



Revista Científica

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira"

Tratamento fisioterápico em grupo para capsulite adesiva do ombro

Características do ciclo menstrual e dor pélvica crônica em adolescentes: dados preliminares

Perfil dos pacientes caídores do ambulatório de quedas da geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" HSPE-FMO de São Paulo

O impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos frágeis: uma revisão bibliográfica

Linfoma primário de cólon

Terapia nutricional aplicada em um paciente com diagnóstico de câncer colorretal, diabetes mellitus, hipertensão arterial e hipotireoidismo

Expediente

Governador do Estado
Geraldo Alckmin

Secretário de Gestão Pública
Davi Zaia

Superintendente Iamspe
Latif Abrão Junior

Chefe de Gabinete Iamspe
Roberto Baviera

Diretoria Iamspe
Administração - Maria das Graças Bigal Barboza da Silva
HSPE - "FMO" - Roberto Dantas Queiroz
Decam - Wagner Luiz Morão Magosso
Cedep - Abrão Elias Abdalla
Prevenir - Miriam Matsura Shirassu



REVISTA CIENTÍFICA

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

Cedep: Centro de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa

Diretor: Abrão Elias Abdalla

Editora responsável: Maria Ângela de Souza

Editor científico: Osiris de Oliveira Camponês do Brasil

Editora técnica: Edna Terezinha Rother

EDITORES EXECUTIVOS

Alex Freire Sandes (Hemoterapia)
An Wan Ching (Cirurgia Plástica)
Ana Claudia Luiz (Cirurgia Bucomaxilofacial)
Daniele Evaristo Vieira Alves (Oncologia)
Eduardo José Alfaro (Fisioterapia)
Eric Pinheiro Andrade (Oftalmologia)
Fabio Akira (Otorrinolaringologia)

Flavio Augusto Sekeff Sallen (Neuroclínica)
Graziela Santos R. Ferreira (Pronto Socorro)
Heitor Pons Leite (Pediatria)
João Aparecido P. de Almeida (Cardiologia)
Joaquim A. de Souza Jr. (Cirurgia Pediátrica)
Jose Eduardo Gonçalves (Gastrocirurgia)
Livia Nascimento de Matos (Clínica Médica)

Maria Eliza Bertocco Andrade (Alergia)
Maria Isete F. Franco (Anatomia Patológica)
Otavio Gampel (Oncologia)
Otavio J F Verreschi (Psiquiatria)
Rodrigo Chaves Ribeiro (Cirurgia Pediátrica)
Sandra M R Laranja (Nefrologia)
Thais Guimarães (Moléstias Infectocontagiosas)

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cristina Reis (Pronto Socorro)
Alcides Gallo Junior (Medicina Nuclear)
Ana Beatriz Miklos (Endocrinologia)
André Tadeu Sugawara (Medicina Física)
Andrei Borin (Otorrinolaringologia)
Antonio Carlos Bonadia (Gastroclínica)
Antonia Elvira Tonus (Psiquiatria)
Betty Guz (Gastroclínica)
Carlo Alberto Komatsu (Cirurgia Plástica)
Carlos A. Nagashima (Laboratório Clínico)
Carlos N. Lehn (Cirurgia de Cabeça e Pescoço)
Daniel Rinaldi dos Santos (Nefrologia)
Eugenio Alves Vergueiro Leite (Radioterapia)
Fabiano R. Ribeiro (Ortopedia e Traumatologia)
Fabio Papa Taniguchi (Cirurgia Cardíaca)
Fernando Campos Gomes Pinto (Neurocirurgia)
Fernando K. Yonamine (Otorrinolaringologia)
George C. Ximenes Meireles (Hemodinâmica)
Giselda M. da Silva (Área multiprofissional)
Gustavo Ribeiro Pifaia (Otorrinolaringologia)
Helenice de Paula Fiod Costa (Neonatologia)
Henrique Carrete Jr. (Radiologia)

Hugo Hipolito (Urologia)
Israel Ferreira da Silva (Anestesiologia)
José Alexandre de S. Sittart (Dermatologia)
Jose F. de Mattos Farah (Cirurgia Geral)
Jose Marcus Rotta (Neurocirurgia)
Jose Roberto Martins (Gastrocirurgia)
Julio Cesar de Costa (Neonatologia)
Kioko Takei (Laboratório Clínico)
Leonardo Piovesan Mendonça (Geriatrics)
Limirio Leal da Fonseca Filho (Urologia)
Luis Augusto Rios (Urologia)
Luiz Henrique de Souza Fontes (Endoscopia)
Marcio Faleiros Vendramini (Endocrinologia)
Maria Goretti Maciel (Cuidados Paliativos)
Maria Lucia Baltazar (Psiquiatria)
Mariana Silva Lima (Pneumologia)
Mario Claudio Gheffer (Cirurgia Torácica)
Mauricio L. Oliveira (Cirurgia Plástica)
Mauricio M. Athie (Cirurgia Bucomaxilofacial)
Mauro Sergio M. Marrocos (Nefrologia)
Mileide Zuim Dantas Souza (Pronto Socorro)
Moises da Cunha Lima (Medicina Física)

Ney Valente (Cardiologia)
Otavio Cansação de Azevedo (Gastrocirurgia)
Quirino C. Meneses (Cirurgia Pediátrica)
Raquel A. Martins (Ginecologia e Obstetrícia)
Reginaldo G. C. Lopes (Ginecologia e Obstetrícia)
Renato Luz Carvalho (Endoscopia)
Ricardo Guerra Ayello (Endocrinologia)
Ricardo Vieira Botelho (Neurocirurgia)
Richard A. Borger (Ortopedia e Traumatologia)
Roberto Bernd (Clínica Médica)
Roberto D. Queiroz (Ortopedia e Traumatologia)
Roberto Sacilotto (Cirurgia Vascular)
Rui Manoel Pova (Cardiologia)
Sergio Kreimer (Hemodinâmica)
Silvia Carla Sousa Rodrigues (Pneumologia)
Ula Lindoso Passos (Radiologia)
Umberto Gazi Lippi (Ginecologia e Obstetrícia)
Valter Hiromi Tanaka (Assistência Domiciliar)
Veridiana Aun R. Pereira (Alergia e Imunologia)
Walter Nelson Cardo Junior (Neonatologia)

Instituto de Assistência Médica ao Servidor
Público Estadual (Iamspe)
Av. Ibirapuera, 981 – V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04029-000
www.iamspe.sp.gov.br

Hospital do Servidor Público Estadual –
Francisco Morato de Oliveira (HSPE - FMO)
Rua Pedro de Toledo, 1800 - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04039-004

Comissão científica e de especialização e
reciclagem médica (Ccerm)
Av. Ibirapuera, 981 – 2º andar - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil - CEP: 04029-000
Secretária: Sandra Vequetini

E-mail: ccientifica@iamspe.sp.gov.br

Diagramação: Sandra Vequetini - Cedep

Periodicidade: quadrimestral

A responsabilidade por conceitos emitidos é exclusivamente de seus autores.
Permitida a reprodução total ou parcial desde que mencionada a fonte.

SUMÁRIO

Editorial	v
Galeria dos “Notáveis” do Iamspe	vi
Artigo Original	
Tratamento fisioterápico em grupo para capsulite adesiva do ombro	9
<i>Group physiotherapy treatment for shoulder adhesive capsulitis</i>	
Fabiano Rebouças Ribeiro, Cantidio Salvador Filardi Filho, Rômulo Brasil Filho, Antônio Carlos Tenor Junior, Miguel Costa, André da Costa Garcia, Maria Makiyama de Barros, Margareth Marie Sugi Mogami, Tatiana Caetano Reis	
Características do ciclo menstrual e dor pélvica crônica em adolescentes: dados preliminares	15
<i>Menstrual cycle and chronic pelvic pain in adolescent girls: preliminary data</i>	
Ana Beatriz Tavares de Moura Brasil Matos, Ana Maria Gomes Pereira, Ilzo Viana, Raquel Martins Arruda, Daniella de Batista Depes, João Alfredo Martins, Reginaldo Guedes Lopes Coelho	
Perfil dos pacientes caidores do ambulatório de quedas da geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” HSPE-FMO de São Paulo	23
<i>Profile of patients from the outpatient fallers falls geriatrics Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” HSPE-FMO of São Paulo</i>	
Carolina Reis Stipp, Camila Pires de Sousa, Elizabeth Lucena Custodio, Ana Thereza Estrêla, Juliane de Lemos Armada Ramos, Elaine Priscila Mendoza Faleiros	
Artigo de Revisão	
O impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos frágeis: uma revisão bibliográfica	29
<i>The impact of hospitalization on functional capacity of frail older people: a literature review</i>	
Elizabeth Lucena Custodio, Camila Pires de Sousa, Carolina Reis Stipp, Juliane de Lemos Armada Ramos, Elaine Priscilla Mendoza Faleiros, Ana Thereza Estrêla	
Relato de Caso	
Linfoma primário de cólon	38
<i>Primary lymphoma of colon</i>	
Patricia Midori Masakava, Maria Eugênia Miti Valentim Kikuta, Saulo Rollemberg Caldas Garcez, João Paulo Barreto da Cunha, Paulo Henrique Oliveira de Souza, José Eduardo Gonçalves, Fábio Yoriaki Yamaguchi, Nagamassa Yamaguchi	
Terapia nutricional aplicada em um paciente com diagnóstico de câncer colorretal, diabetes mellitus, hipertensão arterial e hipotireoidismo	41
<i>Nutritional therapy applied to a patient with colorectal cancer, diabetes mellitus, hypertension and hypothyroidism</i>	
Fernanda Cristina Alves de Lima, Bianca Mikaelly Freitas Lemos	
Resumos de Teses	
Reversibilidade na espirometria: afinal, quanto é relevante?	45
Tela de Amsler e campo visual no rastreamento da retinopatia por cloroquina	46
Avaliação das condições de atendimento aos pacientes portadores de úlcera de perna pelos profissionais do Programa Saúde da Família	47
Impacto de um programa de orientação fisioterapêutica com manual nos cuidados ao paciente com sequela motora por acidente vascular periférico	48
Resumos de TCC	
A escuta revelando o ser: um relato na abordagem centrada na pessoa	49
Terapia com pressão positiva contínua em vias aéreas em pacientes em insuficiência cardíaca: efeitos hemodinâmicos e respiratórios	50
Análise da utilização de fármacos antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos	51
Não dito e a questão da adoção: a experiência em psicoterapia psicanalítica	52
Perfil sorológico para hepatite B em exames admissionais no Iamspe: prevalência de imunizados para hepatite B ..	53
Errata	
Hemoptises e febre: Qual o diagnóstico?	14

No momento em que apresentamos a 4ª edição da Revista Científica do Iamspe e a segunda de 2013, gostaria de relembrar as funções de nosso Instituto, que se baseiam num tripé: “Assistência Médica aos Servidores Públicos do Estado de São Paulo”, “Ensino” e “Pesquisa Científica”.

