



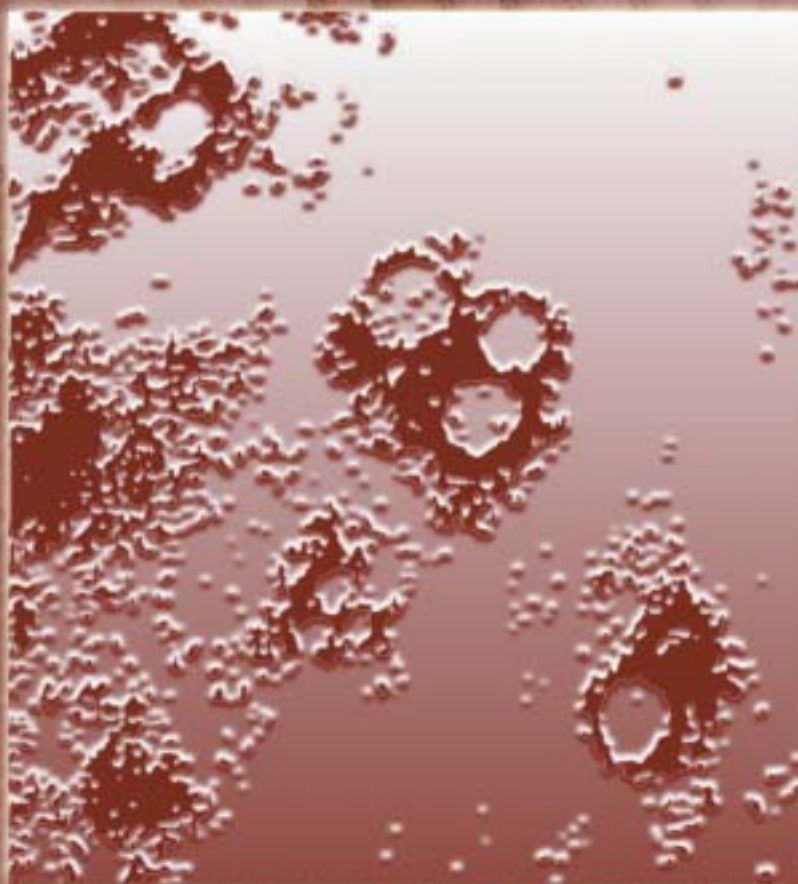
BOLETIM

PNEUMOLOGIA

P A U L I S T A



Órgão Informativo da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia • Ano 17 • No. 20 • 2003



Arte aplicada
sobre
Coronavirus
observado à
microscopia
eletrônica

EDITORIAL

O Brasil e a SARS

TEMAS EM CIRURGIA TORÁCICA

Bleb, Bullae e o Pneumotórax Espontâneo Primário



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 BRASIL E A SARS

Estamos vivendo o surgimento de uma nova doença infecciosa – SARS (pela sigla em inglês)-, e o pânico provocado pela mesma em várias partes do mundo. Até o fechamento desta edição, a SARS já havia causado 598 óbitos, dentre um total de 7699 prováveis casos notificados à OMS por 32 países. Fora da Ásia, o Canadá permanecia como o país mais afetado pela síndrome. Nos EUA surgiram 64 casos, mas nenhum morreu. Na Europa foram raras as notificações, com nenhum óbito registrado. Apesar do estardalhaço da imprensa, no Brasil não havia sido confirmado nenhum caso entre as raras suspeitas levantadas.

A OMS relacionou que a síndrome provavelmente está ligada a um novo membro da família coronavírus, e o pessoal da área médica parece ser aquele mais exposto a risco. Especulou-se se a discreta queda observada recentemente no número de casos deveu-se à mudança de estação, já que muitos coronavírus morrem quando as temperaturas sobem, reaparecendo no outono. Por isso alguns sugeriram a possibilidade de que o vírus fosse sazonal, mas a OMS respondeu que é muito cedo para saber isso.

O quão significativa será esta nova doença não é claro. Se, por um lado, sua aparente facilidade de transmissão faz com que se trate de um perigo à saúde mundial, por outro lado as taxas de mortalidade situam-se ao redor de 4%.

Quando surge uma nova doença, parece fácil esquecer que, somente no Brasil, estima-se que ocorram

cerca de 2 milhões de casos de pneumonia por ano, sendo internados aproximadamente metade destes segundo o DATASUS. Considerando-se outras causas, aproximadamente mais um milhão de pessoas são internadas em nosso país por doenças respiratórias. As pneumonias ocupam o topo na lista de mortalidade entre as doenças respiratórias e o quarto lugar na mortalidade geral entre os adultos.

O Brasil está entre os 22 países com maior número de casos de tuberculose, ocupando o 15º lugar no *ranking* mundial. Esse grupo de nações responde por 80% dos casos da doença no mundo. Segundo os dados do Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, em 2001, o país registrou 71319 casos novos, com 5381 mortes, mortalidade superior à SARS em termos percentuais. São Paulo é o Estado com o maior número de notificações (aproximadamente 21000), com 1500 mortes.

Atenção, tomada de medidas de precaução em termos de saúde pública e atualização de conhecimentos com relação à nova síndrome são fundamentais, mesmo numa situação que por enquanto se mantém sem risco em nosso país. No entanto, e principalmente neste especial momento de alarde causado pelos meios de comunicação, jamais relegar a segundo plano a grave situação que nos encontramos com relação às demais doenças respiratórias infecciosas, em especial a tuberculose. Nosso papel como especialistas e formadores de opinião torna-se importantíssimo nesta questão.

ÍNDICE

RESUMINDO E RECORDANDO

Tabagismo e Câncer 4-5

RESUMO DE TESE

Avaliação dos Efeitos do Material Particulado Proveniente da Queima da Plantação de Cana-de-açúcar Sobre a Morbidade Respiratória na População de Araraquara (SP) 6

TEMAS EM CIRURGIA TORÁCICA

Bleb, Bullae e o Pneumotórax Espontâneo Primário 8-9

RESUMO DE ARTIGO

Prevenção de Complicações Pulmonares Após Ressecção Toracoabdominal 11-13

RELATO DE CASO

Nódulos Pulmonares Cavitados Associados a *Anca* Positivo 14-15

QUAL É A DÚVIDA?

A Pneumonia Asiática É Severa ou Grave? 16

IMAGEM EM PNEUMOLOGIA

A Causa e o Efeito Observados à Tomografia Computadorizada 18

NOTÍCIAS 19-24

HISTÓRIA DA PNEUMOLOGIA

O Toque das Mãos do Rei 26



TABAGISMO E CÂNCER

AUTORES: Sergio Jamnik¹; Ilka Lopes Santoro¹

SERVIÇO: Disciplina de Pneumologia – UNIFESP/EPM

¹Doutor em Medicina pela Disciplina de Pneumologia da UNIFESP/EPM

O fumo é a principal causa de morbidade e mortalidade previsível nos Estados Unidos. Ele está relacionado a 20.000 mortes anualmente e, a cada ano, o fumo mata mais pessoas que a AIDS, álcool, abuso de drogas e incêndios combinados. Hoje em dia no mundo o tabaco mata cerca de 4 milhões de pessoas/ano. Se a atual tendência de consumo não for revertida, no ano de 2020 este número será de 10 milhões de mortes/ano, sendo que 70% serão em países em desenvolvimento.

As principais substâncias cancerígenas presentes no cigarro são: polônio 210, 3,4benzopireno, oxidantes e radicais livres, arsênio e níquel.

Entre as causas de morte relacionadas ao fumo encontramos o câncer de pulmão, laringe, esôfago, estômago, colo de útero e outros, além de acidentes vasculares cerebrais, doenças cardiovasculares (IAM e angina) e doença pulmonar obstrutiva crônica (bronquite crônica e enfisema).

