



BOLETIM

PNEUMOLOGIA

P A U L I S T A



Órgão Informativo da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia • Ano 17 • No. 21 • 2003

NOTÍCIAS:

X Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia

Portaria de Medicamentos para Asma



DIRETORIA *BIÊNIO 2001/2003*

DIRETORIA

Presidente	Ana Luisa Godoy Fernandes
Vice-Presidente	Roberto Stirbulov
Secretária Geral	Sonia Maria G. P. Togeiro
1ª Secretária	Maria Vera Cruz de Oliveira
2º Secretário	José Eduardo Delfini Cançado
Diretora de Finanças	Sonia Maria Faresin
Diretor de Assuntos Científicos	Mauro Gomes
Diretora de Divulgação	Jaquelina Sonoe Ota

COMISSÕES

Assuntos do Interior	Elcio dos Santos Oliveira Vianna
Defesa Profissional	Patrícia Kittler Vítório
Ensino	Rafael Stelmach
Promoções	João Marcos Salge
Assuntos da Grande São Paulo	Elie Fiss
Informática	Alexandre Marini Isola

DEPARTAMENTOS

Cirurgia Torácica	Ricardo Beyruti João Aléssio Juliano Perfeito Vicente Dorgan Neto
Endoscopia Respiratória	Miguel Lia Tedde Iunís Suzuki Romilda Aparecida Nakayama
Pediatria	Anna Lúcia de Barros Cabral Fabiola Villac Adde Márcia Cardoso Fernandes
Fisioterapia Respiratória	Rute Grans Luciana Dias Chiavegato George Jerre Vieira

CONSELHO DELIBERATIVO

Reinaldo Cano Garcia
Francisco Suso Vargas
Nelson Morrone
Manuel Lopes dos Santos
Miguel Bogossian
Alberto Cukier
Clystenes Odyr Soares da Silva
Fernando Augusto Fiuza de Melo
Ronaldo Adib Kairalla
Carlos Alberto de Castro Pereira
Oswaldo Shigueomi Beppu

CONSELHO FISCAL

Efetivos	Mário Terra Filho Eliana Sheila Pereira da S. Mendes Jorge Nakatani
Suplentes	Thais Helena A.T. Queluz Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho Carmen Silvia Valente Barbas

SUB-SEDES

Sub-sede de Ribeirão Preto

Presidente: Pedro Luis Pompeu da Silva
Secretário: Hugo Alejandro Vega Ortega

Sub-sede de São José do Rio Preto

Presidente: Pedro Enzo Macchione
Secretário: Carlos Marcelo Borges Santiago

Sub-sede de Araraquara / Bauru

Presidente: Lindolfo Cruz Pinheiro
Secretário: Marcos Abdo Arbex

Sub-sede de Campinas

Presidente: Silvio Moraes de Rezende
Secretário: Marcelo Manzano Said

Sub-sede de São José dos Campos

Presidente: Marcos Fiuza Silva
Secretário: Leonardo Cysneiros da Costa Reis

Sub-sede da Grande São Paulo

Presidente: Alberto Arouca Monteiro Filho
Secretário: Roberto Rodrigues Júnior

BOLETIM SPPT

Órgão Informativo da Sociedade Paulista de
Pneumologia e Tisiologia

Editor Responsável: Mauro Gomes
Editoração Eletrônica: Miriam Miranda
Fotolito: Nautilus Estúdio Gráfico
Impressão: Gráfica Riopedrense

Tiragem: 1100 exemplares



O X CONGRESSO PAULISTA E OS 25 ANOS DA SPPT

No ano em que comemora os 25 anos da sua fundação, a SPPT trabalha arduamente para organizar o X Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia, que será realizado entre os dias 6 e 9 de novembro próximos, na capital. Poucos sabem, ou talvez se lembrem, que a própria história do Centro de Convenções Rebouças, local onde se dará o evento, entrelaça-se também com a história dos congressos de pneumologia. Foi o XXI Congresso Brasileiro da especialidade, sediado em São Paulo, há 21 anos, que inaugurou o local, que também foi a sede do nosso I Congresso Paulista. A seção *História da Pneumologia* deste mês regata todo este nosso passado.

E por falar no X Congresso Paulista, estão nesta edição todas as informações necessárias sobre o evento, desde a inscrição, os cursos pré-congresso, os cursos internacionais ministrados pelos professores estrangeiros convidados, passando pelas vantagens que os sócios da SPPT terão

participando e finalizando com o regulamento sobre a inscrição de trabalhos em formato de pôsteres. Os trabalhos apresentados serão avaliados por uma comissão julgadora que indicará os quatro melhores para apresentação oral no encerramento do Congresso. Aquele considerado melhor receberá como prêmio passagem e estadia para o próximo Congresso Brasileiro, em Salvador, na Bahia. A novidade fica por conta desta escolha final, que será feita de forma interativa pelos congressistas.

Durante o Congresso também será realizada a Assembléia Geral Ordinária da SPPT e a votação que escolherá a próxima Diretoria da nossa entidade. A participação de todos os sócios é fundamental neste processo.

Programe-se desde já para vir a São Paulo e participar deste que certamente será o maior evento da pneumologia paulista de 2003, ano em que comemoramos o Jubileu de Prata da entidade que nos representa, a SPPT.

ÍNDICE

RESUMINDO E RECORDANDO

Efeitos Adversos Incomuns da Isoniazida 4-5

QUAL É A DÚVIDA?

Co-morbidade ou Comorbidade? 6

IMAGEM EM PNEUMOLOGIA

Histocitose de Células de Langerhans 8-9

RESUMO DE ARTIGO

Comparação das Terapias Analgésicas Pós-operatórias no Desfecho Pulmonar:

Metanálise de Ensaio Controlado e Randômico 11-12

RELATO DE CASO

Pneumonite por Hipersensibilidade 14-16

NOTÍCIAS 17-24

HISTÓRIA DA PNEUMOLOGIA

O Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia 26



EFEITOS ADVERSOS INCOMUNS DA ISONIAZIDA

AUTOR: Fernando Augusto Fiuza de Melo¹

SERVIÇO: Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo - Serviço de Doenças do Aparelho Respiratório

¹Médico do Instituto Clemente Ferreira- SP e do Serviço de Doenças do Aparelho Respiratório do HSPE-SP; Doutor em Medicina – Área de Pneumologia, pela EPM/UNIFESP

A isoniazida é uma das mais importantes drogas do arsenal terapêutico antituberculoso e, provavelmente, uma das mais usadas e estudadas no mundo. Pela sua ampla utilização e tempo extenso de aplicação, um mínimo de seis meses, tanto como terapia ou profilaxia, tem seus efeitos adversos bem documentados em diversos estudos. Os mais freqüentes são as lesões cutâneas, intolerância digestiva, a hepatotoxicidade e alterações neurológicas e psiquiátricas.

Ao longo de anos acompanhando pacientes em uso de isoniazida e necessitando usá-la por duas vezes, pude observar vários tipos de reações adversas, desde as mais freqüentes até as mais raras, inclusive algumas extremamente incomuns, cujas referências na literatura são bem difíceis ou nem mesmo encontradas.

Quatro tipos de reações chamaram-me a atenção pela excentricidade do seu achado ou pela decepção (no bom sentido) de não tê-las relatadas suas ocorrências, marcando orgulhosamente a experiência da observação. Entre estas últimas, lembro-me de duas situações vivenciadas.

A primeira, quando não considerei como relacionada ao uso de isoniazida profilática as informações de duas mães, numa mesma semana, de estranheza ou preocupação com as dificuldades de seus filhos, após a tomada da droga, apresentarem alterações da escrita (dislexia). Acabei aprendendo (e como) ao ler, poucos meses depois, um trabalho original de Morrone, Solha e Barbosa, publicado na Revista da antiga Divisão Nacional

de Pneumologia Sanitária, descrevendo este tipo de reação junto com outras alterações psicológicas. Este artigo, pela originalidade das observações e qualidade da revisão farmacológica das reações neuropsiquiátricas da isoniazida, merece ser republicado.

Outra vez, a sensação me ocorreu quando acompanhei um paciente de origem asiática no ambulatório do Instituto Clemente Ferreira com intensa reação de perda de cabelo e que me perguntava se a tuberculose provocava caspas no couro cabeludo. Usava um esquema composto pela estreptomicina, isoniazida e etambutol, normatizado pela Secretaria de Estado da Saúde na década de 70. Provocado, procurei avidamente pela ocorrência em outros pacientes, encontrando em dois outros, o que fundamentou a informação como efeito adverso relatado em trabalho publicado em 1983, comparando a pirazinamida e o etambutol na fase de ataque de tratamento de curta duração. Revendo a literatura, encontrei alguns relatos sobre dermatite descamativa por isoniazida localizada no couro cabeludo. Creio que, em alguns casos, a queda de cabelo pode ser relacionada ao quadro consumptivo da doença em seus estágios avançados, mas não foi o caso dos três pacientes que acusavam a queda de cabelo e as “caspas” descamativas exatamente após o uso da isoniazida.

