAMYRIS CORREIA DE LUNA[1]; JOSÉ ALEXANDRE DE ANDRADE FERREIRA[1]; GILVANDA MACHADO DE MENEZES[1]; THAMIRES TAVARES DA PAIXÃO[1].
1. HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, RECIFE - PE - BRASIL; 2. AR ASSINTENCIA RESPIRATOIRA, OLINDA - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Educação; Enfermagem

Educação em Saúde: Conhecimento sobre asma por pacientes em ambulatorio especializado após consulta de enfermagem, implementacao de modelo de consulta. Asma é uma doença inflamatória crônica, marcadamente conhecida por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por apresentar variada limitação ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, expressada clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, comprometendo sobremaneira a qualidade de vida dos indivíduos que a possuem. O reconhecimento dos sintomas de perda de controle por pacientes, permite o inicio de tratamento, evitando idas a emergência ou internamentos. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre a asma brônquica obtido após consulta estruturada de enfermagem, fornecendo educação em saúde sobre a doença, e analisando o conhecimento adquirido por esses entrevistados em um segundo momento. **Método:** Trata-se de estudo tipo corte transversal, longitudinal e prospectivo, realizado com 67 pesquisados atendidos no ambulatório de asma do serviço de pneumologia do Hospital Otávio de Freitas, nos meses de julho a outubro de 2018. A pesquisa foi realizada em dois momentos. No momento 1, foi aplicado um questionário com a finalidade de constatar a situação socioeconômica dos entrevistados. Seguiu-se a aplicação de um segundo questionário para avaliação do conhecimento do paciente sobre a doença, com as seguintes abordagens: o que é asma?/ o que é medicação de alívio?/ o que é medicação de prevenção?/ identificação dos fatores desencadeantes/ medidas de profilaxia/sinais de controle e descontrole da asma. Orientações individuais a respeito do uso das medicações, de higiene ambiental, da identificação dos sinais de controle e descontrole e orientações para melhor compreensão das manifestações clínicas nas exacerbações da asma. Foi entregue um instrumento educativo impresso, em formato de cartilha, elaborado pela equipe, intitulado "Cartilhasma", contendo conhecimentos básicos com linguagem acessível e imagens coloridas sobre os temas abordados. No momento 2 (45 dias após o momento1), ocorreu contato telefônico e reaplicado o questionário sobre o conhecimento de asma. **Resultado:** Houve crescimento do conhecimento do momento 1 para o momento 2 detectado através de contato telefônico, sugerindo a implementação da consulta de enfermagem no ambulatório de asma do serviço de pneumologia do Hospital Otávio de Freitas.

PO245 PERSPECTIVAS DA TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA NA ASMA: UM MODELO DE GESTÃO TERAPÊUTICA PERSONALIZADA

WILKER JOHN BARRETO; BEATRIZ BEZERRA DE OLIVEIRA; JULIANA CLEMENTE DO RÊGO; MIKAEL ALBUQUERQUE DO BÚ; RENNAN LOUREIRO BATISTA MARINHO; CATHERINE SONALY FERREIRA MARTINS.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: FENÓTIPOS DA ASMA; TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA; MEDICINA DE PRECISÃO

Introdução: Historicamente, a asma é definida como uma doença pulmonar obstrutiva com reversibilidade broncodilatadora, quanto ao aspecto fenotípico, ou como uma bronquite eosinofílica, quanto ao aspecto patológico. No entanto, atualmente é amplamente reconhecido que asma não é uma entidade única, sendo cada vez mais considerada como uma ampla gama de condições heterogêneas, com fenótipos e endotipos distintos. Por extensão, igualmente, sugere-se intervenções terapêuticas específicas, seguindo o conceito de Medicina de Precisão. A atual estratégia da *Global Initiative For Asthma* (GINA), divulgada em 2019, corrobora com tal visão e afirma que o tratamento da asma deve ser individualizado, de acordo com o nível de controle dos sintomas, os fatores de risco para exacerbação e o fenótipo biológico. **Objetivo:** Este trabalho visa realizar uma revisão bibliográfica a respeito da eficácia de fármacos imunobiológicos como opção terapêutica nos fenótipos da asma, em oposição a amplos tratamentos baseados em diretrizes clínicas gerais. Métodos. Este estudo compreende uma revisão da literatura, de caráter exploratório e qualitativo. Foram pesquisados artigos científicos na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed), no período de junho de 2019. Através do uso das palavras-chave "asthma phenotypes" e "biological treatments" e dos filtros idioma em inglês e entre período de publicação entre 2016 e 2019, foram encontrados 129 artigos, dos quais 12 foram anexados, devido a relevância para a produção desta revisão. **Resultados:** De acordo com os fenótipos biológicos, a asma pode ser classificada

em três subtipos. O fenótipo inflamatório melhor estudado corresponde a asma eosinofílica, que se associa clinicamente com tendência para exacerbações ou com início na idade adulta. O tipo neutrofílico é caracterizado pelo aumento da IL-8, com maior frequência nos asmáticos graves. Já a classificação paucigranulocítica é descrita pela ausência de infiltração eosinofílica ou neutrofílica, podendo estar implicada uma inflamação granulocítica, com pouca resposta à corticoterapia. Assim, a terapia biológica surge como a ferramenta que possibilita o direcionamento terapêutico proposto. Atualmente, já são reconhecidos pela GINA 2019, os seguintes anticorpos monoclonais**:** omalizumabe (anti-IgE), mepolizumabe e reslizumabe (anti-IL-5), benralizumabe (anti-receptor de IL-5) e dupilumab (anti-IL-4β e anti-IL-13). Dessa forma, a seletividade na determinação da resposta ao tratamento surge como a chave no desenvolvimento de uma abordagem derivada da Medicina de Precisão, com atuação direta no mecanismo fisiopatológico individual. **Conclusão:** Atualmente, o modelo de asma como uma entidade patológica única é obsoleto. Com o advento de novos tratamentos, em breve uma ampla gama de terapias biológicas estará disponível. Idealmente, a produção de um perfil individual para cada paciente ajudará a prever a resposta ao tratamento e permitir uma gestão personalizada e mais eficaz.

PO246 O PERFÍL DE MORBIDADE HOSPITALAR NOS MUNICÍPIOS DA PARAÍBA NOS ANOS DE 2010 A 2018

BEATRIZ DE MEDEIROS FERREIRA GOMES SILVA[1]; ANA PAULA TORRES DOS SANTOS[2]; BIANCA RABELO DIAS FARIAS[2]; TÁCYLA MEDEIROS DE SOUZA[2]; ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS[3].

1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, FORTALEZA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Morbidade Hospitalar; Internação

Introdução: A asma é uma doença crônica tratável das vias aéreas que afeta todas as faixas etárias e apresenta alta prevalência, morbidade e mortalidade em todo o mundo. O Brasil é um dos países com maior prevalência de asma, com altas taxas de asma grave, sendo responsável por número representativo de internações hospitalares, causando uma importante sobrecarga para o sistema de saúde e a sociedade. Dentre os fatores envolvidos com a evolução e o custo da asma, o controle clínico da doença é um dos principais determinantes. **Objetivo:** Avaliar a morbidade hospitalar nos municípios da Paraíba entre os anos de 2010 a 2018. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo cuja obtenção dos dados se deu pelo acesso ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH). Foram coletadas Informações relativas à frequência anual de hospitalizações na Paraíba e seus respectivos municípios nos anos de 2010 a 2018, registradas no Sistema de informações hospitalares do DATASUS, por local de internação, de acordo com Classificação Internacional das Doenças capítulo 10 (CID-10 Asma), por faixa etária e sexo. **Resultados:** Entre os anos de 2010 e 2017 foram registrados um total de 26. 027 internações por Asma na Paraíba, em que foi possível observar uma diminuição dos casos entre os anos de 2010 a 2013, correspondendo a 5042(19%) e 2594(9,9%), respectivamente, com um aumento de 0,4% entre 2013 e 2014, e posteriormente houve um decréscimo até 2018 para 1951(7,1%) internações. Em relação aos municípios, o que foi registrado mais internações foi em Campina Grande, correspondendo a 4166(16%), seguido pelo município de Ingá com 3444(13,26%) e a capital João Pessoa com 2986(11,4%). De anos com a faixa etária, foram observados que crianças de 1 a 4 anos são as que tem maior morbidade hospitalar na Paraíba, com 22,5% das internações, correspondendo a 5. 864 pessoas, enquanto os menos acometidos são idosos com idade maior de 80 anos, em que foram registrados 1. 119 internados. Já no que diz respeito ao sexo, foi observado que há uma prevalência maior no sexo feminino, com 13492(51,83%) mulheres internadas nos anos correspondentes. **Conclusão:** De acordo com o estudo, conclui-se que houve uma diminuição significativa da morbidade hospitalar de indivíduos com asma na Paraíba, sendo a faixa etária de 1 a 4 anos de idade e o sexo feminino os mais prevalentes, e que o município de Campina Grande é onde existem mais internações por essa comorbidade. Apesar da diminuição da prevalência, é necessária a inserção dos pacientes com asma em um sistema de saúde capaz de realizar o diagnóstico e prover controle da doença para diminuir rapidamente as tendências de internação por asma.

PO247 USO DE CORTICOIDE INALADO E SUA IMPLICAÇÃO NO NÍVEL DE EOSINÓFILOS PERIFÉRICOS

PRISCILA DE ABREU FRANCO; GRAZIELLY DE FÁTIMA PEREIRA; ROSANA CÂMARA AGONDI.

SERVIÇO DE IMUNOLOGIA CLÍNICA E ALERGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA USP-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: asma; corticoide inalado; eosinófilos periféricos

Introdução: Um dos efeitos do corticoide sistêmico é a redução do número e da ação dos eosinófilos. Pacientes com asma grave necessitam, para o controle da doença, de doses elevadas de corticoide inalado (CI) por longos períodos de tempo. **Objetivo:** Avaliar a ação dos CI sobre os eosinófilos periféricos. **Métodos:** Estudo retrospectivo de prontuários eletrônicos de pacientes adultos, acompanhados em centro terciário, com diagnóstico de asma grave *steps*4 e 5 da GINA 2019. Os pacientes em uso de corticoide oral foram excluídos. Foram avaliados dados demográficos, dose de budesonida inalada, sensibilização a aeroalérgenos, IgE total, cortisol sérico e eosinófilos periféricos (Eosp), no período de 2010 a 2019. **Resultados:** Foram avaliados 58 pacientes, sendo 81,0% do sexo feminino, com média de idade de 61,0 anos, início da asma aos 17,4 anos, tempo de doença de 43,6 anos. A média de CI era de 1682,8 (range**:** 800-2400) mcg/dia. A média de IgE sérica total do grupo foi de 398,9 UI/mL e a IgE específica para aeroalérgenos estava presente em 40 pacientes (69%), e destes, 85% eram sensibilizados para ácaros. A média do cortisol foi de 5,6 (*range***:** 0-21,8) mcg/dL e dos Eosp de 252,1 (*range***:** 0-1380) cel/mm^3. Neste estudo não foi observada correlação entre a dose de CI e o cortisol sérico. Entretanto, 41,4% dos pacientes apresentaram Eosp < 150 cel/mm^{3}e houve uma correlação inversa significante entre as doses de CI e os níveis de Eosp, (p=0,029 r^2=0,1), ou seja, quanto maior a dose de CI, menor o nível de Eosp. **Conclusões:** A GINA 2019 recomenda o uso de anticorpos monoclonais (mAbs), no *step 5*, direcionados pelo fenótipo de asma. Alguns destes mAbs incluem como critério de tratamento os Eosp ^{3}150 ou 300 cel/mm^3. Neste estudo o CI em doses elevadas estava relacionado a níveis mais baixos de Eosp, portanto, alguns pacientes em uso de doses elevadas de CI poderiam apresentar Eosp reduzida mascarada pelo uso de CI, interferindo na recomendação de alguns mAbs. **Referências:** 1. 2019 GINA Pocket guide for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma, 2019. Available from**:** https: //ginasthma. org/

gina-reports/. Accessed April 2019. 2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2018. Available from: www. ginasthma. org. 3. Bateman ED, Reddel HK, O'Byrne PM, *et al*. As-needed budesonide-formoterol versus maintenance budesonide in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018; 378: 1877-1887. 4. O'Byrne PM, FitzGerald JM, Bateman ED, *et al*. Inhaled combined budesonide-formoterol as needed in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018; 378: 1865-1876. 5. Pavord ID, Korn S, Howarth P, Bleecker ER, Buhl R, Keene ON,et al. Mepolizumab for severe eosinophilic asthma (DREAM): A multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2012;380(9842): 651-9.

PO248 AVALIAÇÃO E PREVALÊNCIA DE PACIENTES COM ASMA AUTO-AFIRMADA ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA ESCOLA: HÁ CONTROLE E SEGUIMENTO?

FERNANDA CAMILO MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA; IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR; JOSÉ GOMES SOUTO; ELIAURIA ROSA MARTINS; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI.
FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; DIAGNÓSTICO; SEGUIMENTO

Introdução: A asma é uma doença respiratória crônica, heterogênea, definida por inflamação das vias aéreas. Os principais sintomas são sibilância, dispneia, tosse e opressão torácica, variáveis ao longo do tempo, de acordo com a limitação do fluxo expiratório. No Brasil, ainda há poucos inquéritos populacionais para avaliar sintomas respiratórios e ocorrência de asma em adultos, mas estima-se que haja 20 milhões de asmáticos no país. Mesmo com elevada prevalência, é frequentemente subdiagnosticada e tratada. Sabe-se que o diagnóstico e seguimento inadequados resultam em maior número de recorrência dos sintomas, associados a aumento de internações que, além de prejudicar a qualidade de vida do doente, oneram o sistema de saúde. **Objetivo:** Avaliar a prevalência, sintomas e avaliação espirométrica de asmáticos já diagnosticados, atendidos em clínicas escola. Materiais e **Métodos:** Estudo epidemiológico de base populacional e delineamento transversal, feito com 122 indivíduos maiores de 18 anos, atendidos em duas clinicas escola de uma faculdade de medicina, em Bayeux e João Pessoa-PB. Os dados foram coletados entre junho e dezembro de 2018, através de questionário estruturado. As espirometrias foram reservadas a indivíduos sintomáticos respiratórios, com doença pulmonar prévia, tabagistas e/ou que referiram exposição ocupacional. **Resultados:** Entre os entrevistados, 19 (15,6%) já realizaram tratamento prévio para asma. Houve predomínio do sexo feminino (84%), com média de idade de 39,7 anos. Dos que relataram tratar-se para asma, 8 pontuaram acima de 3 no GINA e apenas 5 faziam uso de medicamentos para controle da doença. Da amostra que utiliza alguma medicação, de acordo com o GINA, apenas 1 indivíduo apresenta asma controlada. Dentre os fatores precipitantes para os sintomas, os principais citados foram mudança de clima e ocorrência de quadro gripal. Quanto às manifestações clínicas, as principais queixas foram sibilância (78,9%) tosse (52,6%) e catarro (26,3. A espirometria foi feita em 16 indivíduos (84,2%), 10 possuíam sobrepeso, 4 eram fumantes e 3 ex-fumantes. Dos exames realizados, 7 pacientes apresentaram DVO leve e, 2, DVO moderado; 3 pacientes obtiveram DVO com diminuição da CVF. Destes, 6 responderam ao broncodilatador com incremento do fluxo e/ou volume. **Conclusão:** O estudo demonstrou que o diagnóstico de asma e o seguimento da doença, nas populações de João Pessoa e Bayeux, são ineficientes. Mesmo que o Sistema Único de Saúde distribua gratuitamente os medicamentos para tratamento da asma, não há o controle adequado da doença. Diante disso, vê-se a necessidade de programar estratégias que tornem o paciente protagonista do tratamento, para permitir maior esclarecimento sobre a doença e consequente melhora na adesão terapêutica, a fim de controlar as queixas clínicas e diminuir a recorrência dos sintomas.

PO249 PERFIL DA MORTALIDADE POR ASMA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS

GABRIEL FERNANDES DE SOUSA; AMILSON GUILHERME DE OLIVEIRA E SILVA; KAROLINNY DONATO PINTO DE OLIVEIRA; KELI CAMILA VIDAL GROCHOSKI; STELLA SAMPAIO DE OLIVEIRA MESQUITA; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Mortalidade; Morbidade

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade brônquica que afeta estruturas pulmonares responsáveis pela condução aérea[1]. Embora as mortes causadas por asma sejam relativamente raras, são consideradas importantes porque podem ser evitadas através do diagnóstico precoce e tratamento adequado[2]. O principal fator associado à morbimortalidade da doença é o grau de controle obtido com o tratamento[1]. A causa mais comum para a falta de controle da doença é a não adesão ao tratamento[3]. **Objetivos:** Traçar o perfil da mortalidade da asma no Brasil durante dez anos. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional descritivo e quantitativo do número de morte causadas por asma no Brasil durante o período de 2006 a 2016. Os dados obtidos foram através do SIM, coletados a partir do banco de dados do DATASUS. Foi utilizado como instrumentos de trabalho o número de mortes causadas por asma de acordo com a seguinte classificação: faixa etária, sexo e escolaridade. No estudo, foram agrupadas de acordo com a Categoria/Causa CID-10: J45 Asma. **Resultados:** Dados revelaram que as mortes por asma no Brasil caíram 24,1% durante o período estudado de 2006 a 2016. Com relação à idade, ocorreram, entre 0 a 9 anos, 1. 088 (4,63%) óbitos por asma; de 10 a 19 anos, 404 (1,72%); 20 a 39 anos, 1. 803 (7,67%); 40 a 59 anos, 4. 558 (19,39%) e mais de 60 anos, 15. 655 (66,60%) mortes. A asma pode influir na evolução de manifestações cardiovasculares, além disso, os pacientes idosos possuem outras comorbidades, acentuando a gravidade da doença[4]. Em relação ao sexo, registraram-se 8. 648 (36,8%) óbitos por asma no sexo masculino e 14. 860 (63,2%) no sexo feminino. As flutuações hormonais que ocorrem durante a vida das mulheres podem explicar o comportamento da asma ao longo da idade adulta feminina, influenciada também pelos fatores emocionais como a ansiedade. A testosterona impede a expansão de um grupo de células que causam inflamação e produção de muco nos pulmões, protegendo os homens[5]. Houve 5. 263 (22,39%) mortes em indivíduos sem escolaridade; 5. 098 (21,69%) naqueles entre 1 e 3 anos de escolaridade; 3. 787 (16,1%) entre 4 e 7 anos; 1. 949 (8,29%) entre 8 a 11 anos; com 12 ou mais anos 857 (3,65%) mortes por asma e 6. 554 (27,88%) tiveram escolaridade ignorada. A dificuldade para o uso dos inaladores por parte dos indivíduos com menor escolaridade piora a morbidade da asma[6]. **Conclusão:** A presença de outras comorbidades em idosos justifica a maior mortalidade da asma. A frequência nas mulheres é de aproximadamente duas vezes maior que nos homens. A escolaridade tem influência devido ao uso inadequado dos inaladores e requer maior atenção dos profissionais de saúde. A adoção de políticas públicas relacionadas à

educação em saúde e controle da asma pode contribuir na redução de sua mortalidade.

PO250 PNEUMOLOGISTAS, CUIDADO: SEU PACIENTE ASMÁTICO NEM SEMPRE SABE QUE TEM UMA DOENÇA PULMONAR.

LUCIANA ZANI VIEGAS DA SILVA; DANIELA CAVALET BLANCO; MARCELO TADDAY RODRIGUES; MARIANA FRIZZO DE GODOY; LAURA ZUARDI MARQUES; VANESSA MULLER.
HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: asma; percepção; pulmonar

Introdução: Asma é uma doença heterogênea caracterizada pela inflamação da via aérea[1]. Estima-se que 235 milhões de pessoas sejam acometidas pela doença no mundo[2], correspondendo à quarta causa de hospitalização no Brasil (2,5% das internações)[3]. É caracterizada pela presença de sintomas respiratórios, como sibilos, falta de ar, opressão torácica e tosse – que variam conforme a limitação do fluxo aéreo[1]. Mesmo com sintomatologia rica, muitos pacientes não reconhecem a asma como uma doença[4] e alguns referem que ignoram a pneumopatia para sentirem-se "normais e aceitos"[5]. A educação dos pacientes sobre a doença é fundamental tanto para a aceitação do diagnóstico, como para o melhor controle dos sintomas[4,5]. **Objetivo:** Avaliar a percepção dos asmáticos quanto ao fato de serem portadores de uma doença pulmonar crônica. **Métodos:** Estudo transversal, observacional, realizado no Serviço de Pneumologia do Hospital da PUCRS. Foi analisado banco de dados com informações de todos os pacientes que realizaram espirometria (critério ATS / ERS) e responderam ao questionário padronizado de sintomas respiratórios no período de outubro de 2017 a abril de 2019. Os pacientes foram questionados inicialmente sobre terem qualquer doença pulmonar. Caso a resposta fosse negativa, seriam incluídos na presente análise. Foi realizada uma comparação entre os pacientes que negavam doença pulmonar e asma (grupo controle) e os que se diziam asmáticos, apesar de inicialmente terem negado serem portadores de doença pulmonar, para avaliar sua percepção. **Resultados:** Foram selecionados 891 pacientes e 36 foram excluídos por dados inconsistentes. Os 855 pacientes remanescentes foram divididos em dois grupos – os que responderam que possuíam doença pulmonar (413 indivíduos) e os que afirmaram que não possuíam doença pulmonar (442 indivíduos). Dos 442 pacientes que responderam "não" à pergunta, outros 6 foram excluídos da pesquisa por falta de dados, restando 436 participantes. Destes, 148 (33,9%) afirmavam ter asma, mesmo tendo negado inicialmente terem doença pulmonar. Os asmáticos, apesar de negarem doença pulmonar, apresentaram mais sintomas que os controles: 56,3% apresentavam tosse (p=0,01), 41,7% escarro (p=0,06) e 46,9% sibilância (p<0,01) e 57,4% (p<0,01) responderam que utilizavam alguma medicação para asma. O VEF1 médio dos asmáticos que reconheciam a doença era 2,21 ± 0,83 L (77% do previsto) e o dos controles era 2,44 ± 0,86 L (82%), p>0,05. **Conclusão:** Na amostra avaliada a maioria dos pacientes que não consideram asma como doença pulmonar mesmo assim apresentam significativamente mais sintomas (tosse e sibilância) e fazem maior uso de medicação inalatória que os controles. A falta de reconhecimento da asma como doença pulmonar crônica poderia levar à menor adesão ao tratamento, maior risco de crises e morbimortalidade.

PO251 ASMA GRAVE: ANÁLISE DE 29 CASOS DE PACIENTES EM USO DE OMALIZUMAB TRATADOS ENTRE 2010 E 2019

ADALBERTO SPERB RUBIN; MARCELO TADDAY RODRIGUES; GUILHERME WILSON MEIRELLES TENFEN; ANYE CAROLINE MATTIELLO; MARCELO BELLON DOS SANTOS; BÁRBARA HUNHOFF.
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; ASMA GRAVE; OMALIZUMAB

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e limitação variável ao fluxo aéreo. Marcada, ainda, por heterogeneidade clínica, funcional e fenotípica, sendo influenciada por fatores genéticos e ambientais. Apesar de ter alta prevalência, estima-se que 5 a 10%, destes, são portadores de asma grave, onde o diagnóstico é baseado em prova clínica e funcional em que se evidencia a persistência e maior intensidade dos sintomas limitantes. Tem-se como opção terapêutica o uso de imunobiológico (Omalizumab) que é um anticorpo monoclonal, empregado em pacientes com níveis elevados de IgE (30-1500UI/ml) e maiores de 18 anos dentre outros critérios. Sabe-se que, quando bem indicado, há redução no número de exacerbações, maior controle dos sintomas, repercutindo, diretamente em melhora da qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar resposta da função pulmonar e variação clínica de pacientes com diagnóstico de asma grave em uso de Omalizumab. **Métodos:** Estudo retrospectivo através da análise de prontuários de paciente com ASMA grave em uso de Omalizumab atendidos no ambulatório de Pneumologia do Hospital de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no período de setembro de 2010 até junho de 2019. Pacientes com ASMA foram diagnosticados com análise clínica e espirométrica conforme os critérios do GINA. **Resultados:** A amostra composta por 29 pacientes com média de idade de 58,2 anos e predominância do sexo feminino (62%). Do total da amostra, o tempo e a dosagem sérica de IgE médio de uso foram de 5 anos e 349,95UI/ml, respectivamente. As médias das outras variáveis analisadas - exacerbações prévias ao início do tratamento e durante o uso da medicação avaliada, dose mensal administrada, ACT e VEF1 pós broncodilatador atual, foram, respectivamente: 12 e 1,8 episódios ao ano; 399,1mg ao mês; 16,5; 1. 83L (66,5%). **Conclusão:** Na nossa casuística, os pacientes com asma grave e em uso de Omalizumab obtiveram melhora clínica evidenciada com redução do número de exacerbações ao ano. Apresentaram preservação da função pulmonar demonstrada através do VEF1 pós BD atual.

PO252 AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE O CONTROLE DA ASMA E A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

MAYARA GONÇALVES DE CASTRO; SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA; EANES DELGADO BARROS PEREIRA; ÉRICA ALINE ANDRADE SANTOS.
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: asma; qualidade de vida; ansiedade

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores caracterizada por obstrução variável ao fluxo de ar. É uma doença multifatorial que pode sofrer interferência de diversos fatores no seu controle, como por exemplo a associação de comorbidades. De maneira geral, o grau de atividade da doença é proporcional à redução na qualidade de vida pelas restrições físicas, emocionais e sociais que os pacientes apresentam. **Objetivos:** Avaliar a relação entre o controle da asma e a qualidade de vida associada à ansiedade e depressão nos pacientes asmáticos acompanhados no ambulatório de asma do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE. **Métodos:** Estudo transversal com 50 pacientes portadores de asma leve,

moderada ou grave de acordo com valores espirométricos. Os pacientes foram estratificados de acordo com o sexo, presença de comorbidades, escolaridade, índice de massa corporal (IMC), função pulmonar, controle da asma e sintomas de ansiedade e depressão. O controle da asma foi avaliado através do Asthma Control Test (ACT) e a qualidade de vida através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), em que sete itens são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 53,8 anos (dp=15,6) com predomínio do sexo feminino (88,6%). Foram observadas correlações inversas significantes entre os escores do ACT e os escores HADS A (r= -0,498; p <0,01) e HADS D (r= -0,323; p = 0,02), expondo que quanto maior o ACT, menores são os sintomas de ansiedade e depressão. Sintomas ansiosos e/ou depressivos foram identificados em 50% dos pacientes e o binômio ansiedade mais depressão estava presente em 24%. Porém, não houve relevância estatística entre os valores espirométricos e o HADS A e D. O IMC variou entre 20 a 45 (média de 29,6) e teve significância estatística com correlação inversa com o ACT (r=-0,327; p=0,02). **Conclusão:** O presente estudo revelou que os sintomas psiquiátricos foram significativamente maiores nos pacientes com asma não controlada. Percebeu-se também que quanto maior o IMC, menor o controle da doença. Portanto, é necessário considerar os estados de humor e reconhecer a natureza multidimensional da asma, visando melhorar o controle da doença e a qualidade de vida dos pacientes. **Referências:** IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da **Asma:** definição epidemiologia e fisiopatologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo, Nov. 2006. vol. 32 suppl. 7,p. 1-23. Pereira ED et al. Asthma control and quality of life in patients with moderate or severe asthma. Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo, Nov. 2011. vol. 37, n. 6, p. 705-711. Goldney RD, et al. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life**:** a population survey. Med J Aust. 2003;178(9)**:** 437-41 Vieira AA et al. Anxiety and depression in asthma patients**:** impact on asthma control. Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo,2011,vol. 37,n. 1, pp. 13-18.

PO253 TRAQUEOMALÁCIA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA ASMA – A PROPÓSITO DE UM RELATO DE CASO

HANNAH CAROLINE BARBOSA LUIZ; CARLOS EDUARDO COLARES SOARES; BEATRIZ MELLA SOARES PESSÔA; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO; KETLLYN DE OLIVEIRA CRUZ; THAISE FARIAS RODRIGUES.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

Palavras-chave: traqueomalácia; asma; traqueostomia

Introdução: A traqueomalácia (TM) é uma doença caracterizada por fraqueza da parede traqueal e anéis cartilaginosos, levando ao colapso excessivo da traqueia durante a expiração. Ela pode ser primária, de origem congênita, ou adquirida, secundária a bronquite, tabagismo, asma, trauma, compressão extrínseca, intubação, entre outros. Clinicamente pode apresentar-se assintomática ou causar sintomas inespecíficos como tosse seca, dispneia, sibilos e infecções de repetição. **Relato de Caso:** L. A. P, sexo feminino, 47 anos, com história prévia de asma grave desde a infância, comparece ao ambulatório de Pneumologia queixando-se de disfonia, dispneia intensa em repouso, dor torácica em aperto e sibilância, sem melhora ao uso de salbutamol. Faz uso crônico de glicocorticoide oral há 5 anos para controle da doença, por conta própria. Há 3 meses foi internada no CTI devido à exacerbação de crise asmática, permanecendo traqueostomizada por um período de 2 meses. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, dispneica em repouso, acianótica, com fáscies cushingoide. Tórax em tonel, ausculta do aparelho respiratório revelava presença de estridor e roncos bilateralmente, com pronunciamento em 1/3 superior do tórax anterior. Abdome batráquio, com presença de estrias violáceas, especialmente em região periumbilical. Edema em membros inferiores (2+/4+), sinal de Godet presente. Foi realizada broncoscopia, que evidenciou granuloma ao nível de traqueostomia em parede anterior, traqueomalácia e estenose traqueal com redução de 20% da luz traqueal. Atualmente a paciente está em acompanhamento com o serviço de cirurgia torácica e em uso de traqueostomia definitiva. **Discussão:** A paciente foi diagnosticada com TM após realizar a broncoscopia fexível. O diagnóstico pode ser instituído quando observada uma obstrução maior que 50% durante a expiração, associada a sintomas respiratórios, como dispneia, estridor, sibilância, achados esses encontrados na paciente. Além disso, a broncoscopia também facilita a detecção de patologias coexistentes, como no caso acima, onde foi identificado um granuloma, provavelmente secundário a traqueostomia. A paciente apresenta desde a primeira infância quadro de asma grave de difícil controle. A asma é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de TM secundária, por ser uma causa de constante irritação das vias aéreas. Casos com apresentação clínica de sintomas respiratórios inespecíficos, muitas vezes são subdiagnosticados como asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica. Dificilmente pensa-se em um diagnóstico de menor prevalência como a TM. Casos como esse, refratários a terapia, devem alertar para uma gama de diagnósticos diferencias de um sintoma como a dispneia crônica. O diagnóstico tardio de afecções como a TM é uma causa importante de morbimortalidade.

PO254 FREQUÊNCIA DE EXACERBAÇÕES E RELAÇÃO COM GRAVIDADE DA ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO (PAPA) DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA (HUPD) EM SÃO LUÍS-MA.

CLÁUDIO HENRIQUE DE MELO PEREIRA FILHO[1]; RAIANNA GALDEZ LOBO[2]; MARIA DO ROSARIO DA SILVA RAMOS COSTA[2]; THIFANNY RODRIGUES DE OLIVEIRA[1]; PEDRO IVO DE SOUSA NETO[1]; VANESSA DIAS DA SILVA[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS - MA - BRASIL; 2. HUPD, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: exacerbação; asma; gravidade

Introdução: A asma é uma doença crônica que afeta todas as faixas etárias. As exacerbações são caracterizadas por piora progressiva aguda ou subaguda dos sintomas da asma, implicando em piora da qualidade de vida e enormes gastos em saúde. Dessa forma, o controle adequado da asma tem grande importância na redução do número de atendimentos de emergência, internações e óbito. Fatores como a gravidade da asma, gênero, comorbidades e história recente de exacerbação têm sido relacionados às exacerbações da asma. **Objetivos:** O trabalho objetiva analisar a frequência de exacerbações no período de um ano e relacionar com a gravidade da asma em pacientes atendidos no intervalo de um mês no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) em São Luis – MA. **Métodos:** Foram coletadas informações a partir de prontuários de 373 pacientes atendidos no PAPA no período de 1 de abril a 2 de maio de 2019, nos quais buscou-se observar a presença de fatores que caracterizam ocorrência de exacerbação, tendo como critérios**:** curso de corticoide sistêmico por 3 ou mais dias e/ou necessidade de atendimento de emergência por asma

e/ou hospitalização por asma no período de 12 meses. Em relação à gravidade da asma utilizou-se critério do GINA (medicações e doses necessárias para menter o paciente controlado). Relacionou-se, então, a presença de episódios de exacerbação e a gravidade da asma registrada na última consulta. Utilizou-se os softwares EXCEL® 2012 e STATA® 12. 1 para compilação dos dados, os quais foram agrupados, interpretados e correlacionados através dos testes de Qui-quadrado. **Resultados:** Foram estudados 373 pacientes diagnosticados com asma, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 101 anos. Destes, 185 (49,6%) foram classificados como asma grave, 105 (28,15%) como asma moderada e 83 (22,25%) como asma leve. Dos paciente estudados, 287 (76,94%) não apresentaram nenhum episódio de exacerbação no último ano. Os 86 restantes ou seja 23,06%, apresentaram pelo menos um episódio de exacerbação, sendo assim distribuídos segundo os critérios**:** 63 (73,26%) pacientes cursaram com uso de corticoide oral, 17 (4,56%) referiram ao menos uma hospitalização e 47 (54,65%) relataram necessidade de pelo menos uma visita ao serviço de pronto-socorro. Dentre os pacientes que exacerbaram, 48 (55,81%) possuíam diagnóstico de asma grave, 25 (29,07%) de asma moderada e 13 (15,12%) de asma leve. Ao relacionar a gravidade da asma com a presença de ao menos um episódio de exacerbação no último ano, não foi encontrada diferença estatisticamente significante (Qui quadrado = 3,5 p= 0,17). **Conclusão:** O estudo demonstrou que dos pacientes asmáticos atendidos no PAPA de São Luís – MA, a grande maioria não apresentou episódio exacerbação no último ano e não houve correlação entre gravidade da asma com o risco de exacerbação, demonstrando a importância de um bom acompanhamento e a assistência em serviços de pneumologia com atividades de educação em asma.

PO255 SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN: UM RELATO DE CASO

YURI OLIVEIRA DE MIRANDA[1]; MILLENA MELO GALDINO[2]; KAMILA TICIANA DIAS FERREIRA[2]; MARCELA AMORIM ALVES[2]; THIAGO COSTA NEVES DE MATOS[2]; ALANO CINTRA SOARES[2].
1. SÍNDROME DE MOURNIER-KUHN, RECIFE - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Mournier-Kuhn; Traqueobroncomegalia; Bronquiectasias

Introdução: A traqueobroncomegalia (TBM) foi evidenciada em 1897, porém apenas descrita clinicamente em 1932 por Mounier-Kuhn(1). Existem apenas cerca de 300 casos relatados mundialmente(1). Pouco se sabe sobre sua etiopatogenia, já que inexistem ensaios clínicos e os relatos de caso são heterogêneos(2). **Relato de Caso:** Paciente 73 anos, desnutrido (IMC**:** 16), portador de osteoporose, DPOC classe D segundo o GOLD e bronquiectasias, ex-tabagista (30maços-ano), com relato de inúmeros tratamentos para infecção respiratória, sem história pessoal de Tuberculose. Em investigação etiológica das bronquiectasias, apresentava imunoglobulinas normais, cultura de escarro para micobacterioses negativa e positiva para germes piogênicos para pseudômonas multissensível. Apesar de tratamento clínico otimizado, incluindo terapia tripla broncodilatadora, fisioterapia respiratória e imunomodulação com azitromicina, paciente persistiu sem melhora. Após um ano, evidenciada piora da função pulmonar, através de TC6M e espirometria. Optado por reestratificação da doença de base, através de Tomografia de Tórax (TC), broncoscopia com LBA (cultura para fungo e micobacterias), dosagem IgE, aldolase, FAN, Fator Reumatoide, PCR, VHS, sorologia para HIV, exames de função tireoideana e hepática. A TC de tórax evidenciou sinais de traqueobroncomegalia e divertículos em traqueia. Durante realização de broncoscopia o diagnóstico sugerido em TC, foi ratificado. Culturas para fungo e micobacterias novamente negativas e demais exames dentro da noralidade. Fechado diagnosticado de Síndrome de Mournier-Kuhn (SMK)**. Discussão:** A incidência da SMK na população geral é desconhecida, porém alguns estudos mostram uma prevalência de 0. 4% a 1. 6% em pacientes sintomáticos respiratórios(1). A hipótese mais aceita para fisiopatologia da doença foi descrita por KATZ (1964, apud KRUSTINS, 2013) que sugeriu enfraquecimento da mucosa muscular, bem como atrofia de músculos longitudinais e fibras elásticas(2). Possui incidência maior em homens 8: 1, fumantes, e com associação importante com bronquiectasias (88%) e infecções de repetição (88%) (3). Dentre os principais sintomas estão**:** tosse crônica e dispneia(3,4). O caso relatado se inclui na epidemiologia mundial. A desnutrição do paciente em questão, atribuída posteriormente ao ciclo inflamatório/infeccioso ininterrupto defendido por Cole e Wilson, foi o motivador da busca etiológica do acometimento(8). Diagnóstico radiológico é definido por diâmetro transverso da traqueia maior que 2,5 cm para homens e 2. 1 cm para mulheres(5). No presente caso, o diâmetro traqueal é de 3. 77cm, após ajuste de reformatação gráfica, visto cifose importante. Diâmetro do brônquio fonte esquerdo era de 2. 92cm, sendo o limite de 2. 3cm(6). O tratamento ainda se limita ao suporte, com medidas de controle de sintomas e prevenção de exacerbações(7).

PO256 SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO

MARYANA CAVALCANTI HOLANDA[1]; MARCELLE BARACUHY SODRÉ DE MELLO[1]; ESTER ACIPRESTE ROSADO[1]; ANA BEATRIZ ONIAS ALVES DA SILVA[1]; ELIAURIA ROSA MARTINS[2].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Kartagener; Bronquiectasia; Situs Inversus

Introdução. A Síndrome de Kartagener (SK) é uma enfermidade de caráter hereditário, autossômico recessivo, inserida no grupo das discinesias ciliares primárias (DCP). É caracterizada por tríade clínica de *situs inversus*, bronquiectasia e sinusite crônica, devido à disfunção parcial ou total das células ciliadas da via aérea, o que dificulta a depuração de secreções e detritos. Dessa forma, portadores dessa doença apresentam infecções respiratórias recorrentes desde a infância. **Relato de Caso:**. Mulher, 39 anos, natural de Taperoá (PB), solteira, do lar. Refere tosse produtiva há anos com expectoração amarelo-esverdeada, cuja intensificação associa-se à dispneia aos médios esforços, sibilância e dor torácica em aperto. Possui diagnóstico de bipolaridade, em acompanhamento psiquiátrico. Nega tuberculose e asma prévias. Afirma fumo passivo. Ao exame físico, apresenta sibilos, roncos e estertores crepitantes grossos difusos com predomínio à esquerda. Realizou tomografia computadorizada (TC) de seios da face, apresentando sinusopatia e desvio de septo, e TC de tórax e abdome, revelando bronquiectasia e *situs inversus totalis*, o qual foi confirmado por posterior ultrassonografia de abdome, eletrocardiograma e ecocardiograma, que indicou anormalidades no ventrículo esquerdo**:** disfunção sistólica moderada, disfunção diastólica tipo II e hipocinesia difusa. Espirometria sinaliza distúrbio obstrutivo moderado a grave. Conclusão diagnóstica**:** síndrome de Kartagener de diagnóstico tardio, pois vinha sendo medicada para infecções respiratórias de

repetição. Discussão. O *situs inversus* se faz presente em 50% dos portadores de DCP, conferindo à SK prevalência mundial estimada entre 1: 1. 200 e 1: 40. 000. Há mais de 30 genes relacionados ao fenótipo da doença, ocorrendo, em até 65% dos casos, presença de mutação em pelo menos dois genes estruturais das células ciliadas. As principais manifestações são tosse produtiva, congestão nasal, sibilos crônicos e infecções recorrentes de ouvido, nariz e garganta. Embora os sintomas iniciem ainda na infância, o diagnóstico normalmente é tardio ou não é realizado, seja por negligência ou dificuldade de estabelecê-lo. A confirmação diagnóstica de DCP é dada por níveis baixos de óxido nítrico nasal, frequência de batimento ciliar menor que 11 Hz em vídeo-microscopia de alta velocidade ou 20-30% de anormalidades na estrutura ciliar na microscopia eletrônica. No entanto, como o acesso a tais métodos é difícil, prioriza-se o diagnóstico pela presença de fenótipo da doença e exames de imagem. Não há terapia específica para a DCP ou SK, devendo-se estabelecer acompanhamento multidisciplinar, fisioterapia, tratamento sintomatológico e, a fim de reduzir exacerbações infecciosas das bronquiectasias, imunização e uso de azitromicina três vezes na semana, além de medidas educativas. Pacientes portadores da SK têm expectativa de vida similar à da população normal, estando o prognóstico da doença relacionado ao grau de comprometimento pulmonar.

PO257 APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA DE QUADRO DE BRONQUIECTASIAS EM PACIENTE ASMÁTICO

CINDY NOGUEIRA MOURA[1]; MARIA YUSKA NATHIELLY ALMEIDA SANTOS[2]; MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI[2].
1. FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA, BREJO SANTO - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Bronquiectasias; Asma; Dispnéia

Introdução: A bronquiectasia é uma doença respiratória crônica definida patologicamente por dilatações anormais e permanentes de um ou mais brônquios. Está associada à produção crônica de escarro, colonização bacteriana do trato respiratório inferior, inflamação e exacerbações frequentes. Tal condição pode ser inicialmente diagnosticada erroneamente como asma, entretanto, estas doenças podem coexistir num mesmo indivíduo e, nesta situação, uma doença pode complicar a outra. Em relação à asma, é caracterizada por obstrução brônquica variável, hiperresponsividade e inflamação das vias aéreas, a presença de bronquiectasias poderia estar associada a exacerbações da doença. **Relato de Caso:** Mulher, 60 anos, aposentada (técnica administrativa), natural e procedente de João Pessoa/PB, apresentando tosse e expectoração purulenta diariamente há 20 anos. Relata crises de dispnéia e sibilância desde a infância, culminando com prejuízo do sono e atividades cotidianas, além de quadro de infecção das vias aéreas superiores frequentes. Nega passado de pneumonia, tabagismo, exposição a lenha e passado neoplásico próprio ou familiar. Nega patologias pregressas. Durante avaliação clínica, paciente apresentava quadro de espirros com rinorréia aquosa e congestão nasal, presença de unhas em vidro de relógio e ausência de baqueteamento digital. A ausculta do aparelho respiratório evidenciou murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes em base pulmonar bilateral, além de sibilos difusos. Prescrito Furoato de Fluticasona 100mcg e Vilanterol 25 mcg, além de Budesonida 50 mcg nasal e Roflumilast 500 mcg, culminando com a remissão dos sintomas e grande redução nos níveis inflamatórios. Ao exame espirométrico observou-se quadro de distúrbio ventilatório obstrutivo de grau moderado com redução da CVF, onde a CVF de 2,67L, resultou em 83% e a VEF1 de 1,59L, atingiu 58%, sendo a relação de VEF1/CVF 0,60. Os achados presentes na TC de tórax evidenciaram brônquios dilatados em lobos inferiores, compatível com o quadro de bronquiectasias. No intervalo de 12 meses, a CVF de 2,58L, resultou em 80%, a VEF1 de 1,63L, obteve 63%, sendo a relação VEF1/CVF de 0,63. **Discussão:** A coexistência de bronquiectasias e asma tem sido observada em muitos pacientes, no entanto, poucos estudos foram realizados para investigar a relação entre as duas doenças. Porém, estudos apontam que existe uma correlação entre gravidade da asma, grau de obstrução fixa e presença de bronquiectasias, e que a presença de bronquiectasias pode ser uma causa para a dificuldade no controle da asma. **Referências:** ASSIS, J. P. *et al.* Característica de pacientes asmáticos com bronquiectasias. Arq Asma Alerg Imunol, v. 1, n. 4, 2017. HILL, A. T. *et al.* Updated BTS adult bronchiectasis guideline 2018: a multidisciplinar approach to comprehensive care. Thorax, v. 27, n. 1, 2019. KOUREK, E. G. ; JAGANA, R. Noncystic fibrosis bronchiectasis management: opportunities and challenges. Wolters Kluwer Health, v. 25, n. 2, 2019.

PO258 SÍNDROME DE KARTAGENER EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO

LUANA ARAÚJO DINIZ[1]; KARLA GRAZIELY SOARES GOMES[1]; MARIA EDUARDA DO NASCIMENTO FERREIRA[1]; HELLEN LIMA ALENCAR[1]; ALINE FURTADO SOBRAL[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO, BARBALHA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Kartagener; Dineína ciliar; Fisiopatologia

Introdução: A Síndrome de Kartagener (SK) é uma condição hereditária autossômica recessiva que envolve deficiência na dineína ciliar, proteína responsável pela força mecânica do movimento ciliar, que favorece a ocorrência de infecções respiratórias crônicas recidivas. Caracteriza-se pela tríade clínica de sinusopatia crônica, bronquiectasias e situs inversus e foi descrita pela primeira vez em 1904. A presente narrativa evidencia um caso de SK em paciente pediátrico. **Relato de Caso:** G. G. P, 14 anos, masculino. Paciente relatou queixa de tosse crônica desde os dois anos de vida, com expectoração de secreção amarelada, por vezes seca, alternando fases de melhora e de piora sintomática. Referiu, ainda, dispneia de maior intensidade à noite, e negou histórico de tabagismo e comorbidades. Ao exame físico, apresentou murmúrios vesiculares presentes em ambos hemitórax com roncos difusos (SatO2 98%). À radiografia de tórax, observaram-se infiltrados alveolares em bases pulmonares e dextrocardia. À tomografia computadorizada de tórax, evidenciaram-se alterações sugestivas de bronquiectasias em lobos inferiores, área cardíaca à direita e fígado à esquerda. Realizadas, também, duas espirometrias, as quais revelaram distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) moderado, que evoluiu para leve após terapia medicamentosa, com VEF1 reduzido em ambas aferições e sem resposta ao broncodilatador. Pesquisa de BAAR e BK, ambas negativas. Iniciado alenia, acetilcisteína e fisioterapia respiratória seguida de melhora sintomática. Entretanto, o paciente evoluiu com infecção de garganta, que foi tratada com amoxicilina e clavulanato até a resolução do quadro infeccioso. **Discussão:** Sabe-se que, na presença de dineína ciliar, os cílios atuam em movimentos coordenados, promovendo a expulsão do muco que contém partículas estranhas. Na SK, há uma alteração nesse processo de proteção fisiológica, levando à retenção de secreções

e às infecções respiratórias repetitivas. Nesse relato, o paciente apresentou uma clínica característica da síndrome, representada pela bronquiectasia de aparecimento mais tardio, situs inversus e tosse crônica, sugerindo infecções recidivantes. Um possível diagnóstico diferencial, que se assemelha ao curso dessa síndrome, é a fibrose cística. Contudo, esta costuma cursar com bronquiectasias em lobo superior pulmonar, sem situs inversus, enquanto o paciente apresentava bronquiectasias em lobos inferiores e situs inversus, mostrando maior evidência para a SK. Outro fator relevante é o relato de dispneia, situação pouco comum mesmo na presença de DVO, demandando maior atenção na tentativa de reverter esse desconforto. Por isso, é necessário monitorar tanto a saturação de oxigênio, que se manteve normal e estável, quanto a resposta do paciente ao tratamento de escolha. Após a introdução do tratamento, reduziu o volume do escarro e houve melhora generalizada. Entretanto, houve nova infecção, mas foi responsiva à antibioticoterapia.

PO259 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE PLEURA: UM RELATO DE CASO

ENRICO FORTUNATO; CAROLINA DE ALCANTARA RIBEIRO COSTA DA NAVE; VITOR SCALONE NETTO; RAFAELA PEREIRA AMATUZZI.
CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tumor Fibroso Solitário; Mesotelioma; Neoplasia

Introdução: Tumor fibroso solitário (TSF) é uma neoplasia rara de causa desconhecida, de origem mesenquimal, mais comumente extratorácico. As manifestações clínicas são inespecíficas, muitas vezes sendo um achado de imagem. A maioria é de crescimento indolente e caráter benigno. O tratamento é cirúrgico, com taxas de recidivas baixas e bom prognóstico. **Caso clínico:** Paciente feminina, 47 anos, não tabagista, sem antecedentes mórbidos importantes, apresenta tosse seca e dor torácica de característica pleural a direita, progressiva, sem sintomas infecciosos, há 9 meses. Já fora submetida à tratamento de pneumonia em PS por 2 ocasiões, porém sem melhora. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, corada, eutrófica, expansibilidade torácica preservada, à ausculta pulmonar abolição do murmúrio vesicular na base do hemitórax direito, macicez à percussão e aumento do frêmito toraco-vocal no mesmo local. A radiografia de tórax evidencia opacidade homogênea em base pulmonar direita. Realiza-se, então, TC de tórax demonstrando lesão hipoatenuante com densidade de partes moles, médio-torácica a direita, ovalada, aparentemente pleural, sem realce significativo após o meio de contraste endovenoso, medindo 11,8x8,3cm, determinando compressão sobre o parênquima pulmonar adjacente, derrame pleural laminar posterior basal a direita, além de faixas de atelectasia passiva. Iniciado investigação etiológica com biópsia tóraco-videolaparoscopica, porém inconclusiva. Prosseguido, portanto, para toracotomia com ressecção de massa de parede torácica de 16x14x5cm com 710g. O estudo anatomopatológico revelou neoplasia de células fusiformes, sendo confirmado pelo perfil imuno-histoquímico TSF do tórax. **Discussão:** O TSF é uma neoplasia rara, correspondendo a menos de 2% dos tumores de partes moles, é encontrado apenas em 30% dos casos na cavidade torácica. Os TSF decorrentes da pleura, o sítio único mais comum, são responsáveis por menos de 5% dos tumores pleurais, com poucos casos relatados na literatura. Não há nenhum fator de risco associado e sua causa continua desconhecida. Geralmente assintomáticos nos estágios iniciais, podem atingir grandes volumes, provocando efeitos decorrentes da compressão local, além de desencadear síndromes paraneoplasicas com freqüência. A TC de tórax é útil para diferenciação de outras massas, caracterizando-se por morfologia de contornos regulares, densidade de partes moles e captação heterogênea pelo meio de contraste. O diagnóstico definitivo é através do exame histopatológico e imuno-histoquímico. O tratamento é cirúrgico, com bom prognóstico nos casos benignos e taxas de sobrevida em 10 anos de 97. 5%, sendo que apenas 7 a 20% dos casos preenchem critérios de malignidade, com altas taxas de recidivas. Em conclusão, o TSF intratorácico é uma neoplasia rara, de apresentação clínica variada, com diagnósticos diferenciais importantes, tratamento cirúrgico obrigatório, sendo na sua maioria benignos e de bom prognóstico.

PO260 CÂNCER DE PULMÃO E TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

CINDY NOGUEIRA MOURA[1]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; ALANA EMILLY ANDRADE DE SOUZA WANDERLEY[3]; VANESSA LUNA ARAÚJO TEOTÔNIO[1]; AILA PINHEIRO DE AQUINO[2]; LORENA KAREN HOLANDA VIDAL QUEIROGA[2].
1. FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOAO PESSOA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOAO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: cancer de pulmao; tuberculose; adenocarcinoma

Introdução: O câncer de pulmão (CP) é o tipo mais letal de câncer. Cerca de 1,3 milhões de óbitos ao ano são causados pelo CP, sendo principal causa de morte por câncer no Brasil e no mundo. A tuberculose pulmonar é um importante fator de morbidade e mortalidade nestes pacientes, principalmente nos países em desenvolvimento. **Relato de Caso:** Homem, 60 anos, apresentando vômitos incoercíveis e perda ponderal de aproximadamente 20 kg em três meses. Ex-etilista e ex-tabagista(15 maços/ano há 30 anos). Durante investigação diagnóstica foram realizadas três endoscopias digestivas altas (EDA) e 2 colonoscopias, sem achados relevantes. Admitido em enfermaria de clínica médica em virtude de vômitos, dispneia associada com hipoxemia e redução de murmúrio vesicular a direita, solicitou-se uma TC de tórax que evidenciou derrame pleural à direita, também com derrame pericárdico, e opacidades em vidro fosco dispersos pelos campos pulmonares com formações nodulares subpleural das bases pulmonares,também foram vistas linfonodomegalias mediastinais. Realizada toracocentese diagnóstica e terapêutica, tendo sido drenado 400 ml de líquido pleural de aspecto sero hematico, com achados laboratoriais de exsudato, de acordo com os critérios de Light. ADA liquido pleural mostrou-se negativo. Observando os parâmetros encontrados na análise do líquido pleural e na tomografia de tórax, foi solicitada broncoscopia com biópsia transbrônquica e análise do lavado broncoalveolar. O teste rápido molecular para MTB foi positivo, quando o mesmo foi encaminhado para serviço de referência onde iniciou o esquema com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (RHZE). Resultado de biópsia recebido em seguida confirmou adenocarcinoma brônquico. **Discussão:** A ocorrência de tuberculose pulmonar e CP no mesmo paciente, simultaneamente ou não, tem sido descrita em diversos estudos científicos, sendo um carcinoma brônquico de não pequenas células, o adenocarcinoma, o tipo histológico mais comum. A maioria dos pacientes descreve história de tabagismo, atual ou no passado, porém a correlação entre tuberculose pulmonar e CP persiste mesmo após o controle do tabagismo. Estima-se que 30% dos pacientes no momento do diagnóstico

possuem metástases à distância, onde cerca de 71 % dos pacientes obtiveram diagnóstico simultâneo de tuberculose pulmonar e CP. O diagnóstico precoce muitas vezes é prejudicado devido a semelhança da sintomatologia apresentada por ambas as patologias.

PO261 DA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE DOENÇA GRANULOMATOSA AO DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO

RAFAEL MELO DE DEUS; CAROLINA MORENO COSSI; ERICA LOPES BUENO.
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Neoplasia de pulmão; Doença granulomatosa; biópsia

Introdução: O câncer de pulmão é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada mundialmente desde a década de 1980, apesar de existirem diferenças locais. [1] Adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente, com uma tendência para apresentação de metástases e consiste de quatro subtipos histológicos: acinar, papilar, bronquioloalveolar e mucinoso. [1] Fatores relacionados à epidemiologia nacional, com alta incidência de doenças granulomatosas que podem cursar como achados sugestivos de neoplasia como a tuberculose, criptococose, blastomicose, entre outras, tendem a elevar ainda mais a importância do diagnóstico diferencial dos casos suspeitos de câncer de pulmão. [3] **Relato:** Masculino, 52 anos, ex-tabagista, hipertenso, confeccionava arreios de couro há 20 anos; caçador de tatu e criador de galinhas; tosse seca inicialmente, que se tornou produtiva com hemoptoicos com perda ponderal de 20kg em 3 meses e febre. Foi internado para investigação de uma provável doença granulomatosa. Na admissão: SpO2 90% em ar ambiente e estertores e sibilos difusos em terços inferiores de ambos hemitórax. Restante do exame físico sem alterações. Tc tórax mostrava nódulos escavados difusos em ambos pulmões, com pequena restrição nos ápices, como hipóteses de processo neoplásico secundário e processo infeccioso e Linfonodos mediastinais proeminentes, inespecíficos. Exame de escarro (2 amostras negativas para BAAR) e broncoscopia: Pesquisa direta de BAAR e FUNGOS negativas, além de biópsia de mucosa brônquica negativa para fungos, BAAR ou neoplasia. Realizado biópsia de pulmão a céu aberto. Paciente evoluiu com piora do quadro vindo a óbito 18 dias após a admissão. Resultado da biópsia revelando neoplasia papilar/micronodular mucinosa em pulmão de provável origem metastática. **Discussão:** A incidência de metástases para o parênquima pulmonar originadas de neoplasias primárias extratorácicas varia de 20% a 54%[2]. As metástases pulmonares podem desenvolver-se por disseminação hematogênica, linfática, através do espaço pleural, pelas vias aéreas ou por invasão direta. O tabagismo ainda é o principal fator de risco para o desenvolvimento desta patologia[1], porém tende a ser menor para os casos de adenocarcinoma. [4] As doenças pulmonares que simulam câncer de pulmão são representadas por várias etiologias, sendo as mais frequentes as infecções granulomatosas. [3] Portanto, devemos lançar mão de exames de imagem e se necessário biópsia a céu aberto casos os outros métodos diagnósticos sejam inconclusivos. Referências (acesso em 5 junho 2019): 1. https: //www. sboc. org. br/ sboc-site/revista-sboc/pdfs/22/artigo14. pdf; 2. http: // www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid =S0100-39842002000200010 3. https: //repositorio. ufsm. br/bitstream/handle/1/5828/HOMRICH%2C%20 GUSTAVO%20KOHLER. pdf?sequence=1&isAllowed=y 4. http: //revista. fmrp. usp. br/1998/vol31n2/cancer_de_ pulmao. pdf

PO262 LINFOMA HODGKIN CLÁSSICO – RELATO DE CASO

LAIS ALMEIDA ARAUJO CHAVES[1]; BENTO FABIAO CHAVES NETO[2].
1. HOSPITAL PERPETUO SOCORRO, JEQUIE - BA - BRASIL; 2. HOSPITAL PERPETUO SOCORRO, JEQUIÉ - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Linfoma de Hodgkin; Esclerose nodular; Linfoadenopatia

Introdução: O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia originada do sistema linfático, é uma doença rara, que corresponde a aproximadamente 1% de todas as doenças malignas. Os sintomas mais comuns da doença são tosse, febre, dispneia, perda de peso e linfoadenopatia indolor. O diagnóstico é firmado mediante exérese de linfonodo. Trata-se de uma doença curável, com bom prognóstico quando tratada adequadamente. **Relato de Caso:** M. A. S. C., 48 anos, sexo feminino, admitida no Hospital Perpétuo Socorro, 08/05/2017, com relato de dispneia, tosse seca e linfoadenopatia indolor em região supraclavicular direita há 7 meses, procurando atendimento hospitalar pela primeira vez nesta unidade. Negava tabagismo e desconhecia doença pulmonar prévia. Ao exame físico**:** Corada, orientada, acianótica, anictérica. Linfonodo palpável supraclavicular direito. ACV**:** BNRNF2T S/S. FC**:** 72 BPM, AR**:** MV diminuído em hemitórax direito Sat O2: 96% AA. Abdome: plano, indolor a palpação. Na admissão exames laboratoriais dentro da normalidade, Rx de Tórax: apresentava lesão expansiva em pulmão direito. Solicitado então TC de tórax 10/5/17: que evidenciou lesão expansiva blastomatosa em pulmão direito. Linfonodomegalia mediastinal. Encaminhada para avaliação da cirurgia torácica, feito biópsia de linfonodo supraclavicular direito no dia 16/6/17: apresentou linfoproliferação atípica sugerindo linfoma de hodgkin, realizado imuno-histoquímico 30/6/17 para esclarecimento diagnóstico**:** Linfoma de Hodgkin clássico, esclerose nodular. Realizado PET/CT (estadiamento) 11/7/17: Sinais de envolvimento difuso por doença linfoproliferativa em linfonodos de cadeias supra e infra-diafragmáticas. Provável processo/infeccioso inflamatório em pulmão direito por obstrução brônquica por linfonodomegalia hilar direita. Iniciado o tratamento com antibioticoterapia e quimioterapia no primeiro momento, posteriormente quimioterapia quinzenal, com esquema adriamicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina (ABVD). Fez tratamento com ABVD por 8 meses, apresentando na última PET/CT 2/4/2018: Não mais se evidenciou atividade metabólica em linfonodo paratraqueal superior direito, sem critérios de doença em atividade ao método. Paciente encontra-se assintomática em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Relatamos um caso de linfoma de Hodgkin clássico de subtipo**:** esclerose nodular. O diagnóstico da doença é estabelecido pelo exame histopatológico do tecido ganglionar, com o diagnóstico confirmado e o estadiamento realizado, a paciente recebeu o primeiro ciclo de ABVD ainda internada, tendo alta hospitalar para término do tratamento ambulatorialmente. A paciente apresentou remissão completa, desaparecimento de todas as evidências clínico laboratoriais e radiológicas da doença ao término do tratamento. **Referências:** 1) Abrale: Disponível em**:** http: //www. abrale. org. br/doencas/ linfoma/influencia_tratam. php 2) INCA: Disponível em: http: //www. inca. gov. br/conteudo_view. asp?id=458. 3) Revista Brasileira oncologia clínica.

PO263 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR E COMPRESSÃO MEDULAR: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

LUCAS HENRIQUE DUARTE SOBREIRA[1]; ANA LÍGIA MEDEIROS DO NASCIMENTO[1]; MARIA ISADORA MORAES BEZERRA[1]; SOPHIA DE OLIVEIRA MARTINS[1]; JOSÉ FERNANDO BASTOS DE MOURA[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR; COMPRESSÃO MEDULAR; CÂNCER DE PULMÃO

Introdução: A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) representa um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da obstrução do fluxo sanguíneo desse vaso em direção ao átrio direito. A oclusão pode ser causada por compressão extrínseca, invasão tumoral, trombose ou por dificuldade do retorno venoso ao coração. Cerca de 73% a 97% dos casos ocorrem durante a evolução de neoplasias intratorácicas, sendo a maioria dos pacientes tratados sem cirurgia, através de radio/quimioterapia ou de stents. **Relato:** Paciente masculino, 68 anos, com perda de 10 kg, tosse, hemoptise, dispneia e dor torácica, foi diagnosticado com Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células. TC de tórax realizada em 19/12/18 evidenciou linfonodomegalia em fossa supraclavicular direita (27x15mm), janela aórtico-pulmonar (53x50mm), região para-traqueal, região subcarinal (27x19mm), espaço pré-vascular (até 21x18mm) e região hilar esquerda. Foi proposto tratamento com QT e/ou RT, a depender do estádio. Biópsia de linfonodo mediastinal mostrou metástase de carcinoma pouco diferenciado. TC de tórax realizada em 26/02/19 demonstrou aumento das linfonodomegalias mediastinais e hilares, configurando conglomerados nas cadeias pré-vascular, paratraqueal, infracarinal e hilares. Com isso, evidenciou-se compressão com redução do calibre da traqueia e do brônquio fonte esquerdo, além de envolvimento (>180 graus) da veia cava superior, com irregularidade e redução do calibre, sugerindo invasão local. Iniciou-se QT (protocolo CDDP + VP), que foi associada à RT. Em última TC de tórax, foi notado também envolvimento da veia pulmonar esquerda, causando redução do seu calibre. **Discussão:** O CA de pulmão é responsável por 70% dos processos neoplásicos que cursam com SVCS, sendo o CPPC o mais comum deles, tipo histológico do paciente relatado. Baltazar et al., 2018, mostrou que, em geral, não há tratamento definitivo para a SVCS de origem maligna, mas sim um manejo paliativo dos sintomas. O tratamento depende da gravidade, da causa, da histologia e do estadiamento. Segundo Inaco et al., 2005, medidas como a elevação da cabeceira e o uso de corticoides e diuréticos podem ser utilizados como abordagem inicial. No passado, iniciava-se RT mesmo antes do diagnóstico histopatológico, pelo receio de sangrar ao realizar biópsia em locais de grande congestão venosa. A recomendação atual é primeiro diagnosticar a causa e depois iniciar o tratamento, com exceção de duas situações**:** hipertensão intracraniana grave e obstrução traqueal, em que a RT pode ter papel emergencial. No caso exposto, paciente apresentou diminuição do calibre da traqueia por compressão e lhe foi associado RT. Para os pacientes portadores de SVCS e CPPC, a abordagem terapêutica mais adequada é a QT, pois oferece a vantagem de tratar a doença sistemicamente, além de evitar altas cargas de radiação, devido à quimiossensibilidade do CPPC. Algumas drogas quimioterápicas utilizadas são a cisplatina ou a carboplatina em combinação com etopósido.

PO264 TEP OU TUMOR? AMBOS – UM RELATO DE CASO

RENAN MADEIRA DE BARROS NUNES; CECÍLIA REGINA BASTOS DOS SANTOS; GUSTAVO SOARES FERNANDES; ROBERTA TAVARES BARRETO TEIXEIRA; THIAGO HENRIQUE FERNANDES DE CARVALHO; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE.
CENTRO UNIVERSITÁRIO PESSOENSE - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TEP; neoplasia; quimioterapia

Introdução: O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é a 3ª causa de mote cardiovascular, com letalidade de 10% na primeira hora. Infelizmente, indivíduos podem apresentar quadros dos mais diversos, desde sintomas brandos até choque cardiogênico e parada cardiorrespiratória. Ainda, é principal causa de óbito evitável em pacientes hospitalizados. Os pacientes com câncer ativo têm um risco aumentado de TEP, o que resulta em substancial morbidade e mortalidade. Relatamos caso de diagnóstico de TEP como motivador de procura médica e concomitante diagnóstico de neoplasia pulmonar. **Relato de Caso:** Homem de 52 anos procura atendimento em pronto socorro de hospital de média complexidade com queixa de dispneia, associada à tosse seca e cefaleia ao despertar. Tabagista 50 maços-ano e etilista por mais de 25 anos. Outras comorbidades**:** HAS, IC, DRGE e IAM prévio. Encaminhado para internação em enfermaria, apresentou episódio de piora súbita da dispneia, importante dessaturação, dor torácica e hemoptise, sem alterações hemodinâmicas. Feita hipótese de TEP, iniciada terapia com heparina de baixo peso molecular (HBPM) e realizada angiotomografia de tórax protocolo TEP, que confirmou hipótese. Concomitante, referiu que há 1 mês havia realizado broncoscopia que constatou uma massa pulmonar, fato que antes de realização de angioTC levantou dúvida de progressão neoplásica. Evoluiu com piora do quadro clínico, sendo necessária utilização de oxigênio suplementar. Encaminhado para serviço especializado, realizou biópsia que confirmou diagnóstico de neoplasia pulmonar. Apresentando melhora do quadro clínico, paciente teve alta hospitalar com uso de antagonista de vitamina K (AVK) por questões de acessibilidade ao tratamento na rede local e indicação de manter acompanhamento com serviço de oncologia. Foi considerado candidato a quimioterapia. Sem resposta, foi novamente admitido em enfermaria meses depois, por progressão de doença. Decidido juntamente com paciente e familiares quanto a paliação, evoluindo a óbito cerca de 6 meses do diagnóstico. **Discussão:** O TEP é altamente prevalente e importante fator de morbimortalidade, levando a menor sobrevida que aqueles sem trombose associada. É considerada a 2ª causa de óbito em pacientes com câncer, além de ser responsável por maiores riscos de complicações hemorrágicas durante o tratamento anticoagulante e de trombose venosa recorrente do que em pacientes sem neoplasia. Isso se deve a hipercoagulabilidade associada à tendência ou evento metastático. É questionável a realização de exames para a pesquisa da localização de tumor devendo ser guiado por achados positivos na avaliação clínica. Nos casos diagnosticados o uso de HBPM mostra-se superior aos AVK. Novas evidências validam o uso dos NOAC nesses casos. Assim, há uma necessidade de avaliação rigorosa a fim de realizar sua profilaxia, seu diagnóstico e tratamento o mais precocemente possível.

PO265 CARCINOMA ESPINOCELULAR DO ESÔFAGO COMPLICADO COM FÍSTULA BRÔNQUIOESOFÁGICA E ABSCESSO PULMONAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

ELVIS DIAS OLIVEIRA[1]; CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE[2]; JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO[2]; JULIANA DANTAS ABRANTES DE MELO[2]; ARTHUR BEZERRA LYRA FERREIRA[2]; AZIF DAVI LEMOS[2].
1. FAMENE, SOUSA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: câncer; fístula; abscesso pulmonar

Introdução: O câncer de esôfago é uma doença bastante agressiva. Quando o tumor invade a árvore respiratória, a consequência é a fístula brônquio ou tráqueoesofágica com formação de abscesso pulmonar. O tratamento para estas duas condições é feito, respectivamente, com a colocação de prótese esofágica e antibioticoterapia de largo espectro, porém o prognóstico é bastante desfavorável. **Relato de Caso:** MJRP, 48 anos, feminino, procedente de Cajazeiras – PB, foi atendida no ambulatório do Hospital Laureano, João Pessoa – PB, com disfagia grau II e perda ponderal com 2 meses de evolução. Sem queixas respiratórias. Ex-tabagista e ex-etilista. Ao exame físico, Karnofsky de 70%, Zubrod II, IMC de 35,1Kg/cm^2. EDA revelou lesão úlcero-infiltrante no terço médio do esôfago, cuja biópsia demonstrou *carcinoma espinocelular,* GII, invasivo. TC de tórax demonstrou formação expansiva no esôfago torácico sem invasão da aorta, porém aderida ao brônquio-fonte direito, mas sem invadi-lo. Esofagectomia foi inicialmente proposta atendendo os critérios de operabilidade e ressecabilidade. No dia da admissão para cirurgia, a paciente internou com tosse com secreção pútrida, dor torácica, febre e alteração da voz, levando a suspensão da cirurgia. Rx de tórax revelou abscesso pulmonar. TC de tórax evidenciou lesão infiltrativa de esôfago médio, abscesso pulmonar, nódulos metastáticos no mesmo pulmão e pequeno derrame pleural. Hemograma revelou anemia, leucocitose com desvio à esquerda e plaquetose acentuada. Cultura de escarro demonstrou a presença de *P. aeruginosa e Bacteroides* sp. Iniciado antibioticoterapia, com Ceftriaxona e Metronidazol, e drenagem postural. Após 48h de tratamento, a paciente já estava assintomática e após três semanas de tratamento recebeu alta hospitalar sem queixas. Suporte nutricional continuou sendo oferecido via gastrostomia. Radioterapia foi formalmente contra-indicada em função da fístula. A paciente iniciou tratamento quimioterápico com Carboplatina e Paclitaxel, porém evoluiu com anemia, queda importante do estado geral e desnutrição, vindo a óbito seis meses após o diagnóstico. **Discussão:** Fístula bronquioesofágica é uma condição pouco frequente no câncer de esôfago. Ela ocorre nos tumores do terço médio do órgão, pela sua proximidade com traquéia ou brônquio, e surge como consequência da invasão do tumor, pelo seu crescimento espontâneo, ou como conseqüência do tratamento radioterápico. Com a fístula, a doença pode evoluir para a formação de abscesso pulmonar. Estas duas condições juntas se apresentam clinicamente com febre e acessos de tosse durante a ingesta hídrica ou alimentar (sinal de Ohno) e com infecções respiratórias de repetição. Na presença de abscesso pulmonar, o tratamento é clínico, através de antibioticoterapia, geralmente resolutivo, reservando-se a cirurgia para os pacientes que não respondem a estas medidas terapêuticas e se deterioram rapidamente como resultado da sepse pulmonar e na presença de hemoptise severa.

PO266 COR PULMONALE DEVIDO À HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO: UM RELATO DE CASO.

IGOR AGUIAR DIAS[1]; STEPHANIE SILVA FARIA[2]; KAROLAYNE PEREIRA CAVALCANTE[2]; PEDRO PINTO GONDIM[2]; ANA BEATRIZ OLIVEIRA BARBOSA[2]; MABSA SOUZA DOS SANTOS[2].
1. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, GUARUJA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO; COR PULMONALE; HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

Introdução: Cor pulmonale (CP) é uma síndrome caracterizada pela disfunção do ventrículo direito (VD) consequente ao aumento da resistência arterial pulmonar, suscitada pela hipertensão arterial pulmonar (HAP). Esta afecção pode ser secundária ao Tromboembolismo Pulmonar Crônico (TEPC) que é definido como um quadro de HAP observado após, no mínimo, 3 meses de pelo menos um episódio de TEP agudo, excluindo-se demais causas. [1] **Relato de Caso:** M. B. O, 70 anos, sexo feminino, tabagista, chega na emergência do PROCAPE com dispnéia em repouso há 10 dias, associada a dispnéia paroxística noturna, tosse seca, aumento abdominal e edema de membros inferiores (MMII). Ao exame físico**:** taquipneica, taquicárdica, ritmo regular em três tempos com B3, bulhas normofonéticas, sopro sistólico em foco pulmonar e turgência jugular. Murmúrio vesicular rude com roncos; SatO2 84%. Abdome ascítico, hepatomegalia e linfedema crônico em ambos MMII. Portadora de HAP e Insuficiência Cardíaca Direita, com ECO transtorácico recente evidenciando aumento de câmaras direitas, disfunção sistólica de VD, insuficiência tricúspide importante com pressão sistólica em artéria pulmonar de 76 mmHg. Possui diagnóstico de TEPC com cintilografia pulmonar(CT) (2015) mostrando perfusão heterogênea acentuada em ambos pulmões, com diversas áreas periféricas segmentares e subsegmentares de hipoperfusão. **Discussão:** CP é caracterizado por modificações anatomofisiológicas do VD, secundárias a doenças que alteram vasculatura e/ou parênquima pulmonar. Na paciente, o CP está associado à HAP e TEP, evidenciando pior prognóstico (sobrevida de 45% em 2 anos). A clínica é de dispnéia, dor torácica, taquicardia, síncope, hepatomegalia, edema de MMII e turgência jugular, dos quais, 5 foram apresentados pela paciente. HAP é uma anormalidade circulatória com aumento da resistência vascular na pequena circulação por mecanismos mistos (vasoconstrição, remodelamento e trombose), pressão arterial pulmonar média >25mmHg e pressão capilar pulmonar <15mmHg. O TEPC encontra-se no grupo 4 de classificação da HAP. Essa doença deriva da resolução incompleta dos trombos, ocorrendo em cerca de 4% dos indivíduos após o episódio de TEP agudo, que consiste na obstrução da vasculatura arterial pulmonar por trombos provenientes da circulação venosa sistêmica. Na investigação diagnóstica, a CT é crucial pois, se normal, permite excluir o diagnóstico. O tratamento da paciente baseia-se no manejo da doença de base, melhora da oxigenação e contratilidade do VD, com consequente melhora do débito cardíaco e perfusão. Foi administrado enalapril, furosemida, digoxina, espironolactona e O2 suplementar com boa evolução. **Referências:** 1. TEP crônica hipertensiva. J. bras. pneumol.,São Paulo,v. 36, supl. 1,p. 62-63,Mar. 2010 2. CALLOU, M. R. A. et al. Hipertensão arterial pulmonar. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo,v. 93, n. 6, supl. 1, p. 156-159, Dez. 2009. 3. OTA, J. S., et al. Cor pulmonale. Medicina, Ribeirão Preto, v. 31, p. 241-246, jun. 1998.

PO267 COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DO TRONCO DA CORONÁRIA ESQUERDA PELO TRONCO DA ARTÉRIA PULMONAR: UMA CAUSA DE ANGINA NA HIPERTENSÃO PULMONAR.

RAFAELA BELTE PORTIOLLI; ISABELA DE BORTOLI; MARIA NATÁLIA MARQUES DOS SANTOS; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; DIOGO DREVENOWSKI; GLAUCIA MARIA BARBIERI.
HC - UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; Tronco da

coronária esquerda; Angina

Introdução: A compressão extrínseca do tronco da coronária esquerda (TCE) pelo tronco da artéria pulmonar (TP) dilatado pode causar angina, disfunção ventricular esquerda e morte súbita em pacientes com hipertensão pulmonar (HP). Esse tipo de compressão é primariamente relacionado à doença cardíaca congênita ou HP idiopática e pode ser uma causa potencialmente reversível de angina. **Relato de Caso:** M. S. M, feminina, 32 anos. Paciente com forame oval patente pequeno com shunt mínimo direita-esquerda demonstrado pelo ecocardiograma transesofágico, doença do nó sinusal tratada com implante de marca-passo definitivo em 2017 e HP. À avaliação inicial paciente apresentava de longa data dor torácica retroesternal, irradiada para dorso e com piora aos esforços. Durante investigação, o ecocardiograma transtorácico evidenciou aumento de ventrículo direito e ventrículo esquerdo (VE) limítrofe, com pressão média da artéria pulmonar de 48 mmHg. Angiotomografia de tórax com ausência de falha de enchimento vascular pulmonar e TP de 41mm. Cateterismo cardíaco demonstrou artérias coronárias de grande calibre e extensão, porém sem lesões obstrutivas. O cateterismo direito mostrava pressão média da artéria pulmonar de 31 mmHg e HP pré-capilar. Aventado hipótese de cardiopatia complexa associada ao quadro, a qual foi excluída após realização da angiotomografia de coronárias mostrando TCE com redução luminal discreta ostial e com angulação de sua origem provocado por deslocamento pela dilatação do tronco da artéria pulmonar. Iniciado sildenafil 20mg 8/8h e plano de seguimento conjunto com a cardiologia. **Discussão:** A angina é um sintoma comum em HP grave e embora não exista causa elucidada, estudos relacionam o sintoma com isquemia do ventrículo direito por redução na pressão de condução coronariana. Por outro lado, existem poucos estudos envolvendo investigação de isquemia arterial esquerda nestes pacientes por serem geralmente jovens e a doença aterosclerótica não ser uma causa provável de angina. Portanto a isquemia de VE por compressão do TCE pode ser etiologia de angina subdiagnosticada. O mecanismo pelo qual ocorre a compressão de TCE é controverso. Estudos demonstram que o alongamento, a dilatação e a distensão do tronco pulmonar na hipertensão pulmonar podem distorcer ou colidir com o TCE dentro da bainha fibrosa restritiva que circunda os grandes vasos após processo longo e contínuo de remodelação vascular da artéria pulmonar. Sua prevalência é desconhecida e sua incidência variável, sendo mais frequente em pacientes com comunicação interatrial do que naqueles com outras formas de HP. Concluímos que a compressão da artéria coronária esquerda é uma causa tratável de angina e isquemia do VE em pacientes com HP, sendo de extrema importância a investigação adequada e completa desses pacientes, pois à medida que a HP progride ocorre redução na pressão arterial sistêmica e isquemia progressiva de VE, tornando o paciente refratário aos possíveis tratamentos.

PO268 A INVESTIGAÇÃO SISTEMÁTICA E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTE COM HIPERTENSÃO PULMONAR MULTI-FATORIAL.

RAMIRO DOURADO MARANHÃO[1]; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS SILVA[2]; ANA TEREZA AZEREDO BASTOS BRITO[1]; JONAS BORGES SANTOS AMORIM[1]; PAULO HENRIQUE MOREIRA[1]; LARISSA DIAS RODRIGUES[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL GOÍAS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Hipertensão Pulmonar; Circulação Pulmonar; Hipertensão Arterail Pulmonar

Introdução: Hipertensão Pulmonar (HP) é um estado hemodinâmico definido pelo aumento de pressão média de artéria pulmonar durante cateterismo cardíaco direito. HP pode ser resultado de mecanismos fisiopatológicos pré-capilar ou pós- capilar. Em 2018 em Nice na França, tivemos o 6º simpósio mundial de HP com nova discussão a cerca da definição, classificação e estratificação, chegando a fatores que serão determinantes para o tratamento destes pacientes. **Relato de Caso:** Paciente, fem, 51 anos, admitida no Serviço de Circulação Pulmonar do HC/UFG, com queixa de dispneia há 15 anos, com piora há 3 anos, classe funcional III. Com achados ecocardiográficos de alta probabilidade de HP, com comprometimento da função sistólica do VD, além de doença cardíaca esquerda (insuf. tricúspide de grau moderado), porem com função sistólica do VE preservada, sendo encaminhada a este centro de referência. Paciente apresentava na admissão IMC 43, edema de mmii ++/4+, SpO2 90% em ar ambiente. Referia diagnóstico de HAS e "arritmia" em terapia medicamentosa. Interrogatório de Stop Bang com 6 pontos e alto risco para SAHOS. Exames de investigação etiológica revelaram à espirometria diminuição leve da capacidade vital, sem resposta ao broncodilatador, ao teste de caminhada percorreu 375 m, 81% do previsto, com saturação variando de 92 a 89% inicio/fim do teste, tc de tórax sem achados de doença do parênquima pulmonar e usg de abdome total com achados de "hepatopatia incipiente possivelmente de etiologia congestiva". Cintilografia pulmonar negativa para TEP crônico. Sorologias para hepatites virais, hiv e esquistossomose negativas. Auto anticorpos (FAN e FR) negativos. TSH 16,0 e T4 0,5. CATE direito evidenciou achados compatíveis com HP mista com predomínio do componente pré capilar, fechando o diagnóstico de HP multifatorial, com predomínio de HAP, idiopática, grupo I, associada a grupo II secundária a valvulopatia, com provável grupo III, secundário a SAHOS, e ainda com hipotiroidismo, grupo V, contribuindo para piora clinica. Submetida a estratificação do risco utilizando-se de critérios clínicos, ecocardiográficos, funcionais e hemodinâmicos, que determinou predomínio de fatores de mau prognóstico sendo optado então pelo inicio do tratamento medicamentoso com uma droga e reavaliação precoce afim de otimização para terapia combinada. **Discussão:** A avaliação protocolar dos pacientes com achados de elevação da PSAP ao ecocardio é de suma importância na investigação e manejo da HP. Seguir as últimas orientações publicadas pela sociedade europeia esquematizam o algoritmo de investigação permitindo classificar o grupo em que se encontra o que vai ser imprescindível neste processo. Além de classificar o grupo é necessário estratificar o risco determinando fatores de mau prognóstico, visando assim a escolha da melhor terapia medicamentosa, além do tratamento não medicamentoso e das comorbidades associadas que cursam com piora do quadro clinico/funcional destes pacientes.

PO269 SÍNDROME DE CIMITARRA - RELATO DE CASO

SÁVIO JUCÁ DE CARVALHO GONÇALVES FILHO[1]; MATTHEWS CORREIA NASCIMENTO[2]; ANTONIO EDUARDO BITU FEITOSA[2]; ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO[2]; SAMUEL CIRÍACO SILVA DE OLIVEIRA[2]; MARIA EDUARDA DO NASCIMENTO FERREIRA[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, IGUATU - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Cimitarra; Hipertensão Pulmonar; Insuficiência Cardíaca Direita

Introdução: A síndrome de Cimitarra representa uma malformação congênita rara caracterizada pela drenagem anômala do sangue venoso do pulmão direito para a Veia

Cava Inferior (VCI), normalmente com inserção abaixo do diafragma, ou para o átrio esquerdo. É encontrado algumas vezes juntamente com hipoplasia pulmonar direita, dextrocardia, anormalidades da formação brônquica e vascularização arterial para o pulmão direito com origem de vasos anômalos na aorta, artérias braquiais ou artéria pulmonar. Existe associação com malformações cardíacas em até um terço dos casos, como defeito do septo interatrial e/ou interventricular e Tetralogia de Fallot, além de outras anomalias pulmonares e da caixa torácica. Quadros clínicos exuberantes são mais comumente encontrados ainda durante a infância, quando a presença de tosse crônica, sibilância e infecções são mais presentes, o que representa uma alternativa de diagnóstico diferencial rara para diversas patologias. Durante a vida adulta, são ainda mais escassos o casos de síndrome de Cimitarra, sendo em maior parte assintomáticos nesse período. **Relato de Caso:** E. R. S, feminino, 51 anos, cor branca, natural e procedente de Juazeiro do Norte (CE), não tabagista, apresenta-se com queixas de dispneia progressiva associada aos esforços, edema de membros inferiores e cianose de extremidades há 1 ano. Após investigação clínica, realizou Tomografia Computadorizada (TC) de tórax evidenciando drenagem venolobular congênita anômala do pulmão direito, associado a sua redução volumétrica, sinais de hipertensão arterial pulmonar severa, enfisema centrolobular em regiões basais bilateralmente, além de cardiomegalia com crescimento predominante de câmaras direitas. Foi diagnosticada, então com síndrome de Cimitarra, a qual ocasionou a hipertensão arterial pulmonar e consequentemente a insuficiência cardíaca direita. **Discussão:** A síndrome de Cimitarra, apesar de uma afecção rara, deve ser conhecida especialmente por pneumologista e pediatras, denotando a maior prevalência dos diagnósticos nessa faixa etária. Contudo, evidenciamos a ocorrência de manifestações clínicas importantes que acarretaram o diagnóstico durante a vida adulta, expressado por meio complicações decorrentes da hipertensão arterial pulmonar e insuficiência cardíaca direita. Isso demonstra a importância da investigação clínica abrangente no que tange a diagnósticos diferenciais, mesmo em situações epidemiológicas menos comuns. **Referências:** LUCAS, E. ; TELDESCHI, A. L. ; CHAMIÈ, F. A importância da radiografia de tórax no diagnóstico da síndrome da cimitarra. J Pediatr (Rio J) 1998;74(6): 479-82. Disponível em: < http: //www. jped. com. br/conteudo/98-74-06-479/port_print. htm>. Acesso em: 10 jun 2019. FERRARI, G. F. ; PARREIRA, C. C. ; REIBSCHEID, S. M. Síndrome da cimitarra: relato de caso comfalsos diagnósticos e conduta adequada. J Pneumol2000;26(6): 000-000. Disponível em: < http: // www. jornaldepneumologia. com. br/PDF/2000_26_6_8_ portugues. pdf>. Acesso em: 09 jun 2019.

PO270 HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA - SEGUIMENTO DE QUATRO ANOS

PRISCILA TAVARES VITORIANO[1]; AYANE DE FÁTIMA QUEIROZ FERREIRA[1]; RONALDO RANGEL TRAVASSOS JUNIOR[2]; MARCELO DANTAS TAVARES DE MELO[2]; HELMAN CAMPOS MARTINS[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Hipertensão Pulmonar Tromboembólica; Hipertensão Arterial Pulmonar; Circulação Pulmonar

Introdução: A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) (grupo 4) é definida como hipertensão pulmonar decorrente de um ou mais eventos de tromboembolismo pulmonar (TEP) e tem uma incidência estimada de 5 indivíduos por milhão por ano. Os sinais e sintomas apresentados, em geral, são inespecíficos, mas incluem dispneia, edema, síncope, precordialgia aos esforços. A elevação progressiva da resistência vascular pulmonar ocasiona pelo remodelamento, disfunção e eventual falência do ventrículo direito. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 48 anos, diagnosticado em abril de 2015 com TEP após evento de trombose venosa profunda em membro inferior. Manteve dispneia e edema de membros inferiores. Procurou o HULW/UFPB no mesmo ano, para investigação e tratamento. Ecocardiograma (EcoTT) mostrou dilatação de câmaras direitas, PSAP= 87mmHg. Cintilografia de perfusão: falhas perfuso em ambos os pulmões. AngioTC: falhas de enchimento nas artérias pulmonares. Estudo invasivo: pressão média da artéria pulmonar de 52mmHg. Foi prescrito com sildenafila, diuréticos e varfarina, e teve alta após melhora da dispneia (MRC 2) e regressão do edema, para seguimento ambulatorial. Não conseguiu avaliação num centro para trombendarterectomia pulmonar. Em outubro de 2018, foi internado com dispneia aos pequenos esforços e anasarca. Nova AngioTC mostrou trombos na artéria pulmonar e seus ramos, cardiomegalia, retificação do septo interventricular, derrames pericárdico e pleural, de líquido livre na cavidade abdominal. EcoTT: disfunção diastólica do ventrículo direito, refluxo importante na válvula tricúspide, PSAP 95mmHg (padrão pré-capilar), TAPSE = 9mm. Na ocasião, foi iniciado riociguate, diuréticos IV e oxigênio suplementar. Após progressiva melhora clínica, recebeu alta hospitalar e seguimento. **Discussão:** O EcoTT é importante para rastreamento da HP, e para avaliar o grau de comprometimento do ventrículo direito, a presença de derrame pericárdico e o grau de regurgitação tricúspide. A cintilografia pulmonar ventilação/perfusão (V/Q) é indispensável na suspeita de HPTEC, mostrando defeitos de perfusão segmentares ou maiores, enquanto os pacientes com hipertensão arterial pulmonar de outras causas possuem perfusão normal ou áreas mosqueadas com defeitos não segmentares ou subsegmentares de perfusão. A cintilogragia V/Q tem sensibilidade de 96 a 97% e especificidade de 90 a 95%, A AngioTC pode mostrar trombos centrais e confomar achados morfológicos de dilatação de câmaras direitas, artéria pulmonar e retificação ou inversão do septo interventicular. A confirmação do diagnóstico, contudo, depende do estudo invasivo da artéria pulmonar e câmaras direitas, assim como para os outros grupos de HP. O riociguate é indicado para esse subgrupo particular de pacientes com HP. O tratamento definitivo é a trombendarterectomia pulmonar, mas apenas portadores de massas tromboembólicas proximais são candidatos à cirurgia.

PO271 O IMPACTO DO TREINO MUSCULAR NA EVOLUÇÃO DO PECTUS EXCAVATUM

THALES ARAUJO BORGES; ANTONIO BARBOSA DE FARIA JUNIOR; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA; THAÍS CAVALCANTI BORGES; THIAGO HENRIQUE FLORENCIO DE OLIVEIRA; VALBER ARLEY DE ALMEIDA SOUZA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: PECTOS EXCAVATUM; CAIXA TORÁCICA; COMPRESSÃO CARDÍACA

Introdução: O pectus excavatum (PE) é a principal anomalia da caixa torácica em pacientes pediátricos,estando relacionado a um desequilíbrio no crescimento das regiões costocondrais. É caracterizada pela depressão do esterno, razão de maior procura ao médico pelo impacto estético. Na adolescência, a queixa principal (QP) é a intolerância ao exercício (82%), dor torácica (68%), baixa resistência (67%) e dispneia (42%). A depender da severidade,

o PE resulta na disfunção cardiorrespiratória, estando relacionada com o crescimento do paciente. O impacto da atividade física na evolução destes pacientes deve ser considerada em seu acompanhamento **Relato de Caso:** Paciente masculino, 17 anos, com QP de dispneia aos grandes esforços há 6 anos e dor torácica ocasional. Após o início de treino muscular observou piora acentuada dos sintomas com dispneia progressiva e dor torácica em aperto relacionado a realização de exercícios bem como taquicardia e palpitação. Apresenta melhora dos sintomas com a cessação dos exercícios. Sente-se decepcionado por não conseguir realizar atividades que os colegas da sua idade praticam. [TB1]. Ao exame: bom estado geral; tórax infundibuliforme, expansibilidade diminuída, murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios, ritmo cardíaco irregular em 2 tempos, com hiperfonese de B1 em focos tricúspide e mitral, sem sopros. Na espirometria, foi observado distúrbio restritivo leve sem variação significativa de fluxo e volume pós broncodilatador. ECG sem alteração. À tomografia foi confirmado o PE assimétrico. À RM do coração, ventrículos com volume diastólico final no limite superior da normalidade, compressão das câmaras cardíacas direitas e dilatação das cavas. Foi orientado a cessar a musculação e encaminhado para realização da cirurgia por técnica de Nuss. **Discussão:** Os portadores de PE devem ser avaliados para estimar a gravidade da deformidade, a morbidade cardiopulmonar e se existem anomalias associadas, além dos impactos psicossociais. A compressão cardíaca pode ocorrer mesmo nos casos com aparente depressão leve, devendo ser realizada avaliação sistemática do comprometimento cardíaco. Em relação a função pulmonar, nos mais jovens, ocorre um padrão espirométrico normal, sendo mais comum o padrão restritivo ou obstrutivo na adolescência. No presente caso, os achados espirométricos revelaram padrão restritivo. Os sintomas cardíacos descritos são dados pela limitação física do coração em aumentar seu volume sistólico no exercício, além de possuir um volume diastólico final aumentado, comprometendo a função cardíaca durante a musculação. O acompanhamento dos pacientes deve ser rigoroso, e o encaminhamento para o cirurgião realizar a correção deve ser realizada antes da progressão dos sintomas. Deve ser considerado o tipo de atividade física que os pacientes podem realizar, frente possível impacto na evolução desses, principalmente o treino muscular.

PO272 RASTREAMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE DPOC PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA SOLUÇÃO SIMPLES PARA UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

RODRIGO ÍCARO NÓBREGA DE MEDEIROS; ARTHUR JOSÉ DE SOUSA TEMÓTEO; INAÊ MARTINS DE LIMA; LUIZ FELIPE DINIZ CAVALCANTI; THOMAS KEVIN CANTALICE NÓBREGA; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Epidemiologia; Diagnóstico

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pela obstrução crônica das vias aéreas inferiores com limitação do fluxo aéreo. Os pacientes costumam ter acima de 40 anos e apresentar sintomas como dispneia, tosse e expectoração diária, aliado a exposição a fatores de risco. É um problema de saúde pública, com morbidade e mortalidade crescente e representará a terceira principal causa de morte no mundo. O estudo Platino mostra que o subdiagnóstico é um problema identificado até nos pacientes com clinica bem estabelecida. Métodos de rastreamento que possam ser aplicados de forma abrangente para o diagnóstico precoce devem ser estimulados e a aplicação de questionários padronizados por Agentes Comunitários de Saúde é uma opção. **Objetivos:** O estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de indivíduos com risco de ter DPOC, através da aplicação de um questionário padronizado. **Métodos:** Foi realizado um estudo de natureza transversal, cuja amostra foi selecionada por conveniência, através de um questionário padronizado aplicado por ACS em domicílios de uma Unidade de Saúde da Família. O questionário continha dados sociodemográficos, antropométricos, diagnóstico prévio de asma ou DPOC e perguntas de rastreamento para DPOC (Você tem tosse na maioria dos dias? Você tem catarro todos os dias? Você cansa mais do que uma pessoa da sua idade? Você tem mais de 40 anos? Você fuma ou foi fumante?). Além de exposição a queima de biomassa. Os dados foram tabulados em um programa de Excel e calculados as frequências relativas e absolutas. Foram calculados o percentual de pacientes com risco de DPOC considerando 3 perguntas positivas e com tabagismo positivo e um critério clínico. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob o nº 3394203. **Resultados:** Foram aplicados 178 questionários pelos ACS em suas visitas diárias em domicílios, em indivíduos com e sem queixas respiratórias, dos quais 9 questionários foram excluídos por estarem com os dados incompletos. Do total dos 169 questionários analisados, 63 pacientes já tinham diagnóstico de asma ou DPOC e 106 pacientes não tinham diagnóstico de doença obstrutiva firmado por um médico. Desses, 28 pacientes (26%) responderam sim para 3 ou mais perguntas do questionário de rastreamento para DPOC (risco de DPOC), dos quais 22 pacientes relataram ter dispneia, 14 tosse crônica, 10 catarro diário. Em relação à exposição a fatores de risco, 5 eram fumantes, 22 eram ex-fumantes e 1 tinha exposição a queima de biomassa. Quando consideramos tabagismo e mais um critério clinico, 47 pacientes apresentaram critério de risco para DPOC. **Conclusão:** Os resultados obtidos permitem identificar uma alta taxa de pacientes com sintomas e exposições a fatores de risco típicos de DPOC, mas que ainda não tiveram seu diagnóstico confirmado. A identificação desses pacientes propicia a indicação de espirometria e a confirmação do diagnóstico, para que se possa aplicar uma intervenção precoce e tratamento apropriado.

PO273 DEFICIÊNCIA DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): RELATO DE CASO ATENDIDO EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA PELO SUS NO ESTADO DA BAHIA

GUILHERME BRITO BITENCOURT[1]; BRUNO HENRIQUE RAMOS BISPO[1]; AQUILES ASSUNCAO CAMELIER[2]; FERNANDA WARKEN ROSA CAMELIER[1].

1. DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB), SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA; ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA; FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Deficiência de alfa-1-antitripsina; Relato de Caso

Introdução: A DPOC corresponde a uma obstrução lenta e progressiva do fluxo aéreo com perda da elasticidade, destruição e obstrução das vias aéreas pulmonares. A deficiência de alfa1-antitripsina (AAT) pode aumentar a deterioração pulmonar causada pelo tabagismo, sendo uma das doenças congênitas mais comuns no mundo, que afeta até 2-3% da população. Porém, não existem estudos que evidenciem a realidade brasileira. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente portador de

DPOC e deficiência de Alfa-1-Antitripsina visando aumentar o leque de estudos epidemiológicos sobre o tema. **Relato de Caso:** Trata-se de um paciente masculino, 53 anos, tabagista (aproximadamente 15 anos/maço), com quadro de dispneia a médios esforços e murmúrio vesicular reduzido em bases. Os exames de imagem evidenciaram achados típicos de doença pulmonar obstrutiva. Na espirometria, o valor de VEF1/CVF (pós-broncodilatador) foi igual a 53, inferior ao ponto de corte previsto pelo GOLD para definição de DPOC (< 70). O valor da dosagem da AAT foi de 18mg/dL, correspondente a 10-20% do valor normal. A análise genética revelou homozigose de Pi*ZZ. **Discussão:** Conforme a sintomatologia e a espirometria, o paciente foi diagnosticado e classificado na categoria A de gravidade da DPOC (mMRC 1) e, ainda, diagnosticado com a deficiência de AAT pela dosagem da enzima e genotipagem, sendo o fenótipo ZZ o mais frequentemente relacionado à doença. Entretanto, chama a atenção o fato de que tal fenótipo é incomum no Brasil. Por fim, foi descoberto que o paciente apresentava descendência espanhola diretamente de uma região do país (Noroeste) em que o fenótipo ZZ era muito frequente, justificando o achado genético. Diante disso, pode-se inferir que o diagnóstico precoce se faz essencial para a adoção de medidas simples e de baixo custo, as quais teriam um grande impacto na prevenção da DPOC precoce e incapacitante nestes indivíduos com deficiência de AAT, além de permitir o aconselhamento genético e planejamento familiar.