O fumo é responsável por quase 90% dos casos de câncer de pulmão. Segundo estimativa do INCA (Instituto Nacional do Câncer) para o ano de 2002, o tabagismo será responsável por 21.425 casos de câncer de pulmão e 15.955 mortes associadas a este diagnóstico (Tabela 1).

Com estes números, atualmente, o câncer de

pulmão é o que mais mata entre os cânceres no nosso país, representando um total de 13% entre todas as mortes por câncer. Comparado com os últimos anos, temos que o crescimento das taxas de mortalidade por esta doença é acentuado, mas nas mulheres é mais marcante do que nos homens. Para as mulheres, em 2002, a taxa de mortalidade será de 5,29/100.000 e para os homens 12,99/100.000.

No Brasil, 80 mil pessoas morrem ao ano por doenças decorrentes do tabagismo. O risco de morte por câncer de pulmão é de 7 a 14 vezes maior entre os fumantes do que os não fumantes. Com tudo isto que foi dito, temos que salientar ainda que apenas 13% dos pacientes com câncer de pulmão estarão vivos cinco anos após o diagnóstico.

Não devemos esquecer do fumante passivo, grupo no qual estima-se, nos Estados Unidos, 3.000 mortes/ano por câncer de pulmão. Lembremos também que o uso do cachimbo e charuto também leva ao aumento do risco de aparecimento de câncer. Na tabela 2 observamos o risco de incidência de vários cânceres atribuíveis do fumo.

Todos estes dados devem incentivar as campanhas para evitar o início do tabagismo bem como sua cessação. Vários são os benefícios da cessação do tabagismo para os fumantes. A frequência cardíaca e o nível pressórico começam

Tabela 1: Estimativa da incidência de câncer de pulmão e mortalidade decorrente do fumo em 2002.

CÂNCER DE PULMÃO	HOMENS	MULHERES	TOTAL
Incidência	15.040	6.385	21.425
Mortalidade	11.200	4.755	15.955



RESUMINDO E RECORDANDO

Tabela 2: Risco, em porcentagem (%), de aparecimento de câncer em diversas localizações atribuível ao fumo, segundo o sexo.

LOCAL	SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
Boca	90,0	58,5
Pulmão	9,2	78,5
Esôfago	76,7	71,6
Laringe	79,3	86,9
Bexiga	43,1	34,3
Rim	44,6	15,3
Cérvix	—	30,8

quase que imediatamente a retornar ao normal. A longo prazo, os ex-tabagistas passam a viver mais tempo que aqueles que continuam a fumar pois após 10 a 15 anos de abstinência o risco de morte prematura aproxima-se daqueles que nunca fumaram, além de ocorrer redução do risco de ocorrência de câncer.

O risco de ocorrência do câncer de pulmão declina gradualmente em 10 anos sendo de 30 a 50% mais baixo no ex-fumante do que no fumante. Este comportamento se repete para o câncer de boca, traquéia, esôfago, bexiga e cérvix. Número maior de benefícios podem ser encontrados na página do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos, na internet.

Correspondência:

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

BIBLIOGRAFIA:

1. www.globalink.org/tabacco
2. www.entura.com
3. www.cancernet.nci.gov
4. www.inca.org.br
5. Murphy GP, Lavorence Jr W, Lenhard JR RE. Oncologia Clínica. Manual de La American Cancer Society, 2ª ed., Washington, DC OPS, 1996.
6. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - Manual de Pneumologia: consultas rápidas. Editora dos autores, Porto Alegre, RS, 2002.

5



TORNE-SE SÓCIO DA SPPT

Fone: 0xx11 5080 3725 (Suzy ou Wagner) • Home page: www.sppt.org.br • Email: sppt@sppt.org.br



RESUMO DE *TESE*

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO MATERIAL PARTICULADO PROVENIENTE DA QUEIMA DA PLANTAÇÃO DE CANA-DE-AÇÚCAR SOBRE A MORBIDADE RESPIRATÓRIA NA POPULAÇÃO DE ARARAQUARA (SP)

AUTOR: Marcos Abdo Arbex, *pesquisador do Laboratório de Poluição Atmosférica Experimental da FMUSP; secretário da regional Araraquara/Bauru da SPPT.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Paulo Hilário Nascimento Saldiva

SERVIÇO: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Área de Concentração: Patologia

TESE DE DOUTORADO (10/05/2002)

6

Desde o início do século passado, estudos na literatura médica documentaram uma significativa associação entre poluição atmosférica decorrente da emissão de combustíveis fósseis e morbimortalidade na raça humana, inclusive para níveis de poluentes no ar considerados como seguros para a saúde da população exposta. Na década de 70, durante a crise do petróleo, o governo brasileiro implementou um programa chamado Proálcool com o objetivo de produzir um combustível alternativo, renovável e não poluente - o etanol -, derivado da cana-de-açúcar. Esse programa culminou com uma grande produção de veículos movidos a álcool a partir da década de 80 e um grande incremento da cultura da cana-de-açúcar na região central do Estado de São Paulo. Com a crescente utilização do álcool como combustível em veículos automotores houve melhora na qualidade do ar nos grandes centros urbanos. Existe, porém, o contraponto: a cana-de-açúcar é uma cultura agrícola singular, uma vez que, por razões de produtividade e de segurança, a colheita é realizada após a queima dos canaviais, o que gera uma grande quantidade de elemento particulado negro denominado “fuligem da cana”. Esse material particulado modifica as características do meio ambiente nas regiões onde a cana-de-açúcar é cultivada, colhida e industrializada. A queima da biomassa é a maior fonte de emissão de material particulado e de gases tóxicos no planeta. Não havia na literatura médica qualquer trabalho que relacionasse a poluição atmosférica em consequência da queima desse tipo específico de biomassa com a saúde humana.

Nosso estudo é de séries temporais que avalia a associação entre o material particulado proveniente da queima de plantações de cana-de-açúcar e a morbidade respiratória em Araraquara (SP). Entre 26 de maio e 31 de agosto de 1995, o número diário de pacientes que necessitaram inalações em um dos principais hospitais da cidade foi quantificado e utilizado para estimar a morbidade respiratória. Para estimar o nível da poluição do ar foi quantificado diariamente o peso do sedimento do material particulado proveniente da fuligem da cana-de-açúcar, obtido por sedimentação simples, em dois pontos: um localizado na zona rural e o segundo, no centro da cidade. A associação entre o peso do sedimento e o número de inalações foi avaliada pelo modelo aditivo generalizado da regressão de Poisson com controle para sazonalidade, temperatura e dias da semana. Encontrou-se uma associação positiva, significativa e dose dependente entre o número de inalações e o peso do sedimento. Um aumento de 10 mg no peso do sedimento está associado a um risco relativo de terapêutica inalatória de 1,09 (1-1,19). Nos dias mais poluídos (quarto quartil do peso do sedimento) o risco relativo de terapêutica inalatória é de 1,20 (1,03-1,39). Esses resultados indicam que a queima das plantações de cana-de-açúcar causa efeitos deletérios à saúde da população exposta.

Correspondência:

Marcos Abdo Arbex

*Rua Voluntários da Pátria, 2104 – Araraquara/SP -
CEP 14801-320. - arbexma@techs.com.br*



BLEB, BULLAE E O PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO

AUTOR: Roberto de Menezes Lyra¹

SERVIÇO: Hospital do Servidor Público Estadual (SP) - Serviço de Cirurgia Torácica

¹Mestre em Cirurgia Torácica pela UNIFESP/EPM

O pneumotórax espontâneo primário^{1,2,3,4} tem como principal causa a rotura de pequena vesícula enfisematosa subpleural denominada *bleb*, ou a rotura de bolha enfisematosa subpleural denominada *bullae*.