Duas outras inusitadas situações sobre adversidades da isoniazida podem ser aqui relatadas. A primeira, a ocorrência de crises hipertensivas relatadas por colega cardiologista



relacionadas à Síndrome de Inibição da MAO, em um germânico que participou da 2ª. Guerra Mundial, voraz consumidor de vinhos e queijos e que tratava concomitantemente uma tuberculose pulmonar comigo. Este tipo de reação me era desconhecido e acabei por não acreditar a relação do relato com o uso da droga. Pouco tempo depois, encontrei uma carta no *Lancet* informando uma interação da isoniazida com queijos e vinhos que, além das necessárias desculpas ao colega, acabou acrescentando uma lista de interações publicadas por Morrone e cols. em número especial sobre tuberculose do *Jornal de Pneumologia*, de 1993, e por mim, no capítulo sobre Tuberculose do *Tratado de Infectologia*, de Veronesi & Focaccia, de 1996.

Por fim, a experiência recente que tivemos eu e uma enfermeira do Instituto Clemente Ferreira pelo uso de isoniazida com perda de memória e dificuldades de articulação das palavras (disartria). A perda de memória percebe-se mais facilmente, porém a disartria acaba sendo denunciada por aqueles com quem você conversa, o que é desagradável para um que não percebe e para o outro que não entende. Recusei pelo menos duas aulas e uma participação em banca de mestrado, envergonhado com o problema. O uso de piridoxina resolveu o problema da fala, conforme orientação de um colega que tinha observado a mesma reação num cliente seu e que respondeu bem com a vitamina B6. Esta, porém, não melhorou minha memória. Não fosse a enfermeira ser bem mais nova do que eu e que solucionou suas reações interrompendo uma quimioprofilaxia indicada por resposta ampliada de controle tuberculínico, poderia imaginar que começo a sentir os anos passarem, tal como berrava um locutor de futebol, meu conterrâneo: “O tempo passa... e a barba cresce!!!”

Citações sobre efeitos adversos da isoniazida são mais fáceis de achar em publicações antigas, difíceis de recuperar nos tempos da automação computadorizada. Fica uma sugestão para o Boletim da Sociedade de, quem sabe, republicar velhos mas sempre atuais trabalhos produzidos por seus sócios.

BIBLIOGRAFIA

1. Doub OL. The chemical structures, properties, and mechanisms of action of the antituberculous drugs. In: Youmans GP. - **Tuberculosis**. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1979. p. 435-456.
2. Fiuzza de Melo FA, Afiune JB, Kritski AL, Hijjar MA, Seiscento M. Tuberculose. In: Veronesi R, Focaccia R. - **Tratado de Infectologia**. São Paulo, Editora Atheneu, 1996. p. 914-59.
3. Fiuzza de Melo FA, Afiune JB. Quimioterapia da tuberculose: bases, condutas e procedimentos. **J Pneumol** 1993;19:42-49.
4. Fiuzza de Melo FA, Quilici B, Ide Neto J, Gomes AA, Guttmann NMM. Experiência comparativa do uso de etambutol e pirazinamida na fase de ataque do tratamento de curta duração da tuberculose pulmonar. **J Pneumol** 1983;9:9-14.
5. Goldberger MJ. Drogas antituberculosas. **Clin Med Am N** 1988; 72:687-694.
6. Goldman AL, Braman SS. Isoniazid: a review with emphasis on adverse effects. **Chest** 1972;62:71-7.
7. Hijjar MA, Campos HS, Gerhardt Fo. G. Quimioterapia da tuberculose: aspectos atuais. **Ars Curandis** 1983;16:25-31.
8. Morrone N, Marques JF, Fazolo N, Soares LCP. Reações adversas das drogas antituberculosas. **Rev Brasil Clin Terap** 1982;12:212-25.
9. Morrone N, Marques JF, Fazolo N, Soares LCP, Macedo L. Reações adversas das drogas tuberculostáticas. **J Pneumol** 1993;19: 52-9,
10. Morrone N, Solha MSS, Barbosa ZLM. Alterações psicológicas no rendimento escolar e na caligrafia em crianças em uso de hidrazida. **Rev DNPS**, 1980;24:33-38.
11. Olsen PZ, TorningK. Isoniazid and loss of memory. **Scand J Respir Dis** 1968;47:1-8.
12. Yoshikawa TT, Fujita NK. Drogas antituberculosas. **Clin Med Am N** 1982; 66:227-238.



QUAL É A DÚVIDA?

CO-MORBIDADE OU COMORBIDADE?

Na literatura médica ouvimos há algum tempo, com muita frequência, falar-se em co-morbidade quando há a associação de doenças num mesmo indivíduo. E muitas dúvidas surgem na grafia do termo: o correto seria co-morbidade, com hífen, ou comorbidade, tudo junto?

Segundo o Aurélio, *co-* (do latim, *cum*) traz a idéia de contiguidade, companhia. O Dicionário Ortográfico da Academia Brasileira de Letras diz que *co-* é seguido de hífen quando tem a significação de “a par” e o segundo elemento possui vida autônoma na língua. Exemplos seriam co-piloto, co-herdeiro, co-autor. Seguindo-se essa regra, deveríamos escrever co-morbidade, e não comorbidade. Mas, segundo o professor Odilon Soares Leme, não se trata de assunto simples e deve-se na dúvida sempre consultar o dicionário pois, em muitas palavras em que entra o prefixo *co-* perdeu-se a noção de composição. Nesse caso os elementos não são separados por hífen. Assim, escrevem-se sem hífen palavras como colateral, coordenar, coabitar, correlação, coadjuvante.

Seguindo o conselho do professor Odilon, de buscar o esclarecimento nos nossos dicionários, em nenhum deles encontramos co-morbidade, seja com hífen ou

tudo junto. E por que será?

Remontando à origem do termo, *morbi-* (do latim, *morbus*) é elemento que significa doença, enfermidade. Daí deriva uma série de palavras como morbidez, morbidez, mórbido, morbígeno e morbidade. Ainda segundo o Aurélio, morbidade (do inglês, *morbidity*) é a capacidade de produzir doença num indivíduo ou grupo de indivíduos. Em termos médicos, morbidade é a relação entre o número de pessoas sãs e o de doentes, num dado tempo e quanto a determinada doença. Morbo (do latim, *morbu*) é palavra em português que significa estado patológico, ou doença

Portanto, do ponto de vista da língua portuguesa, não é correta a utilização de “co-morbidade” quando desejarmos nos referir à presença de uma associação de doenças num mesmo indivíduo. Co-doenças, co-afecções ou co-morbos seriam palavras mais adequadas, mas sonoramente agridem nossos ouvidos, além de igualmente não existirem nos dicionários citados. Talvez fosse melhor não aderir a neologismos oriundos do inglês e simplificar usando termos consagrados desde o passado, como simplesmente “doenças associadas”.

(MG)

PROGRAMA DE PONTUAÇÃO PREMIADA SPPT

TABELA DE PONTUAÇÃO

SÓCIO ADIMPLENTE: 20 PONTOS

PARTICIPAÇÃO EM JORNADAS,
CURSOS, SIMPÓSIOS E ENCONTROS
PROMOVIDOS PELA SPPT: 10 PONTOS

PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS
PROMOVIDOS PELA SPPT: 20 PONTOS

COLABORAÇÃO PARA O BOLETIM
(PUBLICADA): 10 PONTOS

PIZZA CLÍNICA
JORNADAS REGIONAIS: 5 PONTOS

DESCONTOS:

60 PONTOS: DESCONTO DE 25% NO EVENTO ESCOLHIDO

50 PONTOS: DESCONTO DE 15% NO EVENTO ESCOLHIDO

40 PONTOS: DESCONTO DE 10% NO EVENTO ESCOLHIDO



FORADIL[®]

FORMOTEROL



Rápido início de ação, efeito prolongado

Foradil[®] agora
também em
REFIL



Embalagens
contendo
30 cápsulas
sem o inalador!



Reg. MS - 1.0068.0026

FORASEQ[®]

FORMOTEROL - BUDESONIDA

A sequência lógica no tratamento da ASMA e DPOC

Maior flexibilidade para o
tratamento da asma e DPOC.