PO274 PREVALÊNCIA DE RESPOSTA BRONCODILATORA EM PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA EM SÃO LUÍS-MA

BRENDON DA SILVA SANTANA[1]; ALCIMAR NUNES PINHEIRO[2]; MARIA DO ROSARIO DA SILVA RAMOS COSTA[2]; DANIEL CUTRIM AIRES[1]; JOÃO BATISTA CARLOS DE SÁ FILHO[2]; DHEISSON DE ALMEIDA GABRIEL[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; ACOS; Resposta broncodilatadora

Introdução: Estudos evidenciam que a presença de eosinofilia, bem como de resposta ao broncodilatador e hisperresponsividade brônquica em pacientes com DPOC estaria relacionado a maior números e gravidade de exacerbações. **Objetivo:** O presente trabalho estudou a prevalência de resposta ao broncodilatador em pacientes com DPOC e sua relação com gravidade da doença. **Métodos:** Foram selecionados um total de 122 pacientes com idade entre 44 e 97 anos previamente diagnosticados com DPOC do ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) de São Luis-MA. Utilizou-se os softwares EXCELL 2012 e STATA 12. 1 para compilação dos dados, os mesmos foram agrupados, interpretados e correlacionados através dos testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** A maioria dos pacientes foram do sexo masculino (53,93%) com média de idade de 74,16 anos, com limitação de fluxo aéreo moderado (50,56%) ou seja, 50%< VEF1 <80%. A prevalencia de resposta brocodilatadora nos pacientes DPOC foi de 21,35%. Ao correlacionar gravidade de obstrução ao fluxo aéreo e presença de resposta broncodilatadora, observou-se que 73,68% dos pacientes que apresentavam reversibilidade brônquica ao exame espirométrico apresentaram obstrução moderada ao fluxo aéreo, não havendo assim relevância estatística (p valor >0,05) entre as duas variáveis estudadas. Além de não ser demonstrada nenhuma relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade e sexo. **Conclusão:** Concluiu-se que a prevalência de resposta broncodilatadora positiva em pacientes com DPOC do ambulatorio de pneumologia do HUPD foi de aproximadamente 21,35%, e que nenhuma das variáveis estudadas se correlacionaram com gravidade da doença.

PO275 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE PACIENTES USUÁRIOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

CARINA GRESPI BUENO[1]; NICOLE MARIA MIYAMOTO BETTINI[1]; DANILO AUGUSTO FERRARI DIAS[1]; ESTEFANIA APARECIDA THOME FRANCO[1]; LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO[2]; ILDA DE GODOY[1].

1. UNESP - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL; 2. UNESP - FACULDADE DE MEDICINA, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada; Expectativa de vida

Introdução: A administração de O_2 domiciliar é uma alternativa de tratamento que já existe há aproximadamente 50 anos, porém, só a partir dos anos 70 é que se confirmou que a Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP) melhorava a qualidade e prolongava a expectativa de vida de pacientes portadores de DPOC com hipoxemia crônica. O sintoma respiratório crônico mais comum é a tosse, associada ou não a outra alteração respiratória, por algumas semanas, estando relacionada majoritariamente á doenças respiratórias. Levando em consideração as estatísticas europeias que apontam prevalência aproximada de 40 pacientes/100. 000 habitantes como usuários de O_2 cronicamente, pode se supor que no Brasil teríamos aproximadamente 65. 000 pacientes nesta condição. **Objetivos:** Conhecer o perfil e suas características clinicas dos paciente usuários de ODP. **Método:** Estudo de abordagem quantitativa, observacional do tipo transversal e analítico. Participaram pacientes em uso de ODP que faziam acompanhamento no Ambulatório de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada residentes no município de Botucatu. **Resultados:** Entrevistados 57 pacientes com a média de idade de 73 anos, a maioria do sexo feminino. Com relação a escolaridade, a grande maioria possuía o Ensino Fundamental Incompleto (61,4%). Ex-tabagistas 79% e 21% não tabagistas. Os pacientes fumaram em média 41 anos (±14,4). 52. 6% dos pacientes não fazia o uso correto da terapia. Os sintomas apresentados, 33,3% tosse, 7% expectoração e 5,3% sibilância. A maioria não necessitou de internação e não teve exacerbação nos últimos 12 meses; 73,7% pacientes receberam a vacina Influenza e 53% receberam a vacina de Pneumococo nos últimos 5 anos. **Conclusão:** A idade média dos pacientes era elevada, possuíam baixa escolaridade, e não faziam o uso correto a terapia. Portanto, considerando a baixa escolaridade, torna-se necessário a educação continuada dos profissionais de saúde e dos pacientes em uso de ODP melhorando assim a assistência prestada e a aderência ao tratamento.

Referências: 1 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Temas em revisão**:** Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Brasilia, DF; 2008. 2 Alves MV, Godoy I, Luppi CH. Levantamento das características dos pacientes atendidos no serviço de oxigenoterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Rev Ciên Ext. 2004; 1 (1)**:** 53-4. 3 Watanabe, C. S., de Andrade, L. F. C., da Silva Neto, M. Q., dos Santos, S. D. F. T., & Kawata, L. S. (2015). Oxigenoterapia domiciliar prolongada**:** perfil dos usuários e custos [Long term home oxygen therapy**:** users' profile and costs]. *Revista Enfermagem UERJ*, *23*(1), 95-101.

PO276 PERFIL EOSINOFÍLICO DE PACIENTES PORTADORES DE DPOC ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA DO SUS

MARIA DA PENHA UCHOA SALES[1]; FRANCISCA PATRÍCIA DE MELO SANTOS LEITE[1]; HELEN MELO OLIVEIRA[2]; IURY MOTA DA SILVA[1]; LARISSA VASCONCELOS BARRETO[3].
1. HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, CRATO - CE - BRASIL; 3. HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, BRASIL - CE - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Eosinófilos; GOLD

Introdução: A DPOC é caracterizada pelo aumento do número de macrófagos nas vias aéreas periféricas, parênquima pulmonar e vasos pulmonares, juntamente com aumento de neutrófilos ativados e linfócitos. Em alguns pacientes, também pode haver aumentos de eosinófilos, especialmente onde há sobreposição clínica com asma e parece estar associado a um aumento do risco de exacerbações (GOLD 2019). **Objetivos:** Traçar o perfil eosinofílico de uma amostra de pacientes do ambulatório de DPOC do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes e sua correlação clínico e funcional. **Métodos:** Realizada revisão de 150 prontuários de pacientes em acompanhamento no ambulatório de DPOC nos últimos 5 anos. Foram analisados os seguintes dados**:** sócio-demográficos; contagem de eosinófilos no sangue periférico; classificação de limitação ao fluxo aéreo pelo GOLD; avalição de sintomas através do CAT e número de exacerbações. **Resultados:** A maioria dos pacientes (62,6%) apresentou níveis de eosinófilos acima de 150 células/mcl. Destes pacientes, 43. 6% foram classificados como GOLD II (50% ≤ VEF1 < 80%) e 30. 8% GOLD III (30%≤ VEF1< 50%). Todos os pacientes não eram fumantes ativos e utilizavam dupla broncodilatação e/ou corticoide inalatórios de forma regular com elevada adesão. Quanto às exacerbações anuais, 77,3% apresentou número menor ou igual a 1, e o restante (22. 7%), apresentou número maior ou igual a duas exacerbações. Quanto à avaliação dos sintomas, os pacientes com maior contagem de eosinófilos (>150) apresentaram CAT ≥ 10 (63. 8%). **Conclusão:** A amostra de portadores de DPOC estudada apresentou elevada prevalência de eosinofilia, sendo que a maioria destes pacientes foi classificado como GOLD II, eram mais sintomáticos, porém menos exacerbadores. É importante enfatizar dois aspectos**:** todos os pacientes receberam medicação gratuita com dupla broncodilatação e/ou corticoide inalatórios de forma adequada; encontravam-se estáveis, e a associação entre a contagem de eosinófilos no sangue na doença estável e nas exacerbações da DPOC ainda é incompletamente compreendida.

PO277 ESTADIAMENTO DA GRAVIDADE DE CASOS DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA DIAGNOSTICADOS EM PROGRAMA DE RASTREAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

THAYS GARCIA SOUTO DE FIGUEIREDO[1]; ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA[2]; IRDIVAL CRISTINO DE FIGUEIREDO[3]; MIGUEL PEREIRA DE QUEIROZ JÚNIOR[4]; MARCELO FOUAD RABAHI[5]; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA[6].
1. PUC-GO, INHUMAS - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, INHUMAS - GO - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 6. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Atenção Primária à Saúde; Índice de gravidade de doença

Introdução: A detecção precoce e o manejo adequado da Doença pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) na Atenção Primária à Saúde (APS) pode reduzir as exacerbações da doença, hospitalizações e consequentemente reduzir os custos de assistência médica associadas. Entretanto, a maioria dos indivíduos não são investigados na rotina de atendimento destas unidades. **Objetivos:** Objetivou-se avaliar a gravidade de obstrução pulmonar de indivíduos diagnosticados com DPOC em um programa de rastreio de casos na APS. **Métodos:** Estudo transversal descritivo realizada pelo rastreio de indivíduos ≥ 40 anos diagnosticados com DPOC, cuja obstrução da via aérea foi considerada pela relação VEF_1/CVF < 0,7 pós BD. Foram aplicadas a escala de dispneia modificada do mMRC e o questionário validado do Projeto Latino Americano de investigação em obstrução pulmonar (PLATINO). Para a análise utilizou-se estatística descritiva, os dados foram apresentados em média, desvio padrão e frequência relativa. **Resultados:** Os 56 indivíduos diagnosticados com DPOC possuíam média de idade de 63,32 anos, 72,8% destes nunca haviam realizado espirometria antes e apenas 19,6% já tiveram acesso a um pneumologista. A existência de pelo menos uma exacerbação na vida foi auto relatada por 22 (39,3%) indivíduos, 7 (12,5%) referiram uma exacerbação no último ano, 7 (12,5%) referiram uma exacerbação requerendo um médico, no último ano e 5 (8,9%) referiram uma exacerbação requerendo hospitalização, no último ano. Em relação as principais características clinicas dos indivíduos com obstrução ao fluxo aéreo, a dispneia foi evidenciada em 69,6% dos casos, cuja pontuação na escala de dispneia do nMRC foi menor que dois pontos na maioria dos casos. Também evidenciou-se uma maior proporção de indivíduos pertencentes ao estádio II da doença. **Conclusão:** A maioria dos indivíduos rastreados com DPOC apresentaram-se no estádio GOLD II (gravidade moderada), com pouca dispneia aos esforços, sendo a tosse crônica o sintoma mais prevalente. **Referências:** 1. MENEZES, A. PLATINO: Projeto Latino-Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar. 2006. 2. SERRANO, J; DE JESÚS-BERRÍOS, Y; SANTOS, RA; DEXTER, D; NAZÁRIO, CM; MONTALVO, F. Adaptation of the Medical Research Council Dyspnea Scale and the Oxygen Cost Diagram for its use in Puerto Rico. P R Health Sci J, 2007; 26: 134-140. 3. BEHERA, D; JINDAL, S. Respiratory symptoms in Indian women using domestic cooking fuels. Chest, 1991; 100: 385-388. 4. PRICE, D; CROCKETT, A; ARNE, M; GARBE, B; JONES, RCM; KAPLAN, A. *et al.* Spirometry in primary care case-identification, diagnosis and management of COPD. Primary Care Respiratory Journal, 2009: 18: 216 a 223.

PO278 EFEITOS CLÍNICOS E FUNCIONAIS DO TREINAMENTO DE FORÇA COM RESTRIÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO EM PACIENTES COM DPOC: UM ESTUDO PILOTO

MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI[1]; RODRIGO RAMALHO ANICETO[2]; ELISIO ALVES PEREIRA NETO[3].
1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOAO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA,UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. 3GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM BIO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA,UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. 3GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM BIOM, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; TREINAMENTO DE FORÇA; RESTRIÇÃO DE FLUXO

Introdução: A DPOC é uma doença crônica inflamatória sistêmica progressiva com limitação da atividade física.

Pacientes com DPOC mais avançada tem dificuldade de exercício devido a carga. O treino com restrição de fluxo sanguíneo surge como uma alternativa de cargas menores (≤50% de 1RM),com ganhos similares ao treinamento convencional. **Objetivo:** Analisar os efeitos clínicos e funcionais do TF com restrição de fluxo sanguíneo em pacientes com DPOC. **Métodos:** Realizado nos dois grupos 10 minutos de terapia pulmonar convencional, seguida do treinamento de força(TF) 3 séries de 8 repetições de extensores de joelho e flexores e extensores de cotovelo com carga de 60% de 1RM,2 minutos de intervalo. No treinamento de força com restrição de fluxo sanguineo(TFRFS) foram 4 séries de 12 repetições de treinamento de força para extensores de joelho e flexores e extensores do cotovelo com carga de 30% de 1RM,1 minuto de intervalo entre as séries e com incremento de um manguito promovendo 50% de restrição de fluxo sendo desinsuflado nos intervalos. **Resultados:** Estudo piloto em 9 pacientes do Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB, portadores de DPOC moderada a grave(GOLD),aplicando um treinamento de força com restrição de fluxo sanguíneo. Um grupo com 4 pacientes foi submetido a treinamento de força com restrição de fluxo sanguíneo (TFRFS) e no outro grupo 5 pacientes foram submetidos só ao treino de força (TF). Todos tiveram orientações de fisioterapia pulmonar convencional. Dos 9 pacientes 3 eram mulheres e 6 eram homens. Média de idade foi 63,22(+/- 7,34). Na Pré-Intervenção o grupo TFRFS a média de VEF1/CVF(%) de entrada foi 44%(±7) e do VEF1 pós BD foi 1,08L(± 0,31) e 42,75%(±11,67),CI 1,37L(±0,42). O MMRC foi teve uma média de 3 (±0). A PE max 62,50cmH2O (±25) e PI máx 40 (± 28,28). No questionário de St George foi a média foi 50,5 (± 6,80). A média do VHS foi 11,25(±6,07), a PCR teve média de 4,22(±2,81). Em relação a desempenho físico o teste de caminhada foi de 363,39m(±32,05). No grupo TF VEF1/CVF foi 50% (±10),VEF1 pós BD 1,57L (±0,42) e 51,8%(±12,07),CI 1,92L(±0,52),MMRC 3 (±0),PE max 58cmH2O(± 21,67) e PImax 47(±32,32),St George 48,6 (±3,64),VHS 11,20(±7,25),PCR 2,06(±1,34),TC6M 304,44m(±58,95). Pós-Intervenção essas variáveis resultaram no grupo TFRFS VEF1/CVF 50%(±8),VEF1pós BD 1,75L (±0,42) VEF1% 58,4% (±10,73),CI 1,65L(±0,42),MMRC 2(±0,70),PEmax 60cmH2O(±25,81) e PImax 70(±18,25),St George 41(±6,87), VHS 15,66 (±17,61),PCR 3,10(±3,83),TC6M 442,75m(±36,75). Já no grupo TF resultaram VEF1/CVF 50%(±10),VEF1pós BD 1,75L(±0,28),CI 2,15L(±0,58),MMRC 2(±0,7),PE max 60cmH2O (±25,81),PImax 70(±18,25),St George 29,80(±16,9),VHS 1,75(±6,55),PCR 3,47(±3,51),TC6M 396,6m(±54,28). **Conclusão:** Após o treinamento de força,com ou sem restrição,houve melhora nas variáveis CI(p= 0,004),PImax(p=0,019),TC6M (p=0,001),MMRC (p=0,004) e St George (p=0,025). Em relação aos grupos TFRFS houve melhor MMRC (p=0,048) do que no grupo TF.

PO279 SINTOMAS DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA APÓS A VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

CARINA GRESPI BUENO[1]; DANILO AUGUSTO FERRARI DIAS[1]; ESTEFANIA APARECIDA THOME FRANCO[1]; NICOLE MARIA MIYAMOTO BETTINI[1]; LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO[2]; ILDA DE GODOY[1].

1. UNESP - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL; 2. UNESP - FACULDADE DE MEDICINA, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Vacinação; Influenza

Introdução: Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tornou-se uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, ocupando a quarta principal causa, associada a 2,75 milhões de mortes por ano. Entre os vários agentes patogênicos virais, mais prevalentes nas exacerbações agudas a influenza é a mais frequentemente detectada. A Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. O GOLD recomenda vacinação contra a influenza devido à sua capacidade de reduzir as taxas de hospitalização e mortalidade. No Brasil, ainda há poucos dados sobre o impacto das campanhas nacionais de vacinação contra influenza em pacientes com DPOC. **Objetivo:** Analisar a incidência de exacerbações de pacientes com diagnostico de DPOC, após a vacina contra influenza. **Método:** Estudo transversal, quantitativo descritivo realizado no Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu-SP(FMB). Durante o ano de 2018 foram avaliados pacientes diagnosticados com DPOC leve a muito grave de ambos os sexos, com idade ≥ a 40 anos selecionados de forma consecutiva e que receberam a vacina contra influenza. Foi realizado coleta de sangue para realização de hemograma, PCR e IL6 (IL6 só será realizada ao termino da coleta de dados). A avaliação da dispneia foi a partir da escala mMRC e CAT. **Resultado:**Participaram do estudo 21 pacientes, a maioria (52,4%) do sexo masculino, com idade média de 75,4 (±10,57) anos. Em relação ao tabagismo, 71,4% era ex-tabagistas, 14,3% tabagistas e 14,3% não tabagista. Todos os participantes realizaram espirometria. 71,4% faziam uso de O_2, com média de 0,5L/min no repouso e 1,5L/min no esforço. Dos 21 participantes a média da escala mMRC foi de 3 (±1,14), e CAT de 21 (±5,46). Não houve alteração no hemograma colhido antes e após três dias da aplicação da vacina contra influenza. O PCR de 57,1% do total de participantes permaneceu igual após aplicação da vacina, 33,4% um aumento de PCR, e 9,5% houve uma diminuição de PCR. Em relação as exacerbações, 80,9% dos pacientes procuraram o Pronto Atendimento (PA) pelo menos 1 vez ao ano, desses 23,5% quinze dias após vacina contra influenza, 23,5% após 30 dias da vacina, 11,8% após 45 dias, 23,5% após 3 meses, 5,9% após 4 meses, 5. 9% após 6 meses e 5,9% após 9 meses. A queixa principal foi de dispneia em 100% dos casos, seguida por tosse (64,7%), expectoração (41,2%) e taquicardia (17,6%). Dos 80,9% que procuraram o PA, 64,7% permaneceram internados, com média de internação de 5 dias, desses internado 45,5% dos pacientes diagnosticados de exacerbação morreram. **Conclusão:** Os resultados preliminares mostram que a maioria dos indivíduos que participaram do estudo, apesar de terem sido vacinados contra a influenza apresentaram elevadas taxa de exacerbações e morte. **Referências:** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2018. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD.

PO280 CUSTOS HOSPITALARES POR DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) NO CEARÁ NO PERÍODO DE 2009 A 2018

BIANCA CASTRO MARTINS DE OLIVEIRA TEÓFILO; CARLOS VICTOR BRASILEIRO BARBOSA GUIMARÃES; MARIA ISADORA MORAES BEZERRA; YURI MEDEIROS BEZERRA; MIGUEL NORONHA FILHO; ELCINEIDE SOARES DE CASTRO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Ceará; Custos

Introdução: No Brasil, a DPOC é a terceira causa de morte entre as doenças crônicas não transmissíveis, com um aumento de 12% no número de óbitos entre 2005 e 2010, o que representa atualmente quase 40. 000 óbitos anuais

decorrentes da DPOC. Além disso, a DPOC foi responsável por um por custo de 103 milhões de reais ao Sistema Único de Saúde em 2011, referente a 142. 635 internações. Esse custo foi superior ao de pacientes com infarto agudo do miocárdio e HAS e foi equivalente ao de portadores de diabetes. **Objetivos:** Estimar os custos hospitalares do Sistema Único de Saúde devido à DPOC no Ceará e em seus municípios no período de 2009 a 2018. **Metodologia:** Foram coletados e analisados os dados do DATASUS referentes ao custo de internações por DPOC no Ceará no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018. Houve, ainda, uma distinção desse custo por cidade, destacando as de valores mais relevantes, gênero e tipo de atendimento, se eletivo ou urgência. **Resultados:** No estado do Ceará, para o período e a morbidade estudados, os gastos de serviços hospitalares foram de R$24,305 milhões, cerca de 0,6% dos gastos hospitalares totais do sistema de saúde na unidade federativa para o mesmo período (R$3,738 bilhões). No período de 10 anos, R$10,270 milhões (42,2%) dos gastos ocorreram apenas na capital, Fortaleza, que representa um importante centro de atenção terciária do estado. As outras cidades cujos custos foram relevantes incluem Russas (R$1,421 milhão), Sobral (R$1,327 milhão), Barbalha (R$1,039 milhão) e Juazeiro do Norte (R$ 890 mil). Tais cidades representam polos regionais de atenção à saúde, renda e concentração populacional no Ceará. Do total de aproximadamente R$24 milhões, cerca de R$10,7 milhões foram gastos com homens, e R$13,6 com mulheres, o que reflete o maior número de internações de mulheres (20. 625) do que de homens (17. 104). No que tange ao atendimento, das 37. 729 instâncias, 36. 356 foram de urgência, com o ônus financeiro de R$23,148 milhões, e 1. 373 foram eletivas, com custo de R$1,157 milhão. Por fim, o custo sanitário hospitalar da DPOC variou a partir de 2009, oscilando entre mínimo de R$1,847 milhões no ano de 2012 e máximo de R$3,131 milhões em 2015. **Conclusão:** Por meio da análise dos dados coletados, observa-se que os custos hospitalares do SUS, relativos à DPOC, no Ceará, oscilaram consideravelmente durante o período de 2009 a 2018. Dentro desse intervalo de tempo, houve um ápice do custo em 2015 (acima de 3 milhões), enquanto que o menor valor ocorreu em 2012 (abaixo de 2 milhões). Além disso, destaca-se que quase metade (42,2%) dos gastos foram destinados à capital (Fortaleza) e que 56% dos gastos foram com mulheres, refletindo o maior número de internações destas (54,7%). Por fim, também se percebe a grande predileção por atendimentos de urgência (96,4%) em relação aos eletivos (3,6%).

PO281 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRA ST CONCOMITANTE A EXACERBAÇÃO DE DPOC: RELATO DE CASO

AILA PINHEIRO DE AQUINO; JOSE LUIZ ALVES DE BARROS; LORENA KAREN HOLANDA VIDAL QUEIROGA; ALANA EMILLY ANDRADE DE SOUZA WANDERLEY; MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Pneumonia; Infarto Agudo do Miocárdio

Introdução: As doenças cardiovasculares como hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca (IC) e doença isquêmica coronariana tem evidente associação com doenças pulmonares (DPOC, asma e doença pulmonar intersticial). Essa associação ocorre levando em consideração fatores de risco em comum e aspectos fisiopatológicos da história natural dessas doenças. Um estudo mostrou que 55% dos pacientes com DPOC tinham HAS, 27% IC e 17% doença cardíaca isquêmica[3]. **Relato de Caso:** Masculino, 62 anos, procedente de Sapé-PB. Admitido no HMSI com precordialgia intermitente há 48 horas e irradiação para membro superior direito. Encaminhado do hospital Padre Zé onde tratava DPOC exacerbado com Ceftriaxona e Azitromicina por 10 dias, quando iniciou os sintomas. Hipertenso, etilista, tabagista (80 maços /ano), tuberculose há 04 anos, IAM em 2015 e IC. Na admissão, ausculta respiratória com sibilos difusos, dispneico, edema em membros inferiores (+2/+4), FC**:** 83bpm, PA**:** 174x109mmHg, satO2 93% (ar ambiente). ECG de admissão**:** inversão de onda T em paredes inferiores. Raio-x de tórax**:** retificação de cúpulas diafragmáticas, infiltrado parenquimatoso em base esquerda, espessamento pleural em ambos ápices. Troponina 0,12; Hb**:** 12,2 Ht**:** 41 L**:** 5600 (N**:** 91) Plaq: 81000. Gasometria pH**:** 7,53 pCO2: 54,9 pO2: 64,4 SO2: 93% HCO3: 46,4. Iniciado Unasyn para pneumonia, Hidrocortisona 200mg/dia, Nitroglicerina, Enoxaparina 80mg 2x/dia, AAS 100mg/dia, Clopidogrel 75mg/dia. Cintilografia miocárdica(2018)**:** fibrose de parede ínfero lateral e apical. Ecocardiograma transtorácico(05/2019)**:** comprometimento do VE (concêntrica), insuficiência mitral discreta, fração de ejeção 45%. Após 7 dias da admissão apresentou taquidispneia, broncoespasmo e hipotensão. Novo ECG com SST em V1-V2-V3, realizado trombolítico (Killip IV/ TIMI 9/ GRACE 228). No dia seguinte apresentou dor em epigástro, dorso e cefaleia, púrpura em tronco e membros. Avaliado por pneumologista, orientado tratamento da DPOC com brometo de Umeclidíneo 1x/dia, Formoterol+ Budesonida 12/400mcg 2x/dia e nebulizações. Evoluiu 2 dias após com parada cardiorespiratória por choque cardiogênico associado a infarto agudo do miocárdio, sem resposta às manobras de ressuscitação cardiopulmonar e constatado óbito**. Discussão:** As doenças cardiovasculares são fortemente associadas com todas as causas de mortalidade em pacientes com doenças pulmonares[2]. Dentre estas doenças, DPOC é uma das causas líderes de mortalidade no mundo[3]**:** um terço das pessoas com DPOC morrem de doença cardiovascular[4]. Elas tem risco aumentado de infarto agudo do miocárdio, sendo um dos motivos o cigarro[4]. Outros motivos são a exacerbação do DPOC[1]e o fato de ser observado aterosclerose precoce nessas pessoas[2]. Além disso, há estudos que mostraram o aumento do risco de IAM nas semanas que se seguiam a exacerbação do DPOC[4]. Este dado condiz com a literatura atual que enfatiza o risco aumentado de morte cardiovascular em pacientes internados por exacerbação da DPOC.

PO282 O IMPACTO DO EXERCÍCIO FÍSICO NOS PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

MATHEUS LOPES THOMA[1]; RAFAEL RODRIGUEZ TEIXEIRA DE CARVALHO[2]; ANTÔNIO RAMOS NOGUEIRA FERNANDES[3]; MARIANA BELMONT CARVALHO XAVIER CRUZ[2]; NATÁLIA SAMPAIO FREITAS[2]; LUCAS QUEIROGA OLIVEIRA[4].

1. FAMENE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FAMENE, SOUZA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Exercício Físico; Sintomas

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por sinais e sintomas respiratórios relacionados à obstrução das vias aéreas inferiores. A DPOC tem como principal causa o tabagismo e sua fisiopatologia envolve bronquite crônica e enfisema pulmonar. A atividade física é um importante aliado no tratamento não medicamentoso desses pacientes, fazendo parte da reabilitação pulmonar dos mesmos. **Objetivo:** Este trabalho propõe-se a apresentar o impacto da atividade física nos

pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura por publicações indexadas no site scielo. org. Os descritores - DPOC e atividade física - foram pesquisados e 3 artigos dos encontrados contemplaram o estudo. **Resultado:** PITTA, F (2006) refere que os doentes com DPOC apresentam uma redução acentuada da atividade física durante e após os internamentos por agudização da doença. Por sua vez, essa redução da atividade física torna o doente mais propenso a novos episódios de crise e de internação. Segundo o estudo de Carla António, a prática de exercício de baixa intensidade permite obter resultados satisfatórios, entretanto com exercícios de maior sobrecarga provoca uma melhor resposta. O treino de exercício ideal, de acordo com Carla António, baseia-se em: sobrecarga, especificidade, reversibilidade e individualização, devendo englobar exercícios aeróbicos, de força e da musculatura respiratória. De acordo com Ângela Maria Pereira quando comparamos os resultados obtidos, foi possível observar que o exercício físico, na pessoa com doença pulmonar obstrutiva crônica, como parte integrante do programa de reabilitação pulmonar, apresenta modificação do estado de saúde, quer ao nível físico, quer emocional. **Conclusão:** Concluiu-se que o treino mais indicado para esses pacientes é o combinado - exercícios aeróbicos e exercícios de força muscular dinâmica -, o qual promoveu melhorias clínicas significativas. Entre essas melhorias, encontra-se a redução dos sintomas respiratórios, o aumento da tolerância aos esforços, a melhoria da qualidade de vida, a diminuição no número de internamentos e a redução de ansiedade e depressão relacionadas à DPOC

PO283 COR PULMONALE, FIBROSE PULMONAR E DPOC CAUSANDO INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: UM RELATO DE CASO

IGOR AGUIAR DIAS[1]; STEPHANIE SILVA FARIA[2]; ANA BEATRIZ OLIVEIRA BARBOSA[2]; BRUNO BAPTISTA GRASSINI[2]; RAMIRO ALBUQUERQUE SIMÕES BELO[2]; KAROLAYNE PEREIRA CAVALCANTE[2].
1. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, GUARUJA - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; COR PULMONALE; FIBROSE PULMONAR

Introdução: Cor pulmonale (CP) é uma síndrome caracterizada por modificações anatomofisiológicas do ventrículo direito (VD), secundárias à doenças que alteram a vasculatura e/ou parênquima pulmonar, suscitada pelo quadro de hipertensão arterial pulmonar (HAP)[1,2]. Dentre as diversas patologias que podem a desencadear estão a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a fibrose pulmonar (FP), responsáveis pela insuficiência ventricular direita (IVD)1. **Relato de Caso:** J. S. S., masculino, 78 anos, procedente de Recife-PE. Portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e HAP, diabetes melito (DM), insuficiência cardíaca, FP e DPOC. Ex-tabagista, 30 anos-maço. Faz uso de tiotrópio, formoterol e budesonida há 2 anos. Relata ter dispnéia progressiva há 3 anos, evoluindo com tosse produtiva, anasarca e cianose nos últimos 15 dias. Chegou na emergência do PROCAPE com suspeita de IVD aguda. Ao exame físico, consciente, orientado, cianótico, dispneico aos pequenos esforços, edema em MMII ++/4+, baqueteamento digital, ausculta com MV+ e crepitantes em bases em AHT, FR 20 rpm; PA 100x60 mmHg; SpO2 88% e PaO2 <60 mmHg. Ecocardiograma transtorácico (ECO) revelou aumento atrial e ventricular com hipocontratilidade difusa, valvas aórtica, mitral e tricúspide espessadas, além de disfunção diastólica leve e HAP importante. A espirometria demonstrou distúrbio restritivo (DR) leve. Na Tomografia Computadorizada (TC), os achados sugerem FP combinada a enfisema. Sugerindo pneumonia intersticial usual (PIU). Evoluiu com descompensação do quadro**:** taquidispneia, cianose, tosse produtiva, crepitantes em 2/3 inferiores em AHT, FR 44 rpm, SpO2 88% sob cateter nasal de 3L/min. Iniciou tratamento com Piperacilina+Tazobactam durante 10 dias com melhora do quadro. Apresentou então nova exacerbação da insuficiência respiratória (IR) que resultou em internamento na UTI, e consequente óbito. **Discussão:** O CP, apresenta uma taxa de sobrevida de 69% em dois anos. Os exames complementares para casos de CP, DPOC e FP são a espirometria, a radiografia de tórax, a TC e o ECO. O ECO revelou grave comprometimento da artéria pulmonar e a espirometria demonstrou DR leve. A DPOC diagnosticada há mais de 3 anos apresenta-se como causadora e/ou intensificadora do quadro de CP, já que, no ECO a IVD seria decorrente de problemas relativos às alterações pulmonares. A FP, por sua vez, levaria a um quadro de HAP e aumento da pós-carga do VD. Dado o estágio terminal do pulmão, o tratamento adotado foi paliativo e conservador até o momento do óbito por IR aguda. O caso tem sua importância clínica pela gravidade da doença e suas comorbidades associadas, evidenciado pelas complicações decorridas e também pelo óbito do paciente, além da pequena taxa de sobrevida em 2 anos[2]. **Referências:** 1. OTA, J. S. ; et al. Cor pulmonale. Medicina, Ribeirão Preto, v. 31, p. 241-246, jun. 1998. 2. BORGES,M. C. ;et al. ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA EXACERBAÇÃO DA DPOC Medicina (ribeirao Preto.), [s. l.], v. 36, n. 2/4, p. 241-247, 2003

PO284 MULHERES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) SÃO MAIS SINTOMÁTICAS QUE OS HOMENS ?

ANNA CAROLINA GALVAO FERREIRA[1]; GIOVANNA GUILHERME BARCELOS[1]; ISABELLA RIBEIRO DE SENA CARVALHO[1]; MARIANA ALVES SANTANA DE ARAÚJO[1]; JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR[2]; MARCELO FOUAD RABAHI[1].
1. FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE E DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Tratamento Farmacológico; Feminino

Introdução: Tem sido observado, nas mulheres, um aumento na prevalência da DPOC e nas internações por DPOC nos últimos anos. As mulheres relatam pior dispneia e maior comprometimento do estado de saúde, contudo existem poucas evidências relatadas. **Objetivo:** Avaliar os sintomas em mulheres e homens com DPOC em tratamento medicamentoso. **Métodos:** Estudo transversal, analítico, observacional, realizado em Goiânia - GO. O principal critério de inclusão foi ser participante do fornecimento publico de medicação para DPOC. Os pacientes foram incluídos consecutivamente entre fevereiro de 2018 a março de 2019, após consentimento esclarecido. As variáveis coletadas, em entrevista única, foram**:** dados sociodemográficos, VEF1% pós-broncodilatador, tempo de uso da medicação, medicamento dispensado, dispneia (MRC), número e gravidade de exacerbações nos últimos 12 meses, tipo de exposição e os questionários COPD Assessment Test (CAT) e Charleston Index para comorbidades. Os dados foram analisados atribuindo-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As variáveis foram não-paramétricas e descritas utilizando-se proporção, mediana e Intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de

Teste Qui quadrado e medianas com o teste de Mann and Whitney. Foi calculada a Odds ratio não ajustada da associação entre gênero feminino e o valor de cada variável estudada com intervalo de confiança de 95%. Todas as possíveis variáveis preditivas foram incluídas em um modelo de regressão logística multivariada para avaliar a associação entre o desfecho (gênero feminino) e cada variável independente enquanto fez-se controle de covariáveis incluídas no modelo. **Resultados:** Foram avaliados 174 indivíduos, 79 (45,4%) mulheres e 95 (54,6%) homens. A idade, o tipo de medicação, uso de corticoide inalatório, número de exacerbações, a necessidade de atendimento de emergência, o tipo e o tempo de exposição, o tempo de exposição à fumaça, a carga tabágica, comorbidades, função pulmonar e dispneia foram semelhantes entre os sexos. Observou-se maior número de idosos entre os homens (p=0,02) e renda inferior entre as mulheres (p=0,04). O tabagismo ativo foi maior no sexo feminino (p=0,02), logo, os homens pararam de fumar há mais tempo. Os valores do CAT foram maiores no sexo feminino mediana de 18(10-23) versus 13(6-20) nos homens. Maior pontuação no CAT estava associada ao sexo feminino, mesmo após ajuste por idade, renda, escolaridade, função pulmonar, tempo de uso de tratamento para DPOC e tabagismo em atividade (OR= 1. 05; IC95%= 1,01-1,09; p=0,02) **Conclusão:** As mulheres com DPOC em tratamento medicamentosos são mais sintomáticas que os homens. **Referências:** 1- GOLD. Gold 2017. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease, p. 1-139, 2017. Disponível em: <goldcopd. org>. 2- Gut-Gobert C, Cavaillès A, Dixmier A, et al. Women and COPD: do we need more evidence? Eur Respir Rev 2019; 28: 180055 Disponível em <https: //doi. org/10. 1183/16000617. 0055-2018>.

PO285 AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES ASSISTIDOS EM AMBULATÓRIO DE TABAGISMO EM SALVADOR-BAHIA

CAROLINE CARNEIRO ALMEIDA[1]; RENATA MARIA NEIVA LEMOS LEITE[2]; CARLOS TADEU DA SILVA LIMA[1]; MARISTELA RODRIGUES SESTELO[1].
1. UNEB, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; DPOC; Espirometria

Introdução: Estima-se que 15 a 20% do total de indivíduos tabagistas desenvolverão DPOC ao longo da vida[1]. A severidade e o caráter crônico dessa doença, bem como seu reflexo na saúde pública, ressaltam a importância da prevenção, diagnóstico e tratamento precoces. **Objetivos:** Descrever alterações espirométricas mais prevalentes em pacientes assistidos em ambulatório de tabagismo, em Salvador –BA, e estimar a prevalência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) na amostra. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal, com dados secundários, realizado com o grupo de tabagistas assistidos no Programa de Apoio ao Fumante da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública entre os anos de 2013 a 2017. Foram avaliados fatores sociodemográficos, história clínica, perfil do tabagismo e os resultados de espirometria dos pacientes. Tais variáveis foram compiladas no Epidata versão 3. 1, sendo os dados submetidos a dupla digitação e validados por tabulação cruzada no mesmo software. Os resultados foram exportados para o Excel 2013 para análise estatística. Foi considerado diagnóstico de DPOC relação VEF1/CVF <0. 7, não havendo outra explicação para os sintomas e obstrução do fluxo aéreo[2]. **Resultados:** Dos 88 pacientes avaliados, 71% foram mulheres, entre 47-64 anos (70%). 60% realizavam tratamento clínico prévio e, dentre as comorbidades mais frequentes, figuraram prótese dentária, HAS, insônia e dislipidemia. 13% apresentavam diagnóstico prévio de DPOC e 5%, asma. Quanto ao perfil do tabagismo, a média do tempo de tabagismo durante a vida foi de 37,7 anos e a carga tabágica média foi 36,92 anos-maço. 42% tinham dependência média a elevada pelo escore de Fagerstrom. À espirometria, 61% apresentaram algum distúrbio ventilatório, sendo 31% de caráter obstrutivo, isolado ou misto. 78% destes pacientes tinham grau leve de obstrução. 14% receberam o diagnóstico de DPOC durante o seguimento, excluindo-se os com diagnóstico prévio. **Conclusão:** Conclui-se que os fumantes se apresentam à admissão de um serviço de tabagismo, após um longo histórico de exposição, com amplo leque de comorbidades clínicas, que devem ser acompanhadas e manejadas. Dispneia e tosse devem ser questionadas ativamente na história clínica de um fumante, contudo, a suspeita diagnóstica de DPOC pode ser presumida antes mesmo do surgimento de sinais de desconforto respiratório, devendo estar atrelada, antes, ao histórico de exposição tabágica prolongada[2]. Com o elevado percentual de alterações ventilatórias encontradas, confirmamos em nosso trabalho a importância de incluir a espirometria como teste de rotina no seguimento de pacientes tabagistas[3]. Dessa forma, poder-se-á chegar a diagnóstico mais precoce de DPOC, impactando positivamente no tratamento da doença, de modo a reduzir sua morbimortalidade. **Referências:** 1-José de Araújo A. Tratamento do tabagismo pode impactar a DPOC. Pulmão RJ. 2009;1: 20-33. 2-Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2017 e 2018.

PO286 CRITÉRIOS PARA ESCOLHA DA MELHOR TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA DPOC

MARIA LUIZA SANTOS ARNAUD COUTINHO; ARYANA MARQUES DA NÓBREGA AYRES; MAYRLLA MYRELLY VIEIRA FORMIGA; ANA CLARA AMORIM NORONHA; KAISY ALVES DE OLIVEIRA; GREGÓRIO GONÇALVES FERNANDES.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Bronquite crônica; Terapêutica

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada pela obstrução crônica do fluxo aéreo, se caracterizando como uma doença de caráter progressivo. A DPOC possui significativo impacto econômico, pessoal e social, porém continua a ser tratada de forma inadequada. Dessa forma, os principais motivos para a inadequação do tratamento se dá pela não utilização de agonistas ¤2 de longa duração (LABA), uso exacerbado de corticoide inalatório (CI), como também baixas condições sócias. Assim, o tratamento inadequado de DPOC é pautado no uso de broncodilatadores de curta duração, xantinas e CI. **Objetivos:** identificar os tratamentos mais adequados no momento para os pacientes com DPOC de acordo com seus riscos e sintomas. Além de evidenciar as desvantagens do tratamento inadequado. **Métodos:** Este é um estudo de revisão bibliográfica, onde foram consultados sites como PubMed, Periódico Capes, Web of Science e Scielo, através dos descritores: DPOC, tratamento. **Resultados:** Dessa maneira, foi evidenciado na literatura tanto o sobretratamneto como o subtratamento. Logo, o subtratamneto da DPOC é resultado da não utilização de broncodilatadores de longa duração, e o sobretratamneto está relacionado ao uso inadequado de CI. Dessa forma, o uso de CI só se mostra realmente necessário quando o paciente apresenta muitos quadros de exacerbação e possui número de eosinófilos menor que 300, diferente dessas situações o uso de CI não possui nenhum benefício com relação ao controle de

exacerbações. Portanto, o tratamento mais adequado para a DPOC depende exclusivamente do grau dos sintomas do paciente e seu risco, conforme as recomendações da global initiative for chronic obstrutive lung disease (GOLD). Assim, pacientes dentro dos critérios GOLD A devem ser tratados com monoterapia de LABA com o intuito de reduzir os sintomas ou antagonistas muscarínicos de longa duração (LAMA) com o objetivo de prevenção de exacerbação. Pacientes GOLD B não devem fazer uso de CI e foi evidenciado o uso do indicaterol/glicopirrolato como mais eficiente que o salmeterol. Pacientes GOLD C devem iniciar o tratamento com LAMA e em caso de exacerbações associar com o uso de LABA. E por fim, em pacientes GOLD D deve-se iniciar com a associação LABA mais LAMA e em casos de exacerbações adicionar um corticoide inalatório. **Conclusão:** Portanto, o tratamento inadequado da DPOC acontece pela utilização indiscriminada de corticoides inalatórios e pela não utilização de broncodilatadores de longa duração. Assim, podemos perceber que o tratamento adequado da doença pode trazer melhorias significativas dos sintomas, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes, melhorar a adesão ao tratamento e diminuir custos com medicações desnecessárias. Afinal, cada paciente é único e apenas as suas necessidades que irão definir a terapêutica adequada.

PO287 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE PÓS TUBERCULOSE: RELATO DE CASO.

MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI[1]; LORENA KAREN HOLANDA VIDAL QUEIROGA[2]; ALANA EMILLY ANDRADE DE SOUZA WANDERLEY[1]; JUCYLEIA OLIVEIRA MARQUES[1]; MATEUS MACENA CORREIA DE LIMA[1].

1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOAO PESSOA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE JOAO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Pneumonia; Hipersensibilidade

Introdução: Pneumonia de hipersensibilidade (PH) é doença pulmonar intersticial causada por resposta imunológica exacerbada após inalação de antígenos encontrados em diversos ambientes, sendo "pulmão do fazendeiro" o exemplo mais estudado de PH. (1,3) **Relato de Caso:** Paciente sexo masculino, 34 anos, casado, agricultor e criador de pássaros (canários) por 22 anos, procedente de Pirpirituba/PB. Iniciou quadro de tosse produtiva com expectoração branca, há 6 meses, associado hemoptise, febre vespertina e dispneia progressiva. Ausculta pulmonar revelou estertores crepitantes e sibilos difusos além de baqueteamento digital. Baciloscopia do escarro foi negativo para tuberculose nas três amostras. Lavado broncoalveolar com pesquisa Bacilo álcool-ácido resistente positiva. Tratamento para tuberculose foi realizado por 6 meses. Tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (TCAR) mostrou áreas de faveolamento nos lobos pulmonares inferiores, além de bronquiectasias varicosas e infiltrados em vidro fosco, comprometendo os campos pulmonares inferiores. Espirometria com relação VEF1/CVF 0,93 (110%), CVF 1,20 (25%) e VEF1 1,11 (28%), sem variação após prova com broncodilatador, caracterizando um distúrbio ventilatório restritivo grave. Pleuroscopia e biópsia pulmonar realizadas revelaram no anatomopatológico processo inflamatório crônico intersticial com folículos linfoides. Dosagem do FAN foi reagente 1/160, com padrão nucleolar. Iniciado tratamento com Prednisona 40mg por dia. Uma nova TCAR, após 1 ano de corticoterapia, evidenciou alterações semelhantes ao exame anterior. Conjunto de achados tomográficos sugere pneumonia de hipersensibilidade como provável diagnóstico etiológico. **Discussão:** Pneumonia de hipersensibilidade pode apresentar-se nas formas aguda, subaguda ou crônica. PH crônica tem início insidioso, com dispneia progressiva e perda de peso. Baqueteamento digital pode estar presente em 20%- 50% dos casos. (2) Achados de TCAR na PH crônica evidenciam sinais de fibrose pulmonar, combinado com atenuação em vidro fosco e nódulos centrolobulares. (2) Espirometria na PH crônica mostra distúrbio ventilatório restritivo. (2) O teste de diagnóstico mais sensível é LBA, com aumento na contagem de linfócitos. (3) O paciente desenvolveu sintomas respiratórios progressivos ao longo de 6 meses, associado ao histórico de exposição prolongada a aves (canários), provável antígeno desencadeante da PH. Os achados clínicos e padrão espirométrico sugerem cronicidade. As tomografias e a biópsia pulmonar reforçam o padrão de doença crônica. Tratamento consiste em cessar exposição antigênica. Corticoterapia é recomendada em pacientes com comprometimento funcional, embora sua eficácia a longo prazo não foi comprovada em estudos prospectivos. (2) Transplante pulmonar deve ser considerado em casos graves. Em geral, doença tem prognóstico favorável, se corretamente e precocemente diagnosticada e tratada ainda na fase aguda. (2)

PO288 SARCOIDOSE: RELATO DE CASO

JOSE ADRIANO MIRANDA BEM[1]; MARCELA AMORIM ALVES[2]; CAROLINA DE FREITAS CAVALCANTE CARIBÉ[2]; RITA DE CASSIA DOS SANTOS FERREIRA[2]; ALANO CINTRA SOARES[2]; FLAVIA PINTO DE ALMEIDA[2].

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, CEDRO - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: sarcoidose; granuloma; Relatos de casos

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória crônica que se caracteriza pela formação de granulomas não caseosos. Nesse trabalho, relatamos um caso de sarcoidose com comprometimento exclusivo do pulmão. **Caso clínico:** Mulher de 37 anos foi atendida no serviço de pneumologia com queixa de tosse seca e dispneia leve há 10 meses. Nesse período, realizou tratamento para tuberculose, iniciado devido a achados na tomografia de tórax de múltiplos nódulos de distribuição randômica e linfonodomegalia mediastinal, mesmo com pesquisa de BAAR negativa. Não possuía exposição. No exame físico, ausculta pulmonar e saturação periférica de oxigênio normais. Os exames laboratoriais eram todos normais. Foi excluído etiologias infecciosas, com pesquisa para tuberculose e fungos negativa no LBA. O estudo histopatológico da biópsia transbrônquica foi sugestivo de sarcoidose, sendo iniciado prednisona 40mg e reavaliada após 3 meses, com significativa melhora dos sintomas. Feito redução progressiva para dose da prednisona 10mg e segue em acompanhamento. DISCURSÃO A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica que, entre os acometimentos, o pulmão frequentemente está envolvido. Sua etiologia é desconhecida. As manifestações respiratórias da sarcoidose mais frequente incluem tosse, dispneia e dor torácica, podendo está associado a astenia, febre e perda de peso. Os achados na tomografia de tórax são caracterizados por linfonodomegalias mediastinal e comprometimento do parênquima. Os principais achados no parênquima pulmonar são micronódulos de predomínio peribrocovascular e vidro fosco. Com a evolução da doença esses achados podem dá lugar a fibrose com distorção arquitetural. Não existe um exame especifico que defina a doença, sendo feito o diagnóstico a partir do conjunto de achados clínicos e radiológicos, associado a demonstração

de granulomas bem formados, não caseoso, e com pesquisa de microrganismos negativos. O tratamento da sarcoidose tem, como objetivos, a prevenção e o controle da deterioração orgânica, o alivio dos sintomas e a melhora da qualidade de vida. Os corticoides são a principal opção terapêutica. Na ausência de resposta, outras opções são metotrexato e azatioprina. Bibliografia Spagnola P, Rossi G, Trisolini R, Sverzellati, Baughman RP, Wells AU. Pulmonary sarcoidosis. Lancet Respir Med. 2018 May; 6(5)**:** 389-402. Nunes H, Uzunhan Y, Gille T, Lamberto C, Valeyre D, Brillet PY. Imageng of sarcoidosis of the aiways and lung parenchyma and correlation with lung funcion. Eur Respir J. 2012 sep; 40(3)**:** 750-765. Ahmadzai H, Huang S, Steinfort C, Markos J, Allen RK, Wakefield D, et al. **Sarcoidosis:** a state of the art review from the thoracic society of Australia and New Zealand. Med J Aust. 2018 jun; 208(11)**:** 499-504. Nóbrega BB, Meirelles GSP, Szarf G, Jasinowodolinski, Kavakama JI. Sarcoidose pulmonar**:** achados na tomografia computadorizada de alta resolução. J Bras Pneumol. mai/jun 2005; 31(3)**:** 254-260.

PO289 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

SAMUEL CIRÍACO SILVA DE OLIVEIRA[1]; MATTHEWS CORREIA NASCIMENTO[1]; ANTONIO EDUARDO BITU FEITOSA[1]; SÁVIO JUCÁ DE CARVALHO GONÇALVES FILHO[1]; ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO[2]; FELIPE RODRIGUES COUTINHO[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, BARBALHA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Linfangioleimiomatose; Pneumotórax; Doença intersticial

Introdução: A linfangioleiomiomatose (LAM) representa uma doença rara, crônica e multissistêmica com característica autossômica dominante, até o momento atribuída a mutações dos genes TSC1 e TSC2, expressando-se juntamente com alterações principalmente neurológicas e renais, ou por mutações esporádicas no gene TSC2. Apresenta-se mais comumente em mulheres entre a terceira ou a quarta décadas de vida, tendo seu primeiro relato divulgado em 1958, por Laipply e Sherrick, como um caso de derrame quiloso associado hiperplasia angiomatosa intratorácica, a qual posteriormente seria denominada como a primeira publicação sobre LAM. Atualmente, sabe-se que as principais formas de manifestação da LAM ocorrem com abertura de quadro clínico apresentando pneumotórax espontâneo, quilotórax, hemoptise ou dispneia progressiva. É possível ainda a ocorrência de manifestações extrapulmonares, como tumores linfáticos e angiomiolipomas. Trata-se de uma neoplasia de baixo grau de evolução extremamente variável, destrutiva e com potencial metastático muitas vezes incerto, podendo evoluir com piora progressiva dos sintomas e muitas vezes com perda da função pulmonar. **Relato de Caso:** S. R. S. M, feminino, 51 anos, procedente de Juazeiro do Norte (CE). Paciente procurou pronto socorro com queixa de dispneia progressiva de início há cerca de 2 meses, com súbita piora associada a dor torácica posterior de caraterística pleurítica. Relatou ainda presença de tosse seca, sem expectoração, e fadiga predominantes no período noturno há aproximadamente um ano. Nega febre, hemoptise ou cianose. Ao exame físico apresentava fáceis de dor, assimetria em expansão torácica sendo o hemitórax (HT) direito o mais acometido, timpanismo a percussão e murmúrios vesiculares abolidos em terço inferior de ambos HT. Fora solicitado radiografia de tórax, o qual indicou a presença de pneumotórax bilateral, mais volumoso à direita, associado a atelectasia dos lobos médio e inferior direitos. Permaneceu internada, sendo realizada punção de alívio e drenagem torácica, além de analgesia. Realizou tomografia computadorizada de tórax, apresentando diversos focos lesionais císticos dispersos pelo pulmão, alguns com conteúdo hiperdenso no seu interior, além da presença de moderado pneumotórax a esquerda e derrame pleural a direita. **Discussão:** A LAM acomete principalmente mulheres em idade fértil. A TC é o exame padrão-ouro para o auxílio diagnóstico pela demonstração de cistos que, geralmente, são de paredes finas e encontrados na região peribronquiovascular, difusamente pelo pulmão, como encontrado na paciente em questão. Não há um tratamento definitivo para a doença, porém, o tratamento farmacológico com drogas que suprimam a produção de estrógeno parece diminuir a velocidade de perda de função pulmonar, sendo o transplante reservado como alternativa terapêutica nos casos mais graves. **Referências:** TAYLOR, James R. et al. Lymphangioleiomyomatosis. New England Journal of Medicine, v. 323, n. 18, p. 1254-1260, 1990.

PO290 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR E EXTRAPULMONAR: RELATO DE CASO

MIRELLY ABRANTES DE OLIVEIRA[1]; ONOFRE PINTO DE ALMEIDA NETO[1]; ANNE VALERIA MACEDO FAUSTINO[2].
1. DISCENTE DAS FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS - FIP, PATOS - PB - BRASIL; 2. DOCENTE FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS - FIP, PATOS - PB - BRASIL.

Palavras-chave: linfangioleiomiomatose; doenças intersticiais; dipneia

Introdução: A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença cística rara, considerada uma neoplasia metastática de baixo grau, com uma prevalência de 1,0 a 2,6 casos a cada um milhão, acometendo principalmente mulheres em fase reprodutiva. A LAM se caracteriza pela proliferação descontrolada de células musculares lisas imaturas nos pulmões (LAM pulmonar) ou em outras localidades (LAM extrapulmonar). As manifestações clínicas mais comuns são dispneia progressiva aos esforços e a ocorrência de pneumotóraces espontâneos recorrentes. **Relato de Caso:** S. D. G., 40 anos, sexo feminino, não tabagista, procedente de Patos – PB. As investigações foram iniciadas a partir de queixas de dispneia aos mínimos esforço e derrames pleurais recorrentes, bem como um achado de massa palpável e dolorosa em fossa ilíaca esquerda. A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou múltiplas formações císticas aéreas de tamanhos variados e morfologia relativamente simétrica, acometendo difusamente o parênquima pulmonar, além de derrame bilateral. A paciente foi submetida a uma toracocentese, e posterior citologia do líquido pleural que negativou para células neoplásicas e o anatomopatológico revelou pleurite crônica inespecífica em atividade com tecido de granulação. Ao ser submetida a uma laparotomia exploradora, observou-se a presença de massas retroperitoniais em região para-aórtica, sendo ressecadas para a realização de estudo imuno-histoquímico, que revelou a expressão de marcadores (desmina, AML, HMB-45), achados compatíveis de LAM. A paciente também passou por uma histerectomia. Em espirometria atual, evidenciou-se um distúrbio ventilatório obstrutivo grave, com CVF reduzido por aprisionamento de ar, sem variação significativa após broncodilatador. Refere controle parcial dos sintomas, com dispneia aos médios esforços. Ao exame, percebe-se diminuição de murmúrios vesiculares em ambos hemitóraces e de expansibilidade torácica, saturação de oxigênio 92% em repouso, mas ao realizar qualquer atividade reduz para 78%. Atualmente, faz uso de Sirolimo, Furosemida, Brometo de Tiotrópio,

Fumarato de Formoterol, oxigenoterapia e fisioterapia respiratória. **Discussão:** O caso exposto trata-se de um quadro clássico de LAM pulmonar e extrapulmonar, acometendo uma pessoa do sexo feminino em idade fértil, com sintomatologia comum de dispneia aos esforços e pneumotóraces de repetição. O diagnóstico é feito a partir dos resultados de TC e de biópsia de tecido acometido, com avaliação imuno-histoquímica, sendo a positividade do HMB-45 o padrão-ouro para LAM, como no caso descrito. Atualmente, seu tratamento baseia-se no uso de Sirolimo, droga capaz de estabilizar a função pulmonar, melhorando qualidade de vida dos pacientes, e de broncodilatadores, como medida de suporte. Contudo, tais abordagens atuam apenas no controle, sem caráter curativo, resguardando-se o transplante pulmonar para os casos de LAM mais avançados, o qual já foi indicado para a paciente em questão.

PO291 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDA

PEDRO MAXIMINK ESTEVES VILLAR; CAROLINA SALEM TAMESAWA; RAQUEL BALDINI CAMPOS; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; RONALDO FERREIRA MACEDO; EDUARDO MELLO DE CAPITANI.
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia de hipersensibilidade; Pneumocistose; Doença intersticial

Introdução: Pneumonia de hipersensibilidade é uma doença intersticial pulmonar heterogênea causada por inalação de uma variedade de antígenos, sendo exposições a pássaros e contato com mofo (fungos) as mais frequentes. A confiabilidade diagnóstica aumenta na presença de exposição ambiental sugestiva, alterações tomográficas compatíveis como atenuação em mosaico, presença de vidro fosco e áreas de pulmão normal com aprisionamento aéreo, associados a linfocitose > 40% no lavado bronco alveolar. Esses achados acrescidos de biópsia pulmonar com granulomas malformados, células gigantes e infiltrado celular inflamatório peribroncovascular, confirmam o diagnóstico. O tratamento envolve uso de corticosteroides e afastamento da exposição ao antígeno. **Relato de Caso:** Paciente de 71 anos comparece a unidade de emergência de hospital terciário com quadro de dispnéia aos esforços há 15 dias, tosse produtiva associada a picos febris, que se tornaram mais frequentes cinco dias prévios à internação. Possui antecedente de Lúpus Eritematoso Sistêmico, com diagnóstico há 25 anos, sem tratamento prévio, e recentemente diagnosticada com Leucemia linfoide crônica, sem indicação de quimioterapia. À admissão, paciente em insuficiência respiratória, apresentando hipoxemia em ar ambiente. Iniciada ventilação não invasiva com BIPAP, antibioticoterapia empírica com Cefepime e solicitada Angiotomografia de Tórax. Descartado tromboembolismo em tomografia, observadas regiões de vidro fosco, com áreas de aprisionamento aéreo, formando padrão de atenuação em mosaico, compatível com alteração em "headcheese", de distribuição peribroncovascular. Modificado tratamento para Sulfametoxazol e Trimetropima associados a Metilprednisolona, por hipótese de Pneumocistose, considerando possível imunossupressão. Realizada broncoscopia sem lesões endobrônquicas, com coleta de lavado bronco alveolar, que revelou presença de $125x10^3$ células, sendo 36% de linfócitos e 64% de macrófagos. Pesquisa e culturas para fungos e micobactérias negativas. Paciente referia ter trabalhado em escritório. Negava exposição a pássaros, presença de mofo em casa e tabagismo. Referia dormir com travesseiros antigos de pena de pássaros. Paciente evoluiu com melhora da dispnéia e afebril. Completados 21 dias de tratamento, manteve melhora progressiva dos sintomas, optado por manter Prednisona. Realizada nova Tomografia de Tórax, com melhora radiológica, redução significativa do vidro fosco, permanecendo áreas de aprisionamento aéreo. **Discussão:** Paciente com doença intersticial pulmonar de evolução aguda. Os antecedentes reumatológico e hematológico sugerem imunossupressão, sendo pneumocistose um diagnóstico diferencial a ser considerado. A evolução clínica, achados radiológicos, linfocitose no lavado, e possível exposição ambiental, tornam o diagnóstico de pneumonia de hipersensibilidade aguda confiável, uma vez que a paciente apresentou melhora dos sintomas e radiológica com uso de corticoide e afastamento da exposição.

PO292 PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR ASPERGILLUS: RELATO DE CASO

MAYRA PERARO JORGE[1]; THAÍS ELISA NEVES REIS[2]; BÁRBARA FERREIRA DOS SANTOS[2]; JULIA REZENDE DUEK[2]; GIL GOUVEIA HANS CARVALHO[3]; LUCAS DE SOUZA RODERO[2].
1. HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, MIGUELOPOLIS - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRET, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia em organização; Aspergilose; Doenças respiratórias

Introdução: Pneumonia em organização é um tipo de doença pulmonar intersticial difusa que afeta os bronquíolos distais, bronquíolos respiratórios, ductos alveolares e paredes alveolares. **Relato de Caso:** M. N. L. O, feminino, 52 anos, viúva, do lar, procedente de Neves Paulista - SP, portadora de rinite alérgica e asma, controlada com formoterol e budesonida. Há 3 meses, iniciou com quadro de tosse seca, dispneia, febre, rinorréia, prurido nasal e perda ponderal de 2 kg. Baseada na hipótese diagnóstica de pneumonia bacteriana, foi tratada com amoxicilina e clavulanato, sem melhora. Foi solicitado raio x de tórax, que evidenciou infiltrado intersticioalveolar nos lobos superior e inferior direito, com imagens ovalares radiotransparentes e trave de fibrose em lobo superior esquerdo. Após resultado de radiografia de tórax, foi realizada a pesquisa de BAAR, p-ANCA, c-ANCA e sorologia para HIV, todos negativos. IgE com valor de 487. Na tomografia de tórax mostrou áreas subsegmentares de opacidades com atenuação de vidro fosco, distribuídos por ambos os pulmões, associado a espessamento liso dos septos inter e intra lobulares e linfonodomegalia mediastinal. Diante do quadro clínico e radiológico, a paciente foi submetida a uma broncoscopia diagnóstica, com cultura do lavado broncoalveolar positiva para Aspergillus fumigatus e negativo para micobactéria. Frente ao diagnóstico de pneumonia em organização associada à aspergilose, foi iniciado tratamento com prednisona e itraconazol. Após 3 meses do término do tratamento, o raio x de controle era normal. **Discussão:** A pneumonia em organização pode ser secundária a doenças do tecido conjuntivo, a uma variedade de drogas, malignidade, outras pneumonias intersticiais e a infecções, como aspergilose. O Aspergillus sp. são fungos filamentosos, que tem como principal forma de contágio as vias aéreas, e podem ser classificados como agentes sensibilizantes ou invasores, acarretando desde alergias a aspergiloses invasivas, dependendo da imunidade de cada indivíduo. A patogênese exata da pneumonia em organização permanece desconhecida. Acredita-se que seja conseqüência de lesão epitelial alveolar. A lesão

inicial é seguida por vazamento de proteínas plasmáticas, recrutamento de fibroblastos e formação de fibrina no lúmen alveolar. O quadro clínico é caracterizado por tosse não produtiva persistente, dispnéia, febre, mal-estar e perda de peso, assim como no caso relatado. A avaliação de pacientes com suspeita de pneumonia em organização geralmente começa com radiografia de tórax. A aparência radiográfica do tórax ou a falta de resposta clínica à antibioticoterapia geralmente levam a estudos adicionais para excluir infecções atípicas, malignidade e doenças sistêmicas que podem estar associadas à doença pulmonar parenquimatosa difusa. Esses estudos incluem exames laboratoriais, tomografia computadorizada de alta resolução, prova de função pulmonar, lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar transbrônquica ou cirúrgica.

PO293 AVALIAÇÃO ESPIROMÉTRICA DE PACIENTES ATENDIDOS EM CLÍNICAS ESCOLA DE BAYEUX-PB E JOÃO PESSOA- PB COM EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR; FERNANDA CAMILO MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA; JOSÉ GOMES SOUTO; ALYSSON KENNEDY PEREIRA DE SOUZA; ELIAURIA ROSA MARTINS; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI.

FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL; FUNÇÃO PULMONAR; ESPIROMETRIA

Introdução: A saúde ocupacional refere-se à promoção e preservação da integridade física do trabalhador durante o exercício de sua função, por meio da detecção de fatores de risco, a fim de realizar ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce de agravos relacionados ao trabalho. As condições de trabalho, em especial a exposição às poeiras orgânicas, de mineração e da indústria, têm relação com aumento de doenças respiratórias [1,2] **Objetivo:** observar a prevalência de pacientes com exposição ocupacional nas clínicas escola e avaliá-los quanto a queixas respiratórias e espirometria. Materiais e **Métodos:** Estudo epidemiológico de base populacional e delineamento transversal, feito com 122 indivíduos maiores de 18 anos, atendidos em duas clinicas escola de uma faculdade de medicina, em Bayeux e João Pessoa-PB. Os dados foram coletados entre junho e dezembro de 2018, através de questionário estruturado e comparados através do teste t-independente. A coleta foi realizada em dezembro de 2018. As espirometrias foram reservadas a indivíduos sintomáticos respiratórios, com doença pulmonar prévia, tabagistas e/ou que referiram exposição ocupacional. **Resultados:** Dos entrevistados, 24 (19,7%) referiram alguma exposição ocupacional, as mais observadas foram à poeira (15), fumaça (9) e agrotóxicos (3). 66,7% são do sexo feminino e têm idade média de 53,3 anos. Houve prevalência de agricultores (7), auxiliar de serviços (4) e pedreiro (1). Dessa amostra, 8 são fumantes e 3 ex-fumantes. Sobre os sintomas respiratórios, as queixas mais citadas são dificuldade respiratória (62,5%), tosse (50%) e sibilância (50%). Não foi possível quantificar se alguma das exposições causou maior prejuízo a saúde. Em relação à avaliação do CAT, observaram-se diferenças significativas comparando a população geral, em que foi observada leve expressão dos sintomas respiratórios (média de 11,55), em relação aos expostos, que apresentaram queixas moderadas (média de 17,77). Na avaliação da dispneia através do MRC, foi evidenciado comprometimento maior nos expostos (média de 2,89), que apresentam dispneia ao realizar atividades de vida diária, enquanto não expostos pontuaram somente em atividades intensas (média de 1,98). A espirometria foi feita em 14 participantes. Em 8, foi visto DVO leve e em 1 paciente, DVO moderado; 2 apresentaram DVO com diminuição da CVF. Destes, 6 apresentaram resposta ao broncodilatador, com incremento de fluxo e/ou volume. **Conclusão:** Os entrevistados com exposição ocupacional possuem maior exuberância de sintomas sobre o grupo não exposto (t= -7,80; p<0,01 para CAT e t= -3,39; p<0,01 para MRC). Os principais riscos ocupacionais são relacionados à exposição de poeira e fumaça. É importante que haja conscientização sobre a necessidade do uso dos equipamentos de proteção individual e que os trabalhadores sejam submetidos a avaliações periódicas, para prevenir e detectar precocemente agravos relacionados à atividade laboral.

PO294 ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

SAMILLY CARNEIRO CAVALCANTE SOUTO; ESTER ACIPRESTE ROSADO; FERNANDO DE PAIVA MELO NETO; GABRIELY ALVES DA COSTA; DAVID PAES DE LIMA.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Corpos estranhos; Obstrução das vias aéreas; Broncoscopia

Introdução: A Aspiração de Corpo Estranho (ACE) tem gravidade dependente do grau de obstrução da via aérea. Mais frequente em crianças e idosos, apresenta sintomatologia branda com escassez de achados imagiológicos na fase adulta. O diagnóstico precoce é essencial, pois retardo no seu reconhecimento e tratamento pode incorrer em sequela definitiva ou desfecho fatal. A broncoscopia é procedimento de escolha para diagnóstico e tratamento em todos os casos de suspeita de ACE, mesmo que os exames radiológicos sejam normais. **Relato de Caso:** Homem, 61 anos, agricultor, ex-tabagista há quatro meses (fumante ativo por mais de 50 anos), relata episódio de engasgo associado à tosse durante refeição em janeiro de 2019. Evoluiu com dor torácica, dispneia aos esforços, além de persistência e intensificação da tosse pré-existente acompanhada de expectoração amarelada. Nega hemoptise. Refere piora com trabalho rural e melhora com nebulização e uso de broncodilatador. Sem a resolução do quadro, procurou consulta médica 30 dias após o início dos sintomas. Tomografia de tórax sugeriu presença de corpo estranho em brônquio principal direito, sem atelectasia pulmonar. Indicada broncoscopia, que revelou presença de material esbranquiçado obstruindo completamente o brônquio intermédio, com inflamação de mucosa adjacente, presença de granulomas e secreção purulenta. Após manipulação inicial, foi observada a mobilização do material, e sucesso em sua retirada com auxílio da pinça de corpo estranho, sendo confirmado osso de galinha. Hodiernamente, o paciente afirma remissão dos sintomas com melhora da qualidade de vida. **Discussão:** A ACE pode ser evento ameaçador à vida, cuja taxa de mortalidade chegava a atingir 50% antes do desenvolvimento da broncoscopia, sendo atualmente ◘ 1%, com picos em crianças abaixo de 1 ano e em idosos acima de 75. A incidência revela que aproximadamente 80% dos casos ocorre em menores de 15 anos de idade, sendo rara a obstrução da via aérea em adultos. Está frequentemente relacionada a acidentes com ferramentas de trabalho ou fragmentos de ossos. O território brônquico direito é o mais acometido devido a sua anatomia peculiar (maior diâmetro e angulação vertical). A natureza orgânica ou inorgânica do corpo estranho interfere nas manifestações clínicas ao determinar o grau de reação tecidual na via aérea, podendo ocorrer, além de estenose, inflamação intensa com formação de tecido de granulação. Os sintomas incluem febre, dor torácica, hemoptise,

sibilos, dispneia e tosse, sendo este o mais frequente. A broncoscopia flexível é considerada o método diagnóstico e terapêutico de escolha inicial em adultos. Suas vantagens em relação à broncoscopia rígida decorrem do uso de anestésicos locais, sendo procedimento relativamente fácil e seguro. Em caso de falha da broncoscopia flexível, a broncoscopia rígida é recomendada. Cirurgia constitui a última opção terapêutica, sendo geralmente bem tolerada, em particular quando o parênquima pulmonar é poupado.

PO295 AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM UNIVERSITÁRIOS NO SUL DO BRASIL

FERNANDA BARROS PRIETO; ANA MARIA BAPTISTA MENEZES; PAULA DUARTE DE OLIVEIRA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; CHIADO; SAÚDE DO ESTUDANTE

Introdução: Chiado no peito é um sintoma indicativo de asma (proxy) em populações jovens. Estudos epidemiológicos realizados com grandes amostras avaliam asma através da investigação desse sintoma [1]. A asma é uma doença respiratória crônica, sem padrão-ouro para diagnóstico, tendo como objetivo do tratamento o controle da mesma, o que significa a ausência de sintomas como chiado; sabe-se que o controle da asma reduz o risco de exacerbações e de óbito [1,2]. **Objetivo:** Mensurar o nível de controle da asma em estudantes com relato de chiado no peito no último ano através do *Asthma Control Test* (ACT). **Métodos:** Estudo transversal descritivo realizado com ingressantes na Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em 2017, incluindo 1. 865 universitários com 18 anos ou mais. **Resultados:** Cerca de 19% dos universitários apresentaram chiado no peito nos 12 meses que antecederam a entrevista. Destes, 14% apresentaram asma não controlada (ACT ≤18 pontos). A maior prevalência de asma não controlada foi observada no sexo feminino, em indivíduos com 24 anos ou mais, com a cor da pele parda, em um quarto dos universitários pertencentes às classes D e E, e naqueles que não fumam e não consomem bebida alcoólica. **Conclusão:** Apesar de a população estudada ser composta por universitários, observou-se uma prevalência expressiva de asma não controlada. **Referências Bibliográficas:** 1. The Global Asthma Report 2018. Auckland, New Zealand. 2018;Global Asthma Network. 2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma-2012. J Bras Pneumol. 2012;38 Suppl 1: S1-S46.

PO296 BACILOSCOPIA COMO EXAME DIAGNÓSTICO NA TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTES DA CIDADE DE FORTALEZA/CE

PAULO MARCELO SÁ PALÁCIO CÂMARA[1]; KAMILLA DO RÊGO CHAVES[1]; JOANA CYSNE FROTA VIEIRA[1]; ANDRÉ PORTELLA COSTA[1]; GUSTAVO SÁ PALÁCIO CÂMARA[1]; PLÍNIO JOSÉ DA SILVA CÂMARA[2].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: tuberculose pulmonar; diagnóstico; baciloscopia

Introdução: O diagnóstico presuntivo da Tuberculose (TB) Pulmonar é baseado na história clínica e nos achados radiológicos, sendo confirmado pela identificação de Bacilos-Álcool-Ácido-Resistentes (BAAR) na baciloscopia e/ou cultura do escarro. É um método diagnóstico rápido e barato, bastante realizado pela saúde pública, mas que apresenta uma média sensibilidade. A cura da tuberculose tem como critério pelos menos duas baciloscopias negativas**:** uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento. **Objetivo:** Avaliar a positividade da baciloscopia em pacientes com Tuberculose Pulmonar acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Métodos:** É um estudo descritivo-analítico, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Realizado na cidade de Fortaleza-CE com pacientes da Regional II. A amostra incluiu todos os pacientes cadastrados no Livro de Registro de Paciente (Livro Verde) com TB que receberam tratamento entre 2016 e 2018. **Resultados:** Segundo os dados coletados dos Livros Verdes das UBS da Regional II do município de Fortaleza, 522 pacientes estavam cadastrados nesses livros no período de janeiro de 2016 a julho de 2018. Sendo, 344 (65,9%) do sexo masculino e 178 (34,1%) do sexo feminino. A idade média observada foi de 41 anos de idade. Na primeira baciloscopia, apresentou 245 (77%) resultados positivos e 73 (23%) resultados negativos. Dentre os resultados positivos,138 foram mensurados em uma cruz (+), 59 em duas cruzes (++) e 39 em três cruzes (+++). Na segunda baciloscopia, apresentou 152 (71%) resultados positivos e 63 (29%) resultados negativos. Dentre os resultados positivos da segunda, 86 foram mensurados em uma cruz (+), 36 em duas cruzes (++) e 30 em três cruzes (+++). **Conclusão:** A baciloscopia apresentou uma média sensibilidade, logo, é necessário realizar outros exames para o diagnóstico da Tuberculose Pulmonar, como cultura do escarro, radiografia de tórax e PPD, tendo em vista que uma porcentagem considerável, 23% na primeira baciloscopia e 27% na segunda, desses pacientes apresentou resultado da baciloscopia negativo. **Referências Bibliográficas:** 1) PEREIRA, Marisa et al. Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose. In**:** SILVA, Luiz Carlos Corrêa da et al. Pneumologia: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed Editora Sa, 2012. p. 314-337. 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 3) CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Boletim Epidemiológico: Tuberculose. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2018. 11 p.

PO297 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA E MORTALIDADE DA ASMA E SEUS FATORES DESENCADEANTES EM ALAGOAS

GUSTAVO MENDONÇA ATAÍDE GOMES; DÁLIA MARIA DE CASTRO TENÓRIO; DÉBORA MARIA DE CASTRO TENÓRIO; GUILHERME QUIRINO DOS ANJOS; CRISTIANE MONTEIRO DA CRUZ; MARCOS REIS GONÇALVES.
CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC, MACEIÓ - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Ashtma; prevalence; mortality

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, que afeta 1-18% da população em diferentes países. No Brasil, a prevalência é de aproximadamente 12% em adultos maiores de 18 anos. A clínica da doença é variável e os sintomas, como sibilos, dispneia, limitação do fluxo de ar expiratório, aperto no peito e/ou tosse, estão geralmente associados à inflamação das vias aéreas. Estes sintomas são influenciados por fatores de risco, tais como genética, fatores ambientais e a resposta imune do indivíduo que ocorre a partir de uma reação de hipersensibilidade imune do tipo Th2. A flutuação na temperatura é identificada por pacientes asmáticos como o principal fator para as crises, visto que amplas variações de temperaturas diárias induzem uma redução do pico de fluxo expiratório e aumento dos sintomas respiratórios. **Objetivos:** Elencar a incidência da asma nas macrorregiões de Alagoas durante o período de 2018, além de tencionar os principais fatores desencadeantes para a variação dos dados. **Métodos:** Realizado através de um estudo transversal de prevalência, com dados obtidos no banco de dados DataSUS, no

período de 2018. Com o intuito de fomentar a discussão, foi realizada uma revisão integrativa de literatura no mês de abril de 2019, a partir da coleta de artigos científicos nas bases de dados do PubMed a partir das estratégias de busca**:** Ashtma AND Prevalence. A partir da pesquisa, foram resgatados 3. 718 artigos, dos quais foram escolhidos 15 que estavam diretamente relacionados à proposta da pesquisa e publicações no período de 2016 a 2019. Da literatura selecionada, artigos científicos em língua inglesa foram maioria. **Resultados:** Observou-se que ocorreram 551 internações devido a crise asmática no ano de 2018 em Alagoas registradas pelo DataSUS, estas permaneceram em um número relativamente constante nos meses de janeiro (37), fevereiro (40), março (43), abril (43),maio (41), junho (45). Ocorreu um aumento considerável nos meses de julho (58), agosto (73) e setembro (58). Após isto, voltando ao padrão de prevalência anterior, nos meses outubro (45), novembro (35) e dezembro (29). Houveram, no ano de 2018, cinco óbitos decorrentes da asma, sendo dois desses no mês de julho, enquanto abril, setembro e novembro, registraram um óbito cada. **Conclusão:** Destarte, faz-se necessário avaliar quais fatores levaram a um considerável aumento das internações nos meses de julho, agosto e setembro, pois, de acordo com a literatura, alterações climáticas bruscas podem ser um fator determinante para as crises asmáticas.

PO298 ANÁLISE DE PACIENTES COM TUBERCULOSE: TAXA DE ADESÃO, ESQUEMA TERAPÊUTICO E CONCLUSÃO DO TRATAMENTO EM PACIENTES DA CIDADE DE FORTALEZA/CE

PAULO MARCELO SÁ PALÁCIO CÂMARA[1]; KAMILLA DO RÊGO CHAVES[1]; JOANA CYSNE FROTA VIEIRA[1]; GUSTAVO SÁ PALÁCIO CÂMARA[1]; ANDRÉ PORTELLA COSTA[1]; PLÍNIO JOSÉ DA SILVA CÂMARA[2].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: taxa de adesão; esquema terapêutico; tuberculose

Introdução: No Brasil, a Tuberculose (TB) ainda é um importante agravo na saúde pública, tendo em vista que, entre 2016 e 2017, foram diagnosticados 69 mil novos casos e 4,5 mil mortes em 2016, representando a 4° causa de morte no país. Segundo o Ministério da Saúde (MS) e o IBGE, a incidência diminuiu, entre 1990 e 2017, de 51,8 para 33,5 casos por 100 mil habitantes. No estado do Ceará, existe uma maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, 65%, sendo diagnosticados 17 mil indivíduos com TB e 959 óbitos, tendo, assim, uma diminuição sem muito expressão de 1,1% dos casos, de 39,4 para 38,3 para cada 100 mil habitantes. Durante esse tempo, a taxa de cura esteve abaixo do esperado e o percentual de abandono do tratamento foi de 11,4% em 2016 e o que se almeja é apenas 5% do total de acordo com o MS. **Objetivo:** Analisar a taxa de adesão, o esquema terapêutico e a conclusão do tratamento nos pacientes acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Métodos:** É um estudo descritivo-analítico, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Realizado na cidade de Fortaleza/CE com pacientes da Regional II que foram atendidos nas UBS durante o período de 2016 a 2018. **Resultados:** Foram no total 522 pacientes, dos quais 344 (65,9%) masculino e 178 (34,1%) feminino. Desses que foram diagnosticados com TB, 338 (64,7%) iniciaram o tratamento medicamentoso. Em relação à adesão medicamentosa, existem esquemas a serem seguidos para cada paciente, como o Esquema I, realizado em 94% dos pacientes, que consiste em 2 meses de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol associado a 4 meses de Rifampicina e Isoniazida, totalizando 6 meses de tratamento utilizado para casos novos de TB; Esquema IR, realizado em 5,7%, utilizado em casos de retratamento por recidiva ou retorno pós-abandono do Esquema I; Esquema III, realizado em 0,3%, utilizado para os casos de falência dos Esquemas I e IR. A situação de encerramento mais encontrada foi a de cura com 154 pacientes (45,56%) e a segunda foi de abandono em 104 pacientes (30,77%). **Conclusão:** Conclui-se que a taxa de cura da TB ainda é baixa, visto que menos da metade dos pacientes analisados obtiveram a cura, onde um dos motivos é a alta taxa de abandono dos pacientes (30,77%). Isso demonstra uma certa falha do sistema de saúde pública, necessitando de medidas efetivas para o contorno da situação. **Referências Bibliográficas:** 1) CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Boletim Epidemiológico: Tuberculose. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2018. 11p. 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: Boletim Epidemiológico. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 11p. Volume 48. N° 8. 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

PO299 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS DIAGNÓSTICOS DE TUBERCULOSE NO ESTADO DA PARAÍBA DE 2013 A 2018

KENNEDY DA MOTA DANTAS JÚNIOR; MARIA IZABEL LIRA DANTAS; BRUNNA GALVAO FERREIRA DE SOUZA TEIXEIRA DE CARVALHO; MARIA EDUARDA TARGINO CRUZ; SEMYRAMIS LIRA DANTAS.
UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Diagnóstico; Paraíba

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma doença respiratória infecto contagiosa que pode acometer diversos órgãos, principalmente os pulmões. É causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis, que é transmitida por via aérea. É a nona causa de internação por doenças infecciosas. Em geral, a TB tem sua incidência relacionada com a baixa renda, a iniquidade do acesso e acompanhamento do serviço de saúde, por ela ser uma doença de longo tratamento, é bastante sensível, a alimentação do sistema de notificação. **Objetivos:** Realizar levantamento e análise do número de diagnósticos e a falta de notificação da TB no estado da Paraíba no período de 2013 a 2018. **Metodologia:** Foram coletados e analisados os dados do DATASUS referentes ao número de diagnósticos e a notificação do seguimento de TB no estado da Paraíba no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2018. **Resultados:** No referido período o número total de diagnósticos na Paraíba foi 7. 997. O número de diagnósticos de 2013 foi de 1. 423 e em 2014 teve uma redução de 8,22%, em 2015 reduziu 4,44% em relação ao ano anterior, e em 2016 teve mais uma redução de 3,12% comparada a 2015. A partir de 2017 os índices começam a aumentar e comparado com 2016 há um aumento de 12,16%, seguido de outro aumento em 2018 de 2,44% em relação a 2017. E então, fala-se de 1390, o número absoluto de diagnósticos no ano de 2018. A perda de seguimento de alimentação do sistema de 2013 a 2018 foi de 1. 956, o que é alarmante pois é de 24,4%, quase ¼ dos casos, o pico em relação a perda de seguimento se deu em 2018 que em relação ao ano anterior aumentou em 162,9%. **Conclusão:** Observamos no geral uma queda nos números de diagnóstico por Tuberculose entre 2013-2016, porém em 2017 há uma mudança nesse quadro que acarreta em

aumento nos anos de 2017 e 2018. A perda de seguimento só aumenta desde 2016, e em 2018 mais do que dobrou em relação ao ano anterior. Tais números demonstram que além dos números de diagnósticos estarem aumentando a perda de seguimento no tratamento aumenta ainda mais, o que é bastante alarmante. Destacamos a grande importância da disponibilidade de medicamentos para o tratamento efetivo da TB pelo SUS e ainda mais a orientação para o seguimento do tratamento, como também a importância da vigilância epidemiológica e atualização nas estratégias de manter o paciente em tratamento e o controle desses dados em relação a essa doença no estado da Paraíba.

PO300 O IMPACTO DA EDUCAÇÃO NO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

LUIS RICARDO PAULO SILVA DE ASSUNÇÃO[1]; ALISSON HUMBOLDT DE SOUZA RAMOS[2]; LUARA MELINA LEITE SUASSUNA DINIZ[2]; DÉBORA MORGANA BEZERRA DA COSTA[2]; BRENDA FERREIRA GOMES[2]; REBECA SANTOS MONTE[3].

1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NOVA FLORESTA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Tuberculose; Escolaridade

Introdução: A tuberculose é uma doença grave que se perpetua no Brasil de forma constante com uma média de 88. 376 casos por ano confirmado no país (1). Um dos problemas de seu tratamento é sua duração, o que acarreta em abandonos, o que leva ao desenvolvimento de bacilos extensivamente resistentes (2). Um dos fatores que sustentam esse elevado número de casos por ano é o grau de escolaridade da população, acarretando em um maior abandono no tratamento. **Objetivos:** alertar a comunidade médica sobre um dos fatores que impede a manutenção do tratamento contra a tuberculose e que impacta diretamente na perpetuação dessa doença no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um Estudo epidemiológico observacional transversal realizado por uma pesquisa com os dados do DATASUS (Departamento de Informação do SUS) utilizando os casos registrados desde 2001 a 2019 que envolvam tuberculose em todo território Nacional. Sua tabulação foi realizada por meio do programa Excel 2010. **Resultados:** com base na comparação entre os dados apresentados podemos ver uma discrepância entre o grau de escolaridade e o abandono do tratamento. Os pacientes com ensino fundamental completo têm uma taxa de abandono do tratamento de 19,05%, enquanto que os pacientes com educação superior completo tem uma taxa de abandono de 7,15%. Sendo assim, a chance de abandono é 2,67 vezes maior entre esses níveis de escolaridade diferentes. Ao comparar os grupos de 0 a 9 anos de estudos, o qual tem uma representatividade de 69,84% dos casos totais de Tuberculose. Já o grupo com 10 ou mais anos de estudo representam 30,14% dos casos totais de tuberculose. Entre esses dois grupos, o maior grupo tem uma taxa de abandono 1,88 vezes maior que o menor grupo. **Conclusão:** Essa discrepância entre esses dois grupos revela uma fragilidade nas políticas contra a tuberculose no país e como a escolaridade impacta negativamente no combate a essa doença. Portanto, esse é um dos fatores que devemos levar em consideração ao atualizarmos as políticas e formular novos meios para diminuir o abandono principalmente entre os pacientes com menos anos de escolaridade, diminuindo a perpetuação da Tuberculose no Brasil.

PO301 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS AUTO REFERIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

THAYS GARCIA SOUTO DE FIGUEIREDO[1]; ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA[2]; IRDIVAL CRISTINO DE FIGUEIREDO[3]; MIGUEL PEREIRA DE QUEIROZ JÚNIOR[4]; MARCELO FOUAD RABAHI[5]; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA[6].

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, INHUMAS - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, INHUMAS - GO - BRASIL; 4. CENTRO EVANGÉLICO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 6. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Crônica Não-Transmissível; Comorbidade; Promoção da Saúde

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um grande desafio ao Sistema Único de Saúde. Estas doenças caracterizam-se por múltipla etiologia, curso prolongado, origem não infecciosa e associação com deficiências e incapacidades funcionais. Poucos estudos têm sido realizados para determinar a prevalência de DCNT e seu impacto em indivíduos com 40 anos ou mais no Brasil. **Objetivos:** avaliar a prevalência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis auto referidas nas Unidades de Saúde da Família. **Métodos:** tratou-se de um estudo transversal descritivo realizado com indivíduos com 40 anos ou mais das 10 Unidades de Saúde da Família do município de Inhumas-GO. Foi aplicado o instrumento validado do Projeto Latino-americano de Investigação em Obstrução Pulmonar (PLATINO), por meio do qual obteve-se o auto-relato de algumas doenças crônicas**:** DPOC, asma, bronquite, tuberculose, câncer de pulmão, cardiopatias, gastrite, hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular cerebral e obesidade. Os dados foram apresentados em média, desvio padrão e frequência relativa. **Resultados:** Foram avaliados 56 indivíduos com 40 anos ou mais, média de idade 63,32 anos e 69,6% com nível primário de escolaridade. As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial (31%), gastrite (23%), cardiopatia (17%), DPOC (16%) e asma (15%). **Conclusão:** Diante do exposto, concluímos que há uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população acima de 40 anos no município de Inhumas-GO. **Referências:** 1- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet 2011; 377(9781): 1949-61. 2- World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011. Geneva; 2011. 3- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PO302 INCIDÊNCIA DE INTERNAÇÕES, ÓBITOS E TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA CIDADE DE SALVADOR-BA NO PERÍODO DE 2008 A 2018

LUCAS TADEU CERQUEIRA DOS SANTOS; ANA CARLA DOS SANTOS COSTA; MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA NEVES.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Epidemiologia; Internação hospitalar

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por limitação do fluxo aéreo não totalmente reversível, progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos. A limitação ao fluxo aéreo

característica da DPOC é causada por uma combinação de doença das vias aéreas (bronquite) e destruição do parênquima (enfisema), sendo que a contribuição relativa de cada componente varia de pessoa para pessoa. Dados epidemiológicos apontam que a DPOC é uma das principais causas de morte no mundo, fato que acarreta encargos econômicos e substanciais para os indivíduos e para a sociedade. Assim, conhecer o perfil epidemiológico da DPOC torna-se fundamental para alertar a sociedade e a comunidade acadêmica sobre esta patologia, podendo auxiliar na prevenção de comorbidades associadas à doença respiratória. **Objetivo:** Investigar o número de internações, óbitos e taxa de mortalidade da doença pulmonar obstrutiva crônica na cidade de Salvador-BA no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018 através do banco de dados do DATASUS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais, de caráter transversal, descritivo, utilizando dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), subcategoria morbidade hospitalar, por local de internação, número de óbitos e taxa de mortalidade de paciente com DPOC, no período de 2008 a 2018, no município de Salvador-Bahia. **Resultados:** Durante o período de 2008 a 2018, foi registrado na cidade de Salvador 4. 629 casos de internações por DPOC, sendo 2. 201 em hospitais públicos, 1. 152 privados e 1. 276 obtiveram regime ignorado. No período estudado, o maior número de internações por DPOC ocorreu no ano de 2008 registrando 524 casos e o menor número foi registrado no ano 2012 com 364 pacientes internados. Quanto ao número de óbitos, foram registrados 626 casos, se tratando instituições privadas o número foi 205 óbitos, 267 em instituições públicas e 154 de regime ignorado, foi verificado que o maior número de óbitos ocorreu no ano de 2009, registrando 84 casos, já o ano de 2018 apresentou o menor número, totalizando 36 óbitos. Referente à taxa de mortalidade durante o período em análise, os dados apontam um total de 13,52%, sendo que o ano de 2009 apresentou o maior valor, cuja taxa de mortalidade foi de 19,22% e foi observado que no ano de 2018 apresentou um menor valor, 9,78%. Em relação ao sexo, os dados apontam que 2. 657 dos registros de pacientes foram do sexo masculino e 1. 972 foram do sexo feminino. **Conclusão:** O estudo evidenciou que a DPOC é um constante problema de saúde pública, aparentando períodos de oscilações entre as variáveis estudadas. Dessa maneira, a prevenção, o diagnóstico precoce e os tratamentos são importantes para redução do número de casos de internações e óbitos e consequentemente, redução da taxa de mortalidade.

PO303 RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO PULMONAR E TOLERÂNCIA À GLICOSE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA

KAROLINNE SOUZA MONTEIRO[1]; RICARDO FERNANDO ARRAIS[2]; FERNANDA ELIZABETH PEREIRA DA SILVA[2]; LUCAS MENESCAL JALES[2]; VERA MARIA DANTAS[2]; KARLA MORGANNA PEREIRA PINTO DE MENDONÇA[2].

1. UFRN, CAMPINA GRANDE - RN - BRASIL; 2. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Fibrose cística; Função pulmonar; Transtornos do Metabolismo da Glicose

Introdução: Associada às outras alterações, o diabetes mellitus relacionado à fibrose cística (DRFC) é a comorbidade mais comum na fibrose cística (FC), com características próprias, envolvendo sintomas inespecíficos, como atraso no desenvolvimento ponderal e declínio não explicado da função pulmonar. **Objetivos:** Avaliar a relação entre função pulmonar e tolerância à glicose em crianças e adolescentes com FC. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, cuja amostra total foi composta por 10 crianças e adolescentes com diagnóstico de FC, de 6 a 18 anos. Foram avaliadas as variáveis de idade, escolaridade e sexo. A função pulmonar foi avaliada por um espirômetro KoKo DigiDoser (Longmont, USA), seguindo as recomendações da *American Thoracic Society* (ATS)/ *European Respiratory Society* (ERS). A capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1), o índice de *Tiffeneau* (VEF_1/CVF) e o fluxo expiratório forçado entre 25%-75% da capacidade vital (FEF_{25-75}) foram registrados em valores absolutos e percentuais relativos ao sexo, idade e altura. A tolerância à glicose foi avaliada pelo teste oral de tolerância à glicose, cuja glicemia e insulina basal foram medidas em jejum. Após essa medição, o indivíduo ingeria 1,75 g/kg de glicose, até no máximo 75g e as variáveis foram novamente medidas após 120 minutos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN (**Parecer:** 2. 683. 882). Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17. 0. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. A relação entre as variáveis de função pulmonar e tolerância à glicose foram analisadas pelo teste de Pearson. **Resultados:** A amostra de crianças e adolescentes com FC foi composta por homens (60%), com idade média de 13,70±2,98 anos, com ensino fundamental incompleto (50%) e médio incompleto (50%). As correlações foram fracas e não significativas entre as variáveis insulina em jejum e CVF (rho=-0,17; p=0,66), VEF_1 (rho=0,05; p=0,89), PFE (rho=0,28; p=0,46), VEF_1/CVF (rho=0,05; p=0,89) e FEF_{25-75} (rho=-0,08; p=0,83); insulina após 120 min e CVF (rho=-0,54; p=0,13), VEF_1 (rho=-0,31; p=0,40), PFE (rho=0,10; p=0,79), VEF_1/CVF (rho=-0,27; p=0,47) e FEF_{25-75} (rho=-0,46; p=0,20); glicose em jejum e CVF (rho=-0,18; p=0,61), VEF_1 (rho=0,25; p=0,47), PFE (rho=0-0,26; p=-0,45), VEF_1/CVF (rho=-0,10; p=0,77) e FEF_{25-75} (rho=0,14; p=0,70); e glicose após 120 minutos e CVF (rho=0,01; p=0,96), VEF_1 (rho=-0,05; p=0,88), PFE (rho=-0,21; p=0,55), VEF_1/CVF (rho=0,01; p=0,97) e FEF_{25-75} (rho=0,01; p=0,96). **Conclusão:** Não houve relação entre função pulmonar e tolerância à glicose em crianças e adolescentes com FC. **Referências:** PRITCHARD, L. L. Respiratory Conditions **Update:** Cystic Fibrosis. FP essentials, v. 448, p. 35–43, 2016. MORAN, A. et al. Management of cystic fibrosis-related diabetes in children and adolescents. Pediatric Diabetes, v. 15, n. S20, p. 65–76, 2014.

PO304 CORRELAÇÃO ENTRE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS E ALTERAÇÕES ESPIROMÉTRICAS EM PACIENTES EXPOSTOS A POEIRA, LENHA E CARVÃO NA GRANDE JOÃO PESSOA

JULYA DE ASSIS SOUSA MORAIS; ELIAURIA ROSA MARTINS; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI; LARYSSA ALMEIDA DE ANDRADE TENÓRIO; LAÍS DE LIMA RIBEIRO; ALEXANDRA LAYS OLIVEIRA VIANA BARRETO.

FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: EXPOSIÇÃO; SINTOMAS RESPIRATÓRIOS; ESPIROMETRIA

Introdução: A poluição ocupacional e ambiental na forma de poeira, fumaça e vapor são fatores de risco importantes para o sistema respiratório, constituindo-se num dos principais determinantes para a função pulmonar na vida adulta. (MOREIRA et al., 2008). Dessa forma, a existência de sintomas respiratórios em uma população exposta funciona como um indicador indireto de doenças e da capacidade pulmonar. (DUARTE; PIVETTA; BOTELHO, 1997) **Objetivo:** Descrever e analisar os sintomas respiratórios e alterações espirométricas em pacientes com história de exposição a

poeira, a fumaça de lenha e carvão. **Métodos:** Realizou-se um estudo populacional e delineamento transversal de 122 pacientes, maiores de 18, durante 4 ações realizadas no Centro de Saúde Nova Esperança, em que foram avaliados os sintomas respiratórios e tempo de exposição da amostra através de um questionário padronizado. Desses, 54 realizaram espirometria de acordo com critérios pré-determinados. Foram classificados em sintomáticos – aqueles que referiam tosse e catarro por no mínimo 2 anos, chiado no peito nos últimos 12 meses sem associação com resfriado e grau de dispneia pela escala do MRC modificado > 2; e assintomáticos – os que não apresentaram nenhum desses critérios. **Resultados:** Dos 54 pacientes que realizaram a espirometria, 24 tinham história de exposição à poeira, carvão ou lenha, sendo o sexo feminino predominante com 79,2%, e a média de idade entre eles de 54,4 anos. Com relação aos resultados da espirometria, 9 apresentaram alterações, desses, 8 foram distúrbios ventilatórios obstrutivos leve e apenas 1 distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, e 15 obtiveram resultados normais. A prevalência dos sintomas nos pacientes com alterações espirométricas foi de: 66,7% dispneia, 55,5% tosse, 55,5% chiado, 44,4% catarro, 33,3% apresentaram os quatro sintomas e 11% foram assintomáticos. **Conclusão:** A partir dos dados analisados foi possível constatar que houve forte associação dos sintomas respiratórios com as alterações na capacidade pulmonar, visto que apenas 11% dos pacientes com espirometrias alteradas eram assintomáticos. Dessa forma, devido à importância médica, social e econômica, programas de prevenção, detecção e acompanhamento devem ser implementados para o cuidado dos pacientes vulneráveis ao efeito nocivo da exposição prolongada a esses agentes inalatórios. **Referências:** MOREIRA, M. A. C. et al. Estudo comparativo de sintomas respiratórios e função pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica relacionada à exposição à fumaça de lenha e de tabaco. J Bras Pneumol, v. 34, n. 9, p. 667-674, 2008. DUARTE, A. B. ; PIVETTA, A. ; BOTELHO, C. Prevalência de sintomas respiratórios e avaliação espirométrica em trabalhadores de marmorarias. J Pneumol, v. 23, n. 4, p. 179, 1997.