Há pouco mais de 40 anos, o HSPE-Iamspe vem oferecendo especialização médica em seu padrão ouro, ou seja, a Residência Médica, hoje com 43 especialidades. No decorrer desses anos, a Instituição tem formado especialistas que se destacam tanto na assistência à saúde quanto no âmbito universitário.

Com o seu desenvolvimento científico, o Iamspe passou a oferecer a pós-graduação *stricto sensu* em Ciências da Saúde (nota 4 da Capes) e pleiteamos, no momento, a pós-graduação em nível de doutorado.

A Revista Científica do Iamspe é uma publicação que demonstra não somente a produção científica dos diferentes serviços, como também seu trabalho assistencial. Ela não se desenvolve sozinha e depende da dedicação dos profissionais da Instituição.

Estamos, agora, na 4ª Edição, depois de um longo hiato de 5 anos. Assim, gostaria de agradecer a todo o corpo clínico do HSPE-Iamspe pela sua participação no desenvolvimento dos trabalhos de pesquisa científica que nutrem nossa Revista. Sem a colaboração dos mesmos não seria possível sua publicação.

A partir deste número, publicaremos regularmente uma entrevista com profissionais que se notabilizaram pelo trabalho e dedicação à Instituição.

Dr. Osiris de Oliveira Camponês do Brasil

Vice-Coordenador da Comissão Científica e de Especialização Médica



PROF. DR. JOÃO FERREIRA DE MELLO

Curriculum vitae resumido

1956-1958 – Médico residente no Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital Universitário de Ann Arbor, Michigan (EUA)

11/07/1963 – Ingressa no Iamspe para organizar o Serviço de Alergia e Imunologia do HSPE

06/03/1968 – Nomeado Presidente do Conselho de Administração do Iamspe

11/07/1970 – Nomeado Superintendente do Iamspe

09/1973 – Especialista em Alergia Clínica pela Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia e Associação Médica Brasileira.

12/11/1973 – Doutorado em Medicina pela Escola Paulista de Medicina (Unifesp)

1973-1975 – Membro da Comissão Coordenadora de Ensino do HSPE

1975-1976 – Membro da Comissão de Auditoria Médica do HSPE

23/05/1979 – Nomeado Presidente do Conselho Consultivo do Iamspe

1990 – Coordenador do Programa de Residência Médica no Serviço de Alergia e Imunologia do HSPE

1990 – Membro da Comissão de Pós-Graduação do HSPE

2001-2003 – 3º Vice-Presidente da World Allergy Organization (IAACI)

2002 – Eleito membro vitalício do Conselho de Diretores Médicos do HSPE

2005-2006 – Membro do Grupo de Estudos da Rinite da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia

2007-2008 – Membro do Grupo de Ética e Defesa Profissional da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia

2008 – Membro do Conselho de Notáveis do Iamspe

2011-2012 – Membro do Grupo de Ética e Defesa Profissional da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia

Introdução: Ao longo de 50 anos, o alergologista João Ferreira de Mello construiu uma rica experiência dentro do Iamspe e do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE).

Como médico, organizou o Serviço de Alergia e Imunologia do HSPE. Como professor, coordenou o Programa de Residência Médica na sua especialidade. Como administrador, foi o primeiro superintendente do Instituto, nomeado durante o Governo Abreu Sodré.

Membro de sociedades médicas nacionais e internacionais, o dr. Mello continua ativo aos 85 anos. Nesta entrevista à **Revista Científica**, ele fala sobre essa história, que começou em 11 de julho de 1963, quando chegou para organizar o Serviço de Alergia e Imunologia do HSPE, do qual é diretor até hoje.

R.C. - Como foi a experiência de ser o primeiro superintendente do Iamspe?

Dr. João Ferreira de Mello - Foi uma experiência muito boa e repleta de desafios, aliás, uma característica de um Instituto como o Iamspe, que tem responsabilidade de prover a assistência médica dos funcionários públicos estaduais e seus dependentes. Como primeiro superintendente, dei início à construção do Prédio dos Ambulatórios, na rua Borges Lagoa, e tomei as providências para desapropriação do terreno onde hoje está instalado o Prédio da Administração e o Serviço de Transporte do Iamspe.

R.C. - É dessa época o primeiro regimento interno do Iamspe que, inclusive, está sendo atualizado pela atual administração?

Dr. Mello - Sim. Foi nessa época que consegui aprovar na Assembleia Legislativa o primeiro regimento do Iamspe, elaborado com a participação dos médicos e do Departamento Jurídico do Instituto, dirigido pela Dra. Maria Júlia Seppe de Marco.

R.C. - O senhor também deu um impulso à pesquisa dentro do HSPE...

Dr. Mello – Eu criei o Serviço de Pesquisa no HSPE, uma área ultramoderna à época, dotada de equipamentos de última geração, incluindo microscópio eletrônico, tendo o Prof. Bernardo Weinsberg como diretor.

R.C. - Que iniciativas o senhor adotou para ampliar o atendimento prestado aos usuários do Iamspe durante a sua gestão na superintendência?

Dr. Mello - Procurei descentralizar os serviços ambulatoriais com a criação do Serviço Médico na Secretaria da Fazenda e na Secretaria da Educação.

R.C. - O senhor também investiu na expansão do atendimento no Interior?

Dr. Mello – Eu ampliei o atendimento nas grandes cidades do Interior do Estado, que antes era limitado às Santas Casas, assinando convênios também com hospitais particulares para que o usuário pudesse ter mais opções de atendimento.

RC- Como o senhor descreve a trajetória do Iamspe ao longo desses 50 anos?

Dr. Mello - Eu vejo o Iamspe como uma instituição que sempre se esmerou em oferecer o melhor tratamento médico aos funcionários públicos estaduais e seus dependentes. Destaco também a qualidade da formação profissional e científica do Iamspe, impulsionando o ensino médico nacional, com pesquisas e o programa de pós-graduação, tão necessários para a formação do corpo docente, em contraste com as faculdades médicas que são criadas politicamente pelo Brasil afora sem nenhuma estrutura para oferecerem de fato uma formação de qualidade.

RC- Qual é a sua visão do futuro do Iamspe e do HSPE?

Dr. Mello - É essencial que o Iamspe e o HSPE continuem oferecendo atendimento médico de alto padrão, eficaz, resolutivo, com atenção dedicada aos idosos. Esse futuro está ligado ao processo de descentralizar os ambulatórios, para ampliar o acesso aos serviços de saúde para os funcionários públicos e seus dependentes, próximo da sua residência ou do seu local de trabalho.

Também considero importante atualizar a cada cinco anos o Regimento do Iamspe, para adequá-lo ao progresso e à evolução técnica e científica e, assim, continuar prestando um serviço médico de excelência aos nossos usuários.

Fabiano Rebouças Ribeiro¹, Cantidio Salvador Filardi Filho², Rômulo Brasil Filho¹, Antônio Carlos Tenor Junior¹, André da Costa Garcia³, Hilton Vargas Lutfi³, Thiago Medeiros Storti³, Maria Makiyama de Barros⁴, Margareth Marie Sugi Mogami⁵, Tatiana Caetano Reis⁶

Tratamento fisioterápico em grupo para capsulite adesiva do ombro

Group physiotherapy treatment for shoulder adhesive capsulitis

Artigo Original

1. Chefe do Grupo de Ombro do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
2. Médico Assistente do Grupo de Ombro do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
3. Estagiário do Grupo de Ombro do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
4. Médica Fisiatra do Setor de Fisioterapia e Fisioterapia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
5. Fisioterapeuta do Setor de Fisioterapia e Fisioterapia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
6. Terapeuta Ocupacional do Setor de Fisioterapia e Fisioterapia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Declaramos inexistência de conflito de interesses neste artigo.

Data de submissão: 07/02/2013

Data de aceite: 28/06/2013

Imagens autorizadas

Autorizações em poder do autor

Correspondência:

Grupo de ombro do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Rua Pedro de Toledo, 1800 - CEP 04029-000 - São Paulo, SP - Tel/Fax (11) 4573-8000

E-mail: fabianoreboucas@globo.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia do tratamento fisioterápico em grupo como adjuvante ao tratamento fisioterápico individual convencional na capsulite adesiva do ombro. **Métodos:** Vinte pacientes com diagnóstico clínico/imagem de capsulite adesiva foram divididos aleatoriamente em dois grupos (A e B) com dez pacientes cada. O grupo A foi submetido ao tratamento fisioterápico em grupo, associado ao tratamento fisioterápico individual convencional, e o grupo B foi submetido apenas ao tratamento individual convencional. A média de idade do grupo A foi de 60 anos (49 a 75 anos), e do grupo B, de 63 anos (51 a 72 anos). O tratamento em grupo consistiu em um programa de atividades fora do ambiente hospitalar, realizado uma vez por semana, num total de 11 semanas, sob supervisão de profissionais de Fisioterapia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Foram comparados, entre os dois grupos, os resultados finais de ganho de elevação, rotação externa e rotação interna após três meses de tratamento. **Resultados:** Os pacientes do grupo A tiveram média de ganho de elevação de 25° (0 a 60°), de rotação externa, 23° (10 a 45°) e de rotação interna, 1,1 níveis (0 a 2 níveis). Os pacientes do grupo B tiveram média de ganho de elevação de 9° (-30 a 60°), de rotação externa, 11° (-10 a 40°) e de rotação interna, 0,6 nível (0 a 2 níveis). **Conclusão:** O tratamento fisioterápico em grupo para capsulite adesiva do ombro se mostrou um método adjuvante eficaz e pode ser incluído no arsenal terapêutico para essa doença.

Descritores: Bursite/reabilitação; Medicina física; Terapia ocupacional

ABSTRACT

Aim: To assess the efficacy of group physiotherapy as an adjuvant to individual conventional physiotherapy in managing adhesive capsulitis of the shoulder. **Methods:** Twenty patients with clinically/imaging-confirmed adhesive capsulitis were randomly divided into two groups (A and B) each containing 10 patients. Group A were submitted to group physiotherapy associated with individual conventional physiotherapy, whereas Group B received only individual conventional physiotherapy. Mean age in Group A was 60 years (49 to 75 years) and in Group B was 63 years (51 to 72 years). Group treatment consisted of an activity program outside the hospital setting, performed once a week for an 11-week period, and overseen by Physiatric, Physiotherapy and Occupational Therapy specialists. Were compared between the two groups, the final results of elevation gain, and internal rotation external rotation after three months of treatment. **Results:** Group A patients had a mean gain in elevation of 25° (0 to 60°), external rotation of 23° (10 to 45°) and internal rotation of 1.1 levels (0 to 2 levels). Group B patients had a mean gain in elevation of 9° (-30 to 60°), external rotation of 11° (-10 to 40°) and internal rotation of 0.6 levels (0 to 2 levels). **Conclusion:** Group physiotherapy for adhesive capsulitis of the shoulder proved to be an effective adjuvant method which can be included in the therapeutic arsenal for managing this disease.