Nós queremos o mundo respirando melhor



Reg. MS - 1.0068.0156

SIC
0800 888 3003

NOVARTIS



HISTOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS (GRANULOMA EOSINOFÍLICO)

AUTORES: Rodrigo Octávio Deliberato¹; Luís Henrique Frizzera Borges²

SERVIÇO: Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes (FMUMC) - Disciplina de Pneumologia

¹Acadêmico de Medicina do 4º ano; ²Professor de Clínica Médica e Pneumologia, Radiologista Torácico da Unidade Mogiana de Diagnósticos por Imagem (UMDI)

POC, 24 anos, sexo feminino, branca, casada, fiscal de lojas, natural e procedente de Mogi das Cruzes. Procurou o serviço com queixa de dispnéia progressiva há 1 ano, que piorou no 7º mês de gestação, quando então iniciou dispnéia aos mínimos esforços. Após o parto, ocorrido em maio de 2001, a dispnéia não melhorou. Há cerca de 4 meses apresentou três episódios importantes de hemoptise em um dia, o qual motivou internação de urgência. Tabagista de 15 cigarros/dia por 10 anos.

Exame físico geral: regular estado geral, eupneica (em repouso), acianótica, anictérica, descorada +/4+, PA=110 x 70 mmHg, pulso=80 bpm, SatO₂=94% (oxímetro capilar), Temp=37,4°C. Exame pulmonar: pulmões percutíveis a 6 dedos do ângulo inferior da escápula com expansibilidade conservada e presença de estertores bolhosos esparsos, predominando no lobo superior direito e em lobo inferior direito. Espirometria: insuficiência pulmonar ventilatória obstrutiva moderada com redução de CVF (CVF = 3,18 ou 72% do previsto; VEF1 = 1,81 ou 51% do previsto; VEF1/CVF=0,56). Raio-X de tórax com infiltrado reticular difuso predominantemente em bases, associado a formações císticas difusas. Não há evidências de redução volumétrica dos pulmões (Fig.1). TC de tórax de alta resolução com presença de nódulos centrolobulares com espessamento dos septos interlobulares e cistos de parede fina, alguns com formas bizarras, poupando os seios costofrênicos (Fig.2 e 3). Aspecto tomográfico compatível com Histiocitose X, porém, deve-se considerar a possibilidade de Linfangioleiomiomatose como diagnóstico diferencial.

Biopsia pulmonar evidenciou nódulos constituídos por proliferação predominante de histiócitos e presença de plasmócitos e linfócitos. Esses nódulos exercem tração sobre os alvéolos com rotura dos septos e formações de cistos. A imunohistoquímica mostrou-se positiva com

células de padrão histiocitário para a proteína S-100, CD 68, CD1a e negativa para HMB-45.

DISCUSSÃO

Na década de 50, Lichtenstein descreveu a Histiocitose X como um grupo de doenças que possuíam muita semelhança patológica. Essa semelhança constituía-se na proliferação excessiva de células de Langerhans e na presença de infiltrados contendo estas células. Estes infiltrados podem ser multifocais, ou seja, envolvendo vários órgãos, ou único, envolvendo apenas um órgão.

O Granuloma Eosinofílico é a forma pulmonar da Histiocitose X (Histiocitose de Células de Langerhans), que geralmente acomete adultos jovens dos 20 aos 40 anos, sem predileção pelo sexo. Sua incidência é desconhecida atualmente, porém, sabe-se que o principal fator epidemiológico é o fumo. Aproximadamente 90% dos pacientes são tabagistas.



Figura 1: Raio-X de tórax em posição pósterio-anterior evidenciando infiltrado reticular difuso predominantemente em bases associado a formações císticas difusas. Não há evidências de redução volumétrica dos pulmões.



Clinicamente, cerca de 50% dos pacientes têm sintomas respiratórios como tosse seca, dispnéia, hemoptise e dor torácica. Vinte por cento não apresentam sintomas e 30% são descobertos após um achado acidental em um radiograma torácico realizado por outra causa. Dos sintomáticos, 10 a 20% apresentam pneumotórax espontâneo como primeira manifestação da doença.

O padrão radiológico encontrado no Granuloma Eosinofílico depende do estágio da doença, mas, normalmente caracteriza-se por infiltrados nodulares e reticulonodulares que geralmente são bilaterais e simétricos, acometendo principalmente os lobos médio e superiores, poupando as bases e os seios costofrênicos. A TC de tórax mostra lesões que sugerem fortemente o diagnóstico. A tomografia computadorizada de alta resolução permite uma excelente definição e localização das lesões. Estas lesões são igualmente distribuídas entre as porções centrais e periféricas e se caracterizam por nódulos cavitários levando à formação de cistos isolados ou confluentes. A presença destes achados podem ocorrer mesmo em pacientes com radiografia normal. Vale lembrar que as lesões são difusas, porém tipicamente poupam os seios costofrênicos.

A função pulmonar encontrada no Granuloma Eosinofílico é bastante variável ao ponto de observarmos extensas anormalidades radiográficas com mínimas mudanças na função pulmonar. Dessas mudanças, 70-90% dos casos têm diminuição da difusão do monóxido de carbono, enquanto que de 10-15% dos pacientes têm a função pulmonar normal.

A confirmação diagnóstica tem como padrão ouro a biópsia pulmonar, sendo de grande valor associar a imunohistoquímica. Quanto ao tratamento, é difícil avaliar

a eficácia da intervenção terapêutica, já que muitos pacientes têm estabilização dos sintomas com a cessação do tabagismo. Porém, a principal terapêutica medicamentosa é feita com os corticosteróides. Os agentes quimioterápicos (metotrexate, ciclofosfamida, vinblastina, cladribina) são utilizados em pacientes resistentes aos corticosteróides, com doença progressiva ou com envolvimento de mais órgãos. Os pacientes devem ser avaliados através de parâmetros clínicos, radiografias torácicas, tomografia computadorizada (quando mudanças na radiografia torácica são notadas) e pela função pulmonar a cada 6 meses.

BIBLIOGRAFIA

1. Ryu, J.H.; Colby, T.V.; Hartman, T.E.; Vassallo, R. - Smoking -related interstitial lung diseases: a concise review. *Eur Resp J* 2001; **17**: 122-132.
2. Tazi, A.; Soler, P.; Hance, A.J. - Adult pulmonary Langerhans cell histiocytosis. *Thorax* 2000 ; **55**: 405-416.
3. McClain, K.L.; Gonzalez, J.M.; Jonkers, R.; Juli, E.; Egeler, M. - Need for a cooperative study : Pulmonary Langrhans cell histiocytosis and Its Management in adults. *Med Pediatr Oncol* 2002; **39**: 35-39.
4. Aricò, M.; Haupt, R.; Russoto, V.S.; Bossi, G.; Scappaticci, S. - Langerhans cell histiocytosis in two generations : A new family and review of the literature. *Med Pediatr Oncol* 2001; **36**: 314-316

Correspondência:

Departamento de Clínica Médica
 Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200
 CEP: 08780-911 - Mogi das Cruzes/SP

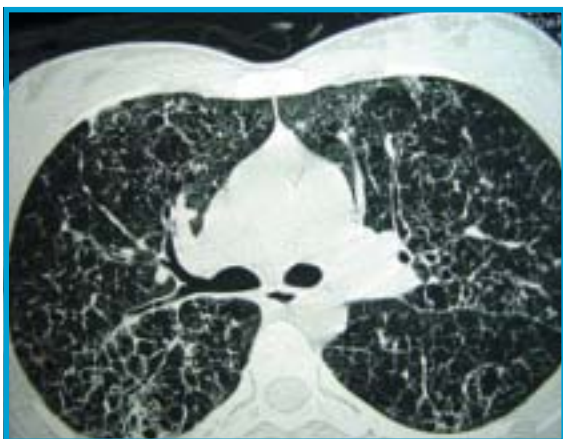


Figura 2: Corte de TCAR evidenciando presença de nódulos centrolobulares, espessamento dos septos interlobulares e cistos de paredes finas, alguns com formas bizarras.



Figura 3: Corte de TCAR onde se observa que os seios costofrênicos são poupados.

Em breve



SPIRIVA[®]
Brometo de tiotrópio



Trabalhamos pela vida



**Boehringer
Ingelheim**



COMPARAÇÃO DAS TERAPIAS ANALGÉSICAS PÓS-OPERATÓRIAS NO DESFECHO PULMONAR: METANÁLISE DE ENSAIOS CONTROLADOS E RANDÔMICOS

COMENTÁRIOS: Rodrigo Silva Cavallazzi¹; Fabiana Stanzani²

SERVIÇO: Disciplina de pneumologia da Unifesp-EPM

ARTIGO ORIGINAL: Ballantyne JC, Carr DB, deFerranti S, Suarez T, Lau J, Chalmers TC, Angelillo IF, Mosteller F. The comparative effects of postoperative analgesic therapies on pulmonary outcome: cumulative meta-analyses of randomized, controlled trials. *Anesth Analg* 1998; 86:598-61

¹Médico residente; ² Médica pós-graduanda

Os autores apresentam metanálise de ensaios controlados e randômicos que avaliam o efeito de tratamentos específicos para dor na função respiratória de pacientes no período pós-operatório. A metanálise, definida como a síntese quantitativa de dados de ensaios múltiplos, tornou-se uma disciplina científica com princípios e métodos bem descritos.