PO305 CORRELAÇÃO ENTRE SOBREPESO E OBESIDADE E ALTERAÇÕES ESPIROMÉTRICAS EM PACIENTES COM HISTÓRIA CLÍNICA DE ASMA E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NA GRANDE JOÃO PESSOA

JULYA DE ASSIS SOUSA MORAIS; ELIAURIA ROSA MARTINS; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI; LARYSSA ALMEIDA DE ANDRADE TENÓRIO; LAÍS DE LIMA RIBEIRO; ALEXANDRA LAYS OLIVEIRA VIANA BARRETO.
FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: OBESIDADE; SINTOMAS RESPIRATÓRIOS; ESPIROMETRIA

Introdução: Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e Asma são doenças respiratórias obstrutivas, nas quais as disfunções refletem em processos inflamatórios do trato respiratório (HISBELLO, CELSO, 2018), e têm seus diagnósticos realizados através da associação entre história clínica e alterações espirométricas. Alguns estudos realizados em indivíduos obesos sem comorbidades associadas indicaram que as complacências torácica e pulmonar reduziram devido ao acúmulo de tecido adiposo no tórax e abdome, determinando ampliação da retração elástica e diminuição da distensibilidade de estruturas extrapulmonares. A obesidade grau III pelo IMC pode evidenciar modificações espirométricas à medida que compromete o desempenho do diafragma e da musculatura torácica. No entanto, nos obesos graus I e II essas alterações variam muito, necessitando, portanto, de específica avaliação (CRAPO et al, 1982). **Objetivo:** avaliar a relação entre alterações espirométricas e o IMC. **Métodos:** Foram realizadas 4 ações sobre Asma, Tabagismo e DPOC nos Centros de Saúde Nova Esperança de abril a novembro de 2018, envolvendo 122 pacientes, os quais assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina Nova Esperança. A avaliação foi realizada através da espirometria e de um questionário padronizado e composto por medidas antropométricas, sintomatologia e análise de asma e DPOC através de COPD Assessment Test (CAT), escala de dispneia modificada (MRC) e iniciativa global contra a asma (GINA). **Resultados:** Dos 122 pacientes avaliados, 54 tinham história clínica relacionada às comorbidades citadas e, portanto, realizaram espirometria, nos quais 16 apresentaram distúrbio ventilatório obstrutivo leve a moderado. Destes pacientes com exame complementar alterado, 4 (25%) tinham IMC normal (18,6 a 24,9kg/m²), 7 (43,75%) sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²) 4 (25%) obesidade grau I e 1 (6,25%) obesidade grau II, observando uma média de IMC aproximadamente de 27,5 kg/m². **Conclusão:** Portanto, observa-se que o padrão respiratório encontrado nos pacientes sobrepesos e obesos graus I e II com história clínica presente foi obstrutivo, indicando que essa alteração espirométrica é atribuída a DPOC e Asma não controlada. Ratificando Rasslan et al (2004) ao inferir que pacientes com obesidade graus I e II não têm comprometimento da função pulmonar devido ao aumento compensatório da capacidade inspiratória. O padrão restritivo esperado não foi observado, provavelmente por não ter paciente com obesidade grau III. **Referências:** Campos, H. S. ; Ungier, C. E. Asma e DPOC: está na hora de mudar conceitos e o foco do tratamento. Braz. J. Allergy Immunol., São Paulo, v. 2, n. 2, p. 229-237, Fev. 2018. Crapo, R. O. et al. Lung volumes in healthy non-smoking adults. Bull Eur Physiopathol Respir. V. 18, p. 419 – 425, 1982. Rasslan, Z. et al. Avaliação da função pulmonar na obesidade graus I e II. J Bras Pneumol., São Paulo, v. 30, n. 2, p. 508 - 514, Dez. 2004.

PO306 SATISFAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A ESPIROMETRIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY.

EDVALDO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR; RODRIGO RAMOS RODRIGUES; ÁQUILA MATOS SOARES; LUCAS ANTÔNIO FERNANDES TORRES; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Espirometria; Educação; Extensão

Introdução: A espirometria é um exame complementar de grande importância na prática clínica, desde a investigação de dispneia até a avaliação pré-operatória. Trata-se de exame em que a total compreensão e colaboração do paciente é fundamental à acurácia. **Objetivo:** Uma série de pacientes prestes a submeter-se à avaliação espirométrica, foi acompanhada pelo projeto de extensão no ano de 2017 sendo-lhes fornecidas informações acerca do exame e colhidas suas impressões e dúvidas objetivando-se a mensuração do nível de satisfação com o exame, no que tange sua importância e execução. **Método:** Um questionário foi aplicado a 64 pacientes, o exame e as manobras necessárias foram descritas com empatia e paciência. Os dados obtidos a partir do questionário e dos exames espirométricos foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, indicação do exame (esclarecimento diagnóstico, seguimento clínico e avaliação pré-operatória), diagnóstico inicial, sucesso na realização

das manobras, resultado do exame e grau de satisfação do paciente com o exame. **Resultados:** De um total de 64 pacientes acompanhados, 41 (76%) eram do sexo feminino. Do total, 54 pacientes (84,4%) conseguiriam realizar as manobras espirométricas com sucesso. A indicação clínica mais comum para solicitação do exame foi esclarecimento diagnóstico (47,2%), seguida de seguimento clínico (45,3%) e avaliação pré-operatória (5,5%). Entre os pacientes em seguimento clínico, o diagnóstico mais prevalente foi de asma (66,7%), seguido de doença pulmonar obstrutiva crônica (16,7%), fibrose pulmonar e fibrose cística (4,2% cada). Ainda entre os pacientes em seguimento clínico, o achado espirométrico mais prevalente foi o de distúrbio ventilatório obstrutivo (65,2%), seguido de espirometria dentro da normalidade (20,8%) e distúrbio ventilatório restritivo (16,7%). Entre os pacientes em investigação diagnóstica (ainda sem diagnóstico definitivo), o achado espirométrico mais comum foi o de espirometria dentro da normalidade (76%), seguido de distúrbio ventilatório obstrutivo (20%) e distúrbio ventilatório restritivo (4%). Interrogados sobre a satisfação com o exame, a maioria dos pacientes considerou-o ótimo (50,9%) ou bom (34%). **Conclusão:** O alto índice de satisfação mostrado pelos pacientes participantes do projeto foi animador, e refletiu na positividade da intervenção apresentada. **Referências:** 1- PEREIRA, Carlos Alberto de Castro et al. Espirometria. In**:** Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para testes de função pulmonar. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2002;28(Supl 3)**:** S1-82. 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. **Brasília:** Ministério da Saúde, 2007.

PO307 REDUÇÃO DE CALIBRE TRAQUEAL DISTAL E ESTENOSE PROXIMAL DE BRÔNQUIO DIREITO POR SEQUELA DE TUBERCULOSE TRAQUEOBRÔNQUICA

GABRIELLY DE OLIVEIRA VIANA[1]; CECÍLIA GABRIELA DE ARRUDA CASTELO BRANCO BRITO[2]; GABRIELA JANUÁRIO DE OLIVEIRA[1]; JOSÉ LUCAS CARVALHO[2]; FRANCISCO ANTONIO BARBOSA DE QUEIROGA[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HULW/UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Estenose Traqueal; Sequela

Introdução: Apesar dos esforços para erradicação da Tuberculose (TB), cerca de 1/3 da população porta o agente etiológico. Embora o envolvimento pulmonar seja mais comum, a infecção traqueobrônquica ocorre em 10-40% dos casos. O diagnóstico e tratamento tardio contribuem para a ocorrência de várias sequelas, como a estenose traqueal - uma complicação rara, mais comum em mulheres jovens. Uma vez desenvolvida, a estenose é irreversível e impõe alta taxa de morbimortalidade. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 28 anos, não tabagista, previamente hígida, refere tosse seca há mais de seis semanas com piora progressiva. Tratada na atenção básica para doença do refluxo gastroesofágico. Sem melhora, procura médico pneumologista e inicia imunoterapia por suspeita de tosse alérgica, também sem melhora. Após oito meses, começa a sentir fortes dores em hemitórax direito associadas a dispneia. É internada e diagnosticada com pneumonia, sendo solicitada baciloscopia de escarro, com resultado positivo. Encaminhada para hospital referência, recebe tratamento domiciliar para TB. Após alta, faz seguimento ambulatorial. Ao exame físico, apresenta tosse bitonal e sibilos. Relato de asma leve na infância. É aventada hipótese de TB traqueal, associada prednisona 40 mg/dia, e prolongado o tratamento tuberculostático, já em curso por quatro meses, para nove meses. Laringoscopia normal; Tomografia Computadorizada (TC) de tórax revelando estenose traqueal distal e proximal de brônquio direito; espirometria evidenciando síndrome obstrutiva grave. Concluído o tratamento tuberculostático, com critérios de cura e baciloscopias de controle negativas, a paciente segue com tosse e dispnéia, e aguarda conduta da cirurgia torácica em planejamento de traqueoplastia e uso de endoprótese traqueal. **Discussão:** O acometimento traqueal é uma expressão rara da TB pulmonar, ocorrendo em cerca de 4% dos pacientes com a forma endobrônquica, tendo predileção por mulheres jovens. Um diagnóstico tardio pode levar a atelectasias, estenose, fibroses, pneumonia obstrutiva, hemoptise e dispnéia. A doença pode afetar toda a extensão ou apenas um segmento da traquéia e brônquios, com apresentação insidiosa ou aguda. O quadro de TB traqueobrônquica inclui tosse produtiva, hemoptise, dor torácica, fraqueza generalizada, febre, dispneia e broncorreia. O padrão-ouro para diagnóstico é o achado de granulomas na mucosa traqueal e/ou brônquica, porém este pode ser efetuado por exames de imagem - radiografia e TC de tórax - e de escarro devido a alta prevalência da doença em nosso território, como elucidado por nossa conduta. Confirmado o diagnóstico, deve-se rapidamente instituir a terapêutica relatada no caso. Assim, apesar da prevalência, observa-se que a TB ainda possui diagnóstico tardio. As possibilidades terapêuticas para o caso envolvem a dilatação, corticoterapia sistêmica ou tópica, uso do laser e a ressecção cirúrgica com implantação de prótese traqueal.

PO308 ACTINOMICOSE PULMONAR INVASIVA SIMULANDO NEOPLASIA EM MULHER TABAGISTA

CAMILA STEPHAN DE OLIVEIRA; SILMARA MACHADO; BEATRIZ MODESTO SCALASSARA; LUANA RIBEIRO DA SILVA; CRISTIANE MARCOS SOARES DIAS FERREIRA; ELLEN PINHEIRO TENÓRIO DE ALBUQUERQUE.
HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: ACTINOMICOSE PULMONAR; NEOPLASIA; INVASIVA

Introdução: A actinomicose é uma infecção granulomatosa rara, crônica e progressiva causada por bactérias do gênero Actinomyces. Ainda que esta doença se manifeste em diversos sítios do corpo humano, o acometimento cervicofacial é o mais prevalente, enquanto sua forma pulmonar é rara. A actinomicose pulmonar representa aproximadamente 15% do total da doença. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 71 anos, admitida com quadro de dispneia aos esforços, dor em hemitórax esquerdo ventilatório-dependente, perda ponderal não quantificada, hiporexia e queda do estado geral. Negava tosse, sibilância e febre. Os sintomas tiveram início há alguns meses, com piora nos últimos 10 dias, quando ficou restrita ao leito. Como antecedentes apresentava tabagismo (>100 anos/maço), câncer de mandíbula há 8 anos, tendo sido submetida à cirurgia, quimioterapia e radioterapia e uma internação recente em outra instituição para investigação de pneumopatia. Ao exame físico, apresentava-se emagrecida, afebril, hipocorada, normotensa, eupneica, normocárdica, murmúrio vesicular globalmente reduzido e abolido em base pulmonar esquerda, ausência de ruídos adventícios, com SpO2 de 96% em ar ambiente. Palpação dolorosa em região subcostal a esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais de admissão revelaram leucocitose e anemia. A tomografia computadorizada de tórax demonstrava massa pulmonar com realce heterogêneo e áreas de degeneração cística/necrótica em segmento superior do lobo inferior esquerdo, medindo 10,8 X 6,5 cm associada a obstrução brônquica segmentar, determinando

erosão de bordas do 7º e 8º corpos vertebrais e arcos costais adjacentes, sem evidências de linfonodomegalias. Broncoscopia realizada em outro serviço há 28 dias com biópsia de lesão evidenciada em brônquio do lobo inferior esquerdo, cujo exame histopatológico demonstrou grânulos de Actinomyces sp e denso componente inflamatório eosinofílico com ausência de malignidade, afirmando o diagnóstico de actinomicose pulmonar. Iniciado tratamento com clindamicina e ampicilina. Não apresentava condições clínicas para tratamento cirúrgico. No vigésimo- terceiro dia de internação, evoluiu com pneumonia por broncoaspiração, insuficiência respiratória e óbito. **Discussão:** Actinomyces são bacilos Gram-positivos filamentosos, pertencentes à flora da orofaringe, trato gastrointestinal e urogenital. Sua forma pulmonar tem na sua fisiopatologia a aspiração de secreções contendo esse patógeno para os pulmões. Os achados clínicos e radiológicos mais comuns incluem dor torácica, tosse produtiva, dispnéia e infiltrados fibróticos em único lobo, com pequenas lesões cavitárias respectivamente. Essa inespecificidade clínica e radiológica dificulta o diagnóstico de tal condição e pode levar a conclusões errôneas por simular outras infecções e neoplasias malignas, configurando um prognóstico pior em relação a sua forma cervicofacial e abdominal.

PO309 PREVALÊNCIA DAS MNTB (MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSE) NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

ARTHUR JOSÉ DE SOUSA TEMÓTEO; THOMAS KEVIN CANTALICE NÓBREGA; JESSICA FRANCIS DE CARVALHO NASCIMENTO; FELIPE SILVA TAVARES; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA; GEÓRGIA FREIRE PAIVA WINKELER.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Micobactérias não tuberculose; Prevalência; Microbiologia

Introdução: As micobactérias não tuberculose (MNTB) incluem as espécies que não pertencem ao complexo Mycobacterium tuberculosis. Esses microrganismos causam doença pulmonar de evolução crônica, geralmente semelhante à tuberculose**:** tosse, febre, hemoptise, perda de peso. Contudo, essas espécies são geralmente resistentes aos fármacos tuberculostáticos, sendo importante o diagnóstico precoce a fim de estabelecer uma estratégia adequada de tratamento. **Objetivos:** Os objetivos do trabalho incluem verificar a epidemiologia das MNTB em pacientes tratados para tuberculose em hospital de referência na Paraíba; determinar os métodos para o diagnóstico da doença; identificar a espécie de MNTB causadora e avaliar adesão à terapia após o diagnóstico da doença. **Métodos:** O trabalho foi desenvolvido por revisão de prontuários de pacientes com doença pulmonar causada por MNTB. Foram incluídos doentes com suspeita/confirmação de infecção por MNTB. Foram excluídos portadores de MNTB que não desenvolveram a doença. Os doentes diagnosticados durante a coleta foram acompanhados quanto à adesão ao tratamento. A população alvo foi de 12 pacientes atendidos no Complexo Hospitalar Clementino Fraga entre 2007 e 2014. Os dados coletados foram tabulados e analisados quali-quantitativamente através de planilha eletrônica. Resultados e **Discussão:** Dos 12 pacientes, 10 tiveram diagnóstico prévio de tuberculose pulmonar, com identificação posterior de MNTB, denotando a predominância da forma pulmonar em relação à extrapulmonar (dois casos neste trabalho). Todos os pacientes foram submetidos inicialmente à cultura bacteriana do escarro como diagnóstico. Quando essas não eram esclarecedoras, recorria-se a outras técnicas para confirmação**:** broncoscopia com cultura do lavado broncoalveolar (um paciente) e múltiplas culturas do escarro (sete pacientes). Dois casos de MNTB extrapulmonar foram confirmados por biópsia. Apenas um paciente fez uso de três técnicas para o diagnóstico. Quanto às espécies, 50% dos pacientes não tiveram diagnóstico da espécie causadora. Dos que tiveram a espécie identificada, a distribuição ocorreu de acordo com a literatura, sendo o complexo M. avium 33,3% dos casos, seguidos de M. fortuitum, M. interjectum, M. kansasii e M. abscessus, cada um com 16,6% dos casos. Quanto ao tratamento, observou-se adesão à terapia após a identificação da espécie, porém em 16,6% dos pacientes com espécies encontradas foi preciso alterar o esquema terapêutico devido à resistência em teste de sensibilidade. **Conclusão:** Já foi demonstrado que as doenças por MNTB são comuns e responsáveis por um amplo espectro de manifestações clínicas. Em virtude do gasto dispensado com tratamento inadequado e complicações da doença não tratada, é necessária a identificação da espécie de micobactéria em pacientes com quadro clínico sugestivo. Além disso, demonstra-se o valor da investigação precoce a fim de obter uma reversão do quadro do paciente, propiciando-lhe melhores condições de saúde.

PO310 ASPERGILOSE PULMONAR PÓS-TUBERCULOSE EM PACIENTE HEPATOPATA: UM RELATO DE CASO

VIVIANE FERNANDES MAGALHÃES; CLARA VITÓRIA SILVA OLIVEIRA; FELIPE MATEUS DOS SANTOS MORAES; GABRIEL PEREIRA REICHERT; LAÍS NÓBREGA VIEIRA; TOBIAS SAMPAIO DE LACERDA.
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Aspergilose pulmonar; Aspergillus fumigatus; Aspergiloma

Introdução: Aspergilose pulmonar é uma infecção fúngica cujo agente etiológico são os fungos do gênero Aspergillus, sendo a maioria ocasionada pelo Aspergillus fumigatus. Esse pode ser encontrado com facilidade em qualquer ambiente, o que justifica a sua fácil propagação através das correntes de ar. Por ser uma doença oportunista, os pacientes mais suscetíveis são**:** imunodeficientes, uso prolongado de glicocorticóides e os que possuem doença pulmonar prévia. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 47 anos, indígena, servente de pedreiro, natural e procedente do Rio de Janeiro – RJ, atualmente residente em Bayeux – PB. Referiu que há cerca de 1 ano apresentou quadro vespertino de calafrios, tontura, cefaleia, febre, vômito, anorexia, tosse produtiva com expectoração mucóide, sem relação de melhora com decúbitos e piora em decúbito lateral direito, associada à dispneia de pequenos esforços. Afirma histórico de tuberculose há 2 anos, não tendo concluído o tratamento, DPOC, cirrose hepática, ascite e etilismo há 30 anos. Devido à piora dos sintomas, além de relatar perda de 25% do peso em 1 mês, astenia e dispneia com maior intensidade, paciente deu entrada, no dia 25/07/18, no Complexo de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga com suspeita de tuberculose, apresentando ainda sibilância e vômica. Realizou radiografia de tórax com imagem cavitária em ápice pulmonar esquerdo, prova tuberculínea com 12mm, TRM-TB negativo, tomografia apresentando consolidação em lobo superior do pulmão sugestiva de bola fúngica, hemoculturas sem a presença de crescimento bacteriano, espirometria com obstrução severa e broncoscopia com lavado broncoalveolar normal. Realizou tratamento para Aspergiloma Pulmonar, em uso de Vancomicina EV 12/12h, Meropenem EV 8/8h, Itraconazol 12/12h e Anfotericina B EV 1 vez ao dia. Referiu melhora dos sintomas, recebendo alta no dia 19/09/18. **Discussão:** O

caso clínico retrata o subtipo aspergilose pulmonar cavitária crônica, com o adendo de ser secundária à uma tuberculose pulmonar, associada a quadro de cirrose hepática. Fatores esses que qualificam uma importante característica, uma vez que o hospedeiro suscetível é classicamente levemente imunossuprimido. O aspecto predominante dessa doença consiste em uma ou mais cavidades pulmonares que se expandem em um período de meses ou anos, associadas a sintomas pulmonares e manifestações sistêmicas, como fadiga, dispneia, tosse e perda de peso, além de marcadores inflamatórios elevados. Seu início é insidioso e as manifestações sistêmicas podem ser mais proeminentes que os sintomas pulmonares. As cavidades, por sua vez, podem ter um nível líquido ou aspergiloma, mas infiltrados pericavitários e cavidades múltiplas, com ou sem espessamento pleural, são típicos. Uma superfície cavitária interna irregular e paredes cavitária espessadas são indicativas da doença em atividade. Sem tratamento, essas cavidades podem aumentar de tamanho e coalescer.

PO311 PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM REGIÃO NÃO-ENDÊMICA: RELATO DE CASO.

JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; VICTÓRIA RODRIGUES GRANJA ALENCAR; JOSÉ FABRÍCIO MACEDO; PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO; HANNA LETÍCIA NOGUEIRA RAMOS.
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; Infecção fúngica; Região não endêmica

Introdução: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada por fungos termodimórficos de duas principais espécies**:** Paracoccidoides brasiliensis (P. brasiliensis) e Paracoccidioides lutzii (P. lutzii) e relacionada às atividades agrícolas. Tabagismo acima de 20 anos-maço está frequentemente associada à micose e, diferentemente de outras micoses pulmonares, a imunossupressão do hospedeiro não é necessária para o desenvolvimento da doença. A PCM é endêmica nas região centro-oeste e sudeste do Brasil, sendo infrequente no estado de Pernambuco. **Relato de Caso:** Um homem de 64 anos se apresentou ao ambulatório de Pneumologia com queixa de dispneia mMRC 3 e perda ponderal de 6 quilos, iniciados dois meses antes do atendimento. Relatou ser ex-fumante de carga tabágica 50 anos-maço, havendo cessado no início dos sintomas respiratórios, e trabalhou como agricultor de cana-de-açúcar no agreste do estado de Pernambuco. Negava outras morbidades atuais ou prévias e não fazia uso de medicações regulares. Exame físico não mostrou alterações e a saturação de oxigênio em ar ambiente era de 98%. Exames laboratoriais básicos eram normais, com tomografia de tórax evidenciando infiltrado bilateral extenso com sinal do halo invertido presente. Realizada sorologia para paracoccidioidomicose, a qual resultou positiva no título X. Pela suspeita de co-infecção pulmonar, o lavado broncoalveolar (LBA) foi realizado e recuperou células fúngicas compatíveis com P. brasiliensis. Foi iniciado o tratamento com itraconazol 200mg/dia com resolução da queixa de dispneia, redução dos títulos sorológicos para PCM e grande melhora tomográfica. **Discussão:** No Brasil, a maior área endêmica de PCM compreende o sudeste, centro-oeste e sul. Uma menor região, também endêmica, inclui os estados do Pará, Maranhão e Tocantins2,3. Apesar de existirem áreas endêmicas bem definidas, o caráter casual e não repetitivo das observações, aliado às dificuldades de isolamento do agente etiológico, dificulta a exata localização do patógeno no ambiente. Além disso, a falta de surtos epidêmicos, o prolongado período de latência da doença e as frequentes migrações das populações de áreas endêmicas dificultam a identificação do local onde a infecção foi adquirida, não sendo possível afirmar se os casos encontrados fora das áreas endêmicas são autóctones ou decorrentes dessas migrações populacionais4. O perfil epidemiológico do nosso paciente, absolutamente compatível com o da literatura, associado ao exame de imagem, permitiu a investigação diagnóstica para PCM. Relatamos um caso de paracoccidioidomicose pulmonar diagnosticada em região não-endêmica com boa resposta clínico-laboratorial ao itraconazol, evidenciando que o alto índice de suspeição deve estar presente para o diagnóstico desta micose pulmonar.

PO312 DIFICULDADE NO MANEJO DE PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR POR MYCOBACTERIUM - RELATO DE CASO

RAQUEL ESPÍNOLA SALDANHA[1]; ELIZABETH CLARA BARROSO[2]; LIA DE OLIVEIRA DOMINGUES[1]; GABRIEL ARAÚJO BEZERRA[1]; LUCAS HENRIQUE DUARTE SOBREIRA[1]; ANA LÍGIA MEDEIROS DO NASCIMENTO[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; 2. HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: M. abscessus; micobacterioses; antimicrobianos

Introdução: O tratamento de micobacterioses pulmonares por *M. abscessus* (*Ma*) é um desafio até em serviços de referência mundiais pela baixa sensibilidade aos antimicrobianos existentes. Em 22 anos, tratou-se nesse serviço 18 casos de *Ma*, com realização de 4 cirurgias adjuvantes, sendo 2 em um caso. **Caso clínico:** Paciente mulher, 46 anos. Fez tratamento para tuberculose (TB) em 2009, com esquema básico (EB)**:** Rifampicina (R), Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (E) com cultura para BK (CBK) do lavado broncoalveolar (LBA)(+) em mar/2009, evoluindo para falência. Em 2010, CBK foi (+) para Micobactéria não tuberculosa (MNT) no LBA. Tinha asma, usava Formoterol+Budesonida. Negava fumo, diabetes, hipertensão. FAN e anti-HIV (-). Em jun/2011 iniciou tratamento com Amicacina (A), Claritromicina (Cl) e E. *Ma* foi identificado em centro de referência. Radiografia (Rx) e tomografia do tórax apresentavam infiltrado e bronquiectasias no lobo superior direito (LSD). Apresentou 2 CBK(-). Em set/2011 apresentou expectoração verde e hemoptise e 2 CBK(+), evoluindo para falência. Foi iniciado Imipenem (Ip) (4 meses), A (por apenas 3 meses, pois surgiu surdez) e Levofloxacino (L). Em ago/2012 foi realizada lobectomia superior direita e segmentectomia 6. Complicou com sangramento e foi reoperada. Teve alta em jan/2014 com 3 CBK(-). Em dez/2014 o LBA revelou BAAR(-) e GeneXpert(+) sensível à R e surgiram bronquiectasias no lobo superior esquerdo (LSE). Foi tratada com EB por 9 meses e teve alta com CBK(-) no escarro. Em out/2015 voltaram os sintomas e CBK(+) para MNT (*Ma*?) e Rx de tórax com foco de fibrose no LSD e bronquiectasias no LSE. Em out/2015 iniciou**:** R, A, L, Clofazimina (Cf) e Linezolida. Ela alternou CBK(-) e (+) impossibilitando a alta. Em out/2017 foi dada a falência e iniciado Moxifloxacino, Cl e sulfametoxazol e trimetoprim. Cl foi suspensa por hepatite medicamentosa. Foi realizada lobectomia superior em jun/2018 usando o esquema**:** Cf, A e Ip. Permanece em uso de Cf, L com 2 CBK(-) e permanece sem expectoração no 12° mês pós cirurgia. **Discussão:** Chama-se atenção para realização de 2 cirurgias torácicas e mudanças de esquema por intolerância, comprovando a grande dificuldade no manejo. A tendência crescente, a notável morbimortalidade e o fraco resultado do tratamento atual urgem mais pesquisas de drogas

efetivas contra essa micobacteriose. **Referências:** Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(4): 367-416. Lee MR, Sheng WH, Hung CC, Yu CJ, Lee LN, Hsueh PR. Mycobacterium abscessus Complex Infections in Humans. Emerg Infect Dis. 2015;21(9): 1638–1646. doi: 10. 3201/2109. 141634 Novosad SA, Beekmann SE, Polgreen PM, Mackey K, Winthrop KL; M. abscessus Study Team. Treatment of Mycobacterium abscessus Infection. Emerg Infect Dis. 2016;22(3): 511–514. doi: 10. 3201/eid2203. 150828

PO313 MUCORMICOSE PULMONAR EM PACIENTE COM SEQUELA DE TUBERCULOSE PULMONAR PRÉVIA: RELATO DE CASO

CARLOS VICTOR BRASILEIRO BARBOSA GUIMARÃES; BIANCA CASTRO MARTINS DE OLIVEIRA TEÓFILO; LIA DE OLIVEIRA DOMINGUES; RICARDO COELHO REIS; FRANCISCA LILLYAN CHRISTYAN NUNES BESERRA; FELIPE PESSOA DE ARAÚJO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Mucormicose; Infecção fúngica; Tuberculose pulmonar

Introdução: Mucormicose é uma infecção fúngica oportunista causada pelo fungo *Mucorales*, de alta morbimortalidade. Fatores predisponentes são diabetes mellitus não controlada e terapia de imunossupressão. É caracterizada por lesões nodulares e cavitárias, com predomínio dos lobos pulmonares superiores. Tuberculose (TB) prévia parece ser um emergente fator de risco. **Relato:** Paciente, 60 anos, sexo feminino, ex-tabagista com tratamento prévio para TB pulmonar há 8 anos. Há cerca de 2 anos evoluiu com febre intermitente não aferida, perda de peso progressiva, episódios de hemoptise volumosa (> 100 ml) e tosse persistente variando de seca a produtiva. Procurou atendimento, chegando a realizar novamente tratamento para TB pulmonar, sem melhora. Iniciou acompanhamento no Hospital Universitário Walter Cantídio onde a radiografia de tórax mostrou lesões fibrorretráteis nos ápices, espessamento pleuroapical bilateral e obliteração do seio costofrênico por espessamento pleural. A TCAR de tórax evidenciou cavitação em ápice do hemitórax direito preenchida por material com densidade de partes moles com "sinal do crescente aéreo", bronquiectasias apicais bilaterais, atelectasia parcial do hemitórax esquerdo associado a bronquiectasia, notadamente em segmento lingular, e micronódulos centrolobulares em ambos os campos pulmonares, predominando à direita. A broncoscopia mostrou bronquite à direita e dilatação dos brônquios segmentares do lobo superior direito com lesão endobrônquica, cuja biópsia revelou numerosas estruturas fúngicas representadas por hifas alargadas, septadas, com ramificações em ângulo reto e reforço da parede na coloração de Grocott, representando infecção fúngica consistente com mucormicose. A cultura do lavado broncoalveolar foi negativa para BK. Foi iniciado tratamento com Anfotericina B e decidido não abordar cirurgicamente devido a função pulmonar precária. Paciente evoluiu com melhora clínica significativa e mesmo com cultura negativa para fungos, foi decidido manter terapia e alta da paciente após dose alvo atingida (3g), com desaparecimento quase completo dos sintomas. **Discussão:** Embora a epidemiologia e a imagem radiológica fossem mais sugestivas de infecção por *Aspergillus*, a presença de sintomas constitucionais como febre, perda de peso e o achado de lesão endobrônquica devem servir de alerta para diagnósticos diferenciais de infecções oportunistas menos habituais ou da própria reativação da doença de base. Isso é especialmente importante em nosso meio, onde infecções pulmonares com clínica semelhante à TB podem dificultar o diagnóstico e postergar o tratamento correto desse subgrupo de alta morbimortalidade. **Referências:** KASPER, Dennis L. et al. Medicina interna de Harrison. 19. ed. Porto **Alegre:** AMGH, 2017 PRAKASH, H. ; CHAKRABARTI, A. Global Epidemiology of Murcomycosis. Jornal of Fungi, 2019

PO314 CRIPTOCOCOSE PULMONAR EM ADULTO IMUNOCOMPETENTE

TAYSA ANTONIA FELIX DA SILVA[1]; BRUNA GHELLER[1]; ALEXANDRE TREVISAN[1]; FELIPE BEAL[1]; RICARDO LUCATTO BAIDA[2]; MARCOS RIBEIRO[1].
1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DO CÂNCER DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Criptococose; Imunocompetente; Itraconazol

Introdução: A criptococose pulmonar é uma doença fúngica causada por gêneros do Cryptococcus. Neste relato, descrevemos um caso de criptococose pulmonar diagnosticada em paciente adulto imunocompetente. **Relato de Caso:** J. C., 68 anos, masculino. Foi atendido em Março de 2017 com história de tosse seca com piora progressiva há 30 dias associado à dor pleurítica. Realizou tratamento para pneumonia devido a consolidação evidenciada em radiografia de tórax. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) demonstrou consolidação pulmonar heterogênea em lobo médio com áreas de hipocontrastação sem broncogramas aéreos medindo 7,8 x 7,3 cm em contato com superfície pleural e linfonodomegalias mediastinais. Devido a tabagismo, etilismo e história de neoplasia em familiares de primeiro grau foi encaminhado para um serviço de Oncologia. Realizou TCAR onde evidenciou-se massa, em lobo médio, medindo 9,0 x 7,1 x 6,7 cm, estendendo-se da região peri-hilar até a pleura adjacente. Realizou broncoscopia com lavado broncoalveolar que foi negativo para células neoplásicas e após, foi submetido a linfadenectomia mediastinal onde foi encontrado hiperplasia linfóide reacional e ausência de malignidade. Devido à elevada suspeita clínica para neoplasia foi optado pela realização de biópsia transtorácica a qual evidenciou estruturas numulares compatíveis com Criptococcos sp. Iniciado tratamento com itraconazol 200 mg/dia em Outubro de 2017. Paciente apresentava sorologias negativas. Segue em acompanhamento ambulatorial com melhora clínica e radiológica progressivas sendo a última TCAR em fevereiro de 2019 demonstrando involução da massa, porém ainda com lesão pulmonar escavada de paredes espessas em lobo superior do pulmão direito medindo 4,3 x 3,5 cm. Avaliado em março de 2019, permanece em uso da medicação sendo programado controle radiológico e término do tratamento em 6 meses. **Discussão:** Criptococose é a infecção causada pelo basidiomiceto encapsulado do gênero Cryptococcus, um patógeno oportunista. A infecção por C. gattii afeta principalmente pacientes imunocompetentes, enquanto o C. neoformans afeta os imunocomprometidos. Na maioria dos casos, a inalação de Cryptococcus spp. produz uma infecção pulmonar assintomática autolimitada e as leveduras permanecem latentes, podendo morrer ou com um posterior evento de imunossupressão são reativadas e causam doença. A disseminação pulmonar a outros órgãos pode ocorrer como resultado de uma infecção primária ou secundária. O C. gattii é mais propenso que o C. neoformans a causar grandes lesões de massa (criptococomas) nos

pulmões. Essas grandes lesões, especialmente quando ocorrem como lesões únicas, podem mimetizar doença neoplásica ou abscessos piogênicos. O tratamento para a doença pulmonar isolada pode ser realizado com fluconazol ou itraconazol (200-400 mg/dia) por 6-12 meses.

Referências: Severo CB, Gazzoni AF, Severo LC. Capítulo 3 - Criptococose pulmonar. J BrasPneumol. 2009;35(11): 1136-1144

PO315 PNEUMONIA NECROTIZANTE EM PACIENTE PEDIÁTRICO DESENCADEADA POR H3N2: UM RELATO DE CASO COM ESTUDO DE NECROPSIA

JESSICA RAYANNE PEREIRA SANTANA[1]; KARINA ALVES MEDEIROS[1]; LUIZ FELLIPE GONÇALVES PINHEIRO[1]; KARLA GRAZIELY SOARES GOMES[1]; SÁVIO SAMUEL FEITOSA MACHADO[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL; 2. UNIVERSADADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia necrotizante; Influenza; Sepse

Introdução: A infecção respiratória aguda constitui a segunda maior causa de óbito em crianças menores de 5 anos no Brasil, sendo o vírus *influenza* um importante agente etiológico nessa faixa etária. A pneumonia necrotizante é uma rara complicação nessas infeções, sendo caracterizada por focos necróticos de consolidação pulmonar. Acredita-se que o preenchimento dos alvéolos por resíduos inflamatórios promova a trombose de capilares pulmonares e de vasos centrais o que implica no desenvolvimento da necrose. **Relato de Caso:** MDRL, do sexo feminino, 5 meses de idade, foi atendida com história de infecção respiratória havia cerca de 2 semanas, caracterizada por rinorreia, tosse e febre, e há dois dias apresentara piora do estado geral, com redução do nível de consciência. Foi admitida em estado grave no hospital, taquidispneica, hipoativa, com murmúrios vesiculares presentes em ambos os hemitórax, frequência respiratória de 60 irpm, gemente e com batimento de asa de nariz, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica assistida. Apresentou sangramento pulmonar profuso e sangramento pelo TGI. Foram iniciados Tamiflu, Ceftriaxone e Oxacilina, e foi administrado concentrado de hemácias. Evoluiu com parada cardiorespiratória e foi a óbito. Segundo familiares apresentava desenvolvimento neuropsicomotor normal e estava com vacinação em dia. A autópsia revelou cianose em extremidades. Encéfalo pesado, edematoso. Líquor com aspecto hemorrágico. Derrame pleural espesso, turvo/hemorrágico, bilateralmente. Pulmões congestos com áreas necrotizantes e aspecto de hepatização rubra em bases, sem secreções purulentas. Coração com petéquias em ápice, septo íntegro e cavidades ventriculares contendo coágulos. Estômago sem pregas, intestino delgado hemorrágico, adenodomegalia mesentérica, fígado com áreas de esteatose e esplenomegalia. Vagina e ânus com sangramento escuro, sem evidência de trauma. Testes rápidos anti-HIV, hepatites B e C negativos. Sorologia IgM para dengue no LCR negativa. Pesquisa para Influenza H3N2 por RT-PCR no líquor e no derrame pleural positivas. **Discussão:** A paciente tem um quadro típico de pneumonia, confirmado pela hepatização do pulmão e pela história clínica de febre, tosse e taquipneia. Os pulmões são congestos, mas sem secreção purulenta, aspecto que já sugeria infecção de etiologia viral, confirmada posteriormente ser H3N2. Contudo, os achados de áreas necróticas evidenciam a progressão atípica da doença para uma pneumonia necrotizante, complicação incomum na PAC causada por vírus, frequente em adultos com infecção por bactéria. O quadro arrastado da doença é um provável fator agravante para esse desfecho. O derrame pleural surge como consequência das obstruções promovidas pela necrose, que também contribui com o desenvolvimento de um quadro séptico, comprovado pelo edema cerebral e aspecto hemorrágico do liquor.

PO316 SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO EM PACIENTE COM DERMATOMIOSITE AMIOPÁTICA: UM RELATO DE CASO.

MANOEL GILMAR GURGEL JUNIOR.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, APODI - RN - BRASIL.

Palavras-chave: SINDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO; DERMATOMIOSITE; VENTILAÇÃO MECÂNICA

Introdução: A Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) é uma marcada por intensa resposta inflamatoria pulmonar e/ou sistêmica, determinando alteração da mecânica respiratória e hipoxemia. Dentre os desafios do manejo da síndrome, temos o correto diagnótico etiológico, para tratamento deste. **Descrição do caso:** A. S. L., 37 anos, feminina, acompanhada pelo serviço de Reumatologia com diagnóstico prévio de Dermatomiosite Amiopática, internada devido dispneia em repouso, tosse seca e rinorreia hialina há 1 semana, associada a febre baixa diária. Trazia uma tomografia computadorizada (TC) de tórax de 5 meses antes, sem sinais de atividade de doença. Nos exames admissionais, chamava a atenção leucopenia e o LDH aumentado. Foi realizada nova TC de tórax, que mostrou padrão de vidro fosco difuso, principalmente em ápices e bases pulmonares bilateralmente. Durante os primeiros dias de internação, a paciente evoluiu com piora importante da dispneia e hipoxemia, sendo necessária intubação orotraqueal e ventilação mecânica, iniciado tratamento antibiótico para cobertura de Pneumocistose e Pneumonia Bacteriana, sendo admitida em Unidade de Terapia Intensiva, por Insuficiência Respiratória Aguda do tipo hipoxêmica, devido SDRA Grave. Colocada em estratégia de ventilação protetora para SRDA, em bloqueio neuromuscular, iniciada pulsoterapia com costicoesteróides. Apesar disso, a paciente não apresentou melhora dos índices gasométricos, sendo submetida à manobra de pronação dois dias seguidos, assim observada melhora das trocas gasosas. A paciente, apesar de tudo, apresentou nova piora, evoluindo posteriormente ao óbito. **Discussão:** Uma vez em SDRA, foi utilizado estratégia de ventilação protetora, sendo necessário sedação e bloqueio neuromuscular, pulsoterapia e suporte intensivo. Com refratariedade das medidas de ventilação, foi indicado ventilação por pronação para recrutamento alveolar, assim como o uso de ECMO, que foi indicada em para esta paciente que apresentava PaO2/FiO2< 100, sendo refratário por rápida progressão da doença. No caso em questão, paciente evoluiu para a forma fibroproliferativa com posterior fibrose, além de enfisema subcutâneo importante. Sendo assim, tornando precária a abordagem terapêutica nessa fase.

PO317 DESMAME VENTILATÓRIO GUIADO POR ULTRASSONOGRAFIA PULMONAR EM DPOC EXACERBADO

MARIA MARINA DA NÓBREGA CARVALHO; CAROLINE LOPES DA NÓBREGA; DANIELLE HELANY ROSA DE SOUZA; JOÃO VITOR PEREIRA VIEGAS; THANA ARAÚJO ALVES DE SOUZA LIMA; WENDELL DUARTE XAVIER.
CENTRO UNIVERSITÁRIO JOÃO PESSOA - UNIPE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Ultrassonografia Pulmonar; Extubação; DPOC exacerbado

Introdução: A Ultrassonografia (USG) Pulmonar vem sendo utilizada para diagnóstico e acompanhamento de afecções pulmonares, principalmente em pacientes de cuidados intensivos, como em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e situações de urgência, pois revela informações quantitativas e qualitativas, permite avaliação de alterações da parede torácica, como arcos costais, espaços pleurais e parênquima pulmonar, e tem 81 a 97% de sensibilidade e 95 a 100% de especificidade. **Relato de Caso:** Masculino, 64 anos, tabagista, DPOC exacerbado com pneumonia, evolui com Insuficiência Respiratória tipo I e II (IRpA) e com Síndrome da Angústia Respiratória (SDRA) moderada (com PF 126); apresentando necessidade de uso de bloqueador neuromuscular para complemento ventilatório invasivo. Permaneceu seis dias com tubo orotraqueal (TOT) com melhora do quadro infeccioso e da relação PIF, entretanto agitado, com Índice de Tobin 107 l/min (VN**:** 104 l/min), hipertenso (PAS 122 mmHg), taquicárdico (120 bpm), com RASS +2. No dia seguinte, foi realizada USG Pulmonar que apresentou ausência de linhas B, pulmão seco, com boa aeração, diafragma funcionante, espessando e com amplitude preservada e sem disfunção diastólica. Dessa forma, extubação foi guiada pela USG e realizada com sucesso. Paciente evoluiu com falência superada. **Discussão:** A USG é um método acessível, com excelentes resultados para a monitorização e avaliação de desmame ventilatório. Sua utilização tem indicações diversas, incluindo paciente dispneicos ou com insuficiência respiratória aguda. Além disso, avalia a função diafragmática através da sua movimentação na inspiração profunda. A movimentação diafragmática é um bom fator preditor para sucesso de extubação e, guiada pelo ultrassom, pode acelerar o desmame da ventilação mecânica. O exame possui diversos artefatos visuais que representam condições fisiológicas ou patológicas associadas ao paciente. Ela foi indicada no caso em questão para consideração de possibilidade de extubação, devido à disfunção dos parâmetros clínicos na avaliação diafragmática, pulmonar e cardíaca. Nela, foi possível observar a ausência de linhas B, que, se presentes, indicam preenchimento dos septos intralobulares ou septos interlobulares, podendo sugerir edema pulmonar intersticial. Apesar de indicadores clínicos contrários, a extubação foi possibilitada pelo exame ultrassonográfico, que apresentou resultados favoráveis e guiou o processo de retirada do TOT.

PO318 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTE CRÍTICO

GRACE EMANUELLE GUERREIRO DIAS ROCATTO; THAIS STRANIERI ESTEVES DE SOUZA; GLEICE CASTRILLON DE SOUZA MOUSSALEM; FRANCIELLE FIALKOSKI MOLINA.
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER, CUIABÁ - MT - BRASIL.

Palavras-chave: Mobilização precoce; paciente crítico; fisioterapia

Introdução e objetivo**:** A mobilização precoce do paciente crítico favorece a função pulmonar, previne os efeitos da imobilidade, diminui tempo de ventilação mecânica e de internação. Dado sua importância e a necessidade de protocolos para os serviços, este trabalho objetivou desenvolver um Procedimento Operacional Padrão (POP) de mobilização precoce em Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Foi realizada revisão de literatura sobre o tema e sistematizado este POP em reuniões clínicas de equipe de fisioterapia. Após a aprovação, a equipe foi treinada para executar o POP. **Resultado:** O POP da Mobilização Precoce apresenta critérios de segurança para sua execução**:** 1) **Cardiovasculares:** FC entre 50 e 140 bpm, pressão arterial sistólica de 60 a 200 mmHg, PAM de 65 a 140 mmHg, sem uso de drogas vasoativas ou em baixas doses. 2) **Respiratórios:** padrão respiratório satisfatório, FR de 8 a 40 irpm, PEEP ≤10 cmH2O, SpO2 >90%; FiO2 ≤55%; PaO2 >60 mmHg; PaCO2 <50/55 mmHg. 3) **Metabólicos:** glicemia de 70 a 200 mg/dl, lactato <2mmol ou <5mg/dl, temperatura 35 a 38C°, PH >7. 2; 4) **Laboratoriais:** HB>7g/dl, plaquetas >20. 000 cel/mm³, contagem de células brancas 4. 300 – 10. 800 células/mm³. 5) Outros critérios a ser considerados**:** estado nutricional, peso excessivo, expressão de dor, fadiga, dispneia; trauma ou cirurgia de coluna, pélvica ou lombar; presença de úlcera grave; estado de mal epilético ou agitação grave. A Mobilização Precoce foi categorizada em 5 níveis de progressão conforme o nível de consciência e força muscular pelo MRC (*Escore Medical Research Council).* NIVEL 1 – Paciente inconsciente**:** Mobilização passiva 3x ao dia, mínimo de 05 repetições por articulação nos Membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII); Mudança de decúbito a cada 2h; alongamento dos músculos dos MMII 2x ao dia (3x cada grupo muscular durante 20 segundos). NÍVEL 2 – **Consciente:** Atividades nível 1 e ativo-assistidos ou ativo-livres em todas as articulações, 2x por dia pelo menos 5 repetições por exercício; posição sentada na cama 3x ao dia por 20 minutos. NÍVEL 3 – Consciente com MRC ≥3 para o bíceps**:** repetir nível 2, exercícios de mobilidade no leito, fortalecimento de glúteos (ponte), transferência deitado para sentado, sedestação beira do leito, exercícios para controle de tronco, treino de equilíbrio e de atividades da vida diária. NÍVEL 4 – Paciente consciente com MRC ≥3 para o quadríceps**:** Repetir nível 3, transferência ativa assistida do leito para a cadeira (20 min), ortostatismo com auxílio. NÍVEL 5 – Consciente com MRC >3 para o quadríceps**:** Repetir nível 4, transferência sentado para de pé, descarga de peso, marcha estacionária e deambulação. **Conclusão:** O desenvolvimento do POP favoreceu a implantação de um Protocolo de Mobilização Precoce no serviço com uniformidade na equipe. Sugere-se apoiar iniciativas como essa e desenvolvimento de mais POP em UTI.

PO319 HIPERREATIVIDADE BRÔNQUICA NO CONTEXTO DE GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE: RELATO DE CASO.

MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA; MARIANA FLEURY SKAF; JOSANA CRISTINA ROQUE SOUSA; EDUARDO VIEIRA JÚNIOR VIEIRA; MARIANA CABRAL SILVA.
HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - HGG, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: vasculite; asma; eosinofilia

Introdução: A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEP), anteriormente denominada síndrome de Churg-Strauss, é uma vasculite necrotizante sistêmica de pequenos e médios vasos. É rara e de etiologia desconhecida, caracterizada por sintomas de asma, eosinofilia e vasculite necrotizante. Pode ocorrer em qualquer idade, exceto na infância, e mostra relação similar entre os sexos. **Relato de Caso:** Paciente sexo feminino, 48 anos, do lar, não tabagista, sem antecedentes pulmonares. Em acompanhamento ambulatorial no serviço de pneumologia para investigação de hiperreatividade brônquica, sintomas de vias aéreas superiores e eosinofilia iniciados há 3 anos. Como comorbidades tem esquistossomose desde a infância e polineuropatia em membros inferiores. Ao exame físico**:** bom estado geral e ausculta respiratória com murmúrio vesicular com sibilos difusos e bilaterais. Espirometria com distúrbio obstrutivo moderado com CVF reduzida (VEF1 57% CVF 65%). Hemograma com eosinofilia significativa (16,5%). Tomografia de tórax com

espessamento difuso de paredes brônquicas; micronódulos centrolobulares e opacidade em vidro fosco esparsas e bilaterais; fase de expiração com aprisionamento aéreo. Em tomografia de seios da face: espessamento mucoso de todas cavidades paranasais, algumas áreas hiperdensas de permeio, compatível com pan-sinusopatia inflamatória crônica. Broncoscopia com árvore brônquica íntegra e lavado broncoalveolar com moderado número de histiócitos alveolares, 60% linfomononucleares e 40% polimorfonucleares, citologia oncótica e culturas negativas. Paciente com quadro sugestivo de GEP, com melhora dos sintomas após corticoterapia. **Discussão:** A GEP tem três fases progressivas: uma fase alérgica prodrômica, com asma brônquica e rinossinusite; uma fase eosinofílica e uma fase de vasculite. O American College of Rheumatology publicou seis critérios clínicos para o diagnóstico de GEP: asma, eosinofilia >10%, mono ou polineuropatia, opacidades pulmonares transitórias na radiografia de tórax, anomalia dos seios paranasais e amostra de biópsia contendo infiltração de eosinófilos nas áreas extravasculares. A presença de quatro ou mais destes critérios clínicos produz sensibilidade de 85% e especificidade de 99,7% para a GEP. A vasculite apresenta um amplo espectro de manifestações e apenas um terço dos pacientes possui anticorpos C-ANCA. A sobrevida global melhorou com o uso de glicocorticoides e imunossupressores, mas as taxas de recidiva são altas. Todos os pacientes necessitam de glicocorticoides, e para aqueles com doença grave ou refratária e/ou com pior prognóstico, os imunossupressores devem ser usados (ciclofosfamida para indução e azatioprina para manutenção). Grandes avanços na compreensão e tratamento do GEP nas últimas décadas contribuíram para o declínio na morbimortalidade.

PO320 GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA EM UMA FASE NÃO USUAL

MARIANA MELO GADELHA SARMENTO[1]; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA[2].
1. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Eosinofilia; Asma; Biópsia

Introdução: As vasculites associadas ao anticorpo antineutrófilo-citoplasma (ANCA), são vasculites de vasos de pequeno calibre e incluem granulomatose com poliangiite(GPA), poliangiite microscópica (MPA) e granulomatose eosinofílica com poliangiite(EGPA), previamente conhecida como síndrome de Churg-Strauss. Expressões limitadas de EGPA no trato respiratório inferior ou superior podem ocorrer. Em 90-95% dos pacientes,a apresentação inicial é asma com infiltrados pulmonares em 50% dos casos. Os sintomas asmatiformes precedem os associados àvasculite por 8-10 anos, na maioria das séries. **Relato de Caso:** paciente do sexo feminino, 50 anos, médica, com historia de dispneia há 2 anos. Na ocasião,foi feito o diagnóstico de asma e indicado o uso de corticoide inalatório (CI), permanecendo cerca de um ano assintomática. Há 7 meses, evoluiu com piora progressiva da dispneia, principalmente aos esforços e chiado ocasional pelo menos duas vezes por semana,procurando auxilio médico. Negava despertar noturno. Antecedente de Miastenia ocular há 25 anos e Tireoidite de hasghimoto. No exame fisico: ausculta com sibilos e crepitação em base de pulmão direito, RCT2, BNF, PA=12/60mmHg, FC= 88bpm, SpO2 94% após teste de esforço. Tomografia de tórax com múltiplos nódulos sólidos esparsos no parênquima pulmonar,semelhante a exame realizado há 2 anos. Tomografia de seios da face com pansinusopatia e hemograma com eosinofilia periferica(23%). Prescrito claritromicina e corticoide tópico nasal,além de CI+LABA. Foi feito a hipótese de síndrome eosinofilica pulmonar e frente o quadro clinico e suspeita de EGPA, Pneumonia Eosinofílica Crônica ou Aspergilose broncopulmonar alérgica. Realizou exames que revelaram eosinofilia de 23%,IgE total=324 KU/L,sorologia para Aspergillus negativa,FAN 1/640,P-ANCA reagente 1: 20;parasitológico negativo. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta após uso de BD,DLCO normal;Ecocardiograma normal. Pelos achados sugestivos de sinusite crônica,foi indicado abordagem cirúgica,ao mesmo tempo que foi realizada broncoscopia com lavado brônquico,que demonstrou 21% de eosinófilos. Biópsia de mucosa nasal: edema e moderado infiltrado inflamatório crônico inespecífico rico em eosinófilos e ausência de sinais histológicos de vasculite. Frente resultados de exames feita hipótese de EGPA na fase eosinofilica. Paciente foi encaminhada a um centro de referencia sendo indicado o uso de 5mg de prednisolona ao dia,atualmente se encontra assintomática. **Discussão:** A descrição clássica da EGPA segue três estágios: asma e rinite,eosinofilia tecidual e doença eosinofilica extrapulmonar. Frente evolução clinica da paciente foi optado conduta expectante em relação a biopsia dos nódulos pulmonares. Esse caso alerta sobre apresentação não usual da EGPA, chamando a atenção para dois aspectos,a apresentação da asma,que não segue o padrão clássico severo descrito e o ANCA positivo que habitualmente está associado a comprometimento renal e pulmonar mais agressivo.

PO321 INSUFICIÊNCIA PULMONAR AGUDA APÓS QUIMIOEMBOLIZAÇÃO COM DOXORRUBICINA EM PACIENTE COM CARCINOMA HEPATOCELULAR: RELATO DE CASO

MARCELO JORGE JACÓ ROCHA; RICARDO LEITE DE AQUINO; HELEN MELO OLIVEIRA; IURY MOTA DA SILVA; FRANCISCA PATRÍCIA DE MELO SANTOS LEITE; LARISSA VASCONCELOS BARRETO.
HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; Quimioembolização; Hepatocarcinoma

Introdução: Hepatocarcinoma é uma das principais causas de morte por câncer relatadas no mundo. A terapia curativa inclui ressecção cirúrgica, porém, para pacientes com tumor irressecável, uma opção de tratamento paliativo inclui a quimioembolização arterial transcateter (TACE), a qual pode ser realizada de várias formas, mas sempre utilizando um quimioterápico, destes, o mais utilizado é doxorrubicina. No entanto, essa terapia não é isenta de riscos e pode ter alguns efeitos adversos como a síndrome de pós-embolização (sintomas autolimitados de febre, mal-estar e dor abdominal), além de outras complicações menos frequentes, tais como abscesso hepático, bacteremia, sepse, estenose biliar, insuficiência hepática e, menos comumente, complicações pulmonares. **Relato de Caso:** Paciente, 86 anos, portador de cirrose por hepatite C e hepatocarcinoma, foi admitido no hospital em março de 2019 por dispneia após 7 dias da última sessão de quimioembolização para o hepatocarcinoma com doxorrubicina. De comorbidades, era portador de hipertensão arterial sistêmica, rinite alérgica e tinha histórico de neurocisticercose prévia com episódio convulsivo. Quanto aos hábitos, era ex-tabagista com carga tabágica de 40 anos-maço. Fazia uso contínuo de losartana, anlodipino, indapamida, amiodarona e lamotrigina. Ao exame físico, apresentava-se dispneico, com ausculta pulmonar normal e saturação de oxigênio de 99% em ar ambiente. Apresentava radiografia de tórax, ecocardiograma e doppler

de membros inferiores normais, porém a angiotomografia evidenciou tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral pequeno em artéria subsegmentar em lobos inferior direito e esquerdo. Foi anticoagulado e tratado empiricamente com ceftriaxona, apresentando melhora do quadro e recebendo alta hospitalar com marevan. Novamente em maio, após nova quimioembolização com doxorrubicina, o paciente evoluiu com quadro semelhante, tendo sido evidenciado a mesma imagem de trombo subsegmentar bilateral com diminuição do tamanho. Neste internamento, paciente foi anticoagulado, iniciada antibioticoterapia empírica com tazocin e feito pulsoterapia com corticoide. Foi deixado em suporte ventilatório com ventilação não invasiva, intercalando com cateter nasal de alto fluxo, porém evoluiu desfavoravelmente, tendo sido pactuado com a família em manter medidas de conforto não invasivas devido ao prognóstico reservado, e paciente evoluiu à óbito em 04 de junho de 2019. **Discussão:** As complicações pulmonares pós-TACE podem variar desde leves hipoxemia e dispneia até quadros mais graves de injúria pulmonar aguda e síndrome do desconforto respiratório agudo. Em relação a doxorrubicina, trata-se de um agente quimioterápico que inibe a topoisomerase II e possui efeitos cardiotóxicos, porém seus efeitos adversos no pulmão são raros. No entanto, foram descritos efeitos deletérios no sistema respiratório como dispneia leve e transitória, pneumonite química, bronquiolite obliterante e embolia pulmonar.

PO322 NEM SEMPRE EXERCÍCIO FÍSICO É SAUDÁVEL: UM RELATO DE CASO

FERNANDO DE PAIVA MELO NETO[1]; LUCAS MONTEIRO DE OLIVEIRA[2]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumotórax; Exercício Físico; Drenagem Torácica

Introdução: O pneumotórax é caracterizado pela presença e acúmulo de ar livre na cavidade pleural, podendo ser subdividido em espontâneo e adquirido. Os que surgem de forma espontânea, ainda são subdivididos em primários (onde não há lesão pulmonar) e secundários (quando há doença pulmonar subjacente). O quadro secundário costuma ter maior gravidade, pois está associado a uma doença pulmonar subjacente, e poderá desencadear um grave quadro de insuficiência respiratória. No pneumotórax espontâneo primário são encontradas bolhas e lesões subpleurais que surgem de forma repentina e rompem da mesma maneira, geralmente associado a situações de aumento de pressão intratorácica. Atualmente, a Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax apresenta maior sensibilidade diagnóstica, a partir da observação de bolhas ipsilaterais nos pacientes. Relatamos caso de pneumotórax espontâneo primário durante prática de atividade física. **Relato de Caso:** Homem de 48 anos refere que após iniciar rotina diária, quando custamos fazer flexões antes de tomar banho matinal, evoluiu com intensa dor torácica ventilatório dependente em transição tóraco-abdominal, dispneia e tosse seca. Acreditando ser quadro muscular, optou por não procurar atendimento. Após 2 dias, fez USG de abdômen, normal. Na mesma noite, esposa notou ao deitar-se em seu peito que não havia qualquer ruído em hemitórax direito. Associado a isto,e sem melhora do quadro de tosse, resolveu procurar atendimento com médico clínico geral, que solicitou radiografia de tórax e orientou que procurasse pneumologista. Feita radiografia, realizou viagem de ±300km para consulta, quando então foi visto quadro de pneumotórax. Ao exame, apresentava murmúrio ventilatório ausente em hemitórax direito, estando o mesmo também hipertimpânico. Procedeu-se com drenagem torácica. Feita TC de tórax, sem achados além de pneumotórax, com pneumomediastino e enfisema subcutâneo associados. Após 9 dias de seguimento, recebeu alta hospitalar, permanecendo em vigilância clínica. **Discussão:** O pneumotórax pode ser classificado em espontâneo, quando não decorre de uma ação traumática sobre o tórax, e traumático, que surge em função da presença de traumatismo torácico. As principais consequências fisiológicas dependem da magnitude do pneumotórax, da condição do pulmão subjacente e do nível tensional, que ocasionam restrição à ventilação pulmonar. O diagnóstico se baseia na história clínica, no exame físico e na análise dos exames radiológicos. Os principais sintomas são a dor torácica, de início agudo e de localização ipsilateral, e a dispneia. Deve-se atentar para situação ameaçadora da vida, o pneumotórax hipertensivo, quando o acúmulo de ar na pleura é responsável com compressão vascular e instabilidade hemodinâmica. O tratamento do paciente com pneumotórax inclui a drenagem pleural fechada.

PO323 HEMOSSIDEROSE PULMONAR

ALINE FREIRE SILVA LIMA; ELAINE ALVES DE SOUZA; HELOÍSY MOREIRA SCALABRINI; KEILLA CÂNDIDA PEREIRA; KARITA ALMEIDA DA FONSECA; RAFAELLA FUNGARO BARAGATTI.
FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: hemossiderose; congenita; pediatria

Introdução: A hemossiderose pulmonar (HP) mais comum na pediatria é a idiopática. É uma doença rara, possivelmente sendo de ordem imunológica, tendo uma maior incidência nas idades entre os 6 meses e 9 anos. Não havendo predomínio de sexo. Apresenta-se com uma tríade**:** hemoptise, anemia ferropriva ou hemolítica e infiltrado parenquimatoso à radiografia de tórax. **Objetivo:** Revisão bibliográfica da hemossiderose pulmonar idiopática. **Metodologia:** Revisão da literatura, a partir de buscas em artigos científicos em banco de dados nos indexadores como Scientific Eletronic Library online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da Saúde. Resultados e discussão**:** A HP é caracterizada por hemorragia alveolar e acumulação de ferro no interior dos macrófagos alveolares, sob a forma de hemossiderina. Sendo primária ou secundária a uma vasculite sistêmica, doença cardíaca, doença celíaca, diabetes mellitus ou ingestão, inalação de substâncias químicas, como derivados do imidazol, hidrocarbonetos e D-penicilamina. Quando se tem uma anemia inexplicável em uma criança se faz necessário uma radiografia de tórax. A radiografia no início da doença pode ser normal. Com as recorrências das hemorragias, vai se depositando hemossiderina nos septos pulmonares, começando a surgir opacificação retículo-nodular em regiões periilares e bases, poupando ápices e seios costofrênicos. Posteriormente, as alterações são permanentes com acentuação do infiltrado periilar e cardiomegalia. Além da anemia, e da hemoptise, o paciente pode ter tosse, sibilância e taquipnéia recorrente. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico-radiológico típico associado à identificação de hemossiderófagos no aspirado gástrico ou no escarro ou lavado bronco-alveolar feito através da broncoscopia. A biópsia pulmonar revela hemorragia alveolar leve sem capilarite, com acúmulo de siderófagos no parênquima pulmonar, impregnação férrica da membrana basal e fibras elásticas do pulmão e hiperplasia linfóide, porém nenhum é patognomônico de HP idiopática. Devendo-se excluir outras causas de sangramento pulmonar. O tratamento de escolha na fase aguda da doença é feito

por corticosteroides, em altas doses. Eles estão associados à redução no número de episódios de hemorragia alveolar e podem retardar a progressão para fibrose pulmonar. Hidroxicloroquina e azatioprina são imunossupressores alternativos nos casos refratários, ou quando se deseja evitar os efeitos indesejáveis dos corticosteroides. O prognóstico é ruim, associado a uma elevada mortalidade. Pode haver casos com remissão espontânea e casos em que há remissão com o tratamento, porém frequentemente há recidivas, quer de uma forma espontânea quer associada à infecção respiratória viral. **Conclusão:** O diagnóstico precoce é importante, com o início do tratamento imediato. Sendo que o retardo na sua identificação pode determinar o agravamento da doença, e o reconhecimento dela já em uma fase em que existe fibrose pulmonar, piora o prognóstico.

PO324 QUILOTÓRAX NO RECÉM- NASCIDO (RN): UMA REVISÃO DE LITERATURA

ALINE FREIRE SILVA LIMA; KEILLA CÂNDIDA PEREIRA; KARITA ALMEIDA DA FONSECA; ANA TERESA BARBOSA DE CARVALHO E SILVA; ITALO JULIERME BARROS DUARTE; RAFAELLA FUNGARO BARAGATTI.
FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: quilotorax; recem nascido; pediatria

Introduçao: Quilotórax ou acúmulo de linfa na pleura é a causa mais comum de efusão pleural em neonatos. É potencialmente fatal, devido ao acometimento respiratório, nutricional e imunológico dos indivíduos. O quilotórax é uma condição rara que ocorre em 1/10. 000 - 15. 000 recém-nascidos, com predileção pelo sexo masculino (2: 1). A mortalidade varia de 20% a 50% dos casos. As manifestações clínicas podem ter início durante a gestação, ou na primeira semana de vida. A associação com hidropsia fetal e polidramnia é rara. O acúmulo de linfa no espaço pleural é composto por triglicerídeos e quilomícrons, além de glicose, proteína, linfócitos e imunoglobulinas. **Objetivo:** Analisar a produção científica de quilotórax em RN. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados LILACS, BIREME, PUBMED, utilizando como descritores quilotórax em RN. **Resultados:** As causas de quilotórax podem ser congênitas ou adquiridas, sendo subdivididas em traumáticas e não traumáticas. A forma adquirida está comumente relacionada a trauma durante cirurgia torácica, que surge habitualmente entre 7 e 14 dias de pós-operatório, no lado abordado ou secundária a aumento de pressão venosa em pacientes com trombose. As formas não traumáticas também são conhecidas como clínicas e estão associadas a neoplasias benignas ou malignas, infecção do sistema linfático, doenças associadas à cirrose hepática, pancreatite, amiloidose, sarcoidose, aneurisma de aorta e trombose venosa. Já a formação congênita, pode ser oriunda de atresia do ducto torácico, fístula congênita do ducto e doenças como linfangiectasia e linfangiomatose. Existem casos em que há resolução do quadro sem que tenha sido encontrada a causa do derrame pleural. A principal manifestação clínica de um neonato com quilotórax é o desconforto respiratório, apresentando-se com taquipneia, tiragem subcostal e cianose. O diagnóstico é realizado por meio da análise do líquido pleural obtido por toracocentese. E o líquido apresenta aspecto leitoso, com predomínio de triglicerídeos e linfócitos em sua composição. Para firmar o diagnóstico, considera-se contagem de células > 1000 U/L, linfócitos > 70% e triglicerídeos > 110 mg/dl (com alimentação entérica) e eletrólitos semelhante ao plasma. O tratamento, independentemente da causa, é conservador e engloba toracocentese e drenagem contínua em selo d'água e suporte ventilatório, além de suporte nutricional com nutrição parenteral e controle das perdas hídricas. Além dessas medidas, são utilizadas fórmulas com altas concentrações de triglicerídeos de cadeia média. Em cerca e 80% dos casos, o tratamento clínico é eficaz. Raros são os casos que necessitam de uma abordagem cirúrgica. **Conclusão:** O quilotórax no RN, apesar de ser raro, é de suma importância, pois apresenta altas taxas de mortalidade. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para um bom prognóstico, que piora quando há associação com outras doenças como síndromes genéticas.

PO325 PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS DO ÓXIDO NÍTRICO NA HIPERTENSÃO PULMONAR PERSISTENTE EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

JULIANA CLEMENTE DO RÊGO; BEATRIZ BEZERRA DE OLIVEIRA; MIKAEL ALBUQUERQUE DO BÚ; RENNAN LOUREIRO BATISTA MARINHO; WILKER JOHN BARRETO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: HIPERTENSÃO PULMONAR PERSISTENTE EM RECÉM-NASCIDOS; ÓXIDO NÍTRICO; PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS

Introdução. A hipoxemia relativa intra-uterina é uma das responsáveis pela resistência vascular pulmonar (RVP) elevada no feto. Após o nascimento, uma melhora na ventilação, na oxigenação e no fluxo sanguíneo pulmonar reduzem a RVP, porém, uma falha na redução pós-natal da mesma resulta na Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido (HPPN). Dentre as diversas abordagens, o óxido nítrico inalatório (NOi), potente vasodilatador pulmonar, melhora eficientemente a oxigenação de grande parte dos lactentes com insuficiência respiratória hipoxêmica, mas sua eficácia em prematuros permanece dúbia. Objetivo. Este trabalho visa realizar uma revisão bibliográfica a respeito da utilização do NOi como opção terapêutica no tratamento da HPPN, além da sua frutuosidade discrepante em recém-nascidos prematuros e qual a explicação desse fenômeno. Métodos. Este estudo compreende uma revisão da literatura, de caráter exploratório e qualitativo. Foram realizadas buscas no período de junho de 2019 em fontes primárias e secundárias, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizou-se o descritor "PERSISTENT PULMONARY HYPERTENSION NEWBORN NITRIC OXID" e os seguintes critérios de inclusão**:** texto completo disponível; artigos publicados nos últimos 5 anos; idiomas inglês, português e espanhol, obtendo 67 artigos. Ademais, foi realizada uma seleção manual, buscando fontes que atendiam os propósitos dessa revisão. Dentro da metodologia utilizada, foram selecionados 10 artigos, considerados de relevância para a produção deste trabalho. Resultados. A HPPN, resultante de uma falha na redução pós-natal da resistência vascular pulmonar, continua sendo uma doença importante em todo o mundo e causa considerável morbidade e mortalidade. O principal objetivo do tratamento é a vasodilatação da artéria pulmonar para melhorar a circulação arterial e as trocas gasosas. Dentre os diversos vasodilatadores, o NOi foi aprovado para o tratamento da HPPN, pois sua ação seletiva na circulação pulmonar reduz a necessidade de oxigenação por membrana extracorpórea. No entanto, estudos comprovam que um maior peso ao nascer (>750 g) é preditivo da terapia bem sucedida com NOi. Tal fato pode ser explicado devido a crianças menores apresentarem condições clínicas frequentemente piores e parênquima pulmonar mais imaturo, o que limita as potenciais vantagens do efeito vasodilatador do NOi em prematuros. **Conclusão:**. A utilização do NOi é revolucionária para o tratamento da HPPN em recém-nascidos, porém, a resposta a essa

terapêutica se provou mais eficaz com o aumento da idade gestacional e peso ao nascer, por isso, não é recomendada para o tratamento rotineiro em prematuros extremos com HPPN. É fundamental a realização de mais estudos para ampliar a aplicabilidade do NOi na HPPN, visto que, apesar de não ter uma boa proficuidade nos prematuros, é a única terapia aprovada pela FDA (Food and drug association) e possui resultados revolucionários nos recém-nascidos à termo e pré-termos tardios.

PO326 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA E OS FATORES ASSOCIADOS À HOSPITALIZAÇÃO

VANESSA MEIRA CINTRA RIBEIRO[1]; PAULA DE FREITAS BRANDÃO[2]; CAROLINA HOLANDA IPIRANGA DE SOUZA DANTAS[2]; JACKELINE SALES SILVA[2]; SARA DE SOUSA ROCHA[2]; YASMIN FARIAS GOMES[3].
1. COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES, CAJAZEIRAS - PB - BRASIL; 2. COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: aparelho respiratório; pediatria; estado nutricional

Introdução: As doenças que mais acometem as crianças brasileiras são as de origem do aparelho respiratório. Existem diferentes tipos, incluindo broncopatias, pneumopatias, transtornos respiratórios e infecções, que se responsabilizam por 22,3% de todas as mortes entre crianças brasileiras de 1 a 4 anos, se colocando como a principal causa de morte para esta faixa etária. Sendo assim, as doenças respiratórias apresentam-se como um importante desafio para a saúde pública, estando entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde. Dentre os fatores que mais favorecem a hospitalização das crianças, os mais frequentes são: menor idade (recém-nascidos ou lactentes), baixo peso ao nascer, nível socioeconômico e demográfico da família. Outra situação agravante é o estado nutricional inadequado da criança e seu prognóstico durante a internação, tornando-se um limitador no processo de melhora. **Objetivo:** Identificar os fatores associados à hospitalização em crianças portadoras de doenças respiratórias. **Métodos:** Estudo transversal desenvolvido com dados coletados dos prontuários do Serviço de Nutrição de um hospital pediátrico de referência do estado da Paraíba. Foram utilizados 37 prontuários de pacientes internados com doenças do aparelho respiratório no período de maio de 2019, com idade entre 0 a 10 anos. Considerou-se ainda o numero de doenças respiratórias diagnosticadas por criança, relacionadas ao aparelho respiratório e o estado nutricional. Definiu-se como eutróficos indivíduos com circunferência do braço (CB) e/ou Índice de massa corpórea (IMC) adequado e distróficos os que apresentaram valores para desnutrição, sobrepeso ou obesidade. **Resultados:** A amostra foi composta por 21 pacientes do sexo masculino e 16 do feminino. Destes, 73% eram lactentes, 21,6% pré-escolares e 5,4% escolares, tendo a variação de idade de 1,7 (±2,69) anos. No total de 72 doenças diagnosticadas nas 37 crianças, as mais frequentes, de acordo com a ordem de incidência, foram: pneumonia; bronquiolite; pneumonia aspirativa; broncodisplasia; insuficiência respiratória aguda; derrame pleural e síndrome do desconforto respiratório agudo. A partir dos dados, a correlação de Pearson entre o total de doenças e a idade, observou que quanto mais novos os pacientes, maior o número de doenças (-0,338/ p=0,041). Além disso, por meio de T de Student, houve significância estatística (p=0,028) para a correlação entre estado nutricional e número de doenças, na qual crianças distróficas obtiveram maior média de enfermidades, ou seja, 3,5 (±2,14), em detrimento aos pacientes eutróficos que apresentaram menor número de doenças, sendo 2,30 (±1,02). **Conclusão:** Os dados coletados corroboram com a literatura ao afirmar que crianças com idades menores são mais suscetíveis a um maior número de doenças. Da mesma maneira, percebeu-se que a inadequação do estado nutricional, seja por peso insuficiente ou o seu excesso, predispõe ao aumento de doenças associadas ao quadro respiratório.

PO327 PNEUMONIA, A DOENÇA DO ANO: PREVALÊNCIA DE PNEUMONIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS EM HOSPITAL REFERÊNCIA DE CAMPINA GRANDE- PB

MARIA RAFAELA VIANA DE SÁ; ANNA BEATRIZ NEPOMUCENO TARGINO DE ARRUDA; FERNANDA CARVALHO DE ALMEIDA; GIOVANNA BELFORT NOGUEIRA DE CARVALHO; HADAH QUEDVE NERES GONÇALVES LEITE; JULIANA MAGALHÃES OLIVEIRA.
UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia; Criança; Internações

Introdução: As infecções respiratórias são patologias frequentes e que resultam em alta morbidade na vivência médica e, entre elas, se destaca a pneumonia. A pneumonia é uma doença inflamatória aguda, provocada pela penetração de algum patógeno ou agentes irritantes no espaço alveolar e é frequentemente descrita como uma complicação de uma infecção de via aérea superior. Os sintomas incluem tosse acompanhada de secreção, febre, taquidispneia e dor torácica ventilatório-dependente. Segundo a OMS, a pneumonia é a principal causa infecciosa de morte em crianças. **Objetivos:** O presente trabalho vai analisar a prevalência de pneumonia em um hospital pediátrico referência em Campina Grande, durante o ano 2018. **Métodos:** O estudo presente é do tipo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital da Criança e do Adolescente- Campina Grande, PB (vinculado ao SUS), envolvendo pacientes internados com diagnóstico clínico e laboratorial de pneumonia. Os dados foram coletados a partir de uma análise dos 2. 692 prontuários de internações, que correspondem ao total de internações do ano de 2018. **Resultados:** Do número total de internações (2. 692) foi encontrado um valor de 695 internações decorrentes de pneumonia, correspondendo a cerca de 25% do total de internações do período. Dos 695 pacientes, a maioria apresentava idade entre 0 e 10 anos. Os meses que apresentaram o maior número de ocorrência de pneumonia foram: Junho, com 84 casos, e Setembro, com 95 casos. **Conclusão:** A taxa expressiva de hospitalização decorrente de pneumonia demonstra o grande impacto causado por essa patologia. Buscando diminuir o número alarmante dos casos é inegável a urgência de medidas preventivas efetivas no âmbito de saneamento básico e também maior incentivo às imunizações, principalmente nos pacientes mais novos. E quando não possível à prevenção, o diagnóstico e o tratamento precisam ser precoces, a fim de evitar as complicações da doença. **Referencias:**

BAHLIS, Laura Fuchs et al. Perfil clínico, epidemiológico e etiológico de pacientes internados com pneumonia adquirida na comunidade em um hospital público do interior do Brasil. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 44, n. 4, p. 261-266, Agosto, 2018. Disponível em <http: //www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S180637132018000400261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de Maio de 2019.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pneumonia. [*S. l.*], 7 nov. 2016. Disponível em: https: //www. who. int/en/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia. Acesso em: 22 maio 2019.

PO328 NEM TODA HIPERSONIA É NARCOLEPSIA: UM RELATO DE CASO

MARIA ANGELA GONÇALVES FRANCO[1]; PRISCILA TAVARES VITORIANO[1]; MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO[1]; JACINTA MARIA PARENTE VIEIRA[2]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW/ UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Narcolepsia; Sonolência diurna excessiva; Apneia Obstrutiva do Sono

Introdução: A sonolência excessiva (SE) consequente aos distúrbios do sono é prevalente na sociedade atual. É definida como a propensão aumentada ao sono com uma compulsão subjetiva para dormir, tirar cochilos involuntários e ataques de sono, quando o sono é inapropriado. A SE acomete 2 a 5% da população, tendo como consequências prejuízo no desempenho nos estudos, no trabalho, nas relações familiares e sociais, alterações neuropsicológicas e cognitivas e risco aumentado de acidentes. Na última década, nos EUA, 200 mil acidentes de automóveis e 1/3 dos acidentes fatais com caminhoneiros foram causados por SE. Causas de grandes desastres como Challenger e Chernobyl ocorreram por impedimento de julgamento e desempenho relacionados à SE. Sem dados nacionais, sabe-se que 40 milhões de americanos sofrem de distúrbios do sono, sendo 95% desses não diagnosticados e tratados. Tem como principais causas a provação do sono, a apneia obstrutiva do sono (AOS) – outras causas como Narcolepsia e Síndrome de Kleine-Levin são incomuns. Relata-se caso de SE com possível overlap apneia obstrutiva do sono (AOS) e narcolepsia e as dificuldades diagnósticas e terapêuticas. **Relato de Caso:** Mulher de 52 anos é atendida em ambulatório especializado referindo quadro de SE desde os 18 anos. Refere consulta prévia em serviço de neurologia, com diagnóstico de Narcolepsia e início do uso de Modafinila (100mg/dia), sem melhora. Queixava-se também de sono não reparador, com fadiga diurna e cefaleia matinal. Relatava ronco diário e alto, com apneia presenciada e história de "gasping/chocking". Descrevia episódios como dormir comendo, cochilar em pé conversando com outras pessoas e ao usar telefone. Referia também episódios sugestivos de cataplexia. Tinha padrão de sono de 7 horas, com 4-6 despertares noturnos. Durante o dia, fazia em média 4 cochilos de curta duração, não reparadores. Escala de sonolência de Epworth 20/24 pontos, STOP-BANG alto risco. Realizou polissonografia com aumento de latência do sono REM, baixa eficiência e sono fragmentado e IAH = 19,6 ev/h, compatível com AOS de grau moderado. Foi prescrito CPAP - Em consulta subsequente, paciente relata não ter iniciado uso de CPAP por não ter condições financeiras, o que dificulta manejo. **Discussão:** Tanto a narcolepsia quanto a AOS são condições que se apresentam com SE, muitas vezes em associação com disfunção diurna e fragmentação do sono noturno, podendo causar dúvidas no momento do diagnóstico, e podendo inclusive coexistir quando o transtorno não é explicado exclusivamente por uma causa. Habitualmente, o tratamento e a resposta a cada causa majoritária neste contexto é o norte para o polo predominante de apresentação. No caso acima, a ausência de cataplexia, de paralisia noturna, de sono REM precoce, de cochilos renovadores, a falha ao uso de modafinila e o IAH aumentado sugerem AOS como causa do quadro.

PO329 A RELAÇÃO EM VIA DUPLA ENTRE OBESIDADE E APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: REVISÃO SISTEMÁTICA

MARIANA BELMONT CARVALHO XAVIER CRUZ[1]; ANTÔNIO RAMOS NOGUEIRA FERNANDES[2]; JOAQUIM VITOR BEZERRA NOBRE[2]; MATHEUS LOPES THOMA[1]; RAFAEL RODRIGUEZ TEIXEIRA DE CARVALHO[1]; STÉFANY LIMA PONTES[2].

1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Sono; Obesidade; Apneia do Sono

Introdução: O sono noturno representa um dos pilares para uma vida saudável, mais produtiva e a conquista da longevidade. A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um distúrbio representado por repetidos episódios de parada respiratória por tempo suficiente para provocar despertares curtos durante o sono, causando assim repostas cerebrais e metabólicas, as quais acarretam em uma descompensação orgânica. A obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam sobrepeso. **Objetivos:** Compreender a amplitude da relação entre obesidade e apneia obstrutiva do sono. **Métodos:** Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa com fundamentação em artigos de periódicos científicos publicados entre o ano de 2009 a 2018, pesquisados em bases como LILACS e MEDLINE. **Resultados:** Em se tratando da obesidade, foi constatado que o excesso de gordura corporal favorece o aumento da resistência das vias aéreas superiores, tornando a região da faringe mais facilmente colapsável. Isso se da ao estreitamento da faringe, bem como o comprometimento das vias aéreas superiores e a redução do volume pulmonar. Convém citar que o tecido adiposo secreta adipocinas que estão relacionadas com a danificação do controle neuromuscular desse sistema. Logo, vale salientar que a apneia possui três classificações, visto que a AOS é o prejuízo da passagem de ar pelo bloqueio súbito das vias aéreas superiores. Já na apneia central ocorre a falha do sistema nervoso central na ativação dos músculos participantes do processo respiratório. Por fim, a apneia mista é caracterizada pela interrupção no centro respiratório seguida por aumento do esforço respiratório em uma via aérea obstruída. Em via contrária a AOS apresenta-se de forma a contribuir para o ganho de peso, sendo a AOS fator agravante ao desequilíbrio do eixo hipófise-hipotálamo-adrenal, estando relacionada com a desordem do ciclo circadiano e tendo como consequência também a síndrome metabólica, queda da imunidade e doença coronariana. **Conclusão:** Diante das informações estudadas podemos evidenciar uma direta relação entre a obesidade e AOS em via dupla sendo a primeira ocasionada por fatores anatômicos e interação com o sistema nervoso central, e a via contrária sendo a AOS por meio do sono fracionado um fator relevante para o ganho de massa adiposa, com tendência a obesidade e por consequência todas as morbidades a ela associada como a baixa de cortisol, a resistência insulínica, lesão endotelial e a queda de imunidade.

PO330 ANÁLISE DO TRATAMENTO NA SÍNDROME DA APNEIA-HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

MARIANA CAMPOS DE ALMEIDA ALVES[1]; CAMYLLA FERNANDES FILGUEIRA DE ANDRADE[2]; EDUARDO BRITO SOUZA NÓBREGA[3]; MATHEUS BRITO VIEIRA[1].

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, ALAGOINHA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Síndromes da Apneia do Sono; Pressão Possitiva Contínua nas Vias Aéreas; Qualidade de vida

Introdução: O sono é considerado uma necessidade vital à vida humana. Representando papel de fundamental importância para a preservação das condições homeostáticas. De acordo com Dal-Frabbro et al. (2010) a Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é um dos distúrbios respiratórios do sono mais prevalentes na população. A SAHOS é uma condição clínica que se caracteriza por repetitivas obstruções das vias aéreas superiores em decorrência de um colabamento inspiratório total (apneia) ou parcial (hipopneia), que leva à diminuição dos níveis séricos de oxigênio e aumento dos níveis de gás carbônico, resultando em microdespertares, o que gera um sono fragmentado, impactando na qualidade do sono e nas atividades diárias. **Objetivos:** Apresentar uma revisão de literatura sobre a eficácia do tratamento em pacientes com distúrbios respiratórios do sono. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). **Resultados:** A sintomatologia mais evidente presente na SAHOS é a hipersonolência diurna e a roncopatia. O *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) foi introduzido por Sullivan (1981) como tratamento, sendo utilizado uma máscara durante a noite na face do paciente que impele o ar para dentro das vias aéreas, impedindo o colapso da mesma. A aderência ao tratamento reduz os sintomas, a taxa de hospitalização, os custos em saúde, queixa de sonolência diurna e aumento substancial da qualidade de vida. Estudo de Leal et al. (2010) refere que o uso de CPAP é um método eficaz no tratamento da SAHOS. Todos os pacientes aderentes ao presente estudo apresentaram melhora significativa na qualidade de vida comparando o antes e depois do uso do CPAP em todos os domínios ($p<0,001$). De acordo com Silva e Pachito (2006) um dos benefícios mais imediatos do tratamento com CPAP ocorre sobre a sonolência excessiva diurna, sintoma debilitante e comum na maioria dos casos. **Conclusão:** A Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono pode ser moderada a partir da adesão ao tratamento com CPAP, resultando na diminuição da sonolência diurna e em repercussões benéficas na qualidade de vida desses pacientes. **Referências:** GIORELLI, Andre S. et al. Sonolência Excessiva Diurna: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Rev Bras Neurol, v. 48, n. 3, p. 17-24, 2012. GOMES, Lilian Luciane et al. Síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono**:** qualidade de vida após o tratamento com pressão possitiva contínua nas vias aéreas/ Apnea hypopnea syndrome obstructive sleep**:** quality of life after treatment with continuous positive airway pressure. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paula, v. 59, n. 2, p. 67-71, 2018. LEITE, Maria Carolina Silva. INFLUÊNCIA DA IDADE, DO GÊNERO E DO NÚMERO DE MICRODESPERTARES NO ÍNDICE DE APNÉIA E HIPOPNÉIA DO SONO. Anais Seminário de Iniciação Científica, n. 22, 2019.

PO331 ASMA E REPERCUSSÕES EM DISTÚRBIOS DE SONO: INTERAÇÕES, INDÍCIOS DE GRAVIDADE E FORMAS DE TRATAMENTO.

GUILHERME QUIRINO DOS ANJOS[1]; DÁLIA MARIA DE CASTRO TENÓRIO[1]; DÉBORA MARIA DE CASTRO TENÓRIO[1]; GUSTAVO MENDONÇA ATAÍDE GOMES[1]; MARIANA SILVA COUTO[2]; MARCOS REIS GONÇALVES[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC, MACEIÓ - AL - BRASIL;
2. CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES, MACEIÓ - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Síndrome da Apneia do Sono; Qualidade de Vida

Introdução: Asma é uma doença crônica, com componente alérgico, caracterizada por inflamação e limitação do fluxo aéreo e que se manifesta clinicamente por sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse. O fato dela envolver o trato respiratório, faz com que relacione-se a outras patologias da região, dentre elas, a síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), a qual se configura por obstrução recorrente das vias aéreas durante o sono, levando a queda da saturação de oxigênio sanguíneo e despertares frequentes. Tais doenças costumam apresentar-se simultaneamente. **Objetivos:** Analisar a associação entre a Asma e a SAOS, bem como relacionar com complicações, medidas preventivas e tratamentos. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa de literatura, no mês de abril de 2019, com pesquisa nas bases de dados do Pubmed, Science Direct e no Jornal Brasileiro de Pneumologia, sendo selecionados 10 artigos científicos. Estudos com mais de 10 anos foram excluídos. **Resultados:** A asma e a SAOS se sobrepõem enquanto comorbidades associadas com fisiopatologias semelhantes, acarretando que quando ambas as condições estão presentes ao mesmo tempo, causem um efeito de potencialização entre elas, aumentando a gravidade do caso. Asmáticos costumam apresentar má qualidade de sono com tempo de sono reduzido e sono de ondas lentas reduzido, o que piora a depender da intensidade da doença. Enquanto a SAOS comporta-se como um mecanismo que favorece a resistência ao controle da asma, posto que a redução do calibre das vias aéreas na asma noturna costuma acarretar problemas, como fragmentação do sono e despertar precoce pela manhã, além de dificuldade em manter o sono e sonolência excessiva diurna. Com isso, faz-se necessário um adequado tratamento de ambas as doenças, incluindo mudanças do estilo de vida, além do controle de comorbidades adjacentes, como a obesidade e a Doença do Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE), para que o paciente venha a ter uma melhor qualidade de vida. **Conclusão:** Um seguimento adequado ao tratamento da asma e da SAOS, seguido por mudança nos hábitos de vida e o controle de comorbidades adjacentes, consegue melhorar a qualidade do sono dos pacientes. Além dos tratamentos já preconizados para cada uma dessas doenças de maneira independente, está o tratamento com Pressão Positiva de Vias Aéreas (CPAP), o qual é eficaz para a remissão dos sintomas e controle da asma quando o paciente asmático tem SAOS e asma não controlada.

PO332 "ESPECIALISTA EM COISA ALGUMA": PAPEL DOS YOUTUBERS NA DISSEMINAÇÃO DO CIGARRO ELETRÔNICO – ANALISE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

MARIA EDUARDA MOREIRA RAMOS; ANNA MARIA MOREIRA RAMOS; ALERRANDRO MIKAEL DOS SANTOS DE BRITO; KARYLLORRANNE WYSLLEN SOUZA AVELINO; VIRGÍNIA GABRIELA NÓBREGA FIGUEIREDO; GUILHERME FIGUEIREDO DA SILVA.
UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: cigarro eletrônico; tabagismo; impacto midiático

Introdução: Cigarros eletrônicos (CE) são dispositivos usados para provisão de nicotina que vêm substituindo o uso do cigarro comum. Vinculado ao interesse da indústria do fumo, o CE visa manter consumidores mesmo diante de medidas públicas e publicitárias que condenam o tabagismo. Tais aparelhos podem induzir o vício, pois, em alguns produtos a nicotina é inalada igualmente. Todavia, informes, nem sempre baseados em evidências, sobre benefícios e malefícios relacionados ao uso do CE são veiculados nas redes sociais, influenciando a aparição de novos usuários. Objetivos Quantificar, avaliar o conteúdo e caracterizar os níveis de engajamento de vídeos relacionados ao CE no YouTube, a fim de identificar futuras direções para pesquisa, vigilância e regulação, e

esclarecer o impacto da plataforma no comportamento dos consumidores. MÉTODOS Foi realizada uma busca pelos vídeos postados nos últimos 5 anos com as palavras-chave "cigarro eletrônico", sendo selecionados no mês de maio de 2019 os 10 vídeos mais visualizados e os 10 mais relevantes, segundo o próprio *site*. Cada vídeo foi assistido e analisado por 2 pesquisadores de forma independente e analisado quanto a seu conteúdo de forma qualitativa e quantitativa. Resultados Observou-se que a maioria dos vídeos tem em média 10 minutos; é produzida por homens (85%); sendo 65% deles favoráveis quanto ao uso do CE, e apenas 10% contrários. Tal conteúdo tem alto nível de engajamento, o que pode ser ratificado pelo número de visualizações, que ultrapassa 6 milhões nos 20 vídeos analisados; bem como pela quantidade de avaliações positivas, que excedem 122 mil. Quanto ao conteúdo, pode-se destacar que mais da metade dos vídeos recomenda marcas específicas de CE (com *links* para compra). Ainda a maioria é composta por tutoriais, que explicam como usar e consertar tais aparelhos de forma caseira, ratificando a praticidade e a relação custo-benefício enfatizada por muitos usuários, que garantem a segurança quanto ao meio ambiente, a própria saúde e a de fumantes passivos. Muitos vídeos afirmam que os produtos são maléficos à saúde, mas ajudam no abandono ao cigarro convencional. Outros porém, ofertam o viés de apresentar estudos científicos de curto prazo com pequenas coortes, justificando o uso do CE. A possibilidade de customização (sabor, teor de nicotina, duração da bateria) é um dos pontos mais debatidos, representando apelo do marketing que atrai novos consumidores não fumantes de cigarro convencional, frisando também a melhor imagem social que o CE desempenha, em relação ao convencional. Conclusão O material disponível apropria-se do discurso antitabagista, comparando o cigarro convencional e o CE, ao mesmo tempo em que projeta a imagem do segundo. A incerteza acerca dos efeitos do uso do CE não é refletida nas mídias atuais, sendo a representação de uma segurança utópica, que reforça a valor da interação dos médicos nesse meio, para equilibrar a discussão e informar sobre os efeitos de tal prática.

PO333 AVALIAÇÃO CLÍNICO-ESPIROMÉTRICA DE FUMANTES PASSIVOS EM PACIENTES ATENDIDOS EM DUAS CLÍNICAS ESCOLA DE BAYEUX-PB E JOÃO PESSOA- PB

IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR[1]; FERNANDA CAMILO MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA[2]; JOSÉ GOMES SOUTO[2]; TAINÁ ROLIM MACHADO CORNÉLIO[2]; ELIAURIA ROSA MARTINS[2]; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI[2].

1. FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, CAICO - RN - BRASIL; 2. FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TABAGISMO; FUNÇÃO PULMONAR; ESPIROMETRIA

Introdução: O tabagismo passivo é definido como sendo a inalação de derivados do tabaco por indivíduos não fumantes em ambiente fechado. O ar poluído com a fumaça do cigarro contém três vezes mais nicotina, pois não possui um filtro, diferente do ar inalado pelo tabagista. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o tabagismo passivo como uma grande ameaça à saúde pública, visto que é a terceira maior causa de morte evitável no Brasil e no mundo. A maioria da exposição ocorre em domicílio. A inalação da fumaça do cigarro, seja de modo ativo ou passivo, induz alterações no sistema respiratório, tais como, hipersecreção de muco, déficit no transporte mucociliar, defeitos na árvore traqueobrônquica, que levam a mudanças na relação ventilação-perfusão. **Objetivo:** observar a prevalência de fumantes passivos em pacientes atendidos em clínicas escola e avaliá-los quanto a queixas respiratórias. Materiais e **Métodos:** Estudo epidemiológico de base populacional e delineamento transversal, feito com 122 indivíduos maiores de 18 anos, atendidos em duas clinicas escola de uma faculdade de medicina, em Bayeux e João Pessoa-PB. Os dados foram coletados entre junho e dezembro de 2018, através de questionário estruturado. As espirometrias foram reservadas a indivíduos sintomáticos respiratórios, com doença pulmonar prévia, tabagistas e/ou que referiram exposição ocupacional. **Resultados:** O estudo mostrou que 43 (35,2%) entrevistados são fumantes passivos. Houve maior prevalência no sexo feminino (79%), com idade média de 45,4 anos. Quanto aos sintomas respiratórios, as queixas mais prevalentes foram tosse (54,8%), catarro (23,2%), sibilância (46,5) e dificuldade respiratória (55,8). Em relação à avaliação do CAT, foi possível observar diferenças significativas comparando a população geral, em que foi observada leve expressão dos sintomas respiratórios, em relação aos fumantes passivos, que apresentaram queixas clínicas moderadas. Na avaliação da dispneia, através do MRC, houve comprometimento maior nos expostos, que apresentam dispneia ao realizar atividades de vida diária, enquanto não expostos pontuaram somente em atividades físicas intensas. Foi possível realizar espirometria em 25 participantes. Destes, 9 obtiveram DVO leve e 1 DVO moderado. 2 apresentaram DVO com diminuição da CVF. **Conclusão:** Houve correlação significativa entre a exposição ao fumo e os escores CAT e MRC. Mesmo de forma passiva, a inalação da fumaça causa perda da mucosa de revestimento da via aérea e desenvolvimento e piora de sintomas respiratórios, dano que aumenta conforme o tempo da exposição. Devem ser criados planos de intervenção que eduquem tabagistas e fumantes passivos, para cessar o consumo do tabaco e evitar a progressão dos sintomas respiratórios.

PO334 CESSAÇÃO DO USO DE PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO EM PACIENTES INTERNADOS COM SUSPEITA DE AVC: PROPOSTA DE UM PROTOCOLO PERSONALIZADO

DIOGO DREVENOWSKI[1]; DANIELLA PORFIRIO NUNES[1]; MARCOS CHRISTIANO LANGE[1]; LUIZA MOSCHETTA ZIMMERMANN[1]; ÉLCIO JULIATO PIOVESAN[1]; ISABEL CRISTINA SCARINCI[2].