Keywords: Bursitis/rehabilitation; Physical medicine; Occupational therapy

Trabalho realizado:

Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Capsulite Adesiva do Ombro (CAO) é uma doença comum no ambulatório de cirurgia do ombro, acometendo 3 a 5% da população geral. É caracterizada por dor e rigidez progressivas na articulação e pode ser incapacitante¹.

Foi descrita inicialmente por Duplay et al² em 1872, que atribuíram a doença a aderências fibrosas da bolsa serosa subacromial e descreveram seu tratamento pela manipulação do ombro sob anestesia, naquela época, feita com clorofórmio. A partir de então, diversas teorias vêm sendo propostas com relação à sua etiologia e métodos de tratamento, apesar de ainda ter etiologia desconhecida e respostas variáveis aos tratamentos.

Codman et al.³, em 1934, propuseram o termo “ombro congelado” e caracterizaram a doença como benigna, cujos sintomas desapareceriam espontaneamente em cerca de dois anos.

Reeves et al.⁴ e Grey et al.⁵, em 1978, mostraram que a capsulite adesiva idiopática tem evolução autolimitada, com duração média de um a dois anos, e que a doença evoluía em três fases: congelamento, estado congelado e descongelamento.

Zuckerman et al.⁶, em 1994, propuseram uma classificação relacionando a CAO às causas intrínsecas e extrínsecas ao ombro e às doenças sistêmicas, como a diabetes mellitus ou doenças da tireóide.

Os tratamentos propostos para a CAO são diversos, desde simples analgésicos e observação do curso natural da doença, passando pela administração de corticóides e AINEs, infiltração intra-articular de anestésicos locais associados ou não a esteróides, bloqueios anestésicos do nervo supraescapular, manipulação sob narcose e distensões hidráulicas ou, cirurgicamente, com liberações de estruturas cápsulo-ligamentares e tendinosas, por via aberta ou artroscópica^{7,8}.

A abordagem multidisciplinar tem sido proposta para o tratamento da CAO, e modalidades fisioterápicas têm sido descritas como tentativa de uniformizar os resultados⁹. A literatura, no entanto, é escassa quanto à eficácia desses métodos.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a eficácia do tratamento fisioterápico em grupo como adjuvante ao tratamento fisioterápico individual convencional na CAO.

MÉTODOS

O trabalho foi realizado em conjunto pelo Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia e pelo Setor de Fisiatria e Fisioterapia do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” (HSPE-FMO), São Paulo.

No período entre maio e novembro de 2009, vinte pacientes com CAO primária foram selecionados no ambulatório do Grupo de Ombro e Cotovelo e encaminhados para tratamento no Setor de Fisioterapia do HSPE-FMO.

Todos os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo realizado, e àqueles que concordaram em participar, foi dado um termo de consentimento para inclusão no estudo científico.

Todos os pacientes foram submetidos ao exame clínico, radiográfico e de ultrassonografia do ombro acometido.

Foram utilizados como critérios de inclusão: diagnóstico clínico/imagem de CAO, início da doença há menos de seis meses e assinatura do termo de consentimento para participação de estudo científico. Os critérios de exclusão foram: histórico de cirurgia ou fratura no membro acometido ou presença de rotura do manguito rotador.

No Setor de Fisiatria e Fisioterapia, os pacientes foram divididos em dois grupos de tratamento (A e B) de acordo com a ordem de chegada, sendo que os dez primeiros ficaram no grupo A, e os próximos dez, no grupo B. O grupo A foi submetido ao tratamento fisioterápico em grupo, associado ao tratamento fisioterápico individual convencional. O grupo B (grupo controle) foi submetido apenas ao tratamento fisioterápico individual convencional. Foram formados três subgrupos dentro do grupo A. Com a chegada de pelo menos três participantes era formado um subgrupo para realização da terapia em grupo. Dessa forma, os pacientes iniciaram as atividades de forma mais precoce em relação ao tempo necessário para completar um grupo com dez participantes.

No grupo A, a média de idade foi de 60 anos (49 a 75 anos), com nove pacientes do sexo feminino e um do masculino, sendo 10 lados direitos.

No grupo B, a média de idade foi de 63 anos (51 a 72 anos), com seis pacientes do sexo

feminino e quatro do masculino, sendo cinco lados direitos e cinco lados esquerdos.

As médias de mobilidade inicial nos grupos A e B foram, respectivamente: elevação de 68° e 74°, rotação externa de 12° e 17°, e rotação interna ao nível do sacro em ambos.

O tratamento fisioterápico em grupo a que foi submetido o grupo A consistiu em um programa de 11 sessões, uma por semana, com duração de uma hora e meia. O programa de atividades ocorria geralmente fora de ambiente hospitalar, sob supervisão de profissionais de fisioterapia, fisioterapia e terapia ocupacional (Quadro 1).

Quadro 1: Programa de atividades em grupo para CAO

PROGRAMA DE 11 SESSÕES	
1ª sem	- Palestra sobre CAO com Ortopedista
2ª sem	- Avaliação funcional com Fisiatra
3ª sem	- Avaliação das Atividades da Vida Diária (AVDs)
4ª sem	- Exercícios fisioterápicos para região cervical + Terapia Ocupacional
5ª sem	- Exercícios fisioterápicos para cintura escapular + Terapia Ocupacional
6ª sem	- Confecção de bastão
7ª sem	- Exercícios fisioterápicos com bastão + Terapia Ocupacional
8ª sem	- Exercícios e atividade temática lúdica
9ª sem	- Relaxamento
10ª sem	- Reavaliação funcional com Fisiatra
11ª sem	- Reavaliação das AVDs + Autoavaliação + Confraternização

O programa foi iniciado com uma palestra sobre CAO, ministrada por um ortopedista especializado em cirurgia de ombro e cotovelo. Nesse momento, os pacientes puderam conhecer melhor a doença, esclarecer dúvidas e entrar em contato com pessoas com problemas semelhantes. Avaliação funcional e das atividades da vida diária foram realizadas pela médica fisiatra na segunda e na terceira semanas, respectivamente. Na quarta semana, iniciaram-se exercícios fisioterápicos para região cervical e atividades de terapia ocupacional, com ênfase nos membros superiores. Na quinta semana, realizaram-se exercícios fisioterápicos para cintura escapular e mantiveram-se as atividades de terapia ocupacional. Na sexta semana, os pacientes iniciaram a preparação de um bastão de madeira, que posteriormente seria utilizado em alguns exercícios. Durante essa atividade, os pacientes já foram estimulados a realizar movimentos de rotação do ombro para lixar e

pintar o bastão (Figura 1). Na sétima semana, foram realizados exercícios fisioterápicos e de terapia ocupacional utilizando o bastão (Figura 2). Na oitava semana, os pacientes tiveram atividades com temática lúdica, que poderia incluir carnaval, festa junina, entre outros temas, dependendo da época, estimulando a mobilização dos membros superiores (Figura 3). A nona semana foi reservada para exercícios de relaxamento. Na décima semana, foi feita a reavaliação funcional pela médica fisiatra. Por fim, na décima primeira semana, foram realizadas a reavaliação das atividades da vida diária, a autoavaliação e uma festa de confraternização entre os pacientes e profissionais participantes.

A medição das mobilidades inicial e final foi realizada pela mesma pessoa (médica fisiatra), com a utilização de goniômetro simples.



Figura 1: Preparo do bastão



Figura 2: Exercícios com bastão



Figura 3: Atividades com temática lúdica

Foram comparados, entre os dois grupos, os resultados finais de ganho de elevação, rotação externa e rotação interna após três meses de tratamento (Tabela 1).

Tabela 1: Dados dos pacientes

Iniciais	RG	Sexo	Idade	Lado	Elev i	RE i	RI i	Elev f	RE f	RI f	Ganho Elev	Ganho RE	Ganho RI
GRUPO													
SOL	1032817	F	53	D	120	0	T12	120	45	T10	0	45	1
AMGM	1032817	F	52	D	45	0	GT	60	10	T12	15	10	2
HM	1730304	F	49	D	30	0	T12	60	30	T10	30	30	1
JAL	1637567	M	68	D	60	0	GT	80	45	GT	20	45	0
IACG	1661798	F	57	D	60	45	T12	90	60	T10	30	15	1
CB	1283687	F	63	D	60	0	T12	90	10	T12	30	10	0
ILC	1079467	F	68	D	60	30	GT	70	45	T12	10	15	2
KW	1376392	F	75	D	90	0	T12	90	10	T12	0	10	0
LRS	1248733	F	61	D	60	10	GT	120	45	T12	60	35	2
LB	1115571	F	58	D	90	30	GT	140	45	T12	50	15	2
Média			60,4		68	12		92	35		25	23	1,1
INDIVIDUAL													
IRC	1491586	F	67	E	30	0	GT	90	0	GT	60	0	0
ACS	1644844	F	54	D	80	20	GT	90	20	GT	10	0	0
JASG	1179136	F	57	E	80	20	GT	90	45	T12	10	25	2
JM	1503106	M	71	D	60	30	S	80	60	T12	20	30	1
AGS	1410972	M	64	E	60	0	T12	60	40	T10	0	40	1
JHT	1696013	F	51	D	90	30	T12	60	30	T12	-30	0	0
KU	1351635	F	72	D	80	20	T12	90	10	T12	10	-10	0
VJR	1087080	M	64	E	90	10	T12	90	20	T7	0	10	2
ONS	1648417	M	66	D	90	10	T12	90	10	T12	0	0	0
MLO	1100876	F	64	E	80	30	GT	90	45	GT	10	15	0
Média			63,0		74	17		83	28		9	11	0,6

Fonte: SAME IAMSPE/ Prontuários

RESULTADOS

Os pacientes do grupo A tiveram média de ganho de elevação de 25° (0 a 60°), de rotação externa, 23° (10 a 45°) e de rotação interna, 1,1 níveis (0 a 2 níveis).

Os pacientes do grupo B tiveram média de ganho de elevação de 9° (-30 a 60°), de rotação

externa, 11° (-10 a 40°) e de rotação interna, 0,6 nível (0 a 2 níveis).