MÉTODO

Os autores obtiveram 195 artigos e utilizaram para a metanálise 48 ensaios controlados e randômicos que examinavam a influência da analgesia pós-operatória na função pulmonar pós-operatória. Os ensaios incluídos continham as seguintes comparações: opióide epidural versus opióide sistêmico, anestésico local epidural versus opióide sistêmico, opióide epidural com anestésico local versus opióide sistêmico, opióide epidural torácico versus opióide epidural lombar, bloqueio intercostal versus opióide sistêmico, infiltração na ferida versus sem infiltração, infusão intrapleurar de anestésico local versus opióide sistêmico.

As medidas de desfecho avaliadas foram VEF₁, CVF, PFE e PaO₂. Incidência de atelectasia, infiltrados

pulmonares e complicações pulmonares gerais também foram analisadas.

RESULTADOS

Observou-se uma diminuição significativa na incidência de atelectasia a favor do opióide epidural quando comparado com opióide sistêmico (risco relativo de 0,53; intervalo de confiança de 95% de 0,33-0,85) - figura 1. Encontrou-se, também, uma diminuição significativa na incidência de infecção pulmonar (risco relativo de 0,35; intervalo de confiança de 95% de 0,21-0,65), de complicações pulmonares gerais (risco relativo de 0,58; intervalo de confiança de 95% de 0,42-0,80) assim como houve aumento na PaO₂ (diferença de 4,56 mmHg; intervalo de confiança de 95% de 0,058-9,075) a favor do anestésico local epidural quando comparado com opióide sistêmico (Fig. 2 e 3). Não houve diferenças estatisticamente significativas nas outras medidas de função pulmonar.

COMENTÁRIOS

As poucas diferenças estatisticamente significativas encontradas são importantes do ponto de vista clínico



RESUMO DE ARTIGO

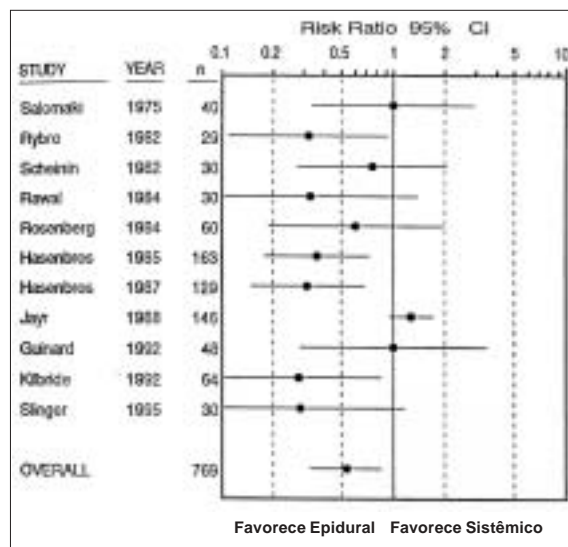


Figura 1: Opióide epidural versus opióide sistêmico. Incidência de atelectasia. Risk Ratio = Risco Relativo. CI = intervalo de confiança.

na medida que são complicações propriamente ditas e não alterações fisiopatológicas como a queda da CVF, VEF₁ e PaO₂. Além disso, envolvem tratamentos epidurais, que são muito utilizados na prática diária. No nosso serviço, temos optado, sempre que possível, pela analgesia com opióide epidural. Deve-se ressaltar que outras diferenças podem alcançar significância estatística se houver mais estudos. O pequeno número de pacientes em alguns ensaios analisados e a não inclusão de muitos trabalhos com resultados diferentes contribuem para achados não conclusivos em algumas comparações.

Não houve efeito benéfico das várias terapias analgésicas nas medidas fisiológicas de função pulmonar (VEF₁, CVF e PFE). Consideramos que tais medidas possam não ter significado clínico maior no período pós-operatório. Outras medidas, como incidência de atelectasia, de infecção pulmonar e de complicações pulmonares gerais, são clinicamente mais relevantes.

A maior PaO₂ (diferença de 4,56 mmHg) observada com o tratamento anestésico local epidural deve ser vista com cuidado por causa da falta de informação sobre o uso de oxigênio suplementar nos ensaios clínicos. Também, esta diferença observada provavelmente não teria grande impacto clínico se a PaO₂ dos pacientes fosse normal.

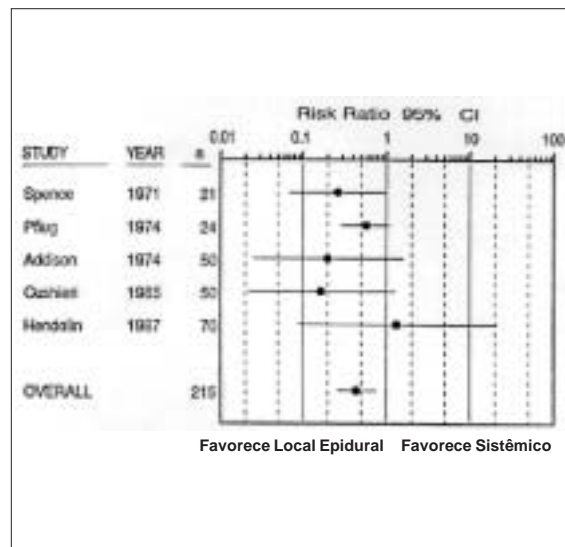


Figura 2: Anestésico local epidural versus opióide sistêmico. Incidência de infecção pulmonar.

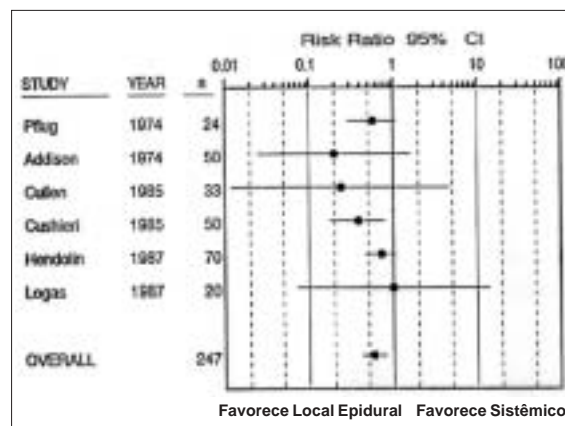


Figura 3: Anestésico local epidural versus opióide sistêmico. Incidência de complicações pulmonares gerais.

A metanálise provê evidência de que a analgesia epidural pós-operatória pode diminuir significativamente a morbidade pulmonar. Em vista do pequeno número de ensaios clínicos na literatura e do potencial de efeitos benéficos das várias terapias analgésicas em comparação com o tratamento convencional (opióide sistêmico), mais trabalhos analisando as diferentes terapias analgésicas devem ser realizados.

Correspondência:

Disciplina de Pneumologia
Rua Botucatu, 740 - 3º andar
CEP: 04023-062 - São Paulo/SP

Para cada caso
1 só produto



Código SML 03.A.003

+60 DIAS
POR ANO
SEM OS SINTOMAS DA ASMA*¹



SYMBICORT[®]
FORMOTEROL/BUDESONIDA

*Comparado com o uso isolado de corticóide inalatório.

Referência: 1. Zelenstein D, Guri R, Mallers H, Populá M, Hedman J, O'Neill S, Gierbra T. Improved asthma control with budesonide/formoterol in a single inhaler, compared with budesonide alone. Eur Respir J 2007;18: 262 - 268.

AstraZeneca do Brasil Ltda.
Rod. Raposo Tavares km 26,9
06707-000 Coâs. SP Brasil
Access.net / SAC 0800 14 55 78
www.astrazeneca.com.br

Mais informações à disposição da classe médica, mediante a solicitação.



AstraZeneca
RESPIRATORIA

Confiança. Quem sempre
pesquisa pode oferecer mais.



RELATO DE CASO

PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE

AUTORES: Karine Simone¹; Igor Bastos Polonio²

SERVIÇO: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Clínica de Pneumologia

Médica residente de Clínica Médica¹; Médico residente de Pneumologia²

INTRODUÇÃO

A pneumonite por hipersensibilidade, também conhecida como alveolite alérgica extrínseca, é uma doença inflamatória pulmonar causada por exposição a uma diversidade extensa de agentes ambientais e ocupacionais. Causa uma grande variedade de achados clínicos, radiológicos e patológicos, tornando seu diagnóstico um desafio para o clínico. Os achados clínicos e a história ocupacional e de exposição ambiental, somados às alterações radiológicas, constituem-se nas principais pistas para o diagnóstico. O tratamento baseia-se na retirada do agente etiológico e em corticosteróides orais por tempo determinado¹.