1. HC-UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL; 2. UNIVERSITY OF ALABAMA, BIRMINGHAM - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; AVC; Internação

Introdução: As doenças relacionadas ao uso do tabaco, como o Acidente Vascular Cerebral, são um dos maiores motivos de internação hospitalar e a exposição é o principal fator de risco e maior contribuinte para recidiva e mortalidade precoce. Durante as internações, os pacientes são forçados à abstinência pelas proibições hospitalares, usualmente sem receberem orientações. A literatura mostra que apenas 25% dos sobreviventes param de fumar após um AVC. **Objetivo:** Descrever brevemente um protocolo e os resultados para cessação do tabagismo em pacientes internados com AVC. **Métodos:** De novembro/2017 e maio/2018 foram incluídos pacientes com uso diário de tabaco nos últimos 3 meses admitidos por suspeita de AVC agudo na Unidade de AVC do HC-UFPR com idade >18 anos, intenção em cessar nos próximos 30 dias e ausência de**:** déficit cognitivo, afasia/disfasia e déficit motor incapacitante. Foi desenvolvido o protocolo baseado na Teoria Social Cognitiva de mudança de comportamento com objetivos de capacitação comportamental, aprendizado por observação, expectativas com a cessação, autoeficácia e reforço do comportamento desejado. Avaliou-se características sociodemográficas e clínicas relativas ao AVC e ao tabagismo. Como variáveis

de desfecho: taxa de abstinência em 15 dias e 12 meses. **Resultados:** Entre os analisados (n=15), a idade média foi de 57,7±9 anos, oito (53,3%) feminino, nove (60%) apresentavam até o fundamental completo, doze (80%) tiveram seu primeiro AVC, HAS em 60%, dislipidemia em 26,6%, DM e DAC em 20%. A equipe de tratamento de tabagismo foi acionada após 7,7±4 dias da admissão. Idade de início do tabagismo em média de 14,1±3 anos, cigarros/dia de 24,7±10. Na Escala de Dependência de Fagerström mediana de 6 (4,5-6,5) sendo 11 (73,3%) com valores acima de 4. Todos os pacientes utilizaram TRN durante o estudo. Oito retornaram 15 dias após a alta hospitalar, sete abstinentes, confirmados com CO exalado, representando uma taxa de cessação de 46,7%. Após 12 meses (avaliação via telefone), seis (40%) continuavam abstinentes e quatro dos nove (44,4%) que continuavam fumando reduziram mais da metade o número de cigarros fumados por dia. **Discussão: e Conclusão:** Este estudo demonstrou que uma intervenção baseada em evidência e personalizada para a cessação do tabagismo em pacientes internados com suspeita de AVC permite uma taxa de cessação relativamente alta (46,7% em 15 dias e 40% em 12 meses) comparada a outros estudos nesta população (23,9% em seguimento por 6 a 12 meses). Trata-se de uma janela de oportunidade para abordar a cessação. A principal limitação do estudo foi o número de pacientes, no entanto, o estudo focou no desenvolvimento da intervenção e em sua validação. **Referências:** Mohiuddin SM "Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease" Chest, 2007 Rigotti NA "Smoking Cessation Interventions for hospitalized smokers: a systematic review" Arch Intern Med, 2008

PO335 TABAGISMO PASSIVO E CÂNCER DE PULMÃO: RELATO DE CASO

BRUNA SOUSA LINS[1]; RAFAELLA SANTOS SILVA ESCHER[2]; SAULO BARRETO MARTINS DE MELO[1]; DIEGO FIGUEIREDO MACEDO SECUNDO[1]; RENATA GABRIELA TORRES FARIAS[1]; DAVID PAES DE LIMA[3].

1. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIRV- UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, GOIANÉSIA - GO - BRASIL; 3. HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: câncer de pulmão; tabagismo; prevenção

Introdução: O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão, sendo responsável por aproximadamente 90% dos casos. [1]A combustão do tabaco libera no ar fumaça com mais de 4000 substâncias químicas, entre as quais cerca de 250 são prejudiciais e mais de 50 têm potencial carcinogênico, fazendo com que o tabagista passivo também esteja susceptível aos efeitos deletérios do tabaco. [2,3]Atualmente, mais de um bilhão de adultos no mundo são fumantes, o que implica que o contato com a fumaça seja praticamente inevitável, podendo gerar graus variados de prejuízo, a depender da quantidade e do tempo de exposição3. **Relato de Caso:** MLAA, sexo feminino, 67 anos, casada, do lar, previamente hígida e sem comorbidades, iniciou quadro de tosse, escarros com hemoptoicos e dor torácica em 2018. Negou tabagismo ativo, porém seu cônjuge fumava há 35 anos. Radiografia do tórax revelou opacidade hilar a esquerda e tomografia computadorizada (TC) evidenciou massa em lobo superior esquerdo, sem aparente plano de clivagem com artéria pulmonar e aorta, sem linfonodomegalia mediastinal. Estadiamento com cintilografia óssea, TC de crânio e abdome não mostraram evidência de doença. Broncoscopia revelou presença de sangue, sem lesão endoscópica visível, com biópsia transbrônquica negativa para neoplasia. Foi optado por toracotomia exploradora (com congelação de massa e linfonodos) e possibilidade para pneumonectomia. O achado intraoperatório revelou derrame pleural, volumosa massa em lobo superior esquerdo invadindo parede torácica e aorta, além de múltiplos nódulos pulmonares e implante neoplásico em aorta justadiafragmática. A conduta foi biópsia e pleurodese com talco. O anatomopatológico revelou adenocarcinoma primário de pulmão de padrão túbulo-acinar, moderamente diferenciado. A paciente foi encaminhada para Oncologia, iniciando quimioterapia, e segue em acompanhamento. **Discussão:** O câncer de pulmão é a segunda neoplasia mais comum em homens e a quarta em mulheres, no Brasil, e ocupa o primeiro lugar em mortalidade. 4O tabagismo se configura como a principal causa, porém o tabagismo passivo também está associado à doença. Um estudo avaliou o risco relativo de câncer de pulmão em não tabagistas, expostos à fumaça de seus cônjuges tabagistas. O resultado mostrou que os tabagistas passivos têm 24% de chance de desenvolver câncer de pulmão quando comparados aos não tabagistas. Outros efeitos incluem o aumento do risco de doença cardíaca coronária e acidente vascular cerebral. [6] Portanto, não restam dúvidas quanto à capacidade carcinogênica da fumaça em associação ao tabagismo passivo. A estratégia de maior impacto no combate ao câncer de pulmão é a prevenção, baseada na adoção de medidas para conscientização quanto à suspensão da prática do tabagismo, bem como da exposição passiva. [7]Além de melhorar sobremaneira a qualidade de vida da população, evitando as várias doenças tabaco-relacionadas, também implicará em grande economia ao sistema de saúde

PO336 CONSEQUÊNCIAS DO USO DO CIGARRO ELETRÔNICO EM ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS

MATHEUS BRITO VIEIRA; CAMYLLA FERNANDES FILGUEIRA DE ANDRADE; MARIANA CAMPOS DE ALMEIDA ALVES.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Cigarro Eletrônico; Tabagismo; Consequências

Introdução: A estimativa atual é que cerca de 30% dos estudantes do ensino médio utilizem o cigarro eletrônico, sendo pelo menos mais da metade usuários regulares. O aroma, que é adicionado ao líquido a partir do qual o aerosol de nicotina é gerado, faz com que as taxas de vaping entre os adolescentes aumentem a um nível alarmante. Esse dispositivo eletrônico vem sendo associado a níveis elevados de sofrimento psicológico, com sintomas depressivos que predizem o seu uso, assim como se constitui em um forte fator de risco para o tabagismo entre os adolescentes e os jovens adultos. **Objetivos:** Verificar as consequências do uso do cigarro eletrônico em adolescentes e jovens adultos. **Metodologia:** Foi realizado uma revisão bibliográfica a partir de artigos pesquisados nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, PubMed e SciELO, utilizando os descritores cigarro eletrônico, tabagismo e consequências. **Resultados:** Constatou-se que, entre os adultos americanos, conforme o nível de sofrimento psicológico dos indivíduos aumentavam, eles tinham uma maior probabilidade de usarem cigarros eletrônicos, resultando em um alto risco de mortalidade em função da dose utilizada. Ademais, entre os grupos mais vulneráveis, observou-se que os ex-fumantes que estavam abalados psicologicamente, estavam mais propensos a utilizarem o cigarro eletrônico do que aqueles que não eram usuários. Também verificou-se que os os adolescentes e os jovens adultos adquirem hábitos comportamentais e fisiológicos

relacionados ao tabagismo, a partir de técnicas de exalação para produzir fumaça, mão-a-boca, sopro; trazendo também o vício em nicotina de base livre, que é absorvida de forma eficaz pelo corpo humano; além de que ativam processos cognitivos que aumentam o risco de fumar. **Conclusão:** O cigarro eletrônico traz sofrimento psicológico para a vida dos usuários, e revela que é um meio com grandes possibilidades para que se retorne ao tabagismo. **Referências:** PARK, Su Hyun et al. Patterns of electronic cigarette use and level of psychological distress. PLOS ONE, 9 mar. 2017. SONEJI, SAMIR S. et al. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA PEDIATRICS, 26 jun. 2017. Disponível em: https: //jamanetwork. com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2634377. Acesso em: 28 maio 2019. WILLS, Thomas A. E-Cigarettes and Adolescents' Risk Status. PEDIATRICS, American Academy of Pediatrics, 1 fev. 2017. Disponível em: https: //pediatrics. aappublications. org/content/139/2/e20163736. info. Acesso em: 29 maio 2019.

PO337 PROMOÇÃO DE SAÚDE EM GRUPOS DE TABAGISMO NO ESTADO DA PARAÍBA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO.

JOYCIANE GOMES CRUZ; GILSON MARQUES DE FIGUEIREDO NETO; JOSÉ LUCAS ILDEFONSO DA SILVA.
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DA PARAÍBA - IESP., JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Grupos de apoio; Promoção de saúde

Introdução: De acordo com o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2018), o cigarro é constituído por mais de 4. 500 substâncias químicas, tendo a nicotina um componente psicoativo que provoca alterações no sistema nervoso central, a falta dessa substância predispõem gatilhos para recaídas, sendo comum esse tipo de ocorrência no decorrer do tratamento. Contudo, é importante que durante todo esse processo de abstinência da nicotina, o indivíduo conte com uma rede de apoio que o encoraje a continuar o tratamento. **Objetivo:** Apontar a importância dos grupos de tabagismo oferecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS no Estado da Paraíba, descrevendo as atividades reeducacionais desenvolvidas nesses espaços e o impacto das ações de promoção a saúde na qualidade de vida das pessoas que fazem uso do cigarro. **Método:** Trata-se de um estudo de caráter epidemiológico construído por meio de pesquisa na plataforma do Departamento de Informática do SUS – DATASUS e um levantamento bibliográfico utilizando oito artigos encontrados pelos descritores "Fisioterapia" e "Tabagismo", em bases PubMed e Scielo, no período de fevereiro à março de 2019. Resultados e **Discussões:** De acordo com a coleta de dados do DATASUS, o Estado da Paraíba, oferta unidades de tratamentos para tabagistas subdivididos em Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS, Centros de Atenção Psicossocial - CAP's, Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e Centros de Saúde. Os atendimentos são oferecidos por grupos criados com o intuito de estimular e apoiar pessoas fumantes a cessarem o uso do cigarro. Conforme Sarmento (2015), a primeira fase do tratamento ocorre de forma coletiva, demonstrando o impacto do tabagismo para a saúde e bem estar da população. Nesses primeiros meses são solicitados exames que pleiteiam a aptidão dos usuários para a próxima fase do tratamento. Na segunda fase, o tratamento evolui com a terapia medicamentosa, utilizando adesivos transdérmicos de liberação lenta com dosagens de 21, 14 e 7 mg, realizando um desmame gradativo até chegar em zero, de acordo com a dosagem de nicotina necessária para substituir a droga, e a goma de liberação rápida com 2mg. De acordo com um estudo feito em Monte Carlos no estado de Minas Gerais por Veloso et al. em maio de 2009, os usuários relataram que os grupos participavam como motivação através do contexto familiar, social, profissional e até espiritual, assim, a presença nos grupos de apoio trouxe uma visão positiva na vida dos participantes. **Conclusão:** Os resultados desenvolvidos nesse trabalho podem colaborar com a discussão acerca da promoção da saúde em grupo de tabagismo, demonstrando a eficácia do programa em promover mais qualidade de vida aos usuários com o fim o uso do cigarro. Além disso, mostra a importância e a necessidade de desenvolver cada vez mais políticas públicas que visem o combate ao tabagismo no SUS. Sendo um ponto de partida para novas pesquisas na área da saúde.

PO338 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES DE UM GRUPO PARA CESSAÇÃO DE TABAGISMO EM PONTA GROSSA

JACQUES MAGNOS CANOSSA MANTEY; ERILDO VICENTE MÜLLER; RAFAEL DA ROSA MACIEL; VITÓRIA GEOVANNA ALVES PEDROSO; ANGELICA CAROLINE MARCON; FLÁVIA CRISTINA COLMENERO.
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA, PONTA GROSSA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Epidemiologia; Fargeström

Introdução: De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é a principal causa de morte evitável no planeta, sendo considerado, portanto, um problema de saúde pública. Segundo informações disponibilizadas pelo IBGE em 2013, a prevalência de homens que fumam foi de 16,2%, ao passo que a de mulheres foi de 9,7%. No Brasil, o tratamento do tabagismo está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo baseado na abordagem cognitivo-comportamental individual, coletiva e na terapia medicamentosa. (IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013) O teste de Fagerström é utilizado para estimar o grau de dependência da nicotina, vem sendo utilizado como ferramenta de escolha para indicação de terapia medicamentosa entre os participantes do grupo. (MENESES-GAYA, 2009). O projeto "Educando e tratando o tabagismo" foi implementado de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde e INCA. **Objetivos:** Descrever o perfil sociodemográfico e o grau de dependência à nicotina das pessoas que participaram de um grupo de apoio para a cessação do tabagismo. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo, realizado entre janeiro de 2014 à dezembro de 2018 com os dados respondidos pelos participantes do projeto "Educando e Tratando o Tabagismo", atividade de extensão multidisciplinar da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). **Resultados:** No período estudado 361 pessoas participaram do projeto, sendo a maioria mulheres (64,6%). A média de idade dos participantes foi de 48,2 anos (Dp=12,8) anos, 35% estudou de 0 a 8 anos, 34% de 9 a 11 anos e 21% mais de 12 anos. O grau de dependência à nicotina avaliado pelo Teste de Fagerström mostrou que 8,5 % tinham dependência química muito baixa, 19,6 % baixa, 16,7 % média, 31,6 % elevada e 23,4 % muito elevada. A média de tempo de tabagismo foi de 27,7 (DP: 14,5) anos para os homens e 31,4 (DP: 13,3) para as mulheres. Cerca de 91,4 % e 82,28% dos homens e mulheres respectivamente já haviam tentado para de fumar pelo menos uma vez. Mais de 70% procuram o programa de cessação do tabagismo com objetivo de melhorar a saúde e ou por causa da família. **Conclusão:** A maioria dos pacientes já havia tentado cessar o tabagismo

por mais de uma vez,a maior prevalência de tabagistas é de pessoas do sexo masculino, entretanto são as mulheres que mais buscam auxílio para parar de fumar. Assim sendo, percebe-se que é necessária a expansão dos programas de saúde de cessação ao tabagismo, principalmente ao público masculino. **Referências:** IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014. Pesquisa Nacional de Saúde 2013, Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE. Meneses-Gaya I. C., Zuardi,A. W., Loureiro, S. R., Crippa J. A. S.,2009. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Jornal Brasileiro de Pneumologia,35(1): 73-82,2009.

PO339 ANÁLISE DA CESSAÇÃO DO FUMO POR MEIO DE QUESTIONÁRIO, VIA TELEFONE, NO GRUPO ANTITABAGISMO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO (GAT-HU-USP)

EDINALVA T. CRUZ SOUZA; JOAO PAULO BECKER LOTUFO; ALTAMIR BENEDITO DE SOUSA; MÔNICA ADRIANA SILVEIRA; ANA LUCIA MENDES LOPES; NIVIA GIACOMINI FONTOURA FARIA.
HU-USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Telefone; Psicologia

Introdução: O tabagismo é uma doença que requer a integração de abordagens farmacológicas, psicológicas; no âmbito familiar, social, instâncias políticas e governamentais. A combinação das terapias farmacológicas e psicológicas aumenta a efetividade e a prevenção de recaída e deve ser incluída no processo de cessação. Várias técnicas de abordagem são aplicadas, entre elas o contato telefônico. **Objetivo:** Verificar se os pacientes atendidos no período de estudo, cessaram o fumo ou não. Os que cessaram, se tiveram recaída, qual foi o gatilho desta recaída e se os medicamentos antitabagismo ajudaram ou não neste processo. **Metodologia:** Os pacientes atendidos neste grupo em 2017 foram contatados por meio de telefone, em duas tentativas, em dois horários distintos, manhã e fim de tarde, e convidados a responder um questionário contendo 10 perguntas fechadas. Um destes questionamentos continha uma pergunta sobre recaída, onde o paciente poderia sinalizar mais de um motivo desta recaída. Os dados foram preenchidos no formulário do Google Drive e depois tabulados em planilha Excell® para análise e construção de gráficos. **Resultado:** No ano de 2017, o GAT (Grupo antitabagismo) atendeu 195 pacientes dos quais conseguimos contatar por via telefônica 80. Destes 75 responderam o questionário. Dos 75, 48% pararam de fumar em algum período do programa. Dos que pararam, 56,3% tiveram recaída e 43,7% não recaíram. Os principais gatilhos que levaram à recaída foram: ansiedade (33,3%), crises emocionais (20%) e problemas com a família (13,2%), entre outros (33,5%). Quanto à freqüência, compareceram no programa: 31% um mês, 40,8% de 2 a 4 meses,15,5% de 5 a 6 meses, 4,2% de 7 a 9 meses e 8,4% das pessoas, por 12 meses ou mais. Das 75 pessoas entrevistadas, 82,7% utilizaram farmacoterapia e 17,3% não utilizaram nenhuma farmacoterapia. **Conclusão:** O resultado mostrou que 47,9% das pessoas que atenderam o telefone, estavam sem fumar no momento da ligação telefônica. Os gatilhos emocionais foram os que mais favoreceram a recaída, tais como: ansiedade, crise emocional, conflitos, problemas familiares. Os pacientes em sua maioria, tiveram dificuldades em permanecer no grupo de manutenção por 1 ano, mostrando maior frequência em uma faixa de 2 a 4 meses. A farmacoterapia empregada, em geral com reposição de nicotina e bupropiona, 82,7% dos 75 pacientes entrevistados utilizaram, o que sinaliza que os medicamentos auxiliam na cessação do fumo. Ainda, por meio deste estudo, podemos concluir a importância da prevenção da recaída desenvolvendo técnicas para que possam diminuir os gatilhos emocionais e que o programa de fornecimento de medicamentos é de grande valia para estes pacientes.

PO340 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES DO SEXO MASCULINO EM UM PROGRAMA DE APOIO AO FUMANTE NA CIDADE DE SALVADOR-BA

POLLIANA ALVES DE OLIVEIRA[1]; NATHALIA DE ALCÂNTARA TANAJURA MACIEL[2]; NATAEL ALMEIDA GONÇALVES[1]; MARISTELA RODRIGUES SESTELO[3]; CARLOS TADEU DA SILVA LIMA[1].
1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB), SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB) E ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: tabagismo; população masculina; abandono do hábito de fumar

Introdução: Sabe-se que o ato de fumar é um comportamento tipicamente masculino, embora são as mulheres quem demostram mais dificuldades para deixar de fumar. Para além, o tabagismo é visto como uma das principais causas de mortalidade precoce por doenças isquêmicas do coração, doença cerebrovascular e doença pulmonar obstrutiva crônica e alta prevalência para câncer de pulmão. **Objetivos:** Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes do sexo masculino em um ambulatório de tabagismo. **Métodos:** Estudo descritivo, observacional, transversal e retrospectivo, realizado no Ambulatório Docente-Assistencial (ADAB) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador-BA, com pacientes do sexo masculino inseridos no programa de Apoio ao Fumante, entre 2012 a 2018. Realizou-se estatística descritiva e testes de associação de variáveis, sendo considerado um nível de significância de 5% ($p<0,05$). **Resultados:** De um total de 280 pacientes tabagistas admitidos no Programa, foram avaliados 95 do sexo masculino, separados em grupos A [homens que aindam fumam (n=73/76,8%)] e B [homens que deixaram de fumar (n=22/23,2%)]. A maior parte dos entrevistados de ambos os grupos possuem entre 40 a 49 anos (A: 27,4% e B: 27,2%); são casados ou vivem em união estável (A: 47,9%- B: 59%); com escolaridade de segundo (A: 30,1% - B: 36,3%) e terceiro grau completos (A: 26% - B: 27,2%); e renda maior que 2 e menor ou igual a 4 salários mínimos (A: 32,8% e B: 36,3%), além de a maior parte dos pacientes afirmaram estarem trabalhando (A: 61,6% e B: 63,6%). No quesito comorbidades clínicas e psiquiátricas, teve predomínio no grupo A de ansiedade (39,7%), protése dentária móvel(36,9%), insônia(35,6%) e de pressão alta (34,2%) e, no grupo B de ansiedade(45,4%), insônia(40,9%), outras comorbidades(40,9%), incluindo hérnia de disco, glaucoma, asma, rinite e pressão alta(31,8%). Quanto à dependência à nicotina, houve predomínio da categoria elevada nos dois grupos (A: 30,1% A e B: 40,9%). Percebeu-se que a maioria dos tabagistas do grupo A fumam uma média de 1 a 20 maços (31,5%) e de 21 a 40 maços (32,8%), e 54,5% do grupo B fumou uma média de 1 a 20 maços. Não houve associação significativa em nenhuma das variáveis estudadas. **Conclusão:** O conhecimento da população fumante é de extrema importância para a cessação do tabagismo e redução de morbi-mortalidade por doenças tabaco-relacionadas, principalmente se há comorbidades associadas, como evidenciado neste estudo. Os resultados encontrados são compatíveis com a literatura, visto que a

busca pelos programas de apoio ao fumante é maior no sexo feminino, além disso o predomínio de dependência química ou escores mais elevados nos homens, consequentemente, pode representar menores chances de cessação do ato de fumar. **Referências:** Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. J Bras Pneumol. 2008;34(9)**:** 695-701.

PO341 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM CESSAÇÃO DO TABAGISMO DA ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP), EM SALVADOR, BA.

NATHALIA DE ALCÂNTARA TANAJURA MACIEL[1]; POLLIANA ALVES DE OLIVEIRA[2]; MARISTELA RODRIGUES SESTELO[3].
1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP), SALVADOR - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB), SALVADOR - BA - BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP) E UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB), SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: tabagismo; mulheres; cessação tabágica

Introdução: O tabagismo mata mais de 6 milhões de pessoas por ano em decorrência do seu uso direto. A nicotina é a principal responsável pelo aparecimento de DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica -- e câncer de pulmão na população. Além disso, aumenta o risco de infartos do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e, nas mulheres, reduz taxas de fertilidade, aumenta o risco de infertilidade e predisposição para outros cânceres (ginecológicos). No Brasil, atualmente 11% da população feminina é composto de fumantes ativas. A mudança no perfil sociocultural da população brasileira permitiu maior espaço e igualdade para as mulheres dentro da sociedade e o cigarro aparece como símbolo de independência feminina, fazendo crescer os índices de mulheres fumantes. **Objetivos:** analisar o perfil de pacientes do sexo feminino atendidas em ambulatório especializado, de acordo com abstenção ou manutenção do tabagismo. **Métodos:** estudo observacional e transversal, utilizando amostra de 256 pacientes atendidos entre 2013 e 2018 no Ambulatório Docente Assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (ADAB), em Salvador (Bahia), onde foram utilizados testes estatísticos descritivos, principalmente frequência simples e percentual, para analisar variáveis obtidas através de dados secundários. **Resultados:** A maioria da amostra é composta do sexo feminino, com n=170. A média de idade das mulheres foi de 54,2 anos, a maioria com mais de 8 anos de estudo. A média de início do fumo regular foi em torno de 17 anos, com carga tabágica maior que 30 maços/ano. No grupo A e B, as razões para fumar mais prevalentes foram aquelas relacionadas à ansiedade, alívio de estresse, nervosismo ou como forma de relaxamento, com 40,9% (N=47) e 34,5% (N=19), respectivamente. Um percentual de 32,4% manteve-se em abstemia do cigarro até o último contato. **Conclusão:** Não foi notada diferença significativa entre os grupos de abstenção e manutenção do tabagismo nas variáveis avaliadas. Faz-se necessários estudos com maior população e tempo de acompanhamento para que os resultados sejam mais próximos da realidade e possam apresentar diferenças significantes. **Referências:** 1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Associação Brasileira de Psiquiatria; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia; Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Associação Brasileira de Medicina Inte. Tabagismo. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2010;2(2)**:** 43–127; 2. World Health Organization. Tobacco Fact Sheet [Internet]. 2018. 2018 [cited 2018 Aug 10]. Available from**:** http: //www. who. int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco; 3. Convention WHOF, Control T, Fctc WHO. WHO report on the global tobacco epidemic Brazil, 2017. 2017; 4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção de estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas [Internet]. Ministério da Saúde. 2014. 181 p;

PO342 ANÁLISE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA ENTRE PACIENTES COM TUBERCULOSE E O ALCOOLISMO ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

MABELY MEDEIRO PASSOS TEIXEIRA; MÁRJORY MEDEIRO PASSOS TEIXEIRA; ÍRLINE CORDEIRO DE MACEDO PONTES; RAISSA PINTO NUNES; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Alcoolismo; Perfil de Saúde

Introdução. A tuberculose (TB) representa uma das maiores ameaças à saúde pública mundial. Em 2015, ocorreram mais de 10,4 milhões de novos casos no mundo e 1,4 milhões de mortes decorrentes da doença. No Brasil, a incidência foi de 30,9 casos/ 100 mil habitantes em 2015 e, em 2014, a taxa de óbitos apresentou-se em 2,2 óbitos a cada 100 mil habitantes. Em 2013, o estado da Paraíba foi responsável por 1. 465 casos, ocupando a 14º posição entre os estados com maior número de casos. No Brasil, a prevalência de consumo de álcool em portadores de TB ativa varia entre 10% e 50%. Objetivos. Analisar as relações entre a tuberculose e alcoolismo em população assistida em serviço de referência de João Pessoa-PB. Métodos. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo/analítico de casos de TB associados ao consumo de álcool atendidos no Hospital Dr. Clementino Fraga, no período de 2004 a 2014. Foram utilizados dados provenientes do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis analisadas foram: sexo, raça, formas de apresentação da tuberculose, alterações radiológicas, teste tuberculínico, comorbidades, tratamento, situação de encerramento. Foi considerado significante p menor que 5%. Resultados. Nessa pesquisa, 917 (24%) de 3814 pacientes com tuberculose referiram consumo de álcool. Desses pacientes, 799 (87,1%) eram do sexo masculino e houve predomínio da raça parda com 802 (87,5%) casos. O alcoolismo esteve relacionado à maior chance de abandono do tratamento com 258 (28,1%) casos (OR =2,1; IC 95% 1,8-2,6); e morte por tuberculose com 53 (5,8%) casos (OR = 1,6; IC 95%, 1,1-2,2). Ademais, há maior prevalência da variante pulmonar com 840 (91,6%) casos (OR = 2,7; IC 95% 2,1-3,6) e do tabagismo com 174 (19%) casos (OR = 11; IC 95%, 8,1-15). Além disso, o sexo masculino esteve mais associado ao alcoolismo em relação ao feminino (OR = 3,9; IC 95% 3,2-4,8). Conclusão. Os homens apresentaram maior prevalência de consumo abusivo alcoólico provavelmente, porque historicamente são submetidos a maiores pressões sociais para o uso de tal substância. Além disso, estes apresentam maior risco de adoecer o que pode estar relacionado a fatores biológicos ou subnotificação de pacientes do sexo feminino. Houve também uma associação significativa entre TB e uso de álcool com abandono do tratamento. Esse quadro é resultado do prejuízo nas áreas de decisão e memória do paciente, além da deterioração das condições sociais e financeiras, que tendem a acompanhar alcoolismo. Além disso, o uso concomitante de álcool e drogas tuberculostáticas pode levar à hepatoxicidade, bem como as altas taxas de ingestão alcoólica, contribuindo para o abandono do tratamento. Ademais, semelhante a outro estudo, a mortalidade por TB foi significativamente maior em pacientes que apresentavam

consumo alcoólico. Assim, a compreensão do impacto do consumo de álcool no desenvolvimento da TB pode ser fundamental para o desenvolvimento de futuros programas de prevenção.

PO343 CAUSAS DE ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR, PERFIL DE CASOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA MÉDICA NO ANO DE 2018.

ALINE THAMYRIS CORREIA DE LUNA[1]; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN[2]; CARMEN DOLORES RODRIGUES PITANGA DE MACEDO[1]; JOSÉ ALEXANDRE DE ANDRADE FERREIRA[1]; GILVANDA MACHADO DE MENEZES[1]; THAMIRES TAVARES DA PAIXÃO[1].
1. HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, RECIFE - PE - BRASIL; 2. AR ASSINTENCIA RESPIRATOIRA, OLINDA - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar; Abandono; Dorgas aditas

A Tuberculose constitui-se em um grave problema de saúde pública. No mundo, milhares de pessoas ainda são afetadas e morrem devido à doença e suas complicações. As principais preocupações referentes ao abandono do tratamento são a possibilidade de disseminação da doença, o desenvolvimento de bacilos multirresistentes, a prolongação do quadro infeccioso e as complicações decorrentes da doença quando não tratada de forma correta. O objetivo principal desta pesquisa é conhecer os aspectos que determinam o abandono. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo observacional descritivo de abordagem quali-quantitativa, onde foi feito um corte transversal para obtenção dos dados. Foi realizada entrevista com 27 pacientes atendidos na emergência de um hospital de referência para o tratamento da tuberculose, localizado na cidade de Recife (PE), Brasil, no período de julho a novembro de 2018. As entrevistas foram do tipo semiestruturadas, que incluíram duas etapas. Na primeira, utilizou-se um questionário próprio, denominado "Questionário 1", abordando os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes; na segunda, empregou-se o "Questionário 2" com oito questões abertas relacionadas ao motivo que os fizeram abandonar o tratamento, fazendo-se uso de um gravador de voz para coletar a narrativa do entrevistado. **Resultados:** Ser do sexo masculino (77,8%), cor parda(70%) e solteiro(66,7%),apresentam maior taxa de abandono. O consumo de álcool atual ou anterior (74%), tabagismo atual ou anterior (70,4%), outras drogas(48,1%) como o consumo da maconha (92,2%). Os efeitos adversos dos medicamentos(25,92%). A dificuldade em acesso a serviços de saúde, condições socioeconômicas e o sentimento de discriminação foram encontrados como causa menor do abandono ao tratamento, menos de 10% de citações. A sensação de estar clinicamente curado "Eu abandonei porque eu pensava que tava bom. Não sentia mais sintoma nenhum. Aí, abandonei por desleixo mesmo", relatada por 2 dos entrevistados. **Conclusão:** O paciente portador de tuberculose que seja usuário de álcool ou outras drogas, e que não tenha um suporte domiciliar presente, deve ser abordado de uma forma mais intensa por toda equipe de saúde.

PO344 INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NA BAHIA VERSUS TAXA DE REINGRESSO NO TRATAMENTO: UMA ANÁLISE EM 10 ANOS.

HANNA MINA DOS SANTOS CORRÊA; MATHEUS MENEZES DE SANTANA; SARAH COELHO DA SILVA HORA; VANESSA RIBEIRO COSTA SANTANA; ISRAEL COSTA CARAPIA DE ANDRADE; GUILHARDO FONTES RIBEIRO.
ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: tuberculose; tratamento; reingresso

Introdução: A tuberculose é historicamente um dos maiores entraves na saúde pública do Brasil. Um dos principais desafios no tratamento é a alta taxa de abandono, que pode atingir uma média de 25% em algumas capitais. A grande preocupação com a efetividade do tratamento deve-se ao fato de que tratamentos irregulares, além de não curarem os doentes, podem transformá-los em casos resistentes às drogas usuais. Além disso, fatores sociais e alta densidade demográfica são dados determinantes na alta prevalência da doença no estado da Bahia. **Objetivo:** Comparar a ocorrência de casos novos de tuberculose com a taxa de reingresso de doentes após o abandono, entre os anos de 2008 a 2018, no estado da Bahia. **Método:** Estudo comparativo baseado em dados secundários do CID-10/DATASUS, com informações referentes a "Tuberculose – casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação". Foram utilizadas as seleções de variáveis "UF de notificação" e "tipo de entrada", delimitando-se do período entre os anos de 2008 a 2018. **Resultados:** Entre os anos de 2008 e 2018, houve uma diminuição da incidência da Tuberculose na Bahia. O ano de 2009 apresenta o maior valor absoluto de casos confirmados, enquanto que o ano de 2015 apresenta o menor valor absoluto, representando, respectivamente 10,68% e 8% dos casos totais confirmados no período estudado. Quando analisamos a associação dos pacientes com casos confirmados na Bahia e os pacientes de Reingresso ao tratamento após abandono, o ano de 2017 obteve o maior valor absoluto de reingresso, enquanto que o ano de 2012 apresentou o menor valor absoluto, representando, respectivamente, 12% e 0,68% dos casos totais. **Conclusão:** Apesar de se observar uma queda no número de casos novos no Estado da Bahia, vê-se um aumento no número de reingresso após abandono no período estudado. O abandono do tratamento da TB é um tema que não deve ser negligenciado**:** além de gerar ônus financeiro ao sistema de saúde pública e ao próprio paciente, acarreta consequências como a necessidade de um reingresso no tratamento, ineficiência dos esquemas de tratamento adotados, além de maior dificuldade para diminuição de casos de doentes e o surgimento da doença em forma multirresistente (TBMR). Urge conscientização, reavaliar e intervir no processo terapêutico dessa população, com objetivos de maior aderência, e efetividade terapêutica em nosso meio.

PO345 RELATO DE CASO DE INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE E TUBERCULOSE PULMONAR NO PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE

CAMILA NATASHA DE LIMA ROCHA; ARTHUR JOSÉ DE SOUSA TEMÓTEO; EDUARDO HENRIQUE LIMA BATISTA; INAÊ MARTINS DE LIMA; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA; GEÓRGIA FREIRE PAIVA WINKELER.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar; Tuberculose latente; Espondilite anquilosante

Introdução A tuberculose (TB) é considerada um importante problema de saúde mundial, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias para o controle da doença, envolvendo fatores econômicos, humanitários e de saúde pública. O seu tratamento possui como objetivo a cura da tuberculose e uma rápida diminuição da transmissão da doença. Sabe-se que doenças autoimunes associam-se com risco aumentado de TB, por isso a importância do tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTB) nos pacientes que receberão tratamento com imunobiológicos. Relatamos o caso de um paciente portador de espondilite

anquilosante, que desenvolveu tuberculose miliar grave mesmo tendo realizado tratamento da ILTB. Relato do caso Paciente de 71 anos, branco, sexo masculino, agrônomo, portador de espondilite anquilosante e artrite psoriática. Em 2012 realizava tratamento há 14 meses com infliximabe para as doenças de base, tendo sido encaminhado ao Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga para tratamento da ILTB com Isoniazida 300 mg por 6 meses. Em 2018, o paciente apresentou quadro clínico de febre, tosse produtiva, adinamia e anorexia por 1 mês. Apresentava hipertensão arterial sistêmica, depressão, etilismo e história de tabagismo. Ao exame físico, apresentava estado geral comprometido, hipotenso (90x60 mmHg), com crepitações finas bilaterais. Exames de imagem demonstraram infiltrado micronodular difuso bilateral e consolidação em lobo inferior direito. Realizado teste rápido molecular (TRM) no escarro detectável, com resistência inicial à rifampicina, que não foi confirmada em um segundo TRM. Solicitada cultura do escarro com teste de sensibilidade. Iniciado, portanto, tratamento com esquema básico durante 9 meses, obtendo alta por cura, com melhora clínica, radiológica e bacteriológica. Discussão A ILTB consiste na presença de resposta imune contra o *Mycobacterium tuberculosis*, sem sinais clínicos da doença. Em indivíduos com ILTB documentada, o risco de ativação da doença é de 5 a 10% ao longo da vida, dependendo de vários fatores, sendo o estado imunológico do paciente o mais relevante. O tempo de tratamento da ILTB varia de 6 a 9 meses, mas a dose total administrada é mais importante do que o período. No presente caso, o tratamento da ILTB foi de 6 meses e o paciente teve reativação da doença após 6 anos do término da profilaxia. Vale ressaltar a necessidade de acompanhamento clínico rigoroso dos pacientes em uso de imunobiológico, que estão em tratamento da ILTB ou já o terminaram. Além de mais dados na literatura sobre o retratamento da ILTB em pacientes com este perfil.

PO346 TUBERCULOSE INTESTINAL E ABDOME AGUDO EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: UM RELATO DE CASO

CECÍLIA REGINA BASTOS DOS SANTOS[1]; RENAN MADEIRA DE BARROS NUNES[1]; THYAGO DUAVY FÉRRER LIMA[2]; GUILHERME COSTA PEREIRA GUEDES[1]; THIAGO HENRIQUE FERNANDES DE CARVALHO[1]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[1].
1. UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL DA POLICIA MILITAR EDSON RAMALHO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose intestinal; abdômen agudo; imunocompetente

Introdução: A tuberculose (TB) intestinal é uma forma de acometimento extrapulmonar. Pode ocorrer por reativação de foco primário ou por ingesta bacilar em pacientes com TB pulmonar, sendo a região ileocecal a mais acometida. Dor abdominal é o sintoma mais comum. Pode cursar com disabsorção intestinal, sangramentos e obstrução intestinais, sendo que 15 a 40% evolui com abdome agudo. O diagnóstico diferencial é feito com doenças inflamatórias, especialmente Crohn, e neoplasias. Com o aumento da incidência de TB associada a AIDS, quadros intestinais são raramente vistos em pacientes não-HIV. Relatamos caso de paciente com evolução de abdômen agudo por TB intestinal sem imunossupressão. **Relato de Caso:** Homem, 53 anos, admitido em emergência com dor abdominal há 3 dias, associada a inapetência e constipação. Sem comorbidades. Ex-etilista e ex-tabagista, cargas não precisas. No exame físico, o abdômen era doloroso, sem sinais de irritação peritoneal. Após medidas laxativas, evacuou e apresentou melhora parcial da dor. Neste momento, já em enfermaria, adicionou relato de tosse produtiva, febre vespertina e perda de peso há 2 meses – ao realizar radiografia de tórax foi encontrada cavitação em LSE. Já em isolamento, teve TRM do escarro para MTB positivo e TC de tórax com sinais de doença em atividade e pneumoperitôneo. Somente no dia da imagem evoluiu com irritação peritoneal e foi submetido a laparotomia exploradora, sendo encontrada perfuração a 20cm da válvula ileocecal. Anatomopatológico evidenciou periapendicite aguda purulenta perfurativa com microgranulomas e células gigantes multinucleadas na subserosa. Sorologias para HIV em múltiplas oportunidades negativas. Tão logo do resultados confirmatórios para tuberculose o esquema RHZE foi iniciado. Evoluiu clinicamente bem, recebendo alta para seguimento clínico. **Discussão:** A dor abdominal é a manifestação mais comum da TB intestinal e pode ocorrer devido a um estreitamento do lúmen intestinal, inflamação mesentérica e/ou envolvimento peritoneal. A constipação ocorre em quase metade dos pacientes com tuberculose intestinal. Várias áreas do intestino podem ser afetadas. A região ileocecal é o local mais comum, sendo afetada em 75% dos casos. A afinidade do *Mycobacterium tuberculosis* por esse local pode ser devido à relativa estase e abundância do tecido linfóide nessa região, após deglutição de bacilos em pacientes com TB pulmonar. Hoje, casos HIV negativos de TB intestinal são considerados raros. Em até 50% dos casos, não é possível evidenciar bacilos no espécime cirúrgico, mas o diagnóstico presuntivo é permitido de acordo com quadro de TB pulmonar ativa e local de lesão. O tratamento é realizado com esquema RHZE. Apenas há indicação de tratamento cirúrgico em casos de complicações abdominais.

Referências: RAMBILLA, E et al. Intestinal tuberculosis in immunocompetent/HIV negative patients**:** case report of two patients. J. Coloproctol. (Rio J.) [online]. 2012, vol. 32, n. 3 [cited 2019-05-05], pp. 304-307.

PO347 ANÁLISE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COINFECTADOS POR TUBERCULOSE E HIV ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

MABELY MEDEIRO PASSOS TEIXEIRA; MÁRJORY MEDEIRO PASSOS TEIXEIRA; ÍRLINE CORDEIRO DE MACEDO PONTES; RAISSA PINTO NUNES; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Coinfecção; HIV

Introdução. A tuberculose (TB) é responsável por cerca de 1,4 milhão de mortes anuais. Dentre os 22 países pertencentes ao ranking com maior prevalência de TB em 2010, o Brasil ocupa o 19º lugar. Apesar das medidas de saúde públicas já estabelecidas, estima-se que, em 2013, 9 milhões de pessoas contraíram TB e, destes, 1,5 milhões evoluíram com óbito, sendo 360 mil soropositivos para o HIV. Na coinfecção com HIV, o diagnóstico da TB é comprometido devido à imunodepressão provocada por este agente retroviral. Só no ano de 2011, a taxa da coinfecção no Brasil atingiu 9,9%, com a de letalidade em 6%. Objetivos. Analisar as características clínicas-epidemiológicas de pacientes coinfectados TB/HIV atendidos no Complexo Hospitalar Clementino Fraga. Métodos. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo/analítico fundamentado em pesquisa com dados secundários no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) dos casos de TB do Hospital Clementino Fraga, João Pessoa – PB, no período de 2004 a 2014. As variáveis analisadas foram**:** faixa etária do paciente, sexo, raça, forma de apresentação da Tuberculose, coinfecção com HIV, radiografia de tórax, teste tuberculínico (PPD), comorbidades associadas, tratamento realizado e desfecho. Foi considerado significante p menor

que 5%. Resultados. Dos 3876 casos de TB, 478 (12,3%) correspondem aos portadores de HIV, sendo destes, 339 (70,9%) pertencentes ao sexo masculino com predomínio da raça parda 406 (84,9%) casos. A média de idade da amostra foi de 38 anos. A forma de apresentação pulmonar predominou, enquanto, dentre as formas extrapulmonares, a ganglionar e pleural foram significativamente prevalentes. O estudo radiológico foi realizado em 363, com imagem suspeita em 322 (67,4%). O PPD foi reator forte em 54 (11,3%) dos casos. Em relação ao tratamento, 179 (37,4%) foram curados, 142 (29,7%) abandonaram e 18 (3,8%) foram a óbito. No que diz respeito aos pacientes com AIDS, estes compunham 501 (13%) casos dos pacientes com TB. Não ocorreram grandes diferenças quando comparamos com aqueles soropositivos. Conclusão. Houve predomínio do sexo masculino que chegam a compor até 86% dos portadores HIV+. Tal achado pode ser explicado pela alta prevalência de TB no sexo masculino. E parte-se de pacientes com TB para a pesquisa dos HIV+. A média de idade permaneceu na faixa etária entre 30-39 anos assim como descrito na literatura. Tal achado é explicado porque há maior exposição a fatores de risco ao HIV, como maior participação em relações sexuais e com contato com drogas injetáveis nessa idade. A positividade para HIV esteve relacionada à maior chance de abandono do tratamento e de óbito e morte nos pacientes com TB. Na coinfecção, há alterações na positividade do teste tuberculínico e clínica, havendo aumento nas manifestações extrapulmonares e apresentações radiográficas atípicas. Desta forma, o diagnóstico da TB pode ser retardado, contribuindo para um desfecho desfavorável para o paciente.

PO348 PERFIL SAZONAL DA INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NO BRASIL DE 2001 A 2017

LARISSA EDILZA DE LIMA[1]; ALBERTO DE SOUZA VIDERES FILHO[2]; ASSIS PORFÍRIO FURTADO NOGUEIRA[3]; KATHERINE MAIA FLORENTINO SILVA NUNES[2]; INGRYD GABRIELLA NASCIMENTO SANTOS[2]; SUELY COELHO TAVARES DA SILVA[1].

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Sazonalidade; Incidência

Introdução - A tuberculose (TB), doença infecciosa de ampla distribuição mundial, continua a merecer atenção especial dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. O Brasil é um dos países priorizados pela Organização Mundial de Saúde, por concentrar alta carga de TB, segundo o Ministério da Saúde em 2018. Sabe-se que a saúde humana sofre forte influência das modificações climáticas sazonais, as quais podem modificar a incidência de doenças em geral, sobretudo respiratórias e infecciosas. Estabelecer a distribuição espacial dos casos de TB, segundo variáveis climáticas representa notória contribuição para a elaboração de um modelo de tomada de decisão em saúde, capaz de atuar no controle da doença. **Objetivos:** Avaliar o perfil sazonal da incidência de tuberculose no Brasil de 2001 a 2017. **Métodos:** Estudo transversal e retrospectivo, a partir da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A amostra foi constituída por todos os casos de tuberculose confirmados e notificados no Brasil, entre 2001 e 2017, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esses dados foram analisados através da plataforma TABNET, segundo sua distribuição nos meses do ano e quanto às regiões de notificação. As informações evidenciadas foram correlacionadas com dados da literatura nacional e internacional pertencentes às bases de dados *Scielo* e Biblioteca Virtual de Saúde. **Resultados:** Foram registrados N=1. 497. 389 casos de TB no período de 2001 a 2017. Observou-se no decorrer dos anos pouca sazonalidade, quanto à distribuição dos casos e pouca variação da incidência quanto ao mês e ao ano. Denotou-se que em todas as regiões do país, houve maior incidência de TB no mês de março, correspondendo a 9% de todos os casos registrados no período de 2001 a 2017 (N=1. 497. 389). O mês de agosto teve a maior frequência dos casos da doença, nos anos de 2008, 2011, 2012 e 2013, somando cerca de 9% dos casos em todo o período. Em contrapartida, os meses de fevereiro e dezembro apresentaram menor incidência, com cerca de 8% cada. **Conclusão:** Observou-se que houve pouca sazonalidade dos casos de tuberculose, segundo o clima no Brasil, porém, houve diferentes incidências em determinados meses do ano. Essa diferença de ocorrência costuma ser atribuída, na literatura pesquisada, à subnotificação dos casos e a falha de continuidade no tratamento dos indivíduos diagnosticados, sobretudo nos períodos de férias dos profissionais de saúde. Sendo assim, para a resolução desta situação é necessário um reforço de recursos humanos, para que a população não fique em determinados períodos descoberta do atendimento adequado, evitando que se perpetue o aumento da transmissibilidade, consequentemente elevando os gastos e a necessidade de intervenção com políticas públicas.

PO349 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO ENTRE 2001-2018

AMANDA DE OLIVEIRA BARBOSA; JOSÉLIO RODRIGUES DE OLIVEIRA FILHO; MARINA FERREIRA PASSOS ROCHA; DIEGO VICTOR NASCIMENTO; THIAGO HENRIQUE FERNANDES DE CARVALHO; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose Extrapulmonar; Brasil; Clínico-Epidemiológico

Introdução: A tuberculose extrapulmonar é uma manifestação de doença sistêmica podendo atingir vários órgãos e sistemas, sendo responsável por quadros clínicos variados. As formas extrapulmonares da tuberculose não representam risco à transmissão mas ganham importância em virtude do aumento da sua incidência, principalmente relacionado à epidemia da AIDS. As formas extrapulmonares da tuberculose incluem o comprometimento pleural, ganglionar, genitourinário, ósteo-articular, do sistema nervoso central, trato gastrointestinal e aparelho visual, assim com a laríngea, partes moles e cutânea, menos comuns. O diagnóstico pode ser dificultado por várias razões, entre as quais a pobreza de bacilos e o diagnóstico histopatológico. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos diagnosticados com tuberculose extrapulmonar no Brasil entre os anos de 2001-2018. **Métodos:** Estudo ecológico de série temporal com notificações de tuberculose extrapulmonar e/ou pulmonar + extrapulmonar entre 2001-2018, com base nos dados do DATASUS. **Resultados:** Foi registrada média de 8617 casos/ano entre 2001-2018, sendo apenas 1 caso registrado em 2001 e média de 14039 casos/ano entre 2008 e 2018. Sexo masculino (62%), idade entre 20 e 39 anos (43,99%) e com ensino fundamental incompleto (30%) foram mais frequentes. A região com maior número de casos foi a Sudeste (47%), tendo o eixo SP-RJ 61814 casos neste período. Entre as comorbidades, destaca-se o HIV (26,6%) – Apesar disto, 20% dos pacientes não fizeram testagem sorológica. Apenas 5% eram tabagistas, 10% etilistas, 4% portadores de DM e 3% drogaditos. Foram registrados 119

casos em imigrantes no último ano. Cerca de 4% eram privados de liberdades, destes 55% presidiários. A maioria dos casos notificados foi de TB ganglionar (31423 casos), seguido por TB Miliar (13140 casos). Chamou nossa atenção o fato de apenas 45 casos de TB pleural serem notificados, assim como 81767 não terem causa definida em registro. O diagnóstico teve sua maior expressão através da confirmação laboratorial (5,6%). Aproximadamente 1/3 dos pacientes foi submetido a tratamento observado. A taxa de cura foi de 64% neste período, tendo 8% dos pacientes abandonado tratamento e 10% evoluindo com óbitos, destes 50% por causa direta da TB. Foram registrados 491 casos de resistência ao tratamento. **Conclusão:** O acometimento extrapulmonar é frequente no Brasil, apresentando importante morbimortalidade. O principal fator associado é o HIV, que deve ser sempre pesquisado. O perfil e as características clínico-epidemiológicas são importantes, pois ajudam a identificar e acompanhar a população mais vulnerável e elaborar políticas públicas de saúde. Porém, situações de preenchimento inadequado da notificação tornam urgente uma política de conscientização e educação dos profissionais responsáveis **Referências:** Putruele, Ana María. Tuberculose extrapulmonar: um diagnóstico difícil. Rev. Am. Med. Respir. 2018. Sep; 18(3): 150-151.

PO350 INCIDÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE ENTRE DOIS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE ENTRE 2017 E 2018

WILGNER ANTONIO DE MELO SILVA[1]; ERONILDO DE ALMEIDA ANDRADE[2]; MARTA ÚRSULA BARBOSA DE MORAES[1]; MICHELLY EVANGELISTA DE ANDRADE FAGUNDES[3].

1. UNISÃOMIGUEL, RECIFE - PE - BRASIL; 2. FPS/IMIP, RECIFE - PE - BRASIL; 3. SECRETARIA DE SAÚDE, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Incidência; Nordeste

Introdução: A tuberculose (TB) ainda é uma doença que dizima muitas vidas e representa um grave problema de saúde pública no Brasil e em outros países. Sendo esta ainda uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (BRASIL, 2019). A Organização Mundial da Saúde relata que, em 2016 houve 10,4 milhões de novos casos de tuberculose, no mesmo ano a tuberculose foi a causa de morte de mais de 1 milhão de pessoas. (CARVALHO et al., 2018). A TB é classificada como uma condição crônica, e necessita de um sistema de atenção integrado, que tenha como foco a promoção e manutenção da saúde, demanda atenção especial dos profissionais no controle, na notificação, diagnóstico e manejo dos casos. (ORFÃO, et al., 2017). **Objetivo:** Comparar a situação epidemiológica de tuberculose entre os estados da região nordeste, nos anos de 2017 e 2018. **Métodos:** Pesquisa epidemiológica descritiva e retrospectiva realizada nos bancos de dados do Ministério da Saúde: Sistema de Informação de Agravos de Notificação publicado no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Os dados coletados são referentes ao período de 2017 e 2018 de casos de tuberculose notificados nos dois estados da região nordeste. A população foi composta por indivíduos diagnosticados com tuberculose pulmonar e extra- pulmonar, tendo como variáveis: gênero, raça e situação de vulnerabilidade social. Os dados foram selecionados, e analisados no programa Excel 2007. **Resultados:** Os achados mostram que no período de 2017 e 2018, a região nordeste alcançou o índice de 48. 427 casos confirmados. Os estados de Pernambuco e Bahia apresentam uma incidência de casos notificados quando comparados com outros estados, sendo que Pernambuco apresenta maior prevalência com 11. 438 casos notificados, seguido da Bahia com 10. 546. Em relação ao gênero, Pernambuco teve 8. 036 casos no sexo masculino e 3. 401 no sexo feminino, enquanto na Bahia houveram 6. 966 casos entre o sexo masculino e 3. 572 entre o sexo feminino. Em Pernambuco a raça de maior incidência foi a parda com 6. 905 casos, seguida da branca, 1. 876, negra, 1. 180, amarela, 129 e indígenas com 44 casos, já na Bahia, houveram 6. 346 entre pardos, os brancos 901, negros 2. 155, amarelos 58 e indígenas 44. Entre os indivíduos em situação de vulnerabilidade social (privados de liberdade e situação de rua), Pernambuco apresentou 1. 918 casos e a Bahia, 673 casos. **Conclusão:** Deste modo, fica evidente que Pernambuco tem maior prevalência no contexto geral, em relação ao gênero, os dois estados revelam maior número entre homens, o mesmo ocorre entre a raça, sendo a parda a mais acometida. Com relação à vulnerabilidade social, Pernambuco continua em primeiro lugar. Tal cenário mostra a necessidade da prevenção e ações voltadas para os grupos vulneráveis, fortalecendo a estratégia de planejamento em saúde.

PO351 RELATO DE CASO: TUBERCULOSE ÓSSEA DE COLUNA E JOELHO ESQUERDO EM PACIENTE COM CIRROSE HÉPÁTICA POR ALCOOLISMO

GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA[1]; ANA PAULA ESPÍNOLA DE ALMEIDA[1]; VANESSA LUNA ARAÚJO TEOTÔNIO[2]; JESSYCA NAIARA SECUNDINO DE SOUZA[2]; ILANA MARA OLIVEIRA NOGUEIRA[2]; BEATRIZ RIBEIRO ARAÚJO DE ALENCAR[2].

1. FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose Osteoarticular; Cirrose Hepática; Alcoolismo

A Tuberculose (TB) persiste como desafiador problema da saúde da população, contribuindo para manter a desigualdade e exclusão social em diversos países, uma das enfermidades mais prevalentes entre as pessoas em situação de pobreza no mundo. É uma doença causada pelo Mycobacterium tuberculosis. Classicamente, as principais formas de apresentação são a forma primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar. O esquema básico de tratamento é padronizado,realizado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e com duas fases: a intensiva ou de ataque (medicamentos bactericida – 2 meses: Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol - RHZE) e a de manutenção (medicamentos bactericida e esterilizante – 4 meses com Rifampicina/Isoniazida – RH), atualmente, em uso, indicados para os casos novos de tuberculose ou retratamento (recidiva e reingresso após abandono que apresentem doença ativa) em adultos e adolescentes (≥10 anos de idade) e todas as formas clínicas (pulmonares e extrapulmonares), exceto a forma meningoencefálica e osteartícular. **Relato de Caso:** L. C. S., 47 anos,masculino, agricultor, procedente de Mari-PB. Etilista há 10 anos. Nega tabagismo. Deu entrada no Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga-PB, proveniente do Hospital Napoleão Laureano-PB, queixa de dor em coluna lombar e joelho esquerdo há 6 meses, cuja frequência e intensidade estavam piorando, e dificuldade de movimentos de flexão da coluna dorsolombar e deambulação, que não melhorava com analgésicos e/ou antiinflamatórios. solicitados os exames: Ressonância Magnética (RNM) de coluna lombo-sacra que foi detectado irregularidades e perca da definição das suas placas terminais em aposição entre os corpos vertebrais de L4-L5, associado à obliteração de partes moles paravertebrais, bem como da gordura epidural anterior neste nível, condicionando efeito de massa com compressão sobre as raízes nervosas emergentes e descendentes

correspondentes. Os achados descritos podem ser decorrentes de processo inflamatório/infecioso dos corpos vertebrais L4-L5 e do respectivo disco intervertebral (Espondilodiscite); USG de Abdome Total compatível com hepatopatia crônica fibrosante associada à moderada ascite e aumento de enzimas hepáticas. Discussão-conclusão**:** A TB óssea é mais comum em crianças (10 a 20% das lesoes extrapulmonares na infância) ou em pessoas entre a quarta e a quinta década de vida. Atinge mais a coluna vertebral e as articulações coxofemural e do joelho. A TB de coluna (mal de Pott) é responsável por 1% de todos os casos de TB e até 50% de todos os casos de TB óssea, afeta mais a coluna torácica baixa e a lombar. O diagnóstico precoce,diminui as complicações e sequelas,diagnóstico padrão ouro**:** Ressonância magnética e biópsia das lesoes guida por TC. Pode ter abscessos paravertebrias,osteólise e destruição óssea. **Referências:** MELLO, Murilo Cazellato Pacheco de et al Mal de Pott uma revisão bibliográfica do últimos 5 anos. Comun. Cienc. saúde, v. 25,n. 2,p. 173-184,2014

PO352 TUBERCULOSE PULMONAR COM MÚLTIPLAS FALÊNCIAS TERAPÊUTICAS - UM RELATO DE CASO

MARCELO AMARO DE MORAIS DANTAS[1]; ADRIEL RUDSON BARBOSA ALBUQUERQUE[2]; VICTOR GALVÃO DE ARAÚJO NUNES[3]; ANA GABRIELA DE MACEDO RODRIGUES[3]; MARINA FAGUNDES DOS SANTOS[3]; TÁSIA DE ALBUQUERQUE FALCAO FEITOSA[3].
1. UNIVERSIDADE POTIGUAR., ACU - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR., REMANSO - BA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR., NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Multirresistente; Pulmonar

Introdução: A tuberculose (TB) constitui um sério problema de saúde pública a nível mundial. Uma das apresentações preocupantes é a TB extensivamente resistente (TB-XDR) que é a resistência à rifampicina (R) e isoniazida (H), associada a resistência à fluoroquinolona e aos injetáveis de segunda linha (amicacina, canamicina ou capreomicina). **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 50 anos, morador de rua. Apresenta quadro de febre diária vespertina, perda de peso e tosse produtiva há 8 semanas. Procurou atendimento em seu município, onde foi confirmada a suspeita clínica de TB pulmonar e HIV, sendo instituído RHZE e TARV. Evoluiu clinicamente desfavorável, com persistência dos sintomas respiratórios. No 2º mês de tratamento foi realizada cultura de escarro para BAAR com teste de sensibilidade, revelando resistência à R e H. Foi encaminhado para o centro de referência para tratamento de TB-MDR, iniciando esquema com Capreomicina, Levofloxacino (Lfx), Etambutol (E), Terizidona (Trd) e Pirazinamida. Evoluiu com melhora clínica progressiva. Após a fase intensiva do tratamento, foi iniciada a terapia de manutenção da TB-MDR com Lfx, E e Trd. No oitavo mês de internação, o paciente evoluiu com uma queda de 377 para 272 na contagem de Linfócitos CD4. Além disso, houve uma complicação de uma fístula reto-vesical previamente acompanhada que evoluiu com fecalúria, sendo o paciente encaminhado para exames de imagem e laparotomia exploratória no centro cirúrgico. A TC de tórax revelou infiltrado pulmonar em base do tipo "árvore em brotamento" e uma nova baciloscopia positiva (+++) indicou falha terapêutica do esquema para TB-MDR. Foi prescrito então o esquema para TB-XDR com Amicacina, Moxifloxacino, Ácido Para-aminosalicílico, Clofazimina, Linezolida e Isoniazida. Após 13 meses da admissão, com dois meses do novo tratamento para TB-XDR, o paciente apresentou baciloscopias negativas, evoluindo com melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar com as devidas orientações para a conclusão do seu tratamento. **Discussão:** Os mecanismos motivadores da resistência bacteriana que causaram falência terapêutica nos esquemas RHZE e TB-MDR, sejam eles primários ou secundários, não podem ser completamente definidos. Por não cumprir critérios, o paciente não possui TB-XDR, mas se comporta como tal devido histórico de falência ao primeiro esquema de TB-MDR, sendo necessário o uso da terapia padrão para TB-XDR em consequência da falência aos principais fármacos do tratamento da TB-MDR. Portador de HIV, não realizou a contagem de CD4 pré-tratamento. Os achados clínicos e laboratoriais típicos de uma imunodeficiência avançada indicaram a necessidade de iniciar a TARV até 2 semanas após início de esquema anti-TB. Apesar do atraso no início da TARV (indica-se 2 meses quando CD4>50) estar relacionado a menor risco de Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIR), devido a grave deficiência imune, seu início precoce é indicado para melhorar o prognóstico.

PO353 TUBERCULOSE MAMÁRIA NA EVOLUÇÃO DA SARCOIDOSE EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

INAÊ CAROLLINE SILVEIRA DA SILVA; INAÊ MARTINS DE LIMA; CAMILA NATASHA DE LIMA ROCHA; ARTHUR JOSÉ DE SOUSA TEMÓTEO; EDUARDO HENRIQUE LIMA BATISTA; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Sarcoidose; Tuberculose; Infecções oportunistas

Introdução: A sarcoidose e a tuberculose (TB) são doenças crônicas multissistêmicas, caracterizadas pela formação de granulomas nos órgãos acometidos. A sarcoidose é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, podendo ser desencadeada por reação imune a fatores ambientais ou por causas infecciosas (como as micobacterioses), caracterizada histologicamente por granulomas não-caseosos acometem pulmão em 90% dos casos e pele em 20-35%. Já a TB é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizada histologicamente por granulomas com necrose caseosa. A TB atinge principalmente o pulmão, sendo extrapulmonar em até 13-17% dos casos. Este relato é de uma paciente que teve sarcoidose pulmonar e evoluiu apresentando tuberculose mamária, uma rara associação. **Relato de Caso:** A. G. S., sexo feminino, 56 anos. Há 6 anos, procurou pneumologista devido a linfonodomegalia cervical e inguinal, assintomática respiratória. Na tomografia computadorizada (TC), observou-se**:** adenomegalia hilar e nódulos no parênquima pulmonar, com distribuição difusa. Biópsia de linfonodo cervical exibiu**:** linfonodo com múltiplos granulomas sarcoídeos contendo raras células gigantes multinucleadas, sem evidências de necrose; ausência de sinais histológicos de malignidade; pesquisa de fungos (coloração PAS) e de Bacilo-Álcool-Ácido-Resistente (coloração Ziehl-Neelsen) negativas. Foi diagnosticada sarcoidose e empregada conduta expectante e acompanhamento, com regressão da adenomegalia inguinal. Após 3 anos, retorna apresentando sensação de "peso", endurecimento, edema e eritema na mama direita, associada a calafrios. Ultrassonografia revelou abscesso retroareolar, que foi drenado. Biópsia da mama mostrou**:** mastite crônica granulomatosa, com focos de necrose. O PPD (prova tuberculínica) foi reator (15mm). A TC revelou múltiplos nódulos pequenos difusos em ambos os pulmões, sem adenomegalia hilar. Devido à presença de necrose caseosa no histopatológico, ausente na sarcoidose, e ao PPD reator, foi diagnosticada e tratada como tuberculose mamária. Mantém-se em seguimento e assintomática, com padrão de TC parecido. **Discussão:** Sarcoidose e TB são doenças granulomatosas muito parecidas,

clínica e histologicamente. Assim, a coexistência dessas duas entidades suscita dúvidas diagnósticas, e poucos casos dessa associação foram relatados. Geralmente, há 3 padrões de infecção: 1) Pacientes que têm TB e depois sarcoidose; 2) TB e sarcoidose concomitantes; 3) Sarcoidose crônica levando a TB devido à imunossupressão pelo tratamento. Infecções oportunistas (IO) são incomuns na sarcoidose (1-10%), ocorrendo principalmente em pacientes diagnosticados previamente (sem manifestações atuais). As principais IO são: aspergilose, criptococose e micobacterioses (como a TB). No caso, a paciente não estava em uso de medicação, sem imunossupressão medicamentosa, que seria fator de risco. Assim, trazemos um caso de IO pela TB em paciente com sarcoidose, apesar da sua imunocompetência.

PO354 ASMA: EPIDEMIOLOGIA DAS INTERNAÇÕES EM FORTALEZA, CE, DE 2008 A 2018

SOPHIA DE OLIVEIRA MARTINS; ANA LETÍCIA FARIAS BARROSO; ANA LÍGIA MEDEIROS DO NASCIMENTO; GABRIEL ARAÚJO BEZERRA; RAQUEL ESPÍNOLA SALDANHA; ELCINEIDE SOARES DE CASTRO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Epidemiologia; Internações; Asma

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas e que se associa à hiper-responsividade brônquica. Essa enfermidade pode manifestar-se de maneira exacerbada devido a diversos estímulos, como infecções virais e exposição a alérgenos ambientais, sendo um importante motivo de busca de atendimento nos hospitais. **Objetivo:** Objetiva-se, com esse estudo, analisar a epidemiologia da asma na cidade de Fortaleza. **Metodologia:** Foram coletados e analisados os dados do DATASUS referentes a internações, dias de permanência Hospitalar e taxa de mortalidade por asma em Fortaleza no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. **Resultados:** Foi observada uma diferença de 6,63% no número de internações do sexo masculino (1. 683) quando comparado ao sexo feminino (1. 474) no último ano (2018), com predomínio do sexo masculino, mantendo a tendência vista em todo o período analisado (2008-2018). Além disso, a maioria dos pacientes internados (94%) em 2018 tinha menos de 15 anos. Em relação aos dias de permanência Hospitalar por ano, houve uma queda de 33,68% em 2018 (10. 846) quando comparado ao maior valor do período (16. 355 em 2011), porém houve um aumento de 20,66% em relação ao ano anterior (8. 605). A taxa de mortalidade média por asma de 2008 a 2018 foi de 0,13 óbitos por cem mil habitantes, sendo a maior em 2013 (0,34). Em 2015, houve queda desse número para 0,04, porém, após permanecer estável até 2017, voltou a subir e atingiu 0,22 em 2018, o que corresponde a mais de 5 vezes a menor taxa do período em 2015. **Conclusão:** Nota-se que o número de internações por asma cresceu em 2018, rompendo a tendência de queda desde 2012, sendo a maior parte dessas internações de pessoas com menos de 15 anos de idade. Os dias de permanência Hospitalar também voltaram a subir depois de um período de diminuição desde 2011. A taxa de mortalidade oscilou bastante desde 2008, e voltou a crescer em 2018 após período de estabilidade desde 2015. A piora destes indicadores pode estar relacionada a uma acomodação das medidas de controle da asma, o que urge o fortalecimento de programas, como o PROAICA, e o progresso da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista que muitas internações podem ser evitadas com um eficaz atendimento básico. **Referências:** Informações de saúde (TABNET) - Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS). DATASUS. Disponível em <http: //www2. datasus. gov. br/DATASUS/index. php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 20/05/2019 LONGO, Dan L. et al. Medicina interna de Harrison. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 2 v SOARES, E. C. et al. Pneumologia e Cirurgia Torácica para a Graduação. 1. ed. Fortaleza: Premius, 2019.

PO355 USO DE MEPOLIZUMABE EM PACIENTES COM ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE: EXPERIÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE ASMA DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GIOVANNA LEMES LEAO; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; DIOGO DREVENOWSKI; JOEL SERAFINI; LÊDA MARIA RABELO; FABIO MARCELO COSTA.
COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Asma Grave de Difícil Controle; Mepolizumabe; Asthma Control Test

Introdução: Estima-se que de 3-10% dos asmáticos possuem asma grave de difícil controle, caracterizada por asma grave que permanece sintomática, mesmo após terapia otimizada, afastados os fatores associados a descontrole. Esses pacientes impactam significativamente o sistema de saúde, consumindo 6 vezes mais recursos que os paciente com asma leve a moderada. Além disso, possuem pior qualidade de vida e elevada morbimortalidade. Os imunobiológicos, como os inibidores de interleucina-5, são medicações promissoras para o tratamento e controle da doença. **Relato de Caso:** Apresentamos o caso de três pacientes com asma grave de difícil controle tratados com anticorpo monoclonal anti-interleucina-5 (Mepolizumabe). Caso 1: homem, 47 anos, asma desde a infância, fenótipo eosinofílico e alérgico, Imunoglobulina-E (IgE) elevada (508 UI/ml), em uso de terapia inalatória otimizada associada a corticoterapia sistêmica com prednisona 30 mg ao dia. Afastados fatores de descompensação, paciente mantinha exacerbações frequentes no último ano (três exacerbações moderadas e uma exacerbação grave com necessidade de ventilação mecânica). Possuia Asthma Control Test (ACT) de 9 pontos, prévio ao uso de Mepolizumabe. Após 5 aplicações do medicamento, o paciente obteve melhora dos sintomas, ACT 22, redução das exacerbações e redução da dose de prednisona pela metade. Caso 2: mulher, 52 anos, asma grave de difícil controle de início tardio, fenótipo eosinofílico e alérgico, IgE baixa (50 UI/ml), com 5 exacerbações moderadas no último ano, apesar de terapia medicamentosa inalatória otimizada e prednisona 20 mg ao dia. O ACT, de 9 pontos prévio, aumentou para 24 pontos após 5 aplicações de Mepolizumabe. Houve significativa melhora dos sintomas, sem exacerbações após o início da medicação. Caso 3: homem, 48 anos, asma grave de difícil controle de início aos 36 anos, fenótipo eosinofílico e alérgico, com IgE (562 UI/ml) elevada, em uso de terapia inalatória otimizada, prednisona 40 mg ao dia e uso de Omalizumabe há 2 anos, sem melhora dos sintomas, com 6 exacerbações moderadas e uma grave no último ano, com de ACT 7 pontos. Proposto suspensão de Omalizumabe e início de Mepolizumabe. O paciente realizou duas aplicações da medicação, porém, já na primeira infusão, apresentou cefaleia, tonturas e palpitações. Após duas doses de Mepolizumabe o paciente manteve ACT de 7 e, devido aos efeitos colaterais apresentados, foi optado pela suspensão da medicação. **Discussão:** O Mepolizumabe, por meio da inibição da interleucina-5, atua inibindo seletivamente a inflamação eosinofílica. Com isso, reduz significativamente o número de exacerbações de pacientes asmáticos graves, melhora a qualidade de vida e permite

reduzir o uso de corticoides sistêmicos. Sua aprovação para uso e comercialização no Brasil é recente, são necessários mais estudos para avaliar seus efeitos positivos e negativos em nossa população de asmáticos graves a longo prazo.

PO356 FATORES CLÍNICOS ASSOCIADOS AO CONTROLE DE ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM SÃO LUÍS, MARANHÃO

JOSIEL GUEDES DA SILVA[1]; DHEISSON DE ALMEIDA GABRIEL[2]; MARIA DO ROSARIO DA SILVA RAMOS COSTA[1]; PEDRO LEONARDO ALVES SPRINGER[1]; JOÃO BATISTA CARLOS DE SÁ FILHO[1]; JOYCE FERNANDA LIMA DA COSTA[1].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, TIMBIRAS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: asma; controle; hospitalização

Introdução: O controle da asma refere-se a redução das manifestações clínicas de forma espontânea ou pelo tratamento, objetivando a redução das limitações e riscos ao paciente. O controle dessa doença crônica reflete em aspectos como Hospitalizações e visitas aos serviços de emergências, estando diretamente relacionada ao impacto na qualidade de vida do paciente. **Objetivos:** Verificar fatores clínicos associados ao controle de asma em pacientes atendidos em um ambulatório especializado em São Luís – Maranhão. **Métodos:** Estudo com delineamento transversal, observacional, realizado no município de São Luís, Maranhão, Brasil. A coleta de dados se deu por meio do resgate de informações clínicas em 374 prontuários de pacientes atendidos em um Hospital Universitário. Avaliou-se o controle da asma relacionado as seguintes variáveis**:** gravidade da asma, uso de corticoide oral no último ano, hospitalização no último ano relacionado a asma, atendimento em pronto socorro por dificuldade respiratória relacionada a asma e quadro diagnosticado de rinossinusite. Correlacionou-se também o gênero com todas as variáveis do estudo. Adotou-se como software o Stata versão 14. 0 para análise estatística, utilizando o teste qui-quadrado para verificação de associação ($p<0,05$). **Resultados:** No presente estudo verificou-se que a maioria dos pacientes avaliados eram do sexo feminino e com faixa etária ≥40 anos e 60,43% apresentavam rinossinusite; 49,60% tinham asma grave; 85,83% estavam com a asma controlada; 82,89% negaram uso de corticoide oral nos últimos 3 meses; 95,45% e 87,43% negaram hospitalização e atendimento em pronto socorro, respectivamente, relacionados a asma. Quando se correlacionou o controle da asma com as variáveis do estudo, uso de corticoide oral, hospitalização e atendimento em pronto socorro houve associação estatisticamente significante ($p<0,05$). Ao correlacionarmos o gênero com as variáveis do estudo, notou-se que o sexo feminino correlacionou-se com hospitalização e atendimento em pronto socorro, sendo estatisticamente significante ($p<0,05$). **Conclusão:** O presente estudou possibilitou verificar que quando o paciente atinge um bom controle da asma há uma redução na hospitalização, idas ao pronto socorro e uso de corticoide oral; o que reflete no impacto positivo da qualidade de vida.

PO357 ASMA OU ESTENOSE TRAQUEAL?

JÚLIA EMILY SILVA DANTAS; DIEGO MEDEIROS DELGADO; RODRIGO ÍCARO NÓBREGA DE MEDEIROS; CAMILA TOSTA METZKER; REALEZA THALYTA LACERDA FARIAS; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO.

UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Estenose traqueal; Subdiagnóstico

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores. A inflamação provoca uma hiperresponsividade brônquica a uma variedade de estímulos. Em indivíduos susceptíveis, a inflamação causa episódios recorrentes de chiado, sibilos, falta de ar, aperto no peito e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã. Dada a elevada prevalência e o razoável nível de conhecimento da comunidade médica a respeita da asma, é comum que enfermidades menos comuns, mas com apresentação clínica similar sejam erroneamente diagnosticadas como asma. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 35 anos, procurou o Hospital Clementino Fraga em 2009, com tosse e dispneia. Tinha recebido diagnóstico de Asma Grave e vinha em uso de Formoterol e Budesonida inalatórios, sem melhora. Sem relato de asma na infância ou outras queixas de atopia. Sem relato de tuberculose ou intubação orotraqueal. Ao exame físico, dispneia aos pequenos esforços. Ausculta torácica evidenciava cornagem expiratória. Foi encaminhada ao Hospital Universitário Lauro Wanderley. Submetida à Espirometria, mostrou Distúrbio Ventilatório Obstrutivo Grave sem variação com uso do Broncodilatador, com uma Curva Fluxo x Volume achatada nas alças inspiratórias e expiatória. Foi aventada a hipótese de estenose traqueal, confirmada por TC do tórax, a qual evidenciou a diminuição da luz traqueal. A broncoscopia confirmou o diagnóstico e permitiu o tratamento por meio de dilatação traqueal, com reversão dos sintomas obstrutivos. Sorologias negativas e biopsia da mucosa traqueal sem achados específicos não sugeriram etiologia definida. Até o presente, a paciente foi submetida a cinco dilatações endotraqueais. Após cada dilatação, fica oligossintomática por vários meses, com recidiva progressiva dos sintomas. **Discussão:** O subdiagnóstico de estenose traqueal é particularmente compreensível na ausência de fatores de risco conhecidos, como intubação traqueal prolongada, traqueostomia, tuberculose, aspiração de corpo estranho, neoplasias ou radioterapia torácica prévia. Porém, aspectos clínicos podem auxiliar no diagnóstico diferencial**:** na estenose traqueal, o paciente refere dispneia constante e não responsiva a broncodilatadores; ao exame físico, pode haver cornagem ou estridor. À Espirometria, ausência de variação de VEF_1, baixos fluxos inspiratórios e expiratórios (dando aspecto amputado à Curva Fluxo x Volume). A TC evidencia a diminuição do lúmen traqueal, permite a realização de reconstrução tridimensional e broncoscopia virtual, muito úteis ao adequado planejamento cirúrgico. Segundo a literatura, a dispneia aos esforços tipicamente indica um diâmetro do lúmen traqueal menor que 8 mm, e o estridor se desenvolve quando o diâmetro é inferior a 5 mm, devendo ser considerado uma condição com potencial risco de vida. A obstrução das vias aéreas centrais é uma condição potencialmente fatal, um baixo limiar de suspeita é fundamental para que ela possa ser reconhecida e manejada.

PO358 QUADRO DE INTERNAÇÕES POR ASMA EM ADOLESCENTES NO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA

ALBERTO CALSON ALVES VIEIRA; MALANNY SANTOS ARAUJO; VANESSA MARIA DE OLIVEIRA MORAIS; CRISTIANE SOUZA DA SILVEIRA COUTO; HALLEY FERRARO OLIVEIRA; JOSÉ VIEIRA DOS SANTOS NETO.

UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Adolescentes; Internações

Introdução: A transição da infância para a adolescência caracteriza-se pela intensa mudança nos aspectos físicos e psicológicos do indivíduo. Nesta faixa-etária, a asma representa uma força contrária à independência, uma das principais características evolutivas da fase. Entre os adolescentes, as exacerbações agudas podem ser desencadeadas principalmente por alérgenos inaláveis

e também por mudanças bruscas de temperatura. Na infância a asma é duas vezes mais frequente nos meninos, mas essa relação muda drasticamente na puberdade: entre os adolescentes, é significativamente superior no sexo feminino. **Objetivos:** Traçar o perfil de adolescentes brasileiros hospitalizados por asma no período compreendido entre 2008 e 2018. **Metodologia:** Foi realizado um estudo quantitativo, tendo como embasamento, os dados do departamento de informação de saúde do SUS (DATA/SUS). **Resultados:** O total de internações de adolescentes entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018 foi de 53. 259, a região Nordeste com 28. 566, 7754 no Norte e sul com 7. 673. 55 pacientes faleceram, com destaque para região Sudeste com 38% dos óbitos. A respeito do caráter de atendimento constatou-se que 50. 249 pacientes deram entrada na urgência e 3. 000 em atendimentos eletivos. Dos casos registrados, 34. 050 foram de mulheres, enquanto 19. 209, de homens, ou seja, 63% da procura é feminina. Por fim, os gastos públicos foram de 24. 873. 637,80. **Conclusão:** Diante dos resultados encontrados, foi obtido o número de 53. 259 mil internações nos hospitais brasileiros entre os anos de 2008 e 2018, 53% deles na região Nordeste e 14% no Norte. Os gastos hospitalares com internações por asma chegaram aos 24 milhões e por região foram proporcionais ao número de hospitalizações. É nítida também a maior procura das mulheres em relação ao sexo masculino. Conclui-se, portanto, um número constantemente alto de internações por asma ao longo da última década, comprovando os dados de que é uma causa recorrente nas consultas pediátricas.

PO359 ANÁLISE DOS GASTOS PÚBLICOS COM MEDICAMENTOS PARA ASMA/DPOC NO ESTADO DA PARAÍBA ENTRE 2016 E 2018

ÁLLAMO GUEDES DE SOUZA CHAVES OLIVEIRA; MARCELLA DE LUCENA PEREIRA DINIZ; ANDRE FELIPE PALMEIRA; ELYAKYM ALVARENGA TERTO VIEIRA RAMALHO; EDIVALDO JOSÉ TRINDADE MEDEIROS DA SILVA.
FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; DPOC; FORMOTEROL

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a Asma constituem um problema de saúde em todo mundo, de importância crescente, com enorme impacto nos custos diretos e indiretos em recursos de saúde. A DPOC é uma doença crônica e progressiva, geralmente provocada por uma alta carga tabágica, que cursa com inflamação e espessamento das vias aéreas, obstruindo a passagem do ar pelos pulmões e fazendo com que as vias aéreas se tornem cada vez mais obstruídas, dificultando a respiração. Tem maior prevalência em pessoas acima de 40 anos. A asma é uma doença inflamatória que acomete as vias aéreas ou brônquios desde a infância, cursando com hiper-reatividade. Ambas utilizam medicamentos como broncodilatadores, corticoides inalatórios e anticolinérgicos que são distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). **Objetivos:** Analisar a prevalência da DPOC/Asma no estado da Paraíba, a distribuição dos medicamentos e o impacto financeiro de tais patologias para os cofres públicos entre 2016 e 2018. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado a partir de dados secundários obtidos através do Sistema Nacional em Gestão de Assistência Farmacêutica (HORUS) para a Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba e artigos pesquisados no Pubmed e Scielo. **Resultados:** Durante o período de 2016 a 2018, os gastos públicos referentes ao cuidado da população com Asma somaram mais de 4,2 milhões de reais. Para a DPOC, mais de 244 mil reais. A dispensação medicamentosa é feita de maneira trimestral e a aquisição pela Secretaria, semestral. Sobre o tipo de droga, aproximadamente 55% do montante para Asma e 61%, para DPOC, é destinado à compra de cápsulas de Formoterol + Budesonida 12/400 mcg, devido à facilidade de uso com inalador e maior sensação de eficácia do medicamento pelos pacientes. Percebe-se que se faz necessária a realização de pesquisas com o intuito de avaliar o impacto das diferentes vias de uso de cada medicamento. Vale salientar que os gastos públicos tendem a aumentar com a falta de controle de fatores ambientais/ocupacionais e a prevalência do tabagismo. **Conclusão:** Com isso, para que ocorra redução dos custos com o tratamento da asma/DPOC é necessário o acompanhamento integral e efetivo do paciente com o agravo, evitando abandono, além de orientação quanto aos fatores de risco. Contudo, mesmo com a efetividade do tratamento, é de suma importância a integração entre os serviços da rede, sendo a atenção básica de extrema importância por ser capilarizada e responsável pela população adscrita, atuando por meio de ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos que podem levar a internações hospitalares desnecessárias e que aumentam os custos, assim como os da manutenção.

PO360 PRINCIPAIS CAUSAS DE EXACERBAÇÃO EM PACIENTES ATENDIDOS EM PROGRAMA DE CONTROLE E ASSISTÊNCIA DE ASMA EM MANAUS, AM

CARLOS EDUARDO COLARES SOARES; HANNAH CAROLINE BARBOSA LUIZ; BEATRIZ MELLA SOARES PESSÔA; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Exacerbação; Educação

Introdução: A educação associada ao tratamento farmacológico é fundamental no manejo da asma, devendo ser parte integral do cuidado com pacientes de qualquer idade, visto que permite melhor controle da asma e reduz hospitalizações. A educação voltada para pacientes asmáticos visa facilitar o reconhecimento dos sintomas, o conhecimento dos fatores desencadeantes e de como evitá-los, além de encorajar participação ativa no tratamento. O controle ambiental e dos fatores agravantes no manejo da asma atuam de forma auxiliar ao tratamento medicamentoso. Sendo assim, é importante identificar e reduzir a exposição a alérgenos e irritantes, bem como controlar os fatores capazes de intensificar os sintomas ou precipitar exacerbações. Os principais fatores externos associados ao desenvolvimento de asma são os alérgenos inaláveis, exposições ocupacionais e irritantes das vias aéreas e os vírus respiratórios, particularmente as infecções pelo vírus sincicial respiratório (VSR) nos primeiros anos de vida. O exercício físico pode ser uma causa comum de sintomas de asma, entretanto, os pacientes não devem evitar exercícios. **Objetivos:** Avaliar as principais causas de exacerbação identificadas pelos pacientes asmáticos atendidos no PACA Amazonas. **Método:** Estudo retrospectivo que analisou as principais causas de exacerbações em pacientes asmáticos acompanhados pelo PACA há pelo menos 1 ano e que compareceram à consulta no último trimestre de 2018. A coleta de dados se deu por meio da análise dos registros de consultas dos pacientes em prontuários. E as variáveis analisadas foram o sexo, a idade e a causa da última exacerbação identificada pelo paciente. Por conseguinte, foi elaborada uma planilha eletrônica no aplicativo Excel 2016, através do qual foram aplicadas ferramentas estatísticas para processamento dos dados. **Resultados:** Dos 86 prontuários analisados 72%

(62) eram pacientes do sexo feminino e 28% (24) do sexo masculino, a distribuição etária foi de 47% (41) eram adultos, 36% (31) idosos, 15% (12) crianças e 2% (2) adolescentes. Quanto às principais causas de exacerbação o resultado foi que 42% (36) apresentaram devido a quadro de IVAS, 22% (19) não identificaram a causa da exacerbação, 14% (12) por alterações climáticas, 6% (5) por exposição à poluição, 4,6% (4) por exposição à poeira, 3,4% (3) por exposição à produtos químicos, 2,3 (2) por fator emocional, esforço físico e falta de medicação e 1,1% (1) por apresentar quadro de pneumonia. **Conclusão:** A identificação dos fatores desencadeantes para possível prevenção futura mostra-se como essencial no tratamento dos pacientes asmáticos, por esse motivo o PACA tem como um de seus pilares a educação constante de seus pacientes. No entanto, o dado mostrado no levantamento de que 22% do grupo analisado não soube identificar a causa da exacerbação é de grande relevância e exige que os esforços em educação nesse sentido sejam reforçados.

PO361 SINDROME DE SOBREPOSIÇÃO ASMA E DOENÇA OBSTRUTIVA CRÔNICA(ACOS)

AMANDA JUSTINO COSTA[1]; NATALIA FEITOSA MATIAS[2]; VITOR ARRAIS DE LAVOR MONTEIRO[2]; ANA LAURA GARRIDO DE OLIVEIRA PINTO[2]; NATTANI EVELYN DE SOUZA AMARAL[2]; MATHEUS HENRIQUE AMARAL PEREIRA[2].
1. FAMENE, SANTANA DOS GARROTES - PB - BRASIL; 2. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; DPOC; ACOS

Introdução: A asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são doenças respiratórias crônicas das vias aéreas. Apesar de ambas serem obstrutivas e inflamatórias, existem algumas características que as distinguem. O termo síndrome da sobreposição asma e DPOC tem sido aplicado para descrever doentes que apresentam características simultâneas de ambas as doenças. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo realizar uma extensa revisão bibliográfica e apresentar os aspectos clínicos, genéticos, fatores de risco e a ausência de estudos com relação ao tratamento da ACOS. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico do período de 2015 a 2019, nas bases de dados Pubmed, Scielo, Lilasc e MedLine. Foram selecionados 20 artigos e, após leitura dos resumos somente 8 preenchiam os critérios desse estudo. **Resultados:** O enfisema apresenta significante destruição do parênquima, que leva ao tamponamento aéreo e obstrução das vias aéreas, e a bronquite tipicamente apresenta excesso de muco e destruição limitada do parênquima. Muitos pacientes apresentam estas características associadas a manifestações de asma. Assim, estes pacientes são hoje denominados como portadores da Síndrome de Sobreposição Asma e DPOC. Estes tendem a apresentar frequentes exacerbações, baixa qualidade de vida, uso maior de recursos públicos de saúde, declínio mais rápido da função pulmonar, e maior mortalidade. Apresentam também padrão de inflamação eosinofílica e aumento da resposta aos corticosteroides inalados. Sendo mais prevalente na população,dessa forma é provável que alguns doentes de asma possam complicar com DPOC, tipicamente depois de uma longa exposição ao fumo do tabaco ou a outras partículas de gases nocivos. Quanto ao tratamento geralmente os pacientes com ACOS são excluídos dos estudos randomizados e controlados de asma e DPOC,e a sua resposta a terapia é bastante desconhecida, em princípio,o tratamento obedece aos mesmos critérios do tratamento de asma e DPOC: controle e alívio dos sintomas, redução da frequência de exacerbações, redução da curva de declínio da função pulmonar, limitar os efeitos adversos das medicações terapêuticas e recomendações. Nos pacientes com ACOS em que predomina o componente asmático deve evitar-se o uso isolado de LABA. Para os doentes com características essencialmente de DPOC, não se deve usar CI em monoterapia. Porém esses tratamentos carecem ainda de estudos randomizados e controlados da sua eficácia. **Conclusão:** Alguns aspectos clínicos e a utilização de critérios diagnósticos podem ajudar na diferenciação de indivíduos com ACOS. A definição deste fenótipo é importante, pois os pacientes portadores desta Síndrome têm tendência a ter DPOC com exacerbações mais frequentes e mais graves e maior mortalidade. Sendo necessário mais pesquisas para se identificar a melhor conduta terapêutica nestes pacientes e assim garantir um tratamento adequado, com melhora na qualidade de vida desses. **Referências:** The asthma COPD overlap syndrome (ACOS).

PO362 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE DA ASMA NO NORDESTE BRASILEIRO EM COMPARAÇAO COM O SUDESTE, NO PERÍODO DE 2013 A 2017

ROBERIO SILVEIRA BORGES[1]; REINALDO MESQUITA NETO[2]; LUCAS HENRIQUE SOARES OLIVEIRA DE CARVALHO[2]; YANN MATHEUS CÂNDIDO DE QUEIROZ[2]; ANDRESSA ALMEIDA SOUSA[3]; HUGO LEONARDO ANDRADE FEITOSA[2].
1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, PICOS - PI - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, CABEDELO - PB - BRASIL; 3. FACULDADE SANTA MARIA, CAJAZEIRAS - PB - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; DOENÇAS RESPIRATÓRIAS; MORTALIDADE

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, na qual muitas células e elementos celulares têm participação. A inflamação crônica está associada à hiperresponsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã. É uma das condições crônicas mais comuns que afeta tanto crianças quanto adultos, sendo um problema mundial de saúde e acometendo cerca de 300 milhões de indivíduos. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade da asma no nordeste brasileiro, em comparação com a região sudeste, no período de 2013 a 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo no qual os dados foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS, em Junho de 2019. Sexo, cor/raça, escolaridade e faixa etária foram as variáveis foram as variáveis observadas. **Resultados:** Entre 2013 a 2017 foram notificados 3. 064 óbitos por residência de Asma na região Nordeste, enquanto que 4. 074 notificações de óbitos ocorreram no Sudeste brasileiro neste mesmo período. Foi observado que nas duas regiões o sexo feminino é o mais acometido (62,3% no nordeste e 68,6% no sudeste). A faixa etária de 80 anos ou mais foi a que apresentou a maior proporção de óbitos nas duas regiões, sendo 37,6% no nordeste e 33,5% no sudeste. Quanto a cor/raça, as vitimas pardas foram mais acometidas na região Nordeste (57,1%), enquanto que no Sudeste, os identificados como brancos representaram 61,7% dos óbitos. Dentre os vitimados por Asma na região Nordeste, 57% tinham de 0 a 3 anos de escolaridade, já no sudeste este mesmo grupo corresponde a 38,3%. **Conclusão:** A partir dos dados apresentados foi possível identificar o perfil epidemiológico decorrente de óbitos por Asma nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. Esta doença tem acometido predominantemente indivíduos do sexo feminino, com 80 anos ou mais e que possuem de 0 a 3 anos de escolaridade. Na região Nordeste os pardos são mais vitimados, já no Sudeste os brancos predominam.

Diante do exposto, um maior trabalho voltado para essa população deve ser desenvolvido por parte dos agentes de cuidado a saúde e do governo federal, especialmente na atenção primaria, garantindo remédios utilizados pelos pacientes e uma orientação correta acerca de sua utilização para pacientes/familiares/cuidadores, bem como aumentar o numero de visitas domiciliares para melhor acompanhamento destes pacientes e estimular a busca ativa de pacientes que possuem a doença. **Referências:** GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA – GINA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Brasília, p. 1-2. abr. 2012. Disponível em: http: //www. jornaldepneumologia. com. br/pdf/suple_200_70_38_ completo_versao_corrigida_04-09-12. pdf. Acesso em: 15 de junho 2019

PO363 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA COMO COMPLICAÇÃO DE ASMA BRÔNQUICA: RELATO DE CASO

MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; NATALIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA; MARIANA FLEURY SKAF; JOSANA CRISTINA ROQUE SOUSA; IGOR DUARTE RODRIGUES VILELA.
HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - HGG, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: aspergilose; asma; sinal dedo em luva

Introdução: A Aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma desordem pulmonar imunológica causada por reações alérgicas contra antígenos de *Aspergillus fumigatus* que colonizam as vias aéreas de pacientes com asma e/ou fibrose cística. Embora não haja predileção específica da idade, na maioria dos pacientes apresenta-se na terceira década de vida. **Relato de Caso:** Paciente, sexo feminino, 35 anos, não tabagista, com história de asma brônquica desde a infância e em acompanhamento ambulatorial com serviço de pneumologia. Apresentou durante seguimento, piora dos sintomas respiratórios, com tosse seca, sibilância e dispneia em crises, apesar do tratamento otimizado para asma. Tem espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo moderado (VEF1 46%). Em investigação da piora, foi realizada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou brônquios de paredes espessadas acompanhando formações císticas, infiltrados fibroatelectásicos em lobo superior esquerdo e formações nodulares em lobo superior direito. Devido a imagens sugestivas ("sinal dedo de luva"), admitida como ABPA. Fez uso prolongado de itraconazol associado a corticoide sistêmico evoluindo com controle da asma. Atualmente, mantendo bom controle da doença e em seguimento regular. **Discussão:** Na ABPA, uma resposta celular predominante de célula T auxiliar Th-2 com alta contagem de IgE e eosinófilos, ocorre em resposta à presença de *Aspergillus* nas vias aéreas. A história natural da ABPA não está bem caracterizada. É difícil prever que a melhora espontânea dos sintomas e as opacidades pulmonares caracterizem um aspecto importante da doença. O curso clínico é marcado por episódios recorrentes de doença, remissão e exacerbação. As imagens de ABPA podem revelar opacidades tubulares em um padrão de ramificação, mais comumente com distribuição do lobo superior, em consonância com bronquiectasias associadas à impactação mucoide ("sinal dedo em luva"). Uma característica patognomônica da ABPA é o aumento da atenuação da impactação mucoide na tomografia, que, acredita-se, representa cálcio e/ou íons metálicos do fungo dentro do muco inspirado. A base do manuseio da ABPA inclui o início da terapia antiinflamatória (glicocorticóides sistêmicos) para restringir a hiperatividade imunológica. Além disso, há o uso de agentes antifúngicos para atenuar a carga fúngica na árvore traqueobrônquica, diminuindo assim a carga de antígeno. Os objetivos do tratamento incluem: controle da asma; prevenção e tratamento de exacerbações agudas da ABPA e impedir o desenvolvimento ou a progressão da bronquiectasia. É importante ressaltar que, se a doença não é reconhecida e tratada adequadamente, o processo inflamatório pode progredir e resultar em destruição irreversível do pulmão.

PO364 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA EM PACIENTE ASMÁTICA PARCIALMENTE CONTROLADA: UM RELATO DE CASO

GIL GOUVEIA HANS CARVALHO; JULIA REZENDE DUEK; THAÍS ELISA NEVES REIS; MAYRA PERARO JORGE; BÁRBARA FERREIRA DOS SANTOS; MARISA RICHARD PONTES.
HOSPITAL DE BASE- FAMERP, SÃO JOSE DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Aspergilose; Pneumonia fúngica; Infecção Fúngica

Introdução: Aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma reação de hipersensibilidade, que ocorre principalmente em pacientes portadores de asma e fibrose cística, podendo ser secundária a colonização do A*spergillus fumigatus,* o qual coloniza o muco brônquico. A apresentação é rara, presente em cerca de 1 a 2% dos pacientes asmáticos, com predominância alérgica. **Relato de Caso:** MCLS, feminino, 55 anos, copeira, natural de Barretos e procedente de São José do Rio Preto-SP,não fumante, asmática de longa data parcialmente controlada em tratamento regular com corticoide inalatório e sistêmico associado ao broncodilatador e tiotrópio. Deu entrada no Hospital de Base de São José do Rio Preto devido quadro de dispneia há três dias, mMRC basal 3, evoluindo para mMRC 4, associado a tosse produtiva, dor ventilatório dependente e febre. Ao exame físico, apresentava-se taquipneica, com sinais de esforço respiratório, murmúrio vesicular reduzido difusamente, estertores crepitantes e sibilos difusos. Em investigação, foi solicitada radiografia de tórax com seguinte laudo: pulmões hiperexpandidos, lesão intersticial difusa em ambos os pulmões, hemicúpulas diafragmáticas retificadas, obliteração dos seios costofrênicos. Realizada tomografia computadorizada de tórax (TC) com presença de dilatações bronquiolares, áreas de aprisionamento aéreo, espessamento parietal brônquico com acúmulo de secreção. Pletismografia apresentando DVO grave, sem resposta ao broncodilator inalatório no momento do teste (CPT: 107 % do previsto e VR: 185% do previsto, DIFUSÃO DE CO: 60% do previsto, redução leve). Eosinófilos em sangue periférico 560 cels, IgE 2677 ng/ml e sorologia para *A. fumigatus* positiva. **Discussão:** Apesar de rara, a ABPA torna-se um importante diagnóstico diferencial nos pacientes asmáticos. Os critérios diagnósticos são baseados na história clínica, nos exames de imagem e nos testes imunológicos. O principal dado clínico é a história de asma e presença de tosse com expectoração amarelada em moldes brôquicos, assim como no caso relatado. A associação de exames laboratoriais e de imagem reforça o diagnóstico. Destaca-se a presença de antígeno para *A. fumigatus*, IgE sérica maior que 1000 ng/ml e eosinofilia em sangue periférico maior que 500 mm, imagens de consolidações extensas e infiltrado alveolar em lobos superiores; na TC, sinais de bronquiectasias centrais, dilatação e espessamento de árvore brônquica, associado a impactação mucoide. O tratamento baseia-se em corticoterapia por 6 meses, com prognóstico favorável. No caso citado, foi instituído corticoterapia e antifúngico, associado ao controle da doença de base, com boa evolução clínica e radiológica, em acompanhamento no ambulatório

de transplante pulmonar da instituição. **Referencias:** 1- Kalil ME, Fernandes ALG, Curzel ACS, Cortez MZ, Lima GCGA. Aspergilose broncopulmonar. alérgica com imagem radiológica em "dedo de luva". J Bras Pneumol. 2006;32(5): 472-475

PO365 ANÁLISE ACERCA DO USO DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM ASMA E DPOC

ANA FLÁVIA ALVARENGA SOARES[1]; LUCAS HENRIQUE FARIA ROSA[2]; KÍVIA DA SILVA JOIA[3]; MARIANA JANINI MORAES DA SILVA[4]; MOYRA KELLY MOREIRA DE SANTANA FUKUMITSU[5]; GABRIEL FERREIRA LIMA[6].

1. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, LAVRAS - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, ITAPECERICA - MG - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, MENDES - RJ - BRASIL; 5. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL; 6. FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA, TRÊS PONTAS - MG - BRASIL.