Os resultados não foram submetidos a análise estatística pelo baixo número da casuística, porém, foram incluídos em gráficos para melhor comparação visual. (Gráficos 1, 2 e 3).

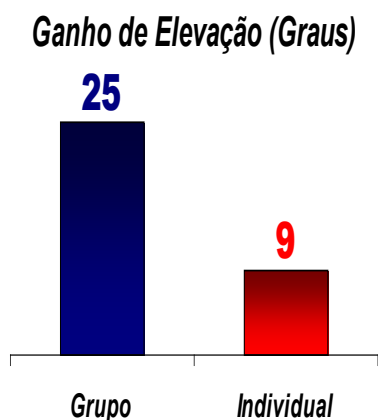


Gráfico 1: Média do ganho da elevação nos grupos de tratamento fisioterápico em grupo e individual

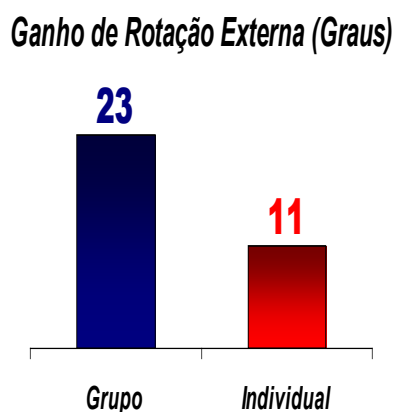


Gráfico 2: Média do ganho da rotação externa nos grupos de tratamento fisioterápico em grupo e individual

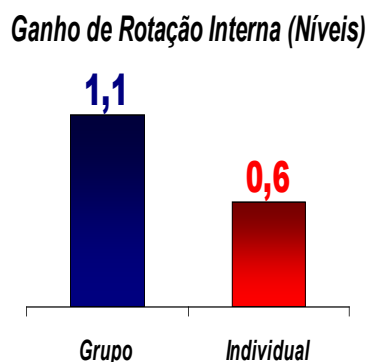


Gráfico 3: Média do ganho da rotação interna nos grupos de tratamento fisioterápico em grupo e individual

DISCUSSÃO

O tratamento fisioterápico em grupo para CAO é uma nova tentativa das áreas de ortopedia, fisioterapia e fisioterapia do HSPE-FMO para ampliar as modalidades terapêuticas não invasivas nessa doença. A literatura é escassa com relação a esses tratamentos e, portanto, não há grandes estudos para comparação.

Ferreira Filho⁹, em 2005, refere que o apoio psicológico ao paciente é fator extremamente importante no tratamento da CAO e que é preciso ganhar sua confiança para que se torne um parceiro ativo e consciente. Dentro do programa de 11 sessões, a aula com ortopedista sobre CAO busca atuar nesse sentido, permitindo aos pacientes esclarecer dúvidas sobre a doença e estabelecer contato com pessoas com problemas semelhantes.

Lech et al.¹⁰, em 1993, relatam que a abordagem multidisciplinar da CAO é decisiva para a obtenção de resultados funcionais adequados. Participaram de nosso estudo profissionais de Ortopedia, Fisioterapia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Poderiam ainda ser incluídos na equipe para trabalhos futuros: especialistas em dor, psicólogos e acupunturistas.

A maior quantidade de exercícios a que são submetidos os pacientes tratados em grupo parece estar associada aos melhores resultados obtidos¹¹. A associação de diferentes formas de exercícios, envolvendo fisioterapia e terapia ocupacional, com atividades fora do contexto hospitalar e com temática lúdica, pode proporcionar maior tempo total de exercícios, sem que isso se torne algo estressante para o paciente.

Acreditamos que os melhores resultados dos pacientes submetidos à terapia em grupo foram devidos principalmente a quatro fatores: capacidade de atuar nos aspectos psicológicos da doença, utilização de uma abordagem multidisciplinar, aplicação de maior quantidade de exercícios fisioterápicos e abordagem da terapia ocupacional.

CONCLUSÃO

O tratamento fisioterápico em grupo para capsulite adesiva do ombro se mostrou um método adjuvante eficaz e pode ser incluído no arsenal terapêutico para essa doença.

REFERÊNCIAS

1. Placzek JD, Roubal PJ, Freeman DC, Kulig K, Nasser S, Pagett BT. Longterm effectiveness of translational manipulation for adhesive capsulitis. *Clin Orthop Relat Res.* 1998;(356):181-91.
2. Duplay ES. De la périarthrite scapulohumerale et des raideurs de l'épaule qui en son la consequence. *Arch Gen Med.* 1872;20:513-42.
3. Codman EA. Tendinitis of the short rotators. In: Codman EA. Ruptures of the supraspinatus tendon and other lesions in or about the subacromial bursa. Boston: Thomas Todd; 1934. p. 216-24.
4. Reeves B. The natural history of the frozen shoulder syndrome. *Scand J Rheumatol.* 1975; 4(4):193-6.
5. Grey RG. The natural history of "idiopathic" frozen shoulder. *J Bone Joint Surg Am.* 1978; 60(4):564.
6. Zuckerman JD, Cuomo F, Rokito S. Definition and classification of frozen shoulder: a consensus approach. *J Shoulder Elbow Surg.* 1994; 3(1):S72.
7. Macedo JM, Goldstein RC, Marinho MA, Pena LW, Machado JK. Bloqueios do nervo supra-escapular no tratamento da capsulite adesiva da articulação glenoumeral. *Rev Bras Ortop.* 2000; 35(4):131-6.
8. Checchia LS, Fregoneze M, Miyazaki NA, Santos PD, Silva LA, Ossada A, et al. Tratamento da capsulite adesiva com bloqueios seriados do nervo supra-escapular. *Rev Bras Ortop.* 2006; 41(7):245-52.
9. Ferreira Filho A A. Capsulite Adesiva. *Rev Bras Ortop.* 2006; 40(10):565-74.
10. Lech O, Sudbrack G, Valenzuela Neto C. Capsulite adesiva ("ombro congelado"): abordagem multidisciplinar. *Rev Bras Surg.* 1993;24:617-24.
11. Gaspar PD, Willis FB. Adhesive capsulitis and dynamic splinting: a controlled, cohort study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009; 10:111.

Errata

No artigo "Hemoptises e febre: Qual o diagnóstico?", publicado no volume 2, numero 1, pagina 38, disponível no endereço:

<http://www.iamspe.sp.gov.br/images/cedep/cientifica/revistacientifica2013.pdf>,

onde se lê "o paciente tem p-ANCA positivo" leia-se "o paciente tem c-ANCA positivo (1/40)"

Ana Beatriz Tavares de Moura Brasil Matos¹, Ana Maria Gomes Pereira², Ilzo Viana³, Raquel Martins Arruda⁴, Daniella De Batista Depes⁵, João Alfredo Martins⁶, Reginaldo Guedes Lopes Coelho⁷

Características do ciclo menstrual e dor pélvica crônica em adolescentes: dados preliminares

Menstrual cycle and chronic pelvic pain in adolescent girls: preliminary data

Artigo Original

1. Residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Médica Encarregada do Setor de Endometriose e Dor Pélvica Crônica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

3. Médico assistente do Ambulatório de Ginecologia Adolescente do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

4. Médica assistente do Setor de Uroginecologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

5. Médica Encarregada do Setor de Histeroscopia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

6. Chefe da Seção de Ginecologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

7. Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 12/04/2013

Data de aceite: 29/07/2013

Não há conflito de interesses

Trabalho realizado como conclusão de Curso de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no ano 2012

RESUMO

Objetivos: Identificar pacientes adolescentes com suspeita clínica de dor pélvica crônica e endometriose, além de estabelecer um protocolo de triagem das adolescentes, usando um questionário dirigido para conhecer as características do ciclo menstrual. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, cuja amostra é de 46 sujeitos que responderam questionário impresso, introduzido no atendimento de pacientes do Ambulatório de Ginecologia de Adolescentes, no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, a partir de fevereiro de 2012. **Resultados:** O motivo de maior procura do ambulatório foi consulta de rotina (19 adolescentes). Dentre todas, 61,4% considerou seu ciclo menstrual normal. Trinta e nove afirmaram ter dismenorreia, com nota média dada à dor de 6,28, sendo que a dor atrapalhava alguma atividade habitual de 33 adolescentes. Dor acíclica foi referida por 39,1%. **Conclusões:** O estudo demonstrou alta prevalência de dor entre as adolescentes, com repercussão em suas atividades diárias. E, apesar disso, foi observado que essa população considera a dor parte do ciclo menstrual normal.

Descritores: Adolescentes; Endometriose; Dor pélvica crônica

ABSTRACT

Objectives: To identify, triage of adolescent patients with suspicious signs and symptoms of chronic pelvic pain and endometriosis and establish a protocol for screening of adolescents, using a questionnaire as a research tool, so that these patients can be referred to the Clinic of Endometriosis and Chronic Pelvic Pain, and thus can be diagnosed and treated early. **Methods:** This was a descriptive, longitudinal, retrospective and prospective cohort study, whose sample is 46 subjects who answered questionnaire printe, introduced in caring for patients Adolescent Gynecology Outpatient Clinic in the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, starting from February 2012. **Results:** The reason of increased demand at the clinic was a routine visit (19 teens). 61.4% of patients considered their menstrual cycle, normal. Thirty-nine claimed to have dysmenorrhea, with average grade of 6.28 given the pain, and that pain interfered with some usual activity among 33 teenagers. Acyclic pain was reported by 39.1%. **Conclusions:** The study demonstrated a high prevalence of pain among adolescents, with repercussions on their daily activities. And despite this, it was observed that this population considers pain part of the normal menstrual cycle.

Keywords: Adolescents; Endometriosis; Chronic pelvic pain

Correspondência:

Ana Maria Gomes Pereira

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO

Rua Pedro de Toledo, 1800 - CEP 04029-000 - São Paulo, SP - Tel/Fax (11) 4573-8000

E-mail: pereira.amg@ig.com.br

Trabalho realizado:

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

OBJETIVO

A dor pélvica crônica é definida, de acordo com a *International pelvic pain society*, como um quadro doloroso cíclico ou não, em região inferior do abdome ou pelve, com duração superior a seis meses¹⁻³. Pode manifestar-se apenas com o quadro álgico inespecífico, como também expressar-se por dispareunia, dismenorreia ou desconforto crônico, relacionado ou não aos ciclos menstruais. Deve, portanto, ser considerada como uma síndrome^{1,2}.

A endometriose é definida como a presença de tecido funcional, com características semelhantes ao endométrio, fora da cavidade uterina, sendo mais comum no peritônio pélvico, ovários e região retrocervical, podendo ainda acometer trato gastrointestinal e urinário, e, mais raramente, sítios extra-abdominais^{4,5}.