RELATO DO CASO

A.S., 76 anos, casado, branco, natural e procedente de São Paulo, capital, aposentado, procurou o Ambulatório de Pneumologia da Santa Casa de São Paulo com queixa de adinamia há um mês, associada à astenia, febre vespertina não mensurada, sudorese noturna, tosse seca e emagrecimento de 4 Kg no período. Não apresentava outras queixas no interrogatório sobre os diversos aparelhos. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica, prostatectomia por hiperplasia prostática benigna há 15 anos, herniorrafia à direita há dez anos. Estava em uso regular de ácido acetil-salicílico, amiodarona e anlodipina após ataque isquêmico transitório há um

ano. O paciente também relatou ser criador de pássaros em casa por longo período, exposto a grande número de animais e, atualmente, possuía apenas dois pássaros, um deles em seu quarto. Como antecedente familiar sua esposa acompanhava por Fibrose Pulmonar no nosso Ambulatório. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, afebril, anictérico e eupneico, com pressão arterial de 140x90 mmHg, pulso de 80 bpm, sem linfonodos palpáveis, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, abdome sem alterações e extremidades com boa perfusão periférica, sem edema ou cianose. Radiografia de tórax com elevação da hemicúpula esquerda, alteração esta que já exibia em exame de dois anos atrás, além de



Figura 1: Radiografia de tórax demonstrando elevação da hemicúpula esquerda e opacidades nodulares bilaterais, além de grande opacidade irregular, de limites imprecisos, em campo pulmonar médio esquerdo e empastamento do hilo pulmonar esquerdo.

RELATO DE CASO

incontáveis opacidades nodulares dispersas por todo o parênquima pulmonar bilateralmente e grande opacidade irregular, de limites imprecisos, em campo pulmonar médio à esquerda com empastamento do hilo pulmonar esquerdo (Fig.1). Realizada tomografia computadorizada de tórax de alta resolução que revelou áreas em opacificação em vidro despolido, múltiplos nódulos, áreas de fibrose com bronquiectasias de tração e áreas de aprisionamento de ar (*air trapping*) – Fig.2. Foi realizada broncoscopia com biópsia transbrônquica que revelou-se normal do ponto de vista anatômico e anatomopatológico sem achados conclusivos. Optou-se por biópsia pulmonar a céu aberto com diagnóstico anatomopatológico final de pneumonia de hipersensibilidade com áreas em organização (Fig.3). O paciente recebeu alta com prednisona 40 mg/dia. O paciente retornou ao ambulatório duas semanas após a alta apresentando melhora clínica importante, mantendo-se afebril e assintomático, com melhora relevante do quadro radiológico.

DISCUSSÃO

A pneumonite por hipersensibilidade, também conhecida por alveolite alérgica extrínseca, é uma doença crônica, com exacerbações agudas

frequentes, causada por inalação de alérgenos que provocam inflamação linfocítica nas vias aéreas periféricas e no tecido intersticial circundante¹. Com a persistência da exposição, há organização do processo, levando à fibrose pulmonar irreversível. Existem centenas de fatores e agentes responsáveis, incluindo micróbios, proteínas animais e vegetais e agentes químicos orgânicos e inorgânicos. No caso descrito, o agente causal foi provavelmente a exposição a antígenos de pássaros, um dos fatores causais mais frequentemente invocados¹.

Em relação às fases clínicas da doença, podem ser separadas em infiltração linfocítica aguda, formação subaguda de granulomas e fibrose crônica^{1,2,3,4}. A imunopatogênese é caracterizada por proliferação de linfócitos T-citotóxicos CD8+ e por grande produção de anticorpos IgG, decorrentes da ativação de plasmócitos por linfócitos T-CD4+¹. Tudo se inicia após a apresentação dos antígenos inalados pelos macrófagos pulmonares. Na fase aguda da doença há intensa proliferação inflamatória, ocorrendo infiltrados das paredes alveolares por células mononucleares em distribuição broncocêntrica, granulomas epitelióides pequenos sem necrose, bronquiolite obliterante e pneumonia em organização⁴. Com o



Figura 2: Tomografia de tórax de alta resolução revelando áreas de opacificação em vidro despolido, múltiplos nódulos, áreas de fibrose com bronquiectasias de tração e áreas de aprisionamento de ar (*air trapping*).

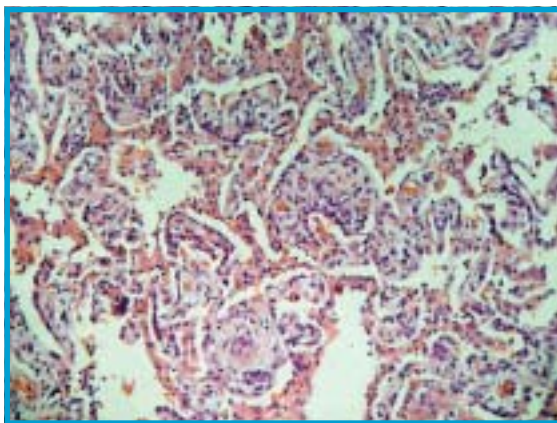


Figura 3: Múltiplos focos de infiltrado linfocitário e eosinofílico, com proliferação de fibroblastos nos alvéolos e espessamento das artérias.



RELATO DE CASO

decorrer da evolução a formação de granulomas e fibrose se torna relevante¹. No paciente do presente relato foram encontradas todas as alterações descritas acima. Há evidências que mesmo com a retirada dos agentes causais o processo de inflamação e fibrose pulmonar continua, explicando a piora da fisiologia pulmonar no acompanhamento destes pacientes¹.

As manifestações clínicas são inespecíficas e caracterizam-se por sinais e sintomas constitucionais como febre, adinamia, astenia, emagrecimento, mialgia, tosse com ou sem produção de expectoração e dispnéia. A apresentação aguda da doença tende a apresentar um quadro clínico mais grave.

Quanto ao diagnóstico é difícil por não existirem achados radiológicos e laboratoriais patognomônicos da doença. Pode ser realizada dosagem de imunoglobulinas e anticorpos IgG precipitantes no soro do paciente². Testes cutâneos não são específicos, podendo adicionar pistas para o diagnóstico, sendo estes testes mais úteis nos estágios avançados da doença, em pacientes sintomáticos⁵. Em relação à avaliação funcional pulmonar, pode-se encontrar distúrbio restritivo, obstrutivo e diminuição da capacidade de difusão do CO. A radiografia de tórax contribui para o diagnóstico, podendo-se encontrar infiltrados micronodulares, faveolamento e diminuição dos volumes pulmonares nas fases crônicas². A tomografia computadorizada de alta resolução permite achados como opacificação em vidro despolido predominantemente nos campos médios pulmonares, intercalados com áreas de aprisionamento de ar (*air trapping*), caracterizando o padrão em mosaico - muito comum na PH -, nódulos menores que 5mm centrolobulares, fibrose, faveolamento pulmonar e bronquiectasias de tração nas fases mais avançadas. Pode também ser encontrado enfisema². O diagnóstico radiológico

tem diferencial com inúmeras outras doenças.

Finalmente, quanto ao tratamento, deve-se afastar os fatores causais, podendo-se usar cursos de corticosteróides (prednisona 0,5 mg/Kg/dia) por duas a quatro semanas e, nas fases subagudas e crônicas, por períodos mais prolongados.

O prognóstico depende da fase da doença, sendo bom nas fases iniciais e pior na crônica. Mesmo retirando-se o fator causal, na fase crônica as anormalidades tendem a progredir.

REFERÊNCIAS

1. Patel AM, Ryu JH, Reed CE. Hypersensitivity pneumonitis: Current concepts and future questions. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: 661-70.
2. Glazer CS, Rose CS, Lynch DA. Clinical and Radiologic Manifestations of Hypersensitivity Pneumonitis. *J Thoracic Imaging* 2002; 17: 261-272.
3. Schuyler M. Guest editorial: Is hypersensitivity pneumonitis important. *Ann Allergy* 2002; 88: 150-151.
4. Hayakawa H, Shirai M, Sato A, *et al.* Clinicopathological features of chronic hypersensitivity pneumonitis. *Respirology* 2002; 7: 359-64.
5. Morell F, Roger A, Cruz MJ. Usefulness of specific skin tests in the diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110(6): 939.