Palavras-chave: dispositivo inalatório; asma; DPOC

Introdução: Embora a Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) tenham etiologias diferentes, o tratamento de ambas se resume no uso de anti-inflamatórias e broncodilatadores por via inalatória. Para isso, são utilizados dispositivos inalatórios, sendo a escolha centrada principalmente na simplicidade e facilidade de uso, fatores como idade, preferência pessoal e custo, também são importantes. Cada dispositivo tem a sua técnica de inalação e para melhor eficácia no tratamento, a técnica tem grande influência. **Objetivo:** Avaliar a técnica e a compreensão do paciente sobre o dispositivo inalatório e fornecer uma análise para que possa ser utilizada por profissionais que buscam melhora no atendimento. **Métodos:** Foi utilizado o método quantitativo e comparativo, através de um questionário aplicado em asmáticos ou depeocíticos, do Ambulatório de Pneumologia e enfermaria de clínica médica da Faculdade de Medicina de Valença. **Resultados:** Participaram do estudo 87 pacientes, variando de 16 a 90 anos, sendo 54% com nível de escolaridade de ensino fundamental e 69% do sexo feminino. Quanto às características clínicas, cerca da metade dos pacientes declarou alguma internação, nestes 26,5% internou mais de duas vezes. Na opinião de 79,3% a doença encontra-se controlada. Dos 87 entrevistados, todos afirmaram saber utilizar os seus devidos dispositivos e apenas 11,5% declarou ter dúvidas, 21,83% não apresentou nenhum erro, mesmo que 88,5 % tiveram orientação médica quanto ao uso. Porém, cerca de 60% não demonstrou ao médico como fazem o uso e sete em cada 10 pacientes realizam a limpeza do dispositivo após o uso. Quanto ao dispositivo mais utilizado, o tipo Unidose é responsável por 51%, seguido pelo nebulímetro (20%), nebulizador (14%), multidose (14%) e o névoa (1%). Cerca da metade dos pacientes fazem uso dos dispositivos há mais de cinco anos. Se analisarmos o inalador tipo unidose, apenas 8,69% não apresentaram erros ao utilizá-lo. Dos que obtiveram erro, 57,14% internaram devido à exacerbação da doença, 83,3% tiveram orientação quanto ao uso por um profissional e 83,3% consideram controle da doença. Dentre todos os erros possíveis, independente do dispositivo, o mais cometido, foi não esperar 1 minuto para realizar nova inalação (segundo erro mais comum em inaladores em pó unidose, multidose e o nebulímetro), sendo este responsável por 46% das internações por exacerbação e 20,7% relatam não ter controle da doença. **Conclusão:** O uso incorreto dos dispositivos tem grande influência no controle da doença, desta forma podemos enaltecer a necessidade do profissional em observar o paciente utilizá-lo ao menos uma vez, já que muitos cometem erros na utilização, apesar de afirmarem saber fazer uso. Através deste estudo, será possível direcionar as orientações de acordo com os erros mais acometidos e conscientizar os pacientes quanto aos efeitos de um uso incorreto, visando diminuir complicações

PO366 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR ASMA NO ESTADO DE PERNAMBUCO UTILIZANDO DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO DATASUS

THIAGO PALMEIRA SANTANA; MARIA EDUARDA VALADARES SANTOS LINS; PRISCILA MACIEL DE ARAÚJO; NATHALIA MARIA MEDEIROS SERRA; MANUELA BARBOSA DE SOUZA.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: ASMA; MORTALIDADE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória, caracterizada pela hiperresponsividade das vias aéreas inferiores associada à limitação de fluxo aéreo. Possui prevalência variável e segundo a Iniciativa Global Contra Asma (GINA), estima-se que em 2004 mais de 300 milhões de pessoas apresentaram algum episódio de asma e em 2025 esse valor deve ultrapassar 400 milhões. **Objetivo:** Identificar a epidemiologia dos óbitos por asma no Estado de Pernambuco (PE). **Métodos:** É um estudo epidemiológico descritivo com dados de óbitos por asma em PE obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2012-2016. A coleta de dados dos óbitos envolveu a faixa etária de 20-80 anos, de ambos os sexos. **Resultados:** O número de óbitos em PE por asma totalizou 962 pacientes. Em relação a faixa etária, 29,7% estavam entre 20-59 anos, 37,7% com 60-80 anos, seguido de 32,6% com mais de 80 anos. A maioria, com 49% eram mulheres e 31% homens. Na escolaridade, 35,4% eram analfabetos, 49,2% com 1-7 anos de estudos, 12,4% com 8-11 anos e 3% apresentando 12 anos ou mais. Nessa região, 54,8% eram pardos, 39,8% se autodeclaravam brancos e uma minoria, com 5,4%, sendo pretos. Sobre o estado civil, 37,4% eram solteiros, 30% viúvos, 29,5% casados e 3,1% divorciados. **Discussão:** Em 2013, 2. 047 pessoas morreram de asma no Brasil, isto é, aproximadamente 5 óbitos/dia (CARDOSO et. al. ; 2017). Quanto as mortes nas diferentes localidades do país, entre 1980-2012, as taxas caíram discretamente nas regiões Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Em contrapartida, no Nordeste, houve um crescimento leve do número de óbitos (BRITO et. al. ; 2018). Em relação ao gênero, o coeficiente de mortalidade foi maior entre as mulheres em relação aos homens, dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa. Sobre a faixa etária, no grupo de até 34 anos morreram 15,02%, com aumento acentuado e crescente das taxas de mortalidade a partir dos 40 anos (SANTO; 2006). Em comparação a este estudo, observa-se em relação a idade que o número de óbitos predomina acima dos 40 anos. No tocante a raça, a cor negra apresenta uma taxa de morte por asma 3 vezes superior aos indivíduos caucasianos (GASPAR; MORAIS-ALMEIDA; NUNES; 2006). Fato que contrasta com os dados desta pesquisa, pois apresenta uma minoria de óbitos em pessoas negras. Por fim, encontra-se predominância de indivíduos com 1 a 7 anos de estudo e solteiros. **Conclusão:** A falta de controle da doença e de adesão ao tratamento, torna a asma uma patologia negligenciada (STELMACH; CRUZ; 2017). O uso do DATASUS é um recurso imprescindível para gerar conhecimento e embasar políticas públicas de saúde para reduzir a mortalidade por doenças tratáveis, como a asma

(GRAUDENZ; CARNEIRO; VIEIRA; 2017; CARDOSO et. al. ; 2017). Devido ao contexto socioeconômico e prevalência na população, a asma ganha uma proporção desfavorecida como doença determinante de causar morte em uma grande parte da população (MANNINO; BROWN; GIOVINO; 1997).

PO367 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA: UM RELATO DE CASO

MARINA ANDRADE LIMA[1]; CAROLINE UBER GHISI[1]; LÍVIA JARDIM HENRIQUES[2]; LARISSA SEBOLD[3].
1. HOSPITAL DIA DO PULMÃO, BLUMENAU - SC - BRASIL; 2. FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL; 3. FURB- UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome Hipereosinofílica; Eosinofilia; Asma Eosinofílica

A Síndrome Hipereosinofílica (SHE) é uma doença mieloproliferativa crônica rara caracterizada pela persistência, por mais de seis meses, de quadro de eosinofilia acima de 1500 eosinófilos/μL, sem causa aparente, associada a lesões em múltiplos órgãos por infiltração eosinofílica. O seu risco aumenta com a idade, sendo mais comum por volta dos 64-74 anos. Os principais tecidos acometidos são**:** pele, pulmão e trato gastrointestinal. Muitas vezes, as doenças pulmonares podem ser a primeira manifestação clínica da síndrome. Paciente do sexo masculino, 66 anos, asmático, ex-tabagista de 60 maços/ano, apresenta Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e outras comorbidades. Em 2016, Radiografia de Tórax demonstrou sinais de hiperinsuflação, compatíveis com DPOC, Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo muito severo e redução da Capacidade Vital Forçada. Tromboembolismo Pulmonar foi excluído na época. Paciente retornou em março de 2018, após episódios de intensa sibilância, com hemograma com contagem de eosinófilos de 6. 345/mm³, evoluindo em maio para 3. 915 /uL e, em agosto 2. 079 uL. Exame Parasitológico de Fezes mostrou resultados negativos. Feito diagnóstico de Síndrome Hipereosinofílica e iniciada Prednisolona 20mg/dia, havendo posteriormente aumento de dose para 60mg/dia, durante descompensação respiratória, alterações gastrointestinais, prurido cutâneo intenso e obstrução nasal. Foi internado por quadro de dor e distensão abdominal associadas à diarreia pastosa 1 semana depois. Ao exame físico, abdome distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, dor à palpação de região epigástrica, sem sinais de peritonite. Endoscopia Digestiva Alta, com monilíase esofágica e gástrica, biopsiada. Progrediu com agravamento do quadro, infecção e insuficiência respiratórias, evoluindo para o óbito em 2 semanas. As manifestações pulmonares mais frequentemente observadas são tosse, dispneia, infecções respiratórias de repetição. Além disso, em relação aos sintomas gastrointestinais, dor abdominal, vômitos e diarreia podem ocorrer. Sintomas constitucionais também são descritos e incluem febre, fadiga, perda de peso, sudorese noturna. O paciente, apresentava dispneia, tosse, crise asmática, associados a dor abdominal e diarreia, assemelhando-se aos sintomas encontrados na literatura a respeito da síndrome. Os principais achados cardiológicos são insuficiência cardíaca congestiva (ICC), entre outros. O paciente apresentava um Ecocardiograma com espessamento de valva aórtica e ICC com fração de ejeção de 28%. O objetivo do tratamento da SHE é prevenir que ocorram lesões irreversíveis aos órgão alvo. A terapia de escolha é feita com corticosteroides, porém em casos de piora clínica ou incapacidade de redução dos eosinófilos, podem-se usar outras medicações como Hidroxiureia, INF-alfa, metotrexato, ciclosporina e mesilato de imatinibe. Ainda há muitas lacunas diagnósticas para essa síndrome, necessitando de mais estudos para melhor manejo desses pacientes.

PO368 ANTI-IL5 NO TRATAMENTO DA BRONQUITE EOSINOFÍLICANÃO-ASMÁTICA – RELATO DE CASO

MÔNICA FLORES RICK[1]; SERGIO DORTAS JUNIOR[1]; MARIA DAS GRAÇAS BASÍLIO RIOS[2].
1. UNIVERSIDADE IGUAÇU, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL; 2. CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASMA DE DIFICIL CONTROLE DA BAIXADA FLUMINENSE, NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: asma; bronquite eosinofilica; mepolizumabe

Introdução: A bronquite eosinofílica não-asmática (BENA) é uma doença inflamatória eosinofílica do trato respiratório, sem broncoespasmo. Os pacientes apresentam tosse produtiva com expectoração escassa, com componente bronquítico. Geralmente são de meia-idade, não atópicos e não fumantes. Respondem ao tratamento com corticosteróides, porém recidivas são comuns. O aumento dos níveis de IL-5 associado à liberação de proteínas granulares citotóxicas por eosinófilos é um importante fator na fisiopatologia da BENA. O mepolizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado que impede a ligação da IL-5 circulante aos eosinófilos. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 79anos, médico, referia tosse episódica com expectoração mucóide. Os episódios eram intensos e freqüentemente evoluíam com síncope. Negava tabagismo. Havia feito uso de Budesonida 800mcg + Formoterol 24mcg/dia, Prednisolona 40mg/dia e Esomeprazol 40mg/dia, com melhora parcial dos sintomas. Trazia exames que evidenciavam IgE total 494 e eosinofilia (700 céls). Testes cutâneos para aeroalérgenos e *A. fumigatus* eram negativos. TC de tórax com áreas de aprisionamento aéreo difusas e espessamento brônquico. Espirometria compatível com distúrbio ventilatório restritivo puro leve, com PBD negativa. Após discussão do caso e exclusão de outras causas de tosse, foi aventada a hipótese de BENA, mas o paciente recusou broncofibroscopia ou biópsia pulmonar para confirmação. Após prescrição de uso contínuo de Prednisolona 20-40mg/dia, o paciente referia controle dos sintomas, mas suspendeu por efeitos adversos. Após 11 anos, devido a uma síncope com trauma orbitário precedido por crise de tosse, o paciente retorna à consulta. Exames atuais mostraram eosinofilia (748), IgE total 1435, TC de tórax com espessamento brônquico bibasal, bronquiectasias e discretas áreas de vidro fosco, e espirometria semelhante à anterior. Após discussão multidisciplinar optou-se pelo uso de mepolizumabe 100mg a cada 4 semanas. Seis meses após o início da terapia, o paciente referia redução das crises de tosse, sem síncope, e melhora importante da qualidade de vida. Permanece em acompanhamento, atualmente no 10º mês de tratamento, em manutenção de mepolizumabe. **Discussão:** A BENA pode estar associada a exposição e sensibilização a substâncias ocupacionais ou a um antígeno inalado comum. A exposição ocupacional à poeira foi relatada em 44% dos 52 pacientes descritos por Berry et al. A principal característica patológica na BENA é a inflamação eosinofílica das vias aéreas, como na asma. O mepolizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado contra a IL-5, uma citocina envolvida no desenvolvimento, recrutamento e ativação de eosinófilos. Os estudos têm mostrado que é capaz de proporcionar alívio significativo para pacientes com distúrbios crônicos eosinofílicos graves. Deste modo, o mepolizumabe deve ser avaliado em pacientes que apresentem doenças com um componente eosinofílico significativo na sua patologia.

PO369 ASMA COMO UMA MANIFESTAÇÃO ALÉRGICA E SEUS FATORES CONTRIBUINTES

LARISSA BARBOSA BOMFIM; WILLIAN LEITE VIEIRA; JONAS SILVA ANDRADE; MARIA DO SOCORRO VIANA SILVA DE SÁ.
UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Atopia; Epidemiologia

Introdução: A asma é uma doença comum caracterizada e potencialmente grave e que se não corretamente tratada gera uma grande carga para o paciente, família e comunidade (GINA;2019) -**Objetivo:** A presente pesquisa teve como objetivo obter dados dos pacientes asmáticos atendidos na especialidade de Imunologia e Alergia Clínica a fim de relacionar as manifestações alérgicas, incluindo a asma nesses pacientes. **Método:** Estudo com delineamento transversal de pacientes com suspeita clínica de asma ou que já a apresentavam como uma doença concomitante, de acordo com a análise de prontuários de pacientes atendidos na Clínica Escola- Itararé do município de Campina Grande, Paraíba, no período de janeiro de 2018 até abril de 2019, sendo analisados 130 pacientes. **Resultados:** Observou-se a prevalência dos casos de asma e analizamos as seguintes variáveis**:** Idade, sexo, doenças alérgicas associadas, queixa principal,histórico familiar de doenças alérgicas e controle ambiental que envolve as condições do meio em que o paciente vive. Do total de pacientes analisados 25 eram asmáticos e desses, 74% a queixa principal era relacionada a essa patologia. Quanto a idade, 56% eram menores de 13 anos, o que confirma a manifestação precoce desse distúrbio que na maioria das pessoas se desenvolvem ainda na infância. Quanto aos demais, 12% dos casos tinham de 14 a 30 anos, 20% foram de 30 a 64 anos e os outros 12% mais de 65 anos. A maior prevalência dos casos foi do sexo feminino, correspondendo a 68% dos dados analisados e apenas 32% foram homens. Ainda 18 dos casos de pacientes asmáticos(72%) já tinham alguma doença alérgica associada como rinite, rinosinusite, dermatite atópica ou alguma alergia alimentar e a fármacos. Destes, 15 casos (83%) incluiam dermatite atópica ou rinite alérgica, o que reforça o conceito de Marcha Atópica (SPERGEL; 2003). Em relação a queixa principal entre os pacientes asmáticos, 80% tinham algum dos sintomas clássicos da enfermidade que incluem tosse, opressão torácia, dispnéia e sibilos, associados ou não a outros sintomas. Além disso, ainda foi notado que em relação ao histórico familiar 56% dos indivíduos portadores de asma apresentavam histórico de doenças alérgicas em parentes de primeiro grau. Ainda, 52% dos pacientes que tinham asma como queixa principal (19 casos), não tinham um bom controle ambiental sendo o uso de cortinas, tapetes, animais, rua não calçada, infiltração no ambiente domiciliar, tabagismo e o uso de fogão à lenha na residência. Este dado reforça o que já tem descrito na literatura,cujo fatores são considerados agravantes para manifestações alérgicas. **Conclusões:** Nota-se, portanto, a relevância dos fatores analisados e a manifestações de asma. Essas associações podem contribuir para avaliação de tendências futuras na prevalência e gravidade da patologia.

PO370 URTICÁRIA DESENCADEADA POR ANTI-INTERLEUCINA5 EM PACIENTE COM ASMA GRAVE

ALEXANDRE TREVISAN; BRUNA GHELLER; TAYSA ANTONIA FELIX DA SILVA; FELIPE BEAL; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES; ALCINDO CERCI NETO.
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: asma; mepolizumabe; urticária

Introdução: O tratamento da asma grave compreende algumas opções de imunbiológicos e a escolha depende do perfil alérgico do paciente. O presente relato descreve um caso de reação adversa ao uso de anti-interleucina 5 (IL5). **Relato de Caso:** K. R. B. S., 18 anos, masculino, com diagnóstico de asma, angioedema e urticária crônica desde a infância. Foi encaminhado ao ambulatório de Pneumologia do HC da UEL em agosto de 2012 para tratamento da asma. Já havia sido internado na infância por crise de asma e tinha história familiar de rinite alérgica. A espirometria demonstrava valores dentro da normalidade, sem resposta ao broncodilatador. Os exames laboratoriais evidenciaram IgE Total de 2. 560UI/ml e leucograma com 5. 300 leucócitos totais com 477 (9%) de eosinófilos. Diante do quadro, foi iniciado tratamento com Formoterol 12mcg e Budesonida 400mcg duas vezes ao dia e Salbutamol de resgate. Em junho de 2018, o paciente estava em uso de Vilanterol + fluticasona 100/25mcg ao dia, beclometasona 500mcg ao dia, montelucaste 10mg ao dia, hidroxizine 50gm ao dia, loratadina 20mg ao dia, omeprazol 20mg ao dia, ácido valproico 500mg ao dia e salbutamol 100mcg de resgate. Mesmo a despeito do tratamento citado, a asma permanecia não controlala (ACT=7). Os exames laboratoriais mantinham eosinofilia e IgE > 2000 UI/ml, com espirometria normal. Realizado tomografia de tórax e seios da face com discreto espessamento difuso de paredes brônquicas, sinusopatia maxilar e etmoidal bilateral e esfenoidal a direita. Diante do quadro clínico optou-se por iniciar tratamento com anti-IL5 – Mepolizumabe 100mg subcutâneo mensalmente. Houve melhora da asma, com ACT > 20 a partir da terceira aplicação e ausência de exacerbações, porém, 3 dias após a quarta aplicação da medicação, o paciente apresentou lesões em placas pruriginosas em mãos, região plantar e dorso de ambos os pés. Fez uso de ebastina e Prednisona por uma semana, com regressão total das lesões. Após outras duas aplicações, manteve-se o mesmo padrão de aparecimento de lesões, 72 horas após a administração do mepolizumabe. O paciente informou que a distribuição corporal das lesões relacionadas a aplicação era diferente do padrão da doença de base. Foram coletados exames laboratoriais, sem evidência de alterações. Paciente foi avaliado pela equipe de dermatologia, que em conjunto com a pneumologia, atribuiu a urticária como reação adversa do imunobiológico. Sendo assim, a terapia foi suspensa após a sexta dose e houve regressão completa das lesões cutâneas. Atualmente, o paciente segue em uso das medicações inalatórias, com bom controle da asma (ACT = 21) e sem lesões cutâneas**. Discussão:** O mepolizumabe, um anticorpo monoclonal humanizado que tem como alvo a IL-5 tem sido utilizado como *add on* para o tratamento do asmático grave com fenótipo eosinofílico. No caso clínico apresentado, o paciente experimentou reação urticariforme relacionada ao uso da medicação. **Referências:** Antonicelli L, Neri M, et al. Asthma severity, ERJ 2004

PO371 PREVALÊNCIA DA MORTALIDADE POR ASMA NO NORDESTE ENTRE 2007 E 2017

MARIA LUIZA SANTOS ARNAUD COUTINHO[1]; KAISY ALVES DE OLIVEIRA[1]; MAYRLLA MYRELLY VIEIRA FORMIGA[1]; ALÍPIO VIGOLVINO DE SOUSA NETO[2]; SANDRA FERNANDES PEREIRA DE MELO[1].
1. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Hipersensibilidade respiratória; Taxa de prevalência

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica, associada à hiperresponsividade, inflamação e edema das vias aéreas inferiores. A mortalidade por asma é relativamente rara, no entanto, deve ser discutida, pois em sua maioria é evitável, por meio do diagnóstico precoce e

manejo adequado das exacerbações. Dentre os fatores associados à mortalidade por asma estão**:** dificuldades no reconhecimento da gravidade, necessidade dos serviços de urgência, internações hospitalares, baixa adesão do paciente ao tratamento, uso excessivo de medicamentos broncodilatadores, ausência do uso dos corticosteroides inalatórios na manutenção de asmas moderadas a graves, tabagismo, vulnerabilidade socioeconômica e baixo grau de escolaridade. Em contrapartida, tem sido associada à diminuição da mortalidade por asma**:** uso de anti-inflamatórios, campanhas de vacinação contra influenza e a maior inclusão no sistema de saúde. Objetivos Assim, o trabalho tem objetivo de analisar as estatísticas da mortalidade associada à asma, diante da possibilidade de evitá-la. Além disso, dimensionar o impacto da mortalidade por asma em perspectiva regional é importante em países com dimensões continentais como o Brasil, pela diversidade nas condições socioeconômicas e de infraestrutura. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de série temporal, no qual foi analisada a prevalência da mortalidade por asma no Nordeste no período de 2007 a 2017, com dados disponibilizados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Foram usados os códigos J45 para asma e J46 para o estado de mal asmático - asma aguda grave. **Resultados:** Os resultados apontam para uma redução de 31,1% da mortalidade por asma de 2007 em relação a 2017, havendo um aumento apenas entre os anos de 2009 a 2010 e de 2016 a 2017. Em relação ao número total de óbitos da região Nordeste, em 2007, a asma era responsável por 0,4%, já em 2017 houve uma redução para 0,2%. Levando-se em consideração o gênero, o sexo feminino no período de 10 anos somou 60% do número de óbitos por asma no Nordeste. Quanto à escolaridade percebeu-se que aqueles com nenhuma escolaridade ou com menos de 3 anos letivos somavam 45% do total de óbitos. Esse número contrasta com os 3% de óbitos no grupo daqueles que tiveram 12 anos ou mais de anos letivos. Em relação aos estados, a Bahia apresentou maior número de óbitos, correspondendo a 26,6% do total, seguido por Ceará (18,9%) e Pernambuco (18,3%). Em relação à faixa etária, as pessoas com 60 anos ou mais somaram 70% do número de óbitos. **Conclusão:** Dessa maneira, percebe-se a tendência de diminuição da mortalidade por asma na Região Nordeste, estando esta majoritariamente, vinculada ao sexo feminino (pela maior morbidade por asma nessa população); às pessoas com menor grau de instrução; e às pessoas com 60 anos ou mais.

PO372 RELAÇÃO ENTRE EXACERBAÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES ASMÁTICOS.

KAIO JOSÉ SANTOS DE ANDRADE.
CCM/UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asma exacerbada; Controle da Asma; Adesão à medicação

Introdução: Vários fatores de risco são avaliados em pacientes que apresentam exacerbações na asma. Entre estes fatores temos comorbidades, gravidade da doença, e adesão ao tratamento. Em relação a adesão tratamento, na asma estudos mostram uma adesão em torno de 50%. Porém falta de adesão pode ser relacionada a falta de uso de medicamentos, erro no uso do dispositivo ou por falta de acesso aos medicamentos. **Objetivos:** O estudo tem como objetivo avaliar a relação da presença de exacerbação e a adesão ao tratamento da asma. **Métodos:** Foi feito um estudo de natureza transversal com pacientes atendidos de forma consecutiva no ambulatório de pneumologia do hospital universitário. Os pacientes responderam a um questionário padronizado, que continha dados demográficos, avaliação do número de exacerbações e avaliação da adesão ao tratamento. Para avaliar a relação entre os dados foi utilizado o teste do Qui-quadrado. **Resultados:** Dos 70 indivíduos estudados, 54 eram do sexo feminino e 16 do sexo masculino, com média de idade de 49 ± 16 anos. 47% dos pacientes eram de cidades do interior ou da zona rural. Do total de asmáticos, 30 (43%) não tiveram nenhuma exacerbação no ano anterior, enquanto que 40 (53%) tiveram pelo menos uma exacerbação nos últimos 12 meses. Quando comparamos o grupo com e sem exacerbação no ano anterior em relação a adesão ao tratamento, o percentual de asmáticos sem adesão ao tratamento era maior no grupo com exacerbação, 75% versus 50% (p=0,03). Quando investigamos a causa da não adesão, no grupo que apresentou exacerbação, 53% dos pacientes não tinham adesão por falta de acesso ao medicamento, enquanto que no outro grupo este percentual foi de 13%. **Conclusão:** Pudemos observar nesta amostra uma alta taxa de pacientes com exacerbação no ano anterior. Tais pacientes apresentaram uma menor adesão ao tratamento quando comparado ao outro grupo, sendo a falta de acesso aos medicamentos, o responsável por mais de 50% dessas não adesões.

PO373 COMPLICAÇÕES DE BRONQUIECTASIA E PROGNÓSTICO: UM RELATO DE CASO

MARIA CONCEIÇÃO DE MEDEIROS SIMÕES; ALINE MACHADO CARNEIRO; AMANDA DE ASSUNÇÃO SANTIAGO FERNANDES; ANA HELENA CAVALCANTI SILVA; LUCAS DE ANDRADE ALEXANDRE; VITÓRIA MONTENEGRO SILVA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: BRONQUIECTASIA; PROGNÓSTICO; CUIDADOS PALIATIVOS

Introdução: A bronquiectasia é uma doença pulmonar supurativa com múltiplos fenótipos, caracterizadas por dilatações anormais e permanentes de um ou mais brônquios (CARDOSO et al., 2014). Há uma suscetibilidade à infecção, associada à deficiência na depuração mucociliar, as quais acarretam colonização microbiana da trato brônquico. A presença recorrente de agentes infecciosos pode gerar lesão de vasos superficiais da mucosa brônquica, resultando em sangramento. Em casos de hemoptise maciça, o tratamento requer intubação para estabilizar o paciente, identificação da origem do sangramento e proteção do tecido pulmonar não hemorrágico. Com frequência, a embolização de artéria brônquica é utilizada para controle do sangramento (KASPER et al., 2017). **Relato de Caso:** L. M. S., 65 anos, sexo feminino, branca, viúva, pensionista, natural de Alagoa Nova, procedente de Serra Redonda, com domicílio em João Pessoa, PB. Estava internada no HULW e relatava crises de hemoptise, desde dezembro de 2018, por aproximadamente 4 meses, com liberação de sangue pelo nariz e cavidade oral, além de tosse, acompanhada por obstrução nasal e dispneia aos pequenos esforços. Também apresentava histórico de alergias e de asma desde a infância. Foi diagnosticada com fibrose pulmonar em 2011. O diagnóstico de bronquiectasia ocorreu mediante episódio de sangramento, o que levou a uma internação no HULW, com a realização de uma tomografia computadorizada, raio-X e espirometria, sendo utilizado ácido tranexâmico para o seu tratamento. Ao longo da última internação, cuja duração foi de cerca de 45 dias, a paciente passou a não responder tão significativamente ao fármaco utilizado, passando-se, então, a estudar a possibilidade de se realizar embolização da artéria brônquica. Contudo, a paciente veio a óbito, após sangramento maciço, sem ter realizado tal

procedimento. **Discussão:** Frente à hemoptise da paciente, houve prescrição do ácido tranexâmico. Contudo, apesar de seu uso, era esperado que, cada vez mais, ocorresse um sangramento de difícil controle, chegando ao ponto em que tal abordagem não fosse capaz de conter o sangramento, sendo necessário optar pela realização da embolização das artérias brônquicas. Todavia, uma das etapas iniciais de tal procedimento é a entubação da paciente (DYNAMED, 2016) e temia-se que, perante suas condições clínicas, ela não fosse extubada. Associada ao risco de morte durante o preparo, a incerteza acerca do número de focos de sangramento, a natureza não curativa do procedimento e o custeamento pelo Sistema Único de Saúde trazem questionamentos acerca da viabilidade do procedimento. Portanto, observou-se que a abordagem foi adequada ao em garantir conforto à paciente, iniciando os cuidados paliativos necessários (GOMES; OTHERO, 2016).

PO374 BRONQUIECTASIA COM ACHADOS AUTO-IMUNES INESPECÍFICOS: RELATO DE CASO

MARIA NATÁLIA MARQUES DOS SANTOS; RAFAELA BELTE PORTIOLLI; ISABELA DE BORTOLI; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; DIOGO DREVENOWSKI; MARIANE GONÇALVES MARTYNYCHEN CANAN.
HC - UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Bronquiectasia; doença auto-imune; auto-anticorpos

Introdução: Bronquiectasia é uma doença respiratória progressiva crônica, caracterizada por infecções pulmonares recorrentes com alta morbidade e redução na qualidade de vida do paciente. Possui mais estudos relacionados à Fibrose Cística, afetando mais extremos de idade, e do sexo feminino. Descrevemos um caso de paciente com diagnóstico de bronquiectasia, com múltiplos achados auto-imunes associados. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 65 anos, iniciou há 20 anos com quadro de início insidioso de tosse de produtiva, escarro com tom variante entre amarelo e marrom, grande quantidade, sem hemoptise. Dispneia mMRC1, sem ortopneia ou dispneia paroxística noturna. Apresentava sibilância, rouquidão, perda de 10kg em 15 anos, xeroftalmia, boca seca, artralgia mãos/punhos, hipersensibilidade ao sol e disfagia para alimentos sólidos. FAN padrão misto do tipo nuclear homogêneo e citoplasmático fibrilar, P-ANCA positivo e Anti-proteinase reagente. Teste do suor positivo, porém teste genético para Fibrose Cística negativo. História de hepatite auto-imune, com anti-musculo liso positivo. Glândulas sub-mandibulares discretamente heterogêneas, de volume reduzido, pólipos gástricos e de ceco. Tomografia de tórax com múltiplos nódulos centrolobulares, alguns com padrão de árvore em brotamento, mais evidentes em bases. Áreas de aprisionamento aéreos nos pulmões na expiração e espessamento difuso de paredes brônquicas (principalmente para os lobos inferiores), e traqueobronqueomalácea. Tomografia de seios da face com sinusopatia. **Discussão:** Bronquiectasia possui diagnóstico tardio e diversas causas, sendo a mais comum a pós-infecciosa. A associação entre bronquiectasia e doença auto-imune é conhecida, porém nesse caso relatado, apesar de múltiplos achados auto-imunes associados, não foi encontrado associação com uma síndrome específica. Considera-se então a necessidade de estudos que direcionem quanto ao diagnóstico sindrômico e a possibilidade de tratamento específico. **Referências:** 1. M. J. Mcdonnell, C. Ward, J. L. Lordan, R. M. Rutherford. Non-cystic fibrosis bronchiectasis. Q J Med 2013; 106: 709–715. 2. Pasteur MC, Bilton D, Hill AT. British Thoracic Society Bronchiectasis non-CF Guideline Group. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. Thorax 2010; 65(Suppl. 1): i1–58. 3. Shoemark A, Ozerovitch L, Wilson R. Aetiology in adult patients with bronchiectasis. Respir Med 2007; 101: 1163–70.

PO375 BRONQUIECTASIA PULMONAR EM PACIENTES COM DEMÊNCIA SENIL: RELATO DE CASO.

LUIZA BEATRIZ BEZERRA DA SILVA.
FACENE-FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: bronquiectasia pulmonar; demência; melhora da qualidade de vida

Introdução: A Bronquiectasia é gerada por vários processos infecciosos que acabam destruindo a parede muscular dos brônquios e bronquíolos, ficando dilatados por sofrer esta destruição. Acontece uma produção excessiva de secreção e diminuição da funcionalidade dos cílios impedindo a limpeza que leva a frouxidão dos músculos e consequentemente a obstrução brônquica. Por ser comum em idosos, a bronquiectasia pode estar associada a outras doenças neurológicas, segundo o CID-10 (2011). **Relato de Caso:** Paciente J. P. S, 85 anos, sexo: masculino, foi encaminhado e avaliado, pelas acadêmicas do curso de fisioterapia, sob a orientação da Fisioterapeuta Renata Thomaz. Apresentava-se consciente, sonolento, não cooperativo, hipersecretivo, impossibilitado de realizar a tosse, com presença de apneia noturna, expressou os seguintes sinais vitais: FC: 85 bpm, FR: 22 irm, PA: 120x60 mmHg, afebril ao toque, SaTO2: 97%. Na inspeção foram observadas cicatrizes no tórax, abdômen e perna, coloração da pele pálida e ressecada, cianose, baqueteamento digital, tórax cifótico, abdome globoso, padrão respiratório superficial, presença de tiragens. Na palpação a expansibilidade pulmonar diminuída globalmente, percussão hipersonoro e Frênito Tóraco-vocal diminuído em ambos Htx, possuí antecedentes cirúrgicos, faz uso de medicação antibiótica e broncodilatadora. Foi diagnosticado com Bronquiectasia Pulmonar, fumou e bebeu durante grande parte de sua vida. Foram realizados Alongamentos passivos dos músculos da região cervical, dos membros superiores e inferiores. Utilizou-se o Flutter, produzindo as vibrações na caixa torácica, o Respiron, para melhorar a ventilação pulmonar e impedir a obstrução dos bronquíolos, a técnica de Vibrocompressão, foi realizada a técnica de Tapotagem e estímulo a tosse, em seguida, a expiração forçada e a Aspiração via orotraqueal para a remoção das secreções líquidas das vias aéreas superiores ou inferiores, acrescentou-se a pressão positiva CPAP, para melhorar da apneia do sono, e a imunidade. **Discussão:** O paciente reagiu bem ao tratamento, havendo a necessidade da continuidade. A dificuldade encontrada para a realização dos procedimentos foi a demência que o mesmo apresentara, constituindo um obstáculo para que as atividades fossem executadas. A vivência, foi extremamente significativas para as discentes, uma vez que conseguiram por em prática os conhecimentos aprendidos neste e nos períodos anteriores. **Referências:** Arimura, D. F. (2017). Fibrose pulmonar Idiopática na prática do pneumologista. PneumoNews, 13-18. Guilherme Medeiros de Alvarenga, H. R. (29 de fevereiro de 2016). Intervenção Fisioterapêutica Durante o Nível I de Reabilitação Pulmonar em Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Uma Revisão Sistemática. The Open Respiratory Medicine Journal, pp. 02-06. Pereira, S. Q. (9 de agosto de 2017). Perfil clínico-Funcional e de qualidade de vida de doentes pulmonares crônicos ingressantes em programa de reabilitação pulmonar. O Manancial, pp. 14-24.

PO376 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO

BRUNO GOMES FONSECA DE SÁ; RAFAEL FERNANDES PEREIRA; DIAGO CARLISON CORTEZ FERREIRA; BEATRIZ MARTINS OLIVEIRA; LUCAS PASCHOAL SILVA.
UNIVERSIDADE POTIGUAR (UNP), NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome da veia cava superior; Emergência Oncológica; Câncer de Pulmão

Introdução: A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) se caracteriza por uma reunião de sinais clínicos – pletora facial, cianose, turgência venosa cervical e edema de membros superiores – e sintomas – dispneia, tosse, ortopnéia – que ocorrem devido uma obstrução do fluxo sanguíneo destinado ao átrio direito. Sua gravidade clínica é estritamente relacionada ao grau de obstrução da veia. A síndrome acomete principalmente homens (70%) na 5ª década de vida, com histórico prévio de tabagismo. Relato de Caso Sexo masculino, 51 anos, admitido no serviço de clínica médica com tosse improdutiva há 1 mês. Evoluindo com hemoptise, 4 episódios/dia associado a dispnéia aos pequenos esforços. Relata perda ponderal de 6,5 kg (10% do peso original). Tabagista há 40 anos com carga tabágica de 120 maços/ano. Ao exame físico, apresentava-se hipocorado (+/4+) com pletora, edema facial e cervical (+2/+4), turgência jugular e frequência respiratória = 32 irpm. No hemitórax direito, a ausculta Pulmonar encontrava-se com o murmúrio vesicular abolido em ◻ inferiores e macicez a percussão e no ◻ superior existia a presença de creptos, o frêmito toracovocal apresentava-se diminuido. No hemitórax esquerdo havia crepitações finas em ◻ inferiores. Com a suspeita clínica de SVCS, realizou-se administração de dexametasona, diurético de alça e elevação da cabeceira a 90°, para alívio dos sintomas obstrutivos. Foram trocados os acessos venosos periféricos para os membros inferiores, evitando uma hipertensão intracraniana iatrogênica, foi feita toracocentese de alívio com estudo do líquido e uma tomografia (TC) de tórax. A TC evidenciou massa hilar direita de formação expansiva com densidade de partes moles, em íntima relação com brônquio lobar médio em continuidade com volumoso conglomerado linfonodal mediastinal, associado a derrame pleural e atelectasia de lobo médio. A lesão envolve também completamente a veia cava superior e artéria pulmonar direita. (Fig. 1,2 e 3). A análise do líquido revelou exsudato e com positividade para malignidade pela citologia oncótica. Foi realizado esquema de quimioterapia (QT) empírica com Carboplatina + Paclitaxel, apresentando melhora significativa do quadro, recebendo alta e atualmente com acompanhamento oncológico. **Discussão:** A SVCS é uma das causas de emergência oncológica, mostrando a necessidade de intervenção imediata com a diurético e corticoterapia e as medidas não farmacológicas (cabeceira e mudança dos acessos periféricos) para alívio sintomático e retorno da circulação venosa ao átrio direito. Como o paciente possuía citologia para malignidade e imagem sugestiva, foi iniciado tratamento para câncer (CA) de pequenas células, com uso da QT empírica, sendo observada a melhora total da SVCS e parcial do status performance do paciente. Consiste-se no principal tratamento quando comprovado CA de pequenas células ou linfoma. A investigação histológica foi progredida, porém o paciente evadiu o sistema antes de realizar punção com biópsia da lesão.

PO377 PNEUMONITE COMO CONSEQUÊNCIA DE RADIOTERAPIA EM PORTADOR DE NEOPLASIA INDIFERENCIADA PULMONAR: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

ANA LÍGIA MEDEIROS DO NASCIMENTO[1]; BIANCA CASTRO MARTINS DE OLIVEIRA TEÓFILO[2]; CARLOS VICTOR BRASILEIRO BARBOSA GUIMARÃES[3]; GABRIEL ARAÚJO BEZERRA[3]; MIGUEL NORONHA FILHO[3]; JOSÉ FERNANDO BASTOS DE MOURA[4].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, TABOLEIRO GRANDE - CE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÀ, FORTALEZA - CE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; 4. HOSPITAL HAROLDO JUAÇABA - INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonite; Radioterapia; Relato

Introdução: A pneumonite é caracterizada como uma inflamação no pulmão, que pode ser causada por inúmeros fatores. Dentre esses fatores, a pneumonite pós-radiação é um efeito colateral relativamente frequente da radioterapia torácica. Normalmente, desenvolve-se de 2 a 6 meses após a realização da radioterapia, em 10 a 20% dos pacientes, podendo ser aguda ou crônica. O grau de toxicidade pulmonar induzida está diretamente relacionado ao volume pulmonar irradiado, à dose por fração e à dose total de radiação, além do uso de quimioterapia concomitante, que também aumenta a toxicidade pulmonar. Dessa forma, evidencia-se a importância do correto manejo e tratamento dessa condição, que é feito através da terapia com esteróides, afim de se evitar maiores complicações. **Relato:** Paciente masculino, 64 anos, tabagista e etilista crônico, pneumopata importante, diagnosticado com neoplasia indiferenciada de pulmão em junho de 2017, estadiado clinicamente como T3N2M0 – IIIA. PET CT evidenciou tumor de pulmão à direita (9,4 x 3,3 cm) com linfonodos mediastinais e micronódulos pulmonares inespecíficos. Devido à impossibilidade de operá-lo, houve indicação de radioterapia e quimioterapia (durante a RT + 2 ciclos de consolidação) para o tratamento devido à reserva pulmonar reduzida. Como consequência da combinação de quimioterapia com radioterapia, paciente apresentou quadro de tosse seca persistente, sendo diagnosticado com pneumonite por meio de exames de PET e TC. Para o tratamento, utilizou-se corticoides. **Discussão:** A pneumonite actínica deve ser sempre questionada em pacientes pneumopatas prévios, submetidos a esquema radioterápico na região torácica, sobretudo quando a quimioterapia for realizada concomitantemente, como neste caso. Tatiana et al., 1991, mostrou o aumento da incidência nesse grupo de pacientes em relação aos que fizeram somente radioterapia ou radioterapia e posteriormente quimioterapia. Segundo Helber et al., 2018, a incidência de pneumonite se torna maior naqueles em que a doença de base tem como sítio primário o pulmão, como o caso relatado nesse trabalho. O raio-x de tórax tem sido o exame mais usado para avaliar pneumonite actínica com alterações relacionadas à RT em até 40% dos casos, no entanto, o exame mais sensível para a detecção das lesões é a TC, sendo descritas alterações em até 87% dos casos, dentre elas, a presença de opacidades em padrão de "vidro fosco". Nos pacientes com sintomatologia (febre, tosse e dispneia) recomenda-se o uso de corticoides sistêmicos (prednisona) até a melhora do quadro, e após isso uma redução gradual, conduta tomada no paciente do caso descrito. Se o achado for acidental, não se faz necessário tratamento medicamentoso, apenas seguir o acompanhamento ambulatorial.

PO378 DESAFIOS DIAGNÓSTICOS DO CÂNCER DE PULMÃO: RELATO DE CASO

LUIS RICARDO PAULO SILVA DE ASSUNÇÃO[1]; BRENDA FERREIRA GOMES[2]; TAINAH BEZERRA VARELA CÂMARA[2]; MARIA QUEIROGA PINTO[2]; DÉBORA MORGANA BEZERRA DA COSTA[2]; LUARA MELINA LEITE SUASSUNA DINIZ[2].
1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NOVA FLORESTA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Neoplasias Pulmonares; Diagnóstico Precoce; Diagnóstico por Imagem

Introdução: O câncer de pulmão é uma neoplasia de alta incidência, cuja divisão histológica é feita em pequenas células e não pequenas células, sendo esse subdivido em três classes, incluindo o adenocarcinoma, que é o mais prevalente no mundo [1]. Quanto à sintomatologia, a tosse e a dispneia são mais comuns. **Relato de Caso:** Paciente feminino, 59 anos, tabagista 15 maços-ano, deu entrada em hospital com queixas de dispneia aos mínimos esforços e tosse seca há dois meses. Nega outros sintomas. Ao exame físico, apresentava macicez à percussão do hemitórax esquerdo (HTE), murmúrio vesicular abolido nos 2/3 inferiores do HTE. A radiografia (RX) de tórax evidenciava opacificação dos 2/3 inferiores do HTE com efeito de massa e desvio contralateral do mediastino. Foi submetida a tratamento sintomático com hidrocortisona, fenoterol e ipratrópio. Posteriormente, realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax com volumosa lesão expansiva na periferia do HTE e derrame pleural comprimindo anteriormente o parênquima pulmonar, além de linfonodomegalias em região paraesofagiana distal. Submetida a broncoscopia com anatomopatológico negativo. Em seguida, realizada biópsia percutânea guiada por TC de tórax conclusiva de adenocarcinoma. Ao apresentar melhora clínica após dois meses de internação, foi encaminhada ao ambulatório de oncologia e realizou exames para estadiamento) ressonância magnética de encéfalo, TC de abdome e cintilografia óssea)**:** T4N2M1a – Derrame pleural maligno, estadio clínico IV; porém não foram realizados testes moleculares. Por fim, indicado tratamento neoadjuvante com carboplatina AUC 6 e paclitaxel por 6 ciclos, seguido de quimioterapia paliativa com gencitabina. **Discussão:** Sabendo que os critérios para rastreio de câncer de pulmão são idade ≥ 50 anos, carga tabágica 20 maços-ano com ou sem fator de risco adicional. [2] Por possuir um histórico de 15 maços-ano, a paciente não entra no critério de rastreio, um possível motivo para diagnóstico tardio e, consequentemente, evolução agressiva da doença. Estudos mostram que 89% dos pacientes possuem no RX de tórax imagem com aspecto neoplásico, enquanto 20% é por TC, corroborando para o raciocínio clínico, porém o diagnostico final é dado através do anatomopatológico, sendo indicada a biópsia guiada por TC devido à localização periférica do tumor. [3] Outro problema é a indisponibilidade dos testes moleculares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os quais apresentam impacto na resposta terapêutica, tendo em vista que o adenocarcinoma está relacionado a anormalidades moleculares. [4] Apesar de a paciente do caso não entrar no grupo de rastreio devido à baixa carga tabágica, conclui-se a importância de incluir o rastreio para os grandes fumantes e ampliar o acesso dos pacientes SUS aos testes diagnósticos. Dessa forma, será possível fornecer diagnóstico e tratamento precoces.

PO379 MORTALIDADE POR CÂNCER DE BRÔNQUIOS E PULMÕES NO BRASIL ENTRE 2000 E 2015

IANE ALVES DE LEMOS[1]; MARIA CLARA PIRES D'OLIVEIRA[2]; JANNINE GOMES DA FONSECA[2]; RAFAEL FERREIRA GUEDES RODRIGUES[2]; MARIA MIRIAN CAETANO ARAÚJO DA ROCHA[2]; SUELY COELHO TAVARES DA SILVA[3].

1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: CÂNCER; BRÔNQUIOS; PULMÕES

Introdução - Dentre as neoplasias, as de brônquios e pulmões são muito comuns, com elevado número de mortes nas últimas décadas, globalmente. No Brasil, representam relevante causa de morte em homens, sendo superado, no grupo das mulheres, somente pelo câncer de mama. Apesar da neoplasia de brônquios e pulmões possuir etiologia multifatorial, relata-se na literatura que o mais importante fator de risco é o tabagismo, responsável pela maioria dos casos. **Objetivos:** O estudo objetiva correlacionar características da mortalidade por câncer de brônquios e pulmões no Brasil, entre 2000 e 2015, com dados descritos na literatura científica. **Métodos:** Estudo transversal e retrospectivo, a partir da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A amostra foi constituída por todos os óbitos por câncer de brônquios e pulmões de 2000 a 2015, no Sítio do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram analisados os dados quanto à mortalidade proporcional não ajustada, por câncer de brônquios e pulmões em homens e mulheres, no Brasil e quanto às taxas de mortalidade por câncer de brônquios e pulmões por 100. 000 homens e mulheres no Brasil, entre 2000 e 2015, observando-se a distribuição por faixa etária. **Resultados:** Foram registrados N=320. 912 casos de câncer de brônquios e pulmões, sendo 63,5% desses no sexo masculino. Houve tendência a uma redução da mortalidade entre homens até 59 anos e aumento para as mulheres de todas as faixas etárias, a partir dos 30 anos, decorrente do início da epidemia do tabagismo nas mulheres ter ocorrido mais tardiamente. Observou-se que a mortalidade proporcional pela neoplasia se encontrava em progressão ao longo do período analisado, visto que em 2000, a mortalidade era 1,55 por homens e mulheres; enquanto em 2015 foi 2,09 por homens e mulheres, fato associado com o aumento do vício de fumar, principalmente entre mulheres jovens. Evidenciou-se que a faixa etária de maior acometimento masculino foi 60 a 69 anos seguida por 70 a 79 anos com 31% e 30% dos casos (N=203. 603) respectivamente; assim como, as mulheres também são mais acometidas nessas faixas etárias com 27% e 26% (N=117. 191) respectivamente. Apesar disso, na faixa etária acima dos 80 anos, em ambos os sexos ocorre maior mortalidade com taxas respectivas de 181,11 e 119,06 por 100 mil homens e mulheres. **Conclusões:** A elevada taxa de mortalidade em populações mais idosas é atribuída a experiência do tabagismo no passado. A legislação antitabagismo e as campanhas educativas devem se intensificar, com foco específico na população mais jovem. Programas para aumentar a conscientização do público a respeito do câncer de brônquios e pulmões, estimular a cessação do tabagismo, diminuir o tempo de diagnóstico e melhorar o acesso a serviços de saúde especializados são algumas das necessidades mais relevantes para combater o câncer de brônquios e pulmões.

PO380 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR CÂNCER DO SISTEMA RESPIRATÓRIO BAIXO NO ESTADO DA PARAÍBA NO BRASIL UTILIZANDO DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO DATASUS

MARIA EDUARDA VALADARES SANTOS LINS[1]; THIAGO PALMEIRA SANTANA[2]; PRISCILA MACIEL DE ARAÚJO[1]; MARIA CLARA ARRUDA DE SANTANA[1]; MANUELA BARBOSA DE SOUZA[3].

1. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Câncer; Pulmão; Mortalidade

Introdução: O câncer de pulmão é a neoplasia mais comum no mundo, sendo responsável por diversos óbitos por câncer, segundo a Organização Mundial da Saúde.

A taxa de morte por esta patologia supera o dobro em relação aos cânceres hepáticos e do trato gastrointestinal inferior (STEWART et al. ; 2014). A maioria dos pacientes com esta doença são diagnosticados na fase tardia. Isso ocorre devido à apresentação clínica inespecífica, podendo ser assintomáticos (YANG et. al. ; 2016). Diante disso, a falta de diagnóstico precoce dificulta o tratamento e eleva a mortalidade. **Objetivo:** Identificar a epidemiologia dos óbitos por câncer do sistema respiratório baixo no Estado de Paraíba (PB). **Métodos:** É um estudo epidemiológico descritivo com dados de óbitos por câncer do sistema respiratório baixo na PB obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2012-2016. A coleta de dados dos óbitos envolveu a faixa etária de 20-80 anos, de ambos os sexos. **Resultados:** O número de óbitos na PB por câncer do sistema respiratório baixo totalizou 1302 pacientes. Em relação a faixa etária, 26,2% estavam entre 20-59 anos, 57% com 60-80 anos, seguido de uma minoria (cerca de 16%) com mais de 80 anos. Cerca de 51% eram do sexo masculino e 49% do feminino. Na escolaridade, 47,4% com 1-7 anos de estudos, 39,4% com 8-11 anos e 13,2% apresentando 12 anos ou mais. Nessa região, 54,2% eram pardos, 42,8% se autodeclaravam brancos e uma minoria, com 3%, sendo amarelos e pretos. Sobre o estado civil, 63,3% eram casados, 18,4% viúvos e 18,3% solteiros. **Discussão:** No mundo, o câncer de pulmão ocorreu em aproximadamente 1,8 milhões de pacientes em 2012 e causou cerca de 1,6 milhão de mortes (STEWART et al. ; 2014). Cerca de 27 mil óbitos ocorreram em 2009 no Brasil (BR) e 220 mortes/ano na PB (INCA; 2009). Baseado no Ministério da Saúde - 2018, o câncer de pulmão é o principal responsável pelos óbitos por câncer no BR. Em relação a idade, de acordo com o INCA – 2009, indica maior concentração de óbitos entre 60-80 anos, compatível com o resultado encontrado no presente estudo. No que diz respeito ao gênero, a população masculina era a mais atingida, mas recentemente tem sido significante entre as mulheres (JEMAL et. al; 2013). Tal fato foi observado também nesta pesquisa através dos dados praticamente semelhantes de ambos os sexos. Sobre a raça, a maioria eram pardos e brancos, contrastando com a literatura por demonstrar uma maior frequência em pretos (UEHARA; JAMNIK; SANTORO; 1998). Muitos apresentaram escolaridade baixa e boa parte eram casados. **Conclusão:** Os dados deste estudo assemelham-se aos da literatura sobre a idade e sexo dos óbitos por câncer de pulmão. Existem poucas informações sobre a escolaridade, raça e estado civil desses pacientes. É importante observar a elevada taxa de mortalidade nessa população, diante das dificuldades do diagnóstico precoce, sendo viável atenção aos pacientes de risco para diminuição dos óbitos.

PO381 LIPOMATOSE GIGANTE MEDIASTINAL COMO ACHADO DE INVESTIGAÇÃO SINTOMÁTICA

RAFAEL MELO DE DEUS; ERICA LOPES BUENO; CAROLINA MORENO COSSI.
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Lipoma mediastinal; Lipoma; Tumores benignos

Introdução: Os Lipomas são tumores mesenquimais bem circunscritas que se originam a partir de tecido adiposo. A Lipomatose mediastinal é rara e geralmente descoberta incidentalmente com baixos relatos entre todos os tumores primários do mediastino. A excisão cirúrgica é indicada para lipoma no mediastino apenas quando sintomático ou com comprometimento de funções estruturais. Relatamos então, um quadro de uma mulher sintomática com diagnóstico de lipomatose mediastinal gigante diagnosticada devido a investigação de sintomatologia respiratória. A paciente será abordada cirurgicamente pela equipe de cirurgia torácica, devido a compressão parenquimatosa pulmonar bilateral que provoca a sintomatologia e comprometimento da função pulmonar. **Relato de Caso:** Trata se de paciente feminina, 38 anos, previamente hígida, que iniciou com quadro de faringite e evoluiu para dispneia aos pequenos esforços fazendo uso de corticoide com parcial melhora. Entretanto, procurou atendimento referindo tosse seca, dispneia ao repouso associado a episódios intermitentes de dor torácica atípica de forte intensidade do tipo pontada em tórax anterior, fez uso de anti-alérgico e azitromicina sem melhora. Na investigação realizou RX de Tórax que evidenciou velamento dos dois terços inferiores dos hemitoraces associado a borramento dos seios costo-frênicos e volumoso derrame pleural bilateral com inversão da trama vascular pulmonar. Ao exame paciente se encontrava em regular estado geral, dispneica aos pequenos esforços, ausculta respiratória com murmúrio vesicular abolido em bases de ambos hemitoraces, sem ruídos adventícios, SPO2: 95% em ar ambiente. Realizado TC de tórax com achados tomográficos compatíveis com exuberante lipomatose mediastinal, determinando marcada compressão parenquimatosa pulmonar bilateral. Posteriormente será realizada abordagem cirúrgica pela equipe de cirurgia torácica. **Discussão:** Os Lipomas são tumores benignos do tecido adiposo. Assim, lipomas localizados na cavidade torácica são extremamente raros. O diagnóstico de tumores do mediastino em quase todos os casos relatados foi feito em pacientes vivos e assintomáticos durante exame de rotina. O Lipoma mediastinal provoca a síndrome da veia cava superior, devido ao efeito de massa tumoral, paralisia do nervo espinhal, distúrbio esofágico devido à compressão, desconforto respiratório e arritmia. Geralmente, os lipomas mediastinais são de crescimento lento e pode atingir um tamanho considerável, sem produzir sintomas. Se houver um lipoma mediastinal assintomático, o tratamento recomendado é apenas acompanhamento, mas se o tumor afeta a função de estruturas e leva a sintomas, a cirurgia é necessária e se possível com ressecção completa.

Referências: 1. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ Jr. contendo gordura lesões do peito. Radiographics 2002. 2. Cemal KOCAASLAN ve ark. et. al, A Giant Mediastinal Lipoma: Case Report, Turkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2015;27(1)

PO382 SÍDROME HETEROTÁXICA ASSOCIADA A SEQUESTRO PULMONAR EHIPERTENSÃO PULMONAR CRÔNICA – RELATO DE CASO

MANOEL GILMAR GURGEL JUNIOR.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, APODI - RN - BRASIL.

Palavras-chave: HIPERTENSÃO PULMONAR; HIPÓXIA CRONICA; HETEROTAXIA

Introdução: A síndrome de heterotaxia consiste em diversas anormalidades de posicionamento e morfologia de órgãos toracoabdominais, que não se enquadram no posicionamento ordenado habitual de lateralidade dos órgãos ou de sua imagem em espelho. **Relato de Caso:** Mulher de 31 anos, do lar, procurou o ambulatório com queixa de dispneia aos grandes esforços desde a infância associado a tosse produtiva com expectoração espessa e hialina. Afirma episódios de pneumonias bacterianas de repetição, resultando em dois internamentos hospitalares para tratamento. Além disso, refere idas frequentes ao pronto

socorro por quadros de dispneia intensa, não especificados, que melhoram com Fenoterol e Ipratróprio. Nascida de parto cesáreo, prematuro. Aos 6 anos foi diagnosticada com Comunicação Interatrial (CIA), Insuficiência Mitral (IM) e Drenagem Anômala de Veia Cava Superior (VCS), nesse período fez correção cirúrgica. Aos 14 anos foi diagnosticada com Hipertensão Pulmonar e Bronquiectasias. Não apresenta casos de má formação congênita na família. Ao exame**:** paciente apresenta-se com bom estado geral, cianose periférica associada a baqueteamento digital. Sopro sistólico em foco mitral (2/6+). Murmúrio Vesicular presente e simétrico, com estertores crepitantes bibasais. No abdome não foram evidenciadas visceromegalias. Espirometria: CVF: 1. 82 (53%), com pós BD: 1. 88 (55%) e VEF1: 1. 30(45%) com pós BD: 1. 36 (47%). EcoTT: Refluxo mitral leve, pós-operatório de atrioseptoplastia, correção de defeito do canal AV, forma parcial e drenagem anômala de VCS esquerda, FE 55%. CATE Direito: PAP (PS 110, PD 60 e PAM 70). Gasometria Arterial: pH 7. 4, PaO2 48. 5, PaCO2 32. 8 SaO2 84. 3, HCO3 22. 2, BE –0. 7. AngioTC de tórax**:** Sequestro Pulmonar intralobar ao nível do segmento posterior do lobo inferior do pulmão esquerdo; bronquiectasias espessasadas nos segmentos basal posterior do lobo inferior do pulmão esquerdo, segmento medial do lobo medio e língula, consolidações parenquimatosas predominantes em lobo inferior do pulmão esquerdo. Em Angio TC de Abdome mostra numerosos baços associados a veia cava inferior à esquerda e má formações pancreaticas. Além disso, quando comparado ao de AngioTC torácica, foi observado isomerismo brônquico esquerdo, pulmões bilobares e má formação cardíaca congênita. Angio TC de Aorta: Dilatação aneurismática e fusiforme de Aorta ascendente, além do já visto sequestro pulmonar. **Discussão:** Foi diagnósticada como síndrome heterotáxica devido às más formações toracoabdominais. Pelo contexto clínico foi atribuído que a paciente apresentara múltiplas etiologias para a hipertensão pulmonar, mesmo assim foi tentado teste terapêutico com Sildenafil e mantida a paciente sob oxigenioterapia suplementar. Houve melhora da saturação periférica de O2 e melhor tolerância aos esforços, que a configurou como HAP respondedora do uso de inibidor da fosfodiesterase.

PO383 TERAPIA FARMACOLÓGICA COMBINADA PRECOCE PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR PRIMÁRIA: RELATO DE CASO NA PARAÍBA

ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO FILHO[1]; VITOR MAGALHÃES LIBANIO[2]; JOÃO BOSCO BRAGA NETO[2]; IGOR SOUZA PESSOA DA COSTA[1]; NATHALIA PINHEIRO NASCIMENTO[2]; FELLYPE HORTÊNCIO RIBERO[2].

1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Hipertensão Pulmonar; Tratamento; Hipertensão

Introdução: Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma doença com aumento da resistência vascular da pequena circulação, levando níveis pressóricos médios da artéria pulmonar acima de 25mmHg em repouso ou acima de 30mmHg aos esforços. Esta doença pode ser secundária a um amplo espectro de patologias ou primária. Esta pode ainda ser classificada em idiopática ou hereditária. **Relato de Caso:** F. A. S. S., 44 anos, masculino, procedente de Sousa-PB. Em fevereiro de 2013, queixa-se de dispnéia aos médios esforços, de caráter progressivo e episódio de síncope. Realizou ecocardiograma (ECO) que evidenciou HAP grave, sendo encaminhado ao serviço de referência. Confirmado diagnóstico por cateterismo (CAT) direito, a investigação mostrou ser do grupo 1, idiopática, e iniciou-se tratamento com sildenafila 60mg/dia. Paciente persistiu com boa evolução no teste de caminhada de 6 minutos, NT-próBNP e ergoespirometria. Repetido CAT, foi diagnosticado piora da HAP. Diante da gravidade do prognóstico, foi decidido aumentar a dose de sildenafila, mas um novo CAT não evidenciou melhora, dessa forma, foi associado bosentana com boa tolerância e apresentando melhora dos padrões do CAT. Os valores de pressão média em tronco pulmonar (em mmhg) mensurados pelo CAT foram**:** 53 em 2013, quando introduzido a sildenafilla 60mg e aumentada para 100mg por piora ecocardiográfica; 63 em 2014, quando resolvemos associar a bosentana e voltar à dose de sildenafila para 60mg; e o último estudo hemodinâmico apresentou PmAP de 50 em 2016. **Discussão:** O tratamento medicamentoso consiste em**:** bloqueadores de canais de calcio (primeira linha), sildenafila (segunda linha) e Bosentana (terceira linha). O uso de tratamento combinado ainda não tem evidências que justifiquem a indicação como terapia de primeinha linha. Neste caso, o paciente acompanhado recebeu terapia medicamentosa combinada de sildenafila e bosentana, pois apesar de clinicamente estável apresentava uma pressão média de artéria pulmonar crescente no CAT bem como no ECO, quando tratado apenas com a sildenafila. Devido à falta de casuística descrita na literatura, a terapia combinada de medicamentos de segunda linha e terceira linha não é recomendada como opção de tratamento para HAP primária leve ou moderada. Logo, tendo em vista o mal prognóstico e baixa sobrevida dos pacientes tratados com terapia medicamentosa isolada para HAP primária, deve-se ponderar e incentivar estudos para a utilização de terapia medicamentosa combinada precoce quando parâmetros hemodinâmicos mostram refratariedade ao tratamento monoterápico. **Referências:** 1. Sztrymf B, Coulet F, Girerd B, et al. Clinical outcomes of pulmonary arterial hypertension in carriers of BMPR2 mutation. Am J Respir Crit Care Med. Jun 15 2008;177(12)**:** 1377-1383. 2. Humbert M, Sitbon O, Chaouat A, et al. Pulmonary arterial hypertension in France: results from a national registry. Am J Respir Crit Care Med. May 1 2006;173(9)**:** 1023-1030.

PO384 SÍNDROME DE EISENMENGER: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

BEATRIZ MODESTO SCALASSARA; SILMARA MACHADO; LARISSA MONI PALMA; LUANA RIBEIRO DA SILVA; NATHANE BARBOSA XAVIER; MARSELHA MARQUES BARRAL.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Eisenmenger; hipertensão pulmonar; cardiopatia congênita

Introdução: A síndrome de Eisenmenger (SE) é a forma severa, irreversível e em estagio final da hipertensão arterial pulmonar associada a cardiopatias congênitas não reparadas e tem alta mortalidade. É caracterizada pelo aumento da pressão arterial pulmonar a níveis sistêmicos e shunt da direita para a esquerda ou bidirecional. A SE possui progressão lenta e a maioria dos pacientes tem baixa percepção das limitações causadas e acaba se adaptando ao quadro. **Relato de Caso:** Paciente ERS, masculino, 52 anos, admitido no hospital com quadro de dispneia progressiva iniciada há 6 anos, com piora recente importante, atualmente aos pequenos esforços. Ex-usuário de drogas há mais de um ano, etilista social e tabagista 01 cigarro/dia. Histórico familiar de síndrome coronária aguda pela mãe. Negava comorbidades. Ao exame físico apresentava rítmo cardíaco regular em dois tempos, frequência cardíaca de 65 bpm, sopro sistólico em foco tricúspide, com hiperfonese de B2, murmúrio vesicular preservado, ausência de ruídos

adventícios, SpO2: 88% em ar ambiente e baqueteamento digital. Em eletrocardiograma (ECG) foi evidenciada sobrecarga em câmaras cardíacas direitas. Radiografia de tórax sem evidência de alterações. Teste laboratorial para HIV e FAN negativos. Paciente evoluiu com dor súbita em região precordial, irradiada para o ombro ipsilateral. No momento da dor possuía ECG com onda T invertida de V1 a V5, sendo encaminhado para a unidade de terapia intensiva (UTI). Apresentou dosagens de enzimas cardíacas normais. Repetido o eletrocardiograma, o qual não demonstrou sinais de isquemia aguda. Solicitado angiotomografia de tórax, sem evidência de tromboembolia. Submetido a um ecodopplercardiograma, que evidenciou pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em 60mmHg, comunicação interventricular perimembranosa parcialmente ocluída pelo aparelho valvar tricúspide, com fluxo bidirecional, medindo 0,4 cm, regurgitação valvar tricúspide moderada e aumento importante das cavidades cardíacas direitas. Teve alta da UTI. Realizado cateterismo cardíaco direito que demonstrou hipertensão arterial pulmonar grave (100 mmHg), sem reatividade ao óxido nítrico. Feito o diagnóstico de Síndrome de Eisenmenger e iniciado sildenafila. Está em acompanhamento ambulatorial há 4 anos e segue mantendo estabilidade clínica, com dispneia classe funcional II da New York Heart Association (NYHA). O último ecodopplercardiograma realizado há 5 meses demonstrou PSAP estimada em 76 mmHg. **Discussão:** A ausência do diagnóstico precoce e correção cirúrgica das cardiopatias congênitas na infância pode levar ao remodelamento dos vasos pulmonares, causando hipertensão pulmonar permanente, caracterizada pela dispneia aos esforços progressiva, síncope, dor torácica, cianose, entre outros. Vasodilatadores pulmonares, como a sildenafila podem ser utilizados com segurança na SE.

PO385 CASO CLÍNICO: PACIENTE COM TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA SUBMETIDA A TROMBÓLISE INTRAVENOSA

RENATO RICCI KAUFFMANN[1]; ANA LIVIA NONIS DE OLIVEIRA[2]; IZA PAULA DA SILVA PONDIAN[2]; RONALDO DE SOUZA[2]; MARILIA MORAES QUEIROZ DE SOUZA[2].
1. ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÃO FRANCISCO DE ASSIS, CRUZEIRO DO OESTE - PR - BRASIL; 2. ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÃO FRANCISCO DE ASSIS, UMUARAMA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; Trombólise; Repercussão hemodinâmica

Introdução: O TEP (tromboembolismo pulmonar) agudo é obstrução aguda da circulação pulmonar por um coágulo ou trombo[(1)], com consequente redução ou cessação do aporte sanguíneo pulmonar para área irrigada[(2)]. É a forma mais grave de tromboembolismo venoso, com alta prevalência[(3)]. O TEP é umas das causas de hipertensão arterial pulmonar. É uma doença rara, de causa multifatorial[(4)], caracterizada pelo aumento da pressão nos capilares pulmonares, gerando remodelamento da circulação pulmonar e promovendo insuficiência pulmonar direita, levando paciente ao óbito[(5)]. **Relato de Caso:** W. J, 80 anos, feminino, branca, com dispnéia súbita e síncope durante o banho. Há 4 anos apresentou quadro de TEP sendo anticoagulada por 1 ano, sem identificação da causa. Paciente com taquipnéia, hipoxemia e cianose, não tolerava mudança de posições por piora da dispneia, escore PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) classe IV com mortalidade de 30 %. Angiotomografia de tórax demonstrava TEP agudo subocluindo as artérias pulmonares bilateralmente e aumento das câmaras cardíacas direitas. Encaminhada para UTI (unidade de terapia intensiva), evoluiu com necessidade de VNI (ventilação não invasiva), e em decorrência de achados que predizem gravidade como troponiva positiva e bnp elevado optou-se por administração de ateplase 100mg. Paciente evoluiu sem intercorrências durante a administração do trombolítico, evoluindo para melhora do padrão ventilatório sem necessidade de VNI em menos de 24 horas da administração da medicação. Realizado nova angiotomografia evidenciou ausência de sinas de TEP, tronco pulmonar e câmaras cardíacas normais. **Discussão:** Paciente com sinais de evolução para instabilidade hemodinâmica, foi optado pela realização de fibrinolítico, com boa resposta a medicação sem a necessidade de VNI. De acordo com protocolo ATS/ERS o uso de trombolítico é superior ao uso de heparina não fracionada pois restaura mais rapidamente a perfusão pulmonar, o que leva a redução da pressão e resistência da artéria pulmonar, consequentemente melhora a função do ventrículo direito. **Referências Bibliográficas:**

(1) Diretriz de Embolia Pulmonar. Arq. Bras. Cardiol. vol. 83 suppl. 1 São Paulo Aug. 2004 (2) ALVARES F; PÁDUA AI & TERRA FILHO J. Tromboembolismo pulmonar**:** diagnóstico e tratame nto. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 214-240,abr. /dez. 2003 (3) FERNANDES, Caio Julio Cesar dos Santos *et al.* Reperfusão no tromboembolismo pulmonar agudo. Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo, p. 237-243, 19 jun. 2018. (4) Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, et al; Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2014;35(43)**:** 3033-69
(5) McLaughlin et al. Expert Consensus Document/ Pulmonary Hypertension. Circulation. 2009;119: 2250-2294

PO386 SÍNDROME DA HIPERPERMEABILIDADE CAPILAR: RELATO DE CASO

ISADORA ESPÍNDOLA LEITE BORGES[1]; JONAS BORGES SANTOS AMORIM[1]; VICTOR OLIVEIRA COUTINHO ROCHA[1]; LUCAS DE FIGUEIREDO BARBOSA[1]; RAMIRO DOURADO MARANHÃO[2]; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS SILVA[2].
1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome da Hiperpermeabilidade Capilar; Asma quase fatal; Corticosteróides

Introdução: A Síndrome da Hiperpermeabilidade Capilar (SHC) é uma doença rara de etiologia ainda mal compreendida, caracterizada por episódios transitórios de choque hipotensivo, anasarca e hemoconcentração. Acomete pacientes entre 30 e 59 anos. A forma idiopática é a mais frequente (cerca de 160 casos no mundo) e pode estar relacionada a fatores disparadores, como atopia. RELATO DE CASO Paciente, masculino, 32 anos, ex-tabagista, sem antecedentes de uso de drogas ou doenças autoimunes. Chegou ao ambulatório de Pneumologia do HC-UFG, referindo que em 2 anos, apresentou 5 episódios agudos de dispneia súbita que evoluía, em poucas horas, para dispneia em repouso, opressão torácica e síncope, concomitante a astenia profusa, hiporexia, mialgia e edema de membros inferiores (com elevação do hematócrito), necessitando de suporte ventilatório e internação em UTI. Como antecedentes pessoais, apresentava episódios de tosse seca, rinite com obstrução nasal e sintomas de atopia com prurido e eritema em região de dobras. Foram realizados diversos exames complementares, sem achados relevantes**:** espirometria, eco e eletrocardiograma, tomografia de abdome e tórax, pesquisa de C3 e C4

complementos, autoanticorpos e anticorpos antinucleares, hemograma e mielograma. Foi diagnosticado com Asma quase fatal e levantada a hipótese de SHC, sendo medicado com corticoide nasal e inalatório com melhora do quadro intercrises. Porém, evoluiu em 1 mês, com choque hipovolêmico e óbito. DISCUSSÃO A SHC se caracteriza clinicamente por 3 fases**:** prodrômica, com sintomas gripais como tosse e congestão nasal, dor abdominal, náuseas e vertigem; aguda, em que ocorre perda de água, eletrólitos e proteínas para o espaço extravascular em até 70% do volume intravascular (explicando a elevação do hematócrito, edema, síndrome compartimental, eritema, prurido, sudorese e choque hipovolêmico.); e a tardia, chamada de fase de expansão plasmática, em que há retorno do fluido, causando edema pulmonar agudo, síndrome da angústia respiratória, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco e choque cardiogênico. Essa é fase em que ocorrem as principais complicações da doença, conferindo mortalidade de 30-40% em 10 anos. O diagnóstico, como no caso, é feito por exclusão de outras entidades, como Policitemia Vera, Angioedema Hereditário, Insuficiência Adrenal, Síndrome de Gleich e outras. O tratamento envolve a identificação da fase da doença com controle da perda de fluidos, evitando sobrecarga, e manutenção da pressão arterial. Todos os casos requerem monitorização do equilíbrio hidroeletrolítico e hemodinâmico. O uso de corticosteróides, teofilina, terbutalina, imunoglobulinas intravenosas e plasmaferese durante as crises pode ser benéfico. Conclusão Trata-se de uma síndrome rara que é diagnóstico de exclusão. Portanto, na vigência de um caso, deve-se atentar para identificação dos sintomas prodrômicos e manejo adequado nas fases críticas, a fim de se reduzir a morbimortalidade dos casos.

PO387 DISPNEIA POR HÉRNIA HIATAL

MARIANA BELMONT CARVALHO XAVIER CRUZ[1]; ANTÔNIO RAMOS NOGUEIRA FERNANDES[2]; MATHEUS LOPES THOMA[1]; RAFAEL RODRIGUEZ TEIXEIRA DE CARVALHO[1]; STÉFANY LIMA PONTES[2]; MARCELO GONÇALVES SOUSA[1].
1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Dispneia; Hérnia Hiatal; Cirurgia

Introdução: Por definição, as hérnias hiatais são protusões anormais no estômago, associadas ou não a outros órgãos, em direção à cavidade torácica através do hiato esofágico. A população mais acometida é a de idosos com comorbidades. Em geral, as hérnias hiatais são assintomáticas, porém queixas dispépticas são frequentemente citadas. Com a progressão volumétrica da hérnia, podem surgir apresentações clínicas variáveis, como eventos cardiovasculares agudos e manifestações respiratórias. Os distúrbios respiratórios vão desde a intolerância ao exercício até alterações nos testes de função pulmonar e dispneia em repouso. A relação entre a dispneia e hérnia hiatal é conhecida há muito tempo, mas essa associação só foi documentada recentemente, evidenciando a importância da hérnia hiatal como causa de dispneia progressiva e reiterando o impacto positivo da correção cirúrgica dessa patologia na qualidade de vida do paciente. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino de 77 anos com queixa de dispneia ao pequeno esforço após correção de aneurisma de aorta com endoprótese. O exame físico estava em bom estado geral, sem outras queixas. História pessoal de cirurgia cardíaca**:** bypass. O ecocardiograma transtorácico mostrou função sistólica do ventrículo esquerdo preservada, discreto grau de refluxo tricúspide e aumento dos átrios. A espirometria mostrou padrão restritivo leve. Solicitou radiografia de tórax com bário que mostrou grande hérnia hiatal, a qual foi atribuída à causa do desconforto respiratório. A endoscopia digestiva alta confirmou a hérnia hiatal de nove centímetros. Foram solicitados exames pré-operatórios, nos quais a avaliação cardiovascular mostrou risco moderado de eventos cardíacos. A hiatoplastia foi realizada com a técnica de fundoplicatura de Nissen e malha de reforço no hiato esofágico. Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências ou qualquer sinal ou sintoma de dispneia. **Discussão:** Existem três tipos principais de hérnia hiatal. O tipo I, hérnia deslizante é o mais comum, em que a junção gastroesofágica com parte do estômago desliza através do hiato para a cavidade torácica. Tipo II é a hérnia paraesofágica; tipo III envolve uma mistura de hérnia deslizante e paraesofágica. Embora a causa do desenvolvimento da hérnia hiatal seja desconhecida, aceita - se que o relaxamento dos músculos diafragmáticos resultantes do processo de envelhecimento esteja relacionado à sua formação, o que justifica o crescimento da incidência dessa entidade com o avanço da idade. As hérnias gigantes esofágicas podem ocupar um espaço grande e variável no tórax, afetando a função respiratória pela redução do volume torácico, assim como o estômago sendo atraído para dentro do tórax durante a inspiração pela pressão intrapleural negativa. Como no caso apresentado, vários estudos têm demonstrado que a maioria dos pacientes relatou algum grau de melhora da dispneia após a correção cirúrgica.

PO388 A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO COM BRONCODILATADORES EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA – CEMEC

MAYANA KELLEN RIBEIRO BRITO[1]; YAN DE JESUS COSTA[1]; NATHALIA MOURA SOARES[1]; FABIOLA GONÇALVES ANDRADE[1]; JAMILLE LOPES HELMER[1]; ANNY KAROLINY MONTEIRO DOS SANTOS[2].
1. UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; 2. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; TRATAMENTO; BRONCODILATADORES

Introdução: O tratamento da DPOC se baseia em reduzir sintomas, diminuir frequência e severidades das exacerbações, melhorar a tolerância ao exercício, dando uma melhor qualidade de vida ao paciente, é realizado com broncodilatadores, onde as principais classes são os beta 2-agonistas e drogas anti-muscarínicas, ambos de curta e longa duração, metilxantinas e inibidor da fosfodiesterase. **Objetivos:** Avaliar a evolução clínica a partir do tratamento medicamentoso em pacientes com DPOC acompanhados no Ambulatório de Pneumologia do CEMEC. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo observacional, no qual buscou-se a análise de dados relacionados a evolução clínica dos pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia do CEMEC. Neste estudo foi realizado uma comparação entre a avaliação semiológica inicial (primeira consulta) e a mais recente, observando a evolução clínica ao longo do ano de 2018 mediante ao tratamento medicamentoso da DPOC. A pesquisa teve como amostra a análise de 47 prontuários de pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, acompanhados no Ambulatório de Pneumologia do CEMEC. **Resultados:** Em relação ao tratamento medicamentoso dos pacientes com DPOC, todos os pacientes em análise da última consulta, faziam uso de medicamentos para melhora sintomática, sendo SABA (26,1%), LABA (26,1%) e CI (21,7%) os mais prescritos na consulta inicial e os dois últimos, na última consulta, 41. 3% e 25,3%, respectivamente. Pereira et al. (2015) detectou em seu estudo que todos (100%) os pacientes avaliados

também faziam uso de medicamentos. Observou-se a partir dos registros que os tratamentos com beta 2 agonistas de curta duração - SABA (6; 26,1%) e beta 2 agonistas de longa duração - LABA (6; 26,1%) predominaram entre os pacientes na consulta inicial. Na consulta final, o principal tratamento foi com LABA (31; 41,3%), seguido de Corticoide inalatório (19; 25,3%). **Conclusão:** Foi demonstrado no nosso trabalho que os pacientes tiveram significativa melhora sintomática e redução das exacerbações na consulta final, após instituição de terapêutica adequada, quando comparados aos dados obtidos na consulta inicial. Quanto ao tratamento, à terapia combinada, principalmente com LABA e corticoide inalatório, mostra-se prevalente na última consulta, quando comparada à primeira, onde as mesmas eram realizadas em monoterapia. Dessa forma, concluímos que é obtida uma estabilização do quadro, reduzindo as exacerbações, quando se estabelece uma terapia combinada como terapêutica. **Referências:** José Tadeu CM; Anny Karoliny MS; Jamille Lopes Helmer; avaliação dos achados semiológicos em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) atendidos no ambulatório de pneumologia do centro de especialidades médicas do cesupa – cemec. 2018.

PO389 A PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO RELACIONADOS A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) EM PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA – CEMEC

YAN DE JESUS COSTA[1]; MAYANA KELLEN RIBEIRO BRITO[1]; NATHALIA MOURA SOARES[1]; FABIOLA GONÇALVES ANDRADE[1]; JAMILLE LOPES HELMER[2]; ANNY KAROLINY MONTEIRO DOS SANTOS[2].
1. UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; 2. CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; FATORES DE RISCO; TABAGISMO

Introdução: Dentre os fatores de risco classicamente discutidos como associados à DPOC, destacam-se o tabagismo atual ou prévio e a exposição à fumaça, como a de fogão de lenha e carvoeira (1). A queima de combustível de biomassa, como madeira, esterco de vaca e resíduos de colheita leva à liberação de poluentes do ar como SO2, CO, NO2, formaldeído e material particulado, os quais quando inalados cronicamente podem levar a DPOC (2). Redução fisiológica da função pulmonar induzida pelo envelhecimento também pode predispor a DPOC (3), tornando idades avançadas um fator de risco importante. **Objetivos:** Observar quais são os fatores de risco mais prevalentes nos pacientes acompanhados no Ambulatório de Pneumologia do Centro de Especialidades Médicas do Cesupa – CEMEC. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo observacional, no qual buscou-se a análise de dados relacionados ao tabagismo (ativo e passivo) associado a carga tabágica como fator de risco para a doença. Os dados foram obtidos a partir do estudo de 47 prontuários de pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, acompanhados no Ambulatório de Pneumologia do CEMEC e portadores de DPOC no ano de 2018 entre 15 maio e 17 de junho. **Resultados:** Observa-se que a maioria das mulheres (17; 89,4%) e dos homens (26; 92,9%) declararam ser tabagistas atuais ou pregressos. A maioria não relatou exposição passiva com o tabagismo. Verifica-se Tmbém que o uso do cigarro comercial é predominante entre os tabagistas, sendo 14 (82,3%) mulheres e 20 (76,9%) homens. A maioria declarou fumar pelo menos a mais de 20 anos, sendo 14 (82,3%) mulheres e 21 (80,7%) homens. Quanto à carga tabágica, verifica-se que entre as mulheres a carga é de 30 a 39 anos – maço (4; 23,5%), enquanto entre os homens a carga tabágica foi maior, acima de 60 anos – maço. **Conclusão:** De acordo com a análise o tabagismo ainda é o principal fator de risco para o desenvolvimento da DPOC, o que chama a atenção para a necessidade de intensificar as medidas de conscientização sobre os danos que o cigarro faz e a importância da cessação do tabagismo. **Referências:** Ana Teresa FB; Jair Almeida Carneiro; Gizele Carmen FR; Et Al. Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. 2016; 1-2 Bill B Brashier, Rahul Kodgule. Risk Factors and Pathophysiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). SUPPLEMENT TO JAPI • FEBRUARY 2012 • VOL. 60; 17. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factor prevalence, and future trends. Lancet 2007;370: 765-73. José Tadeu CM; Anny Karoliny MS; Jamille Lopes Helmer; Avaliação dos achados semiológicos em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) atendidos no ambulatório de pneumologia do centro de especialidades médicas do cesupa – cemec. 2018.

PO390 ACIDOSE METABÓLICA EM PACIENTE COM DPOC EM USO DE BETA 2 AGONISTA DE CURTA DURAÇÃO

FLAVIA PINTO DE ALMEIDA; JOSE ADRIANO MIRANDA BEM; KAMILA TICIANA DIAS FERREIRA; MARCELA AMORIM ALVES; CAROLINA DE FREITAS CAVALCANTE CARIBÉ; THIAGO COSTA NEVES DE MATOS.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; EXACERBAÇÃO; ACIDOSE

Introdução: Na literatura está bem estabelecido a associação de acidose metabólica devido a hiperlactatemia em pacientes com crise de asma em uso de beta 2 agonista de curta duração, no entanto não se tem descrito para pacientes com DPOC. Relato do caso Paciente 67 anos, masculino, ex-tabagista (CT**:** 106 maços-ano), evoluindo com dispneia aos mínimos esforços sem tratamento regular. Há 2 anos apresentou piora sintomática e em uso de beta 2 agonista de curta ação, cerca de 10 jatos, 4 vezes ao dia. Ao realizar TC6M, evoluiu com dispneia intensa, dessaturação e sibilância, após 23 segundos (12m). Encaminhado a emergência e realizado nebulização com fenoterol. Sem melhora clínica, gasometria com acidose metabólica e lactato de 10 mmol/L foi transferido a UTI, realizado ultrassonografia com veia cava colabada. Realizado expansão volêmica, VNI, salmeterol e fluticasona além de fenoterol. Exames admissionais sem alteração. Após expansão volêmica inicial, lactato apresentou queda para 4,0 e depois para 1,8. Paciente ainda dispneico e espástico foi otimizado nebulização e VNI, apresentando nova elevação do lactato para 6,4. Suspenso beta 2 agonistas de curta duração e iniciado tiotrópio. Paciente evoluiu então com normalização dos níveis de lactato. Após piora de dispneia foi realizada nebulização com fenoterol e colhido gasometria com lactato de 4,0. Foi então atribuída a hiperlactatemia ao uso de Beta 2 de curta ação e optado por manter paciente com corticoide e beta 2 de longa ação 3 vezes ao dia. **Discussão:** Um dos efeitos colaterais menos reconhecidos no tratamento com salbutamol é acidose metabólica devido ao desenvolvimento de acidose lática[1]. No entanto, é um evento reconhecido em pacientes adultos com asma aguda grave, particularmente em terapia intensiva, sendo uma prevalência de 16–40%[2]. A hiperlactatemia tem sido associada a hipoperfusão tecidual e hipóxia, mas outras etiologias foram descritas, como uso de agonistas B2 e fadiga muscular em pacientes com DPOC e asma[3]. Desenvolvimento de ácido láctico induz acidose e como consequência hiperventilação que deve ser reconhecida como mecanismo compensatório do pH e

não confundido como sinal de piora do quadro respiratório[1]. O rápido reconhecimento da acidose lática pelo uso de B2 agonistas é fator decisivo no prognóstico e tratamento desses pacientes[3]. **Referências:** Lt Col R. P. S. Tomar, Col R Vasudevan. Metabolic acidosis due to inhaled salbutamol toxicity**:** A hazardous side effect complicating management of suspected cases of acute severe asthma Medical Journal Armed forces India 68 (2012) 242 e 244 G J Rodrigo, C Rodrigo. Elevated plasma lactate level associated with high dose inhaled albuterol therapy in acute severe asthma. Emerg Med J 2005;22: 404–408 Aponte J, Forero Y, Diaz M, Estupiñan M, Martin D, Zapata M, Ospina MT, Sanchez A, Cano N, Chaparro. Muscle fatigue secondary to hyperlactatemia and B2 agonists use in severe asthma crisis**:** Literature review and case report. AMJ 2018;11(12)**:** 549–555

PO391 DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: CORRELAÇÃO CLÍNICO-TERAPÊUTICA

LUCAS BEZERRA DE AGUIAR[1]; GIOVANA LINS BASTO[2]; BRUNA NUNES MENDES[3].
1. FAMENE, CATOLE DO ROCHA - PB - BRASIL; 2. FAMENE, RECIFE - PE - BRASIL; 3. FAMENE, MONTEIRO - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Deficiência de alfa 1-Antitripsina; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Pneumologia

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que inclui bronquite crônica e enfisema, é caracterizada por aprisionamento aéreo e resposta inflamatória crônica no pulmão. O fator de risco melhor documentado é a deficiência acentuada de alfa-1-antitripsina (AAT), cuja origem é genética, autossômica recessiva no locus de inibidores de protease (Pi) no braço curto do cromossoma 14. O alelo de deficiência mais comum é o denominado PiZ, a maioria dos portadores grave têm fenótipo PiZZ. Trata-se de um traço recessivo raro, caracterizado pelo desenvolvimento precoce de enfisema panlobular, presente em não fumantes, porém, mais comum em tabagistas. **Objetivo:** Correlacionar os aspectos clínicos da DPOC com a análise laboratorial dos níveis de AAT e a terapêutica repositiva. **Metodologia:** Revisão de literatura feita a partir das bases de dados PubMed e Scielo, as palavras-chave utilizadas foram "DPOC", "alpha-1 Antitrypsin deficiency", nas línguas portuguesa e inglesa, publicados a partir de 2008 até a pressente data, utilizando-se como critérios de inclusão a relevância e a especificidade referente à temática. **Resultado:** A proteína AAT, dosada por nefelometria, é responsável por neutralizar a enzima elastase neutrofílica que degenera o tecido conjuntivo pulmonar. Estudos mostraram que o gênero não é um fator relevante para a expressão do gene que codifica a proteína, sendo os níveis séricos semelhantes em ambos os sexos, além disso, idade e IMC também não configuram parâmetros com influência significante. Segundo Barrecheguren et al, os pacientes que estavam expostos ao tabaco foram mais afetados do que os que não estavam, sendo o nível sérico de AAT cerca de 150,9±34,2. A quantificação do complexo elastase-AAT é importante para a definção do prognóstico do paciente segundo Nuijens et al. O tratamento específico atualmente disponível para a doença pulmonar secundária à deficiência de AAT consiste em infusão intravenosa periódica de concentrados da proteína purificada a partir de plasma humano, tal reposição visa elevar os níveis séricos de AAT e, assim, reconstituir a defesa pulmonar contra a elastólise tecidual. Conforme Sclar et al, essa terapia aumenta o tempo de vida dos pacientes, tendo eficácia doses semanais de 60 mg/dL ou mais, pois supera o limimar protetor de 50 mg/dL por nefelometria (nível-alvo para a proteção efetiva do parêquima pulmonar). **Conclusão:** Até então, somente a eficácia bioquímica da terapêutica repositiva teve avaliação adequada, sendo ainda poucos os parâmetros clínicos em consenso entre os autores que são conclusivos para a correlação da dosagem de AAT e o quadro de DPOC.

PO392 MORTALIDADE GERAL POR DPOC NO ESTADO DA BAHIA DE 2007 A 2017

BEATRIZ ALVES PEREIRA NASCIMENTO[1]; GUILHARDO FONTES RIBEIRO[2]; HANNA MINA DOS SANTOS CORRÊA[2]; LARISSA MOREIRA SANTANA[1]; BENTO DE OLIVEIRA MOTA JÚNIOR[1].
1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Mortalidade; Bahia

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo devido a anormalidades brônquicas e alveolares, de acordo com a predisposição genética e seus diversificados fenótipos, causadas pela exposição a gases e partículas nocivas à mucosa das vias respiratórias. É importante causa de mortalidade no Brasil, representando a terceira causa de morte entre as doenças crônicas não transmissíveis e sua prevalência varia de acordo com a região e índice de tabagismo. **Objetivos:** Analisar a taxa de mortalidade geral por DPOC entre 2007 e 2017 no Estado da Bahia. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo histórico realizado entre os anos de 2007 a 2017, com dados obtidos em banco de dados DATASUS, pela plataforma TABNET em Estatísticas Vitais com uma busca por Mortalidade Geral no Estado da Bahia pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, CID-10 J44. **Resultados:** A partir dos resultados encontrados, constatou-se aumento significativo da mortalidade por DPOC entre os anos de 2007 e 2017, variando de 1. 084 em 2007 até 1. 810 em 2017, o que representa um aumento de 66,97% da mortalidade em 10 anos e uma média de variação percentual de 6,801% a cada ano. Os maiores aumentos ocorreram nos anos 2009 e 2017 com percentuais de 13,7% e 14,2% respectivamente. Notou-se também que houve queda na taxa de mortalidade nos anos 2008 e 2016 cuja queda representou 5,3% e 1,86% respectivamente. **Conclusão:** Notou-se que a mortalidade por DPOC apresentou um aumento significativo ao longo desses 10 anos. Ademais, o percentual de aumento por ano apresenta certa variação, porém com tendência crescente. Tais achados podem apontar para a qualidade de subnotificação da doença, o tratamento inadequado e a dificuldade em eliminar os fatores de risco associados a doença, tais como exposição ao tabaco que embora em regressão, foi amplamente compensado pelo aumento de outros gases tóxicos, sendo um deles o produto da combustão em fogões à lenha comum na região. Tais questões somadas à epidemiologia do tabagismo que está associada à DPOC contribuem para os achados desses dados. **Referências:** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019; PINTO, Charleston Ribeiro et al. Gerenciamento da DPOC no Sistema Único de Saúde do estado da Bahia: uma análise do padrão de utilização de medicamentos na vida real. J. bras. pneumol. São Paulo,v. 45, n. 1, e20170194, 2019. Disponível em <http: //www. scielo. br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132019000100200&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jun. 2019. Epub 11-Fev-2019. http: //dx. doi. org/10. 1590/1806-3713/e20170194. ; TEIXEIRA, Paulo José Zimermann et al. DPOC: quanto mais tratar, melhor vai respirar. Será? J. bras. Pneumol. 2019. Disponível em

<http: //www. jornaldepneumologia. com. br/imagebank/pdf/completo_v45n1_PT. pdf>. Acesso em 17 Jun. 2019. Epub 11-Fev-2019. DOI: http: //dx. doi. org/10. 1590/1806-3713/e20190037.

PO393 TRATAMENTO DE REPOSIÇÃO DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E BRONQUIECTASIAS: RELATO DE CASO

AMANDA MELO SOARES EDUARDO PEREIRA; ANDREZZA ARAÚJO DE OLIVEIRA DUARTE.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Alfa-1 antitripsina; DPOC; Bronquiectasias

Introdução: A alfa-1 antitripsina (AAT) é uma glicoproteína produzida principalmente no fígado, que atua inativando a elastase neutrofílica. A deficiência de AAT (DAAT) ocorre quando a concentração sérica está inferior a 35% do valor médio esperado ou 50 mg/dl (determinado por nefelometria), sendo uma das causas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e bronquiectasias. Atualmente nesses casos, há reposição intravenosa de AAT, a fim de reestabelecer a defesa pulmonar contra a elastólise tecidual e a evolução obstrutiva ao normalizar os níveis séricos de AAT. **Relato de Caso:** Paciente sexo masculino, 56 anos, apresentava quadro de tosse produtiva e dispnéia mMRC 2 há 1 ano. Negava tabagismo. Tomografia de tórax mostrava bronquiectasias cilíndricas, envolvendo ambos os campos pulmonares, predominando nos lobos inferiores, sinais de impactação mucoide e árvore em brotamento notadamente na língula. Trazia resultado de biopsia cirúrgica mostrando enfisema pulmonar, fibrose intersticial, discreta congestão vascular e ausência de malignidade. Estava em tratamento empírico para micobacteriose atípica. Espirometria solicitada mostrou distúrbio inespecífico moderado sem resposta ao broncodilatador (bd) com CVF 2,43l (52%); VEF1 1,75l (47%). Gasometria arterial PO_2 66 mmHg, PCO_2 38 mmHg e SaO_2 92%. 6 baciloscopias negativas. FAN negativo. IgE específica e reação intradérmica para aspergilus fulmigatus deram negativas. Por fim, a dosagem de AAT em dois laboratórios diferentes de 18mg/dl e 30mg/dl e o exame genético foi compatível com os alelos ZZ. Foi introduzido olodaterol e reposição de AAT com 10 ampolas a cada 15 dias, calculado pelo peso paciente. Após seguimento de 3 anos fazendo reposição de AAT, paciente apresentou melhora da dispnéia agora mMRC 1, diminuição da tosse, melhora da saturação em ar ambiente, SPO_2 95% e melhora significativa dos valores espirométricos agora distúrbio ventilatório misto moderado, sem variação significativa de VEF1 e CVF após bd, com CVF 2,93l (63%) e VEF1 1,54l (42%). **Discussão:** A DAAT é um distúrbio genético autossômico co-dominante mutagênico. Mutação no alelo Z gera polimerização e acúmulo dentro dos hepatócitos de AAT, reduzindo o nível sérico. As proteases não inibidas lesam o epitélio brônquico, podendo ocasionar metaplasia secretora e hipersecreção. Além da dosagem de AAT, para melhor investigação, deve- se solicitar fenotipagem e genotipagem. Em população brasileira, estima-se que a prevalência da DAAT seja de 2,8% e a do genótipo PI*ZZ (mais grave), de 0,8%. O tratamento deve ser composto pela combinação entre o tratamento farmacológico, não farmacológico e administração de infusões periódicas de AAT. Atenta-se no caso relatado que apesar dos conflitantes dados da literatura em relação à resposta da infusão de ATT, houve melhora clínica e espirométrica, bem como solicitar dosagem da enzima em pacientes com bronquiectasias de causa desconhecida e DPOC sem história de tabagismo.

PO394 AVALIAÇÃO DO EFEITO DA ACUPUNTURA EM PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA- DPOC

ERONILDO DE ALMEIDA ANDRADE[1]; MARIA CAROLINA VASCONCELOS DOS SANTOS[2]; WILGNER ANTONIO DE MELO SILVA[3]; VIVIA DA CONCEIÇÃO SILVA[3].
1. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE- SES -IMIP, ESCADA - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE - PE - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE SÃO MIGUEL, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; ACUPUNTURA; ESPIROMETRIA

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela obstrução do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. Além comprometer os pulmões, a DPOC também produz consequências sistêmicas significativas. É considerada um importante problema de saúde pública no mundo, tendo em vista que no Brasil, a mortalidade em decorrência da doença tem aumentado nos últimos 20 anos (PÊSSOA & PÊSSOA, 2009). A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2024) recomenda que os pacientes com suspeita de DPOC sejam submetidos à espirometria para avaliar a capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório final (VEF1), e a relação VEF1/CVF. A medicina tradicional chinesa enfatiza que os fenômenos precursores das alterações funcionais e orgânicas provocam o aparecimento de sinais e sintomas e alterações que são revelados em exames complementares e laboratoriais. A causa seria provocada pelo equilíbrio da energia interna, pela alimentação, emoções e fadigas (GOLD, 2006). O presente estudo teve como objetivo: avaliar a eficácia da acupuntura auricular e sistêmica na melhora do padrão respiratório nos portadores de DPOC. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso clínico múltiplo, que utilizou a abordagem quantitativa. Realizada no ambulatório de pneumologia do Hospital Otávio de Freitas- Recife-PE. A amostra foi do tipo intencional composta por 5 pacientes portadores de DPOC, inscritos no programa de reabilitação pulmonar. Os indivíduos se submeteram a uma sessão semanal de acupuntura auricular e sistêmica durante 6 semanas. **Resultados:** Apesar de não apresentar bons resultados quanto à relação VEF1/CVF%, a qual é utilizada para classificar a gravidade da DPOC, no contexto geral, após a aplicação do tratamento, os pacientes que utilizaram acupuntura tiveram respostas significativas, como a diminuição da sintomatologia, avaliada pelo CCQ e redução da dispneia (MRC), os pacientes 2, 4 e 5 apresentavam os sintomas mais graves da doença, implicando em limitações, após a utilização da prática chinesa, mostraram melhora importante, o que significa diminuição do impacto da patologia sobre as atividades de vida diária (AVD). No teste da caminhada, após a aplicação da acupuntura, os sujeitos 2, 3 e 4 apresentaram um melhor resultado, no teste de caminhada, percorrendo uma maior distância que não conseguiam antes do tratamento. **Conclusão:** Deste modo, apesar deste estudo não apresentar bons resultados no que se refere aos indicadores de função pulmonar/espirometria, os benefícios alcançados foram importantes para a qualidade de vida dos pacientes, a melhora nos seus quadros clínicos. Mesmo sendo um estudo de abordagem quantitativa, houveram relatos de pacientes que conseguiram executar tarefas no seu cotidiano que há anos não conseguiam, o que sugere que novo estudos devem ser feitos a fim de evidenciar a importância dessa prática nos pacientes portadores de DPOC.