A endometriose é mais comum entre mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos, contudo, casos reportados entre adolescentes e até mulheres na pós-menopausa, vêm crescendo. Estudos mostram uma prevalência da afecção de cerca de 20% em mulheres em idade reprodutiva e de 30 a 50% de incidência entre as mulheres inférteis^{4,5}.

Nos consultórios de ginecologia, a dismenorreia é uma queixa comum das adolescentes. Pesquisas mostram que 70 a 91% delas já tiveram pelo menos uma experiência de menstruação dolorosa^{6,7}. Além disso, 9 a 15 % dessas queixas eram de dor severa^{8,9}.

Logo após a menarca, os ciclos anovulatórios fazem com que a dismenorreia seja uma condição clínica habitual para as adolescentes⁷. Outros autores acreditam que as condições de produção de prostaglandinas durante a ovulação favoreceriam a dor durante a descamação endometrial¹⁰. Contudo, se a dismenorreia se mantiver, esta se torna uma entidade clínica que deve ser individualizada e investigada⁷.

A dismenorreia é responsável também pela ausência escolar de 10 a 25% dessas adolescentes, e 42% deixaram de realizar outras atividades em decorrência da dor¹⁰⁻¹³.

A endometriose tem sido diagnosticada em 60 a 70% de adolescentes com dor pélvica resistente a tratamento clínico com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou contraceptivos orais^{7,10,14,15}. Assim, adolescentes que apresentam dismenorreia devem ser avaliadas, e não assumir que se trata de uma condição "normal"^{7,16}.

A etiopatogenia da endometriose ainda não está totalmente elucidada, podendo ser multifatorial. Fisiologicamente, o refluxo de fragmentos de endométrio funcional para as

tubas uterinas, e, em seguida, para o ambiente essencialmente hostil da cavidade peritoneal, é seguido de atividade proteolítica de macrófagos ativados e células *natural killer*, que degradam e digerem esses fragmentos regurgitados das tubas. Contudo, a teoria multifatorial que associa os princípios da teoria do refluxo de Sampson com outros fatores locais e imunológicos sugere que, ocasionalmente, a quantidade de tecido endometrial excederia a capacidade das linhas de defesa. Ou ainda, existiria um defeito intrínseco nesses mecanismos de defesa^{4,17,18}.

Microtraumas no peritônio exporiam a matriz celular, e ocorreria implante de tecido endometrial nessa matriz; desse modo, as células endometriais ectópicas poderiam se desenvolver. Essa interação complexa entre o implante e o tecido do hospedeiro, eventualmente resultaria na condição chamada endometriose. Se o sistema imunitário local não reparar a sua superfície, o desenvolvimento da endometriose prevalecerá, cursando com o quadro clínico da doença^{4,17,18}.

A endometriose no início da adolescência também poderia ser explicada pela teoria da metaplasia de remanescentes do tecido embrionário dos ductos de Müller^{4,17,18}.

O presente estudo tem como objetivo identificar e estabelecer um protocolo de triagem das adolescentes com sinais e sintomas suspeitos de dor pélvica crônica e endometriose. Objetiva, ainda, estabelecer um protocolo de triagem das adolescentes, usando um questionário como instrumento de pesquisa, para que essas pacientes possam ser encaminhadas ao Ambulatório de Endometriose e dor pélvica crônica, e, assim, possam ser diagnosticadas e tratadas precocemente.

MÉTODOS

O estudo realizado é descritivo e transversal, cuja casuística foi formada por 46 sujeitos que responderam a questionários impressos (Anexo 1), autoexplicativos, desenvolvidos pelos autores. Aqueles foram respondidos por pacientes adolescentes atendidas no Ambulatório de Ginecologia de Adolescentes do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, durante o período de fevereiro a agosto de 2012.

Foram incluídas na pesquisa adolescentes entre 11 e 19 anos, que já haviam apresentado menarca, que concordaram em participar do estudo, e que não tinham diagnóstico prévio de dor pélvica crônica e endometriose.

Foi aplicado instrumento de pesquisa padronizado, que foi respondido individualmente pelas pacientes. Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, cor, escolaridade, paridade, padrão do ciclo menstrual, dismenorreia e dor acíclica (frequência e intensidade), e, ainda, cirurgias prévias e endometriose em parentes de primeiro grau.

A intensidade da dismenorreia, dispareunia e dor acíclica foi quantificada por meio da escala visual analógica de dor (faces de Wong-Baker¹⁹), indicando “ausência da dor” como “0” e “pior dor possível” como “10”, o que possibilitou classificar a dor das pacientes.

Os dados coletados foram inseridos em base de dados confeccionada no programa Epi Info 3.5.2 e analisados utilizando-se os testes de Qui-quadrado e de Fisher para comparação de variáveis qualitativas, e “Student Test” para comparação de médias. O nível de significância estatística foi previamente estabelecido em 0,05.

O estudo foi conduzido segundo as Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Res. CNS 196/96). O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Iamspe na Plataforma Brasil.

Um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelas pacientes.

RESULTADOS

A média da idade das pacientes pesquisadas foi de 15 anos, e da menarca foi 11,77 anos. A raça branca prevaleceu entre as jovens estudadas, com frequência de 52,2%.

Das 46 pacientes, 43 frequentavam a escola.

O motivo que mais levou as adolescentes à consulta ginecológica foi realizar exame de rotina (19 pacientes), e três procuraram atendimento devido à dismenorreia (Tabela 1).

Tabela 1: Motivos de consulta ginecológica das adolescentes no HSPE 2012

Motivos	Frequência	%
Curso	4	8,70
Dismenorreia	3	6,50
Planejamento familiar	0	0
Sangramento uterino anormal	5	10,90
Rotina	19	41,30
Não responderam	12	26,10
TOTAL	46	100

HSPE/2012

A maioria das pacientes considerou seu ciclo menstrual normal – 27 pacientes (61,4%).

Quatro pacientes tinham gestação prévia, mas não responderam às questões sobre tipo de parto e número de gestações e abortamentos.

Trinta e nove pacientes (84,8%) afirmaram ter dismenorreia. O tempo médio de início da dor, desde a menarca, foi de 25,8 meses (variando de 0 a 84 meses). Após a menarca, o tempo médio para o início dos sintomas foi de 10,48 meses (0 a 44 meses).

A nota média dada pelas pacientes para a dismenorreia sentida foi de 6,28. A graduação das notas está registrada na tabela 2.

Tabela 2: Notas de dismenorreia, de acordo com escala visual analógica de dor.

Nota Dismenorreia	Frequência	%
0	6	13
3-5	8	17,4
6-7	12	26,1
8-9	14	30,4
10	6	13
Total	46	100

HSPE/2012

Trinta e três adolescentes, 84,6%, afirmaram que a dismenorreia atrapalhava suas atividades habituais, com uma média de 2,64 dias no mês em que não conseguiam realizar pelo menos alguma atividade cotidiana, como ir à escola, fazer tarefas domésticas ou de lazer (Tabela 3).

Dezoito pacientes (39,1%) afirmaram ter dor acíclica, e onze delas associavam o sintoma constipação à dor. A dor acíclica afastou completamente as pacientes de suas atividades por um tempo médio de 3,72 dias ao mês. Dessas pacientes, oito fizeram uso de algum tipo de medicação antiálgica, com completa melhora dos sintomas.

Tabela 3: Frequência de adolescentes que tiveram interferência em atividades diárias pela dismenorreia.

Atividade	Frequência	%
Doméstica	23	69,7
Ir a escola	26	78,8
Prática de esportes	28	84,8
Lazer	25	75,8

HSPE/2012

Com relação à primeira relação sexual, 12 adolescentes responderam já ter iniciado a vida sexual, com média de idade de 14,5 anos (13 a 17

anos). Destas, sete apresentaram dispareunia de penetração e quatro, de profundidade, enquanto três referiram dor pélvica após o coito. A nota média dada à dispareunia de profundidade foi de 3,16 (0 a 6,5) e 25% delas referiram que essas dores atrapalhavam a relação sexual.

No grupo de adolescentes que consideraram seu ciclo menstrual como normal (Grupo I), foi observado que 23 pacientes (85,2%) apresentavam dismenorreia, sendo a nota média da dor: 6,12 (0 a 8,5) e o tempo médio de dismenorreia: 25,86 meses (0 a 72 meses).

Entre as pacientes que não consideravam seu ciclo menstrual normal (Grupo II), 82,4% (14 adolescentes) referiram dismenorreia, com nota média de dor de 6,44 (0 a 10) e com tempo médio de 24,06 meses (0 a 84 meses).

Não houve diferença estatística entre os valores médios de nota da dismenorreia ($p=0,74$) ou de tempo do sintoma ($p=0,80$) entre estes grupos estudados.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a média da idade das pacientes pesquisadas foi de 15 anos, similar ao estudo australiano realizado por Parker, Sneddon e Arbon, 2009, intitulado MDOT (The menstrual disorder of teenagers)⁶, em que a média da idade foi de 16 anos e 10 meses.

A idade média da menarca das adolescentes estudadas foi 11,77 anos, cerca de um ano de diferença entre as adolescentes australianas que participaram do MDOT⁶, cuja média de idade foi 12 anos e 9 meses.

A presente investigação observou frequência de quase 85% de queixa de dismenorreia entre as adolescentes entrevistadas. O estudo realizado na Austrália⁶, com cerca de mil adolescentes, encontrou frequência de 93%, o que também foi condizente com a variação encontrada em outras pesquisas⁷⁻⁹.

Na literatura científica, muitos estudos sugerem que a endometriose é o diagnóstico mais comum entre as pacientes com dor pélvica crônica, e que a dismenorreia é o sintoma mais comum nessas pacientes²⁰⁻²².

É ainda descrito na literatura que dois terços de mulheres adultas com endometriose diagnosticada já apresentavam sintomas antes dos 20 anos de idade^{20, 21}.

É importante observar que mais de 80% das adolescentes incluídas neste estudo apresentavam queixa de dismenorreia; contudo, apenas três pacientes procuraram atendimento médico devido à dor, o que leva ao

questionamento da noção de normalidade do ciclo menstrual.

As adolescentes aparentaram aceitar a dismenorreia como normal, pois após o questionamento dirigido, 39 pacientes registraram ter dismenorreia, e apenas três procuraram atendimento devido à dor, e, ainda, 61,4% responderam que seus "ciclos menstruais eram normais".

Observou-se, ainda, que a dismenorreia referida apresentou intensidade considerável, visto que a nota média dada à dor pelas adolescentes foi de 6,28, e que 20 pacientes (43,4%) apresentavam dor severa (intensidade 8-10). Outros estudos^{6,8,9} mostraram uma prevalência menor de dor severa entre as adolescentes, contudo, também considerável, fato que requer atenção e cuidado dos ginecologistas.