A denominação *bleb* foi introduzida na literatura por Miller⁵, em 1947, distinguindo-a anatomicamente da *bullae*. As vesículas enfisematosas subpleurais (*blebs*) têm origem na rotura alveolar, após a qual o ar segue distalmente no interstício do septo lobular secundário até a limitante interna da pleura visceral, descolando-a e formando uma vesícula enfisematosa subpleural ou *bleb*. Geralmente é de pequeno tamanho o descolamento provocado pelo enfisema intersticial subpleural, podendo atingir até 2 cm de diâmetro (Fig. 1).

Reid (1967) classificou as bolhas enfisematosas subpleurais (*bullae*)⁶ em: tipo I, pequena quantidade de tecido pulmonar hiperinsuflado com base estreita (pediculada) sem parênquima pulmonar no interior; tipo II, hiperinsuflação relativamente menor com base larga (sésil), usualmente com pulmão evanescente no

interior; tipo III, hiperinsuflação de uma grande porção do pulmão estendendo-se até o hilo pulmonar, sem borda definida e com parênquima evanescente em toda bolha.

Existem evidências da etiologia congênita, entretanto, a patogênese das bolhas permanece discutível⁷. A ausência das células mesoteliais pleurais foi demonstrada na histologia através da microscopia eletrônica de varredura⁸. Ocorre principalmente na fina superfície externa das bolhas do tipo I e em algumas áreas na superfície nas bolhas do tipo II. Atribui-se que a distensão da bolha ocorra devido à menor tensão superficial de sua parede (lei de Laplace).

As vesículas ou bolhas enfisematosas subpleurais têm localização preferencial nos contornos apicais dos lobos pulmonares e sua constatação em radiografias simples de tórax é de aproximadamente 15%. A tomografia computadorizada de tórax de cortes finos de 1 a 1,5 mm apresenta maior sensibilidade diagnóstica, e quando é realizada em pacientes com pneumotórax

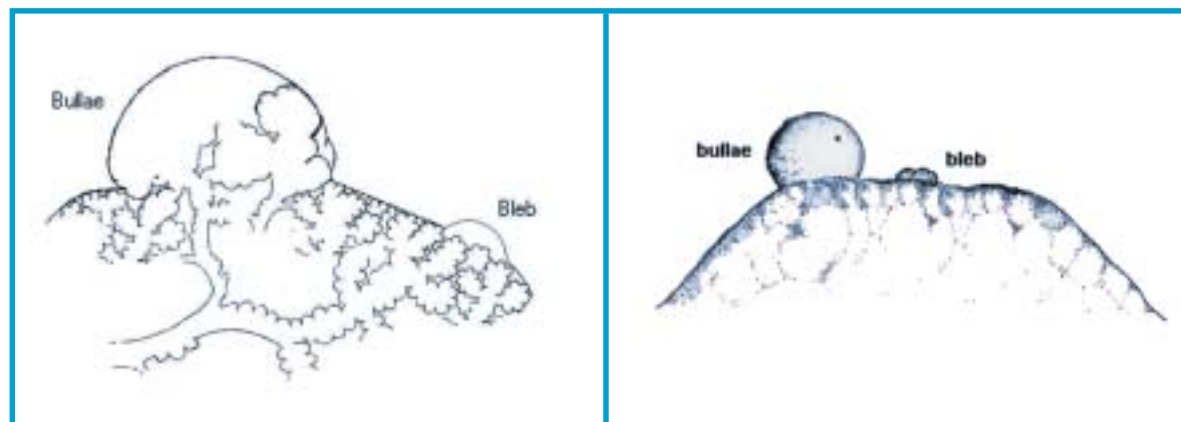


Fig. 1 - *Bleb e bullae*



TEMAS EM CIRURGIA TORÁCICA

espontâneo primário as lesões enfisematosas apicais subpleurais estão presentes em cerca de 80% dos casos estudados^{9,10}.

Ainda não existe consenso na literatura sobre a classificação anatômica das lesões enfisematosas subpleurais quanto ao aspecto cirúrgico^{11,12,13}.

As bolhas são encontradas em aproximadamente 85% dos casos de pneumotórax espontâneo primário submetidos a tratamento cirúrgico e, entre os achados mais freqüentes durante a exploração cirúrgica, têm-se:

1. Pulmão com a aparência normal.
2. Pulmão com complexo cicatricial apical, no qual o pneumotórax espontâneo primário pode ter origem em pequena fístula bronquiolar, circundada por tecido fibrótico, com aproximadamente 1 mm de diâmetro.
3. Pequena vesícula enfisematosa subpleural (*bleb*) única ou múltipla menor que 2 cm de diâmetro.
4. Bolha enfisematosa subpleural única ou múltipla (aglomeradas em forma de cacho), e maior que 2 cm de diâmetro, localizada em um único segmento pulmonar.

5. Bolha enfisematosa subpleural de múltipla localização no mesmo lobo ou em lobos diversos ou bilateral.

6. Enfisema lobar.

7. Bolha gigante¹⁴.

8. O pneumotórax recidivante pode apresentar aderências pleuropulmonares membranosas multiformes e multisseptadas na região das bolhas enfisematosas subpleurais.

9. Pneumotórax crônico membranoso multiloculado pode comprometer grande parte da cavidade pleural.

10. O hemopneumotórax espontâneo¹⁵ está relacionado à rotura de aderências vascularizadas cordoniformes pleuropulmonares durante o colapso pulmonar.

Correspondência

Roberto de Menezes Lyra

Rua Pedro de Toledo n.º 1800 – 10º andar –
04039-901 – São Paulo/SP -robertolyra@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA:

1. de Menezes Lyra R. Pneumotórax. In: Alberto Cukier, Jorge Nakatani, Nelson Morrone, eds. **Pneumologia: atualização e reciclagem, vol. II. São Paulo: Editora Atheneu, 1997:** 573-85.
2. Villaça Leão LE. Pneumotórax espontâneo. In: Samir Rasslan, ed. **Clínica Brasileira de Cirurgia - Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Cirurgia Torácica, Ano III, vol. II. São Paulo: Editora Atheneu, 1997:** 117-28.
3. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, Light R, Kirby TJ, Klein J, Luketich JD, Panacek EA, Sahn SA. Management of spontaneous pneumothorax: an American College of Chest Physicians Delphi consensus statement. **Chest. 2001;119(2):**590-602.
4. Sahn SA, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. **N Engl J Med. 2000;342(12):**868-74.
5. Miller WS. The Pleura. In: William Snow Miller, ed. **The Lung, 2nd ed. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1947:** 145-58.
6. Reid L. Bullae. In: Reid L, eds. **The pathology of emphysema. London: Loyd-Luke (Medical Books) LTD, 1967:** 211-40.
7. Lichter I, Gwynne JF. Spontaneous pneumothorax in young subjects. A clinical and pathological study. **Thorax 1971;26(4):**409-17.
8. Ohata M, Suzuki H. Pathogenesis of spontaneous pneumothorax. With special reference to the ultrastructure of emphysematous bullae. **Chest. 1980;77(6):**771-6.
9. Lesur O, Delorme N, Fromaget JM, Bernadac P, Polu JM. Computed tomography in the etiologic assessment of idiopathic spontaneous pneumothorax. **Chest. 1990;98(2):**341-7.
10. Bense L, Lewander R, Eklund G, Hedenstierna G, Wiman LG. Nonsmoking, non-alpha 1-antitrypsin deficiency-induced emphysema in nonsmokers with healed spontaneous pneumothorax, identified by computed tomography of the lungs. **Chest. 1993;103(2):**433-8.
11. Vanderschueren RG. The role of thoracoscopy in the evaluation and management of pneumothorax. **Lung. 1990;168 Suppl:**1122-5.
12. Rivas de Andres JJ, Torres Lanzas J. Thoracoscopy and spontaneous pneumothorax. **Ann Thorac Surg. 1993;55(3):**811.
13. Wakabayashi, A. Thoracoscopic treatment of spontaneous pneumothorax. **Chest Surg Clin North Am. 1993; 3(2):**233-9.
14. Saad Júnior R, Mansano MD, Botter M, Arantes Giannini J, Quirico-Santos T. Tratamento operatório de bolhas no enfisema bolhoso: uma simples drenagem. **J Pneumol. 2000; 26(3):**113-8.
15. Thompson M, Saha E, Thompson. Hemopneumotórax espontâneo: uma rara entidade clínica. **J Pneumol. 2000; 26(5):**263-5.



ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO SOBRE O USO DE DUAS DIFERENTES TÉCNICAS RESPIRATÓRIAS NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PULMONARES APÓS RESSECÇÃO TORACOABDOMINAL

COMENTÁRIOS: Edson Benassule¹; Luciana Chiavegato¹; Sonia Maria Faresin²

SERVIÇO: Disciplina de Pneumologia – UNIFESP/EPM

ARTIGO ORIGINAL: M. Fagevik Olsen, E. Wennberg, E. Josefson, H. Lonroth, L. Lundell. "Randomized clinical study of prevention of pulmonary complications after thoracoabdominal resection by two different breathing techniques". *British Journal of Surgery* 2002, 89: 1228-1234.

¹Fisioterapeutas pós-graduandos em Ciências Pneumológicas; ²Coordenadora do Ambulatório de Risco Cirúrgico

Neste estudo os autores abordaram se melhorar as trocas gasosas ou incrementar a performance muscular respiratória evitaria a necessidade de reintubação em pacientes submetidos à ressecção toracoabdominal utilizando-se duas técnicas respiratórias diferentes: pressão positiva contínua (CPAP) e exercícios com resistência inspiratória adicionado à pressão positiva expiratória (IR-PEP). Ambas foram aplicadas no período pós-operatório imediato.

Sabe-se que após ressecção toracoabdominal a função pulmonar apresenta-se deteriorada, fato este observado pela alta incidência de hipoxemia e diminuição dos valores de capacidade vital (CV), volume corrente (VC), pico de fluxo expiratório e força muscular respiratória.

Setenta pacientes foram submetidos à incisão toracoabdominal para ressecção de carcinoma de esôfago ou cárdia, tendo sido randomizados em 2 grupos. A tabela 1 ilustra os dados demográficos desta população.

O grupo IR-PEP foi submetido à pressão inspiratória de $-5\text{cm}/\text{H}_2\text{O}$ e PEEP de $10\text{ cm}/\text{H}_2\text{O}$, em séries de 30 vezes, a cada 2 horas, associados ainda a tosse e "huffing", que é uma técnica de expiração forçada para remover secreções localizadas periféricamente. O grupo CPAP utilizava o aparelho Servo 300 com pressão positiva de 5 a $10\text{ cm}/\text{H}_2\text{O}$, por

30 minutos a cada 2 horas.

Em ambos os grupos estas técnicas foram empregadas no 1º, 2º e 3º dias de pós-operatório. As medidas de desfecho analisadas foram SaO₂, pico de fluxo expiratório e capacidade vital forçada (CVF). No dia anterior à cirurgia os pacientes foram orientados por um fisioterapeuta especializado sobre a realização do protocolo, técnicas respiratórias e importância da

Tabela 1 - Dados demográficos de 70 pacientes submetidos à incisão toracoabdominal

População	IR – PEP (n=36)	CPAP (n=34)
Sexo F:M	5:31	5:29
Idade (anos)	64,1	62,0
Altura (m)	1,74	1,75
Peso (Kg)	71	72,4
Hb pré-operatória	12,1	12,4
Fumantes (sim/não)	15/9	1/8
Ex-fumantes	12	14
Doença pulmonar	6	5
Radio pré-operatória	18	19
ASA		
1	0	0
2	25	18
3	11	16



RESUMO DE ARTIGO

Tabela 2. Dados intraoperatórios de 70 pacientes submetidos à incisão toracoabdominal

Grupos	IR – PEP (n=36)	CPAP (n=34)
Anestesia (horas)	6,8	6,8
Cirurgia (horas)	5,1	5,2
Tipo de Reconstrução		
Colo	3	3
Jejuno	3	3
Tube gástrico	30	28
Deflação pulmonar (min)	77,8	78,2
Perda sg (ml)	1050	776
Ventilação mecânica (h)	29,6	26,7

mobilização precoce. Todos os pacientes receberam analgesia por cateter epidural e a dor foi avaliada por escala analógica visual de 0-10. A abordagem operatória foi realizada por incisão mediana abdominal e subcostal (5° espaço intercostal). A tabela 2 resume os dados intraoperatórios dos dois grupos.

RESULTADOS

Todos os dados foram analisados utilizando-se o teste “t” de Student e X^2 e o $p < 0,05$ foi considerado

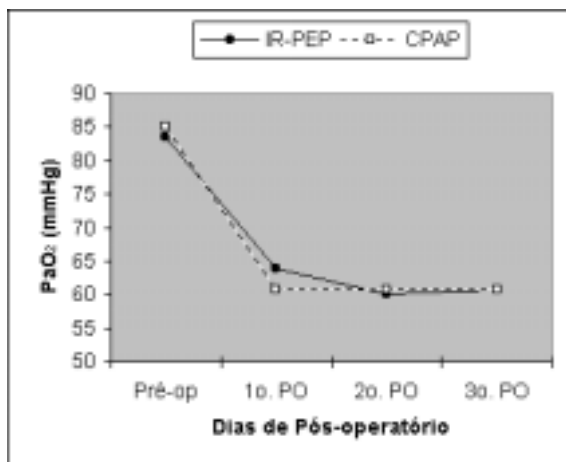


Fig.1 Comportamento da PaO₂ no período pós-operatório de pacientes submetidos à incisão toracoabdominal aplicando-se as técnicas IR-PEP e CPAP.

estatisticamente significante. A CVF, o peak flow, PaO₂ e SaO₂ apresentaram queda importante, aproximadamente 50% no 1° PO em ambos os grupos quando comparados aos valores do pré-operatório (Gráficos 1 e 2). Nos dias subsequentes observou-se uma recuperação lenta e gradativa dos valores em ambos os grupos e apenas uma tendência de uma resposta positiva mais significativa no grupo CPAP. Nos 30 dias de pós-operatório a necessidade de reintubação e uso de ventilação artificial foi significativamente mais alta nos pacientes do grupo IR-PEP, onde 2 de 7 pacientes foram a óbito, ao passo que do grupo CPAP foi apenas um.

COMENTÁRIOS

Acreditamos ser importante analisar o impacto que estas cirurgias, abdominal e torácica, tenham sobre a função pulmonar. Com relação à cirurgia abdominal, os autores citam uma incidência de complicação de 4 a 80% nas primeiras 48 horas, lembrando que sempre é necessário definir muito bem os critérios para conceituar complicação. Evidências a favor da fisioterapia respiratória na prevenção destas complicações mostram em estudos randomizados que qualquer método é melhor que nenhum. O uso de pressão positiva expiratória (PEP), IR-PEP e CPAP parece oferecer vantagens quando comparados ao uso de inspirômetros de incentivo e exercícios de respiração diafragmática em relação à diminuição da

Fig.2 Comportamento da CVF no período pós-operatório em pacientes submetidos à incisão toracoabdominal aplicando-se as técnicas IR-PEP e CPAP.