PO395 RELAÇÃO ENTRE O HIV E O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

FERNANDO DE PAIVA MELO NETO[1]; ARTÊMIO JOSÉ ARARUNA DIAS[2]; ANA GABRIELA GOMES MIRANDA LINHARES[3]; JÚLIA ELIZABETH NAGRAD DE FARIAS ALBUQUERQUE[1]; MARIANA VIEIRA FALCÃO[1]; MARCELA SANTOS DE SOUZA[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACISA - CENTRO UNIVERSITÁRIO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCMPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; SIDA; HIV

Introdução: A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)cursa com imunossupressão as custas da diminuição do número de linfócitos TCD4, o que leva a uma maior susceptibilidade a doenças infecciosas. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma patologia prevenível e tratável caracterizada por obstrução crônica do fluxo aéreo que não é totalmente reversível, geralmente progressiva e associada a resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo. Diante disso, acredita-se que os pacientes portadores de HIV apresentem mais complicações infecciosas além de progressão mais rápida da doença devido a alteração na resposta imune. **Relato de Caso:** Paciente J. M. S. F., sexo masculino, branco, aposentado, solteiro, 57 anos, ensino médio incompleto, natural de Itambé/PE e procedente de Alhandra/PB. Nega alergias e etilismo, tabagista pesado com carga tabágica de 34 maços-ano, abstêmio desde 2016. Em 2008 iniciou quadro de tosse e dispneia, inicialmente aos grandes esforços; em 2010 realizou espirometria e raio X de tórax, tendo então diagnóstico de DPOC. Um ano após, em 2011, teve o diagnóstico de HIV em exame de rotina. Em 13/11/2016 apresentou seu primeiro quadro de exacerbação, sendo internado em hospital de referência em João Pessoa/PB. Em 22/11/2017, ocorreram novas complicações pelo DPOC, sendo internado mais uma vez no mesmo hospital. Em 07/06/2018 teve novo episódio infeccioso, estando internado desde então, onde já teve 7 intercorrências infecciosas, além de dispneia aos mínimos esforços o levando a depender de oxigenioterapia. **Discussão:** O caso em questão mostra uma evolução rápida da DPOC além de múltiplas complicações infecciosas em paciente portador de HIV. 40 a 70% dos portadores de HIV são tabagistas, tem infecções recorrentes e baixo nível socioeconômico, o que aumenta o risco de desenvolverem DPOC. Os linfócitos T CD8 tem papel crítico no desenvolvimento da DPOC, e a infecção pelo HIV pode resultar em intensa infiltração destas células no pulmão, levando a secreção de interferon-gama (IFN-γ); a superexpressão desta citocina parece causar enfisema em modelos animais. Além disso, episódios de pneumonia clínica ou colonização por organismos respiratórios podem contribuir para a obstrução das vias aéreas, sendo de particular relevância em pessoas imunodeprimidas. Colonização com *Pneumocystis jirovecii*está associada à presença e gravidade da DPOC em pacientes HIV-negativos devido a um remodelamento tecidual e é encontrado com maior frequência em tabagistas portadores de HIV sem pneumocistose em atividade. Outro fator importante é a redução dos linfócitos CD_4, fundamentais na regulação das respostas imunológicas. Diante do exposto, mais trabalhos são necessários para elucidar quais desses processos desempenham um papel causal, isoladamente ou em conjunto com o tabagismo ou outros fatores de risco, na patogênese da DPOC em pessoas HIV-positivas.

PO396 RELAÇÃO E PREVALENCIA DA SARCOPENIA NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ANA CAROLINE LEMOS DA SILVA AGUIAR BARRETO[1]; ANA CLARA LEMOS DA SILVA AGUIAR BARRETO[2]; ANA LUÍSA MALTA DÓRIA[1]; RENALY NORONHA LINS[1]; LUIZA WANDERLEY PERSIANO LOPES[3]; JULIA MARIA GOMES DE MENDONÇA[4].
1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE CIENCIAS MEDICAS, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. UNIPE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. CESMAC, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: sarcopenia; Doença pulmonar obstrutiva cronica; prognostico

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença relacionada com a limitação da saída de fluxo aéreo de forma irreversível, com a presença de enfisema e/ou bronquite crônica, ligada principalmente ao tabagismo. Sua manifestação inflamatória tem um perfil sistêmico, associada a manifestações extrapulmonares, e afeta diretamente o sistema musculoesquelético. Por conta disso, causa atrofia muscular de membros periféricos, osteoporose, caquexia, anemia, depleção muscular e perda da capacidade funcional, resultando na presença de sarcopenia. Assim, ela se torna um achado clinico importante em pacientes com DPOC, associada a incapacidade física, aumento do risco de quedas, redução da qualidade de vida e comorbidades respiratórias e cardíacas. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura, no qual realizou-se uma busca na base de dados Scielo e PubMed, entre os anos de 2015 e 2018. Adotou-se como critérios de inclusão os artigos que abordavam a questão e escritos em língua inglesa e/ou espanhola e/ou portuguesa; e como critérios de exclusão, trabalhos de conclusão de curso e artigos repetidos entre as bases. **Objetivo:** O presente estudo visa avaliar e enfatizar a importância da correlação entre pacientes portadores de DPOC e sarcopenia, para assim determinar sua influência na saúde e qualidade de vida dos mesmos. **Resultados:** A perda de massa óssea e força na musculatura esquelética em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, detém-se não somente da prevalência de um grau de obstrução mais grave, como também menor índice de desenvolvimento de massa corpórea, menor percentual de gordura corporal total e massa magra. Gerando assim, um quadro de pior prognóstico, maior índice de exacerbação aguda e mortalidade. No presente estudo, não foi observado associação entre carga tabágica e sarcopenia. Uma possível explicação para esse estado inflamatório e persistente, o qual está envolvido na fisiopatologia da sarcopenia, independente da idade do paciente, são os altos níveis de TNF-alfa e alterações hormonais. O comprometimento evidenciado em pacientes com sarcopenia também pode associar- se a avaliação do índice de BODE, como um fator prognóstico, levando em consideração a capacidade de exercício, que pode afetar a massa magra. Além disso, a sarcopenia mostrou estar associada com a piora da função pulmonar principalmente em pacientes com DPOC do sexo masculino. **Conclusão:** Faz-se, portanto, necessário o diagnóstico precoce de sarcopenia, por meio da análise da composição corporal, e assim avaliar a implementação de intervenções voltadas à prevenção da deteriorização da massa magra corporal e melhora da qualidade de vida em pacientes com DPOC. Além disso, são importantes pesquisas futuras, implicando no comprometimento funcional desses pacientes.

PO397 DPOC, NÍVEIS NORMAIS DE α-1 ANTITRIPSINA E BAIXA CARGA TABÁGICA – RELATO DE CASO

ISABELA DE BORTOLI[1]; LÊDA MARIA RABELO[2]; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL[2]; MATHEUS FERNANDO RIETTER QUINTINO FERREIRA[2]; RAFAELA BELTE PORTIOLLI[2]; MARIA NATÁLIA MARQUES DOS SANTOS[2].
1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR, CURITIVA - PR - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; alfa-1 antitripsina; baixa carga tabágica

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ocorre geralmente devido a uma combinação entre alta carga tabágica ou deficiência de α-1 antitripsina. O uso do tabaco causa uma reação inflamatória, com liberação de moléculas como a elastase neutrofílica, a qual destrói o parênquima pulmonar. Normalmente, ela se encontra em equilíbrio com a α-1 antitripsina, que protege o pulmão da ação das elastases. Pacientes com níveis baixos dessa proteína ou com os alelos ZZ do gene SERPINA1 (que codifica a α-1 antitripsina) desenvolvem DPOC em idade jovem, mesmo nunca tendo fumado ou com baixa carga tabágica. Pacientes com os alelos M em homozigose ou heterozigose com o alelo S costumam não desenvolver DPOC. A deficiência da α-1 antitripsina normalmente causa um enfisema uniforme nos lóbulos pulmonares, com predomínio dos lobos inferiores. Neste texto, é descrito um caso de uma paciente jovem com níveis normais de α-1 antitripsina e baixa carga tabágica, porém com DPOC com características de deficiência da proteína em questão. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 42 anos. Encaminhada em setembro de 2016 ao ambulatório de Pneumologia para investigação de DPOC. Em primeira consulta, apresentava dispneia aos mínimos esforços com início de sintomas em 2014 e piora do quadro após seis meses. Iniciou tratamento com tiotrópio, bamifilina, associação de formoterol e beclometasona e uso de salbutamol nas crises. Foi submetida à espirometria, a qual evidenciou CVF de 73%, VEF1 de 26%, CVF/VEF1 de 27%. Cessou tabagismo em agosto de 2016, com carga tabágica de 12 anos/maço. Em agosto de 2017, retorna ao ambulatório relatando leve melhora, com dispneia aos médios esforços e duas exacerbações sem necessidade de internamento. Realizada tomografia computadorizada de tórax que demonstrou enfisema panlobular extenso em bases pulmonares. Foi submetida à nova espirometria com prova broncodilatadora positiva, CVF de 70%, VEF1 de 30% e CVF/VEF1 de 32%. No teste de caminhada, andou 53% do esperado (355 m) e apresentou redução na saturação de oxigênio (94% basal e 83% ao final do exame). A dosagem sérica de α-1 antitripsina foi de 130 mg/dL (valor de referência 89 – 205 mg/dL), e a genotipagem indicou presença dos alelos M e S no gene SERPINA1. **Discussão:** O caso chama atenção pois apesar de existirem pacientes com DPOC e níveis normais de α-1 antitripsina, estes costumam ter o alelo Z na genotipagem, o que não é o caso da paciente. A forma pulmonar da deficiência se manifesta principalmente em pacientes com os alelos ZS ou ZZ. Uma limitação na investigação foi a não realização do sequenciamento genético, para melhor verificação dos alelos e possíveis trocas de aminoácidos que não foram detectadas. Espera-se que com esse relato, novas abordagens diagnósticas à deficiência de α-1 antitripsina sejam elaboradas e os médicos estejam mais atentos à deficiência e à possibilidade de existir DPOC com baixa carga tabágica em pacientes com níveis normais da proteína.

PO398 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTUVA CRÔNICA NO ESTADO DA PARAÍBA

INGRYD GABRIELLA NASCIMENTO SANTOS[1]; ELIAURIA ROSA MARTINS[2]; IANE ALVES DE LEMOS[2]; FABÍOLA BARBOSA TRAVASSOS MACHADO[2]; LUANA THAINA ALBUQUERQUE BARRETO[2]; LUIZ DE ASSIS ALMEIDA NETO[2].
1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Prevalência; Tabagismo

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por limitação progressiva do fluxo aéreo e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos. A DPOC é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, impondo sobrecarga econômica sobre o indivíduo e o sistema de saúde. **Objetivos:** Analisar o Perfil Epidemiológico da DPOC no Estado da Paraíba entre 2008 e 2018. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, a partir da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Censos. Foi observado o perfil epidemiológico da DPOC no estado da Paraíba de 2008 a 2018, com enfoque na faixa etária de 0 a 80 e mais e prevalência entre os sexos, correlacionando os resultados obtidos com os dados encontrados em artigos. **Resultados:** A pesquisa em questão demonstrou que a prevalência da DPOC entre 2008 e 2015 foi maior em pessoas do sexo feminino. Assim, após esse intervalo, o panorama foi invertido nos anos de 2016 a 2018, sendo maior a prevalência da doença em homens, visto que é este perfil que reflete a realidade epidemiológica do Brasil além de possuírem maior taxa de mortalidade. O pico de maior prevalência dessa afecção foi no ano de 2008 (1260/100 mil habitantes) e o de menor foi no ano de 2018 (460/100 mil habitantes). No entanto, ao relacionar com a literatura, sabe-se que a DPOC é mais comum em homens, porém isso se deve provavelmente ao fato de a maioria dos fumantes serem homens, sendo o tabagismo ativo o principal causador associado. Ademais, para essa maior prevalência em mulheres no período supracitado, há uma sugestão de que estas podem ser mais suscetíveis aos efeitos da fumaça do cigarro ou até exposição a outros poluentes. Uma vez que não é incomum, principalmente no interior do estado, a exposição ao fogão de lenha. Já em relação à faixa etária, ao selecionar os grupos de 40 até 79 anos, o grupo de pessoas entre 70 e 79 anos foi constantemente prevalente quanto ao acometimento da doença durante este período e percebe-se uma progressiva redução da prevalência proporcional ao decréscimo da faixa etária. Isso ratifica o conceito de que a DPOC tem sua prevalência maior em idosos acima de 75 anos de idade, o que acarreta uma atenção maior visto que a população está em aumento do índice de envelhecimento e, consequentemente, dos efeitos deletérios a longo prazo desta doença. **Conclusões:** Observa-se a redução dos números de casos de DPOC, contudo as consequências dessa doença vêm à longo prazo, acarretando para esta população danos à saúde, impactando a qualidade de vida. Assim, necessita-se implementar estratégias, visando a cessação do uso tabaco, além de focar em campanhas informando os efeitos maléficos do tabaco. Ademais, em relação aos casos já diagnosticados, faz-se essencial estimular uma boa aderência terapêutica e orientar à aplicação das vacinas, prevenindo exacerbações e evitando o agravamento da afecção.

PO399 ACIDOSE METABÓLICA EM PACIENTE COM DPOC EM USO DE BETA 2 AGONISTA DE CURTA DURAÇÃO

FLAVIA PINTO DE ALMEIDA; JOSE ADRIANO MIRANDA BEM; KAMILA TICIANA DIAS FERREIRA; MARCELA AMORIM ALVES;

CAROLINA DE FREITAS CAVALCANTE CARIBÉ; THIAGO COSTA NEVES DE MATOS.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; EXACERBAÇÃO; ACIDOSE

Introdução: Na literatura está bem estabelecido a associação de acidose metabólica devido a hiperlactatemia em pacientes com crise de asma em uso de beta 2 agonista de curta duração, no entanto não se tem descrito para pacientes com DPOC. Relato do caso Paciente 67 anos, masculino, ex-tabagista (CT**:** 106 maços-ano), evoluindo com dispneia aos mínimos esforços sem tratamento regular. Há 2 anos apresentou piora sintomática e em uso de beta 2 agonista de curta ação, cerca de 10 jatos, 4 vezes ao dia. Ao realizar TC6M, evoluiu com dispneia intensa, dessaturação e sibilância, após 23 segundos (12m). Encaminhado a emergência e realizado nebulização com fenoterol. Sem melhora clínica, gasometria com acidose metabólica e lactato de 10 mmol/L foi transferido a UTI, realizado ultrassonografia com veia cava colabada. Realizado expansão volêmica, VNI, salmeterol e fluticasona além de fenoterol. Exames admissionais sem alteração. Após expansão volêmica inicial, lactato apresentou queda para 4,0 e depois para 1,8. Paciente ainda dispneico e espástico foi otimizado nebulização e VNI, apresentando nova elevação do lactato para 6,4. Suspenso beta 2 agonistas de curta duração e iniciado tiotrópio. Paciente evoluiu então com normalização dos níveis de lactato. Após piora de dispneia foi realizada nebulização com fenoterol e colhido gasometria com lactato de 4,0. Foi então atribuída a hiperlactatemia ao uso de Beta 2 de curta ação e optado por manter paciente com corticoide e beta 2 de longa ação 3 vezes ao dia. **Discussão:** Um dos efeitos colaterais menos reconhecidos no tratamento com salbutamol é acidose metabólica devido ao desenvolvimento de acidose lática[1]. No entanto, é um evento reconhecido em pacientes adultos com asma aguda grave, particularmente em terapia intensiva, sendo uma prevalência de 16–40%[2]. A hiperlactatemia tem sido associada a hipoperfusão tecidual e hipóxia, mas outras etiologias foram descritas, como uso de agonistas B2 e fadiga muscular em pacientes com DPOC e asma[3]. Desenvolvimento de ácido láctico induz acidose e como consequência hiperventilação que deve ser reconhecida como mecanismo compensatório do pH e não confundido como sinal de piora do quadro respiratório[1]. O rápido reconhecimento da acidose lática pelo uso de B2 agonistas é fator decisivo no prognóstico e tratamento desses pacientes [3]. **Referências:** Lt Col R. P. S. Tomar, Col R Vasudevan. Metabolic acidosis due to inhaled salbutamol toxicity**:** A hazardous side effect complicating management of suspected cases of acute severe asthma Medical Journal Armed forces India 68 (2012) 242 e 244 G J Rodrigo, C Rodrigo. Elevated plasma lactate level associated with high dose inhaled albuterol therapy in acute severe asthma. Emerg Med J 2005;22: 404–408 Aponte J, Forero Y, Diaz M, Estupiñan M, Martin D, Zapata M, Ospina MT, Sanchez A, Cano N, Chaparro. Muscle fatigue secondary to hyperlactatemia and B2 agonists use in severe asthma crisis**:** Literature review and case report. AMJ 2018;11(12)**:** 549–555

PO400 DEFICIÊNCIA DE ALFA-1-ANTITRIPSINA NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM USO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR: UM RELATO DE CASO

NILTON GONÇALVES DOS SANTOS JUNIOR[1]; JULIANA GAMA PEINADO IOTTI RODRIGUES DE OLIVEIRA[1]; ANA CAROLINA MACEDO URQUIZA[2]; RAFAELLA POIANO[1]; VINICIUS DE LIMA BENEDITO[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO APULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; deficiência alfa 1 anti-tripsina; oxigenioterapia

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) por deficiência de alfa-1-antitripsina (alfa1AT) é uma condição clínica rara, em que apenas 1-2% desses pacientes apresentarão a forma grave dessa deficiência enzimática, manifestando de forma precoce sinais e sintomas característicos, tais como dispneia importante e limitação aos esforços. A alfa1AT promove a neutralização da elastase neutrofílica, o que impede a ocorrência de lesões teciduais a nível de parênquima pulmonar. Assim, há perda de atividade antiinflamatória e anti-proteolítica. **Relato de Caso:** Paciente de 63 anos, masculino, diagnóstico de DPOC por deficiência de alfa1AT em 2006, em oxigenioterapia desde 2009. Em 2016, deu entrada no ambulatório do Centro Universitário São Camilo (Promove), em reposição de alfa1AT uma vez na semana e referindo dispneia aos moderados esforços quando em uso de oxigênio e dispneia aos mínimos esforços na ausência de oxigênio. Ao exame físico, apresentava tórax em tonel, murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo e em base direita, cianose periférica e saturação de O2 em 90%. Nesse período de tratamento, o paciente realizava reposição de alfa1AT, agonistas adrenérgicos de curta duração, broncodilatadores de longa duração e corticoides inalatórios para manejo da DPOC. Em 2018, cessou a reposição de alfa1AT por conta própria, e em um período de 4 meses, apresentou 3 exacerbações com Hospitalização e piora progressiva da dispneia. Tem como doenças associadas, IC secundária à hipertensão pulmonar e depressão. Refere importante exposição ocupacional, nega tabagismo. Possui história familiar relacionada a deficiência de alfa1AT, com irmã e duas filhas com tal diagnóstico. Segue, até o momento, com quadro clínico estável, sem exacerbações há pelo menos 6 meses, mas com uso irregular das medicações prescritas. **Discussão:** O relato de caso aqui descrito é relevante por se tratar de uma doença rara e subdiagnosticada. Além disso, o paciente apresenta comorbidades e má adesão medicamentosa com repercussões ao longo dos anos. Ao longo do período foi adicionado a oxigenioterapia que é uma intervenção terapêutica eficaz para reduzir as taxas de mortalidade neste caso. O paciente se beneficia da terapia devido à baixa saturação e ao quadro de cor pulmonale. Ressalta-se ainda, o diagnóstico de deficiência de alfa1AT e desenvolvimento da doença DPOC em um paciente com idade mais avançada. **Referências:** LOSCALZO, Joseph (Org.). Medicina Interna de Harrison. 2. ed. Porto Alegre: Amgh Editora, 2014. 439 p. Disponível em: <https: //integrada. minhabiblioteca. com. br/#/books/9788580553666/cfi/0!/4/2@100: 0. 00>. Acesso em**:** 22 maio 2019. GODOY, Irma. Diagnóstico de deficiência de alfa-1-antitripsina**:** traz benefícios para a prevenção ou evolução do paciente com DPOC? Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo, p. 307-308. Não é um mês valido! 2016. Disponível em**:** <http: //www. scielo. br/pdf/jbpneu/v42n5/pt_1806-3713-jbpneu-42-05-00307. pdf>. Acesso em**:** 21 maio 2019.

PO401 SÍNDROME DE GUILLAIN–BARRÉ E DPOC: RELATO DE CASO

NILTON GONÇALVES DOS SANTOS JUNIOR[1]; GIOVANA CÁSSIA DE FIGUEIREDO LEITE[1]; PIETRA DE CARVALHO VIEIRA D'ALMEIDA[2]; MARIANA BARBOSA SILVEIRA[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO

APULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: síndrome Guillain-Barré; DPOC; recuperação

ntrodução**:** A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma Polirradiculoneuropatia Inflamatória Desmielinizante Aguda que ocorre após um quadro infeccioso, cirurgia ou vacinação. Acomete primordialmente a mielina da porção proximal dos nervos periféricos de forma aguda/subaguda e é a maior causa de paralisia flácida generalizada no mundo. O diagnóstico é predominantemente clínico. Apenas 15% dos pacientes ficarão sem nenhum déficit residual após dois anos do início da doença, e 5-10% permanecerão com sintomas motores ou sensitivos incapacitantes. A mortalidade é de aproximadamente 5% a 7%. Pacientes com DPOC apresentam menor força e endurance dos MMSS e MMII, relacionadas com a diminuição da massa muscular e da capacidade aeróbia que podem ser responsáveis pela fadiga muscular precoce nesses pacientes. **Relato de Caso:** H. B., 66 anos, sexo masculino, aposentado (gerente de transportadora), natural e residente de São Paulo, ensino superior incompleto. Ex-tabagista 40 anos-maço (cessou há 9 anos), diagnosticado com DPOC em 2009. Em outubro de 2015 tomou vacinas para gripe e tétano. Em janeiro de 2016, após quadro de diarréia, apresentou parestesia simétrica de MMII, bilateral, do hálux até tornozelo. Em abril de 2016 não conseguia levantar os braços e pernas e apresentava odinofagia e paralisia facial direita. Encaminhado à neurologia, sendo estabelecido o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré. Evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Tratado com imunoglobulina e, após 40 dias de internação na UTI, evoluiu com restauração dos movimentos dos membros superiores e inferiores, respiração e face, até deambular no momento da alta. Atualmente com motricidade voluntária normal e força preservada, com alterações no equilíbrio e marcha necessitando de apoio, sem necessidade de oxigênio domiciliar. **Discussão:** Relata-se caso de paciente portador de DPOC, enfermidade incapacitante, com acometimento pulmonar e muscular, culminando na da função respiratória. Após 7 anos de tal diagnóstico apresentou síndrome de Guillain Barré, sendo uma neuropatia periférica progressiva autoimune. Trata-se de duas condições clínicas de grande morbidade e acometimento muscular importante, o que tornaria muito difícil uma boa evolução clínica como a observada neste caso. A recuperação neuromuscular no caso tem um caráter excepcional, reforçando o interesse de seu relato. MIRANDA, Eduardo Foschini; MALAGUTI, Carla; CORSO, Simone dal. Disfunção muscular periférica em DPOC: membros inferiores versus membros superiores. 2011. Disponível em**:** <http: //www. jornaldepneumologia. com. br/detalhe_artigo. asp?id=799>. Acesso em**:** 25 maio 2019. BRASIL. Alberto Beltrame. Secretaria de Atenção à Saúde (Ed.). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Síndrome de Guillain-Barré. 2015. Disponível em**:** <http: //portalarquivos2. saude. gov. br/images/pdf/2015/dezembro/04/PT-SAS-N-1-171-Guilain-Barr-ATUALIZADO-19-11-2015. pdf>. Acesso em**:** 25 maio 2019.

PO402 EXACERBAÇÃO DE DPOC O PARALISIA DIAFRAGMÁTICA?

PAULA ELISABETE FERREIRA DA ROCHA; SARAH CAETANO VIEIRA; AMANDA CACAES MODESTO ACCIOLY; DANIEL PIRES PESSOA; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Paralisia diafragmática; DPOC; dispneia

Introdução: A disfunção do diafragma varia de uma perda parcial da capacidade de gerar pressão (fraqueza) a uma perda completa da função diafragmática (paralisia). A paralisia diafragmática pode envolver um ou ambos os hemidiafragmas e pode ser observada no contexto de distúrbios metabólicos ou inflamatórios, após trauma ou cirurgia, durante ventilação mecânica, por massas mediastinais compressivas, miopatias, neuropatias ou doenças que causem hiperinsuflação pulmonar. A disfunção diafragmática está associada à presença de sintomas respiratórios, principalmente dispneia, intolerância ao exercício, distúrbios do sono, hipersonia e, nos casos mais graves, impacto negativo na sobrevida**. Relato de Caso:** Paciente, sexo masculino, 50 anos, admitido na UPA do bairro dos Bancários/João Pessoa, em 27/01/2019, com dispneia, cianose e sintomas gripais (tosse, febre e rinorréia aquosa). Apresenta antecedentes de tabagismo e cirurgia de revascularização miocárdica. Recebeu diagnóstico inicial de DPOC tabágica, em uso de broncodilatadores inalatórios, sem melhora. À Radiografia do tórax, evidenciou elevação da hemicúpula diafragmática esquerda, com redução do volume pulmonar ipsilateral. O paciente foi transferido para o HULW. À admissão, SpO2 84% em ar ambiente, dispnéia aos mínimos esforços, murmúrio vesicular abolido na base do hemitórax esquerdo. Rx e TC confirmaram paralisia diafragmática à esquerda. A espirometria evidenciou CVF de 0,7 L (18%), com VEF1/CVF de 0,8L (98%). O paciente foi submetido à antibioticoterapia, oxigênio inalatório e ventilação não invasiva, com evolução favorável e alta precoce**. Discussão:** No caso de pacientes com paralisia diafragmática unilateral, o quadro geralmente é assintomático, porém, quando sintomático, os eventos respiratórios geralmente incluem hipopneias centrais durante o sono REM, esses, muitas vezes coincidem com momentos repetidos de dessaturação. Obesidade, astenia de outros grupos musculares ou doença cardíaca e pulmonar subjacentes podem piorar a dispneia. O diagnóstico é baseado em exames de imagem (estáticos e dinâmicos), incluindo radiografia do tórax, fluoroscopia, ultrassonografia de tórax e espirometria. O padrão de tratamento para pacientes com disfunção diafragmática (uni ou bilateral) e distúrbios respiratórios do sono é a pressão positiva contínua nas vias aéreas ou a ventilação mecânica não invasiva, porém a sua eleição depende da etiologia do quadro e sintomatologia do paciente. Os fatores associados devem ser tratados, incluindo obesidade, doenças cardíacas, respiratórias, que podem influenciar e aumentar os sintomas de paralisia. A plicatura diafragmática é o principal tratamento de correção cirúrgica disponível para controlar a dispneia, é indicado para pacientes que não obtiveram êxito na melhora da disfunção diafragmática após um período de observação de 6 a 12 meses. Porém existem outras modalidades de tratamento, como**:** reparo do nervo frênico, marcapasso diafragmático e suporte ventilatório.

PO403 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA FIBROSANTE: PESQUISA DE EXPOSIÇÃO AMBIENTAL COM REGISTROS FOTOGRÁFICOS

MILENA LACERDA VIRGOLINO[1]; JONATAS CARLOS DE LIMA RIBEIRO[1]; MAXWELL DE MORAIS SILVA[1]; EDIVALDO JOSÉ TRINDADE MEDEIROS DA SILVA[2]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].

1. ALUNO UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UFPB/HULW, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: pneumonia de hipersensibilidade crônica fibrosante; exposição ambiental; doença pulmonar intersticial

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é um distúrbio inflamatório dos pulmões relacionado à exposição a antígenos orgânicos como fungos, bactérias e proteínas animais. O contato contínuo e prolongado pode causar doença crônica, a qual pode evoluir para fibrose pulmonar terminal. **Relato de Caso:** Paciente de 55 anos admitida no HULW em 08/12/2018, proveniente do Hospital Municipal Santa Isabel para continuar investigação de doença intersticial avançada. Apresentava tosse seca e dispneia progressiva há um ano. Tabagista passiva por 20 anos; uso de fogão à lenha no passado. Interrogada, a paciente e seus familiares relataram intensa exposição domiciliar ao mofo, a qual foi confirmada por imagens fotográficas do domicílio (quarto), enviadas por familiares. Ao exame físico**:** mal estado geral, taquipneica, cianótica em ar ambiente, com estertores creptantes difusos na ausculta. SpO2 93% com oxigênio suplementar a 50% por máscara de venturi. Na gasometria SaO2 de 68,1% em ar ambiente. Radiografia de tórax**:** campos pulmonares diminuídos e opacidades intersticiais reticulares. TCAR: áreas de faveolamento de distribuição segmentar e espessamento intersticial peribrônquico. A paciente não conseguiu realizar as manobras espirométricas. Investigação sorológica para colagenoses negativa. Não foi realizado estudo histopatológico, dado o risco inaceitável dos procedimentos invasivos em vista da gravidade da paciente. Com base na apresentação clínica, exposição crônica e intensa ao mofo e apresentação tomográfica sugestiva, foi definido o diagnóstico de pneumonia por hipersensibilidade crônica fibrosante. Foi iniciado tratamento com prednisona (40mg/dia), em uso de cateter nasal (3l/min), obtendo-se melhora clínica progressiva. Gasometria realizada antes da alta evidenciou SaO2 de 84,6% em ar ambiente. A exposição ambiental foi resolvida ainda durante a internação**:** o domicílio da paciente mudou para a residência do filho, livre de mofo visível. Recebeu alta mantendo oxigenoterapia domiciliar com cateter nasal (2l/min), em uso de prednisona e acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A paciente apresentava achados tomográficos compatíveis com PH. Considerando a apresentação clínica da paciente, a inviabilidade de se fazer exames invasivos e a exclusão de colagenoses, a confirmação da exposição ambiental foi fundamental para o diagnóstico e definição de conduta terapêutica. A exposição diária e constante ao mofo das paredes, móveis e travesseiros da paciente foi documentada por seu filho. Esse caso ilustra a influência dos fatores socioeconômicos e a importância da exposição residencial e não apenas ocupacional no desenvolvimento da PH. A apresentação clínica insidiosa e inespecífica (característica da pneumonite crônica) retardou a procura por atendimento e o diagnóstico, de forma que a paciente já apresentava hipoxemia e achados tomográficos sugestivos de doença avançada, por ocasião da internação.

PO404 HISTIOCITOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS: RELATO DE CASO

GABRIELLY DE OLIVEIRA VIANA[1]; GABRIELA JANUÁRIO DE OLIVEIRA[1]; FELIPE REIS E SILVA DE QUEIROZ[2]; CAROLINE SANTOS DE ARAÚJO[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2]; KÉRCIA DANTAS SARAIVA[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HULW/UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Histiocitose de Células de Langerhans; Histiocitose X; Doença Intersticial Pulmonar

Introdução: A Histiocitose Pulmonar de Células de Langerhans (HPCL) é uma doença incomum, de etiologia desconhecida, caracterizada pela infiltração do pulmão por células de Langerhans ativadas. Trata-se de células diferenciadas do sistema dendrítico, da linhagem macrófago-monocitária, identificadas por imunohistoquímica ou pela presença dos grânulos de Birbeck à microscopia eletrônica. Inicialmente as lesões observadas na HPCL apresentam infiltrado celular intersticial composto de células de Langerhans, eosinófilos, linfócitos, células plasmáticas, macrófagos e fibroblastos. Esse infiltrado se amplia formando nódulos centrados nos bronquíolos terminais e respiratórios. A substituição por fibroblastos resulta em lesões estelares simétricas, aspecto histopatológico clássico da HPCL. O estágio final é caracterizado por cicatrizes fibróticas proeminentes, algumas das quais circundam espaços císticos de diâmetros variáveis. Pode haver comprometimento dos vasos pulmonares, resultando em hipertensão pulmonar. A Tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) revela nódulos e cistos em diversos estágios, sendo peculiar o achado de cistos irregulares. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, tabagista 25 maços/ano, com tosse não produtiva e dispneia progressiva há 2 anos, MRC 3. Ao exame físico**:** murmúrio vesicular difusamente reduzido, sem baqueteamento digital. Exames laboratoriais dentro da normalidade, FAN e Fator Reumatoide não reagentes. Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem variação ao broncodilatador. TCAR: nódulos e cistos irregulares, principalmente em ápices e campos médios, poupando seios costofrênicos. Optou-se por não realizar biópsia cirúrgica pelos riscos de complicações. Além de cessação do tabagismo, foi prescrita prednisona oral e formoterol/budesonida inalatórios. Após três meses, houve melhora dos sintomas de tosse e dispneia (MRC 1). **Discussão:** a HPCL afeta mais homens; mulheres tendem a apresentar a doença mais tardiamente. Acomete principalmente tabagistas entre 20 e 40 anos. Tosse não produtiva, dispnéia e dor torácica são os sintomas predominantes. A espirometria traz achados variáveis, mais frequentemente um componente obstrutivo ou misto, dependendo do estágio da doença. A confirmação do diagnóstico de HPCL é baseada na presença de lesões pulmonares características na TCAR, nos sinais e sintomas, nos achados citológicos do lavado brônquico e na biópsia pulmonar a céu aberto. A evolução da doença é bastante variável, com remissão espontânea, estabilização ou progressão. A terapêutica permanece incerta, mas há recomendação unânime de abstinência total ao fumo. Nos pacientes com doença avançada, a terapêutica recomendada é o transplante pulmonar. Pacientes com histiocitose pulmonar de células de Langerhans requerem acompanhamento clínico, radiológico e funcional à longo prazo e a manutenção da abstinência deve ser sempre encorajada, pois pode influir no prognóstico da doença.

PO405 EVOLUÇÃO FUNCIONAL NA DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL ASSOCIADA A ESCLEROSE SISTÊMICA

MILENA LACERDA VIRGOLINO[1]; JONATAS CARLOS DE LIMA RIBEIRO[2]; NATÁLIA MONTEIRO MARTINS[2]; THAÍS CAVALCANTI BORGES[2]; MICHELLE VIRGOLINO DE LACERDA[3]; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA[4].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. ALUNO UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. ALUNO FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. UFPB/HULW, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: fibrose pulmonar; esclerose sistêmica; função pulmonar

Introdução: Na esclerose sistêmica a sobrevida é determinada pela intensidade da doença visceral e o acometimento pulmonar é a principal causa de morte. Dois terços dos pacientes com esclerose sistêmica apresentam doença pulmonar, sendo a manifestação mais comum a

doença intersticial. A taxa de declínio da função pulmonar é relacionada a resposta ao tratamento e habitualmente determina a evolução do paciente. Ademais, a presença de fatores de risco também está relacionada com uma evolução desfavorável. **Relato de Caso:** Paciente de 60 anos, feminina, há mais de dez anos iniciou quadro de artralgia difusa e no decorrer do quadro passou a apresentar dispneia, disfagia, episódios de cianose, palidez e Fenômeno de Raynaud. Em 2014 houve piora da dispneia e da disfagia, a partir disso ela procurou atendimento, sendo feito o diagnóstico de esclerose sistêmica. Na ocasião apresentava CVF de 32%, VEF1 de 33% e relação VEF1/CVF de 104%, realizada tomografia de tórax evidenciando opacidades lineares de padrão septal associadas a faveolamento. Na ocasião foi prescrito ciclofosfamida e metotrexato. Paciente evoluiu com melhora da dispneia e a prova de função pulmonar mostrou uma CVF de 62%, VEF1 de 71% e relação VEF1/CVF de 116%. Suspendeu o tratamento por dois anos, procurando novamente serviço médico referindo dispneia. No exame físico estava eupneica, hidratada e normocorada, murmúrio vesicular com crepitação em bases, espessamento da pele, hipocratismo digital. Gasometria com pO2 de 75. 9. Foi realizado Ecocardiograma que não evidenciou hipertensão pulmonar. A espirometria realizada em novembro de 2018 mostrava uma CVF de 55% sendo optado por reintrodução da ciclofosfamida. **Discussão:** A extensão da doença na TCAR associada à função pulmonar são importantes para avaliação prognóstica da esclerose cujo tratamento é um grande desafio. Neste caso retratado, a evolução apresentada pela paciente divergiu do esperado, pois, mesmo apresentando todos os fatores de risco e tratamento suspenso por dois anos, a paciente permaneceu com função pulmonar estável.

PO406 ASBESTOSE: UM RELATO DE CASO

MARIANA PINHEIRO DE SOUSA; JÚLIA ANDRADE FARIAS; GABRIELLE LETÍCIA ALBUQUERQUE SILVA; LARA SILVEIRA BARBOSA DA GAMA; RENALY CARNEIRO BARBOSA DE ARAÚJO; GUILHERME FIGUEIREDO DA SILVA.
UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Asbestose; Relato de caso; Diagnóstico

Introdução: Asbestose refere-se à pneumoconiose causada pela inalação de fibras de amianto. A doença é identificada por fibrose pulmonar difusa, lentamente progressiva, caracterizada principalmente por placas de calcificação pleural ou espessamento pleural. Deste modo, o objetivo deste relato é mostrar o aspecto da repercussão da exposição ao asbesto, além de ressaltar a importância de uma boa anamnese para o diagnóstico e tratamento. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 67 anos, carpinteiro aposentado, procura o ambulatório com tosse seca, há 1 mês, associado à pigarro. Refere febre não aferida e pirose. Refere que teve quadro de tosse há 1 ano e quadro gripal há 1 mês. Ex-tabagista, carga tabágica de 46 m. a. Nega doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma. O exame físico apresenta-se sem alterações. A conduta inicial seguiu-se com Omeprazol 40mg e Dexclorfeniramina + Betametasona, pedido de espirometría, radiografía de tórax (RX) em PA e Perfil e retorno. Ao retornar 2 meses depois referiu melhora clínica. O RX de tórax apresentou opacidades parcialmente calcificadas na porção ântero-lateral de ambos os hemitórax, de provável origem pleural (espessamento e calcificações pleurais). A espirometria revelou-se normal. Foi realizado pedido de Tomografia Computadorizada (TC) de tórax para elucidar as alterações encontradas. Retornou 4 meses depois com TC de tórax**:** parênquima pulmonar indicando transparência preservada com bolhas em ambos os pulmões até 1,0cm, reduzindo volume, placas com calcificações subpleurais. Refere exposição a asbesto na fabricação de telhas, após novo questionamento sobre exposições prévias. **Discussão:** Um diagnóstico confiável de asbestose baseia-se em três principais descobertas**:** histórico de exposição ao amianto; redução do volume pulmonar; e exames de imagem, que apresentem padrão típico de doença pulmonar intersticial. A fibrose é observada em RX de tórax como opacidades reticulares ou nodulares frequentemente bilaterais, encontradas de modo geral na periferia dos lobos inferiores, e áreas de espessamento pleural com aparência linear, em forma de faixa ou nodular, caracterizando placas pleurais, que constituem um achado benigno. O tratamento para a asbestose consiste na busca pelo alívio dos sintomas e medidas preventivas, não havendo um tratamento específico. O manejo da doença inclui medidas como a detecção precoce de anomalias fisiológicas e radiográficas para ajudar a prevenir a exposição adicional ao amianto no ar, cessação tabágica, oxigênio suplementar quando há necessidade, tratamento imediato de infecções respiratórias e vacinação pneumocócica e contra influenza. Conforme o relato do paciente de dispepsia e pirose incluiu-se como hipótese diagnóstica DRGE e prescrito inibidor da bomba de prótons; pela suspeita de tosse pós-infecciosa, o anti-histamínico e o corticosteroide oral. Por conseguinte, as queixas indicadas direcionaram a conduta no caso abordado, sendo o achado de asbestose acidental.

PO407 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE SUBAGUDA – DIANÓSTICO CLÍNICO TOMOGRÁFICO

MARIANA PEREIRA MORAIS[1]; ESTÉFANI COUTINHO GOMES[1]; CECÍLIA GABRIELA DE ARRUDA CASTELO BRANCO BRITO[2]; FELIPE REIS E SILVA DE QUEIROZ[2]; KÉRCIA DANTAS SARAIVA[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pneumonia de hipersensibilidade; Doença pulmonar intersticial; Tomografia Computadorizada de Alta Resolução

Introdução: A Pneumonia de Hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar intersticial induzida pela inalação de compostos orgânicos ou inorgânicos em indivíduos suscetíveis. Algumas fontes dos antígenos relacionados à PH são material vegetal em decomposição, esporos de fungo, proteínas avárias, micobactérias, dentre vários outras. Após a inalação de partículas antigênicas, ocorre afluxo de células inflamatórias aos alvéolos, de modo que a TCAR mostra nódulos centrolobulares em vidro fosco, recuperando-se no lavado ou biopsia brônquica linfócitos em formação granulomatosa (bronquiolite e alveolite). De acordo com a história e achados tomográficos, pode ser classificada em aguda, subaguda e crônica. O tratamento consiste na retirada do antígeno do contato com o indivíduo e, se necessário, corticoterapia sistêmica, evitando a evolução para a forma crônica fibrosante. Por questões socioeconômicas, a interrupção da exposição nem sempre é possível. **Relato de Caso:** Mulher de 60 anos, com tosse improdutiva e dispneia progressiva por 12 meses. Nos últimos três meses, perda da capacidade laboral e visitas ao pronto atendimento por dispneia, MRC 3. História de perda ponderal não quantificada, sem febre. Ex-tabagista, abstêmia há mais de 20 anos. Interrogada, referiu contato diário com pardais, em sua residência, além de mofo em seu colchão e paredes do quarto. Exame físico**:** eupneica em repouso, ausculta respiratória normal, SpO2 93% em ar ambiente. Rx do tórax**:** opacidades alveolares heterogêneas. Pesquisa de BAAR negativa. Fator reumatóide e fator antinuclear negativos. Hemograma e bioquímica sérica

normais, sorologia negativa para HIV. TCAR: opacidades em vidro fosco bilaterais, de distribuição predominantemente centrolobular, peribrônquico, discreta espessamento de septos intralobulares. Não foram observadas áreas de faveolamento. Foi solicitada espirometria, mas a paciente não conseguiu concluir as manobras espirométricas, tal a intensidade da dispneia e tosse. A princípio, a paciente recusou internação ou broncoscopia. Aventada a hipótese de PH, foi prescrita com prednisona 40 mg/dia, além da interrupção da exposição. Após três meses, houve melhora acentuada da tosse e dispneia (MRC 0). SpO2 97%. Conseguiu realizar espirometria**:** normal. Nova TCAR: áreas de atenuação em vidro fosco, em menor intensidade. **Discussão:** A hipótese diagnósticade PH subaguda foi fundamentada na sintomatologia, na história de exposição aos antígenos, associados aos achados radiológicos e tomográficos compatíveis com a doença. Nesse caso, foi possível observar um padrão de micronódulos em vidro fosco à TCAR, sugestivo da fase subaguda da pneumonia de hipersensibilidade. O tratamento proposto foi a ausência de contato com o alérgeno, ainda não obtido totalmente, e a corticoterapia oral, que resultou em melhora clínica progressiva.

PO408 AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR CÍSTICA DIFUSA – RELATO DE CASO

RAMIRO DOURADO MARANHÃO; VICTOR OLIVEIRA COUTINHO ROCHA; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS SILVA; LORENA TASSARA QUIRINO VIEIRA; DANILO OLIVEIRA AMARAL; ISADORA CAROLINA CALAÇA DE LIMA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Doença Intersticial; Pneumonite de Hipersensibilidade; Grupo multi-disciplinar

Introdução: A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) é uma ferramenta crítica para a avaliação das doenças pulmonares. Visto que a TCAR fornece uma avaliação anatômica global dos pulmões, essa técnica de imagem melhora significativamente a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico clínico e histopatológico. A TCAR é particularmente útil na avaliação de doenças intersticiais pulmonares difusas (DIPD), pois pode haver a sobreposição significativa da apresentação clínica e dos padrões histopatológicos, assim como pode haver uma significativa heterogeneidade da doença nos pulmões. Estas modalidades em conjunto fornecem uma abordagem clínica, radiológica e histopatológica ao paciente com DIPD, permitindo um diagnóstico acurado e gerenciamento otimizado. **Relato de Caso:** APL, masculino, 35 anos, funcionário publico, solteiro, foi admitido no ambulatório de doenças pulmonares intersticiais do HC/UFG em fev2019, com queixa de dispneia há 5 meses, progressiva, atualmente em mMRC 3, associado a tosse seca e alguns episódios de dispneia paroxística noturna. Exames complementares revelavam redução da capacidade vital forçada 56%, com relação vef1/cvf preservada, redução da DCLO, teste clinico positivo para dessaturação, sorologias e autoanticorpos negativos e com tomografia evidenciando doença pulmonar com múltiplos cisto, de distribuição difusa, com áreas de fibrose. Não típico de linfangioleiomiomatose. Paciente sem queixas ou achados urinários/renais e sem sintomas de pele, negava exposição a mofo, referia hoob de visitar bibliotecas. Discutido caso em reunião multidisciplinar que decidiu por biópsia pulmonar aberta a fim de elucidação diagnóstica do quadro. A biópsia pulmonar aberta revelou destruição parcial da arquitetura pulmonar, alterações predominantemente bronquiolocentricas. Presença de metaplasia perialveolar. Granulomas malformados em espaço aéreo e interstício. As alterações são sugestivas de pneumonite de hipersensibilidade. Diagnóstico diferencial com alterações secundárias lesão gastroesofágica. Foi iniciado então tratamento com corticoiterapia, reabilitação pulmonar e seguimento neste ambulatório. **Discussão:** a presença de doença cística pode ocorrer em diversas DPIs, mais presentes em casos de linfangioleiomiomatose e pneumonia intersticial linfoide. A abordagem clinica com interrogatório de exposições detalhados, associada a avaliação tomográfica por especialista torácico e discussão multidisciplinar é fundamental na condução diagnóstica do quadro. Neste caso a decisão do grupo multidisciplinar foi fundamental para decisão de biópsia aberta e por fim fechar-se o diagnóstico de pneumonite de hipersenisibilidade, afetando por tanto no tratamento e sobrevida do paciente.

PO409 CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS EM UMA CIDADE COM ATIVIDADE MINERADORA

EMILIE QUEIROGA QUEIROGA[1]; LUIS HENRIQUE LOPES DE FIGUEIREDO[2]; PEDRO HENRIQUE DE MEDEIROS MORAIS[3]; ANA CAROLINA PATRÍCIO DE ALBUQUERQUE SOUSA[4].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, POMBAL - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, SOUSA - PB - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, PATOS - PB - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, CAICÓ - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Internação hospitalar; epidemiologia; Mineração; Pneumoconiose

As doenças respiratórias estabelecem uma imensa carga para a saúde pública mundial. No ano de 2018, as mesmas representaram aproximadamente 10% de todas as internações hospitalares no Brasil. As afecções ocupacionais constituem uma parcela importante desses acometimentos respiratórios, principalmente quando relacionadas com a mineração. Sabendo que o município de Currais Novos-RN se destaca por sua atividade mineradora, que esteve em seu auge nos anos 90, surgiu a necessidade de avaliar o número de internações hospitalares por causas respiratórias em Currais Novos. A partir disso, espera-se avaliar o impacto da atividade mineradora para a saúde pública do município. Assim, o estudo epidemiológico em questão é do tipo ecológico, em que foram utilizados os dados do DATA-SUS de março de 2009 até março de 2019. Buscou-se avaliar as principais causas de internações hospitalares de acordo com o CID-10 na faixa etária acima de 60 anos; por fim, utilizamos o especificador de sexo masculino. Das 7. 528 internações hospitalares por causas diversas na cidade de Currais Novos-RN, 1. 064 foram por acometimentos do aparelho respiratório, configurando-se como a segunda maior causa responsável pelas internações. Quando comparou-se com os dados gerais do estado, percebeu-se que as doenças do aparelho respiratório configuraram a 4ª causa de internações. Em ambos os cenários predominaram as internações do sexo masculino. Observa-se, portanto, uma possível relação do impacto da atividade mineradora na cidade em estudo sobre esse quantitativo de internações, tendo em vista que na cidade de Currais Novos as causas respiratórias estão ranqueadas em 2º lugar, já no estado do Rio Grande do Norte, em 4º. Mesmo a segurança dos trabalhadores sendo garantida pela portaria Nº 3. 214, devemos considerar que as condições de exposição prolongadas nas minas se tornam as principais hipóteses na alta prevalência de patologias respiratórias. Além disso, na atividade mineradora brasileira, predomina a participação e reconhecimento de mais homens do que

de mulheres. Diante do exposto, surge a necessidade de refletir sobre a rigidez nas fiscalizações e no cumprimento das normas regulamentadoras de funcionamento das minas, bem como estabelecer ações mais voltadas para esse público alvo, a fim de minimizar agravos, melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e reduzir o custo do serviço de saúde ao município.

PO410 ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO COM EVOLUÇÃO LENTA EM ADULTO

RAIANNA GALDEZ LOBO[1]; DIEGO GLAUBER MENDES[2]; PEDRO IVO DE SOUSA NETO[3]; JOÃO BATISTA CARLOS DE SÁ FILHO[2]; MARIA DO ROSARIO DA SILVA RAMOS COSTA[2]; PEDRO LEONARDO ALVES SPRINGER[2].
1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SÂO LUÍS - MA - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUÍS - MA - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: Aspiração de corpo estranho; Bronquiectasia; Broncoscopia

Introdução: Em adultos, a aspiração de corpo estranho (ACE) é incomum e está principalmente associada à aspiração acidental de ferramentas de trabalho (clipes de papel, tachas ou pregos) e fragmentos de ossos, além de ocorrer em estados de inconsciência (trauma, anestesia geral, sedação, intoxicação, crises epilépticas e doenças neurológicas). **Relato de Caso:** Paciente masculino, 59 anos, pardo, pescador, natural e residente de São José de Ribamar-MA, atendido no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís-MA. Há 7 anos referindo episódios frequentes de hemoptise, tosse, dispneia, sibilância e infecção de repetição. Hipertenso, ex-tabagista (16,5 maços-ano) e ex-etilista. Negava história de asma e tuberculose. No exame físico respiratório apresentava murmúrio vesicular presente e roncos difusos, com saturação de oxigênio de 98%, sem outras alterações nos demais sistemas. Após realiza tomografia de tórax que evidencia imagem hiperdensa no interior do brônquio lobar inferior direito associado a bronqueictasias. Foi interrogado sobre broncoaspiração e o paciente revela uma história do engasgo em 2012. Realizou broncoscopia flexível onde foi evidenciado corpo estranho (osso) no brônquio do segmento posterior do lobo inferior direito e insucesso na retirada de corpo estranho. Sendo submetido, posteriormente, a broncoscopia rígida e extraído o corpo estranho (osso bovino) com maior diâmetro de 1,5 cm do brônquio intermédio direito, sem intercorrência. **Discussão:** A literatura diz que tanto a casuística quanto o diagnóstico da aspiração de corpo estranho é mais prevalente na infância, e no adulto a casuística é limitada e diagnóstico não é fácil. Aspiração de corpo estranho é frequentemente negligenciada, exceto quando o paciente ou uma testemunha relata um episódio típico de engasgo. Na maioria dos casos, o corpo estranho aspirado migra para a árvore brônquica distal, e o episódio de engasgo agudo é autolimitado e seguido de um período sem sintomas, que é equivocadamente interpretado como um sinal de resolução, retardando o diagnóstico. O atraso no diagnóstico pode conduzir a diversas complicações, tais como, pneumonia de aspiração, hemoptises recorrentes, bronquiectasias. Essas complicações foram relatadas no nosso caso. Contudo, deve-se pesquisar diagnóstico diferencial de corpo estranho em pacientes com bronquiectasia localizada, em especial em lobos inferiores (lobos pulmonares dependentes de gravidade). **Referências:** 1. Rodrigues AJ, Oliveira EQ, Scordamaglio PR, Gregório MG, Jacomelli M, Figueiredo VR. Broncoscopia flexível como primeira opção para a remoção de corpo estranho das vias aéreas em adultos. J Bras Pneumol 2012;38(3): 315–320. 2. Matos C, Sousa MM. Aspiração de corpo estranho em idoso. Acta Med Port 2016 May;29(5): 340-343.

PO411 MAPA EPIDEMIOLÓGICO RELATIVO À ASSOCIAÇÃO ENTRE TUBERCULOSE E USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS NO BRASIL

EMANUEL NASCIMENTO NUNES; ANDRÉ LUÍS CELESTINO FERREIRA; LUCAS DE ANDRADE ALEXANDRE; ANDRESSA ALVES DE CARVALHO; WANESSA ALVES DE CARVALHO; VITÓRIA MONTENEGRO SILVA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Drogas ilícitas; Epidemiologia

Introdução: Conforme Machado (2010), o número de dependentes químicos, no Brasil, cresce em torno de 10% ao ano. É válido ressaltar, ainda, que usuários de drogas ilícitas têm alto risco de desenvolvimento de tuberculose e, devido à utilização de isoniazida como parte do tratamento, também há predisposição ao dano hepático (FMUSP, 2006). Além disso, a presença de usuários de drogas portadores de tuberculose em famílias e comunidades permite transmissão contínua. Segundo dados apontados por *World Drug Report* (2017), a proporção de pessoas com fatores de risco para a infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, o agente etiológico, e sua progressão para tuberculose ativa é de 8% entre usuários de drogas injetáveis, em comparação com 0,2% na população geral (SILVA et al., 2018). **Objetivos:** Avaliar, a partir de dados epidemiológicos, a relação entre o uso de drogas ilícitas e os casos de tuberculose registrados no Brasil entre os anos 2009 e 2018. **Método:** Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados na página do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com relação ao período de 2009-2018. **Resultados:** Nos 10 anos analisados, o número de pacientes com tuberculose não apresentou aumento significativo, sendo a Região Sudeste a maior detentora desses pacientes. Entretanto, dentre os usuários de drogas ilícitas, houve um aumento crescente nesses anos, principalmente no ano de 2014, chegando a apresentar um aumento de quase 1. 200% na Região Norte e 800% na Região Centro-Oeste. Ao comparar com os pacientes não usuários de drogas ilícitas, vê-se que o aumento percentual desses pacientes foi menos significativo, principalmente nos últimos 3 anos. No ano de 2010, os usuários de drogas ilícitas representavam 0,22% do total de pacientes com tuberculose. Em 2018, esses usuários representaram 14,76% desse total. Mesmo levando em consideração o aumento do número da notificação de usuários de drogas ilícitas, os dados revelam a sua grande participação na composição do número total de doentes. Em relação aos grupos, o mais atingido são os homens na faixa etária de 20 a 39 anos, em uma proporção de 5 homens para cada mulher usuária de drogas ilícitas com tuberculose. **Considerações finais:** Considera-se a tuberculose um problema de saúde pública que acarreta efeitos diretos sobre a saúde da população. A complexidade da doença toma proporções ainda maiores quando associada ao uso de drogas ilícitas e ao perfil da comunidade afetada, que normalmente tem outros hábitos deletérios à saúde. A escassez de estudos que tratem dessa questão é outro ponto que deve ser investido, pois a criação de políticas e medidas que mapeiem o perfil dessa população é necessária, a fim de estabelecer estratégias de controle da prevalência dos casos de tuberculose que vêm aumentando no Brasil.

PO412 OCORRÊNCIA DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE BRÔNQUIOS, PULMÕES E TRAQUEIA NO BRASIL NO PERÍODO DE 2007 A 2017

TOMÁS JATAÍ SOARES FERNANDES; RAFAELLA FIQUENE DE BRITO FILGUEIRA; ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS; MARIA EDUARDA DE ARRUDA CARVALHO; JOÃO SARAIVA LINS NETO; MARCELA ROLIM DA CRUZ.
FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: câncer de pulmão; câncer de traqueia; câncer de brônquios

Introdução: O câncer configura-se como um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. O câncer de pulmão é o segundo mais prevalente em homens e mulheres no Brasil (sem contar o câncer de pele não melanoma), e a nível mundial é o primeiro desde 1985, tanto em incidência quanto em mortalidade. O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o seu desenvolvimento e ele está presente em cerca de 85% dos casos diagnosticados. **Objetivos:** Observar a ocorrência temporal de câncer de pulmão, brônquios e traqueia de nos ano2007 a 2017. **Metodologia:** Utilizou-se dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade(SIM) através do DATASUS e do Instituto Nacional de Câncer(INCA) com as seguintes variáveis**:** ano, faixa etária, sexo, localização e causa de morte**:** câncer de pulmão e brônquios e câncer de traqueia. **Resultados:** No período de 2007 a 2017 foram registrados 260. 020 óbitos por câncer de brônquios e pulmões, sendo 157766 (60,7%) óbitos do sexo masculino e 102226 sexo feminino (39,3%), predominando faixa etária de 60-69 anos com 76. 455 óbitos, seguido faixa etária de 70-79 anos com 74580 óbitos. Já no o número de óbitos por câncer de traqueia foi bem inferior quando comparados com câncer de brônquios e pulmões no mesmo período, totalizando 937 óbitos, sendo predominante na população masculina com 682 (72,8%) mortes para 255 (27,2%) para sexo feminino, sendo faixa etária 60-69 a com maiores índices, com 258 mortes. Quando observado o total das incidências de câncer de brônquios, pulmões e traqueia por região do Brasil, de uma totalidade de 260957 mortes, 46,8% corresponderam a região sudeste, seguido da 24,6% da região sul; ficando a região nordeste com 17,9%; 6,43% da região centro oeste e por último a região norte com 4,3%. **Conclusões:** Diante do estudo, pode-se compreender que ainda há um grande número de subnotificações, cuja causa principal está relacionada ao diagnóstico tardio, assim como ao estreito lapso temporal decorrido muitas vezes entre o diagnóstico e o tratamento apenas paliativo. Observa-se também que uma das causas de maior prevalência na sexta década de vida é o maior tempo de exposição a uma alta carga tabágica ao longo dos anos. Na região Sudeste brasileira, há grande incidência desse tipo de câncer relacionada principalmente às baixas temperaturas, o que fomenta o hábito tabágico. Assim torna-se necessário que os profissionais de saúdes desenvolvam campanhas para conscientização quanto ao tabagismo, servindo como formas de prevenção para câncer de brônquios, pulmões e traqueia.

PO413 RELAÇÃO ENTRE A QUEIMA DA CANA-DE-AÇÚCAR E INTERNAÇÕES POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM MAMANGUAPE – PB

MARIA ENEDINA CLAUDINO AQUINO SCUARCIALUPI[1]; AMANDA EMANUELA MACHADO FERREIRA[1]; AMANDA APOLORI TISSIANI[1]; MICHELLY FERNANDES BEZERRA[2]; RAISSA GOUVEIA DE LUCENA BEZERRA[3].
1. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE CIÊNCIA MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Cana-de-açúcar; Doenças respiratórias (epidemiologia); Queima

Introdução: O Brasil é o maior produtor e exportador mundial de etanol. Considerado combustível limpo, já que provém de fontes renováveis, a produção brasileira de cana de açúcar atingiu 620,4 milhões de toneladas na safra 2018/2019. No estado da Paraíba, a cana de açúcar é o principal produto agrícola. Além disso, 15% da produção brasileira sofre corte manual e queima pré-corte. Na Paraíba, o período da queima ocorre nos meses de março e abril. É inegável os impactos gerados pela queima, tanto ao meio ambiente quanto à saúde de quem trabalha na queima e moradores de áreas circundantes. No entanto, a literatura científica a respeito dos efeitos na saúde respiratória é escassa no âmbito paraibano. **Objetivos:** Constatar o aumento de internações por doenças respiratórias de moradores da cidade de Mamanguape-PB durante o período de pré-queima. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa epidemiológica em Mamanguape-PB, em dezembro-janeiro e março-abril, meses de entressafra e queima respectivamente. Tal pesquisa ocorreu com os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS-SIH/SUS). As análises foram feitas com os dados de internações do município de residência, tendo a cidade apenas 1 hospital, para tratamento de doenças respiratórias comparados com as internações para tratamento de pneumonia, enfisema e outras doenças. **Resultados:** Trata-se de um estudo do potencial deletério da queima da cana à saúde respiratória. Nos meses de março-abril de 2016, verificaram-se 17 internações por doenças no aparelho respiratório, 58,8% pneumonia e 17,6% DPOC. Entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017, sucederam-se 12 internações por patologias no aparelho respiratório, 58,3% pneumonia e 8,3% DPOC. Nos meses de março-abril de 2017, deram-se 11 internações por doenças no aparelho respiratório, 63,6% pneumonia, já os dados por DPOC não foram registrados. Nos meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018, houve 24 internações por patologias no aparelho respiratório, 41,7% pneumonia e 8,3% DPOC. Por fim, entre março-abril de 2018, houve 32 internações por doenças no aparelho respiratório, 78,1% pneumonia, já os dados por DPOC não foram registrados. Também buscou-se sobre bronquiectasia e bronquite aguda nos mesmos períodos, mas não haviam registros. Sobre os registros de asma, encontrou-se 1 caso nos meses de março-abril de 2018. Assim, é claro o aumento de internações por afecções respiratórias durante o período de queima em comparação à entressafra. **Conclusão:** O presente artigo explana sobre a possível relação entre a queima de cana e a incidência de doenças respiratórias em Mamanguape-PB. É evidente o prejuízo causado pela técnica, visto o aumento de internações por afecções respiratórias no mesmo período. Contudo, a Paraíba ainda permite tal prática, desde que reportada à SUDEMA. Portanto, é possível afirmar que, afim de amparar a população paraibana, seria benéfico a procura de alternativas à queima, como a completa mecanização da produção.

PO414 TUBERCULOSE NÃO SENSÍVEL A DROGAS DE PRIMEIRA LINHA EM PACIENTES COM HIV E PACIENTES SEM HIV

OLÍVIA BÁRBARA BEZERRA ANJOS[1]; ALESSA RIANE DA SILVA OLIVEIRA[1]; ALISSON HUMBOLDT DE SOUZA RAMOS[1]; MARIA QUEIROGA PINTO[1]; REBECA SANTOS MONTE[2].
1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: tuberculose; hiv; tratamento

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma das doenças infecciosas que mais mata no mundo. De longo tratamento, debilita o indivíduo e no paciente imunodeprimido é mais grave. No Brasil, em 2014, a incidência de TB foi estimada em 44/100. 000 habitantes, e 17% dos casos foram em indivíduos HIV positivo [1]. Nessa população, é a doença oportunista mais incidente [2] e a principal causa de hospitalização/morte [1]. Tendo em vista que a infecção por HIV reduz os linfócitos T CD4 específicos para o *M. tuberculosis*, as pessoas infectadas apresentam um risco 26 vezes maior de desenvolver TB [3], sendo este um dos fatores a interferir no tratamento, mesmo com drogas de primeira como as rifampicinas. **Objetivos:** Comparar o tratamento da TB com drogas de primeira linha em pacientes com HIV e sem HIV e avaliar como essa condição influencia no tratamento, mesmo usando os medicamentos mais eficientes. **Métodos:** Trata-se de um Estudo epidemiológico observacional transversal realizado por pesquisa no DATASUS utilizando casos registrados de 2011 a 2018. Os dados são relacionados aos tratamentos de TB em pacientes com e sem HIV em todo território Nacional, e sua tabulação foi realizada por meio do programa Excel 2010. **Resultados:** Analisando os resultados encontrados em relação ao tratamento da TB fazendo uso das drogas de primeira linha, a média entre 2011 e 2018 de pacientes com HIV os quais tiveram resistência a essas drogas foi de 18,21%, e nos pacientes sem HIV que tiveram resistência às drogas de primeira linha a média entre 2011 e 2018 foi de 3,85%. Ou seja, a infecção por HIV aumenta em quase 5 vezes mais a resistência dos medicamentos de primeira linha do tratamento da TB, sendo este um fator agravante de grande relevância. **Conclusão:** O tratamento de primeira linha consiste em rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE) por 2 meses, seguido por rifampicina e isoniazida (RH) por mais 4 meses. No tratamento para HIV, a TARV reduz até 72% a mortalidade dos pacientes infectados pelo HIV durante o tratamento da TB [4]. Contudo, o uso simultâneo desses medicamentos pode acarretar complicações como má adesão às múltiplas drogas, toxicidade ou interação medicamentosa [5]. Também são fatores que aumentam a resistência ao tratamento nesses pacientes. Dessa maneira, analisa-se que, embora o tratamento não tenha 100% de sucesso em pessoas sem HIV, a condição de infectado pelo vírus reduz o efeito do tratamento da TB. A medicação mal administrada, a resposta imunológica do indivíduo não infectado podem ser hipóteses para explicar a resistência, ainda que baixa, no tratamento destes com drogas de primeira linha. E, nos pacientes com HIV, além do sistema imunológico já comprometido ficar ainda mais vulnerável, também estão susceptíveis aos efeitos adversos das medicações administradas, favorecendo maior resistência mesmo às drogas mais eficientes. Isso dificulta e prolonga o tratamento, gera mais custos e reduz, principalmente, a qualidade de vida dos pacientes.

PO415 TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: INDICADORES OPERACIONAIS DAS NOTIFICAÇÕES DA CAPITAL JOÃO PESSOA/PB

ALECSANDRA BEZERRA MONTEIRO DE OLIVEIRA[1]; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA[2]; MARTHA HELENA CESAR FREIRE DE SOUZA[3]; DANIEL DE ARAUJO BATISTA[4]; MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO[2]; EDUARDO HENRIQUE LIMA BATISTA[5].
1. SECRETARIA DO MUNICIPIO DE JOÃO PESSOA/PB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA-UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CHEFE DA SECÇÃO TRANSMISSIVEL DE JOÃO PESSOA/PB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 4. VIGIILÂNCIA SANITÁRIA EPIDEMIOLÓGICA DE JOÃO PESSOA-PB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TUBERCULOSE; POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE; UNIDADES PRISIONAIS

Introdução: A alta incidência de tuberculose(TB) em Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) é um desafio para o Programa Nacional de Tuberculose, segundo o Ministério da Saúde, o risco da infecção por TB nas unidades prisionais é 28 vezes maior que na população geral. No ano de 2017, foram 69 mil casos novos de tuberculose em todo o país, sendo que 10,5% ocorreram nessa população. De acordo com os dados do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a Paraíba possui 11. 938 presos, correspondendo a 11% do total da PPL em todo o nordeste. **Objetivo:** estudo objetivou analisar o número de casos de tuberculose em PPL notificados no município de Joao Pessoa, capital da Paraíba. **Metodologia:** estudo descritivo exploratório, onde o critério de inclusão foram todos os casos novos de tuberculose em PPL no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. **Resultados:** Neste período, foram notificados 4. 446 casos de tuberculose na população geral no munícipio de João Pessoa-PB,sendo que 484 (10,89%) foram em PPL, em média nesta população ocorreu aumento de 96,8 casos ano, considerando todo tipo de entrada e todas as formas de TB. O sexo masculino apresentou maior número de casos com 471 (97,31%), e 13 (2,68%) do sexo feminino. Com relação à faixa etária verificou que a maior concentração de casos se deu na faixa etária de 20 a 39 anos com 409 (84,50%) casos. Quanto a raça, a que mais se destacou foi a parda com 359 (74,13%), seguido pelas raças branca com 81 (16,73%) casos e preta com 41 (8,26%) casos, apenas 4 (0,82 %) casos se absteram de declarar a raça. A forma pulmonar foi predominante correspondendo a 464 (95,86%), enquanto que as extrapulmonares totalizaram 20 (4,13%) dos casos. Quanto ao teste rápido para HIV foram testados 94,62% (458) dos casos diagnosticados, sendo que tiveram resultado negativo 431 (89,04%) casos, enquanto que 27 (5,57%) casos foram positivos, 26 (5,37%) não realizaram o teste, pois já apresentavam diagnóstico prévio de AIDS. Referente à situação de encerramento 334 (69,00%) curaram, 60 (12,39%) abandonaram o tratamento, 49 (10,12%) foram transferidos, 5 (1,03%) morreram pela doença, e apenas 1 (0,20%) óbito por outra causa. **Discussão/Conclusão:** O Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose ainda é a forma mais eficaz para garantia do êxito do tratamento. Embora as PPL estejam concentradas em espaço fechado, e sob custódia, não há garantia que sejam submetidos ao TDO. A união de esforços entre a sociedade civil, profissionais de saúde, sistema prisional e comunidade podem corroborar para o controle da tuberculose, no sentido de traçar estratégias tanto no âmbito da gestão como na assistência. O controle da tuberculose depende não apenas da pessoa doente, mas da informação sobre a forma de transmissão, diagnóstico, indicação do tratamento adequado. **Referências:** MOREIRA,T,R;FAVERO,J. L;MACIEL,E. L. N**:** Tuberculose no Sistema Prisional Capixaba,Revista Bras. de Pesq. em Saúde,v. 12,n,1, p. 26-33,2010.

PO416 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DPOC E TABAGISMO NO BRASIL

GUILARDO SOARES DA FONSECA ATAIDE.
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA- UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: DPOC; Tabagismo; Epidemiologia

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), se caracteriza pelo desenvolvimento progressivo da limitação ao fluxo aéreo, decorrente de uma exposição a uma série de fatores como a inalação de gases tóxicos e partículas nocivas, associada à resposta inflamatória anormal dos pulmões. Portanto, um dos seus principais fatores de risco é o tabagismo, sendo então, ambos fortemente associados. Estima-se que o país possua mais de 18 milhões de fumantes e que a DPOC atinge cerca de 12% dos brasileiros acima de 40 anos. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos de DPOC no Brasil e associá-los com o tabagismo. **Metologia:** Constitui-se como pesquisa descritiva e exploratória, com coleta de dados em artigos epidemiológicos e sistemas de informação governamentais. Os dados foram tabulados e analisados no Microsoft Excel. **Resultados:** A DPOC é a quarta causa de morte no mundo, logo, demonstrando a gravidade desta patologia. No Brasil, ocorrem cerca de 40 mil mortes por ano e atinge dados superiores à 7 milhões de casos. Estudos indicaram que a prevalência da doença aumenta de acordo com a idade, sendo os pacientes acima dos 65 anos, os mais afetados. A incidência entre os sexos representam cerca de 18% em homens e 14% em mulheres, valores que se aproximam cada vez mais, uma vez que a incidência do tabagismo feminino está em crescimento. Foi indicado também que 64% dos portadores de DPOC relataram mudanças significativas em seu estilo de vida. Já em relação aos custos dessa patologia, chegam a mais de 2 mil dólares por paciente e comumente ultrapassa mais de 100 milhões de reais por ano, em tratamentos, principalmente devido às exacerbações, no Brasil. O principal fator de risco é o tabaco e considerava-se que 15% dos fumantes desenvolveriam DPOC, porém estudos mais recentes comprovam que esse valor chega a 50% em pessoas com mais de 70 ano, além de que 85% dos diagnósticos da DPOC têm origem tabágica. Apesar dos conhecimentos dos malefícios do tabagismo, seu crescimento é em média 2% ao ano, corroborando para o aumento da DPOC. **Conclusão:** Diante do exposto, conclui-se da gravidade do DPOC, devido a sua alta mortalidade e prevalência, bem com a significativa associação com o tabagismo. Sendo assim, é de extrema importância, a cessação do tabagismo na comunidade, além de estudos para melhoria do tratamento das doenças obstrutivas pulmonares crônicas, uma vez que sua incidência está aumentando e consequentemente causando muitos óbitos e prejuízos na qualidade de vida de milhões, em toda a população. **Referências Bibliográficas:** Azambuja R, Bettencourt M, Costa CH, Rufino R. Panorama da doença pulmonar obstrutiva crônica. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2013;12(2)**:** 13-18 MARCELO RABAHI, Epidemiologia da DPOC: Enfrentando Desafios. Revista SOPTERJ, Rio de Janeiro, 22(2)**:** 4-8, 2013. Governo Federal. Número de fumantes no país. Brasília, 2017.

PO417 ANÁLISE QUANTITATIVA DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR ANAFILAXIA NO BRASIL NO PERÍODO DE 2016 A 2018.

JULIANA MAGALHÃES OLIVEIRA; ANNA BEATRIZ NEPOMUCENO TARGINO DE ARRUDA; FERNANDA CARVALHO DE ALMEIDA; GIOVANNA BELFORT NOGUEIRA DE CARVALHO; HADAH QUEDVE NERES GONÇALVES LEITE; MARIA RAFAELA VIANA DE SÁ.
UNIFACISA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Anafilaxia; Epidemiologia; Internações

Introdução: Anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade generalizada ou sistêmica grave, com risco de morte, que exige atendimento rápido e correto. Anafilaxia é definida, segundo a nomenclatura da World Allergy Organisation (WAO), como uma reação de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal que pode ser desencadeada por mecanismos imunológicos (anafilaxia alérgica), mediados por imunoglobulina E (IgE) (anafilaxia alérgica IgE-mediada) ou por outros mecanismos imunológicos (anafilaxia alérgica não IgE-mediada), ou por mecanismos não imunológicos (anafilaxia não alérgica). **Objetivo:** Quantificar o número de internações por anafilaxia no Brasil no período de 2016 a 2018. **Metodologia:** Foi feito um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, que englobou o intervalo de 2016 a 2018 e foram obtidos a partir do formulário eletrônico do DataSUS do Ministério da Saúde e analisados em planilhas do Microsoft Excel 2016. Considerou-se o número de paciente internados com anafilaxia, abrangendo todos os graus de gravidade, por região do Brasil. **Resultados:** No intervalo estudado foram constatados um total de 1. 943 internações, com uma média de 647 casos por ano, tendo as seguintes incidências nos estados**:** Norte (170), Nordeste (319), Sudeste (855), Sul (416) e Centro-Oeste (62). **Conclusão:** A partir dos dados analisados, foi visto que, mesmo com tamanha gravidade, o atendimento à crise anafilática ainda parece ser pequeno quando comparado à população geral do País. Isso nos remete a pensar que uma das causas desse problema seja a subnotificação, principalmente em regiões desfavorecidas socioeconomicamente, como Norte e Nordeste, pois, mesmo sendo áreas muito populosas, estas apresentam um número de internações menor que estados do Sul e Sudeste, por exemplo. Tais dados ainda são um indicativo do despreparo do sistema de saúde brasileiro no geral em saber reconhecer e tratar corretamente uma crise anafilática. **Referências:** Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use**:** Report of the nomenclature review committee of the World Allergy Organization, October 2003. J Allergy Clin Immunol 2004;113: 832-6 Brazilian Association of Allergy and Immunopathology (Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia); Brazilian Society of Anesthesiology (Sociedade Brasileira de Anestesiologia). Anaphylaxis: diagnosis. Rev Assoc Med Bras (1992). 2013;59(1)**:** 7-13. Simons FE, Ardusso LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al; World Allergy Organization. World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 2011;127: 587-93. e1-22.

PO418 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR ASMA NA MACRORREGIÃO DO CARIRI DE 2009-2018

ANTONIO EDUARDO BITU FEITOSA; MATTHEWS CORREIA NASCIMENTO; ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO; SAMUEL CIRÍACO SILVA DE OLIVEIRA; VICTOR CÉSAR CAJAZEIRAS ESTRELA; SÁVIO JUCÁ DE CARVALHO GONÇALVES FILHO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Asma; Epidemiologia; Internação

Introdução: A asma brônquica está associada a consideráveis taxas de morbidade, traduzindo-se por um elevado número de recursos ao serviço de urgência e internamentos hospitalares. Apesar de uma tendência decrescente observada nas últimas décadas nas taxas de mortalidade associadas a esta doença, verifica-se ainda um número significativo de óbitos evitáveis por asma. Sendo esse o contexto verificado na macrorregião do Cariri. **Objetivo:** Objetiva-se, com essa análise, estudar as taxas de internação na macrorregião do Cariri, relacionando com as estratégias de prevenção de crises. **Metodologia:** Foram coletados e analisados os dados do DATASUS referentes às internações na população do Cariri de janeiro de 2009 a dezembro de 2018. **Resultados:** Dos dados coletados,

foram evidenciadas 16. 332 internações autorizadas por exacerbações de asma, sendo discretamente mais prevalente em homens (50,2%) do que em mulheres (49,8%). Desses, a maior parte foi notificada entre 2009-2012 (9. 389 casos), ao passo que nos últimos 3 anos (2016-2018), apenas 2. 593 casos foram registrados, resultando em uma média de 1633,2 casos por ano na macrorregião do Cariri. **Conclusão:** Baseado nos dados supracitados, verifica-se que ainda ocorrem diversas internações hospitalares por asma, apesar da grande decadência nos últimos anos, indo de 3. 089 casos em 2009 para apenas 746 casos em 2018, sempre com tendência decrescente. De tal forma, pode-se pensar que houve maior participação e atuação de profissionais de saúde junto com a população para reduzir a exposição a fatores desencadeantes de crises, como contato com alérgenos, infecções, exercícios extenuantes etc. Fato esse que deve ser mais estimulado, na macrorregião, e trabalhado, junto com políticas públicas na atenção básica, por exemplo, que permitam tal prevenção.

Referências: DATASUS. AIH aprovadas por Macrorregião de Saúde segundo Ano atendimento por Asma. Disponível em: < http: //tabnet. datasus. gov. br/cgi/tabcgi. exe?sih/cnv/niCE. def>. Acesso em: 10 jun 2019. GASPAR, A. ; MORAIS-ALMEIDA, M. ; NUNES, C. Epidemiologia da Asma Grave. Repositório do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE. Disponível em: < http: //repositorio. chlc. min-saude. pt/handle/10400. 17/1513>. Acesso em: 15 jun 2019.

PO419 FIBROSE CÍSTICA DE DIAGNÓSTICO TARDIO SEM ACOMETIMENTO PANCREÁTICO EXÓCRINO: UM RELATO DE CASO

LUIZ FELLIPE GONÇALVES PINHEIRO; JESSICA RAYANNE PEREIRA SANTANA; DIONIZIO GONÇALVES BEZERRA NETO; DIOGENES PEREIRA LOPES; JOSEILTON CARLOS BEZERRA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, JUAZEIRO DO NORTE - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Fibrose Cística; Condutância Transmembrana; Terapêutica

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença sistêmica autossômica recessiva com maior prevalência em brancos e que afeta os sistemas digestivo, respiratório e as glândulas sudoríparas. A síndrome se dá por distúrbio do gene F508del, regulador da condutância transmembrana. Isso compromete o funcionamento das glândulas exócrinas, que produzem substâncias mais espessas e de difícil eliminação. A clínica varia desde casos atípicos paucis sintomáticos até formas clássicas, mais frequentes e usualmente associadas com insuficiência pancreática exócrina, doença sino-pulmonar crônica e elevação da concentração de cloretos no suor. No Brasil, a incidência de FC é estimada em 1 em 7. 576 nascidos vivos, com valores mais altos nos estados do sul. **Relato de Caso:** LQS, sexo masculino, 18, procedente de Monte Santo-BA, com relato de obstrução nasal em báscula há mais de 10 anos, associada à rinorréia intermitente bilateral, cefaléia frontal pulsátil e hiposmia. Tem histórico de pneumonia de repetição com suspeita de asma. Anatomopatológico (AP) apresentou lesão de assoalho de fossa nasal esquerda (FNE) e videolaringoscopia apresenta processo crônico inflamatório com secreção purulenta em meato inferior e concha média. Realizou teste de suor, evidenciando massa de 162 mg e cloro do suor de 106,74 meq/l; imunoglobulina E de 599, além de Radiografia de tórax dentro da normalidade. Foi sugerida avaliação para turbinectomia e antrostomia bilateral. Realizou, ainda, Tomografia Computadorizada de tórax (TC) evidenciando nódulo semissólido em segmento superior de lobo inferior esquerdo pulmonar, inespecífico, ectasias brônquicas e linfadenomegalias isoladas bilateralmente. Além de polissonografia apresentando eficiência de sono reduzida e porcentagem de sono REM diminuída. Paciente foi orientado a manter lavagem nasal com soro fisiológico, Budesonida 400mcg/dia de manutenção e acompanhamento médico trimestral. **Discussão:** No caso apresentado foi observada uma FC com acometimento de FNE, rinossinusite crônica secundária à FC, evidenciadas por AP e exames laboratoriais, além de acometimento pulmonar bilateral e distúrbio do sono, vistos, respectivamente na TC e na polissonografia, sendo submetido a tratamento clínico e acompanhamento ambulatorial. O quadro do paciente cursa com dados clínicos típicos da FC. Entretanto evidencia um diagnóstico tardio em relação à prevalência de descoberta na primeira infância. Além disso, não foi visto acometimento pancreático exócrino, visto em até 95% dos enfermos, mas que pode não estar presente em mutações mais leves do gene F508del, o que nos levaria a aventar tal hipótese; porém o paciente apresentou teste de suor com altos valores de cloreto e variedade de achados clínicos. O não comprometimento pancreático fala a favor de um melhor prognóstico, porém o diagnóstico tardio e a possibilidade de realização de turbinectomia e antrostomia evidenciam a dificuldade no manejo do paciente apenas com tratamento clínico.

PO420 PERFIL ESPIROMÉTRICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2015 A DEZEMBRO DE 2016 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO LUÍS-MA

DHEISSON DE ALMEIDA GABRIEL[1]; RODRIGO AKIRA TERAO[2]; JOÃO BATISTA CARLOS DE SÁ FILHO[2]; MARIA DO ROSARIO DA SILVA RAMOS COSTA[2]; RAIANNA GALDEZ LOBO[2]; LUIZA SOUSA SOARES[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, TIMBIRAS - MA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS - MA - BRASIL.

Palavras-chave: função pulmonar; obesidade; espirometria

Introdução: A obesidade é uma doença de origem multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Entre as diversas repercussões fisiopatológicas decorrentes do excesso de peso, destaca-se a alteração da função pulmonar, tanto pela restrição a expansibilidade da caixa torácica e do músculo diafragma quanto pela menor prática de atividades físicas e estilo de vida sedentário. **Objetivos:** Avaliar o perfil espirométrico de um grupo de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica realizada em um centro de referência de São Luís-MA. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo realizado em amostra de conveniência, composta por 51 usuários que realizaram espirometria como parte dos exames pré-operatórios de cirurgia bariátrica realizada no Hospital Universitário da Federal do Maranhão (HUUFMA), no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2016. **Resultados:** Dos 51 pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica no HUUFMA entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016, 44 (86%) eram mulheres e apenas 7 (14%) eram homens. A idade dos pesquisados variou de 23 a 63 anos (média ± desvio padrão = 40 ± 10; mediana= 39; moda= 39). Em relação ao peso, a variação foi de 81 a 160 kg (média ± desvio padrão = 111,94 ± 17,54; mediana= 110; moda= 100). A variação de altura foi de 1,43 m a 1,80 m, com média de 1,58. O IMC variou de 33,95 a 66,60 kg/m², média de 44,82 kg/m². A maioria dos pacientes (82%), tinham um IMC na faixa de 40 a 49,99 kg/m². Em relação ao perfil espirométrico desses pacientes, a média do VEF1 foi de (91,45% ±13,5), a média da CVF (91,38% ± 13,3), e a média

da relação VEF1/CVF (100,20% ± 4,92), com variação entre o maior e o menor de 88% a 105%. Os testes de função pulmonar, mostraram-se alterados em apenas 5,5% dos casos, com predomínio de distúrbio ventilatório obstrutivo. **Conclusão:** Os testes de função pulmonar dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica foram considerados dentro dos parâmetros da normalidade em 94% da amostra, sugerindo que a obesidade não influenciou na função ventilatória.

PO421 A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DOS PACIENTES QUE REALIZAM ESPIROMETRIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

EDVALDO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR; RODRIGO RAMOS RODRIGUES; ÁQUILA MATOS SOARES; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Espirometria; Educação; Extensão

Introdução: A espirometria é um dos exames complementares mais importantes da pneumologia, sendo fundamental na avaliação da função pulmonar. O teste espirométrico faz parte da rotina de uma variedade de patologias, além de ser essencial na avaliação pré-operatória. Entretanto, apesar de ser um exame simples e seguro, submeter-se a uma espirometria pode ser desconfortável, o que é motivo de ansiedade para aqueles que necessitam realiza-lo no acompanhamento contínuo de doenças crônicas, dificultando sua execução. **Objetivo:** Neste âmbito, este trabalho tem por finalidade principal a facilitação da realização deste exame, a quantificação da efetividade da proposta anterior e o levantamento do perfil dos pacientes que realizam espirometria no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) no ano de 2017. **Método:** Para isto, um questionário foi aplicado em 64 pacientes a realizarem a espirometria no HULW e, antes do exame, falou-se simplificadamente sobre seu funcionamento, havendo o esclarecimento de eventuais dúvidas levantadas. Os dados obtidos a partir do questionário e dos exames espirométricos foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, índice de massa corporal (IMC), indivíduos ex-tabagistas, indivíduos tabagistas, indivíduos que nunca fumaram, carga tabágica daqueles que fumam ou já fumaram. **Resultados:** Quanto ao sexo dos participantes notou-se uma frequência absoluta de 13 indivíduos do sexo masculino e 41 do sexo feminino evidenciando uma proporção superior de mulheres (76%) em relação aos homens (24%). Observou-se entre os participantes uma idade média de 49,8 anos, com desvio padrão de 15,9 e uma mediana de 55 anos. Quando avaliados quanto ao tabagismo observou-se que apenas 3 indivíduos se declararam fumantes no momento do questionário, que 46,3% eram ex-fumantes e 48,1% nunca fumaram. Considerando os indivíduos que fumam ou que já fumaram sob o ponto de vista da carga tabágica avaliada na unidade maços/ano observou-se uma amplitude de 249,4 e mediana de 27,875. Os pacientes foram avaliados também quanto ao IMC apresentado observando-se uma média de 29,79, desvio padrão de 8,48e mediana de 28,9. Visando quantificar os participantes que conseguiram realizar o exame com sucesso após serem instruídos quanto a sua técnica de realização observou-se que dentre 64 participantes apenas 10 não obtiveram sucesso, obtendo-se uma amostra de 54 participantes. Ou seja, de todos os pacientes instruídos 84,4% conseguiram realizar o exame. **Conclusão:** Foi observado pouco ou nenhum conhecimento prévio por parte dos pacientes sobre a realização do exame, com a realização de devida explicação pré-exame foi atingido um número satisfatório de primeiras espirometrias bem sucedidas. **Referências:** PEREIRA et al. Espirometria. In: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para testes de função pulmonar. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2002;28(Supl. 3): S1-82.

PO422 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PACIENTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA EM USO DE ANTICOAGULANTE

FERNANDO DE PAIVA MELO NETO[1]; VITHÓRIA MIRANDA DE SOUZA VIEIRA[1]; BIANCA ETELVINA SANTOS DE OLIVEIRA[1]; ESTER ACIPRESTE ROSADO[1]; GABRIELLA THALYA GUEDES[1]; LUCAS VINICIUS RAFAEL FIGUEIREDO[2].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA- UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tromboembolismo Pulmonar; Anticoagulante; Esclerose Múltipla

Introdução: A formação de trombos no sistema venoso profundo e seu desprendimento podem levar à obstrução das artérias pulmonares ou de seus ramos, caracterizando a Tromboembolia Pulmonar (TEP). Fatores de risco incluem idade maior que 55 anos, cardiopatias, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e paralisia de membros inferiores. Além disso, localização e tamanho do coágulo determinam a sintomatologia da doença, geralmente inespecífica. A segurança da terapêutica clássica anticoagulante depende fundamentalmente de controle laboratorial periódico, efetuado mediante dosagem do Tempo de Atividade da Protrombina (TAP), bem como da Razão Normalizada Internacional (RNI), cuja manutenção entre 2,0 e 3,0 assegura boa eficácia antitrombótica com discreto risco de sangramento. Entretanto, os novos agentes anticoagulantes possuem um início de ação rápido e não necessitam de monitorização do TAP e da RNI. **Relato de Caso:** Paciente R. N. O. X., 60 anos, sexo feminino, branca, em auxílio-doença, natural e procedente de João Pessoa. Em novembro/2012, diagnosticada com Esclerose Múltipla, sendo o primeiro surto uma Hemiparesia Esquerda, em junho/2011. Em 2007 e 2011, foi submetida a cirurgias cardíacas para troca de Valva Mitral mecânica e biológica, respectivamente. Em 2016, sofreu AVE Isquêmico secundário à Arritmia Cardíaca, sendo introduzido o Etexilato de Dabigatrana 150 mg 2 vezes ao dia. Em 2018 começou a queixar dispnéia constante, sendo realizado cintilografia pulmonar em agosto/2018 que evidenciou TEP. Fez também arteriografia pulmonar, cineangiocoronariografia e ecocardiograma transesofágico (03/2019), confirmando discretas lesões obstrutivas arteriais pulmonares em lobo pulmonar inferior direito e refluxo valvar tricúspide severo. Após isso, a medicação Etexilato de Dabigatrana foi trocada para Varfarina sódica 5 mg 01 comprimido 1 vez ao dia. Desde, então, evolui com melhora do quadro clínico. **Discussão:** O tratamento do TEP tem como objetivo inicial a segurança clínica e hemodinâmica e suporte farmacológico com agentes inotrópicos e vasoconstritores, além de suporte ventilatório. Ademais, o tratamento principal constitui-se em anticoagulação absoluta, já que estudos desde a década de 60 comprovam que os anticoagulantes diminuem a mortalidade de pacientes com TEP. Na atualidade, há novos anticoagulantes orais no mercado, como Dabigatrano, Apixabano e Rivaroxibano. As terapias anticoagulantes clássicas estão associadas a limitações práticas e farmacológicas, por isso a necessidade de novos agentes anticoagulantes, particularmente ao grau de interações medicamentosas e alimentares e da necessidade de monitorização laboratorial (TAP e RNI). Entretanto, os

fármacos convencionais têm seu espaço assegurado por ter suas moléculas e farmacocinética conhecidas e domínio de seu manuseio por profissionais da saúde.

PO423 ABSCESSO PULMONAR SECUNDÁRIO A FÍSTULA BRONCOESOFÁGICA

ALEXANDRE TREVISAN; FELIPE BEAL; TAYSA ANTONIA FELIX DA SILVA; BRUNA GHELLER; RENATA DIP; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES.
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: abscesso pulmonar; fístula broncoesofagica; cáustica

Introdução: O abscesso pulmonar ocorre devido a uma necrose liquefativa do tecido pulmonar com formação de uma cavidade com mais de dois cm contendo pus no seu interior. As principais causas são pneumonia aspirativa e pneumonia bactéria com má resposta clínica e obstrução brônquica, mas pode ser derivado de outras causas menos comuns como fístulas entre o esôfago e as vias aéreas inferiores. **Relato de Caso:** M. D. M, 64 anos, feminina, negra, solteira, do lar, natural e procedente de Londrina/PR, tabagista, diagnóstico de estenose esofágica por ingestão de soda cáustica na infância e relato de múltiplas dilatações esofágicas endoscópicas. Paciente foi atendida em serviço secundário em 21/04/2019 por quadro de tosse com expectoração purulenta, queda do estado geral e febre há três semanas, sendo diagnosticada com pneumonia e iniciada antibioticoterapia. Evoluiu, sem melhora clínica, sendo encaminhada ao Hospital Universitário de Londrina em 25/04/2019. À admissão apresentou episódio de vômica e, na radiografia de tórax, apresentava abscesso em ápice de lobo superior esquerdo com nível hidroaéreo. Realizado esofagografia com bário, que demonstrou fístula broncoesofágica (FBE) com comunicação com o abscesso pulmonar. Em 06/05/2019 apresentou hemorragia digestiva alta, sendo realizado endoscopia digestiva alta com visualização de úlcera gástrica, subestenose esofágica e fístula esofágica com orifício fistuloso a 18 cm da arcada dentária superior, em parede lateral esquerda. Paciente evolui sem melhora clínica e radiológica do abscesso, apesar da antibioticoterapia, e foi submetida a segmentectomia. Segue em estado grave em ambiente de terapia intensiva**. Discussão:** As FBE adquiridas são raramente diagnosticadas e a esofagografia com bário é ainda considerado o teste mais sensível para o seu diagnóstico. Os antibióticos são a base do tratamento dos abscessos pulmonares, com duração de 6 a 8 semanas. Já o tratamento das FBE é calcado na intervenção cirúrgica ou aplicação de *stents* esofágicos. No caso relatado, paciente apresentava estenose esofágica após ingesta de substância cáustica na infância, com necessidade de múltiplas dilatações endoscópicas, o que provavelmente tornou o esôfago mais suscetível a formação de fístulas. Apresentou complicação com abscesso pulmonar com falha terapêutica à antibioticoterapia e necessidade abordagem cirúrgica para retirada do abscesso. **Conclusão:** Este relato apresenta uma causa incomum de formação de FBE. Apesar de a paciente ter apresentado a ingesta do cáustico na infância, ela foi submetida há várias dilatações esofágicas que tornaram possível a formação da fístula. Mesmo assim, sempre é necessário investigar e descartar as outras causas comuns como tumores e infecções. **Referências:** Desai H, Agrawal A. Pulmonary emergencies-Pneumonia, acute respiratory distress syndrome, lung abscess and empyema. Med Clin N Am 2012; 96: 1127-114 Deb S, Ali MB, Fonseca P. Congenital bronchoesophageal fistula in an adult. Chest. 1998; 114(6)

PO424 RELATO DE CASO DE ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA EM PACIENTE COM TUBERCULOSE

OLÍVIA BÁRBARA BEZERRA ANJOS; ALESSA RIANE DA SILVA OLIVEIRA; BRENDA FERREIRA GOMES; DÉBORA MORGANA BEZERRA DA COSTA; TAINAH BEZERRA VARELA CÂMARA.
UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Aspergillus; Imunodeficiência; Tuberculose

Resumo A aspergilose pulmonar invasiva (API) é uma infecção causada por um fungo de espécie *Aspergillus*. Apresenta uma vasta diversidade clínica a qual está intimamente ligada à imunidade e comorbidade do hospedeiro, com frequentes desfechos fatais. Trata-se de um homem, 52 anos, em situação de rua, drogadito, que procurou o atendimento hospitalar com queixa de tosse há um mês. Antecedente de três tratamentos para tuberculose pulmonar**:** dois desses incompletos, e o último, mais recente, completo com esquema RIPE. Durante à admissão hospitalar manifestou tosse produtiva associada à hemoptise concomitante à febre, dor torácica ventilatório-dependente, astenia intensa, dispneia em repouso e perda ponderal de 10 kg em 1 mês. Ao exame físico inicial, encontrava-se com regular estado geral, dispneico, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente, simétrico com estertores finos discretos bilobares, mais perceptíveis a esquerda. A pesquisa de sorologia para HIV e BAAR no escarro demonstrou resultados negativos, já o resultado do GeneXpert positivou. A conduta primordial após o internamento foi uma associação de Cefepima, Azitromicina e Hidrocortisona. Ao decorrer, fez uso de RIPE e Itraconazol. Nas imagens**:** radiografia de tórax evidenciou um aspecto bicavitário lateral com importante sangramento pulmonar; Tomografia Computadorizada demonstrou a presença de cavitações com paredes espessadas e irregulares, com conteúdo heterogêneo no interior, denso e de baixa densidade, correspondendo a conteúdo hemático e necrótico, respectivamente, sugerindo aspergiloma em atividade no pulmão esquerdo. Diante do quadro clinico-radiológico, o paciente foi submetido a um exame micológico para cultura de *Aspergillus* com resultado positivo para *Aspergillus* seção *Fumigati* com formação de Hifas hialinas septadas em ramificações dicotômicas de 45º. Iniciou-se uma conduta de tratamento após o diagnóstico de API, com continuidade do Itraconazol 200mg/dia. O paciente encontrava-se em estado avançado e não respondeu aos medicamentos indicados e foi, então, encaminhado para uma Pneumonectomia, a qual não chegou a ser realizada em decorrência de seu óbito. A API costuma afetar sobretudo pacientes com algum grau de imunossupressão, diante do caso apresentado, pode-se observar fatores de risco determinantes para evolução e mau prognóstico da doença. Em virtude de sua raridade, é considerada diagnóstico diferencial pulmonar de alta complexidade, dessa forma, a confirmação pela cultura positiva *Aspergillus Fumigatus*, lesões disseminadas em imagens radiológicas e história clínica com sintomas e fatores de risco pertinentes integram o diagnóstico da API. O protocolo de tratamento tem como droga de 1ª linha a Anfotericina B Lipossomal, não administrado no caso relatado, o que comprometeu o desfecho positivo do caso. Portanto pretende-se alertar para relevância das infecções fúngicas em imunocomprometidos, frisando seu diagnóstico precoce e tratamento adequado.