Dentre as pacientes que afirmaram ter dismenorreia, 84,6% referiram que a dor dificulta alguma atividade cotidiana, principalmente a prática de esportes, com frequência até 84,8%.

O MDOT⁶ mostrou que, dentre as atividades diárias que tinham pouca interferência da dor, a mais prejudicada foi ir à escola, com 88,1%, e, dentre as atividades com alta interferência, estava a relação sexual (38,5%). Na presente pesquisa, não foi correlacionada a relação sexual com a dismenorreia, e sim com a dispareunia; contudo, a amostra de adolescentes que já haviam tido relação sexual foi muito pequena para inferir qualquer associação.

O estudo australiano⁶ referido previamente afirmou ser o primeiro a demonstrar uma associação altamente significativa entre sintomas e distúrbios menstruais e absenteísmo escolar e interferências nas atividades escolares, encontrando cerca de 61 a 88% de adolescentes referindo interferência leve em alguma atividade. Do total, 11,9% tiveram alta interferência na frequência escolar relacionada à dor.

Neste trabalho, 78,8% das adolescentes tiveram alguma interferência devida à dor para ir à escola. As outras pesquisas¹⁰⁻¹³ também não quantificaram o nível de interferência nas atividades rotineiras das adolescentes e encontraram uma frequência mais baixa de absenteísmo (até 42 %).

É essencial, então, valorizar essas queixas e investigá-las, visto que a literatura demonstra que a endometriose, principal causa de dor pélvica crônica, é presente em 70% dos casos refratários a tratamento clínico (anti-inflamatórios não esteroides e contraceptivos

orais combinados), é uma doença progressiva e, quando não diagnosticada e tratada adequadamente, pode levar a doença severa e infertilidade^{22,23}.

Templeman²⁴ afirma que a real prevalência de dismenorreia é difícil de estimar, visto que a maioria das pacientes não procura atendimento médico devido à dor, e estudos realizados por Harel²⁵ demonstraram que 98% de adolescentes utilizam algum tipo de medida não farmacológica para melhorar a dor.

O presente trabalho corrobora os dados mencionados, visto que, apesar de a grande maioria das pacientes ter dismenorreia, uma parcela muito pequena procurou atendimento especializado.

O presente estudo contemplou também os sintomas acíclicos, observado em 18 adolescentes (39,1%), para realizar uma triagem das pacientes com possíveis sintomas de endometriose, e encaminhá-las ao ambulatório adequado para realizar a investigação clínica e cirúrgica, caso necessária.

O estudo MDOT⁶ relatou cerca de 15% de adolescentes com sintomas acíclicos que deveriam ser investigados. A taxa deste estudo foi maior que a encontrada pela pesquisa australiana. Tal fato pode ser justificado por uma

amostra reduzida e uma população composta por pacientes do HSPE que procuraram o mesmo para obter algum tratamento médico, ou seja, que teoricamente apresentariam algum sintoma ou queixa clínica, enquanto o MDOT⁶ realizou a pesquisa com adolescentes em escolas.

Dessa forma, é necessário manter a pesquisa, para verificar se os resultados serão alterados ou não com uma amostra maior.

CONCLUSÃO

Houve alta frequência de dismenorreia entre adolescentes que procuraram atendimento em ambulatório especializado. Foi identificada também uma porcentagem significativa de dor severa entre essas queixas e taxa importante de absenteísmo escolar em decorrência da dor. Entretanto, a grande maioria delas também considerava seus ciclos menstruais como normais.

Desse modo, é importante dispensar atenção aos casos de dor moderada e severa, e realizar o tratamento adequado, visto que uma parcela destes podem ser causados por endometriose, e, caso não seja tratada, pode evoluir para formas mais infiltrativas e acarretar sequelas como infertilidade.

REFERENCIAS

1. Schor E, Sato H, Kopelman A, Sartori MG. Dor pélvica crônica. In: Girão MJ, Lima GR, Baracat EC. Ginecologia. São Paulo: Manole; 2009. p. 181-7.
2. Schor E, Sato H, Sartori MG, Girão MJ. Endometriose. In: Girão MJ, Lima GR, Baracat EC. Ginecologia. São Paulo: Manole; 2009. p.189-197.
3. Ortiz DD. Chronic Pelvic Pain in Women. Am Fam Physician. 2008; 77(11):1535-42
4. Nacul AP, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(6):298-307.
5. Wilson AL. Endometriosis. A common cause of infertility and pelvic pain. JAAPA. 2003; 16(12):20-3.
6. Parker MA, Sneddon AE, Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study Australian teenagers. BJOG. 2010; 117(2):185-92.
7. Chapron C, Borghese B, Streuli I, Ziegler D. Markers of adult endometriosis detectable in adolescence. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011; 24(5 Suppl):S7-S12.
8. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol. 1982; 144(6):655-60.
9. Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. Pediatrics. 1981; 68(5):661-4.
10. Song AH, Advincula AP. Adolescent chronic pelvic pain. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2005;18(6):371-7.
11. Schroeder B, Sanfilippo JS. Dysmenorrhea and pelvic pain in adolescents. Pediatr Clin North Am. 1999; 46(3):555-71.
12. Svanberg L, Ulmsten U. the incidence of primary dysmenorrhea in teenagers. Arch Gynecol. 1981; 230(3):173-7.
13. Harlow SD, Park M. A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. Br J Obstet Gynecol. 1996; 103(11):1134-42.
14. Reese KA, Reddy S, Rock JA. Endometriosis in an adolescent population: the Emory experience. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1996; 9(3):125-8.

15. Laufer MR, Goitein L, Bush M, Cramer DW, Emans SJ. Prevalence of endometriosis in adolescent women with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997; 10(4):199-202.
16. Laufer MR. Helping "Adults Gynecologists" Diagnose and treat adolescent endometriosis: reflections on my 20 years of personal experience. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011; 24(5 Suppl):S13-S17.
17. Ventolini G, Horowitz GM, Long R. Endometriosis in adolescence: a long-term follow-up fecundability assessment. *Reprod Biol Endocrinol.* 2005; 3:14.
18. Laufer MR, Sanfilippo J, Rose G. Adolescent endometriosis: diagnosis and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003; 16(3 Suppl):S3-S11
19. Wong DL, Hockenberry-Eaten M, Wilson D, Winkelstein ML, Schwartz P. Wong's essentials of pediatric nursing. 6 ed. St. Louis: Mosby Inc., 2001. p. 1301.
20. Vicino M, Parazzini F, Cipriani S, Frontino G. Endometriosis in young women: the experience of GISE. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010; 23(24):223-5.
21. Stratton P. The tangled web of reasons for the delay in diagnosis of endometriosis in women with chronic pelvic pain: will the suffering end? *Fertil Steril.* 2006; 86(5): 1302-4.
22. Unger CA, Laufer MR. Progression of endometriosis in non-medically managed adolescents: a case series. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011; 24(2):e21-3.
23. Smorgick-Rosenbaum N, Marsh C, As-Sanie S, Smith YR, Quint EH. Comorbidities in adolescents with endometriosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012; 25: e42
24. Templeman C. Adolescent endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009; 36(1):177-85.
25. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006; 19(6):363-71.



ANEXO

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL "FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA"

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Nome: _____ prontuário: _____

Telefone (com DDD): _____

ESTA PESQUISA DEVE SER RESPONDIDA INDIVIDUALMENTE

Idade: _____ Idade da primeira menstruação: _____ Cor da pele (Raça): _____

Qual o motivo da sua consulta ginecológica no dia de hoje? _____

Você considera seu ciclo menstrual normal? () SIM () NÃO

1. Você estuda? () SIM () NÃO Se você estuda, que série está cursando? _____

2. Já engravidou alguma vez? () SIM () NÃO (RESPONDA OS ITENS a,b,c,d se SIM)

- a. Quantas vezes engravidou? _____
- b. Quanto tempo durou cada gestação (em meses)?
Primeira: _____ meses
Outras: _____
- c. Qual o tipo de parto? (normal, fórceps ou cesárea)
Primeira gestação: _____
Outras gestações: _____
- d. Alguma gravidez terminou antes (ABORTO)? () SIM () NÃO

3. Qual o intervalo dos seus ciclos menstruais (quantos dias demoram entre uma o começo de uma menstruação e o começo da menstruação seguinte)?

() Menos de 21 dias () 22 a 35 dias () Mais de 35 dias

4. Quantos dias dura o seu sangramento menstrual?

() Menos de 3 dias () 4 a 7 dias () Mais de 7 dias

5. Você acha que a quantidade do seu fluxo menstrual é?

() Pequena () Moderada () Intensa

6. Você sente dor na barriga quando está menstruada (cólica menstrual)?

() SIM () NÃO

e. Há quanto tempo sente dor (MESES ou ANOS)? _____

7. Se você pudesse dar uma nota de 0 a 10, sendo 0 AUSÊNCIA DE DOR e 10 DOR MÁXIMA POSSÍVEL, qual seria a nota da sua dor menstrual? **ASSINALE A CARINHA CORRESPONDENTE ABAIXO:**

 0 (sem dor)	 1-2	 3-5	 6-7	 8-9	 10 (dor máxima)	DÊ UMA NOTA DE 0 A 10: _____
--------------------	---------	---------	---------	---------	------------------------	---

Carolina Reis Stipp¹, Camila Pires de Sousa¹, Elizabeth Lucena Custodio¹, Ana Thereza Estrêla², Juliane de Lemos Armada Ramos³, Elaine Priscila Mendoza Faleiros⁴.