Correspondência:

Disciplina de Pneumologia
Rua Dr. Cesário Motta Jr, 112 - Unidade de
Pulmão e Coração
CEP: 01221-020 - São Paulo/SP

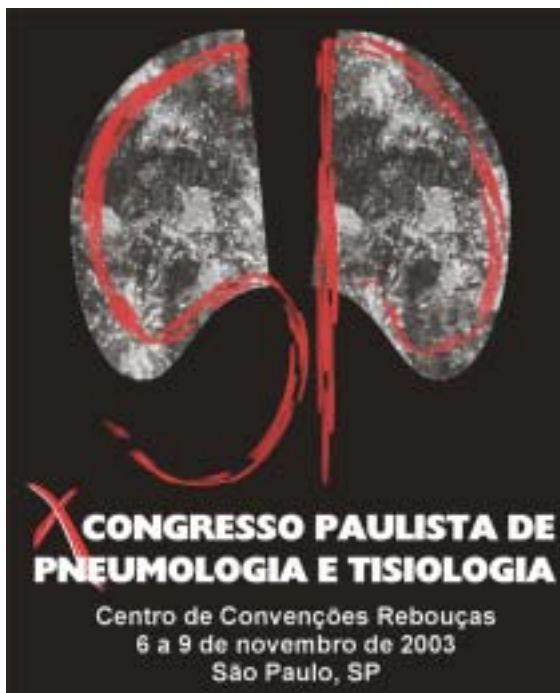


APROXIMA-SE O X CONGRESSO PAULISTA

O X Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia, a ser realizado entre os dias 6 e 9 de novembro próximos, no Centro de Convenções Rebouças, na capital, já é uma realidade. A Diretoria da SPPT continua trabalhando muito para oferecer quatro dias de Atualização e Reciclagem em Pneumologia, com uma programação dinâmica, abrangente e provocativa. Da prática diária às evidências clínicas baseadas em pesquisas científicas, o temário procura englobar o que há de melhor na Pneumologia Paulista.

A grade científica foi finalizada, com destaque para três cursos internacionais (Doenças Pulmonares Obstrutivas, Infecções e Cirurgia Torácica), sessões de Controvérsias, Revisão da Literatura e Interativas, além de miniconferências e as tradicionais mesas-redondas. Você também poderá participar encaminhando seus trabalhos científicos em forma de pôster.

Reserve a data na sua agenda desde já e aproveite as vantagens de se inscrever antecipadamente.



17

CONVIDADOS DO EXTERIOR PARA O CONGRESSO

Já confirmadas as presenças de: **Robert Wise** - Professor da Johns Hopkins University – Baltimore – USA. Será o responsável pelo curso internacional de Doenças Pulmonares Obstrutivas; **José Mensa Pueyo** - Consultor del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico de Barcelona – Espanha. Será o

responsável pelo curso internacional de Infecções Respiratórias; **Douglas E. Wood** - Professor of Surgery Endowed Chair in Lung Cancer Research Chief, General Thoracic Surgery – University of Washington – Seattle – USA. Será o responsável pelo curso internacional de Cirurgia Torácica.

PATROCÍNIO DO X CONGRESSO PAULISTA

As seguintes empresas já confirmaram sua participação no X Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia: Actelion, AstraZeneca do Brasil, Aventis Pharma, Bayer, Bio-Scan, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers, E. Tamussino, Ger-Ar, Glaxo Smithkline, Laboratórios Pfizer, Livro Sete, Med-Graph, Merck-Sharp & Dohme, Novartis, Schering-Plough, Sigma Pharma, Zambon.



CURSOS PRÉ-CONGRESSO

Os cursos pré-congresso ocorrerão no dia 06/11, das 8:00h às 18:00h, e as vagas são limitadas. Os sócios adimplentes nos anos 2002-03, que efetuaram seu pagamento até 02/06/03 e inscritos no Congresso, terão direito à inscrição gratuita antecipada (até 06/10) em um curso pré-congresso: A – Cirurgia Torácica; B – Métodos Diagnósticos; C – Avaliação pré-operatória; D – Cessação do Tabagismo; E - Pneumopediatria; F – Fisioterapia; G – Endoscopia Respiratória. Os cursos são em período integral, portanto, só é possível fazer um curso pré-congresso por pessoa.

PRÉ-CONGRESSO EM FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

O tema a ser desenvolvido será “Administração de Recursos em Fisioterapia”, contendo módulos teórico e prático. Pela manhã, no módulo teórico, serão abordados os temas: Avaliação Funcional Respiratória; Otimização Pré-operatória; Ventilando com Recursos Limitados – VMNI / VMI; Manobras em Fisioterapia; Reabilitando Sem Recursos. No módulo prático, à tarde, serão realizados *workshops* com atividades práticas de todos os temas abordados no período da manhã. O local será a **Universidade Nove de Julho – UNINOVE - Unidade Memorial**. Rua Adolfo Pinto, 109 – Barra Funda. O número de vagas é limitado e não serão aceitas inscrições no local.

PRÉ-CONGRESSO EM PNEUMOPEDIATRIA

Os módulos a serem desenvolvidos são: 1- Sibilância na infância: quando pensar em fibrose cística, bronquiolite obliterante, asma, afecções cirúrgicas; 2- Hemoptise; 3-Tosse crônica; 4- Tratamento das afecções pleurais. Haverá nos módulos discussões de casos clínicos e dos aspectos radiológicos.

Além dos módulos acima serão realizadas as miniconferências “O impacto da rinite na asma” e “Ventilação não invasiva em pediatria”.

PRÉ-CONGRESSO EM CESSAÇÃO DO TABAGISMO

A OMS define tabagismo como drogadição com vários graus de dependência. A dependência à nicotina é avaliada através de questionários, sendo o mais conhecido o teste de Fargström, baseado no padrão de uso, características comportamentais e manifestações de abstinência. Segundo a OMS, o número de tabagistas no mundo se aproxima de 1,1 bilhões, sendo que 800 milhões se encontram em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. O número de mortes anuais relacionadas ao uso do tabaco está em torno de 4 milhões.

Existem várias leis com a finalidade de restringir o uso do tabaco e a propaganda, proteger os não tabagistas, divulgar material educativo e advertências nos maços de cigarro. Em 29 de agosto de 2002 foi publicada a portaria 1575 do Ministério da Saúde que prevê a criação, em qualquer unidade do SUS, de Centros de Referência em Abordagem e Tratamento Medicamentoso do Fumante. Está previsto que após a implantação do centro será feito o pagamento dos procedimentos, como abordagem cognitivo-comportamental e tratamento medicamentoso. Entre os critérios estabelecidos para o cadastramento da unidade de saúde existe a obrigatoriedade de que na equipe um médico tenha o certificado da Secretaria Estadual de Saúde/INCA pela participação em treinamento de abordagem ao fumante. O curso pré-congresso em Cessação do Tabagismo - Estratégias para Implantação de Centros de Abordagem e Tratamento do Fumante, terá a duração de 8 horas e os participantes receberão este certificado validado pela Secretaria Estadual de Saúde/INCA. Contamos com a presença de todos pois o combate ao tabagismo é medida essencial e que não pode mais ser adiada para a promoção da saúde.



SESSÕES DE PÔSTERES

Os trabalhos devem ser enviados até dia 01/09/2003 pela internet (www.sppt.org.br/xcongressosppt), ou através do correio para: Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia. Rua Machado Bittencourt, 205 – 8º andar – Conj. 81. São Paulo / SP. CEP: 04044-000. Não serão aceitos resumos pelo fax. Serão selecionados 4 trabalhos para apresentação oral no dia 09/11/2003 para concorrer ao prêmio da Farmalab de melhor pôster: passagem aérea e estadia para o XXXII Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, em Salvador (BA), em 2004.

Deve ser enviado resumo em três vias no tamanho carta (8,5 x 11), disquete com o arquivo em formato Word 97 ou superior contendo: nome do autor e co-autores com e-mail, endereço para correspondência e contato telefônico do autor principal; instituição onde ou através da qual o trabalho foi efetuado;

Assunto/Título; descrição em 20 linhas (Arial 12, espaço simples), não sendo aceita inclusão de figuras no resumo; áreas abordadas: 1.Asma/DPOC, 2.Doenças Intersticiais, 3.Infecções: agudas e crônicas, 4.Tuberculose, 5.Insuficiência Respiratória, 6.Sono, 7.Cirurgia Torácica, 8.Pneumopatia, 9.Fisioterapia Respiratória, 10.Endoscopia Respiratória, 11.Doenças Ambientais e Ocupacionais, 12.Outros.

Os resumos deverão ser acompanhados da Ficha de Inscrição do autor principal no Congresso e comprovante de depósito ou cheque.

A exposição do trabalho será em forma de pôster no tamanho padrão de 0,90m de largura e 1,20m de altura. A documentação radiológica e patológica deverão ser apresentadas obrigatoriamente em fotografia para apresentação no pôster. A data e horário da apresentação serão divulgados através do site do congresso.