PO425 OSTEONECROSE RELACIONADA À INFECÇÃO DENTÁRIA EM PACIENTE COM PNEUMONIA RECORRENTE: RELATO DE CASO.

MARINA ANDRADE LIMA[1]; CAROLINE UBER GHISI[1]; LÍVIA JARDIM HENRIQUES[2]; IGOR CORDEIRO DE OLIVEIRA[3].
1. HOSPITAL DIA DO PULMÃO, BLUMENAU - SC - BRASIL; 2. FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL; 3. FURB- UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Osteonecrose; Pneumonia; Infecção dentária

As manifestações clínicas da osteonecrose incluem: queixas álgicas, fratura patológica, parestesia ou anestesia de um nervo associado; alguns pacientes podem ser assintomáticos. Há inexistência de um fator de risco identificável em até 40% dos casos, podendo ser causadas por processos infecciosos. Em relação ao caso relatado, a provável causa etiológica da osteonecrose e das pneumonias de repetição foi embolia séptica de foco dentário. D. S, masculino, 30 anos, portador de osteonecrose idiopática, apresentava dor crônica principalmente em topografia de articulação coxofemoral direita com uso contínuo de Dimorf 30mg, 6 vezes ao dia. Em outubro de 2017, procurou Serviço de Pneumologia após internação por broncopneumonia. Queixava-se de tosse e episódios de febre não aferida. No exame físico, ausculta pulmonar sem alterações. Constatou-se dentição em mau estado de conservação. Devido à suspeita de pneumonia aspirativa, prescrita Clindamicina e orientadaconsulta odontológica. No final de 2018, após três episódios de pneumonias refratárias a tratamento hospitalar ao longo do ano, ainda sem tratamento dentário, paciente apresentou febre alta de 40°C, dispneia e dor torácica. Relatava indicação de bomba de morfina para seu caso, por dificuldade no controle da dor intensa. Radiografia de tórax evidenciou discreto infiltrado em base pulmonar direita. Foi internado com suspeita de sepse de foco dentário e tratado com antibioticoterapia empírica. Reiterada a importância do tratamento odontológico. Paciente, no início de 2019, tratou sua condição dentária (foco séptico) com melhora importante das dores ósseas. Iniciou atividades físicas de grande intensidade, antes limitadas pela dor, além de dieta balanceada. Perdeu 30 kg no período. Desde o tratamento do foco séptico dentário não apresentou novas infecções respiratórias. A doença periodontal ocasiona lesão dos tecidos de suporte dentário, proporcionando patologias sistêmicas, devido a sua origem infecciosa. A duração entre o episódio de aspiração e início dos sintomas depende do grau de obstrução das vias aéreas. Fatores socioeconômicos, hábitos populacionais e culturais são preditores para a ocorrência de aspiração dental; por sua vez, é um fator de risco para pneumonia aspirativa, a qual é frequente em idosos e pacientes hospitalizados. Estudos mostram que com melhorias de higiene bucal, diminuem os riscos de pneumonia aspirativa. O tratamento envolve abordagens farmacológicas, biofísicas, medidas cirúrgicas e colocação de próteses articulares. No caso acima, o tratamento do foco séptico primário foi suficiente para melhorar a osteonecrose, dor crônica e evitar a recidiva de pneumonias de repetição.

PO426 PNEUMONIA LIPOÍDICA: RELATO DE CASO

MARIANA PEREIRA MORAIS[1]; GABRIELA DE VASCONCELOS BARROS[2]; GRASIELLE RODRIGUES SANTANA[3]; THACIANA VIRGÍNIA DO CARMO SILVA[2]; DANIELLE ARABI LOPES FRAZÃO[3].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: pneumonia lipoídica; óleo mineral; broncoaspiração

Introdução: A pneumonia lipoídica é uma doença pouco diagnosticada, causada pela aspiração de material oleoso. Em adultos, as principais causas da forma crônica da doença são a utilização contínua de óleo mineral como laxativo e uso de gotas nasais oleosas no tratamento de rinite crônica. A forma aguda está associada à volumosa aspiração de material lipídico, como nos casos de "engolidores de fogo". A pneumonia lipóide consiste em uma resposta inflamatória do parênquima pulmonar à presença de óleo nos alvéolos. Os sintomas são inespecíficos, podendo ser confundida com uma pneumonia bacteriana, com episódios de febre e tosse. A Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) é o melhor exame de imagem para o diagnóstico dessa patologia, tendo como principal achado consolidações alveolares com atenuação de gordura, geralmente associadas a opacidades em vidro fosco e espessamento de septos interlobulares. No lavado broncoalveolar, encontra-se macrófagos e corpos de gordura. Pode-se, ainda, ser realizada uma biópsia transbrônquica. A presença de óleo nos pulmões torna o indivíduo susceptível a pneumonias recorrentes, incluindo infecções por germes atípicos. É uma patologia que está associada a fatores de risco que inibem o reflexo da tosse e que favorecem a broncoaspiração, como doenças gastrointestinais, neurológicas ou psiquiátricas. **Relato de Caso:** Relatamos um caso de uma paciente de 90 anos, portadora de doença de chagas, apresentando megaesôfago, miocardiopatia e megacólon chagásicos. Realizou uma colostomia há 5 anos e, antes do procedimento, fazia uso de óleo mineral diariamente devido à constipação. Foi admitida em Pronto Socorro com quadro de tosse produtiva, dispnéia e febre, associado a cansaço e hiporexia. Foi prescrito uma antibioticoterapia de ampicilina com sulbactam por 14 dias. Na radiografia de tórax, observou-se infiltrado em terço médio do pulmão direito. À TCAR, foi evidenciada volumosa lesão com contorno espiculado e densidade de realce heterogêneo, exibindo focos com densidade de gordura e com extensão pleural, no segmento apical e posterior do lobo superior esquerdo, aproximadamente 56x48mm, outra lesão com mesmas características em segmento superior do lobo inferior direito 29x22mm. Em discussão com a radiologia, concluiu-se que as lesões são compatíveis com pneumonia lipoídica. Além de antibioticoterapia empírica para processo infeccioso secundário à presença de óleo nos pulmões, foi proscrito o uso de óleo mineral e recomendada a realização de medidas para evitar broncoaspiração, como manter a cabeceira da cama elevada e ingestão de dieta fracionada. Inicialmente, a paciente evoluiu com remissão da febre, dispnéia e cansaço, permanecendo com pouca tosse não secretiva. Após a alta, a paciente seguirá em acompanhamento no ambulatório de pneumologia. **Discussão:** Nesse caso, a pneumonia lipoídica ocorreu devido à exposição crônica a óleo mineral associada à presença de megaesôfago, condição predisponente à broncoaspiração.

PO427 FORMA CRÔNICA DE PARACOCCIDIOMICOSE COM ACOMETIMENTO ORAL E PULMONAR: RELATO DE CASO.

MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA; NATALIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; MARIANA FLEURY SKAF; JOSANA CRISTINA ROQUE SOUSA; IGOR DUARTE RODRIGUES VILELA.
HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - HGG, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Paracococcidiomicose; forma crônica; lesões orais

Introdução: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica, relacionada às atividades agrícolas, com incidência e prevalência subestimadas, pela ausência de notificação. A evolução insidiosa do quadro clínico pode ter

como consequência sequelas graves se o diagnóstico e o tratamento não forem instituídos precoce e adequadamente. **Relato de Caso:** Paciente, sexo masculino, 57 anos, tabagista, com histórico de micose pulmonar (não soube especificar) há 15 anos, cujo diagnostico foi através de biópsia pulmonar a céu aberto, realizada em outro serviço, mas com abandono de tratamento. Tem história de trabalho em garimpo de explosão e profundidade por 10 anos, após esse período, e atualmente, trabalhador da construção civil. Internado em um hospital terciário devido a dispneia e dor torácica difusa e mal caracterizada com 6 meses de evolução e piora há 1 mês. Negou perda ponderal e hemoptise. Alegou desconforto em orofaringe concomitante ao quadro pulmonar. Ao exame físico, em bom estado geral, eupneico e ausculta respiratória com murmúrio vesicular reduzido difusamente. Ao exame de orofaringe, lesão ulcerativa em pilar amigdaliano à direita. Tomografia de tórax com extensas opacidades reticulares com distribuição difusa e bilateral, associadas a espessamento de septos interlobulares e múltiplas áreas com atenuação em vidro fosco confluentes, predominando em lobos superiores e segmentos superiores de lobos inferiores, além de múltiplos nódulos de tamanhos variados e contornos irregulares difusos e bilaterais. Resultado da biópsia de lesão em orofaringe confirmou PCM. Paciente recebeu alta da enfermaria de pneumologia em uso de sulfametoxazol + trimetopim mantendo-se em bom estado geral. **Discussão:** A PCM é causada por fungos dismórficos do gênero *Paracoccidioides* através da inalação de conídeos, causando a infecção primária. A doença é caracterizada por envolvimento pulmonar, linfadenopatia e progressão crônica de lesões mucocutâneas. Em imunocompetentes, a imunidade inata induz uma reação inflamatória granulomatosa nos tecidos infectados. A forma crônica afeta predominantemente homens entre 30 e 60 anos de idade das áreas rurais, devido à sua exposição ao hábitat do fungo em solo contaminado. Inicialmente a PCM crônica pode ser assintomática, mas pode progredir para envolvimento pulmonar grave com tosse intensa e dispneia. As anormalidades de imagens em PCM crônica são frequentemente múltiplas e inespecíficas, sendo os padrões mais comuns opacidades lineares e reticulares, nódulos de tamanhos diferentes, opacidades mal definidas, consolidação do espaço aéreo e cavidades. Os *Paracoccidioides* diferem de outros fungos patogênicos por serem organismos sensíveis à maioria dos antifúngicos sistêmicos, incluindo azois, derivados sulfamídicos e anfotericina para formas graves.

PO428 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES EM OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

CARINA GRESPI BUENO; ESTEFANIA APARECIDA THOME FRANCO.
UNESP - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Doenças Respiratórias; Higienização das mãos; Oxigenoterapia domiciliar prolongada

Introdução: A evolução das doenças respiratórias no Brasil, tem colocado desafios crescentes aos sistemas de saúde, e vêm se tornando cada vez mais representativas na morbimortalidade da população idosa, atinge sobretudo as faixas etárias acima dos 65 anos de idade. Dentre as ações de prevenção de agravos à saúde a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções respiratórias relacionadas à assistência à saúde é a higienização das mãos. As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante o contato direto ou indireta entre indivíduos. A importância da prática de higienização das mão é baseada no controle, principalmente de infecções respiratórias. apesar da importância epidemiológica da higienização das mãos na prevenção das infecções, a adesão a essa medida tem se constituído em um dos maiores desafios Considerando a relevância do tema em questão e com a finalidade de contribuir com as ações de prevenção e controle das infecções, a hipótese a ser estudada é a adesão da prática de higienização das mãos, a partir da elaboração de um instrumento informativo para indivíduos que fazem uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada. **Objetivo:** Elaborar um instrumento informativo sobre técnica de higienização das mãos para os indivíduos em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada e execução da técnica de higienização das mãos. **Método:** Trata-se da elaboração de um instrumento ilustrativo de higienização das mãos. Estudo transversal, e análise estatística descritiva. A execução do projeto deu início em fevereiro 2018, antes do início do inverno, em visitas domiciliares de indivíduos em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada. No primeiro momento foi exposto, conforme o instrumento ilustrativo como realizar a técnica de higienização das mãos, e em segundo momento o indivíduo realizava a técnica de higienização das mãos, individualmente. **Resultados:** Foram realizadas 34 visitas domiciliares, no qual 6 não se encontravam em sua residência, e 28 indivíduos foram orientados sobre a execução da técnica de higienização das mãos. Dos 28 indivíduos, 25 compreenderam a técnica de higienização das mãos, e 3 por serem acamados e em cuidados paliativo não foi possível a compreensão da técnica de higienização das mãos. **Conclusão:** Com a criação do instrumento ilustrativo os indivíduos aderiram a prática de higienização das mãos, pela facilidade em compreender, a partir do instrumento ilustrativo, como pôr em prática a técnica de higienização das mãos. Tanto os indivíduos como os cuidadores compreenderam a importância da técnica, e a adesão a essa prática, sendo uma medida simples e eficaz para prevenção de infecções respiratórias. **Referências:**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Manual de segurança do paciente – higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA/MS; 2008. 100 p.

PO429 SÍNDROME DE KARTAGENER EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS

THANA ARAÚJO ALVES DE SOUZA LIMA; MARIA MARINA DA NÓBREGA CARVALHO; ERIKA CAVALCANTI RUFINO; FLÁVIA RAQUEL OLIVEIRA FREITAS; MICHELLE LEAL MARQUES NEVES; ALINE MORAIS LOPES.
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Kartagener; Situs Inversus Totalis; Tosse

Introdução: Situs Inversus Totalis é uma síndrome rara, caracterizada pela inversão dos órgãos em tórax e abdome, causada por um distúrbio na rotação do tubo cardíaco durante o processo embriológico. Pacientes com esse achado podem apresentar também bronquiectasias e sinusites crônicas, caracterizando a Síndrome de Kartagener. É a forma clínica mais grave de discinesia ciliar primária e desencadeia infecções no trato respiratório desde a infância, pneumonia crônica, otite média crônica, pólipos nasais, tosse produtiva, hemoptises e até falência respiratória e cardíaca. **Relato de Caso:** Paciente refere há anos tosse com secreção amarelo-esverdeada ao acordar que clareia ao decorrer do dia. Apresenta períodos de intensificação do quadro associado a dispnéia aos médios esforços, sibilância e dor torácica em aperto 4/10, melhora com corticóide, antibiótico e Salbutamol spray. Nega tabagismo e passado

de TB, refere rinite e rinossinusite, é fumante passiva. EF: AR com sibilos, roncos e estertores crepitantes grossos difusamente com predomínio à esquerda; ACR RCR em 2T com BNF sem sopros, ausculta à direita. Solicitado TC de Tórax e de Seios da Face e Espirometria. Prescreveu-se Levofloxacino 750 mg 1x/dia 10 dias, Formoterol + Budesonida inalatória 2x/dia, Budesonida nasal e Azitromicina 3xsemana. Ao retorno, dispneia aos pequenos esforços, pirose, DPN, ortopnéia. Traz TC de seios da face com sinusopatia e desvio de septo; TC de Tórax com situs inversus totalis e Espirometria com distúrbio obstrutivo moderado a grave (VEF1 54% do esperado). Diante de Síndrme de Kartagener socilitou-se ECO, ECG e USG de Abdomen, foi encaminhado ao otorrinolaringologista e prescrito Azitromicina 3x/semana, Budesonida 50mg 2x/dia, Omeprazol 40mg 1x/dia 8 semanas, Bromoprida 2x/dia 8 semanas, vacinação para Influenza e pneumococos. Ao retorno, refere melhora dos sintomas e traz exames. USG abdominal com situs inversus totalis e morfologia normal de órgãos; ECO com FEVE 36%, hipocinesia difusa de VE, situs inversus totalis, disfunção sistólica moderada de VE e diastólica tipo II de VE; ECG com ritmo sinusal, FC = 75 bpm, traçado normal. Foi encaminhado ao cardiologista e mantido Azitromicina 500 mg, Formoterol + Budesonida inalatório 2x/dia, Levofloxacino 750 mg 1x/dia 10 dias, Omeprazol 20mg 1x/dia. **Discussão:** Na síndrome de Kartagener observa-se um defeito no transporte de secreções no trato respiratório, favorecendo a proliferação viral e bacteriana, ocasionando infecções crônicas e repetidas, como evidencia o relato. Devido a isso explica-se a necessidade de antibioticoterapia recorrente, como foi realizada. Ao atendimento da paciente em questão, visto seus sintomas e presença do Situs Inversus Totalis, foi feito o esclarecimento sobre a doença de Kartagener e a prescrição de medicamentos para as infecções presentes, já que não há tratamento específico, corroborando para o diagnóstico precoce e evitando o desenvolvimento de alterações irreversíveis.

PO430 ANÁLISE DO PERFIL DEMOGRÁFICO DAS INTERNAÇÕES POR PNEUMONIA NO TERRITÓRIO BRASILEIRO NO ANO DE 2018

FELIPE SILVA TAVARES[1]; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[3]; MAGDA CECÍLIA CARDOSO FERREIRA[4]; DIEGO MEDEIROS DELGADO[2]; RODRIGO ÍCARO NÓBREGA DE MEDEIROS[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, GUARABIRA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. HULW/UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: pneumonia; hospitalização; demografia

Introdução: A pneumonia é uma das principais causas de morte por doenças infecciosas no mundo. As taxas de mortalidade variam de acordo com a população e o contexto estudados. Maiores taxas são encontradas em regiões menos desenvolvidas. De acordo com o Sistema Único de Saúde - SUS, foi a segunda causa de hospitalização em 2017: ocorreram 598. 668 internações e 52. 776 óbitos por Pneumonia Adquirida na Comunidade - PAC em nosso país naquele ano. Apesar de ser uma afecção frequente, há poucos estudos nacionais em relação ao seu comportamento dentro do país. Nesse sentido, o objetivo deste estudo consiste em avaliar o perfil demográfico das internações por pneumonia no ano de 2018, no intuito de possibilitar maior conhecimento sobre sua epidemiologia, uma melhor abordagem da doença, bem como dos fatores de risco. **Métodos:** Estudo descritivo, documental e transversal, de abordagem quantitativa. Foram analisados os dados referentes às internações por asma nas regiões e unidades federativas no ano de 2018, obtidos por meio do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/DATASUS/MS. Os dados foram consolidados e determinam as taxas de internação segundo região, a média mensal de internações para o Brasil, bem como o comportamento da asma nos meses do ano. **Resultados:** Considerando a distribuição demográfica, verificou-se uma média nacional de 284,9 internações/100 mil habitantes. Em ordem decrescente, temos as seguintes taxas de acordo com a região: sul (394), norte (307), centro-oeste (287), nordeste (270) e sudeste (252). Seguindo este indicador, a maior taxa de internação foi na região sul, enquanto a sudeste obteve a menor taxa. Em todo o território nacional houve, entre os meses de janeiro e fevereiro, um decréscimo no total de internações hospitalares por pneumonia, havendo uma grande elevação dos índices nos meses seguintes, até atingir-se o pico anual nacional de internações, ocorrido no mês de maio. Ocorreram em todo o país 68. 613 internações em maio, número 3,09 vezes maior do que o registrado em dezembro do mesmo ano (22. 216), sendo este último o mês com o menor número de internações registradas. Em todas as regiões, o pico de internação foi no mês de maio, exceto na região sul, que foi em julho. **Conclusão:** A análise do perfil demográfico da pneumonia permitiu inferir sobre o comportamento da doença nas diferentes regiões e unidades da federação - e seus meses de ocorrência -, contribuindo, assim, para o planejamento de políticas públicas voltadas para o estímulo de medidas de prevenção, tais como o aumento de campanhas de vacinação e contingenciamento de leitos.

PO431 USO DE VENTILAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA OSCILATÓRIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM SDRA: RELATO DE CASO

GUILHERME ARCOVERDE PINTO[1]; DANIEL ARCOVERDE DE SOUSA[2]; ALICE SLONGO[1].

1. UNIPÊ - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: VAFO; SDRA; Intubação

Introducao: A Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) é uma lesão inflamatória caracterizada por infiltrado pulmonar bilateral à radiografia torácica, ocorrendo em resposta a um insulto pulmonar ou sistêmico e que possui diferentes níveis de intensidade, os quais acabam levando à hipoxemia e alterações na mecânica ventilatória. Ela é causa importante de insuficiência respiratória em unidades de terapia intensiva pediátrica associada à significativa morbidade e mortalidade. Assim, o uso da ventilação de alta frequência oscilatória (VAFO) vem sendo recomendada em casos de crianças com falência respiratória hipoxêmica refratárias a ventilação tradicional. **Relato de Caso:** Paciente, 10 meses, sexo feminino, apresentou tumoração em flanco direito onde foi evidenciada massa sólida em rim direito deslocando estruturas adjacentes, sem demais achados significativos após realização de USG e TC de abdome. Realizou Nefroureterectomia Radical direita sem intercorrências. Foi encaminhada, ainda intubada, para monitorização na UTI, apresentando quadro estável no primeiro dia pós-operatório. No dia seguinte, após realização da extubação, a paciente apresentou laringite, além de retração da fúrcula, roncos e sibilos na ausculta pulmonar. Radiografia torácica mostrou infiltrado em HTX direito com níveis de PCR crescentes e, por isso, foi solicitado painel viral que posteriormente daria positivo para H1N1. Precisou ser reintubada, mas por redução dos

parâmetros ventilatórios, a melhor opção passou a ser a VAFO (ventilação de alta frequência oscilatória) em posição de pronação. Fez uso de surfactante intratecal devido a SDRA em quatro doses, a qual obteve melhora parcial dos sintomas. Após evolução do quadro geral, foi retirada a VAFO com retorno para VMI em parâmetros de ventilação mínima até realizacao da traqueostomia. Evoluiu com episódios sem ventilação mecânica até ficar estável sob ar ambiente. **Discussão:** A Sindrome do Desconforto respiratório Agudo é uma importante causa de mortalidade na pediatria, sendo cerca de 18 a 35% (Flori HR et al.). Desse modo, o suporte ventilatório torna-se uma importante medida de resgate nos quadros de descompensação respiratória, no entanto, quando utilizado de forma inadequada pode causar atelectasias e super distenção. Com isso, a Ventilação de alta frequência por oscilação (VAFO) é uma estratégia que utiliza frequências respiratórias muito altas, com volume atual igual ou inferior ao espaço morto anatômico (1-2 ml / kg). A VAFO é indicada principalmente como tratamento de resgate no qual a ventilação mecânica convencional (CMV) falha, como também, em pacientes com síndrome de vazamento de ar, especialmente enfisema intersticial pulmonar (Arias, D. Et al.). Segundo o consenso pediátrico, mesmo não havendo unanimidade, a maioria dos profissionais recomendam a utilização da VAFO em pacientes com SDRA, associada a manobras de recrutamento com o objetivo de otimizar o volume pulmonar.

PO432 ASSINCRONIA DO TIPO DUPLO DISPARO EM PACIENTE CRITICO PSIQUIATRICO SOB USO DE DROGAS ANALGÉSICAS E SEDATIVAS

ANA PAULA MONTEIRO DO NASCIMENTO; LÍVIA MARIA MENDES DE LIMA; FELIPE XAVIER CAMARGO; PAULO CESAR GOTTARDO; IGOR DE OLIVEIRA MELO; FRANCISCO VICTOR CAVALCANTE DE ANDRADE HENRIQUE.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA-UNIPÊ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Assincronia; ventilação mecânica; sedativos

Introdução: Os modos de ventilação mecânica invasiva, ou seja, onde o paciente é auxiliado após seu esforço respiratório oferecem vantagens significativas sobre os modos controlados em termos de função muscular, proteção pulmonar e uso reduzido de sedação. Neste contexto, uma apropriada interação paciente-ventilador é fundamental, a assincronia paciente-ventilador está associada a complicações clínicas e ocorre em 25% dos pacientes em unidades de terapia intensiva e deve ser combatida em ambiente critico. Sendo o objetivo do presente relato de caso apresentar um caso de um paciente com assincronia de duplo disparo mesmo em uso de drogas sedativas e ressaltar a importância do detecção e ajuste dos modos ventilatórios de forma precoce. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 53 anos, com diagnóstico de pneumonia, insuficiência respiratória aguda e doença psiquiátrica com presença de infecção comunitária a admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estava sob uso diário de 4 ampolas de noradrenalina. Além das drogas sedativas**:** diazepam, midazolam, e propofol e analgésicas**:** dipirona e fentanil. Apresentava Glasgow 6, na escala de dor BPS**:** 4 e na escala de sedação RASS 0. Sob assistência ventilatória mecânica invasiva no modo PCV e apresentado assincronia paciente ventilador tipo duplo disparo. **Discussão:** A assincronia ventilatória do tipo duplo disparo tem como principal causa o tempo inspiratório muito curto em relação ao tempo neural. A assincronia paciente-ventilador causa uma série de efeitos clínicos adversos e se associa a desfechos indesejados, como desconforto, dispneia, piora da troca gasosa, aumento do trabalho da respiração, lesão muscular diafragmática, interferência na quantidade e qualidade do sono e aumento da necessidade de sedação. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 53 anos, com diagnóstico de pneumonia, insuficiência respiratória aguda e doença psiquiátrica com presença de infecção comunitária a admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estava sob uso diário de 4 ampolas de noradrenalina. Além das drogas sedativas**:** diazepam, midazolam, e propofol e analgésicas**:** dipirona e fentanil. Apresentava Glasgow 6, na escala de dor BPS**:** 4 e na escala de sedação RASS 0. Sob assistência ventilatória mecânica invasiva no modo PCV e apresentado assincronia paciente ventilador tipo duplo disparo. **Referências:** Públio, S. C. e Martins, J. A. (2010). Interação paciente ventilador nas diferentes fases do ciclo ventilatório em ventilação por pressão de suporte. Revista Médica de Minas Gerais, 20: 55–65.

PO433 RELATO DE CASO: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE SARCOIDOSE PULMONAR

THIAGO PALMEIRA SANTANA[1]; ANNY CAROLYNNE FERREIRA LOPES DE SIQUEIRA[2]; CARLIANE MACEDO GOMES[2]; VICTOR CURSINO LIMA[2].

1. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Sarcoidose; Diagnóstico; Granuloma

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória sistêmica não infecciosa caracterizada pela formação de granulomas não-caseosos, que acomete principalmente o sistema pulmonar. Muitas vezes é identificada acidentalmente através de exames de imagem, sendo necessário a exclusão de diagnósticos diferenciais, principalmente com doenças infecciosas. **Relato de Caso:** T. V. F., 60 anos, feminino, natural de São Paulo, procedente de Triunfo-PE. Paciente foi acompanhada na urologia em 2014 por quadro de infecção urinária de repetição e incontinência urinária, onde durante o exame foi evidenciado linfonodomegalia inguinal. Foram solicitados tomografia (TC) de abdome com contraste e biópsia linfonodal, que evidenciaram, respectivamente, linfonodomegalias em cadeia retroperitoneal, inguinais e hilo hepático e linfadenite crônica granulomatosa com presença de células gigantes tipo Langerhans. A partir disso foi iniciado tratamento para tuberculose ganglionar com COXCIP 4 durante 6 meses. No entanto, a paciente persistiu com linfonodomegalia. Em 2016, foi realizado TC de tórax evidenciando múltiplos nódulos densos, de contorno irregular e espiculados em ambos os pulmões, os maiores medindo 1cm, sugerindo infecção atípica ou neoplasia secundária. Com isso, a paciente foi encaminhada para o serviço de pneumologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz e durante a consulta referiu tosse e dispneia ocasionais (MRC-2), porem negava febre e hemoptise. A espirometria evidenciou distúrbio restritivo leve e a broncoscopia com lavado mostrou resultado negativos para bacilo de Koch e fungos. Após discussão com a cirurgia torácica realizou biópsia pulmonar, cujo anatomopatológico sugeriu sarcoidose. Assim, iniciou tratamento com corticoide em 2017 e seis meses depois a paciente retornou ao serviço com TC de tórax evidenciando excelente melhora, com desaparecimento de opacidades e raros micronódulos. Em acompanhamento posterior a paciente referiu melhora da dispneia e tosse, sendo orientada a retornar ao serviço periodicamente para acompanhamento clínico. **Discussão:** A sarcoidose tem um pico de incidência entre 25-40 anos e outro após os 60, e é mais frequente em mulheres. Possui etiologia

desconhecida, mas admite-se que vários antígenos possam provocá-la em indivíduos geneticamente susceptíveis. O quadro clínico pode ser assintomático ou apresentar sintomas inespecíficos (febre, emagrecimento e fadiga). Em 90% dos casos o pulmão é acometido. Na prática, o diagnóstico é feito através do quadro clínico associado a achados radiológicos e histopatológicos compatíveis. O tratamento de primeira linha é com corticoides. O caso enfatiza a dificuldade de diagnosticar a sarcoidose, por ser de exclusão, e a problemática de diferenciar com doenças granulomatosas infecciosas, principalmente em países, incluindo o Brasil, em que essas comorbidades são prevalentes, como a tuberculose.

PO434 OSSIFICAÇÃO PULMONAR DENDRIFORME: RELATO DE CASO

JOSE ADRIANO MIRANDA BEM[1]; CAROLINA DE FREITAS CAVALCANTE CARIBÉ[2]; PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA[3]; MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO[3]; JOSÉ FABRÍCIO MACEDO[2]; JOSE RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO[4].

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, CEDRO - PE - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE - PE - BRASIL; 4. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Ossificação heterotópica; Pneumopatias; Relatos de casos

Introdução: A ossificação pulmonar difusa é um distúrbio que se caracteriza pela formação de osso maduro no parênquima e/ou alvéolo pulmonar. Nesse trabalho, é relatado um caso de ossificação pulmonar dendriforme (OPD) idiopática. **Caso clínico:** Um homem de 45 anos de idade com achado de alteração em radiografia de tórax em avaliação pré-operatoria. Não possuía exposição ou comorbidades importantes. Exames laboratoriais todos normais, realizado biópsia transbrônquica, mas sem amostra suficiente para estudo histopatológico. A tomografia de tórax evidenciava pequenos nódulos pulmonares de densidade óssea, sem bronquiectasias de tração ou distorção arquitetural do pulmão, sendo definido como ossificação pulmonar dendriforme (DPO) idiopática**. Discussão:** A OPD é uma doença pulmonar incomum que se caracteriza por formação de osso maduro no parênquima pulmonar, podendo ser idiopática ou se associar a doenças pulmonares crônicas. A patogênese da ossificação pulmonar não é completamente compreendida. O diagnóstico é quase sempre feito por necropsia ou a partir de achado incidental de radiografia de tórax alterada que motiva investigação. A evolução clínica é indolente e não existe proposta de tratamento especifico. Na tomografia computadorizada de tórax, a OPD se apresenta como pequenas opacidades reticulares de densidade óssea na porção basal e periférica dos pulmões, melhor identificadas em janela óssea. O padrão-ouro para o diagnóstico é o estudo histopatológico que demostra osso no parênquima pulmonar, mas os achados tomográficos possuem elevada sensibilidade e especificidade. O conhecimento desta entidade é importante para pneumologistas e radiologistas de modo que não seja confundido com outras condições que podem apresentar depósito de cálcio. **Referências:** Lara JF, Catroppo JF, Kim DU, da Costa D. Dendriform pulmonary ossification, a form of diffuse pulmonary ossification: report of a 26-year autopsy experience. Arch Pathol Lab Med. 2005;129(3): 348-53. Tseung J, Duflou J. Diffuse pulmonary ossification: an uncommon incidental autopsy finding. Pathology. 2006;38(1): 45-8. Gruden JF, Green DB, Legasto AC, Jensen EA, Panse PM. Dendriform Pulmonary Ossification in the Absence of Usual Interstitial Pneumonia: CT Features and Possible Association With Recurrent Acid Aspiration. AJR Am J Roentgenol. 2017;209(6): 1209-15. Kim DU, Guinee D, Mohammed TL. Case of the season: usual interstitial pneumonia with dendriform pulmonary ossification. Semin Roentgenol. 2015;50(1): 4-7. Sheth JS, Belperio JA, Fishbein MC, Kazerooni EA, Lagstein A, Murray S, et al. Utility of transbronchial vs surgical lung biopsy in the diagnosis of suspected fibrotic interstitial lung disease. CHEST 2017;151(2): 389-399. Sheth JS, Belperio JA, Fishbein MC, Kazerooni EA, Lagstein A, Murray S, et al. Utility of transbronchial vs surgical lung biopsy in the diagnosis of suspected fibrotic interstitial lung disease. CHEST 2017;151(2): 389-399.

PO435 AMILOIDOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

DANIELLE MARIE CARDOSO; SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA; ÉRICA ALINE ANDRADE SANTOS; JOSE RENATO FERREIRA TORRANO JUNIOR; RICARDO COELHO REIS.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Amiloidose; Nodular; Dispneia

Introdução: A Amiloidose é uma condição hereditária ou aleatória que pode causar doença sistêmica ou localizada. **Relato de Caso:** Paciente masculino, com tosse seca e dispneia. Realizou Rx e TC de tórax que evidenciou nódulos e massas esparsos pelo parênquima. Foi submetido à biópsia cirúrgica, com histopatológico de trabéculas ósseas infiltradas por neoplasia de células fusiformes e hemorragia. A imuno-histoquímica mostrou amiloidose com proliferação miofibroblástica e metaplasia óssea. A revisão de lâmina confirmou amiloidose. A investigação em outros órgãos foi negativa. **Discussão:** A amiloidose se caracteriza por depósitos de material amiloide em qualquer tecido ou órgão do corpo. Pode ser localizada ou sistêmica. Quanto à etiologia, ela pode ser primária (AL), secundária (AA), hereditária e senil. Na forma 1ª sistêmica (AL), o pulmão é acometido em 90% dos casos, com prognóstico ruim e pode estar associado ao mieloma múltiplo. Nesse caso, o coração é o órgão mais afetado, podendo acometer outros. Na forma 2ª (AA) o acometimento pulmonar não causa sintomas e os depósitos amiloides são grandes. O prognóstico é melhor. Há três formas de apresentação pulmonar: traqueobrônquica, nodular e parenquimatosa difusa. A forma traqueobrônquica é a mais comum e pode manifesta-se com dispneia, tosse, hemoptise, sibilância e estridor. O diagnóstico é por biópsia via broncoscopia. A TC pode mostrar nódulos, deslocando traqueia e/ou brônquios, ou espessamento das paredes brônquicas, com placas submucosas multifocais. A forma nodular apresenta nódulos ou massas intrapulmonares: amiloidomas. O paciente geralmente é assintomático, podendo apresentar tosse. Os nódulos localizam-se em lobos inferiores, periféricos e subpleurais, uni ou bilaterais. São bem definidos, com calcificações irregulares e podem cavitar, tem crescimento lento. A forma parenquimatosa possui o pior prognóstico e o curso acelerado, com sobrevida curta. É rara e apresenta acometimento septal-alveolar e intersticial. Associa-se à forma sistêmica primária ou ao mieloma múltiplo. Cursa com dispneia, tosse e/ou hemoptise. Não há tratamento consensual descrito na literatura. Pode variar desde acompanhamento clínico, imunomoduladores e corticoides a transplante de células-tronco e radioterapia. O paciente relatado apresenta a forma nodular de amiloidose pulmonar, sem evidências de doença em outros órgãos. **Conclusão:** A amiloidose pulmonar é uma doença rara, mas

deve ser levada em consideração nos casos clínicos em que há presença de nódulos ou comprometimento pulmonar difuso. **Referências:** 1. GANDHAM AK, GAYATHRI AR, SUNDARARAJAN L. Pulmonary amyloidosis**:** A case series. Lung India 2019; 36: 229-32. 2. MILANI P, BASSET M, RUSSO F, ET AL. The lung in amyloidosis. Eur Respir Rev 2017; 26: 170046.

PO436 SÍNDROME DAS UNHAS AMARELAS: RELATO DE CASO

GILVANDA MACHADO DE MENEZES; ALINE THAMYRIS CORREIA DE LUNA; CARMEN DOLORES RODRIGUES PITANGA DE MACEDO; VIVIANE ANDRÉIA PEREIRA DE ARAÚJO; MAYHARA LIMA E SILVA JORDÃO EMERENCIANO; THAYSLANNE GONÇALVES DE MOURA BARBOSA.
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome da unha amarela; Derrame pleural; Diagnóstico de enfermagem

Introdução: A síndrome da unha amarela (SUA) é uma patologia de origem desconhecida, a qual se constitui na existência de unhas amarelas, linfedema e derrame pleural. No cenário atual, julga-se indispensável para o diagnóstico da SUA, que o indivíduo progrida com duas dessas predominantes características. Essa síndrome é um distúrbio crônico da unha, identificado por uma parada ou redução do crescimento da mesma, originando espessamento, endurecimento e coloração amarelada. A obstrução linfática decorrente da anormalidade anatômica, é frequentemente apontada como causa da patologia. **Relato de Caso:** Cliente do sexo masculino, 56 anos de idade, raça caucasiana, solteiro e desempregado. Relatou perceber há 22 anos, a coloração amarelada das unhas associado a fraqueza de MMII. Desde então começou a apresentar problemas respiratórios. Em 2015, o paciente apresentou derrame pleural em hemitórax esquerdo, sendo realizado toracocentese e biópsia da pleura, com resultado de pleurite crônica granulomatosa. Esteve internado em 2017 com quadro de tosse associada à dispneia progressiva com expectoração hialina, apresentando novo derrame pleural, só que dessa vez em hemitórax direito. Em 2018 foi internado por apresentar linfedema de MMII, associado a dispnéia aos mínimos esforços, tosse produtiva e episódios febris. **Discussão:** O relato descreveu um caso clássico da síndrome no qual estiveram presentes as três características que definem a síndrome**:** unhas amarelas, derrame pleural recorrente e edema linfático de membros inferiores. Por tratar-se de uma doença rara, até o dado momento, não se tem conhecimento de um tratamento eficiente para a doença, se faz apenas a prevenção dos sintomas e das prováveis infecções de vias respiratória. Desta forma foi possível listar alguns diagnósticos de enfermagem, que foram**:** baixa autoestima relacionada as unhas amarelas associadas ou não ao linfedema; deambulação prejudicada relacionada ao linfedema e a dispneia; padrão respiratório ineficaz, relacionado ao derrame pleural. Diante dos diagnósticos, é possível proporcionar uma melhor assistência de enfermagem a esses pacientes, desenvolvendo um trabalho voltado para o entendimento desses problemas, relacionando-os entre si e agindo sobre os mesmos, caracterizando o aspecto científico do cuidar.

PO437 MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS PULMONARES EM PEDIATRIA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CIRÚRGICO

ALINE FREIRE SILVA LIMA; ANA CAROLINA DA COSTA FERREIRA; AMANDA BRAOLLOS SILVA; MITHALLY SUANNE RIBEIRO ROCHA; ISABEL ASSUNÇÃO MAIA; RAFAELLA FUNGARO BARAGATTI.
FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: malformação congenita; pulmão; pediatria

Introdução: As malformações congênitas são um conjunto de lesões de origem embrionária, decorrentes do desenvolvimento do intestino primitivo por volta do 21° dia de vida e sua diferenciação em sistema respiratório. A incidência das malformações congênitas varia de 30-42 casos para cada 100. 000 habitantes por ano ou de 0,06-2,2% dos pacientes internados em hospitais. **Objetivos:** Elucidar sobre a conduta diagnóstica e terapêutica cirúrgica das malformações congênitas pulmonares em pediatria. **Métodos:** Realizada revisão da literatura científica mediante consulta nas bases Eletrônicas de dados bibliográficos da MEDLINE, LILACS, SciELO, EMBASE, livros e documentos oficiais com os descritores "diagnóstico" "tratamento cirúrgico", "malformações congênitas pulmonares" e seus correspondentes em língua inglesa no período de 12 anos. **Resultados:** A maioria das malformações congênitas são descobertas em exames post mortem, muito embora com o advento da ecografia pré-natal, observa-se um aumento importante de diagnóstico. No grupo heterogêneo das malformações pulmonares congênitas podem envolver o parênquima pulmonar, suprimento arterial e drenagem venosa, destacando-se as malformações adenomatoide cística (MAC), sequestro pulmonar, enfisema lobar congênito e cistos broncogênicos e malformação arteriovenosa. O diagnóstico será realizado em qualquer idade, pois podem apresentar manifestações sintomáticas respiratórias ao nascimento ou permanecem assintomáticos até em idades adultas. A análise precoce é de fundamental relevância para o desfecho do tratamento, principalmente em insuficiência respiratória neonatal e prevenção de complicações futuras com infecções pulmonar. Logo, é necessário a utilização de diversos exames radiológicos para manejo adequado de um tratamento cirúrgico, destacando a ultrassonografia com doppler pré-natal e pós-natal, ressonância magnética nuclear pré-natal e a TC de tórax. As diferentes formas de malformações pulmonares congênitas têm como principal tratamento a ressecção pulmonar, que deve ser a mais conservadora possível e a realizada com maior periodicidade é a lobectomia, seguidos ou não dos procedimentos de toracoscopia ou toracotomia variando da experiência de cada serviço. A conduta das malformações pulmonares congênitas em pacientes assintomáticos ainda é controverso, posto que é imprevisível o prognóstico dessa afecção. Nesse diapasão, em média 45% desses pacientes vão manifestar algum tipo de complicações como, pneumotórax, hemotórax, pneumonia, hemoptise, pleurite. **Conclusão:** Diante disto, o manejo adequado de um tratamento cirúrgico dependerá da utilização de diversos exames radiológicos, e para a grande parte dos autores, optam pela ressecção da lesão, sendo lobectomia a mais realizada, posto que o desenvolvimento pulmonar e o crescimento de número de alvéolos são até o oitavo ano de vida, assim obtendo um equilíbrio no parênquima ressecado.

PO438 COMPARAÇÃO ENTRE SULFATO DE MAGNÉSIO E OUTROS AGENTES FARMACOLÓGICOS NA CRISE ASMÁTICA GRAVE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ANA TERESA BARBOSA DE CARVALHO E SILVA; ALINE FREIRE SILVA LIMA; ITALO JULIERME BARROS DUARTE; ANA CAROLINA DA COSTA FERREIRA; AMANDA BRAOLLOS SILVA; RAFAELLA FUNGARO BARAGATTI.
FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: sulfato de magnésio; asma; pediatria

Introdução: A asma é uma patologia marcada por crises de hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e broncoespasmo severo. O tratamento das crises asmáticas envolve o uso de diversos agentes farmacológicos, dentre eles

destaca-se o sulfato de magnésio: potente broncodilatador com efeitos anticolinérgicos e anti-inflamatórios. **Objetivo:** Comparar a eficácia entre o sulfato de magnésio e outros agentes broncodilatadores no manejo da crise asmática em crianças. **Metodologia:** Foi realizado uma revisão bibliográfica nos periódicos LILACS, PUBMED e SCIELO, utilizando os descritores: asma, sulfato de magnésio, crianças. **Resultados e discussão:** Foram selecionados 13 trabalhos científicos envolvendo o uso do sulfato de magnésio em pacientes pediátricos sob crise asmática. Em cinco estudos foram identificados melhora da função pulmonar, menor necessidade de internação e ventilação mecânica associada ao uso de sulfato de magnésio. Em um estudo envolvendo 31 crianças em crise asmática foi encontrado melhora do pico de fluxo expiratório após 20 minutos de tratamento com sulfato de magnésio, mesmo após o uso de beta-2-adrenérgicos prévios. Observou-se em outro trabalho que o uso do sulfato de magnésio por via intravenosa foi associado a menor necessidade de instituição de ventilação mecânica em pacientes pediátricos sob crise asmática. Em um estudo avaliando a associação entre sulfato de magnésio e albuterol foi constatado que a adição de sulfato de magnésio gerou uma maior resposta sobre o pico de fluxo expiratório em crianças em crise asmática. Apenas um estudo clínico apontou superioridade do albuterol sobre o sulfato de magnésio no tratamento de asma refratária em crianças. Apesar de vários estudos terem constatado benefícios, o estudo MAGNETIC, grande estudo multicêntrico randomizado envolvendo o uso de sulfato de magnésio em 30 hospitais, refutou estes achados. Neste estudo os autores, apesar de terem encontrado diferença estatisticamente significativa em pacientes em crise moderada a grave, não encontraram diferença clínica na asma aguda em pacientes pediátricos quando analisado escore específico. Este achado negativo foi corroborado por dois estudos randomizados e controlados presentes na revisão. È importante salientar que nestes estudos o Sulfato de magnésio foi administrado por nebulização o que pode ter dificultado a entrada do fármaco nas vias aéreas de menor calibre devido a broncoespasmo severo característico da crise asmática. Um estudo comparou a eficácia do sulfato de magnésio a outros agentes como aminofilina e terbutalina, neste estudo conclui-se que o sulfato de magnésio foi superior a estes outros agentes terapêuticos. **Conclusão:** O sulfato de magnésio mostrou-se mais eficaz na melhora da função pulmonar que a maioria dos agentes farmacológicos utilizados como primeira linha no tratamento da crise asmática em crianças, apresentando ainda importante sinergismo terapêutico quando administrado em conjunto a agonistas beta-2 adrenérgicos.

PO439 ALTERAÇÃO NO CONSUMO ALIMENTAR EM CRIANÇAS INTERNADAS COM AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

VANESSA MEIRA CINTRA RIBEIRO[1]; CAROLINA HOLANDA IPIRANGA DE SOUZA DANTAS[2]; PAULA DE FREITAS BRANDÃO[2]; JACKELINE SALES SILVA[2]; SARA DE SOUSA ROCHA[2]; YASMIN FARIAS GOMES[3].
1. COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES, CAJAZEIRAS - PB - BRASIL; 2. COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Ingestão Alimentar; Enfermidades Respiratórias; Pediatria

Introdução: Entre as doenças respiratórias que mais acometem crianças, a pneumonia está entre as principais, sendo caracterizada como uma doença inflamatória que afeta os pulmões através da invasão e do crescimento de microorganismos. Mundialmente, a pneumonia permanece como a principal causa de morte evitável entre crianças menores de 5 anos, chegando a matar cerca de 880 mil crianças no ano de 2016, o que correspondeu a cerca de 16% da mortalidade infantil em tais menores. No Brasil, a pneumonia é responsável por 5% das mortes anuais de crianças menores de 5 anos. O acompanhamento nutricional em crianças hospitalizadas apresenta um papel extremamente significativo para um adequado planejamento de ações, objetivando minimizar qualquer risco nutricional e proporcionar um melhor prognóstico. **Objetivo:** Verificar a alteração de ingesta alimentar em crianças hospitalizadas por afecções respiratórias. **Métodos:** Estudo transversal desenvolvido com dados coletados dos prontuários do Serviço de Nutrição de um hospital pediátrico de referência do estado da Paraíba. Foram utilizados 37 prontuários de pacientes internados com doenças do aparelho respiratório no período de maio de 2019, com idade entre 0 a 10 anos. Considerou-se a ingesta alimentar adequada para as crianças cujo consumo fosse superior a 85% da dieta hospitalar oferecida. **Resultados:** A amostra foi composta por 21(56,8%) pacientes do sexo masculino e 16 (43,2%) do sexo feminino. Entre as doenças mais frequentes, de acordo com a ordem de incidência, observou-se: 32 diagnósticos de pneumonia (86,5%);13 de derrame pleural (35,1%); 8 de síndrome do desconforto respiratório agudo (21,6%); 7 de bronquiolite (18,9%); 4 de insuficiência respiratória aguda (10,8%); 3 de pneumonia aspirativa (8,1%) e 3 de broncodisplasia (8,1%). Verificou-se por meio de teste de associação que as crianças portadoras de pneumonia foram as que apresentaram maior proporção de alimentação inadequada em ambiente hospitalar, representando 93,1% dos casos (p=0,041). **Conclusão:** A partir dos dados coletados é possível inferir que há necessidade de intervenção nutricional precoce e contínua por tratar-se de um grupo de risco, mais especificamente para os portadores de pneumonia, uma vez que observou-se alteração de consumo alimentar, conforme demonstrado na literatura.

PO440 CRIANÇAS HOSPITALIZADAS POR PNEUMONIA: ALTERAÇÕES ALIMENTARES ASSOCIADAS AO USO DE MAMADEIRA E A RELAÇÃO COM A ESCOLARIDADE DOS PAIS

VANESSA MEIRA CINTRA RIBEIRO[1]; JACKELINE SALES SILVA[2]; CAROLINA HOLANDA IPIRANGA DE SOUZA DANTAS[2]; PAULA DE FREITAS BRANDÃO[2]; SARA DE SOUSA ROCHA[2]; YASMIN FARIAS GOMES[3].
1. COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES, CAJAZEIRAS - PB - BRASIL; 2. COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pediatria; Alimentação com mamadeira; Pneumonia

Introdução: A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno em caráter exclusivo e em livre demanda até o 6º mês de vida da criança, e de forma complementar até os dois anos. Crianças precocemente desmamadas estão propensas a várias doenças, como as respiratórias, estas responsáveis por um elevado número de internações hospitalares em menores de cinco anos de idade. Quando há necessidade de oferecer líquidos ao lactente, o uso do copo e da mamadeira são métodos alternativos; porém, a mamadeira não estimula adequadamente o crescimento e desenvolvimento dos músculos faciais, a respiração e a deglutição, a qual se associa ao desmame precoce decorrente da diferença entre o bico artificial e o seio materno, provocando uma influência

negativa na técnica de amamentação. Dentre outros fatores que interferem na amamentação exclusiva, expõem-se o grau de instrução da mãe, a cultura e o histórico familiar que influenciam nas decisões maternas. **Objetivo:** Identificar alterações alimentares associadas ao uso de mamadeiras e a relação com a escolaridade dos pais de crianças hospitalizadas por pneumonia. **Métodos:** Estudo transversal realizado com dados coletados dos prontuários do Serviço de Nutrição de um hospital pediátrico de referência do estado da Paraíba. Foram utilizados 37 prontuários de pacientes internados com doenças do aparelho respiratório no período de maio de 2019, com idade entre 0 a 10 anos. Destes, foram excluídos 2 prontuários, por não atenderem aos critérios de inclusão neste estudo. **Resultados:** Dos 37 pacientes coletados, 81,1% usavam mamadeira. Analisando a ingestão alimentar destas crianças, 79,3% apresentaram alteração de ingesta, com p=0,001. Além disso, observou-se a escolaridade dos pais, verificando que**:** 37,1% cursaram o Ensino Fundamental (EF); 60%, o Ensino Médio (EM) e 2,9% cursou o Ensino Superior (ES). Constatou-se também a associação entre a escolaridade e o uso de mamadeira em crianças, percebendo que houve significância estatística (P=0,014), onde crianças cujos pais de menor escolaridade tiveram uma proporção de uso maior de mamadeira, ou seja, 100% dos pais com EF e 81% dos pais com EM ofertaram mamadeira aos filhos. **Conclusão:** Os dados obtidos associam-se com os encontrados na literatura, constatando-se que podem ocorrer modificações na ingestão alimentar relacionadas aos utensílios utilizados, havendo preferência por consistências líquida ou líquida-espessada, ficando a preocupação quanto a um possível prolongamento do hábito da mamadeira, servindo de alerta às mães e/ou responsáveis para os possíveis riscos decorrentes da manutenção desse hábito. Visto que a mamadeira é um vetor de contaminação, podendo propiciar e/ou agravar infecções.

PO441 HIPOVENTILAÇÃO POR PARALISIA DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL IDIOPÁTICA E APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: UM RELATO DE CASO

JÚLIA GABRIELA DE SOUZA BASTOS E SANTOS; MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO; MARIA ANGELA GONÇALVES FRANCO; JACINTA MARIA PARENTE VIEIRA; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO.
UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Hipoventilação; Apneia; Diafragma

Introdução: Hipoventilação pode ser definida como baixa na ventilação alveolar, fenômeno que causa também dessaturação (queda da SaO2). Laboratorialmente, encontra-se por via de regra PaCO2 maior ou igual a 45mmHg, em gasometria arterial com paciente acordado. São observadas diversas causas para esta condição, desde distúrbios sistêmicos, passando por deformidades de caixa torácica, até afecções neuromusculares que acarretem prejuízo do processo ventilatório. Como importante componente motriz da ventilação, quando lesionado, a redução da atividade por injúria diafragmática pode resultar em baixa ventilação alveolar. Relatamos caso de paciente com hipoventilação em virtude de paralisia diafragmática unilateral idiopática e apneia obstrutiva do sono (AOS). **Relato de Caso:** Mulher de 66 anos, afirma que há cerca de 1 ano evolui com queixa de dispneia e sonolência excessiva diurna – SED- (costurando, conversando e procurou ajuda após dormir e cair sobre o prato, durante o almoço). Referia roncos e episódios de apneia presenciados. Fez radiografia e em seguida TC de Tórax que evidenciaram elevação de cúpula esquerda, sem outros achados. Negava pneumopatias ou outras comorbidades. Foi submetida a rafia de cúpula, sem melhora do quadro. Atendida em ambulatório especializado, fez PSG com IAH de 112 ev/h, permanecendo 52% do TTS com SpO2 abaixo de 90%. Realizada espirometria, que apresentou padrão restritivo e gasometria arterial que evidenciou pCO2 de 53 e HCO de 31. Optado por iniciar tratamento com CPAP em pressão de 10cmH2O. Houve resolução completa da queixa. Em seu retorno pós 30 dias já com a nova gasometria, foi evidenciada queda de PaCO2 para 48mmHg, demonstrando melhora da ventilação e redução da hipercapnia inicial pós uso de CPAP. **Discussão:** O déficit motor diafragmático gera um menor fluxo ventilatório e consequentemente hipoventilação alveolar. Somada a isto, os eventos obstrutivos da AOS ajudam na retenção noturna de CO2, potencializando seus efeitos diurnos, como a SED. Espirometricamente, a paralisia diafragmática apresenta-se como distúrbios restritivos. Habitualmente, para gerar fluxo ventilatório necessita-se de dois níveis de pressão, mas este é pouco disponível. Porém, o uso do CPAP auxilia na atividade diafragmática assim como resolve a hipercapnia secundária aos eventos obstrutivos. Neste caso, ressaltamos a importância do componente AOS e da possibilidade de melhora com uso de CPAP.

PO442 RELAÇÃO ENTRE HIPOXEMIA DIURNA E PERDA PONDERAL EM PACIENTE COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: UM RELATO DE CASO

MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO[1]; PRISCILA TAVARES VITORIANO[1]; MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO[1]; JACINTA MARIA PARENTE VIEIRA[2]; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY – HULW/ UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Hipoxemia; Obesidade; Apneia Obstrutiva do Sono

Introdução: A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é caracterizada pelo colapso recorrente, total ou parcial, das aéreas superiores (VAS) durante o sono. Acomete aproximadamente 30% da população adulta brasileira e é importante fator de risco cardiovascular. Também, traz grande impacto na qualidade de vida de seus portadores. A obesidade é seu principal fator de risco. Hipoxemia diurna se desenvolve em pacientes com AOS por alterações da mecânica ventilatória, potencializadas pela obesidade. Relatamos caso de paciente com AOS grave e relação direta entre perda ponderal e melhora dos padrões de oximetria. **Relato de Caso:** Homem, 72 anos, portador de AOS grave (IAH = 67 ev/h), é atendido em serviço especializado. Portador de HAS, DM2, IC e obesidade (IMC = 37 Kg/m^2). Estava em programação de cirurgia bariátrica. Ex-tabagista (carga = 50 m. a.), DPOC com DVO leve, em uso de LABA+LAMA. Em seguimento, apesar de provas pulmonares sem alterações importantes, tornou-se O2 dependente e foi encaminhado para reabilitação pulmonar. Iniciada terapia para AOS com AUTOCPAP 4-10 cmH_2O em máscara nasal e boa adesão, porém referindo sonolência diurna excessiva e necessitando de CNO_2 3l/min, tendo IAH residual de 15 ev/h, mantendo saturação limítrofe (89%), melhorada para 97% após manobras de hiperventilação. Foram ajustadas pressões de CPAP (fixo em 13cmH_2O) e orientada perda de peso. Após 3 meses tinha IMC = 34Kg/m^2, melhora clínica (mMRC 3à1), de SpO_2 (89à90%) e de IAH (9,8 ev/h). Após festas de final de ano, houve ganhou ponderal (IMC = 35Kg/m^2), com piora da SpO_2 (89%), aumento discreto de IAH (10,4 ev/h) e retorno de

queixas clínicas. Reforçada necessidade de perda ponderal, quando o paciente após 2 meses retorna sem uso de O2 suplementar, SpO2 em ar ambiente de 92%, sem queixas de dispneia, e perda ponderal (IMC 33 Kg/m²). Relatório de uso apresentava IAH de 7,6 ev/h. Continua em seguimento clínico em ambulatório de distúrbio respiratórios do sono, tendo recebido alta de seguimento com cirurgia bariátrica. **Discussão:** Pacientes com AOS grave, mesmo na ausência de comorbidades pulmonares, apresentam valores menores de PaO2. Além da redução do volume da VAS, a obesidade e a maior espessura da caixa torácica nesses pacientes obesos impõem uma sobrecarga no trabalho ventilatório. Respirar em volumes menores afeta a mecânica ventilatória, reduzindo a complacência do sistema e aumentando sua resistência. A troca gasosa também é afetada, piorando a relação ventilação/perfusão. Obesos tendem a ter volume corrente menor e FR mais elevada, aumentando-se o efeito espaço morto. A deposição de gordura abdominal também prejudica a influência do diafragma na ventilação, causando prejuízo à função muscular – ocorre também adelgaçamento do diafragma e aumento do estresse oxidativo. Sabe-se que redução de 5kg de peso resulta em uma diminuição de 2,1 no IAH. No caso relatado, houve resolução da hipoxemia após tratamento de AOS e perda ponderal importante (IMC 37 à 33 kg/m²).

PO443 SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTE JOVEM APÓS TRAUMA: UM RELATO DE CASO

GUSTAVO DE OLIVEIRA DA SILVA[1]; BRUNA RAPOSO MAIA[1]; CAIO RIBEIRO BARBOSA[1]; MARIA EDUARDA VALADARES SANTOS LINS[2]; DANIELLE CRISTINA CLIMACO[1]; MARÍLIA MONTENEGRO CABRAL[1].
1. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL;
2. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Apneia; Hipertensão arterial pulmonar; Trauma

Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é caracterizada por obstrução total (apneia) ou parcial (hipopneia) das vias aéreas superiores. Sonolência excessiva diurna com redução da qualidade de vida levam à suspeita clínica desse distúrbio. Dentre os fatores de risco estão obesidade e presença de anomalias craniofaciais. O diagnóstico é obtido com a história clínica, incluindo a Escala de Sonolência de Epworth, o exame físico e o polissonográfico, padrão-ouro para o diagnóstico. O uso do CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), embora de difícil adesão, é o melhor tratamento sintomático da SAOS. Esse relato apresenta um caso não convencional de SAOS, em paciente jovem, devido à alteração de desenvolvimento orofacial por trauma na infância e obesidade, que evoluiu com hipertensão arterial sistêmica e pulmonar. **Relato de Caso:** M. M. S. S., sexo feminino, 19 anos, IMC 30,1 (obesidade I), hipertensa, pontuação máxima (24) na Escala de Epworth. Iniciou acompanhamento na pneumologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em setembro/2017, com queixas de roncos, cefaleia matinal, fadiga, sonolência diurna excessiva, pausas respiratórias durante o sono e pressão arterial não controlada. No passado, realizou artroplastia para melhora de assimetria facial e limitação da abertura bucal, por anquilose óssea mandibular direita e facetamento da superfície articular do côndilo da mandíbula esquerda com redução dos espaços articulares, consequências de trauma de côndilo mandibular por queda de beliche na infância. No entanto, apresentou recidiva e piora da limitação da abertura bucal. No exame polissonográfico, constatou-se índice de apneia-hipopneia (IAH) de 57 eventos/h, sendo 40 apneias/h e 17 hipopneias/h, e saturação de oxi-hemoglobina (SpO2) basal de 88% e média de 82%, caracterizando apneia obstrutiva do sono grave. Na radiografia de tórax, foram observados alargamento dos hilos pulmonares, retificação do tronco pulmonar e aumento da área cardíaca, indicativos de hipertensão arterial pulmonar. Estratégias terapêuticas adotadas foram a prática de atividade física, acompanhamento nutricional e fonoaudiólogo, medicamentos para hipertensão arterial sistêmica e pulmonar, além do uso do aparelho CPAP, o qual teve boa adesão pela paciente. Atualmente acompanhada no Hospital Otávio de Freitas, cursou com melhora da sonolência diurna e da fadiga, bem como significativa melhora na qualidade de vida. No momento, paciente aguarda avaliação de proposta do serviço de Cirurgia Buco Maxilo Facial da Universidade Federal de Pernambuco para possível reconstrução mandibular. **Discussão:** A SAOS, quando não tratada, pode causar múltiplas complicações, como disfunção neurocognitiva e doenças cardiovasculares, as quais contribuem para redução da qualidade de vida e aumento das taxas de morbimortalidade. Seu tratamento é multidisciplinar, já que sua fisiopatologia é multifatorial. A decisão terapêutica, cirúrgica ou clínica, deve ser analisada individualmente.

PO444 ESTRATÉGIAS MAIS USADAS PELOS TABAGISTAS PARA SE MANTER SEM FUMAR NUM GRUPO ANTITABÁGICO

EDINALVA T. CRUZ SOUZA; JOAO PAULO BECKER LOTUFO; ALTAMIR BENEDITO DE SOUSA; MÔNICA ADRIANA SILVEIRA; ANA LUCIA MENDES LOPES; NIVIA GIACOMINI FONTOURA FARIA.
HU-USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Psicologia; Estratégias

Introdução: O tabagismo é uma doença que envolve a dependência química e psicológica. Nesta última, procuramos estratégias que possam ajudar o tabagista depois de ter parado de fumar, a se manter sem fumar. Estas estratégias podem ser cognitivas, através de frases de pensamento ou comportamentais (atividade física, domésticas, relaxamento). **Objetivo:** Saber quais são as estratégias cognitivas e comportamentais que mais auxiliam os tabagistas no seu projeto de se manter sem fumar e a indicação dessas técnicas em projetos de cessação do tabagismo. **Métodos:** Foram aplicados questionários nos tabagistas que pararam de fumar. O mesmo era composto por duas perguntas principais com respostas de multipla escolha, sendo uma na linha cognitiva e outra na comportamental. Depois os dados foram tabulados em planilha Excell® para que fosse feita a análise e construção de gráficos. **Resultados:** O questionário foi respondido por pessoas que frequentaram o Grupo de antitabagismo (GAT), no período de 2017 a 2019 e que estavam no mínimo há 2 meses sem fumar. No total 39 pessoas responderam. Das estratégias cognitivas, as frases mais usadas por eles foi: Me manter sem fumar para ficar mais saudável (17%), Não vou fumar e perder tudo que alcancei até agora (13%), Se eu resistir a vontade passa e esqueço (10%), Para obter maior liberdade (9%), as demais foram abaixo de 7%. Em relação as estratégias comportamentais as mais usadas foram: Atividade física (23%), Kit fissura (17%), Manter a mente ocupada (12%), Convívio social (12%), as demais foram abaixo de 8%. **Conclusão:** A importância de se manter saudável, mostrou-se como uma estratégia de pensamento que mais ajudam os tabagistas no projeto de se manter sem fumar. Na área comportamental, atividades corporais foram as mais usadas por eles. O uso de estratégias cognitivas e comportamentais podem colaborar em programas de tabagismo na aplicação de técnicas que ajudem os tabagistas a se manterem sem fumar.

PO445 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA COMBATE AO TABAGISMO: UMA PARCERIA DA LIGA ACADÊMICA DE PNEUMOLOGIA DO PARÁ E UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA.

ALICE FRAZÃO COSTA[1]; FABIOLA GONÇALVES ANDRADE[1]; MARIA DE FATIMA AMINE HOUAT DE SOUZA[2]; NATHALIA MOURA SOARES[1]; RUAN SEGUIN AZEVEDO QUARESMA[1]; KATHARINE KLICIE BARROS DA SILVA[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO METROPOLITANO DA AMAZÔNIA - UNIFAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; 2. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Educação em saúde; Tabagismo; Promoção de saúde

Introdução: Em todo o mundo, cerca de 1,1 bilhão de pessoas fumam, sendo um terço adultos e metade jovens. Além do tabagismo ativo, o passivo também traz prejuízos. Em longo prazo, ambos produzem efeitos deletérios. [1,2] Das mortes cardiovasculares da meia-idade, um quarto é atribuído ao tabagismo e relacionado a processos gerados pelo ato de fumar. [3, 4, 6] A nicotina está ainda, associada à resistência insulínica, diretamente ligada ao desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2. [5,6] O tabaco influencia também na diminuição da resposta imune, aumentando a suscetibilidade à infecção por Mycobacterium tuberculosis. [7] A fim de alertar as consequências relacionadas ao tabagismo, diversas campanhas vêm sido realizadas para tentar reverter os altos índices relacionados ao hábito. [8] **Objetivos:** Relatar a experiência da ação de educação em saúde realizada e a sua importância para a comunidade e para o acadêmico durante a formação médica. **Método:** Acadêmicos de medicina membros da Liga Acadêmica de Pneumologia do Pará em parceria com a Unidade de Referência Especializada (URE), realizou no dia 29 de agosto de 2018 a ação em saúde "O controle do tabaco salva vidas" em praça pública no município de Belém-PA. Foram prestados aproximadamente 45 atendimentos por cerca de nove acadêmicos de medicina supervisionados por médicos credenciados à URE. No atendimento foram destacadas as doenças relacionadas ao tabagismo como doenças cardiovasculares, diabetes, tuberculose, onde em uma breve anamnese foram investigados hábitos de vida potencialmente contribuintes para seu desenvolvimento. No decorrer da ação foram esclarecidas dúvidas levantadas pela população como as implicações do tabagismo passivo e se ex-tabagistas possuem as mesmas repercussões à saúde que aqueles que ainda fumam. **Resultados:** Durante a ação, percebeu-se a dúvida entre as implicações do tabagismo passivo e ativo à saúde. Esta questão comumente levantada mostra a necessidade de esclarecimento à população sobre o tema, uma vez que a inalação passiva da fumaça do tabaco traz complicações tanto quanto à ativa, principalmente em crianças que possuem o sistema imune ainda imaturo. [2,8] Outra questão levantada foi a repercussão do tabaco em ex-tabagistas. As consequências à saúde pelo hábito de fumar, em sua maioria são irreversíveis, portanto, ex-tabagistas podem sofrer à longo prazo, repercussões da época em que fumavam. [9,10] Conclusão Em virtude do exposto, destaca-se a importância do desenvolvimento de ações em saúde voltadas para o combate ao tabagismo, uma vez que dúvidas como as mencionadas são frequentes na população e evidenciam a falta de orientação. A ação contribuiu não somente para a disseminação de conhecimento, mas também para o saber dos acadêmicos sobre pontos importantes a serem questionados quando abordamos tabagistas ou pessoas que convivem com fumantes. Sendo assim um excelente meio tanto distribuir conhecimentos e adquirir aprendizado.

PO446 O IMPACTO DE UMA ABORDAGEM INOVADORA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM CAMPINA GRANDE – PB

WILKER JOHN BARRETO; DEBORAH ROSE GALVÃO DANTAS.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TABAGISMO; TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR; BUPROPIONA

Introdução: O tabagismo atua gerando uma dupla dependência (química e psicológica) e representa a principal causa de morte prevenível no mundo, sendo responsável por cerca de seis milhões de mortes anualmente. Assim, baseado em dados epidemiológicos e nas diretrizes clínicas de tratamento do tabagismo implantadas pelo Ministério da Saúde, desenvolveu-se um programa de extensão universitária multidisciplinar e multiprofissional, com ênfase na Medicina Preventiva. Denominado de Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT), essa proposta inovadora fornece assistência gratuita composta por terapia cognitivo-comportamental e pelo fármaco bupropiona aos usuários do tabaco da cidade de Campina Grande e regiões circunvizinhas, com apoio de docentes e discentes dos cursos de graduação de Medicina, Psicologia, Odontologia, Farmácia, Nutrição e Educação Física. **Objetivos:** Analisar os percentuais de cessação do tabagismo ou diminuição do consumo entre usuários do PMTT em Campina Grande-PB, entre fevereiro de 2013 e dezembro de 2016, totalizando um N de 593 participantes. **Métodos:** Trata-se de estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo. Os dados foram tabulados em planilhas no programa *Microsoft Office Excel®* e, para a análise inferencial, foi utilizado o Ambiente Computacional R (versão 3. 4. 1). **Resultados:** Dentro da amostra total, um percentual de 51% consumia 21 (±13) cigarros ao dia. A idade de início do tabagismo foi 15,1 anos (±5,78). Dentro dos seis retornos propostos pelo PMTT, que ocorrem a cada 15 dias, observou-se que o número de cigarros consumidos diminuía e o percentual de cessação aumentava, de forma que a partir do quinto retorno, não se observou consumo acima de 10 cigarros ao dia. O percentual de cessação do tabagismo, considerando-se os que abandonaram o tratamento como não abstinentes (exceto os que deixaram de comparecer após cessação) e incluindo-os, foi de 37,9%. Excluindo-os, observou-se que houve uma progressão da taxa de cessação de 28,1%, no primeiro retorno, a 85%, no último retorno proposto. Quanto a taxa de aumento do consumo, foram encontrados valores de 0,5% e 0%, no primeiro e sexto encontros, respectivamente. Já a taxa de diminuição do consumo sem cessação progrediu de 71,4% a 15% no mesmo intervalo temporal. **Conclusão:** Os percentuais de cessação ou diminuição do consumo obtidos no PMTT sugerem que programas universitários semelhantes podem representar uma opção de tratamento do tabagismo no Brasil. Observou-se um percentual de abandono significante, fato que aponta para a necessidade de outros estudos em que se analisem as causas e encontrem-se meios que estimulem a permanência dos pacientes.

PO447 A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO ENTRE UNIVERSITÁRIOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

GEORGE ESTRELA DE OLIVEIRA[1]; MAYRLLA MYRELLY VIEIRA FORMIGA[1]; KAISY ALVES DE OLIVEIRA[1]; FÁTIMA SONALLY SOUSA GONDIM[2].
1. FCM, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. MINISTÉRO DA SAÚDE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: TABAGISMO; PREVALÊNCIA; UNIVERSITÁRIOS

Introdução: É indiscutível que o ato de fumar causa diversos prejuízos à saúde, sendo a principal causa de morte prematura evitável. A partir disso, o ingresso no ensino superior é uma fase, em sua maioria, de transição para a vida adulta marcada por responsabilidades que exigem muito esforço emocional e físico. Dessa forma, somado ao fato que muitos estão longe da família, esses jovens desenvolvem distúrbios como ansiedade e depressão, além de não conseguirem manter um estilo de vida saudável. Nesse aspecto, frente aos altos níveis de estresse, ansiedade, depressão e baixa autoestima, muitos desses jovens encontram no uso de drogas lícitas e ilícitas o escapismo necessário, principalmente, o cigarro. Assim, precocemente, universitários tornam-se consumidores regulares do tabaco e dependentes da nicotina, o que vai de encontro com todas as campanhas antitabágicas feitas pelo Ministério da Saúde. **Objetivos:** Realizar uma revisão de literatura acerca da prevalência do tabagismo entre universitários no Brasil. **Métodos:** Trata – se de uma revisão de literatura, tendo como base de dados utilizadas**:** Scielo, Pubmed, Medline e Google acadêmico, no período de 2015 à 2019. Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem sobre a prevalência do tabagismo entre universitários no Brasil e que tivessem sido publicados no período estipulado. E os de exclusão, os publicados antes de 2015 e que envolvessem outro público que não fossem universitários. Foram identificados 13 artigos, dos quais foram selecionados 9, conforme os critérios estabelecidos. **Resultados:** Os estudos selecionados mostraram uma alta ocorrência de tabagismo entre os universitários. Apesar da tendência nos países em desenvolvimento do consumo do tabaco ser maior em mulheres, no Brasil, o uso de cigarros é maior em homens. Ademais, também é apontado que o tabagismo está, geralmente, associado à utilização de drogas ilícitas como maconha e cocaína. Outrossim, foi encontrado uma incidência do tabagismo maior entre os estudantes que moram sozinho ou dividem apartamento com fumantes e sempre estão presentes no ato do fumo. Por conseguinte, jovens com pais que nunca fumaram tendem a não experimentarem também o tabaco. **Conclusão:** É notório que há uma alta prevalência do tabagismo entre os universitários e, em vista dos malefícios que o cigarro causa na saúde desses jovens, torna - se necessário a aplicabilidade de políticas públicas antitabágicas nas universidades, tendo em vista que, elas também devem preocupar-se com promoção da saúde de seus alunos. **Referências:** ARAUJO, C. M. de et al. Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudantes universitários. Rev Elect Salud Mental, Alcohol y Drogas, v. 14, n. 3, 2018; MONTEIRO, L. Z. et al. Uso de tabaco e álcool entre acadêmicos da saúde. Rev Bras em Promoção da Saúde, v. 31, n. 1, 2018; SANTOS, M. Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em estudantes universitários. Ciência et Praxis, v. 2, n. 03, p. 69-76, 2017.

PO448 SISTEMAS ELETRÔNICOS DE ENTREGA DE NICOTINA (ENDS) E SEUS EFEITOS CARDIOVASCULARES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

WELLINGTON DE OLIVEIRA NÓBREGA NETO[1]; MANOEL MARQUES DE SOUTO NÓBREGA FILHO[1]; DIEGO CARTAXO JÁCOME[1]; MONALISE LACERDA MALTA BRANDÃO[2].

1. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Cigarro Eletrônico; Efeitos Cardiovasculares; Sistemas Eletrônicos de Entrega de Nicotina (Ends) e seus efeitos cardiovasculares: Uma Revisão Integrativa de Literatura

Introdução: O tabagismo é causa de mortalidade prematura no mundo. É responsável por metade das mortes evitáveis em fumantes, devido à doenças cardiovasculares. Os cigarros eletrônicos (CE), são uma fonte alternativa de nicotina, compartilhando semelhanças com tabagismo no aspecto comportamental de uso. A maioria dos usuários dos CE são fumantes e alegam uso em longo prazo para reduzir consumo de cigarros, parar de fumar, aliviar sintomas de abstinência, com riscos de saúde reduzidos. Outros usuários são os jovens não fumantes que começaram a aderir o produto pelo efeito psicoativo da nicotina e pelas técnicas de marketing atrativas que promovem como alternativas saudáveis aos cigarros convencionais. Com isso, mostrou-se eficaz na prática de minimizar a quantidade de químicos tóxicos presentes na fumaça do cigarro, como também, uma boa alternativa aos indivíduos que querem parar de fumar. Em relação aos jovens não fumantes, o tipo de CE contendo nicotina em alta quantidade, estimula muito mais a depêndencia do que o cigarro convencional. **Objetivo:** Analisar produção científica acerca dos efeitos cardiovasculares relacionado ao uso dos cigarros eletrônicos. **Métodos:** Revisão da literatura que buscou artigos nacionais, internacionais nas bases de dados**:** LILACS, SCIELO e PUBMED, utilizando como descritores às palavras**:** Cigarro eletrônico (electroniccigarettes); efeitos cardiovasculares(cardiovascular effects). **Resultados:** Dos 106 artigos encontrados, foram excluídos estudos duplicados, artigos de revisão e publicações que não atendessem ao objetivo da pesquisa. Assim, foi constituído por 25 artigos, identificados 2 eixos temáticos**:** Efeitos dos cigarros eletrônicos e efeitos cardiovasculares. **Conclusão:** O efeito simpaticomimético agudo do CE é atribuível à nicotina inalada, e não aos constituintes não-nicotínicos do aerossol, tendo o mesmo padrão de frequência cardíaca associado ao risco cardíaco em múltiplas populações com e/ou sem cardiopatia. Com isso, conclui que níveis de substâncias tóxicas, carcinógênicas tendem a serem consideravelmente menores nos CE. Os sistemas eletrônicos de entrega de nicotina (ENDS) contêm cardiotóxicos em concentrações menores que os convencionais e seus efeitos cardiovasculares são difíceis de avaliar, dependendo do tipo de dispositivo utilizado e do seu modo de consumo. Tanto o tabagismo como o CE, resultam agudamente em estresse endotelial oxidativo e diminuição do NO, no entanto, o CE tem menor efeito em ambas as partes. CAPONNETTO P; CAMPAGNA D; PAPALE G;et al. O fenômeno emergente de cigarros eletrônicos. Especialista RevRespir Med. 2012; 6 (1)**:** 63–74 CAPONNETTO P; RUSSO C; BRUNO CM; et al. Cigarro eletrônico**:** um possível substituto para a dependência do cigarro. MonaldiArch Peito Dis. 2013; 79 (1)**:** 12–19 EDWARDS R. O problema do tabagismo. BMJ. 2004; 328: 217–219

PO449 CIGARROS ELETRÔNICOS: SOLUÇÃO OU PROBLEMA FUTURO?

INAÊ CAROLLINE SILVEIRA DA SILVA[1]; VICTOR RIBEIRO XAVIER COSTA[2]; NATHÁLIA DE OLIVEIRA AZEVEDO[2]; DANIELA LEITE PINTO[2]; MATHEUS RODRIGUES NÓBREGA[2]; LUCAS MENESES ALVERGA[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Produtos para o Abandono do Uso de Tabaco; Pneumopatias

Introdução: O tabagismo é um grave problema de saúde pública e funciona como fator de risco para diversas doenças pulmonares e cardiovasculares. Estima-se que o fumo com uso de tabaco se relacione com cerca de 50 doenças e 8,1 milhões de mortes em 2017. Nessa perspectiva, os cigarros eletrônicos (CE) surgem como uma tentativa atrativa para redução do uso do tabaco tradicional, sendo muito utilizados pelos jovens na atualidade. **Objetivos:** Análise dos possíveis efeitos indesejáveis do uso de CE como substitutos ao uso do cigarro tradicional. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória, cuja a questão norteadora é "Apesar do benefício sobre o cigarro convencional, a utilização de CE é segura?". Os dados foram obtidos através das bases de dados Medical Literature Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), através dos buscadores PubMed e Scielo. No PubMed, foram encontrados 272 artigos pelos descritores "e-cigarettes" e "safety"; com a adição dos filtros free full text, 5 years, humans e English, restaram 100 trabalhos. Destes, excluiu-se 27 através da leitura do título e resumo, por fuga à questão norteadora, obtendo 73 escritos úteis ao estudo. Com os mesmos descritores aplicados na Scielo, encontrou-se 25 artigos. Destes, excluiu-se 17 pela leitura do título e resumo, por fuga à questão norteadora, obtendo 8 escritos úteis. A amostra total foi de 81 estudos. **Resultados:** Após a análise dos estudos, foi visto que os efeitos adversos relacionados ao CE podem ser diversos, principalmente, no que diz respeito à quantidade de nicotina inalada, uma vez que não há controle rigoroso na sua fabricação. Assim, pode haver riscos potenciais para os usuários. Além disso, há outras substâncias presentes nos cartuchos substituíveis dos CE que podem trazer riscos à saúde, como o propilenoglicol (relatos escassos de irritação ocular, tosse, obstrução de vias aéreas em indivíduos não asmáticos) e nitrosaminas, que são carcinógenos reconhecidos, dentre outras substâncias. Outros relatos de eventos adversos decorrentes do uso dos CE incluem**:** dores torácicas, pneumonia, cefaleia, irritação orofaríngea, salivação, náusea e efeitos citotóxicos em células miocárdicas. **Conclusão:** A utilização dos cigarros eletrônicos, apesar de demonstrar superioridade ao cigarro tradicional, ainda não tem total segurança, pois não há estudos consistentes e bem delineados que comprovem cientificamente seu benefício. Além disso, é curto o tempo de uso e análise para traçar o risco, necessitando realizar mais estudos acerca do assunto. A ausência da regulação adequada do CE é também fator importante para essa insegurança no uso desses dispositivos.

PO450 AVALIAÇÃO DO USO DE NOVOS MÉTODOS DE ENSINO SOBRE O TEMA TABAGISMO NO CURSO DE MEDICINA DA UFRN

SUZIANNE RUTH HOSANAH LIMA PINTO; MARIA JOSÉ VILAR; PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE; KARLA KALENE FERNANDES MELO; YASMIN NASCIMENTO DE LIMA; DIOGO VINÍCIUS CAVALCANTI DE LIRA.

UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Plataforma digital; Tabagismo; Processo ensino-aprendizado

Introdução: O hábito de fumar traz muitos malefícios. Estima-se que o tabaco é responsável por 12% da mortalidade adulta mundial no século XX, sendo também associado a outras doenças. Sendo assim, é importante que na formação médica exista uma base sólida sobre assunto ainda pouco discutido nas Universidades. Diante disso, busca-se novos caminhos para o ensino do tabagismo e o manejo de pacientes tabagistas no curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). **Objetivos:** Avaliar a implementação de estratégias não-convencionais de ensino para o Tabagismo no curso de Medicina da UFRN, com o uso da plataforma digital SIGAA (Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas) e a passagem dos alunos pelo grupo de Tabagismo do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), analisando se houve ganho no processo ensino-aprendizagem e o grau de satisfação dos discentes em relação a esse tipo de ensino. **Métodos:** Foi realizado um estudo experimental com os estudantes do quarto ano do curso de medicina da UFRN que cursam a Disciplina de Doenças do Sistema respiratório (DDSR) de fevereiro de 2018 a dezembro de 2018. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão. A participação dos estudantes no estudo foi voluntária e sem ajuda de custo, sendo a anuência obtida no início do semestre, pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Todos os participantes foram submetidos a um pré-teste no início do semestre e ao fim do semestre a um pós-teste composto por 25 questões de múltipla escolha sobre o tema Tabagismo. Após a primeira semana de aula, os alunos foram convidados para participar do ensino via SIGAA mediante a criação de uma comunidade virtual intitulada**:** Uso do SIGAA como ferramenta de ensino no Tabagismo, que ficou disponível na página na disciplina, a qual utilizava vídeos, artigos, links e textos semanais para o ensino. No total 8 semanas de estudos foram realizadas. No período de 2018. 2 foi aprovado o projeto de extensão Grupo de Tabagismo do HUOL, no qual os alunos da DDSR participavam do grupo. Escalas Likert foram aplicadas com abordagem sobre a satisfação e utilidade ou não da passagem pelo grupo de tabagismo e do estudo via SIGAA, sendo as turmas de 2018. 1 e 2018. 2 avaliadas respectivamente dez e cinco meses após o término das estratégias. **Resultados:** Em relação ao SIGAA, não houve a adesão esperada,não tendo os pré e pós -testes, significância estatística, mas em relação à Escala Liket a satisfação dos participantes foi motivante. Em relação ao grupo de Tabagismo, com obrigatoriedade de passagem na DDSR, a sartisfação foi positiva no que diz respeito ao processo ensino-aprendizagem, reaaltando- se a importância da prática clínica. **Conclusão:** Plataformas digitais e práyica clínica, devem ser utilizados no ensino, como ferramentas de estudoque incentivem o estudante a aprender sobre Tabagismo de maneira diferente.

PO451 TABAGISMO PASSIVO E CÂNCER DE PULMÃO: REVISÃO DA LITERATURA

BRUNA SOUSA LINS[1]; RAFAELLA SANTOS SILVA ESCHER[2]; SAULO BARRETO MARTINS DE MELO[3]; JOÃO PEDRO CASTRO DO NASCIMENTO VIEIRA[3]; RÔMULO GIOIA SANTOS JÚNIOR[4]; DAVID PAES DE LIMA[5].

1. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, FORMOSA - GO - BRASIL; 2. UNIRV- UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, GOIANÉSIA - GO - BRASIL; 3. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FAMENE, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 5. HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: câncer de pulmão; tabagismo; prevenção

Introdução: O câncer (CA) de pulmão é a segunda neoplasia mais comum em homens e a quarta em mulheres no Brasil, e ocupa o primeiro lugar em mortalidade. 1 Em todo o mundo, o CA de pulmão ocorreu em aproximadamente 1,8 milhão de pacientes em 2012 e causou cerca de 1,6 milhão de mortes. 2 O desenvolvimento de câncer de pulmão para um fumante atual de um maço por dia por 40 anos é aproximadamente 20 vezes a de alguém que nunca fumou. 3 Os fatores ambientais e o estilo de vida tem sido associado ao desenvolvimento desse câncer, do

qual o tabagismo é o mais importante. 4 **Objetivo:** Realizar uma revisão integrativa a fim de analisar a associação do tabagismo passivo e do câncer de pulmão. **Metodologia:** Realizou-se uma busca eletrônica online de artigos selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) através dos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) a partir dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**:** câncer de pulmão e tabagismo. Foram incluídos artigos em português e inglês, no período de 2010 a 2018 e excluídos os artigos duplicados e que não estavam de acordo com o objetivo. Com isso, o estudo foi constituído por seis publicações. **Resultados:** O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento de CA de pulmão, sendo responsável por aproximadamente 90% dos casos. 4 Além disso, tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. 5 A combustão do tabaco libera no ar fumaça com mais de 4000 substâncias químicas, entre as quais cerca de 250 são prejudiciais e mais de 50 têm potencial carcinogênico, fazendo com que o tabagista passivo também esteja susceptível aos efeitos deletérios do tabaco. 6 Atualmente, mais de um bilhão de adultos no mundo são fumantes, o que implica que o contato com a fumaça seja praticamente inevitável, podendo gerar graus variados de prejuízo, a depender da quantidade e do tempo de exposição. 7 **Conclusão:** Não restam dúvidas quanto à capacidade carcinogênica da fumaça em associação ao tabagismo passivo. A estratégia de maior impacto no combate ao câncer de pulmão é a prevenção, baseada na adoção de medidas para conscientização quanto à suspensão da prática do tabagismo, bem como da exposição passiva. Além de melhorar sobremaneira a qualidade de vida da população, evitando as várias doenças tabaco-relacionadas, também implicará em grande economia ao sistema de saúde. É importante conscientizar o público sobre as questões relacionadas ao controle do tabaco assegurando o direito à saúde a todos, em especial, às crianças, adolescentes e jovens.

PO452 GRUPO DE TABAGISMO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES: UMA NOVA EXPERIÊNCIA AOS DISCENTES DE MEDICINA E UMA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À COMUNIDADE

SUZIANNE RUTH HOSANAH LIMA PINTO; MARIA JOSÉ VILAR; PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE; KARLA KALENE FERNANDES MELO; YASMIN NASCIMENTO DE LIMA; DIOGO VINÍCIUS CAVALCANTI DE LIRA.

UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Tabagismo; Tratamento; Prática

Introdução: O tabaco é uma das principais causas evitáveis de mortes no mundo e a exposição a esse agente está associada à ocorrência de diversas doenças circulatórias, respiratórias crônicas, câncer, entre outras. O hábito de fumar pode aumentar o risco de morte em 20 a 30 vezes, e o fumante passivo também tem suas taxas de mortalidade aumentadas. Assim sendo, esse é um tema que todo discente de Medicina deve ter inserido na grade curricular, de maneira que conclua o curso sabendo manejar pacientes fumantes e ex-fumantes, incentivando principalmente àqueles que ainda não pararam de fumar. Pensando nisso, iniciou-se uma ação de extensão denominada Grupo de Tabagismo do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). **Objetivos:** Partilhar experiências da participação de discentes no Grupo de Tabagismo do HUOL e a importância de um projeto como esse para a sociedade. **Relato de experiência:** O grupo de Tabagismo do HUOL iniciou como projeto de extensão no período de 2018. 2 e conta com a participação de alunos do sétimo período do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, coordenado por docentes, sendo um grupo multidisciplinar. Atualmente, o grupo faz parte da Disciplina de Doenças do Sistema Respiratório. Ao todo, 15 pacientes são atendidos durante 6 semanas, havendo um rodízio de pacientes e de estudantes após esse período. Os atendimentos são feitos por docentes e discentes supervisionados. Os pacientes, além de receberem os medicamentos, também contam com orientações de diversos profissionais da saúde. Os alunos foram avaliados com base na Escala Likert que trabalha com afirmativas que abordavam o conhecimento do aluno sobre o tabagismo, a aula prática, a aprendizagem e segurança para manejo de pacientes fumantes, na qual a resposta do aluno foi de acordo com o grau de concordância ou não com a afirmativa. ou não com a afirmativa. **Resultados:** O grupo apresentou bons resultados tanto para os pacientes e muitos pararm de fumar. Em relação aos estudantes na Escala Likert os resultados foram positivos na maioria das respostas, destacando-se a importância de se participar do grupo, devido ao fato do tema ser pouco abordado durante o curso. Além disso, as respostas demonstraram que os alunos sentiam-se mais seguros para lidar com tabagistas e ex-tabagistas, após a prática. Outro ponto de destaque é a possibilidade dos discentes atuarem de forma prática com um assunto que, muitas vezes, não é abordado de maneira importante durante a graduação **Discussão:** Falar sobre tabagismo nas universidades deve ser um assunto rotineiro e a inserção do grupo de Tabagismo possibilitou isso aos estudantes de Medicina da UFRN, implementando mais uma habilidade na formação médica, dando-lhes maior segurança sobre o assunto e para tratar pacientes, assim como os aproximou da comunidade com a possibilidade de prestar serviços a ela.

PO453 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO BILATERAL DURANTE TRATAMENTO EMPÍRICO PARA TUBERCULOSE

ALMIR DE ANDRADE FRANCISCO PEREIRA[1]; ISABELA CRISTINA BRAZ SANTOS[2]; THAMIRES PEREIRA BRAGA DA SILVA[2]; MARIA FERNANDA BUENO LORIA[2]; CAROLINA VICTOR NAZARÉ[2]; AMANDA CUNHA GOMES DE FREITAS[2].

1. SES-DF, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: pneumotórax espontâneo; complicação da tuberculose pulmonar; tosse

Introdução: O pneumotórax é definido como o acúmulo de ar na cavidade pleural e é classificado em espontâneo ou adquirido. [1] O primeiro ocorre de modo abrupto, excluindo-se traumatismos ou manipulação da cavidade pleural prévios, e é subdividido em primário, na ausência de doença pulmonar de base, e secundário, quando há evidência dessa. [2] Como quadro clínico, destacam-se dor torácica e dispneia, de inícios súbitos, mas é possível ser assintomático, e a radiografia simples de tórax confirma o diagnóstico. O tratamento é expectante, com seguimento rigoroso, ou por meio de drenagem pleural, visando a reexpansão pulmonar imediata, a depender da gravidade[3]. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 25 anos, engenheiro florestal, o qual compareceu a uma unidade de atenção primária de saúde do Distrito Federal com queixa de tosse há 3 meses, produtiva, de expectoração mucoide escassa, não útil, associada a astenia, dispneia, hiporexia e perda ponderal de 7kg há 1 mês. Como história pregressa, destaca-se tabagismo (carga de tabágica de 3. 5 maços-ano). Levantou-se a hipótese de tuberculose pulmonar, solicitaram-se BAAR e Genexpert e foi iniciado tratamento empírico

para tuberculose. Após 1 mês de esquema RIPE, paciente retornou referindo melhora da tosse e apresentou BAAR, Genexpert e testes rápidos negativos. Como conduta, foi mantido o esquema anterior. Após 1 mês, paciente afirmou diminuição significativa da tosse e da prostração e ganho ponderal de 3kg. Após 6 meses de tratamento, teve início quadro de dor súbita em hemitórax esquerdo, irradiada para esternocleidomastoideo e dorso, associada a dispneia. Por meio de tomografia computadorizada, identificou-se pneumotórax à esquerda. O paciente foi tratado com dreno de tórax em selo d´água, sem melhora. Realizou-se radiografia de tórax, que indicou pneumotórax à direita: seguiu-se novamente com drenagem em selo d´água. Recebeu alta hospitalar 5 dias depois, posteriormente à melhora clínica e à retirada dos drenos. **Discussão:** Os primeiros registros de pneumotórax espontâneo ocorreram no século XIX e a maioria dos casos eram ligados à tuberculose. [4] O tratamento empírico da tuberculose e a consequente melhora dos sintomas do paciente corrobora a associação encontrada nos registros. Em contraste com o curso benigno de um pneumotórax espontâneo primário, o pneumotórax espontâneo secundário (PES) é um evento potencialmente fatal, porque os pacientes com esta condição apresentam doença pulmonar associada e limitada reserva cardiopulmonar. [5,6] As etiologias mais frequentes do PES são DPOC e tuberculose. [7] Além disso, de acordo com a literatura, percebe-se que há maior incidência de pneumotórax espontâneo em paciente do sexo masculino, jovem, longilíneo e tabagista. [8] Dessa forma, o caso clínico apresentado mostra esse perfil típico. Embora seja raro, na prática clínica, é válido conhecer que o pneumotórax poder ser uma complicação da tuberculose, uma vez que seus rápidos diagnóstico e tratamento podem evitar agravos. [9]

PO454 ANÁLISE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM TUBERCULOSE E DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

MABELY MEDEIRO PASSOS TEIXEIRA; MÁRJORY MEDEIRO PASSOS TEIXEIRA; ÍRLINE CORDEIRO DE MACEDO PONTES; RAISSA PINTO NUNES; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO.
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Diabetes; Perfil de Saúde

Introdução: De acordo com OMS, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países com alta carga de tuberculose (TB), com aproximadamente 67 mil novos casos diagnosticados em 2016 sendo o coeficiente de mortalidade de 2,5/100 mil habitantes. Há evidências de que a diabetes mellitus (DM) aumenta em 2 a 3 vezes o risco de TB em pacientes diabéticos, além de favorecer a reativação de casos latentes. A concomitância das doenças dificulta seu controle, com maior custo financeiro, contribuindo para desfecho desfavorável na atenção à saúde desses pacientes. **Objetivos:** Analisar as características clínico-epidemiológicas da associação DM e TB, no Hospital Clementino Fraga. Métodos. Estudo observacional retrospectivo, do tipo descritivo analítico, fundamentado em pesquisa com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período entre janeiro de 2004 e junho de 2014, no Hospital Clementino Fraga, João Pessoa-PB. As variáveis analisadas foram: sexo, raça, formas de apresentação da tuberculose, alterações radiológicas, teste tuberculínico, comorbidades, tratamento. Foi considerado significante p menor que 5%. Resultados. Da população de 3876 pacientes do período do estudo, foram encontrados 314 (8,1%) pacientes diabéticos e com TB. Destes, 204 (65 %) são do sexo masculino com predomínio da raça parda 240 (76,4%) casos. Bem como são 269(85,7%) casos novos e 23(7,3%) casos de recidiva. A média de idade da amostra foi de 37 anos. A forma pulmonar ocorreu em 287(91,4%) dos casos. Quanto às comorbidades, predominou o consumo de álcool em 68 (21,7%) casos. O estudo radiológico foi realizado em 279 (88,9%) pacientes, sendo 265(84,4%) positivos para TB, e o teste tuberculínico foi realizado em 61 (27,4 %), sendo reator forte em 36(11,5%). Em relação ao tratamento, 146(46,5%) obtiveram a cura, 39(12,4%) abandonaram o tratamento, 24(7,6%) morreram. **Conclusão:** A associação TB e DM predominaram em homens. Tal achado podem ser a maior facilidade do homem adoecer de TB devido às baixas condições socioeconômicas e dos padrões de contato social, como bares e instituições prisionais. Bem como o risco de desenvolvimento de TB em pacientes diabéticos é 3 a 9 vezes maior, sendo o DM, facilitador de caso novo ou fator de risco para a reativação da doença. A disfunção imunológica parece decorrer da resposta imune celular hiper-reativa que podem ser subótimos para conter o crescimento da bactéria nos pulmões, porém eficazes para prevenir sua disseminação e reativação em outros órgãos. A AIDS (p: 0,03 OR: 5,4 IC: 1,5 – 19) mostrou-se também como contribuinte para disseminação bacilar por agravamento da imunossupressão, bem como em pacientes diabéticos, aumenta a probabilidade de óbito pela TB em aproximadamente 4 vezes, corroborando a necessidade da realização do teste rápido para HIV. O DM é importante fator de risco para a TB, contribuindo para maior letalidade, assim, cuidados específicos para o diagnóstico e tratamento devem ser adotados.