Perfil dos pacientes caidores do ambulatório de quedas da geriatria do HSPE-FMO de São Paulo

Profile of patients from the outpatient falls falls geriatrics HSPE-FMO of São Paulo

Artigo Original

1. Aprimoranda de Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Fisioterapeuta do ambulatório, pós-graduada lato sensu em Psicomotricidade e preceptora do Aprimoramento Profissional de Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

3. Fisioterapeuta Mestra em Gerontologia pela UNICAMP e preceptora do Aprimoramento Profissional de Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

4. Fisioterapeuta especialista em Musculoesquelética pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e em Oncologia pela FACIS e preceptora do Aprimoramento Profissional de Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 04/03/2013
Data de aceite: 10/07/2013

Correspondência:

Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Rua Pedro de Toledo, 1800 - CEP 04029-000 - São Paulo, SP - Tel/Fax (11) 4573-8000

E-mail: carol_stipp@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A população brasileira envelhece, esse é um fato crescente. Acredita-se que, em 2020, 1 em cada 13 brasileiros terá mais de 60 anos. Sabe-se que as alterações naturais, assim como as alterações patológicas que ocorrem no envelhecimento, podem levar a uma diminuição da capacidade funcional e ao aumento de risco de quedas no idoso. As causas dessas quedas são multifatoriais e envolvem elementos intrínsecos e extrínsecos, podendo ter consequências, como: fraturas, diminuição da independência e da autonomia, internação hospitalar e até aumento da mortalidade. Dessa forma, as quedas precisam de atenção especial, devido às suas consequências desastrosas na vida da pessoa idosa. O presente trabalho tem como objetivo estudar o perfil dos pacientes e as causas de quedas dos mesmos, que são atendidos no ambulatório de geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) em São Paulo. **Métodos:** É um estudo retrospectivo de corte transversal, realizado no ambulatório de quedas do hospital. Foram analisados 71 prontuários quanto às seguintes variáveis: idade, número de quedas, local, condição da queda, principais doenças prévias relatadas, número de medicação em uso, comprometimento da capacidade funcional, força muscular, principais queixas, equilíbrio (pela escala de equilíbrio de Berg) e instabilidade da marcha. Os critérios de exclusão foram: pacientes acamados; pacientes com déficit cognitivo; idosos não caidores, avaliações incompletas e sem ficha de avaliação. As informações foram digitadas em banco de dados e analisadas por meio de distribuições percentuais no Microsoft Excel 2007. **Resultados:** Dos 71 idosos, 59 eram do sexo feminino e 12 do sexo masculino, a partir dos quais encontramos 51 que relataram ocorrência de queda nesse ano. A média da idade foi de 80 anos. Sendo assim, 20 relataram ocorrência de uma queda e 31 relataram a ocorrência de mais de uma queda no último ano. Mais da metade eram idosos independentes nas suas atividades básicas da vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Dos idosos, 35% relataram ter caído no domicílio e ter escorregado no momento da queda. As principais queixas foram de fraqueza e dor em MMII (tontura e diminuição de equilíbrio). E as principais doenças associadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, Osteoporose, Diabetes Mellitus e Artrite. **Conclusão:** O perfil dos idosos inseridos no ambulatório de quedas do HSPE-FMO é composto, em sua maioria, por mulheres de idade avançada, portadoras de diversas patologias, fazendo uso de quatro ou mais medicamentos, apresentando grau de diminuição de força muscular (principalmente em MMII), alteração de marcha e independência nas ABVDs e AIVDs. As causas das quedas são multifatoriais, envolvendo tanto elementos intrínsecos como extrínsecos.

Descritores: Idoso; Quedas; Fatores de risco; Acidente por quedas; Saúde do idoso

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian old population grows more and more each day. Believes that in 2020, 1 per 13 Brazilians will be more than 60 years. Natural changes and pathological that happen in the old age could provoke a decrease in the functional capacity and increase the risk of falls for the elderly. The causes of this falls are multi factors and involve intrinsic and extrinsic elements that may have consequences as fractures, independence and autonomy decrease, hospitalization and also a mortality increase. Thereby, falls needs a special attention due to their awful causes in the elderly life. **Objective:** The point of this meaning is to study the profile of the patients and the causes of them in the geriatric ambulatory at Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) in São Paulo. **Methods:** This is an retrospective cross-cut study realized at the falls ambulatory. It was analyzed 71 enchiridions by: age, number of falls, place, condition of the fall, main diseases, number of medications in use, functional capacity, muscle strength, main complains, balance (by the equilibrium scale of Berg) and gait stability. The exclusion criterion were: bedridden patients, cognitive deficit patients, non falling patients, incomplete evaluations and patients without files of evaluation. The informations were entered at database and analyzed for percentage distributions by Microsoft Excel 2007. **Results:** Of 71 elderly, 51 were female and 12 male. The average old is 80 years old which 51 of them reported fall this year. 20 of them reported one fall and the other 31 more than one fall this year. More than the half part were independent in them basic activity of daily life (ABVDs) and instrumental activity of daily life (AIVDs). 35% reported their fall at home and slipped at the moment of the fall. The main complaints were weakness and MIMII pains (legs), dizziness and impaired balance. The main diseases associated were Arterial Systemic Hypertension, Dyslipidemia, Mellitus Diabetes and Arthritis. **Conclusion:** The elderly profile inserted at the falls ambulatory of HSPE-FMO is composed mostly by old woman, carrying pathology, using four or more medications that present weak muscle strength (mainly MMII) gait changes in mostly ABVD's and AIVD's independent. Being the cause of the falls multi factors and and intrinsic and extrinsic elements.

Keywords: Elderly; Fall; Risk factors; Accidents from falls; Health of the elderly

Trabalho realizado:

Trabalho desenvolvido durante curso de aprimoramento profissional de Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A população brasileira envelhece, esse é um fato crescente. Acredita-se que em 2020, 1 em cada 13 brasileiros terá mais de 60 anos¹.

Segundo Barbosa et al.¹, o envelhecimento promove não só alterações cognitivas como também mudanças nos sistemas musculoesquelético, nervoso, somatossensorial, visual, vestibular e cardiorrespiratório.

Tais alterações têm impacto na funcionalidade do indivíduo idoso e podem fazer com que capacidades básicas e já estruturadas, como o equilíbrio, fiquem alteradas em determinadas condições. A redução da habilidade para controlar a postura e a marcha levam à diminuição da capacidade funcional e ao aumento do risco de quedas².

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio postural, e tanto podem ser decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico, quanto de uma condição clínica adversa que afete secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade. Por isso, a queda pode ser um evento sentinela, sinalizador do início do declínio da capacidade funcional ou sintoma de uma doença³.

Queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade⁴.

A possibilidade de um idoso sofrer uma queda tem relação direta com a sua idade. Indivíduos com mais de 65 anos apresentam chances de cair entre 28 e 35%, ao passo que aqueles maiores de 75 anos podem cair até 40% mais vezes⁵.

As causas de quedas entre idosos são multifatoriais e envolvem elementos intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são aqueles provenientes das alterações fisiológicas decorrentes da idade e de processos patológicos, além dos fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos⁶.

Já os extrínsecos incluem ambientes desarrumados ou confusos, iluminação deficiente, tapetes em superfícies lisas, presença de degraus de altura ou largura irregulares, ausência de corrimões, cama e cadeira com alturas inadequadas, uso de chinelo ou sapatos mal ajustados e com solados escorregadios, entre outros.

Devido ao impacto negativo na vida dos idosos, as quedas precisam de atenção especial. O presente trabalho tem como objetivo estudar

o perfil dos pacientes que são atendidos no ambulatório de quedas da geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) em São Paulo.

A necessidade de saber o perfil desses idosos caído servirá para auxiliar na abordagem e na conduta terapêutica, focando num melhor tratamento fisioterapêutico para essa população, e em programas ainda mais focados na prevenção de quedas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo de corte transversal, realizado no ambulatório de quedas do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) em São Paulo, sobre o perfil das quedas dos idosos usuários deste ambulatório.

Os dados foram colhidos a partir de fichas de avaliação da equipe do ambulatório de prevenção de quedas do hospital, no período de fevereiro a outubro de 2012. Os pacientes são caído procedentes do ambulatório e tinham idade superior a 65 anos.

Os critérios de exclusão foram: pacientes acamados, pacientes com déficit cognitivo grave, com avaliação incompleta e sem avaliação.

Foram analisados 71 prontuários com as seguintes variáveis: idade, número de quedas, local, condição da queda, principais doenças prévias relatadas, número de medicação em uso, comprometimento da capacidade funcional (Katz e Lawton⁸), força muscular (avaliada por resistência manual), principais queixas, risco de queda (pela escala de equilíbrio de Berg) e instabilidade da marcha.

A escala de Berg tem como objetivo avaliar o equilíbrio em diferentes situações. Tem pontuação máxima de 56 pontos com 14 itens, sendo que cada item possui uma escala ordinal de cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor o desempenho. O teste é simples, fácil de administrar e seguro para a avaliação de pacientes idosos. Também oferece uma boa avaliação quantitativa das habilidades, pois suas tarefas são representativas de atividades executadas no dia a dia⁷.

A capacidade funcional foi verificada com a aplicação das Escalas de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), de Katz, e de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), de Lawton, amplamente incluídas em avaliações geriátricas, classificando o sujeito como independente, dependente ou parcialmente dependente⁸.

As informações foram digitadas em banco de dados e analisadas por meio de distribuições percentuais no Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

Durante o período estudado (oito meses), foram analisadas 71 fichas de idosos, sendo 59 indivíduos do sexo feminino e 12 do sexo masculino, a partir das quais 51 idosos relataram ocorrência de queda no último ano. O grupo que sofreu quedas foi predominante de mulheres com média etária de 80 anos.

Foram somadas 51 quedas. Vinte idosos relataram ter caído uma vez no último ano, representando 41% da população estudada; oito relataram ter tido duas quedas, representando 16%; sete relataram três quedas, representando 14%; doze relataram quatro quedas, representando 25%; e dois apresentaram cinco quedas, representando 4% (Gráfico 1).

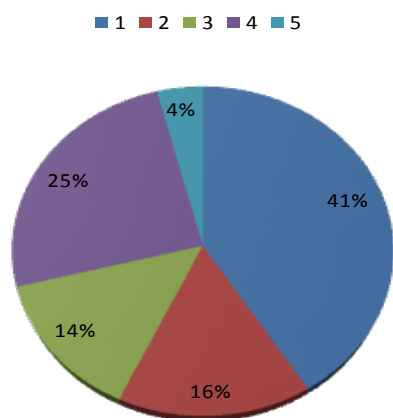


Gráfico 1: Incidência de quedas na população de 71 idosos do ambulatório de geriatria do HSPE-FMO

As doenças encontradas na população estudada foram: Dislipidemia - DLP (12%), Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS (25%), Osteoporose (11%), Parkinson (4%), Diabetes Mellitus - DM (11%), Cardiopatia (4%), Artrose (10%), História de Acidente Vascular Encefálico - AVE (4%), Depressão (4%), Asma (2%), Hipotireoidismo (3%), Neuropatia (1%), Fratura de fêmur, Labirintite, Artrite, entre outras (4%). Uma vez que as principais doenças são HAS (25%), DLP (12%), Osteoporose, DM (11%) e Artrose (10%), caracteriza-se o perfil crônico da população de idosos caídores ambulatoriais (Gráfico 2).