X CONGRESSO PAULISTA INSCRIÇÕES ANTECIPADAS – VALOR PROMOCIONAL

CATEGORIAS	TAXAS VÁLIDAS ATÉ 06/10/2003
Médicos Sócios SPPT (quites 2002/2003)	R\$ 270,00
Médicos Sócios SBPT, SOBRAFIR, SBP (quites 2002/2003)	R\$ 340,00
Médicos Não Sócios	R\$ 410,00
Acadêmicos, Residentes e Outros Profissionais Sócios da SPPT (2002/2003)	R\$ 200,00
Acadêmicos, Residentes e Outros Profissionais Não Sócios	R\$ 280,00

CURSO PRÉ-CONGRESSO INSCRIÇÕES ANTECIPADAS – VALOR PROMOCIONAL

CATEGORIAS	TAXAS VÁLIDAS ATÉ 06/10/2003
Sócios SPPT quites 02/03	R\$ 90,00
Não Sócios	R\$ 150,00
Outros Sócios (SBPT, SOBRAFIR, SBP)	R\$ 130,00



MEDICAMENTOS PARA ASMA

por José Eduardo Cançado

A Portaria 1.318, de 23 de Julho de 2002, passou a disponibilizar medicamentos para asma grave através da Secretaria Estadual da Saúde, a qual realiza a compra e é reembolsada totalmente pelo Governo Federal após 4 meses. Esta Portaria está disponível para consulta no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br). Brasília, Goiânia, Belo Horizonte e Curitiba, além de algumas cidades do Estado de São Paulo, estão recebendo estes medicamentos. Nos Estados menores, onde o pneumologista tem maior contato com a Secretaria Estadual da Saúde, a entrega de medicamentos também está sendo feita. Nos Estados maiores, a situação é mais difícil e algumas

cidades passaram a receber os medicamentos somente após alguns pacientes, junto com colegas pneumologistas, entrarem com uma ação no Ministério Público.

No caso de haver dificuldade para aquisição dos medicamentos por parte da Diretoria Regional Estadual (DIR) em determinada região do Estado de São Paulo, os colegas e pacientes interessados, em conjunto com seu serviço de assistência social, devem procurar a mídia para expor a situação e entrar com ação no Ministério Público contra a Secretaria Estadual, a qual, por Lei, está obrigada a fornecer os medicamentos relacionados na Portaria, desde que os pacientes preencham os requisitos. Várias cidades do Estado passaram a receber os medicamentos após este tipo de pressão.

20

A MEDICINA DO SONO E OS PNEUMOLOGISTAS

por Sônia Maria Togeiro

Graças ao avanço científico e tecnológico da área do sono, bem como à diversidade e complexidade dos seus distúrbios, a Medicina do Sono se apresenta como nova especialidade, contando cada dia mais com o interesse dos pneumologistas. No Brasil, nossa Associação Médica ainda não a reconhece como especialidade, sendo subespecialidade da neurologia e da psiquiatria. Entretanto, nos países europeus e na América do Norte, ela já existe como especialidade, sendo os pneumologistas grande contingente destes especialistas. Esta é, sem dúvida, matéria multidisciplinar, necessitando da interação das diferentes áreas de conhecimento.

Poucas escolas médicas - durante a graduação e nos programas de Residência - contemplam a área do sono. Especificamente para o pneumologista, é

imprescindível este conhecimento, considerando que “as doenças respiratórias passam pelo sono”: a hipoventilação do sono, ainda que fisiológica, tem grande impacto nas doenças pulmonares crônicas; as doenças do controle ventilatório manifestam-se primariamente no sono; a inflamação da asma é agravada durante o sono; além dos distúrbios respiratórios intrínsecos do sono, como a apnéia do sono, que só ocorre porque dormimos.

Durante o último Congresso Brasileiro do Sono (2001), optou-se por regulamentar a situação dos laboratórios do sono. Seu credenciamento é feito por meio de uma comissão, cujos quesitos devem ser preenchidos. Este incluem aspectos da estrutura física, do equipamento e dos profissionais especializados. Informações adicionais podem ser obtidas no endereço eletrônico da Sociedade Brasileira do Sono: www.sbsono.com.br.

29 de Agosto
Dia Nacional de Combate ao Fumo



REUNIÕES CLÍNICAS NO INTERIOR

Ribeirão Preto

última 4ª feira do mês
Centro Médico de RP
20 às 22h
(0xx16) 636-7377.

São José dos Campos

terceira 6ª feira do mês
Novotel
das 20 às 23h
(0xx12) 3922-8628.

São José do Rio Preto

última 3ª feira do mês
Clube do Pulmão
20 à 21h30
(0xx17) 522-7676.

REUNIÕES CLÍNICAS NA CAPITAL

UNIFESP/EPM

3ªs feiras, das 8 às 10h
Prédio Octávio de Carvalho
Anfiteatro Nylceu Marques de Castro
Rua Botucatu, 740

HC-USP

4ªs feiras, das 8 às 10h
Instituto Central – Anfiteatro da Patologia
10º andar
Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 255

HSPE

4ªs feiras às 13h; 6ªs feiras às 11h
Biblioteca
14º andar
Rua Pedro de Toledo, 1800

SANTA CASA

6ªs feiras, das 8 às 9h
Unidade de Pulmão e Coração (UPCOR)
Anfiteatro
Rua Dr. Cesário Motta Jr, 112

ABC

6ªs feiras, das 13:30 às 15h
Laboratório de Função Pulmonar
Santo André
Av. Príncipe de Gales, 821

CLEMENTEFERREIRA

4ªs feiras, das 8:30 às 11:30h
Auditório
Rua da Consolação, 717

CURSO DE DIAGNÓSTICO EM IMAGEM

A Diretoria da SBPT e seu Departamento de Imagem elaboraram o Curso de Diagnóstico por Imagem, a ser realizado em 9 capitais brasileiras. O módulo paulista será nos dias 05 e 06 de setembro, no Laboratório Fleury.

O coordenador local é Dany Jasinowodolinski (pismo@uol.com.br), sendo Mário Terra Filho o professor convidado.

JORNADA DE ASMA EM SANTOS

Realizada em 02 de agosto a Jornada Paulista de Pneumologia – Módulo de asma brônquica, na Associação Médica da cidade de Santos. Os coordenadores foram Virgílio Alexandre Nunes de Aguiar, Alex Gonçalves Macedo e José Eduardo Gregório Rodrigues. Entre os conferencistas Ana Luisa Godoy Fernandes, Marcos Ribeiro, Alberto Cukier e Carlos Alberto de Castro Pereira.



TORNE-SE SÓCIO DA SPPT

Fone: 0xx11 5080 3725
(Suzy ou Wagner)

Home page: www.sppt.org.br

Email: sppt@sppt.org.br



CURSO DE LEITURA RADIOLÓGICA DAS PNEUMOCONIOSES

Com a organização do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, e sob a coordenação técnica da Divisão de Medicina, Fundacentro/CTN, será realizado o Curso de Leitura Radiológica das Pneumoconioses, entre os dias 21 a 24 de agosto de 2003, na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, em São Paulo. O curso leva a uma qualificação correspondente ao Leitor A do NIOSH, isto é, um profissional médico que já realizou um treinamento específico na Classificação Radiológica da OIT, porém não submetido a uma avaliação de proficiência.

Os docentes responsáveis são Eduardo Algranti (Leitor B, NIOSH/CDC), Eduardo Mello De Capitani (Leitor B, NIOSH/CDC) e Jefferson Benedito Pires de Freitas. O apoio é da Sociedade Paulista de

Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Paulista de Radiologia e Colégio Brasileiro de Radiologia, Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho, Divisão de Medicina da Fundacentro, Disciplina de Pneumologia da Santa Casa de São Paulo e Disciplina de Pneumologia – Departamento de Clínica Médica da FCM – Unicamp.

A Classificação Radiológica das Pneumoconioses completa 65 anos, estando na sua sexta versão. No início do ano de 2003, a OIT lançou a última versão da classificação (2000), com melhores definições de lesões pleurais e novos símbolos, assim como um jogo adicional de radiografias padrão.

As vagas são limitadas (24), e as informações podem ser obtidas pelos telefones (011) 223-9922, ramais 310 /311, ou 222-0432, entre 9h e 18h, com Ana Rosa, Rodrigo ou Elaine. Endereço eletrônico: cealag@santacasasp.org.br.

Avanços Terapêuticos em Asma e DPOC.

airvolution

IMAGEM: CONTINENTAL/IMAGEM

SAC 0800-7710345
www.altanapharma.com.br

ALTANA Pharma Ltda. é o novo nome da Sph. Química e Farmacêutica Ltda. Rua do Estêo Barros, 711, CEP: 06041-111, São Paulo, SP.
Mais informações poderão ser obtidas diretamente com o nosso departamento médico ou por meio de nosso representante.
As prescrições de inalação a médio prazo em consultório.

ALTANA
ALTANA Pharma Ltda.



MOBILIZAÇÃO DA CLASSE MÉDICA

por Miguel Lia Tedde

Nos dias 29 e 30/05 aconteceu em Brasília o Encontro Nacional das Entidades Médicas, promovido pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Federação Médica Brasileira e Associação Nacional dos Médicos Residentes. A pauta foi composta pelos 5 grandes temas de nosso interesse: a regulamentação do Ato Médico, o Programa de Saúde da Família, o Plano de Carreira no SUS, a proibição de abertura de novas escolas médicas e a Lista Hierarquizada de Procedimentos Médicos (LHPM), desenvolvida pela FIPE. Desse encontro resultou a Carta de Brasília (www.amb.org.br) que sumariza o posicionamento de nossas entidades representativas em relação a estes assuntos fundamentais para nossa profissão.