PO455 RARO CASO DE MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA: M. ABSCESSUS SUBSP. BOLLETII

OLÍVIA BÁRBARA BEZERRA ANJOS[1]; ALAÍSE PINTO NEVES[1]; ANDREZZA VASCONCELOS DO VALES AGUIA[1]; DANIELLE MATOSO LETTIERI GERMANO COSTA PACHECO[1]; MAYARA MARIA SALES MONTEIRO[1]; MARIA DO CARMO COSTA DO NASCIMENTO[2].
1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL; 2. HOSPITAL ESTADUAL GISELDA TRIGUEIRO, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: non-tuberculous; abscessus; Bolletti

Introdução: Os casos de infecção por micobactérias não tuberculosas (MNT) representam um desafio diagnóstico à prática clínica tendo em vista, além de seu caráter clínico, o subdesenvolvimento social do Brasil, onde os determinantes do estado de pobreza, a falta de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia e avanços em saúde. Nesse contexto, o diagnóstico de doença por MNT exige um detalhado processo de investigação para confirmação diagnóstica, o que demanda bastante tempo durante a espera por procedimentos e exames, ocasionando, muitas vezes, sequelas pulmonares irreversíveis e irreparáveis. **Relato de Caso:** paciente feminio, autônoma, 55 anos, diagnosticada com tuberculose, em que fez 3 tratamentos pregressos completos, no entanto persistindo com baciloscopia positiva. Em outubro de 2015, por meio de cultura foi isolado o *Mycobacterium abscessos* subtipo *bollettii*, iniciando 3 manejos terapêuticos com pouca melhora clínica e mantendo baciloscopia e culturas positivas. Em março de 2019, internou-se por sintomas respiratórios, tosse produtiva, perda de peso, dispneia progressiva, cansaço e ausência de febre. Realizou baciloscopia e cultura com positividade e ainda BAAR positivo. Tem radiografia de tórax com severa destruição do pulmão direito com imagem de opacidade em ápice do mesmo e traços fibróticos em ambos os pulmões. Iniciado tratamento com amicacina,

imipenem, claritromicina, linezolida (em dias alternados) e clofazimina. Paciente evolui sem intercorrências, estável hemodinamicamente, com melhora da tosse e do cansaço. Foi solicitado acesso central, escarro induzido para baciloscopia, bem como, exames laboratoriais de rotina para acompanhamento. **Discussão:** A doença pulmonar por MNT apresenta quadro clínico sem especificidades, o dificulta o diagnóstico, logo, o mesmo é baseado em critérios clínicos, radiográficos e microbiológicos. Desse modo, a paciente desse caso em análise trata-se de um raro caso de isolamento de uma espécie de MNT, o *M. abscessus* subsp. *bolletii*, que é um patógeno raro intrinsecamente resistente a diversos fármacos. Consequentemente, é de difícil tratamento, podendo não existir um esquema antibiótico confiável, e, em alguns casos, não se consegue alcançar a cura da doença, sendo a melhora clínica o alvo terapêutico mais viável e a doença é considerada tratada quando não há exacerbações por 2 anos. Dessa forma, a paciente em questão apresenta história clínica com tratamento prévio falido, e por se tratar de um caso de difícil manejo e poucas opções terapêuticas, a conduta foi traçada no sentido de controlar os sintomas e realizar reavaliações constantes. Sendo assim, como se trata de uma doença em que a cura é um alvo terapêutico difícil, percebe-se a importância de se diminuir o tempo para confirmação do diagnóstico, facilitando-se o acesso aos serviços e aos profissionais especializados, bem como padronizar as condutas, a fim de que haja sucesso terapêutico.

PO456 PRINCIPAIS FATORES DE MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA TUBERCULOSE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

LUISA CASTOR CRUZ DE ATHAYDE[1]; LAICE ROLIM MOREIRA[2]; NICOLE VICK NASCIMENTO DE ALMEIDA[3]; SABRINA DANIELLA CARNEIRO BRAZ[1]; ANNA BEATRIZ TEMÓTEO DELGADO[4].
1. FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS DA PARAIBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARÁIBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TUBERCULOSE; TRATAMENTO MEDICAMENTOSO; ADESÃO

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pela Mycobaterium tuberculosis. O tratamento dar-se por, no mínimo, 06 meses e necessita que seja realizado com supervisão minuciosa das doses medicamentosas. As altas taxas de abandono e a má adesão ao tratamento constitui grande desafio, levando ao aumento de risco de ocorrência de formas resistentes da doença e persistência da cadeia de transmissão. Alguns dos fatores que contribuem com a má adesão terapêutica são**:** etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, problemas socioeconômicos, longo tempo de tratamento e grande quantidade de comprimidos ingeridos. **Objetivo:** O presente estudo objetivou caracterizar a produção científica acerca dos principais fatores que corroboram com a má adesão e abandono ao tratamento medicamentoso da tuberculose visando contribuir com a formação de estratégias para otimizar o manejo terapêutico. **Metodologia:** Procedeu-se a uma revisão integrativa da literatura, no período de 2015 a 2019, através de dados eletrônicos BVSalud, por relevantes periódicos como BMC Infectious Diseases, BMJ Case Reports e Cochrane Systematic Review. Os descritores foram**:** tuberculose, tratamento medicamentoso e adesão, obteve-se inicialmente 20 publicações, após uma leitura criteriosa, resultaram 10 artigos. Como critérios de inclusão**:** texto completo, publicações nos últimos 5 anos, revisão sistemática, relato de casos e ensaio clínico controlado. **Resultados:** Os artigos foram extraídos a partir da MEDLINE (100%). No que se refere ao ano de publicação, observou-se que o ano de 2016 correspondeu ao período com maioria publicações, com 5 (50%) publicações, 2017 e 2015 apresentaram 2 (20%) estudos em cada e 2018 1 (10%). O conhecimento produzido foi sintetizado em duas categorias temáticas**:** "As principais barreiras enfrentadas pelos pacientes tuberculínicos no tratamento da TB" e "Possíveis fatores observados que resultaram na melhor adesão ao tratamento da TB". Na categoria 1, a má adesão ao tratamento da tuberculose foi vinculado ao contexto pessoal como tabagismo e bem-estar psicológico; sociocultural como crenças, principalmente as religiosas e pela condição da saúde pública, como qualidade do serviço, logística de atendimento e dificuldade de acesso à saúde, além dos fatores que incluíam a terapia instituída, onde foi evidenciado que a fluorquinolona possui limitações como terapia de primeira linha desta patologia, apresentando desfecho menos favorável com mais efeitos adversos. Quanto a categoria 2 ressalta-se uma melhor adesão quando foram priorizados cuidados pessoais, tendo como base os fatores de risco sociais. **Conclusão:** A adesão ao tratamento envolve um processo dinâmico e multidimensional, compreendendo a adesão à ingestão medicamentosa e aspectos culturais, comportamentais, psíquicos e sociais. Para tratamento exitoso é preciso a partilha de compromissos que envolva o serviço de saúde e o paciente, além da abordagem para suprir as singularidades de cada doente.

PO457 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO BRASIL DE 2001 A 2016

LARISSA EDILZA DE LIMA[1]; ALBERTO DE SOUZA VIDERES FILHO[2]; ASSIS PORFÍRIO FURTADO NOGUEIRA[3]; KATHERINE MAIA FLORENTINO SILVA NUNES[2]; INGRYD GABRIELLA NASCIMENTO SANTOS[2]; SUELY COELHO TAVARES DA SILVA[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Epidemiologia; Saúde

Introdução: A tuberculose (TB), doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é um agravo em saúde pública com grande magnitude e transcendência, fato que a torna assunto prioritário para profissionais de saúde e para a população em geral. As taxas de morte ocasionadas por tuberculose, como também a prevalência e a incidência são afetadas tanto pelas condições socioeconômicas, quanto pela eficiência na detecção de casos e tratamento. **Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico da Tuberculose no Brasil entre janeiro de 2001 e dezembro de 2016. **Métodos:** Estudo transversal e retrospectivo, a partir da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS); segundo as populações dos anos censitários - censos de 2001 a 2012 e estimativas lineares do IBGE. A amostra foi constituída por todos os casos de tuberculose, confirmados e notificados no Brasil, entre 2001 e 2016, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foi calculada a taxa de incidência por ano de diagnóstico e analisadas as distribuições dos casos ao longo do período de estudo, comparando-se a incidência entre as regiões do país; além de analisar os dados quanto à zona de residência, faixa etária, raça, sexo, situação de encerramento e forma. **Resultados:** Foram registrados e notificados, entre 2001 e 2016, N=1. 497. 389 casos de

TB; 45% desses ocorridos na região Sudeste. Percebeu-se que a taxa de incidência da doença por 100 mil habitantes apresentou redução, intercalada com períodos de ascensão e regressão. A região Norte manifestou em 2014 a maior taxa de incidência em todos os anos de estudo, registrando N=59,62 casos por 100 mil habitantes. No ano de 2002 denotou-se a região Sudeste com a maior taxa (59,17%). Em contrapartida, a região Centro-Oeste apresentou em todos os anos do período a menor taxa de incidência da doença e atingiu apenas 26,19% no ano de 2016. A faixa etária com maior acometimento por TB é entre 20 a 39 anos, representando 45% dos casos (N=1. 497. 389). Cerca de 67% dos casos são registrados na zona urbana, em locais com baixas condições socioeconômicas, assim como 67% chegam à cura. Quanto ao sexo, mais da metade dos casos são representados pelo gênero masculino (67%). Observou-se que a raça mais acometida foi a parda com N=540. 478 casos. Além disso, evidenciou-se que a forma mais comum é a pulmonar, com 83,4% dos casos. **Conclusões:** Observa-se que, apesar de relatos no Brasil de diminuição da incidência e mortalidade, a tuberculose continua bastante prevalente em todas as regiões. Nota-se que os fatores socioeconômicos têm influência direta na propagação da doença, mostrando que a tuberculose é um retrato da falta de políticas públicas voltadas para melhoria das condições de vida da população. Desta forma, ressalta-se o fato de que na presença dessa situação de vulnerabilidade social da população, os serviços de saúde não serão capazes de resolver efetivamente o problema.

PO458 PERFIL DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL DE 2001 A 2017

IANE ALVES DE LEMOS[1]; MARIA CLARA PIRES D'OLIVEIRA[2]; JANNINE GOMES DA FONSECA[2]; RAFAEL FERREIRA GUEDES RODRIGUES[2]; MARIA MIRIAN CAETANO ARAÚJO DA ROCHA[2]; SUELY COELHO TAVARES DA SILVA[3].

1. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: TUBERCULOSE; PROFISSIONAIS DE SAÚDE; INFECÇÃO

Introdução: A importância da exposição ocupacional à tuberculose nos profissionais em saúde é variável nas diversas instituições e localidades. O risco de transmissão nosocomial de *Mycobacterium tuberculosis* varia em função principalmente da prevalência local e da efetividade do programa de controle da infecção da instituição. Falhas no reconhecimento, no isolamento e no manejo de pacientes são determinantes importantes de surtos nosocomiais. **Objetivos:** O estudo objetivou analisar o perfil de incidência da tuberculose em profissionais de saúde no Brasil, de 2001 a 2017. **Métodos:** Estudo transversal e retrospectivo, a partir da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A amostra foi constituída por todos os casos de tuberculose confirmados e notificados no Brasil, entre 2001 e 2017, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A variável "profissionais de saúde" foi analisada na plataforma TABNET e correlacionada com a região de notificação, sexo, forma, confirmação laboratorial e situação de encerramento. As informações foram relacionadas com dados da literatura nacional e internacional, nas bases de dados *Scielo* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). **Resultados:** Foram registrados na população geral N=1. 497. 389 casos de TB no período 2001-2017; desses, foram notificados N=4. 266 casos em profissionais de saúde. Os principais fatores envolvidos na transmissão de TB para profissionais de saúde incluem, principalmente, os procedimentos na abordagem de pacientes, o seguimento de indivíduos com formas altamente infectantes da doença, o atraso no diagnóstico e na detecção de resistência das cepas às drogas usadas para seu tratamento. Percebeu-se que a incidência da doença nos profissionais de saúde está em ascensão, visto que em 2003, por exemplo, não foram registrados casos; enquanto, em 2017, registrou-se 1. 041 casos. Tal fato pode ser explicado pelo aumento na notificação, por meio da ficha do SINAN, mas que permanece aquém do esperado pelo Ministério da Saúde. Além disso, evidenciou-se 57% dos casos (N=4. 266) na região Sudeste, o maior número de casos nessa categoria. O sexo mais acometido foi feminino, com 63% dos casos (N=4. 266); assim como, a forma de doença mais prevalente foi a pulmonar com N=2. 940 registros. Aliado a isso, denotou-se mais da metade dos registros (51,3%; N=4. 266) sem confirmação laboratorial da TB, entretanto, 75% dos casos evoluíram para cura. **Conclusões:** Diante do exposto, torna-se imprescindível a implantação de medidas de biossegurança, a exemplo da elaboração de um plano de Controle de Infecção da TB adaptado às condições da instituição; treinamento atualizado aos profissionais de saúde sobre a utilização das técnicas laboratoriais, isolamento e manejo adequado de pacientes bacilíferos; além de medidas administrativas, de controle ambiental e proteção individual de cada profissional para a redução do risco de infecção e adoecimento.

PO459 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MAIALA DE FÁTIMA LIBERATO DE MOURA; FLORA DE SOUZA BRANDAO DOS REIS; ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS; DANIELLE SERAFIM PINTO; WERUSKHA ABRANTES SOARES BARBOSA.

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Educação Popular em Saúde; Promoção da Saúde

Introdução: A tuberculose segue como um grave problema de saúde pública no mundo. A Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose foi uma estratégia criada com o objetivo de prevenir a transmissão da doença, de fazer o diagnóstico precoce e de iniciar o tratamento o mais rápido possível. Para que se consiga uma efetivação do plano a Educação Popular em Saúde vem agregar informações através de uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção da saúde, a partir do diálogo entre os diversos saberes. **Objetivo:** Estimular a participação da comunidade no controle e prevenção da tuberculose. **Métodos:** Ação social de saúde desenvolvida para mulheres da comunidade (45 a 85 anos) frequentadoras da Unidade Básica de Saúde do Ipiranga no município de João Pessoa/PB, desenvolvida pelo Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde, envolvendo orientações sobre o modo de transmissão, tratamento e prevenção da tuberculose. A ação envolveu duas etapas que consistiam em palestras e uma dinâmica "O Bingo da Tuberculose", respectivamente. Resultados e **Discussão:** A palestra foi manejada com o auxílio de slides para facilitar a observação de imagens e animações didáticas, além da interação da plateia com os palestrantes, para tirar eventuais dúvidas. Foi percebida através da ação educativa a existência de dúvidas em relação a doença, principalmente quanto a forma de transmissão, notou-se a dificuldade de entender o porquê da patologia necessitar de um tratamento tão longo, visto que os sintomas desapareciam com 15 dias de tratamento. A dinâmica "O Bingo da

Tuberculose", consistia em cartelas confeccionadas com os sintomas mais prevalentes da tuberculose e foi realizada no intuito de facilitar o aprendizado, estimular o raciocínio, a interação entre as pessoas e a participação da comunidade. **Conclusão:** A comunidade necessita de apoio educacional sobre as principais morbidades que acometem o meio em que estão inseridas. As ações educativas tem como finalidade promover a saúde e prevenir as doenças através de atividades lúdicas, para isso a Educação Popular em Saúde agrega o conhecimento científico e popular no intuito de facilitar o conhecimento, estimulando uma participação social.

PO460 RELATO DE CASO: COMPLICAÇÕES DA TUBERCULOSE PULMONAR

MARIA EDUARDA VALADARES SANTOS LINS[1]; BRUNA RAPOSO MAIA[2]; CAIO RIBEIRO BARBOSA[2]; RUTH CARVALHO FONSECA E ALBUQUERQUE[2]; DANIEL FELIPE MORAIS VASCONCELOS[2]; MARIA CAROLINA MENEZES CARNEIRO[2].
1. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Complicações; Hemoptise

Introdução: O pulmão é o principal local de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*. As complicações pulmonares da tuberculose (TB) podem incluir hemoptise, pneumotórax, bronquiectasia, destruição pulmonar, malignidade e aspergilose pulmonar crônica (POZNIAK; 2016). **Relato de Caso:** V. M. B. S., 33 anos, sexo feminino, procedente de Gravatá-PE, tabagista passiva, asmática, portadora da doença de Chron, anemia de doença crônica, espondiloartrose e hipertensa. Relata episódios hemoptoicos intermitentes desde 2003 e iniciou acompanhamento com a pneumologia do Hospital Oswaldo Cruz em 2012. Referia histórico de tuberculose pulmonar. A paciente relatou episódios recorrentes de hemoptise associado a tosse produtiva, febre e dispneia aos mínimos esforços, sem demais queixas. Ao exame físico, apresentou murmúrios vesiculares presentes em ambos hemitórax, com discretos roncos difusos, sem demais alterações nos demais sistemas. Na tomografia de tórax realizada em 2010, foi visualizado uma discreta espessura cissural à direita e um nódulo calcificado no lobo superior direito de 0,3 cm com aspecto granulomatoso residual. O teste de Matoux deu negativo e a espirometria demonstrou distúrbio respiratório restritivo leve. A paciente repetiu a tomografia de tórax em 2019 apresentando um discreto derrame pleural no hemitórax direito com atelectasia, espessamento pleural e a persistência do nódulo. A prosposta terapêutica envolveu continuação do acompanhamento, uso de medicamentos e orientações sobre hábitos de vida e nutricionais, não sendo indicado procedimento intervencionista diante do quadro clínico. O tratamento medicamentoso realizado foi com o fumarato de formoterol di-hidratado associado ao propionato de fluticasona, corticoide oral e sulfato de salbutamol em crises. **Discussão:** A hemoptise pode ocorrer após o término do tratamento e costuma ser de pequeno volume, representado pela expectoração com sangue (JOHNSTON; 1989; CONLAN et. al. ; 1983). Se a hemoptise for importante deve ser avaliada prontamente para definir a fonte e facilitar a intervenção imediata (MUTHUSWAMY et. al. ; 1987). No caso desta paciente, os episódios hemáticos eram intermitentes e de pequeno volume, não sendo necessário intervenção iminente ou cirúrgico (RAMAKANTAN et. al. ; 1996). Outra complicação comum é a bronquiectasia nos segmentos apicais, visualizado na paciente. A broncolitíase representa uma condição incomum da TB pulmonar e o nódulo calcificado pode ocluir o brônquio, causando sintomas de tosse, hemoptise, sibilância ou pneumonia recorrente (SALKIN; CADDEN; EDSON; 1943; GALDERMAN et. al. ; 1990). A TB raramente pode causar destruição progressiva do pulmão e os sintomas incluem dispneia progressiva, hemoptise e perda de peso (BOBROWITZ et. al. ; 1974). Radiograficamente, há cavidades, fibrose e derrame pleural (PALMER; 1974). A descoberta e o tratamento precoce da TB contribuem para a diminuição dos casos e suas sequelas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (RAMOS; 2006).

PO461 TUBERCULOSE DISSEMINADA ACOMETENDO SISTEMA NERVOSO CENTRAL, GÂNGLIOS E PULMÃO: UM RELATO DE CASO

FRANCISCO JOSERLÂNIO DE OLIVEIRA JÚNIOR[1]; EDPO JORDY FERNANDES DA SILVA[2]; AMANDA MARIA DE AQUINO[3]; ARIANE PEREIRA DOS SANTOS[4]; MARIA DO CARMO COSTA DO NASCIMENTO[4].
1. UNIVERSIDADE POTIGUAR, JOSE DA PENHA - RN - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR, PARNAMIRIM - RN - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE POTIGUAR, PAU DOS FERROS - RN - BRASIL; 4. HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO - SESAP, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose disseminada; Mielite tuberculosa; Retrovirose

Introdução: Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo da tuberculose. O acometimento principal em sua apresentação clássica é o pulmão, porém dependendo do estado imunológico do paciente e da virulência do patógeno, pode se apresentar de forma disseminada, atingindo vários órgãos concomitantemente, comprometendo gânglios, pericárdio, aparelho urogenital, aparelho osteoarticular, sistema nervoso central, pleura, aparelho gastrointestinal e região oftálmica. Neste trabalho buscamos mostrar a apresentação de um caso da tuberculose disseminada com acometimento neurológico, pulmonar e ganglionar. **Relato de Caso:** R. N. C., homem, 40 anos, natural de Santos-SP, usuário de crack, abstêmio há dois meses, período que iniciou quadro de febre moderada e persistente, tosse improdutiva, perda ponderal de 10kg e adenomegalias generalizadas, predominantemente em região inguinal. Há sete dias do internamento apresentou dificuldade para deambular que evoluiu para paraplegia, retenção urinária e constipação. Aos exames obteve diagnóstico de retrovirose (HIV), tuberculose ganglionar disseminada com acometimento de cadeia periférica (BAAR +++ no aspirado de gânglio inguinal) e abdominal, tuberculose pulmonar (BAAR ++ no escarro e GeneXpert TB/RIF detectável) e mielite tuberculosa (punção liquorica e ressonância de coluna). Iniciou-se terapêutica com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol e levofloxacina. Durante internação, apresentou infecção urinária e septicemia decorrente de infecção em cateter central, onde foram isoladas, respectivamente, Klebisiella Pneumonia Multirresistente e Pseudomonas aeruginosa ESBL, ambas tratadas e com culturas negativadas. O paciente está em uso de Abacavir, lamivudina e efavirenz (devido reações adversas ao esquema padrão da retrovirose). Evoluiu de forma estável, porém com sequelas neurológicas devido a mielite tuberculosa. Persiste paraplégico e com incontinência urinária. Após 5 meses e 10 dias de internação hospitalar o paciente teve alta, orientado a manter controle e tratamento ambulatorial para tuberculose e retrovirose. **Discussão:** Dentre as manifestações mais comuns da tuberculose extrapulmonar em pacientes imunodeprimidos, a tuberculose ganglionar é a mais freqüente. Nestes pacientes, a formação de cavitações está reduzida, favorecendo a disseminação local

e sistêmica. Diante do relato, um paciente com quadro de linfadenomegalia disseminada, fistulizações de linfonodos, queixas respiratórias, sintomas neurológicos, diagnóstico recente de HIV e por ser usuário de drogas, deve-se pensar em tuberculose disseminada acometendo diversos sistemas. Neste caso foi comprovado três sítios de infecção pelo uma Bacilo de Koch, sistema nervoso central, gânglios e pulmão. **Referências:** Filho AJN, Maeda TY. Tuberculose e aids. Rev. Hospital Pedro Ernesto 2006. LIMA, Mônica M., Co-infecção HIV/tuberculose. Rev. Saúde Pública 1997. Capone D, Mgami R. TB extrapulmonar. Rev Hospital Pedro Ernesto 2006.

PO462 TUBERCULOSE XDR ASSOCIADA A DIABETES MELITTUS: RELATO DE CASO

GEYSA FATIMA CARVALHO[1]; ALECSANDRA BEZERRA MONTEIRO DE OLIVEIRA[2]; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO[2]; FERNANDO DE PAIVA MELO NETO[3]; FABÍOLA BARBOSA TRAVASSOS MACHADO[4]; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA[2].
1. HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL; 2. HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA -UNIPÊ, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA-FAMENE, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Resistencia Extensiva; Diabetes

A Tuberculose (TB) é uma doença que pode ser prevenida e curada, mas ainda prevalece em condições de pobreza (BRASIL, 2010). O expressivo aumento do número de casos de TB multirresistente (TB-MDR) e de TB extensivamente resistente (TB-XDR) torna essas formas da doença um grave problema de saúde pública mundial. TBMDR Causada pelo Mycobacterium tuberculosis resistente à Rifampicina e à Isoniazida, enquanto, na TB-XDR, o bacilo apresenta resistência adicional a qualquer fluoroquinolona e a pelo menos um dos três medicamentos injetáveis de segunda linha (Amicacina, Canamicina ou Capreomicina). A detecção precoce de casos e o início oportuno da terapia medicamentosa, são consideradas ações fundamentais para o controle da doença. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation) estimou que 8,8% de 95 da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) viviam com diabetes. **Relato de Caso:** V. F. S., 44 anos, s feminina, branca, casada, natural e residente em Alagoa Grande. antecedentes de Hipertensão Arterial Sistêmica e DM, é insulinodependente. Nega tabagismo, etilismo, e uso de drogas ilícitas. Diagnóstico de TB-XDR e início do tratamento em novembro/2014 com Levofloxacino 250 mg 1x dia, Levofloxacino 500 mg 1x dia, Terizidona 250 mg 3 cápsulas 1x dia, Etambutol 400 mg 3 comprimidos 1x dia. Em novembro/2014, realizou Teste de Sensibilidade (TS) através doescarro, mostrando ser sensível à Estreptomicina, Estambutol, Kanamicina e Capreomicina, e resistente à Isoniazida, Rifampicina, Amicacina e Ofloxacina. Mostrou-se pouco cooperativa na adesão ao tratamento e precisou ser hospitalizada. A radiografia do Tórax, com lesões cavitárias em Lobo Superior Direito. Em fevereiro/2015, suspendeu Estreptomicina devido desconforto auditivo. Em agosto/2015, teve mudanças no tratamento, para Capreomicina 1 grama -dia, Levofloxacino 500 mg 2 comprimidos - dia, Linezolida 600 mg 12 em 12 horas, PAS (ácido paraminossalicílico) 4 comprimidos - dia e Clofazimina 100 mg 2x dia. Discussao e conclusão**:** estudos de caso-controle demonstram que o risco de um paciente diabético desenvolver TB varia de 2,44 a 8,33, comparado com um paciente não diabético, logo,é recomendado o monitoramento para garantir a detecção precoce de casos de TB nesta população. Esta paciente era residente em zona rural, mas houve um envolvimento da equipe de saúde, onde colaborou com o acompanhamento compartilhado. O tratamento da TB-XDR pode ser exitoso mesmo em pacientes diabéticos, com detecção precoce, tratamento adequado e o acompanhamento supervisionado. **Referências:** Rawat J,Sindhwani G,Biswas D. Effect of age on presentation with diabetes**:** Comparison of nondiabetic patients with new smear-positive pulmonary tuberculosis patiets Lung. 2011: 28(3)**:** 187-190;Tuberculose em Situações Especiais: HIV,Diabetes Melittus e Insuficiencia Renal Tuberculosis in Settings: HIV,Diabetes Melittus and Renal Failure,2017; 455-61.

PO463 SOBREVIDA DOS PORTADORES DE COINFECÇÃO TUBERCULOSE/AIDS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

LAICE ROLIM MOREIRA; SABRINA DANIELLA CARNEIRO BRAZ; CAMILA VASCONCELOS DE SOUZA; LUISA CASTOR CRUZ DE ATHAYDE; KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO.
FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Aids; Mortalidade

Introdução: A coinfecção tuberculose/HIV representa um estado avançado da doença pelo HIV/AIDS, sendo a principal causa de morte nestes pacientes. O Brasil apresenta um terço de toda a carga de tuberculose das Américas. Destes, 34% dos casos estão associados a coinfecção com HIV e 22% chegaram a óbito no ano de 2015. Em todo o mundo, a população pobre, moradora da periferia e com condições precárias de saneamento vem sendo, cada vez mais, atingidas por esse quadro. Diante desse exposto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma concentração maior de esforços no diagnóstico precoce e na continuidade do tratamento, além de melhoria nas condições de vida das populações mais afetadas. **Objetivos:** Analisar a literatura científica sobre a existência de publicações que abordem tempo de sobrevida e os preditores de mortalidade de portadores da coinfecção tuberculose/HIV. **Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que obteve, através da estratégia de busca de estudos junto à base de dados eletrônicos BVSalud, as publicações acerca da temática, usando os seguintes descritores**:** tuberculose, AIDS e mortalidade. Os critérios de inclusão foram**:** texto completo, publicações nos últimos 5 anos e estudos do tipo estudos de coorte, ensaios clínicos controlados e revisões. Foram encontrados 25 artigos, em que, após uma leitura criteriosa, apenas 12 foram selecionados para compor a amostra. **Resultados:** A existência da coinfecção HIV/Tuberculose ocorre em 24,7% dos pacientes, nos artigos estudados, como também há uma prevalência maior do sexo masculino entre os diagnosticados com a coinfecção 2,7: 1. A faixa etária mais acometida é entre os 26 a 39 anos. Quanto a sobrevida em 60 meses nos pacientes com a presença da coinfecção chega a 71% dos casos. Algumas hipóteses para explicar o abandono do tratamento para tuberculose por muitos pacientes seriam**:** interação medicamentosa entre os medicamentos, uso de álcool, uso de drogas e presença de infecções oportunistas. Os pacientes que fizeram uso da terapia antirretroviral de alto impacto teve como resultado um aumento na sobrevida, refletindo o empenho dos investimentos dos programas de AIDS para um acesso universal do tratamento e também um melhor acompanhamento clínico dos pacientes com a coinfecção Tuberculose/HIV. **Conclusão:** A tuberculose se mantém em destaque no que se refere a causa de hospitalização e morte intra-hospitalar entre pacientes com HIV, a nível

mundial. Com efeito, constatou-se a necessidade primordial de estabelecer estratégias para o diagnóstico precoce do HIV com a devida aplicação da terapêutica anti-retroviral, prevenção da tuberculose (TB) e melhora do acesso ao teste de resistência de pacientes co-infectados com HIV-TB. Dessa forma, conclui-se que é de suma importância a efetivação de políticas de prevenção e promoção à saúde, que contribuirão substancialmente para melhoria do panorama de vulnerabilidade desse agravo à saúde.

PO464 SINTOMAS PSICÓTICOS INDUZIDOS POR MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO

AMANDA ALMIRÃO ALVES; KATHERINE LIZOT BRIZOT; VINICIUS SILVA BARROS.
UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Isoniazida; Psicose

Relato de Caso: apresenta uma paciente de 37 anos, sexo feminino, em seguimento clínico regular há 4 anos (CID-10: B24), internada em enfermaria da infectologia de hospital geral para tratamento de tuberculose pulmonar. Foi solicitada avaliação da equipe de interconsulta de psiquiatria pois, imediatamente após a introdução do esquema de medicamentos (rifampicina, associada à isoniazida, pirazinamida e etambutol), a paciente passou a apresentar alucinações visuais e auditivas. Os exames de imagem, líquor e demais sorologias não mostraram alterações. Durante a avaliação, a paciente apresentou atitude suspicaz, sensopercepção alterada, com alucinações, e pensamento com conteúdo delirante persecutório. Por não possuir histórico de abuso de substâncias psicoativas, antecedentes familiares e pessoais de transtornos mentais, foi aventada a hipótese de episódio psicótico induzido por medicamentos, sendo sugerida a discussão quanto ao esquema terapêutico instituído para o tratamento da tuberculose pulmonar, além da introdução de risperidona, utilizada em dose de 4mg/dia. O medicamento isoniazida foi suspenso do esquema terapêutico e, em acompanhamento pela equipe de interconsulta, foi observada remissão dos sintomas psicóticos em 3 semanas. **Conclusão:** Apesar dos medicamentos antituberculose serem extremamente eficazes, eles podem ocasionar reações adversas graves como a psicose (relacionada nesse contexto à isoniazida) e que a infecção concomitante pelo HIV constitui em fator de risco para a ocorrência, o que pode comprometer ainda mais o tratamento clínico e qualidade de vida dos pacientes. Ressalta também a importância e necessidade de acompanhamento multiprofissional e integrado, a fim de promover manejo adequado e melhora da adesão ao tratamento clínico.

PO465 TUBERCULOSE PULMONAR ASSOCIADA A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: RELATO DE CASO

HELI CLÓVIS DE MEDEIROS NETO; GABRIEL CARLOS NÓBREGA DE SOUZA; PAULO EMANUEL FERNANDES; JOSÉ ARMANDO DA SILVA FILHO; JOÃO VICTOR DUARTE AQUINO; TÁSIA DE ALBUQUERQUE FALCAO FEITOSA.
UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: tuberculose; pulmonar; endocardite

Introdução: Nos últimos anos, a tuberculose (TB) teve um aumento no número de casos. A Mycobacterium tuberculosis é uma das principais causas de morte, chegando a matar cerca de 4. 700 pessoas/dia, mostrando que a tuberculose continua sendo um problema de saúde pública mundial. A endocardite tuberculosa é um importante diagnóstico diferencial frente a um paciente com Endocardite infecciosa (EI) e com suspeita de TB. A mortalidade desta patologia no ambiente intra-hospitalar é de aproximadamente 20%. **Relato de Caso:** Paciente H. S. S, homem, 34 anos, pedreiro, referindo dispnéia progressiva para os mínimos esforços há 2 meses, associado à febre vespertina não mensurada, acompanhada de calafrios e sudorese noturna. Refere perda de 8kg iniciado com o quadro. Relata internamento prévio (09/2018), no Hospital de Parnamirim-RN, por 75 dias, devido quadro de EI subaguda, onde obteve achados no ECOTT e hemocultura correspondentes a dois critérios maiores de Duke. A conduta foi antibioticoterapia com Meropenem + Oxacilina. Chegando ao HGT, devido genexpert prévio positivo, estava REG, desidratado, taquipneico, com PA de 88 x 40, anasarcado, hepatomegalia dolorosa, sopro diastólico em foco aórtico, além de murmúrio vesicular diminuído com estertores crepitantes. Abdome: hepatomegalia dolorosa. Ao estabilizar, recebeu alta para enfermaria, onde foi instituído esquema de tratamento para TB Pulmonar com RHZE, além de ajuste da antibioticoterapia para EI com Ceftriaxona + Oxacilina por 28 dias. Também, fez medidas para descompensação de IC. Na enfermaria, evolui com dor abdominal em epigástrio e vômitos, além de dor torácica ventilatório dependente. Pelo fato do RHZE causar irritação gástrica, o medicamento foi suspenso. Entretanto, com resolução total do quadro em 10 dias, reintroduziu as medicações, droga a droga, com boa aceitação do paciente. Paciente evoluiu hemodinamicamente estável, mantendo o quadro de dor abdominal e torácica, encerrando antibioticoterapia para Endocardite Infecciosa, em 17/12/2018, mantendo o básico para TB. **Discussão:** A EI é o processo infeccioso do endotélio cardíaco, acometendo principalmente as valvas cardíacas[1,2,3]. No paciente em questão, a provável etiologia da IC foi a destruição valvar subsequente à EI a prévia. O quadro clínico pode ser devido ao baixo débito ou a síndrome congestiva. Entre os sintomas congestivos, os mais comuns são a dispneia aos esforços, a ortopneia, hepatomegalia, edema maleolar e a tosse seca. A presença de tosse crônica em um paciente deve aventar algumas possibilidades, entre elas a Tuberculose Pulmonar. A TB é uma doença infectocontagiosa causada pelo "complexo *Mycobacterium tuberculosis*". Os sintomas mais frequentes são febre baixa (~38,5°C) e tosse seca. O diagnóstico de TB pulmonar deve ser suspeitado em pacientes com tosse> 2 a 3 semanas de duração, febre, sudorese noturna, perda de peso e fatores epidemiológicos relevantes[5,6,7,8].

PO466 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR TUBERCULOSE NO ESTADO DE PERNAMBUCO UTILIZANDO DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO DATASUS

PRISCILA MACIEL DE ARAÚJO; MARIA EDUARDA VALADARES SANTOS LINS; THIAGO PALMEIRA SANTANA; MANUELA BARBOSA DE SOUZA; MARIA CLARA ARRUDA DE SANTANA.
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Óbitos; Perfil epidemiológico

Introdução: Estima-se que mais de 1,7 bilhões de pessoas (25% da população mundial) estejam infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis.* A incidência global de tuberculose (TB) atingiu o pico em 2003 e parece estar diminuindo lentamente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2017, 10 milhões de pessoas adoeceram com TB e 1,6 milhões morreram. Portanto, novas metas de TB foram estabelecidas como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de 2016 a 2030 para reduzir a incidência e mortalidade. **Objetivo:** Identificar a epidemiologia dos óbitos por TB no Estado de Pernambuco (PE). **Métodos:** É um estudo epidemiológico descritivo

com dados de óbitos por TB em PE obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2012-2016. A coleta de dados dos óbitos envolveu a faixa etária de 20-80 anos, de ambos os sexos. **Resultados:** O número de óbitos em PE por TB totalizou 2912 pacientes. Sobre a faixa etária, 62,4% estavam entre 20-59 anos, 29,4% com 60-80 anos, seguido de 8,2% com mais de 80 anos. 76,6% eram homens e 23,4% mulheres. Na escolaridade, 27,5% eram analfabetos, 59,7% com 1-7 anos de estudos, 10,7% com 8-11 anos e 2,1% apresentando 12 anos ou mais. Nessa região, 69% eram pardos, 22,5% se autodeclaravam brancos e uma minoria, com 8,5%, sendo pretos e amarelos. Sobre o estado civil, 64,3% eram solteiros, 24,2% casados, 8,7% viúvos e 2,8% divorciados. **Discussão:** A TB permanece sendo um desafio para as políticas públicas de saúde (BRUNELLO et. al. ; 2009). É a doença infectocontagiosa mais letal do mundo, atinge todas as faixas etárias e é agravada por condições socioeconômicas precárias (RODRIGUES et. al. ; 2011). Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2017, os estados de Rio de Janeiro, PE e Amazonas são os de maior risco de morte por TB. Em relação a idade, na literatura, há maior concentração de óbitos entre 40-80 anos, compatível com o resultado neste trabalho (CECILIO et. al. ; 2013). No que diz respeito ao gênero, a população masculina foi a mais atingida em diversos estudos assim como nesta pesquisa (CECILIO et. al. ; 2013; DA SILVA et. al. ;2017). Sobre a raça, a maioria eram pardos e brancos, semelhante a dados da literatura (DA SILVA et. al. ;2017). No presente estudo, muitos apresentaram escolaridade baixa, ao contrário do que foi observado em outras pesquisas, as quais demonstraram maior frequência de TB em pacientes com mais de 8 anos de estudo (CECILIO et. al. ; 2013; DA SILVA et. al. ;2017). Sobre o estado civil, na literatura, a maioria eram solteiros, seguido de casados, viúvos e divorciados, assim como neste trabalho (DA SILVA et. al. ;2017). **Conclusão:** A TB demonstra relação direta com a pobreza e exclusão social (SOUSA; PINHEIRO; 2011) e faz parte da lista de causas de mortes evitáveis, se prevenção e manejo adequados (MALTA et al. ; 2011). A vigilância de óbitos por TB visa a construção de políticas públicas para mudar a realidade de mortes por esta doença (SELIG et. al. ; 2010).

PO467 CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSE EM GOIÁS NOS PERÍODOS DE 2002-2007 E 2012-2017 E SUA COINFECÇÃO COM O HIV

RAMIRO DOURADO MARANHÃO[1]; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS SILVA[2]; BRUNNA POLARI LEITÃO[3]; ISABELLA METRAN DOURADO[4]; GUYLHERME SARAIVA[1]; ISADORA ESPÍNDOLA LEITE BORGES[2].

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 3. HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; HIV; SINAN

Introdução: A tuberculose (TB) é causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, afeta habitualmente os pulmões e é a doença infecciosa de maior mortalidade entre os portadores do vírus HIV (PVHIV). Estima-se que 1/3 da população mundial esteja infectada pelo bacilo, atingindo todos os grupos etários, com predomínio dos indivíduos economicamente ativos (15 a 54 anos) e do sexo masculino. **Objetivos:** Analisar a evolução epidemiológica dos casos confirmados de TB entre os períodos de 2002-2007 (P1) e 2012-2017 (P2) em Goiás (GO). **Métodos:** Trata-se de um estudo analítico transversal de prevalência que usou dados do DATASUS, notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Estudou-se os casos confirmados de TB em GO entre P1 e P2, investigando as variáveis ano de processamento, sexo e identificou-se a relação entre PVHIV e presença de AIDS com a TB. A análise foi feita comparando a incidência dos casos confirmados de TB entre P1 e P2. **Resultados:** Com a análise dos dados, observou-se que, em intervalo de 10 anos, houve aumento na notificação dos casos de TB em ambos os sexos em GO**:** em 2008 foram 245 casos em homens e 91 em mulheres, enquanto que em 2017 foram 508 casos em homens e 160 em mulheres. Em relação à concomitância com HIV/AIDS, em 2008, 27% dos homens com TB eram PVHIV e 25,7% já possuíam AIDS. Nas mulheres, 23% eram PVHIV com diagnóstico de AIDS. Em 2017, 20% dos homens com TB eram PVHIV, sendo que 19% eram AIDS. No sexo feminino, 15% eram PVHIV, sendo que 13,75% eram AIDS. **Discussão:** O Boletim Epidemiológico de 2017 evidenciou que de 2007 a 2016, o coeficiente de incidência da doença apresentou uma variação média anual no país de -1,7%, passando de 37,9/100 mil habitantes em 2007 para 32,4/100 mil habitantes em 2016. Considerando que o Boletim também avalia os dados do SINAN, observa-se discrepância dos dados, visto que houve um aumento percentual dos casos confirmados de TB, no período abordado neste artigo, de 51,77% em GO. Esse aumento não foi acompanhado do aumento de casos de HIV em concomitância com TB. Sendo assim, as notificações aumentaram por melhoria do uso das fichas de notificação? Pela maior oferta de exames confirmatórios?**Conclusão:** Por ser uma infecção de alta prevalência entre os PVHIV, a presença de

PO468 TUBERCULOSE MULTIDROGA RESISTENTE EM PACIENTE COM DIABETES MELLITUS TRATADO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE: RELATO DE CASO

ANDRESSA LAYANE LOPES DE SOUZA RÊGO; ANAÍS CONCEPCION MARINHO ANDRADE DE MOURA.

UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Tuberculose; Multidroga resistência; Diabetes Mellitus

A tuberculose(TB) possui várias patologias como fatores de risco, dentre elas, sendo menos comum, encontra-se o diabetes mellitus[3]. Tal patologia metabólica além de interagir com o bacilo da TB, interfere no tratamento da doença devido às suas oscilações bruscas de glicemia. Além disso, dificulta a ação do antibiótico ao patógeno, possibilitando a seleção de cepas multirresistentes[2]. Nessa perspectiva, esse presente estudo tem o objetivo de analisar, por intermédio de um relato de caso de tuberculose multirresistente, a relevância a comunidade científica sobre a ausência de mecanismos acerca da fisiopatologia e interação dessas duas doenças. Paciente do sexo masculino, 48 anos, natural de Antônio Martins/RN, nega fumo e etilismo, com sorologia para HIV negativa, em uso de insulina NPH, com passado de TB pulmonar desde 2014 a qual teve recidiva em agosto de 2018, apresentou tosse produtiva com hemoptóicos, com secreção purulenta, febre, sudorese noturna, insônia terminal, dispnéia aos pequenos esforços e perda ponderal de 20 kg em 4 meses. Evoluiu com a manutenção dos sintomas respiratórios, mesmo sendo medicado com RHZE, sendo detectado logo após resistência contra Estreptomicina, Isoniazida e Rifampicina. Em janeiro de 2019 ele deu entrada no Hospital Gizelda Trigueiro/RN, realizou nova coleta de escarro, corroborando para o diagnóstico de TB-MDR com genexpert Tb RIF revelando "Mycobacterium tuberculosis" detectável e rifampicina

resistente. A radiografia de tórax demonstrava lesões radiopacas sugestivas de bronquiectasia com predomínio no pulmão direito, infiltrados alveolares heterogêneos ocupando quase todo o pulmão direito, redução volumétrica do pulmão direito devido a uma fibrose anterior e pulmão esquerdo vicariante. Em vista disso, foi constatado por meio de pesquisas, que o tratamento da TB pode alterar os níveis de glicemia[4], fato que ocorreu com o nosso paciente, a qual ficou indetectável (>600 mg/dL), além disso, foi necessário realizar novos esquemas de insulinoterapia. A forma como o bacilo da TB interage com a diabetes, ainda é desconhecido, porém sabe-se que a descompensação do DM é essencial para desencadear uma má resposta a antibioticoterapia, possibilitando uma cultura para bactérias resistentes[1]. 1. COSTA - Ronaldo - Diagnóstico laboratorial da tuberculose: Revisão de literatura - 2018 - file: ///home/chronos/u-5c9 10790c23b96b1afe976692bc79ae1bd64dac7/MyFiles/ Downloads/v 28s5a30. pdf - acesso em 28 de maio de 2019; 2. Jeon CY, Murray MB. Diabetes Mellitus increases the risk of active Tuberculosis: a systematic review of 13 observational studies. PLoS Med. 2008; 5(7): 1091-01; 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Tuberculose o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção - http: // www. saude. gov. br/saude-de-a-z/tuberculose - acesso em 01 de junho de 2019; 4. ROCHA, SOARES, NASCIMENTO. Diabetes mellitus em pacientes com tuberculose internados em hospital de referência em Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev Med Minas.

J Bras Pneumol. 2019;45(supl.2R):R1-R224

ÍNDICE DE AUTORES

A

ACCIOLY, ACM PO067, PO070, PO234, PO402
ADRIANO, MSPF..... PO065, PO415
AGONDI, RC..... PO247
AGUIA, AVV..... PO455
AGUIAR, FMB PO038
AGUIAR, LB..... PO391
AIRES, DC PO009, PO082, PO274
AKIMOTO, BF..... PO121
ALBERIO, CAA PO224
ALBUQUERQUE, ARB PO352
ALBUQUERQUE, CCC ... PO037, PO198
ALBUQUERQUE, EPT PO308
ALBUQUERQUE, JENF PO395
ALBUQUERQUE, KF PO189
ALBUQUERQUE, PR..... PO450, PO452
ALBUQUERQUE, RCF..... PO460
ALBUQUERQUE NETO, AA PO109, PO110, PO112
ALCÂNTARA-NEVES, NM PO001
ALCÂNTARA, ECPO159, PO277, PO301
ALENCAR, BRA PO351
ALENCAR, HL..... PO140, PO258
ALENCAR, VRG PO022, PO311
ALEXANDRE, LA PO373, PO411
ALFONSO-CRISTANCHO, R..... PO045
ALMEIDA, AES..... PO088
ALMEIDA, APE..... PO194, PO351
ALMEIDA, BE PO080
ALMEIDA, CC.... PO107, PO217, PO285
ALMEIDA, FC ... PO206, PO238, PO327, PO417
ALMEIDA, FP PO288, PO390, PO399
ALMEIDA, GE..... PO059, PO080
ALMEIDA, IBCM PO181
ALMEIDA, MR..... PO216
ALMEIDA, NVN PO456
ALMEIDA, TRBF..... PO235
ALMEIDA, VDC PO157
ALMEIDA NETO, LA..... PO398
ALMEIDA NETO, OP..... PO290
ALVERGA, LM PO449
ALVES, AA..... PO085, PO464
ALVES, DS..... PO023
ALVES, L..... PO073, PO123
ALVES, MA..... PO255, PO288, PO390, PO399
ALVES, MCA PO330, PO336
ALVES, REFM..... PO010, PO131
ALVES, VB PO219, PO220
AMARAL, CT PO004, PO007, PO120, PO128, PO131
AMARAL, DO PO408
AMARAL, NES..... PO361
AMATUZZI, RP PO259
AMORIM, ASS PO171
AMORIM, JBS..... PO268, PO386
ANDRADE, CFF PO330, PO336
ANDRADE, EA... PO180, PO350, PO394
ANDRADE, FG... PO388, PO389, PO445
ANDRADE, ICC..... PO344
ANDRADE, JS PO369
ANDRADE, KJS PO148, PO372
ANICETO, RR PO278
ANJOS, GQ PO297, PO331
ANJOS, OBB PO232, PO414, PO424, PO455
AQUINO, AM..... PO461
AQUINO, AP..... PO102, PO170, PO260, PO281
AQUINO, JVD..... PO465
AQUINO, RL..... PO321
ARARUNA, AAR PO075, PO088, PO153
ARARUNA, AMD PO075, PO088
ARARUNA, JED..... PO075, PO088
ARARUNA, VR..... PO075
ARAUJO, ACS PO223
ARAÚJO, CS..... PO404
ARAÚJO, FP PO313
ARAUJO, JS PO034
ARAÚJO, KRC PO463
ARAUJO, LV..... PO075, PO088
ARAÚJO, MAS PO284
ARAÚJO, MF..... PO115, PO195
ARAUJO, MNA. PO105, PO133, PO237, PO241
ARAUJO, MS..... PO032, PO358
ARAÚJO, PM..... PO366, PO380, PO466
ARAÚJO, RCB PO406
ARAÚJO, VAP PO436
ARAUJO, ZTS PO156, PO164, PO165
ARRAIS, RF PO303
ARRUDA, ABNT PO206, PO238, PO327, PO417
ASAHIDE, CM PO085
ASSUNÇÃO, LRPS PO232, PO300, PO378
ASTURIAN, K..... PO087
ATAIDE, GSF PO183, PO416
ATHAYDE, LCC PO456, PO463
ATHAYDE, MPG PO083, PO202
ATHAYDE, RAA PO023, PO160
ATHAYDE, RAB PO061, PO067, PO077, PO078, PO093, PO102, PO137, PO210, PO211, PO260, PO264, PO322, PO328, PO346, PO349, PO403, PO441, PO442
AVELINO, KWS PO332
AYRES, AMN..... PO286
AZEVEDO, GG PO135
AZEVEDO, JFB PO081
AZEVEDO, NO PO449

B

BAIDA, RL PO314
BAIMA, J PO071
BANDEIRA, AMP..... PO037
BARACHO, JDS..... PO083
BARAGATTI, RF PO323, PO324, PO437, PO438
BARBEIRO, AS PO028
BARBIERI, GM PO032, PO267
BARBOSA, ABO PO266, PO283
BARBOSA, AO PO349
BARBOSA, CR..... PO443, PO460
BARBOSA, LF..... PO386
BARBOSA, SLS PO150
BARBOSA, TGM..... PO436
BARBOSA, WAS PO459
BARCELOS, GG..... PO284
BARRAL, MM..... PO384
BARREIRO, PWL..... PO231
BARRETO, ACLSA..... PO396, PO396
BARRETO, ALOVPO187, PO304, PO305
BARRETO, LTA..... PO398
BARRETO, LV..... PO276, PO321
BARRETO, ML..... PO001
BARRETO, WJ... PO245, PO325, PO446
BARROS, EVCC..... PO181
BARROS, GV PO426
BARROS, JLA.... PO102, PO170, PO281
BARROS, LAF..... PO143
BARROS, VFSF..... PO025
BARROS, VS..... PO085, PO464
BARROS JR, ACG PO024, PO028, PO173, PO291
BARROSO, ALF. PO038, PO103, PO354
BARROSO, EC..... PO312
BASTO, GL PO391
BASTOS, ARD PO141
BATISTA, ANR..... PO108, PO111
BATISTA, DA PO065, PO070, PO415
BATISTA, DR PO057, PO099
BATISTA, EHL .. PO015, PO065, PO345, PO353, PO415
BEAL, F..... PO314, PO370, PO423
BELEZA, BKU PO224
BELLO, RM PO064
BELO, RAS PO283
BELTRÃO, FEL PO102, PO211
BEM, JAM PO288, PO390, PO399, PO434
BENDAHAM, LB..... PO207
BENEDITO, VL..... PO400
BENEVIDES, CFL..... PO026, PO141
BERNARDES-SOUZA, B..... PO216
BERNARDES, S PO051
BESERRA, FLCN PO313
BETTINI, NMM .. PO214, PO275, PO279
BEZERRA, GA... PO017, PO034, PO038, PO312, PO354, PO377
BEZERRA, JC PO069, PO419
BEZERRA, MF PO413
BEZERRA, MIM PO017, PO034, PO263, PO280
BEZERRA, RGL..... PO413
BEZERRA, YM PO017, PO280
BEZERRA NETO, DG..... PO419
BISCA, G..... PO089
BISPO, BHR..... PO157, PO273
BISPO, NS PO166
BITENCOURT, GB PO157, PO273
BLANCO, DC PO152, PO250
BOITO, GP..... PO008
BOMFIM, LB PO369
BONARDI, T PO043
BORGES, IEL.... PO143, PO176, PO386, PO467
BORGES, RS PO021, PO196, PO362
BORGES, TA..... PO271
BORGES, TC..... PO271, PO405
BORTOLI, I PO267, PO374, PO397
BOSSO, NCC..... PO363, PO427
BOTELHO, CV PO103
BRAGA, BCS PO127
BRAGA, IGA PO139
BRAGA NETO, JB..... PO383
BRANCO, ABXC PO124, PO129
BRANDÃO, MLM PO029, PO448
BRANDÃO, PF... PO326, PO439, PO440

BY-NC © 2019 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
ISSN 1806-3713

BRAZ, AS PO090
BRAZ, SDC PO456, PO463
BRITO, AMS PO332
BRITO, ATAB PO268
BRITO, CGACB PO307, PO407
BRITO, MB PO100, PO101
BRITO, MKR PO388, PO389
BRIZOT, KL PO464
BÚ, MA PO245, PO325
BUENO, CG PO214, PO275, PO279, PO428
BUENO, EL PO261, PO381
BULSING, ECCS PO191

C

CABRAL, MM PO443
CALEGARI, BB PO121, PO239
CÂMARA, GSP . PO068, PO208, PO296, PO298
CÂMARA, PJS ... PO068, PO296, PO298
CÂMARA, PMSP PO068, PO208, PO296, PO298
CÂMARA, TBV PO378, PO424
CAMARGO, FX PO199, PO432
CAMELIER, AA. PO047, PO052, PO053, PO155, PO157, PO273
CAMELIER, FWR PO157, PO273
CAMILO, GB PO060, PO081
CAMPOS, ALJF PO039
CAMPOS, JR PO243
CAMPOS, RB PO024, PO173, PO291
CANAN, MGM PO374
CANÇADO, JED PO006
CAPITANI, EM PO040, PO291
CARDOSO, DM PO435
CARDOSO, MSLPO135, PO240, PO253, PO360
CARIBÉ, CFC PO092, PO288, PO390, PO399, PO434
CARLOS, KM PO200
CARNEIRO, ACC PO047, PO052, PO053
CARNEIRO, AM PO373
CARNEIRO, LC .. PO047, PO052, PO053
CARNEIRO, MCM PO460
CARTAXO, CGB PO342, PO347, PO454
CARVALHO, AA PO411
CARVALHO, BGFST PO063, PO130, PO299
CARVALHO, GBN PO096, PO192, PO205, PO206, PO238, PO327, PO417
CARVALHO, GF PO462
CARVALHO, GGH PO201, PO292, PO364
CARVALHO, IRS PO284
CARVALHO, JL PO307
CARVALHO, JPCV PO209
CARVALHO, LHSO PO021, PO196, PO362
CARVALHO, MC PO242
CARVALHO, MEA PO235, PO412
CARVALHO, MMN PO317, PO429
CARVALHO, MR PO115, PO116
CARVALHO, NCV PO209
CARVALHO, RGV PO209
CARVALHO, RRTPO282, PO329, PO387
CARVALHO, THF PO077, PO078, PO093, PO264, PO346, PO349
CARVALHO, VAL PO209
CARVALHO, WA PO411
CARVALHO NETO, AAT PO228
CASTELLANO, MVCO PO105
CASTRO, BA PO077
CASTRO, ES PO103, PO280, PO354
CASTRO, MG PO252
CATHARIN, VCS PO121, PO239
CATHARIN, VMCS PO121, PO239
CATUNDA, LG PO031, PO038
CAVALCANTE, AJW PO079
CAVALCANTE, KP PO266, PO283
CAVALCANTI, HNC PO016
CAVALCANTI, JVO PO035
CAVALCANTI, LFD PO012, PO018, PO151, PO272
CAVALCANTI, OC PO023
CAVALCANTI, TRF PO187, PO248, PO293, PO304, PO305, PO333
CAVALCANTI FILHO, JWS PO061
CERCI NETO, A PO370
CHAGAS, GP PO114
CHAVES, KR PO068, PO296, PO298
CHAVES, LAA PO262
CHAVES NETO, BF PO262
CHEUNG, MRB PO143
CIPRIANO, MMV PO242
CLIMACO, DC PO443
COÊLHO, MAL . PO022, PO037, PO056, PO058, PO150, PO190, PO198, PO311, PO434
COELHO, MHM PO173
COELHO, MM PO203
COLMENERO, FC PO338
CONCEIÇÃO, JMR PO161, PO167
CONDE, MB PO042
COREIA, N PO050
CORNÉLIO, TRM PO231, PO333
CORRÊA, HMS. PO026, PO114, PO141, PO344, PO392
CORRÊA, KS PO159, PO277, PO301
CORREA, PCRP PO216
CORSO, SD PO050
COSSI, CM PO261, PO381
COSTA, A PO204
COSTA, ACS PO066, PO302
COSTA, AF PO445
COSTA, AJ PO361
COSTA, AP PO068, PO296, PO298
COSTA, CC PO064
COSTA, CMO PO061
COSTA, CVF PO137
COSTA, DMB PO300, PO378, PO424
COSTA, FM PO032, PO355
COSTA, GA PO062, PO294
COSTA, ISP PO383
COSTA, JFL PO356
COSTA, KPC PO036, PO149
COSTA, LD PO019, PO243
COSTA, LP PO233
COSTA, MM PO060, PO203
COSTA, MRSR . PO009, PO082, PO127, PO242, PO254, PO274, PO356, PO410, PO420
COSTA, MS PO047, PO052, PO053
COSTA, MVLR PO127
COSTA, MWCF PO204
COSTA, VRX PO449
COSTA, YJ PO388, PO389
COUTINHO, FR PO289
COUTINHO, MB PO098
COUTINHO, MLSA PO286, PO371
COUTO, CSS PO358
COUTO, MS PO331
CRESPO, M PO003
CRUZ, CM PO297
CRUZ, JG PO337
CRUZ, KO PO253
CRUZ, MBCX PO025, PO142, PO215, PO282, PO329, PO387
CRUZ, MET PO063, PO130, PO299
CRUZ, MR PO412
CRUZ, VT PO002, PO120
CRUZEIRO, MM PO091
CRUZ FILHO, AAS PO020
CUTRIM, NRM PO009

D

D'ALMEIDA, PCV PO401
D'OLIVEIRA, MCP PO228, PO379, PO458
DALLASEN, JVP PO161, PO167
DAMASCENO, IA PO140
DANTAS, CHIS .. PO326, PO439, PO440
DANTAS, DRG PO446
DANTAS, JES ... PO012, PO018, PO182, PO357
DANTAS, MAM PO352
DANTAS, MIL PO063, PO130, PO299
DANTAS, SL PO063, PO130, PO299
DANTAS, VM PO303
DANTAS JÚNIOR, KM... PO063, PO130, PO299
DELGADO, ABT PO456
DELGADO, DM PO036, PO090, PO149, PO181, PO182, PO184, PO234, PO357, PO430
DELGADO, VM.. PO181, PO182, PO234
DEUS, RM PO261, PO381
DIAS, AJA PO395
DIAS, DAF PO214, PO275, PO279
DIAS, IA PO266, PO283
DIAS, LHM PO148
DIAS, LS PO042
DIEHL, AC PO005, PO008
DINIZ, LA PO140, PO193, PO258
DINIZ, LMLS PO232, PO300, PO378
DINIZ, MLP PO359
DIP, R PO423
DOMINGUES, LO PO103, PO312, PO313
DONADELLO, AP PO152
DÓREA, CM PO141
DÓRIA, ALM PO396
DORIA, SMS PO040
DORTAS JUNIOR, S PO368
DOURADO, IM .. PO218, PO227, PO467
DREVENOWSKI, D PO013, PO014, PO054, PO125, PO136, PO144, PO168, PO236, PO267, PO334, PO355, PO374
DUARTE, AAO... PO035, PO139, PO393
DUARTE, IJB PO324, PO438
DUARTE, IMA PO139
DUARTE, LSM PO098
DUARTE, MRO PO139
DUARTE, SSM PO067
DUEK, JR PO201, PO292, PO364

E

EGYPTO, LMB .. PO027, PO027, PO115, PO116, PO116, PO195, PO195
ELBERT, A PO071
ELIAS JUNIOR, E PO229, PO233
EMERENCIANO, MLSJ PO436
EMÍDIO, FCT PO147
ERNICA, FD PO121
ESCANHUELA, NLSP PO200
ESCHER, RSS PO335, PO451
ESCUISSATO, DL PO013, PO054, PO136
ESTRELA, VCC PO138, PO418
EVANGELISTA, TR PO025, PO160, PO213, PO215

F

FAGUNDES, MEA PO350
FALCAO, AD..... PO005
FALCÃO, MV..... PO395
FALCÃO FILHO, ATG PO383
FALEIRO, RF PO242
FARIA, NGF PO221, PO339, PO444
FARIA, SS PO266, PO283
FARIA JUNIOR, AB PO271
FARIAS, BRD..... PO246
FARIAS, EVN PO235, PO246, PO412, PO459
FARIAS, JA..... PO406
FARIAS, RGT PO335
FARIAS, RTL..... PO357
FARIAS, TG..... PO061, PO115, PO116
FARSOUN, LGM..... PO083, PO202
FAUSTINO, AVM PO290
FEITOSA, AEB .. PO138, PO178, PO269, PO289, PO418
FEITOSA, HLA ... PO021, PO196, PO362
FEITOSA, TAF..... PO352, PO465
FERNANDES, AAS PO373
FERNANDES, AIL PO027, PO061, PO115, PO116, PO195
FERNANDES, ARN PO142, PO282, PO329, PO387
FERNANDES, GG PO286
FERNANDES, GSPO077, PO078, PO264
FERNANDES, JC PO003, PO113
FERNANDES, JS PO020
FERNANDES, LKC..... PO148
FERNANDES, LL PO061
FERNANDES, MN PO222
FERNANDES, PE..... PO465
FERNANDES, RV..... PO019, PO243
FERNANDES, TJS PO179, PO188, PO412
FERREIRA, ABL..... PO197, PO265
FERREIRA, ACC PO437, PO438
FERREIRA, ACG PO042, PO284
FERREIRA, AEM..... PO413
FERREIRA, AFQ PO270
FERREIRA, ALC..... PO411
FERREIRA, BWRC..... PO098
FERREIRA, CHM PO079
FERREIRA, CMSD PO081, PO308
FERREIRA, DCC PO376
FERREIRA, JAA PO244, PO343
FERREIRA, KTD PO092, PO255, PO390, PO399
FERREIRA, MAP..... PO087
FERREIRA, MCC PO430
FERREIRA, MENPO140, PO193, PO258, PO269
FERREIRA, MFRQ PO125, PO136, PO397
FERREIRA, RCS..... PO288
FERREIRA, RRM PO176
FERREIRA, TL..... PO150
FIALHO, MCE..... PO181
FIDELMAN, CR..... PO114
FIGUEIREDO, IC..... PO277, PO301
FIGUEIREDO, LHL..... PO409
FIGUEIREDO, LVR..... PO422
FIGUEIREDO, TGS PO159, PO277, PO301
FIGUEIREDO, VGN..... PO332
FIGUEIREDO NETO, GM..... PO337
FILGUEIRA, RFB PO179, PO235, PO412
FLORIAN, J..... PO161, PO167
FONSECA, ABL PO095, PO119
FONSECA, EMGO PO124, PO129
FONSECA, FR.... PO046, PO162, PO163
FONSECA, HVS PO169
FONSECA, JG..... PO379, PO458
FONSECA, KA PO323, PO324
FONSECA, LBM PO319, PO363, PO427
FONSECA, MCSPO105, PO133, PO237, PO241
FONTANA, CAVF..... PO001, PO020
FORMIGA, MMV..... PO226, PO286, PO371, PO447
FORTALEZA, SCB PO146, PO252, PO435
FORTUNATO, E..... PO259
FRADE, AC PO027
FRANCO, EAT .. PO048, PO099, PO108, PO275, PO279, PO428
FRANCO, ET..... PO111
FRANCO, MAG.. PO210, PO328, PO441
FRANCO, PA PO247
FRAZÃO, DAL..... PO426
FREIRE, GVR PO139
FREITAS, ACG PO453
FREITAS, CLSO PO116, PO195
FREITAS, FRO PO429
FREITAS, MG PO229
FREITAS, NS..... PO282
FREITAS, PLC..... PO191
FUKUMITSU, MKMS..... PO365
FURINI, WC..... PO008
FURLANETTO, KC..... PO050, PO089
FUSCO, DR..... PO108, PO111

G

GABRIEL, DA..... PO274, PO356, PO420
GAIOLLA, PSA..... PO111
GALDINO, MM..... PO092, PO255
GALLI, TC PO113
GAMA, LSB PO406
GARCIA, T PO048, PO111
GERMOGLIO, MB PO132
GHELLER, B PO314, PO370, PO423
GHISI, CU PO171, PO367, PO425
GIROL, AP PO043, PO049
GITAÍ, AMPC PO029
GODOY, I..... PO214, PO275, PO279
GODOY, MF PO250
GOMES, ACAG..... PO228
GOMES, BF PO300, PO378, PO424
GOMES, CM..... PO433
GOMES, EC..... PO407
GOMES, GMA PO297, PO331
GOMES, JS PO173
GOMES, KGS ... PO084, PO140, PO193, PO258, PO315
GOMES, LS PO085
GOMES, YF PO326, PO439, PO440
GONÇALVES, MR PO297, PO331
GONÇALVES, NA PO340
GONÇALVES FILHO, SJC PO269, PO289, PO418
GONDIM, FSS PO226, PO447
GONDIM, PP PO266
GOTTARDO, PC PO199, PO432
GOUVEIA, CG..... PO229, PO233
GRASSINI, BB PO283
GRASSOTTI, E..... PO134
GROCHOSKI, KCV..... PO030, PO117, PO175, PO230, PO249
GUEDES, GCP PO346
GUEDES, GT..... PO422
GUEDES, MMB PO189
GUIMARÃES, CVBB PO280, PO313, PO377
GURGEL JUNIOR, MG ... PO316, PO382
GUSMÃO, AB..... PO098

H

HALLAL, ALLC PO220
HAN, Z..... PO071
HELMER, JL..... PO388, PO389
HELOU, ICFO PO243
HENRIQUE, FVCA PO432
HENRIQUES, LJ PO367, PO425
HOLANDA, MA PO031
HOLANDA, MC PO256
HORA, SCS..... PO344
HUNHOFF, B PO044, PO251

I

INFANTE, CC..... PO043

J

JÁCOME, AC.... PO004, PO011, PO016, PO072, PO126, PO131
JÁCOME, DC..... PO448
JALES, LM..... PO002, PO007, PO010, PO016, PO120, PO131, PO303
JARDIM, JRB ... PO109, PO110, PO112
JESUS, LM PO076, PO185, PO186
JOIA, KS PO365
JORGE, MP PO201, PO292, PO364
JORGE, VA PO148
JOVINO, TAS..... PO219, PO220

K

KAMI, VR PO013
KAUFFMANN, RR..... PO385
KNOX, C PO071

L

LACERDA, MV..... PO405
LACERDA, TS PO310
LAGO, VC PO057
LANGE, MC PO334
LAURENTINO, JC..... PO100, PO101
LEÃES, CGS PO113
LEAO, GL..... PO054, PO125, PO136, PO355
LEITÃO, BP..... PO218, PO227, PO467
LEITE, CRC..... PO197, PO265
LEITE, FPMS PO055, PO276, PO321
LEITE, GCF PO401
LEITE, HQNG.... PO206, PO238, PO327, PO417
LEITE, RMNL..... PO107, PO217, PO285
LEITE, SJA..... PO007, PO011, PO072, PO128
LEMOS, AD PO197, PO265
LEMOS, IA..... PO379, PO398, PO458
LEPPÄNEN, CVCF PO077
LIBANIO, VM..... PO383
LIMA, ACM..... PO207
LIMA, AF PO097
LIMA, AFS PO323, PO324, PO437, PO438
LIMA, BF PO225
LIMA, BWG PO147
LIMA, CTS PO107, PO217, PO285, PO340
LIMA, DP PO062, PO294, PO335, PO451
LIMA, FCMO PO231, PO248, PO293, PO333
LIMA, GF PO365
LIMA, GS PO020
LIMA, ICC PO408

LIMA, IMPO015, PO272, PO345, PO353
LIMA, LE..... PO348, PO457
LIMA, LMM..... PO199, PO432
LIMA, MA..... PO171, PO367, PO425
LIMA, MMC..... PO137, PO287
LIMA, MQ..... PO213
LIMA, NCBS PO148
LIMA, PCA..... PO169
LIMA, PS PO180
LIMA, RÍBS..... PO208
LIMA, TAAS..... PO317, PO429
LIMA, TDF PO346
LIMA, VC PO433
LIMA, YN..... PO450, PO452
LINHARES, AGGM PO395
LINS, BS PO335, PO451
LINS, MEVS..... PO366, PO380, PO443, PO460, PO466
LINS, RN..... PO396
LINS NETO, JS PO235, PO412
LIRA, DVC..... PO450, PO452
LIRA, VMNC PO096, PO205
LISBOA, OC..... PO216
LOBATO, AFC PO242
LOBO, RG..... PO082, PO254, PO410, PO420
LOBO, TC PO109, PO110, PO112
LOESCH, AP..... PO003
LOPES, ALM PO221, PO339, PO444
LOPES, AM PO429
LOPES, DP PO419
LOPES, LWP PO396
LOPEZ, JMA..... PO145
LORENZO, RLSD..... PO231
LORIA, MFB PO453
LOTUFO, JPB PO221, PO339, PO444
LUCENA, DCP PO070
LUCENA, SMA PO224
LUIZ, HCB..... PO135, PO240, PO253, PO360
LUNA, ATC PO244, PO343, PO436
LUNDGREN, FLC..... PO169, PO172, PO244, PO343
LUZ, SLLS..... PO086, PO189
LUZIA, DA..... PO057

M

MACEDO, CDRP PO244, PO343, PO436
MACEDO, CL PO098
MACEDO, JF PO058, PO190, PO311, PO434
MACEDO, RF PO173, PO291
MACÊDO, TMF PO128
MACHADO, FBT..... PO398, PO462
MACHADO, FP..... PO145
MACHADO, LHS PO048, PO275, PO279
MACHADO, ME PO124, PO129
MACHADO, S... PO060, PO081, PO091, PO203, PO308, PO384
MACHADO, SC PO161, PO167
MACHADO, SSF..... PO315
MACIEL, NAT PO340, PO341
MACIEL, RR PO338
MADRUGA, CB PO194
MADRUGA, GAM..... PO067
MAGALHÃES, JOC PO022, PO198
MAGALHÃES, LP PO097
MAGALHÃES, VF PO310
MAIA, BM..... PO085
MAIA, BR..... PO443, PO460
MAIA, IA..... PO437
MANCUSI, M.... PO105, PO133, PO237, PO241
MANTEY, JMC PO338
MANTOANI, LC PO089
MARANHÃO, LMB..... PO177
MARANHÃO, RD..... PO218, PO227, PO268, PO386, PO408, PO467
MARCOMINI, GS PO049
MARCON, AC..... PO338
MARCONDES, V PO111
MARCONDES, VK PO057, PO108
MARIANO, RS..... PO200
MARINHO, JC PO142
MARINHO, RLB..... PO245, PO325
MAROJA, JLS ... PO041, PO154, PO158
MARQUES, EL PO100, PO101
MARQUES, JO PO287
MARQUES, LZ..... PO250
MARQUES, NO PO039
MARQUES JUNIOR, EQ PO169
MARTINS, CLFS PO094
MARTINS, CSF PO245
MARTINS, ER... PO132, PO187, PO248, PO256, PO293, PO304, PO305, PO333, PO398
MARTINS, HC..... PO151, PO270
MARTINS, NM..... PO405
MARTINS, SO.... PO038, PO263, PO354
MARTINS, VCV..... PO145
MARTINS NETO, F PO055
MASCARENHAS, MC..... PO157
MATA, DR PO141
MATIAS, NF..... PO361
MATOS, TCN.... PO092, PO255, PO390, PO399
MATSUNAGA, NY PO019, PO243
MATTIELLO, AC PO251
MATTOS, TT..... PO003
MEDEIROS, DL PO067
MEDEIROS, KA PO315
MEDEIROS, RÍNPO015, PO182, PO272, PO357, PO430
MEDEIROS JÚNIOR, IJAPO231, PO248, PO293, PO333
MEDEIROS NETO, AH .. PO041, PO070, PO090, PO151, PO153, PO154, PO158, PO210, PO211, PO228, PO270, PO306, PO307, PO328, PO357, PO402, PO403, PO404, PO407, PO421, PO430, PO441, PO442, PO462
MEDEIROS NETO, HC PO465
MEGDA FILHO, JR..... PO122
MELLO, MBS PO256
MELO, IO PO199, PO432
MELO, JDA PO197, PO265
MELO, KKF..... PO450, PO452
MELO, MDT PO151, PO270
MELO, MHA..... PO212
MELO, SBM PO335, PO451
MELO, SFP..... PO371
MELO, SMDA.... PO076, PO185, PO186
MELO, TA..... PO215
MELO, TG..... PO155
MELO NETO, FPPO062, PO177, PO294, PO322, PO395, PO422, PO462
MENDES, AN PO207
MENDES, BN PO391
MENDES, DG PO082, PO410
MENDES, KBM PO080
MENDONÇA, JMG..... PO396
MENDONÇA, KMPP..... PO002, PO004, PO007, PO010, PO011, PO016, PO072, PO120, PO126, PO128, PO131, PO303
MENDONÇA, LEGF..... PO204
MENEGHINI, AC..... PO040
MENEZES, AMB..... PO295
MENEZES, GM.. PO244, PO343, PO436
MENEZES, LN ... PO090, PO118, PO184
MENEZES, LXSB PO179, PO188
MESQUITA, RB PO050
MESQUITA, SSO..... PO030, PO117, PO175, PO230, PO249
MESQUITA NETO, R..... PO021, PO196, PO362
METZKER, CT..... PO357
MIGUEL, CB PO191
MINAMOTO, SET..... PO048, PO057, PO099, PO108
MINERVINO, HB PO147
MINICUCCI, M PO111
MIRANDA, DLP PO026
MIRANDA, JB..... PO132
MIRANDA, MN..... PO058
MIRANDA, YO..... PO092, PO255
MOLINA, FF PO318
MONTE, RS..... PO300, PO414
MONTEIRO, JA . PO076, PO185, PO186
MONTEIRO, KS PO002, PO010, PO011, PO016, PO072, PO120, PO128, PO303
MONTEIRO, MMS PO455
MONTEIRO, VAL..... PO361
MORAES, FMS..... PO310
MORAES, MÚB..... PO350
MORAIS, CM..... PO019
MORAIS, JAS PO187, PO304, PO305
MORAIS, MP.... PO086, PO118, PO189, PO407, PO426
MORAIS, PHM PO409
MORAIS, VMO PO358
MOREIRA, IITL..... PO075, PO088
MOREIRA, L PO032
MOREIRA, LR..... PO456, PO463
MOREIRA, MÂF PO073, PO123, PO134
MOREIRA, PH PO268
MORENO, AH PO049
MORITA, AA..... PO089
MOTA, CAX..... PO021
MOTA JÚNIOR, BO..... PO392
MOURA, ACMA PO468
MOURA, CN PO093, PO174, PO257, PO260
MOURA, JFB..... PO263, PO377
MOURA, MFL.... PO179, PO188, PO459
MOUSSALEM, GCS PO318
MÜLLER, EV..... PO338
MULLER, V..... PO250
MUNOZ, RLS..... PO041, PO154, PO158
MUTTONI, S PO051

N

NASCIMENTO, ALM PO263, PO312, PO354, PO377
NASCIMENTO, APM PO096, PO192, PO199, PO205, PO432
NASCIMENTO, BAP PO392
NASCIMENTO, DV PO349
NASCIMENTO, JFC..... PO012, PO036, PO090, PO149, PO309
NASCIMENTO, MC PO138, PO178, PO269, PO289, PO418
NASCIMENTO, MCC..... PO455, PO461
NASCIMENTO, NP PO383
NASCIMENTO, OA..... PO045, PO109, PO110, PO112
NAVE, CARC..... PO259
NAZARÉ, CV PO453
NEGREIROS, YMM PO147
NERI, RTNR PO135
NERY, T PO166
NETTO, VS..... PO259
NEVES, AP..... PO455
NEVES, DD PO212

NEVES, MCLC.. PO047, PO052, PO053, PO066, PO302
NEVES, MLM PO429
NICOLINI, EM..... PO203
NOBRE, JVB..... PO025, PO142, PO160, PO329
NOBRE, VB..... PO160, PO215
NÓBREGA, CL..... PO317
NÓBREGA, EBS PO330
NÓBREGA, MR PO449
NÓBREGA, MTT..... PO205
NÓBREGA, TKC PO018, PO149, PO234, PO272, PO309
NÓBREGA FILHO, MMS PO029, PO448
NÓBREGA NETO, WO PO448
NOGUEIRA, APF PO348, PO457
NOGUEIRA, IDB PO156, PO164
NOGUEIRA, IMO..... PO194, PO351
NOGUEIRA, MF..... PO044
NOGUEIRA, PAMS..... PO156, PO164, PO165
NORONHA, ACA PO286
NORONHA FILHO, M.... PO034, PO103, PO280, PO377
NUNES, B PO073, PO123, PO134
NUNES, DP..... PO144, PO334
NUNES, EN..... PO411
NUNES, KMFS..... PO348, PO457
NUNES, RCR PO005, PO008
NUNES, RMB PO264, PO346
NUNES, RP..... PO342, PO347, PO454
NUNES, VGA PO352

O

Ó FILHO, SA..... PO067
OLIANI, SM PO043
OLIVEIRA, ABM PO065, PO070, PO415, PO462
OLIVEIRA, ÁGSC..... PO359
OLIVEIRA, ALN..... PO385
OLIVEIRA, AMF..... PO090, PO182
OLIVEIRA, AN..... PO059, PO080
OLIVEIRA, ARS.. PO232, PO414, PO424
OLIVEIRA, BB..... PO245, PO325
OLIVEIRA, BES..... PO177, PO422
OLIVEIRA, BM..... PO376
OLIVEIRA, CL PO069
OLIVEIRA, CS PO060, PO308
OLIVEIRA, CVS..... PO310
OLIVEIRA, ED..... PO197, PO265
OLIVEIRA, GE..... PO226, PO447
OLIVEIRA, GJ PO307, PO404
OLIVEIRA, HF..... PO358
OLIVEIRA, HM... PO055, PO276, PO321
OLIVEIRA, IC PO425
OLIVEIRA, IJ..... PO026, PO141
OLIVEIRA, IV PO218, PO227
OLIVEIRA, JGPIR..... PO400
OLIVEIRA, JM .. PO206, PO238, PO327, PO417
OLIVEIRA, KA ... PO226, PO286, PO371, PO447
OLIVEIRA, KDP. PO030, PO117, PO175, PO230, PO249
OLIVEIRA, LA PO076, PO185, PO186
OLIVEIRA, LF..... PO049
OLIVEIRA, LM PO178, PO322
OLIVEIRA, LP PO122
OLIVEIRA, LQ..... PO282
OLIVEIRA, MA.. PO015, PO018, PO086, PO148, PO189, PO271, PO272, PO290, PO320, PO353, PO405, PO430
OLIVEIRA, PA PO340, PO341
OLIVEIRA, PD..... PO295
OLIVEIRA, PQL. PO022, PO037, PO056, PO058, PO190, PO198, PO311, PO434
OLIVEIRA, SCL PO097
OLIVEIRA, SCS. PO138, PO178, PO269, PO289, PO418
OLIVEIRA, TA PO204
OLIVEIRA, THF PO271
OLIVEIRA, TR PO009, PO254
OLIVEIRA FILHO, JR PO349
OLIVEIRA FILHO, JRB.. PO022, PO037, PO056, PO058, PO150, PO190, PO198, PO311, PO434
OLIVEIRA JÚNIOR, FJ..... PO461
ORSI, J PO171
OSORIO, DMM PO064
OZORIO, L..... PO005

P

PACHECO, DMLGC..... PO455
PADILHA, JA PO039
PAIVA, FAS..... PO228
PAIXÃO, TT..... PO244, PO343
PALMA, LM..... PO091, PO384
PALMEIRA, AF PO359
PASCHOAL, IA PO024
PASSARINI, PRM PO108, PO111
PAULA, MAR..... PO097
PAULA, MB PO122
PAULINO, JMS..... PO139
PAULO, LD PO080
PAZ, AR PO153
PEARCE, BDA PO208
PEDREIRA, CLG PO132
PEDROSO, VGA PO338
PELOSO, JC PO105, PO122, PO133, PO237, PO241
PEREIRA, AAF PO453
PEREIRA, AMSE..... PO035, PO393
PEREIRA, DM..... PO050
PEREIRA, EDB..... PO252
PEREIRA, GF PO247
PEREIRA, KC PO323, PO324
PEREIRA, MC PO024, PO040
PEREIRA, MHA PO361
PEREIRA, RF PO376
PEREIRA, RMA..... PO209
PEREIRA, VJL..... PO029
PEREIRA FILHO, CHM ... PO009, PO254
PEREIRA NETO, EA..... PO278
PERROUD JR, MW PO028, PO173
PESSÔA, BMS.. PO135, PO240, PO253, PO360
PESSOA, DP..... PO153, PO402
PIEROZZI, CV PO006
PIMENTEL, MS PO188
PINCELLI, MP... PO100, PO101, PO191, PO219, PO220
PINHEIRO, AN..... PO274
PINHEIRO, JL PO106
PINHEIRO, LFG PO069, PO084, PO193, PO315, PO419
PINTO, ALGO PO361
PINTO, DL PO449
PINTO, DS PO459
PINTO, GA..... PO431
PINTO, MQ..... PO232, PO378, PO414
PINTO, SA PO176
PINTO, SRHL..... PO450, PO452
PIOVESAN, ÉJ PO334
PIRES, AO PO001
PIRES, LN PO239
PIRES, MS PO078
PISSULIN, FDM..... PO099
PITTA, FO PO050, PO089
POIANO, R PO400
PONDIAN, IPS PO385
PONTES, ÍCM.... PO342, PO347, PO454
PONTES, MR..... PO364
PONTES, SL PO025, PO142, PO215, PO329, PO387
PORTELA, MLL PO228
PORTIOLLI, RB PO032, PO267, PO374, PO397
POSSEBON, L PO043, PO049
POSSIDIO, LJC..... PO083, PO202
PRADO, LCP..... PO076, PO185, PO186
PRIETO, FB..... PO295
PROENÇA, MGL PO089, PO104, PO106
PRUDENTE, RA PO048, PO099
PUCCI, AA PO239

Q

QUARESMA, JV PO105, PO133, PO237, PO241
QUARESMA, RSA PO445
QUEIROGA, EQ..... PO409
QUEIROGA, FAB PO307
QUEIROGA, LKHV..... PO093, PO102, PO137, PO170, PO260, PO281, PO287
QUEIROZ, AGV..... PO190
QUEIROZ, AMD PO229, PO233
QUEIROZ, APA.. PO046, PO162, PO163
QUEIROZ, FRS PO404, PO407
QUEIROZ, GA..... PO001
QUEIROZ, NF PO156, PO164
QUEIROZ, YMC. PO021, PO196, PO362
QUEIROZ JÚNIOR, MP. PO159, PO277, PO301

R

RABAHI, MF PO042, PO159, PO176, PO277, PO284, PO301
RABELO, LM PO013, PO014, PO054, PO125, PO136, PO168, PO236, PO355, PO397
RACHED, AS PO079
RAGNINI, LFQ PO059, PO080
RAMALHO, CAL..... PO115, PO195
RAMALHO, EATV PO179, PO188, PO359
RAMOS, AHS PO232, PO300, PO414
RAMOS, AMM PO332
RAMOS, D..... PO104, PO106
RAMOS, EC..... PO104, PO106
RAMOS, HLN ... PO022, PO037, PO058, PO150, PO190, PO198, PO311
RAMOS, MEM PO332
RE, A..... PO046, PO162, PO163
REGIS, JM PO095, PO119
RÊGO, ALLS PO468
RÊGO, JC PO245, PO325
REICHERT, GP..... PO310
REIS, FSB PO459
REIS, PS PO026
REIS, RC PO031, PO146, PO313, PO435
REIS, TEN PO201, PO292, PO364
REZENDE, D..... PO111
RIBEIRO, GF..... PO114, PO344, PO392
RIBEIRO, JCL PO403, PO405
RIBEIRO, LL PO187, PO304, PO305
RIBEIRO, LSPXG PO137
RIBEIRO, M PO314
RIBEIRO, RL PO203
RIBEIRO, TFG..... PO145
RIBEIRO, VMC .. PO326, PO439, PO440
RIBERO, FH..... PO383
RICK, MF PO368
RIOS, MGB..... PO368

RIVABEN, JH PO145
RIVERA, JGB PO224
RIZZO, JA PO092
ROBERTO, DJ PO207
ROBERTO, RP .. PO138, PO178, PO193, PO269, PO289, PO418
ROCATTO, GEGD PO318
ROCHA, CNL PO015, PO345, PO353
ROCHA, FGF PO039
ROCHA, LA PO207
ROCHA, MFP PO349
ROCHA, MJJ PO055, PO321
ROCHA, MMCA PO132, PO379, PO458
ROCHA, MSR PO437
ROCHA, PEF PO402
ROCHA, SS PO326, PO439, PO440
ROCHA, VOC PO176, PO386, PO408
RODERO, LS PO201, PO292
RODRIGUES, AGM PO352
RODRIGUES, CS PO045
RODRIGUES, EM PO006
RODRIGUES, FAC PO146
RODRIGUES, GA PO081
RODRIGUES, LD PO268
RODRIGUES, M PO152
RODRIGUES, MT PO044, PO152, PO250, PO251
RODRIGUES, RFG PO379, PO458
RODRIGUES, RP PO191
RODRIGUES, RR PO306, PO421
RODRIGUES, TF PO253
RODRIGUES FILHO, JC PO212
ROLIM, MM PO083, PO202
ROMERO, J PO113
ROSA, LHF PO365
ROSADO, EA PO062, PO256, PO294, PO422
RUBIN, AS PO044, PO251
RUFINO, EC PO429
RUSSO, ER PO155

S

SÁ, BGF PO376
SÁ, MRVPO206, PO238, PO327, PO417
SÁ, MSVS PO369
SÁ FILHO, JBC . PO082, PO274, PO356, PO410, PO420
SAITO, CHF PO056, PO150
SAITO, H PO236
SALDANHA, RE . PO103, PO312, PO354
SALES, BMC PO027
SALES, MPU PO276
SALES, WB PO033, PO074
SALUSTIANO, LX PO143
SAMPAIO, L PO109, PO110, PO112
SANTANA, BS PO274
SANTANA, GR PO426
SANTANA, JRP PO069, PO084, PO193, PO315, PO419
SANTANA, JS PO076, PO185, PO186
SANTANA, LM PO392
SANTANA, MCA PO380, PO466
SANTANA, MM PO344
SANTANA, TP ... PO366, PO380, PO433, PO466
SANTANA, VM PO127
SANTANA, VRC PO344
SANTIAGO, SKA PO127
SANTINO, TA PO004, PO007, PO010, PO011, PO072, PO126, PO128, PO131
SANTOS, AKM PO388, PO389
SANTOS, AMD PO086
SANTOS, AMR PO122
SANTOS, AP PO461
SANTOS, APT PO246
SANTOS, BF PO201, PO292, PO364
SANTOS, CP PO104, PO106
SANTOS, CR PO003
SANTOS, CRB ... PO078, PO264, PO346
SANTOS, ÉAA .. PO031, PO146, PO252, PO435
SANTOS, FF PO093
SANTOS, FM PO045
SANTOS, GCDC PO199
SANTOS, GL PO160, PO213
SANTOS, ICB PO453
SANTOS, IGN ... PO132, PO348, PO398, PO457
SANTOS, JGSB PO210, PO441
SANTOS, LA PO009
SANTOS, LTC PO066, PO302
SANTOS, MB PO251
SANTOS, MC PO319, PO363, PO427
SANTOS, MCV PO180, PO394
SANTOS, MF PO352
SANTOS, MLH .. PO041, PO154, PO158
SANTOS, MNM . PO267, PO374, PO397
SANTOS, MS PO266
SANTOS, MYNA PO174, PO257
SANTOS, NCB PO008
SANTOS, RR PO114
SANTOS, TZM PO002
SANTOS JUNIOR, NG PO400, PO401
SANTOS JÚNIOR, RG PO451
SANTOS NETO, JV PO358
SARAIVA, G PO218, PO227, PO467
SARAIVA, GM PO208
SARAIVA, KD PO404, PO407
SARMENTO, LMC PO079
SARMENTO, MBSOA ... PO041, PO154, PO158, PO328, PO441, PO442
SARMENTO, MMG PO320
SARMENTO, PA PO153, PO402
SATURNINO, LT PO045
SAVIATTO, L PO219
SCABELLO, RT PO155
SCALABRINI, HM PO323
SCALASSARA, BM PO091, PO308, PO384
SCARINCI, IC PO334
SCHNEIDER, MH PO161, PO167
SCUARCIALUPI, MECA. PO023, PO025, PO142, PO160, PO165, PO170, PO213, PO215, PO257, PO278, PO281, PO287, PO413
SEBOLD, L PO367
SECUNDO, DFM PO335
SERAFINI, J PO014, PO054, PO125, PO144, PO168, PO236, PO355
SERRA, NMM PO366
SESTELO, MR .. PO107, PO217, PO285, PO340, PO341
SILVA, AB PO437, PO438
SILVA, ABOA PO256
SILVA, ACG PO034
SILVA, AFS PO180
SILVA, AGO PO030, PO117, PO175, PO230, PO249
SILVA, AHC PO373
SILVA, ATBC PO324, PO438
SILVA, BB PO179, PO188
SILVA, BKB PO138
SILVA, BMFG PO235, PO246
SILVA, CC PO236
SILVA, DGST PO218, PO227, PO268, PO386, PO408, PO467
SILVA, DL PO059
SILVA, DLA PO083, PO202
SILVA, DO PO045
SILVA, EJF PO461
SILVA, EJTM PO359, PO403
SILVA, FEP PO004, PO007, PO010, PO011, PO016, PO126, PO303
SILVA, FM PO051
SILVA, FSM PO084
SILVA, GF PO332, PO406
SILVA, GLA PO406
SILVA, GO PO443
SILVA, IA PO200
SILVA, IBS PO102
SILVA, ICS PO018, PO036, PO149, PO353, PO449
SILVA, IFA PO023, PO213
SILVA, IM PO055, PO276, PO321
SILVA, JG PO356
SILVA, JLI PO337
SILVA, JM PO049
SILVA, JS PO326, PO439, PO440
SILVA, KA PO147
SILVA, KKB PO445
SILVA, KRC PO044
SILVA, LBB PO375
SILVA, LM PO033, PO074
SILVA, LP PO376
SILVA, LR PO091, PO308, PO384
SILVA, LZV PO152, PO250
SILVA, M PO202
SILVA, MAG PO072
SILVA, MC PO319
SILVA, MJM PO365
SILVA, MM PO403
SILVA, RM PO046, PO162, PO163
SILVA, RR PO001
SILVA, SCSC PO165
SILVA, SCT PO348, PO379, PO457, PO458
SILVA, TAF PO314, PO370, PO423
SILVA, TPB PO453
SILVA, TVC PO426
SILVA, VC PO394
SILVA, VD PO254
SILVA, VG PO036
SILVA, VM PO373, PO411
SILVA, WAM PO180, PO350, PO394
SILVA, YD PO159
SILVA FILHO, JA PO465
SILVA JÚNIOR, EP PO306, PO421
SILVA JÚNIOR, JLR PO042, PO284
SILVA NETO, DL PO027
SILVA NETO, JC PO197, PO265
SILVEIRA, DP PO219, PO220
SILVEIRA, MA ... PO221, PO339, PO444
SILVEIRA, MB PO401
SIMÕES, AP PO029
SIMÕES, MCM PO373
SIQUEIRA, ACFL PO433
SIRACUSA, CC PO094
SKAF, MF PO319, PO363, PO427
SLONGO, A PO431
SOARES, AABS PO223
SOARES, AC PO255, PO288
SOARES, AFA PO365
SOARES, ÁM PO306, PO421
SOARES, CEC .. PO135, PO240, PO253, PO360
SOARES, FMC PO370, PO423
SOARES, GP PO015
SOARES, LS PO420
SOARES, NM PO388, PO389, PO445
SOARES, PVBS PO223
SOBRAL, AF PO140, PO258
SOBREIRA, LHD PO038, PO263, PO312
SOLLA, RMBS PO026
SOUSA, AA PO196, PO362
SOUSA, AB PO221, PO339, PO444
SOUSA, ACPA PO409
SOUSA, BSJ PO096, PO192, PO205
SOUSA, CC PO060, PO081

SOUSA, CO PO126
SOUSA, DA PO431
SOUSA, FLS PO222
SOUSA, GF..... PO030, PO117, PO175, PO230, PO249
SOUSA, GS..... PO030, PO065, PO070, PO117, PO175, PO184, PO194, PO230, PO234, PO249, PO306, PO309, PO345, PO351, PO415, PO421, PO462
SOUSA, JCR..... PO319, PO363, PO427
SOUSA, LMT PO034
SOUSA, MG PO387
SOUSA, MN PO086
SOUSA, MP PO406
SOUSA, SG..... PO079
SOUSA, TM PO242
SOUSA NETO, AV PO371
SOUSA NETO, PI..... PO254, PO410
SOUTO, JG..... PO231, PO248, PO293, PO333
SOUTO, SCC PO062, PO294
SOUZA, AKP PO293
SOUZA, CV PO463
SOUZA, DHR PO317
SOUZA, EA PO323
SOUZA, ETC PO221, PO339, PO444
SOUZA, FN PO060, PO203
SOUZA, GCN PO465
SOUZA, IL..... PO147
SOUZA, JNS PO194, PO351
SOUZA, MB..... PO366, PO380, PO466
SOUZA, MFAH PO445
SOUZA, MGC PO096, PO192, PO205
SOUZA, MHCF PO065, PO415
SOUZA, MJ PO100, PO101
SOUZA, MMQ PO385
SOUZA, MS PO395
SOUZA, R PO385
SOUZA, RM PO064
SOUZA, TM PO246
SOUZA, TSE PO318
SOUZA, VAA..... PO271
SPRINGER, PLA PO082, PO356, PO410
STEIDLE, LJM .. PO100, PO101, PO191, PO219, PO220
STELMACH, R PO166
STELZER, NM..... PO097
STIVAL, RSM PO013, PO014, PO032, PO054, PO125, PO136, PO144, PO168, PO236, PO267, PO355, PO374, PO397
SUZANA, APS..... PO005

T

TAKANO, DM PO056
TAMESAWA, CS PO024, PO028, PO291
TANNI, SE..... PO111
TAVARES, FS.... PO036, PO149, PO181, PO182, PO184, PO309, PO430
TAVORA, FRF PO031, PO055
TEIXEIRA, CA PO095, PO119
TEIXEIRA, GC PO208
TEIXEIRA, MMP PO342, PO342, PO347, PO347, PO454, PO454
TEIXEIRA, PJZ .. PO051, PO064, PO161, PO167
TEIXEIRA, PP PO051
TEIXEIRA, RTB .. PO077, PO078, PO264
TEMÓTEO, AJS PO272, PO309, PO345, PO353
TENFEN, GWM PO251
TENÓRIO, DMC PO297, PO297, PO331, PO331
TENÓRIO, LAA . PO029, PO187, PO304, PO305
TEÓFILO, BCMOPO178, PO280, PO313, PO377
TEOTÔNIO, VLA PO174, PO260, PO351
TERAO, RA PO420
TESSER, L PO073, PO123, PO134
THOMA, ML PO282, PO329, PO387
TIAN, S PO071
TIMM, VE PO113
TISSIANI, AA PO413
TOCHETTO, SI..... PO008
TOMAZ, R..... PO002, PO004, PO033, PO074, PO120, PO126
TONDO, LG PO059
TONIDANDEL, PR PO040
TORRANO JUNIOR, JRF..... PO435
TORRES, EFMC..... PO095, PO119
TORRES, LAF PO306
TRAVASSOS JUNIOR, RRPO151, PO270
TRES, CP PO005
TREVISAN, A PO314, PO370, PO423
TREVISAN, IB PO104, PO106
TRINDADE, DFE PO121, PO239

U

URQUIZA, ACM..... PO400

V

VASCONCELOS, DFM PO460
VASCONCELOS, EM PO041, PO154, PO158
VELLUDO, SF PO145
VENÂNCIO, TT PO019
VENERABILE, ALG PO124, PO129
VENTURA, ATH PO200
VERAS, EM..... PO127
VIANA, GO..... PO118, PO234, PO307, PO404
VIANNA, ESO PO040
VIANNA, FAF PO133, PO237, PO241
VICARI, JB PO003, PO113
VICENTE, NAMP PO019, PO243
VICENTE, R..... PO109, PO110, PO112
VIDERES FILHO, AS..... PO348, PO457
VIEGAS, JVP..... PO317
VIEIRA, ACA PO095, PO119, PO358
VIEIRA, CS..... PO114
VIEIRA, EV PO319
VIEIRA, GCF PO137
VIEIRA, JCF PO068, PO296, PO298
VIEIRA, JLF..... PO224
VIEIRA, JMP PO210, PO211, PO328, PO441, PO442
VIEIRA, JPCN PO451
VIEIRA, LN..... PO310
VIEIRA, LTQ..... PO176, PO408
VIEIRA, MB..... PO330, PO336
VIEIRA, RHG..... PO156, PO164
VIEIRA, SC..... PO086, PO153, PO189, PO194, PO402
VIEIRA, VLG..... PO013
VIEIRA, VMS..... PO422
VIEIRA, WHB PO156, PO164
VIEIRA, WL..... PO369
VILAR, MJ PO450, PO452
VILELA, IDR..... PO363, PO427
VILLAR, PME..... PO024, PO028, PO291
VIRGOLINO, ML..... PO403, PO405
VITORIANO, PT PO012, PO118, PO151, PO184, PO211, PO270, PO328, PO442

W

WANDERLEY, AEAS PO093, PO170, PO260, PO281, PO287
WATTE, G..... PO044
WEBER, SAT PO099
WINKELER, GFPPO012, PO018, PO118, PO184, PO309, PO345
WU, R PO071

X

XAVIER, LEF PO216
XAVIER, NB PO091, PO384
XAVIER, WD PO317
XAVIER FILHO, MCS..... PO012, PO118, PO210, PO211, PO442

Y

YAMAUCHI, FK PO057
YOSHIKAWA, AH PO043

Z

ZAMBON, L PO028
ZIMMERMANN, LM..... PO334
ZUCCHI, JW PO048

XXI Curso Nacional de Atualização em Pneumologia

16 a 18 de abril de 2020

III Curso Nacional de Atualização em Pneumopediatria

17 e 18 de abril de 2020

São Paulo - Centro de Convenções Rebouças

40º Congresso Brasileiro de

Pneumologia e Tisiologia

16º Congresso Brasileiro de

Endoscopia Respiratória

11º Congresso Luso-Brasileiro de

Pneumologia

08 a 11 de outubro de 2020

Centro de Convenções Royal Hall

C A M P I N A S / S P