RESUMO DE ARTIGO

incidência de complicações e ao aumento da CRF.

Nos procedimentos com ressecção pulmonar, o índice de complicações varia de 5 a 60% nas primeiras 48 horas. Há poucos estudos controlados descrevendo a eficácia dos métodos fisioterapêuticos após este tipo de cirurgia.

Quando associam-se os dois acessos cirúrgicos, torácico e abdominal, a incidência de complicações aumenta ainda mais e não há estudos que comprovem a eficiência de exercícios respiratórios após cirurgias toracoabdominais. Porém, a associação de métodos como o PEP e o inspirômetro de incentivo parece aumentar volumes e capacidades pulmonares, enquanto que um aumento na CRF é observado apenas quando se utiliza a PEP. Com o uso de CPAP também se observa

um aumento na CRF, porém, os volumes pulmonares permanecem sem alterações.

Os autores concluem que o uso do CPAP após a extubação de pacientes submetidos a procedimentos que envolvam acesso toracoabdominal até o 3º dia de pós-operatório, seguido do uso de IR-PEP, se necessário, reduz significativamente a incidência de insuficiência respiratória aguda e de reintubação com uso de ventilação mecânica prolongada, quando comparados com o uso apenas de IR-PEP.

Correspondência:

Sonia Maria Faresin

Rua Botucatu, 740 – 3 andar - CEP: 04023-062 – São Paulo -SP

JORNADA DE DOENÇAS OCUPACIONAIS E AMBIENTAIS

Data: 16 de agosto de 2003

Local: Blue Tree Convention Plaza – Av. Ibirapuera, 2907 – SP/SP

Informações: 0800 17 16 18 – Suzi ou Wagner

Organização:

Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia • Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

07:30 - 08:00	Secretaria Mesa Redonda - Ambiente e doenças respiratórias ocupacionais I Moderador: Roberto Stirbulov	11:10 - 11:30	<i>José Eduardo Delfini Cançado</i> Doenças pulmonares ocupacionais incomuns <i>Ubiratan de Paula Santos</i>
08:00 - 08:20	Asma ocupacional - definição e critérios diagnósticos <i>Eduardo Algranti</i>	11:30 - 11:50	Discussão
08:20 - 08:40	Ambiente e sintomas respiratórios <i>Paulo Hilário Saldiva</i>	12:00 - 14:00	ALMOÇO Mesa Redonda - Aspectos multiprofissionais das doenças pulmonares ocupacionais e ambientais
08:40 - 09:00	Risco biológico dos profissionais de saúde <i>Afrânio Lineu Kritski</i>	14:00 - 14:20	Moderador: Luiz Frederico Hoppe Avaliação do ambiente de trabalho <i>Satochi Kitamura</i>
09:00 - 09:20	Doença ocupacional das vias aéreas superiores <i>Everardo Andrade da Costa</i>	14:20 - 14:40	Proteção respiratória - coletiva e individual <i>José Pedro Dias Júnior</i>
09:20 - 09:40	Discussão	14:40 - 15:00	Disfunção e incapacidade funcional <i>Alberto Neder Serafin</i>
09:40 - 10:10	COFFE BREAK Mesa Redonda - Ambiente e doenças respiratórias ocupacionais II Moderadora: Maria Vera Cruz de Oliveira	15:00 - 15:20	Aspectos médico-legais das doenças pulmonares ocupacionais - Relatório médico <i>Milton do Nascimento</i>
10:10 - 10:30	Aspectos clínicos das pneumoconioses <i>Ericson Bagatin</i>	15:20 - 15:40	Conseqüências jurídicas <i>Cid Célio Jayme Carvalhães</i>
10:30 - 10:50	Diagnóstico por imagem das pneumoconioses <i>Jorge Issamu Kavakama</i>	15:40 - 16:00	Discussão
10:50 - 11:10	Doenças respiratórias associadas à queima de cana de açúcar	16:00	Discussão de Casos



NÓDULOS PULMONARES CAVITADOS ASSOCIADOS A ANCA POSITIVO

AUTORES: Marcelo Jorge Jacó Rocha¹; Carmen Sílvia Valente Barbas²

SERVIÇO: Disciplina de Pneumologia – Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

¹Médico preceptor; ²Médica assistente

Paciente de 48 anos de idade, sexo masculino, ex-tabagista de 30 anos/maço (abstenção de 5 anos), caminhoneiro (transporte de alimentos não perecíveis), apresentava história de adinamia e perda de peso (12 Kg) há 6 meses associada à febre vespertina, sudorese noturna e dispnéia aos grandes esforços. Os exames de imagem iniciais (Figura 1) revelaram nódulos/massas pulmonares difusos, alguns com cavitação, além de áreas de enfisema centrolobular em ápices, sendo iniciado tratamento empírico para tuberculose em outro serviço. Houve discreta melhora inicial e posterior reaparecimento dos sintomas e das alterações radiológicas, quando foi encaminhado ao nosso serviço. A tabela 1 mostra o resultado dos principais exames laboratoriais.

Diante desses exames (ANCA P associado a lesões pulmonares cavitadas) e da suspeita de granulomatose de Wegener, foi indicada biópsia a céu aberto do nódulo em lobo inferior direito. Entretanto, o estudo anatomopatológico revelou granulomas necrotizantes com formas fúngicas pequenas, não gemulantes, sendo feito o diagnóstico de histoplasmose pulmonar. Foi iniciado tratamento com itraconazol 400 mg/dia, havendo boa resposta clínica e radiológica.

DISCUSSÃO

Apresentamos o caso de um paciente jovem com lesões pulmonares cavitadas e ANCA positivo, associado à perda de peso, sudorese noturna e febre vespertina. Apesar da resposta inicial ao tratamento para tuberculose, houve reaparecimento dos sintomas o que nos fez pensar em granulomatose de Wegener. Há relatos na literatura de melhora clínica da granulomatose de Wegener após tratamento com esquema tríplice⁶. Entretanto, o diagnóstico final foi de uma infecção fúngica cuja apresentação clínica e radiológica mimetiza a tuberculose.

A histoplasmose é uma micose endêmica

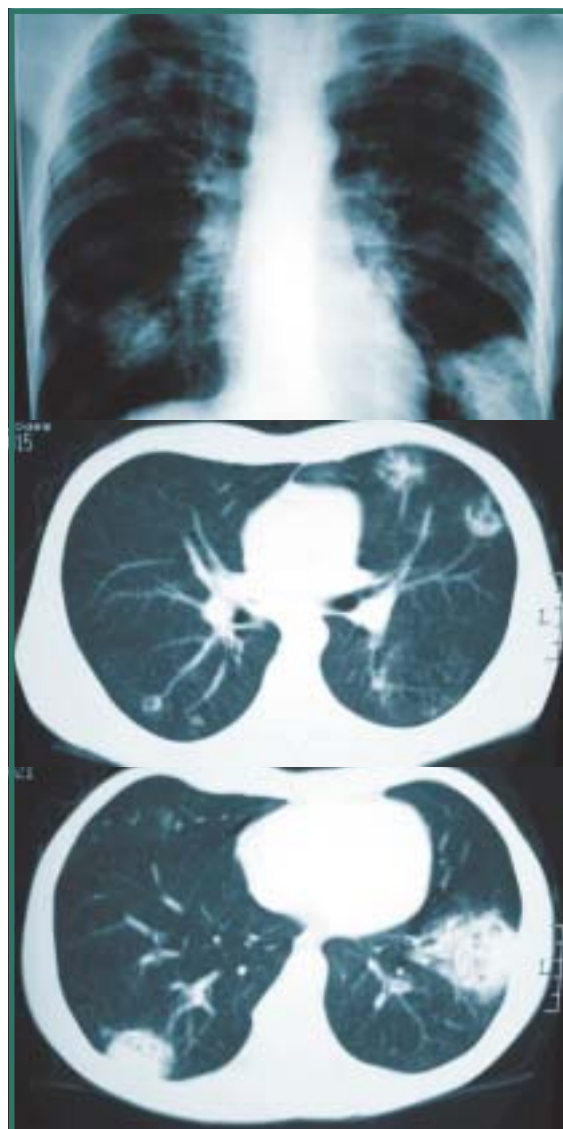


Figura 1: Nódulos e massas, alguns com cavitação, predominando na periferia dos pulmões.