Alguns comentários devem ser feitos a respeito da LHPM. Há algum tempo, a AMB contratou a FIPE para fazer a hierarquização dos procedimentos médicos. A partir desse estudo a classe médica dispõe, pela primeira vez, de uma classificação de

procedimentos feita com critério, o que confere credibilidade à LHPM. Agora, chegamos na fase de implantar essa listagem, de tal forma que ela possa substituir as defasadas tabelas que têm sido a base para as fontes pagadoras remunerarem os honorários médicos. O lançamento nacional da LHPM foi no dia 15/07, em Vitória (ES). Vários Estados já estão iniciando a mobilização da classe médica no sentido de apoiar a implantação da LHPM. Em São Paulo, a AMB, a APM, a Federação e a Confederação dos Médicos realizaram no dia 11/07 uma Assembléia Geral dos Médicos, no Centro de Convenções Rebouças, que contou com a presença em torno de 400 médicos. Por unanimidade decidiu-se apoio total ao movimento que começou a ser estruturado. É importante lembrar que vivemos um momento ímpar, uma vez que nunca as nossas entidades representativas estiveram tão unidas em torno de uma causa como desta vez. Além disso, é fundamental que toda a classe médica se envolva e participe dessa mobilização, sem o que jamais teremos êxito na luta política pela implantação da LHPM.

VOLUME V DE ATUALIZAÇÃO E RECICLAGEM

Encontra-se em fase de impressão o volume V do livro da SPPT, Pneumologia – Atualização e Reciclagem, a ser lançado durante o X Congresso Paulista, em novembro. Os sócios adimplentes 2002-03, receberão a versão eletrônica em CD,

gratuitamente. Se você ainda não regularizou sua situação, tem até o dia 30/9/03 para fazê-lo e poder receber sua cópia do livro. Após essa data, mesmo regularizando as anuidades, não terá direito à versão eletrônica gratuita.

REUNIÕES DE PIZZA CLÍNICA

Local: Charles Pizza Grill. Av. José Maria Whitaker, 1785.

Fone: 5585-9000 - Das 20 às 22h.

DATA

11-set-03

16-out-03

APRESENTAÇÃO

HSPE/ Pneumopediatria

Santa Casa / Cirurgia Torácica

PATROCÍNIO

Boehringer

GlaxoSmithKline



JORNADA PAULISTA DE PNEUMOLOGIA

VIII JORNADA DE PNEUMOLOGIA DE ARARAQUARA

Data: 30 de agosto de 2003 (sábado) Informações: 16 236-5228 - Marisa
Local: Biblioteca Municipal de Araraquara 0800 17 16 18 – Suzi ou Wagner
Rua Carlos Gomes, (Rua 6), 1729 Coordenador: Marcos Abdo Arbex

08:30–08:50 **Secretaria**

Moderador: Eduardo Ferraz Hage

09:00–09:50 Novas Técnicas em Imagem com Ênfase a TC de Tórax
Jorge Kawakama – INCOR/FMUSP/HC

Moderadora: Márcia Cardoso Fernandes Berti

10:00–10:50 Inter-relação entre Refluxo Gastro Esofágico, Tosse e Asma
José Dirceu Ribeiro - UNICAMP

10:50–11:10 **COFFEE-BREAK**

Moderador: Eduardo Henrique Bonini

11:10–12:00 Aspectos Atuais da Pneumonia Comunitária.
Roberto Stirbulov - FCM Santa Casa de São Paulo

Moderadora: Valéria Amorim Pires Di Lorenzo

12:10–13:00 Reabilitação Pulmonar em Pacientes com DPOC: Abordagem Fisioterapêutica
Dirceu Costa - UFSCAR

13:00 Almoço de Confraternização – Casa do Médico

SUA PARTICIPAÇÃO É IMPORTANTE

Não só deixe de conferir a seção de *Notícias* como utilize este espaço para divulgar os eventos da sua região ou departamento. Isso será muito importante para a integração da Pneumologia no Estado de São Paulo. Encaminhe também sua colaboração para qualquer seção, seus comentários a respeito do *Pneumologia Paulista* e sugestões para a SPPT via email (sppt@sppt.org.br) ou pelo correio (Rua Machado Bittencourt, 205, conjunto 81 - CEP 04044-000, São Paulo, SP).

PALESTRAS NA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ASMÁTICOS

Local: Lar Escola São Francisco.
Rua dos Açores, 310-A.

Horário: das 10 às 12h

06/09 - Rinites, sinusites, IVAS.

Dr.^a Viviane Terra, Dr.^a Maria H. Valente,
Dr.^a Maria Aparecida Aranha

04/10 - Asma e rinite. Sensibilidade a Medicamentos. - Dr.^a Elza C. Cabral

Tequin[®]

gatifloxacin 400 mg Oral/IV

Resistência bacteriana em baixa
Pacientes com alta



A fluorquinolona C8-metóxi contra infecções respiratórias adquiridas na comunidade (ITR's).

Posologia simplificada

EBABC	PAC	Sinusite Aguda
400mg uma vez ao dia 7 a 10 dias	400mg uma vez ao dia 7 a 14 dias	400mg uma vez ao dia 10 dias

Fácil transição da
administração IV para oral



Implacável com os patógenos
Gentil com os pacientes



O CONGRESSO PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Em 1982, a SPPT teve honra de colaborar ativamente com a organização do XXI Congresso Brasileiro de Pneumologia, que aconteceu em São Paulo entre os dias 21 e 25 de novembro daquele ano, sendo presidido pelo Prof. Octavio Ribeiro Ratto, no ano de inauguração do Centro de Convenções Rebouças. Na ocasião, o secretário geral foi o Prof. Manuel Lopes dos Santos que, após o sucesso do evento, e empolgado com a oportunidade de conagração e divulgação da especialidade que se consegue com a realização desses encontros, decidiu lançar o primeiro Congresso de Pneumologia Regional ao assumir a presidência da SPPT.

Em 1985 acontecia o I Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia, fruto de uma integração e esforços dos três grandes serviços que compunham a diretoria da SPPT na época: a EPM - Disciplina de Pneumologia da Escola Paulista de Medicina -, o DAR - serviço de Doenças do Aparelho Respiratório do Hospital do Servidor Público Estadual -, e a FMUSP/HC - a Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Desde o primeiro evento o Congresso Paulista teve seu perfil bem definido, voltado para atualização e reciclagem da Pneumologia, caminhando progressivamente para a integração de profissionais

estudiosos do aparelho respiratório, estimulando a participação crescente de cirurgiões torácicos, endoscopistas respiratórios, pneumopediatras e fisioterapeutas. Atraindo pneumologistas de todo o país, é o evento que tradicionalmente encerra o calendário dos anos ímpares da especialidade. Na tabela pode-se rever todos os Congressos Paulistas, seus presidentes e datas.

Ao finalizar a programação científica do X Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia, que ocorrerá de 6 a 9 de novembro de 2003, sinto-me feliz e gratificada por ter tido a oportunidade de participar de todos os Congressos da SPPT. Ao rever a tabela me vem a nostalgia, própria do final de um trabalho árduo, mas recompensador, pela sensação de dever cumprido. A todos que me antecederam, obrigado pelo exemplo; a todos que anonimamente contribuíram para esses eventos, nosso respeito e gratidão. E, finalmente, à diretoria atual do biênio, meu particular muito obrigado. Mas, como diria o Prof. Ratto, que começou toda essa história, “meus colaboradores, continuem trabalhando, porque vocês não fizeram nada mais do que sua obrigação...”

Ana Luisa Godoy Fernandes - Presidenta da SPPT e do X Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia

Nº	Presidente da SPPT	Data
I	Manuel Lopes dos Santos	01 a 04 de novembro de 1985
II	Nelson Morrone	08 a 11 de novembro de 1987
III	Francisco S. Vargas	05 a 08 de novembro de 1989
IV	Miguel Bogossian	10 a 13 de novembro de 1991
V	Carlos Alberto de Castro Pereira	06 a 09 de novembro de 1993
VI	Alberto Cukier	11 a 14 de novembro de 1995
VII	Jorge Nakatani	06 a 09 de novembro de 1997
VIII	Eliana Sheila P da Silva Mendes	04 a 07 de novembro de 1999
IX	Mário Terra Filho	15 a 18 de novembro de 2001

Tabela 1: Todos os Congressos Paulistas, respectivos presidentes e datas



ANUNCIO GLAXO



CONGRESSO PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Centro de Convenções Rebouças
6 a 9 de novembro de 2003
São Paulo, SP