TABELA 1: Resultados dos principais exames laboratoriais

Hb:	14,1 g/dl
Htc:	43%
Leucócitos:	16200
Metamielócito:	4%
Mielócitos:	6%
Bastões:	1%
Segmentados:	68%
Linfócitos:	10%
Monócitos:	79%
Plaquetas:	207000
VHS:	20 mm
Urina 1:	Normal
Sorologia para fungos (Aspergillus, Histoplasma e Paracoccidioidomicose):	Negativas
Anti-HIV:	Negativo
ANCA (+):	Padrão Perinuclear
Anti-Mieloperoxidase:	(-)
Anti-Proteinase 3:	(-)
ANCA:	(+) Padrão Perinuclear
FAN:	(+) 1:160

principalmente no continente americano causada pelo *Histoplasma capsulatum*². São reconhecidas várias apresentações clínicas: histoplasmose pulmonar aguda, histoplasmose pulmonar crônica, síndromes reumatológicas, pericardite e forma disseminada⁵. Na sua forma crônica, a doença se assemelha muito à tuberculose com sudorese noturna, febre vespertina e predileção pelos segmentos apicais e posteriores dos pulmões^{2,5}. Geralmente acomete indivíduos com pneumopatia crônica (DPOC, fibrose pulmonar), apresentando-se na forma de opacidades, nódulos e massas, muitas vezes com cavitação. O tratamento está indicado nos casos sintomáticos sendo a anfotericina B e os imidazólicos as drogas de escolha, com boa resposta em 90 a 100% dos casos.

A suspeita diagnóstica inicial, não confirmada, foi Granulomatose de Wegener (GW), uma doença rara caracterizada por vasculite granulomatosa necrotizante com acometimento preferencial do trato respiratório superior, inferior e dos rins (glomerulonefrite)^{3,4}. Em 1980, foi descoberto o anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) possibilitando o encontro de um marcador sorológico para as vasculites de pequenos

vasos (Wegener, Churg-Strauss e Poliangiíte Microscópica)^{1,2}. Esta vasculite (GW) geralmente está associada à presença de ANCA-C (padrão citoplasmático) com especificidade em torno de 95% e sensibilidade variando de 50 a 91%, dependendo do grau de atividade da doença. O antígeno presente no citoplasma desses pacientes é a proteinase 3 (PR3). Há relatos de presença de ANCA em algumas doenças infecciosas como HIV, amebíase, tuberculose e histoplasmose, principalmente o padrão perinuclear (ANCA-P).

CONCLUSÃO

Relatamos um caso de histoplasmose pulmonar com marcadores de vasculite presentes. As doenças infecciosas – principalmente tuberculose e fungos – devem ser incluídas no diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares cavitados, mesmo na presença de auto-anticorpos. Desejamos chamar a atenção para a necessidade de confirmação diagnóstica com estudo histopatológico antes do início do tratamento com drogas imunossupressoras.

BIBLIOGRAFIA

1. Homer RJ: Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies as Markers for Systemic Autoimmune Disease. *Clinics Chest Medicine* 1998; 19:627.
2. Houston S: Histoplasmosis and pulmonary involvement in the tropics. *Thorax* 1994;49: 598.
3. Sullivan EJ, et al: Pulmonary vasculitis. *Clinics Chest Medicine* 1998; 19:759.
4. DeRemee RA: Pulmonary Vasculitis, in Fishman AP, Elias JA (eds), *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. New York, McGraw-Hill, 1998, pp1357-1374.
5. Wheat LJ: Endemic Mycoses of North America: Histoplasmosis, Coccidioidomycosis, and Blastomycosis, in Fishman AP, Elias JA (eds), *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. New York, McGraw-Hill, 1998, pp 2289-2303.
6. Inone K, et al: Antituberculous drugs for Wegener's granulomatosis. *Chest* 2001; 119: 643.
7. Zinck SE, et al: CT of noninfectious granulomatous lung disease. *Radiologic Clinics of North America* 2001; 39.

Correspondência:

Carmen Silvia Valente Barbas
Rua Piauí, 498 - Apto 121 - São Paulo/SP -
CEP: 01241-000 - cbarbas@ibm.net



QUAL É A DÚVIDA?

A PNEUMONIA ASIÁTICA É SEVERA OU GRAVE?

Nos dias atuais o que mais vemos na imprensa é SARS para lá e para cá. Do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome*, muitos a traduzem como Síndrome Respiratória Aguda Severa e, outros, como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Com quem está a razão?

Recorrendo ao Aurélio, temos que **grave** (do latim, *grave*), que já foi até nome de moeda portuguesa do século XIV, pode expressar, entre os mais diversos significados, aquilo que é importante, sério; ou que é austero, solene; rígido, severo; doloroso, penoso; e, encaixando-se na nossa síndrome, o que é suscetível de conseqüências sérias, trágicas.

Já os sinônimos para **severo** (do latim, *severu*) se aplicam mais ao campo do caráter austero, rígido,

sério, circunspecto, inflexível. Ou referente ao estilo sóbrio, correto e elegante.

Para alguns dos usos de “severo”, a palavra “grave” também poderia ser aplicada. “O professor lançou um olhar *severo*, ou *grave*”. No entanto, o oposto nem sempre é verdadeiro. Para a especial situação de doença jamais “severo” poderia ocupar o lugar de “grave”. Entre os vários significados para “severo” não há nenhum que expresse aquilo que é passível de trágicas conseqüências. Portanto, para sermos severos e não cometermos nenhum grave erro, a SARS, ou pneumonia asiática, como queiram, deve ser considerada como uma síndrome ou doença grave, mas jamais severa.

(MG)

14

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





A CAUSA E O EFEITO OBSERVADOS À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

AUTORES: Mauro Gomes¹; Jorge Ethel Filho¹, Tânia Lopes da Silva¹; Roberto Stirbulov²

SERVIÇO: Disciplina de Pneumologia - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo / Faculdade de Ciências Médicas

¹Professor Instrutor; ²Professor Adjunto e Chefe da Disciplina

Desde os tempos de aprendizes na Faculdade, até hoje como docentes, aprendemos com a Propedêutica que devemos ser cuidadosos e observadores na arte médica. Estas qualidades bem desenvolvidas durante o exame clínico de nossos doentes pode poupar-nos de cansativas dores de cabeça na grande maioria das vezes. Por outro lado, ao solicitar determinado exame complementar, intencionamos corroborar ou afastar uma hipótese diagnóstica formulada através da anamnese e do exame físico. E são raras as vezes que um exame subsidiário pode ser tão feliz a ponto de diagnosticar uma afecção e ao mesmo tempo indicar sua causa. O feliz corte desta tomografia computadorizada de tórax mostra-nos múltiplas áreas lucentes apicais, de paredes finas, compatíveis com enfisema. Até aí nenhuma novidade, já que este achado é muito freqüente de ser encontrado na clínica diária em pacientes tabagistas. O inusitado da imagem pode ser observado na análise das partes moles extratorácicas. À esquerda do paciente nota-se pequenas imagens circulares, dispostas em arranjos quase lineares, na região torácica anterior. Aquilo que poderia dar margem à especulação de uma infinidade de diagnósticos diferenciais foi esclarecido apenas à inspeção cuidadosa do paciente: um maço de cigarros no bolso da camisa.



Correspondência

Disciplina de Pneumologia

Rua Dr. Cesário Motta Junior, 112 – Unidade de Pulmão e Coração (UPCOR) – 01221-020 – São Paulo/SP



PAÍSES APROVAM OFICIALMENTE A 1ª CONVENÇÃO CONTRA O TABAGISMO

Os 192 Estados-membros da Organização Mundial de Saúde aprovaram oficialmente, em 21/5, a primeira convenção internacional de luta contra o tabagismo, na 56ª Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra. Após três anos de negociações, nenhum país se opôs à convenção, nem mesmo os EUA, que defendiam a inclusão de uma cláusula que permitisse que os países alterassem alguns pontos isolados do documento. O objetivo é diminuir a mortalidade causada pelo tabagismo (4,9 milhões de mortes por ano em 2002) e limitar a publicidade de produtos de tabaco.

O texto aprovado prevê o banimento ou restrição da propaganda tabagista, introduz alertas de saúde mais incisivos e controle do uso de expressões como “light” em embalagens de cigarros. O documento também trata de medidas de proteção aos fumantes passivos e de combate ao contrabando. As ações de marketing das companhias de cigarro serão alvo de uma forte restrição no que diz respeito aos adolescentes. Destacou-se neste trabalho o embaixador brasileiro e presidente das negociações para o Acordo Internacional Antitabagismo, Luis Felipe Seixas Correia.



No Brasil, tal tratado vai exigir uma mudança radical nas relações entre o governo e a indústria do cigarro. O acordo proíbe que empresas do setor participem de programas sociais, como vem ocorrendo. A Souza Cruz tem distribuído alimentos a prefeituras e planeja fazer doações de 100 toneladas de alimentos por mês ao Fome Zero. Com relação às restrições à propaganda, o ministro da Saúde, Humberto Costa, reconheceu que o acordo internacional terá um impacto limitado pois “já temos leis que, em alguns pontos, são mais avançadas”, segundo a Agência Estado.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE ASMÁTICOS

A Sociedade Brasileira de Asmáticos-SP (SBA-SP) é uma sociedade mista, sem fins lucrativos, constituída por profissionais da área respiratória, educadores, pacientes, familiares, enfim, todas as pessoas, leigas ou não, envolvidas de alguma forma com a asma.

A sociedade tem como objetivo divulgar medidas que visam a melhoria da qualidade de vida do asmático por meio de programas educativos, tanto para leigos como para profissionais de áreas afins. É também objetivo da SBA-SP desmistificar conceitos que cercam a doença e seu tratamento, que muitas vezes impedem o paciente de desfrutar uma vida normal. Para que estes objetivos sejam alcançados é importante que os médicos clínicos gerais e especialistas conheçam a sociedade e estimulem seus pacientes a participarem dela. A SBA-SP promove palestras

mensais no Lar Escola São Francisco (Rua dos Açores, 310-a). Veja a programação de 2003 abaixo.

07/06 - Exercícios respiratórios na asma e rinite - Dr.^a Vera Lúcia dos Santos

22/06 - 7^a Jornada Contra a Asma

02/08 - Porque temos asma e rinite - Dr. José Roberto Jardim

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

08/11 - Refluxo Gastroesofágico na Asma e Rinite - Dr. Lúcio Flávio Ribeiro.

06/12 - Metas a Serem Atingidas com o Tratamento da Asma e Rinite. Automanejo e Plano de Ação – Dr. Roberto Stirbulov

DEFESA PROFISSIONAL E HONORÁRIOS MÉDICOS

A Dra. Sonia Maria Faresin representou a Diretoria da SPPT no dia 14 de maio em reunião conjunta da Associação Paulista de Medicina, Conselho Regional de Medicina, Sindicato dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Sociedades de Especialidades para tratar dos seguintes assuntos: Honorários Profissionais, Eleições no CRM e Congresso de Política Médica.

VOLUME V ESTÁ PRONTO

Os editores do volume V do já tradicional livro da SPPT, *Pneumologia-Atualização e Reciclagem*, finalizaram a inclusão e revisão dos capítulos para a edição que será lançada no X Congresso Paulista, em novembro. O volume IV, último lançado, em breve será disponibilizado em nosso site para todos os sócios adimplentes

DATAS COMEMORATIVAS

21 de Junho
Dia Nacional da Asma

29 de Agosto
Dia Nacional de Combate ao Fumo

ERRATA

Na última edição do *Pneumologia Paulista* incorretamente não foi creditada à Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia a co-organização da Jornada de Doenças Ocupacionais e Ambientais, juntamente com a Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia e a Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho, a ser realizada no próximo dia 16 de agosto.



TÍTULO DE ESPECIALISTA

A Resolução do CFM n.º 1634 reconheceu as Especialidades Médicas e as respectivas Áreas de Atuação que, na Pneumologia, são duas no momento: Pneumologia Pediátrica e Endoscopia Respiratória. Em comunicado encaminhado aos sócios, a SBPT informou que solicitou a ampliação para outras áreas como Fisioterapia Respiratória, Terapia Intensiva, Sono e Fisiologia Respiratória (testes avançados de função pulmonar). Só poderão prestar exames para as Áreas de Atuação quem possuir título de especialista da área-mãe. Segundo o artigo 4º da mesma resolução, o médico só pode declarar vinculação com especialidade ou área de atuação quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente. Isto inclui os livros de convênios médicos, onde não especialistas não serão mais anunciados como tal. A própria AMB determinou que as Sociedades e ela filiadas suspendam o fornecimento do título de especialista por proficiência (ou notório saber), o que foi acatado

pela SBPT.

No mesmo comunicado a SBPT informou que tem recebido inúmeras consultas por parte de Convênios Médicos e UNIMEDs a respeito do credenciamento ou reconhecimento de colegas. O número de médicos credenciados como especialistas, mas não titulados, é assustador, e a invasão da área de função pulmonar por não especialistas e mesmo não médicos é evidente, segundo a SBPT.

Com base nas deliberações do CFM e da AMB, a SBPT urge que todos os pneumologistas busquem sua titulação. Segundo o presidente da Sociedade Brasileira, Carlos A. C. Pereira, “a política explícita da SBPT é ser inclusiva e não excludente, mas devemos reconhecer que o fortalecimento da especialidade passa pela titulação de todos. A tarefa não é simpática para muitos – ser avaliado após longa viagem pelas vias respiratórias -, porém, oxigenar os conhecimentos e renovar-se é essencial para todos nós.”

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Prossegue o Programa de Educação Continuada, promovido pela SBPT, em todo o Brasil. Em São Paulo será realizado módulo de DPOC e Tabagismo nos dias 13 e 14 de junho, na cidade de Sorocaba – SP. O coordenador é Antônio Nelson Cincotto (cincotto@terra.com.br).

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.

REUNIÕES DE PIZZA CLÍNICA – 2003

Local: Charles Pizza Grill. Av. José Maria Whitaker, 1785. Fone: 5585-9000. Das 20 às 22h.

DATA

12/jun/03
17/jul/03
11/set/03
16/out/03

APRESENTAÇÃO

USP / Interior
UNIFESP / ABC
HSPE / Pneumopediatria
Santa Casa / CirurgiaTorácica

PATROCÍNIO

Novartis
AstraZeneca
Boehringer
GlaxoSmithKline



CONGRESSO PAULISTA A TODO VAPOR

Após várias reuniões, a comissão organizadora do X Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia finalizou a grade de programação. Em breve estará sendo encaminhada a segunda mala direta do evento

com maiores informações. Reserve os dias 6 a 9 de novembro próximos para vir a São Paulo e participar de um dos maiores eventos da Pneumologia em nosso país.

SÓCIOS DA SPPT TERÃO VANTAGENS NO CONGRESSO



Além dos valores reduzidos para inscrição, da possibilidade deste valor ser menor ainda com a utilização dos pontos do *programa de pontuação premiada*, os sócios inscritos no Congresso e quites nos anos 2002/2003 terão direito a

inscrição antecipada gratuita em um Curso Pré-Congresso. Se você for formado há até 5 anos tem o direito de se filiar até 30/09/2003 e desfrutar dos privilégios do sócio adimplente 2002/2003. Se você está inadimplente regularize sua situação junto à SPPT (0800 171618) até 30/09/2003. Não serão efetuadas regularizações nem novas filiações durante o 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



REUNIÕES CLÍNICAS

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.

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

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).

REUNIÕES NO CLEMENTE FERREIRA

O Instituto “Clemente Ferreira”, em São Paulo, convida a todos a participarem das suas reuniões clínicas, que se realizam todas as quartas-feiras, no seu Auditório, das 8h30 às 10h. Após a reunião há uma palestra com profissionais sobre temas na área pneumológica. O endereço é Rua da Consolação, 717.

ATUALIZAÇÕES DIÁRIAS SOBRE A SARS

<http://www.cdc.gov/ncidod/sars>
<http://www.who.int/csr/sars/en>
<http://www.cve.saude.sp.gov.br>
<http://www.funasa.gov.br>
<http://www.promedmail.org>

REUNIÕES DE PIZZA CIRÚRGICA

Toda primeira quinta feira do mês, no Charles Pizza Grill, das 20 às 22h.



JORNADA PAULISTA DE PNEUMOLOGIA MÓDULO MISTO – RIBEIRÃO PRETO

Data: 14 junho de 2003 (sábado)

Local: Centro de Convenções de Ribeirão Preto - *Rua Bernardino de Campos, 999*

Informações: 16 636.7377 ou 16 6367482 – Solange, Rose ou Sandra / 0800 17 16 18 – Suzi ou Wagner

Coordenadores:

Dr. Pedro Luis Pompeu da Silva

Dr. Hugo Vega Ortega

08:30 – 09	Secretaria
09:00 – 09:45	Moderador: Elcio dos Santos Oliveira Vianna Emergência em Asma Roberto Stirbulov - FCM Santa Casa de São Paulo
09:45 – 09:55	Discussão
09:55 – 10:40	Moderador: Isaias Jordão de Barros Broncoscopia na Pneumologia Pediátrica Manuel Ernesto Peçanha Gonçalves
10:40 – 10:50	Discussão
10:50 – 11:20	COFFEE-BREAK
11:20 – 12:05	Moderador: Pedro Luis Pompeu da Silva A Tuberculose em Situações Especiais. Mauro Gomes - FCM Santa Casa de São Paulo
12:05 – 12:15	Discussão
12:15 – 13:15	Discussão de Casos Clínicos

21

VIII JORNADA DE PNEUMOLOGIA DE ARARAQUARA

Data: 30 de agosto de 2003 (sábado)

Local: Biblioteca Municipal de Araraquara - *Rua Carlos Gomes, (Rua 6), 1729*

Informações: 16 236-5228 - Marisa

0800 17 16 18 – Suzi ou Wagner

Coordenador:

Marcos Abdo Arbex

08:30 – 08:50	Secretaria
09:00 – 09:50	Moderador: Eduardo Ferraz Hage Novas Técnicas em Imagem com Ênfase à TC de Tórax Jorge Kawakama – INCOR/FMUSP/HC Moderadora: <i>Márcia Cardoso Fernandes Berti</i>
10:00 – 10:50	Interrelação entre Refluxo Gastroesofágico, Tosse e Asma José Dirceu Ribeiro – UNICAMP
10:50 – 11:10	COFFEE-BREAK
11:10 – 12:00	Moderador: Eduardo Henrique Bonini Aspectos Atuais da Pneumonia Comunitária. Roberto Stirbulov – FCM Santa Casa de São Paulo Moderadora: <i>Valéria Amorim Pires Di Lorenzo</i>
12:10 – 13:00	Reabilitação Pulmonar em Pacientes com DPOC: Abordagem Fisioterapêutica Dirceu Costa – UFSCAR
13:00	Almoço de confraternização – Casa do Médico

O TOQUE DAS MÃOS DO REI

O misticismo desempenhou importante papel na Idade Média. A presença de amuletos, assim como a farmacopéia milagrosa, eram aliados importantes da medicina neste período. Prescrições de excreções de animais repugnantes caminhavam ao lado da crença absoluta no poder de demônios e feiticeiras. Era natural a terapêutica através de exorcismos, sendo o sacerdote o substituto do médico, este impotente para curar doenças devidas aos “espíritos malignos”. Foi nesse período que se originou a crença da cura da escrófula através do toque das mãos do Rei, perdurando isso por muitos séculos. Pensava-se que os reis recebiam o poder de curar após serem consagrados pelos Santos Óleos. Só quando este tratamento falhava é que se aconselhava recorrer ao cirurgião.

Na realidade, a tradição e o uso do poder de curar, como atributo divino ou real, remonta a épocas muito mais antigas. Imagens gregas de Esculápio representam-no colocando as mãos sobre o doente. Escritos romanos falam-nos de imperadores curando cegos e outras doenças. A cura pela imposição de mãos também faz parte da tradição cristã.

A tuberculose linfonodal, à época chamada escrófula, foi conhecida na Inglaterra como “Mal do Rei”. Encontra-se nas crônicas de Eduardo, o Confessor (sec. X), o registro de curas obtidas pela imposição das mãos reais sobre a parte doente. Em livros da casa de Eduardo I há anotações sobre 43 pessoas tocadas pelo rei em 4 de abril, 192 na semana seguinte e 288 na Páscoa do ano de 1277. Até Shakespeare refere-se ao toque real em “Macbeth”.

Nesta época o rei da França também reivindicava para si o mesmo poder. Naquele país, segundo Tilemond, apud Castiglioni¹, o rei preparava-se por meio de jejuns e orações, e após ter comungado e venerado o túmulo de S. Marcolfo em Corbigny, recebia os pacientes que desfilavam diante dele. Colocava os dedos sobre a parte doente, fazia o sinal da cruz e pronunciava as palavras: “O Rei te toca e Deus te cura”. O doente era abençoado e recebia comida e dinheiro para voltar para casa.

Existiram divergências sobre a prioridade dos reis da Inglaterra sobre os reis da França com relação



Eduardo, o Confessor, curando os escrófulos. Miniatura inglesa do sec. XIII (Universidade de Cambridge)

ao toque real. Os franceses afirmavam que foi Clóvis (496 d.C.) o primeiro a usar o poder de curar, enquanto os ingleses retrucavam dizendo que os reis da França herdaram este poder dos seus parentes, reis ingleses. Na Inglaterra a prática caiu em desuso pouco tempo depois. Na França ela permaneceu até o século XIX. Há referências que Luiz XVI, quando de sua coroação em 1775, tocou 2400 pacientes e Carlos X, em 1824, 121 doentes.

Mauro Gomes - Professor Instrutor de Ensino da Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

BIBLIOGRAFIA

1. Castiglioni A. Medicina no Fim da Idade Média. In: História da Medicina. Companhia Editora Nacional, 1947, pp 378-480.
2. Lyons, AS & Petrucelli, RJ. The Nineteenth Century: The Middle Ages. In: Medicine - an illustrated history. New York, Abradale Press-Harry N. Abrams Inc, Publishers, 1987. p. 355-7.