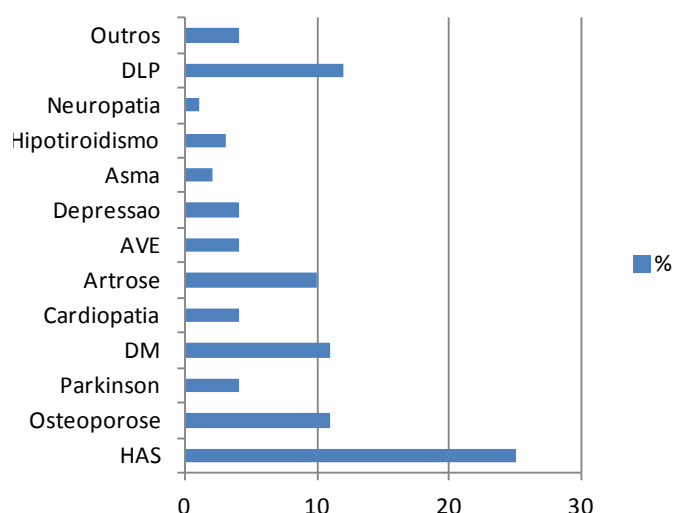


Gráfico 2: Principais doenças da população de 71 idosos do ambulatório de geriatria do HSPE-FMO

O local onde mais ocorreu queda foi dentro do domicílio (19 idosos - 35%) (Quadro 1), principalmente entre as mulheres.

Quadro 1: Ocorrência dos principais locais e condições que levaram à queda, em idosos atendidos no ambulatório do HSPE-FMO

Variável		(%)
Local	Domicílio	35
	Ambiente externo	29
	Banheiro	15,22
	Quintal	15,22
Condições	Escorregar	36,36
	Tontura	20,45
	Desequilíbrio	15,9
	Fraqueza de membros inferiores (MMII)	9,09
	Tropeço	9,09
	Desmaio	4,55
	Queda da escada/cadeira	2,27

Os principais relatos das condições das quedas foram: ter escorregado (16 pessoas), tontura no momento da queda (nove pessoas) e ter-se desequilibrado (sete pessoas).

As principais queixas da população estudada foram: fraqueza em MMII (23%), dor em MMII (15%), tontura (14%) e falta de equilíbrio (17%) (Gráfico 3).

Portanto, as causas de quedas dessa população estudada são multifatoriais e envolvem elementos intrínsecos e extrínsecos.

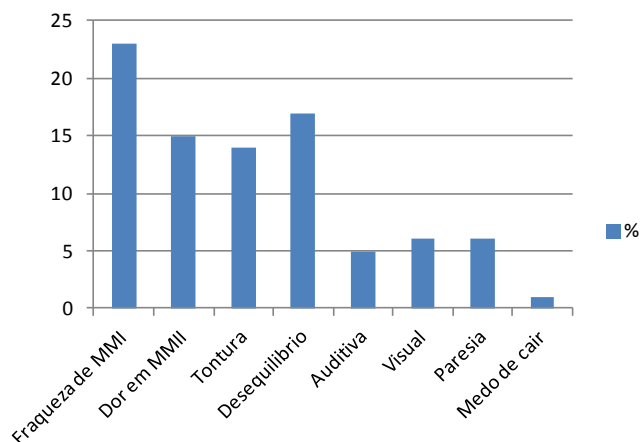


Gráfico 3: Ocorrência das principais queixas dos idosos atendidos no ambulatório HSPE-FMO

Quadro 2: Capacidade funcional, força muscular e marcha em 71 idosos do ambulatório de quedas do HSPE-FMO

Variável		%
Funcionalidade ABVDs	Independente	85
	Parcialmente dependente	7,14
	Dependente	5,71
	Parcialmente independente	1,4
AIVDs	Independente	51
	Parcialmente dependente	26
	Dependente	23,19
	Parcialmente independente	0
Força Muscular FM	Diminuída em MMII	70,15
	Sem alteração	21
	Diminuída em MMSS	8,96
Marcha	Com instabilidade	75
	Sem instabilidade	25
Berg	Média da pontuação	33,6

Em relação à funcionalidade, nas ABVDs, 80% da população estudada, ou seja, 60 idosos, são independentes nas suas atividades básicas. Já nas AIVDs, 51% dos indivíduos foram classificados como independentes. Isso mostra que a população do presente estudo tem um perfil ativo com manutenção de sua independência e autonomia (Quadro 2).

Em relação à força muscular, mais da metade da amostra apresentou fraqueza de MMII, sendo esse um fator importante

e de total influência para o risco de quedas, podendo levar à alteração da marcha e desequilíbrio, o que também foi apresentado no presente estudo (75%).

A pontuação da escala de equilíbrio de Berg também foi avaliada e obteve uma média da pontuação de 33,6, mostrando que os indivíduos apresentaram risco de quedas.

DISCUSSÃO

No presente estudo, os idosos são, em sua maioria, do sexo feminino, na faixa etária de 80 anos, com elevado número de doenças e medicamentos em uso e número de ocorrências de quedas igual ou superior a dois. Além disso, a maioria tem alta independência funcional nas ABVDs. Essas características se devem provavelmente ao local onde a pesquisa foi realizada, já que idosos ambulatoriais se diferenciam de idosos institucionalizados e internados.

As ocorrências de quedas encontradas no presente estudo seguem os padrões dos países ocidentais, onde há maior chance de queda para o sexo feminino. No entanto, o que poderia explicar esse fator é a maior prevalência de doenças crônicas, maior exposição às atividades domésticas, maior morbidade e comportamento de maior risco^{9,10}.

Vellas et al.¹¹ identificaram que o risco de quedas associado ao sexo feminino aumentou ligeiramente depois de se ajustar às variáveis: idade, índice de massa corpórea, distúrbios de marcha e equilíbrio corporal, assim como uso de medicações.

Lojudice et al.¹⁰ relatam que idosos mais velhos apresentam maior restrição da atividade física, o que possivelmente contribui para deteriorar o processo do envelhecimento, aumentando a chance de quedas.

A hipertensão arterial está presente na maior parte dos idosos que caíram. Ainda existe controvérsia na literatura científica sobre associação entre hipertensão e quedas, uma vez que alguns estudos não encontraram essa associação, enquanto outros a relacionam à hipotensão postural causada pelo uso de anti-hipertensivos^{12,13}.

A osteoporose, apresentada por 11% da amostra, tem forte relação com quedas, podendo levar a fraturas e declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida do indivíduo. Indivíduos com osteoporose podem apresentar alteração postural, distúrbio da marcha, desequilíbrio, favorecendo a queda e aumento da mortalidade¹⁴.

A depressão, outra doença também frequente, encontrada em alguns dos idosos estudados, está relacionada à queda. A presença de sintomas depressivos é um importante fator preditor para duas ou mais quedas, em decorrência do efeito de medicações antidepressivas, do declínio da capacidade funcional, baixa confiança, reclusão e inatividade, além da alteração no controle postural, desorientação visuoespacial e distúrbios do comportamento associados¹⁵.

Os antidepressivos e benzodiazepínicos podem causar sedação, alterações psicomotoras, relaxamento muscular e bloqueio beta-adrenérgico, aumentando a ocorrência de hipotensão ortostática que, por sua vez, aumenta a propensão a quedas¹⁶.

Os dados referentes ao uso de medicamentos também estão em concordância com os de outros autores. Estes afirmam que o uso de medicamentos é um fator de risco de quedas, pois as drogas podem diminuir o alerta, causar fraqueza muscular, tontura, arritmia, hipotensão postural, principalmente em doses inapropriadas¹⁷. Neste estudo, os 71 idosos faziam uso de mais de um medicamento.

Alguns autores afirmam que quanto maior o número de doenças identificadas, maior a lista de prescrições, e que o número de efeitos colaterais tende aumentar com o número de medicações. Aumentando, portanto, o risco de quedas¹⁸.

No presente estudo, corroborando com Silva et al.¹⁹, os idosos caíram durante atividades simples e rotineiras como deambular, quando o esperado é a maior ocorrência de quedas durante atividades mais complexas e de riscos, como subir e descer escadas. Isso provavelmente denota a diminuição da atenção, mesmo na população de idosos mais ativos e independentes.

Neste estudo, não houve nenhum relato que confirmasse a Síndrome pós-queda, apenas relatos isolados de pacientes que afirmaram estar mais atentos aos riscos por já terem tido queda antes. O medo de voltar a cair, ou “síndrome pós-queda”, também foi relatado por diversos autores. Segundo Fabrício et al.¹⁷, o medo após a queda pode trazer consigo não somente o medo de novas quedas, mas também de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas para o autocuidado ou para realizar atividades da vida diária, ou seja, medo das consequências inerentes à queda. Portanto, todos esses sentimentos podem trazer importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais, tais como: perda de autonomia e independência para ABVDs e AIVDs, diminuição de atividades sociais, sentimento de fragilidade e insegurança.

Gomes et al.²⁰ citam, como outra causa importante para o risco de quedas, idosos que apresentam baixos níveis de força muscular. Assim como os que já sofreram uma ou mais quedas podem limitar os movimentos e consequentemente diminuir a força muscular. De acordo com este estudo, 70,15% dos idosos apresentaram diminuição de força muscular em MMII.

Os prontuários desses pacientes idosos não continham informações sobre possíveis deficiências nutricionais deles, uma vez que essa avaliação é feita em outro departamento (de nutrição). Por isso, esse aspecto não foi contemplado neste trabalho, embora a deficiência nutricional seja um fator relacionado ao distúrbio da marcha, perda de força muscular e osteoporose, podendo levar ao risco de quedas.

Os dados da pesquisa mostram o perfil dos idosos do ambulatório do HSPE-FMO, avaliados na prática dos profissionais de saúde, como fisioterapeutas. Esses dados auxiliam no tratamento e mostram a necessidade de cuidados com esses caídores.

CONCLUSÃO

O perfil dos idosos inseridos no ambulatório de quedas do HSPE-FMO, em São Paulo, é composto, em sua maioria, por

mulheres de idade avançada, portadoras de diversas patologias, fazendo uso de quatro ou mais medicamentos, que apresentam grau de diminuição de força muscular (principalmente em membros inferiores), instabilidade na marcha e independência nas ABVDs e AIVDs.

Com relação ao local e ao modo como ocorreram as quedas, foram mais frequentes as quedas em domicílio durante a deambulação.

REFERÊNCIAS

- Barbosa JM, Prates BS, Gonçalves CF, Aquino AR, Parentoni AN. Efeito da realização simultânea de tarefas cognitivas e motoras no desempenho funcional de idosos da comunidade. *Fisioter Pesqui*. 2008; 15 (4):374-9.
- Aikawa AC, Braccialli LM, Padula RS. Efeitos das alterações posturais e de equilíbrio estático nas quedas de idosos institucionalizados. *Rev Ciênc Méd (Campinas)*. 2006; 15(3):189-96.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Quedas em Idosos: prevenção. São Paulo: Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina; 2008.
- Menezes LR, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1209-28.
- Maia CB, Viana PS, Arantes PM, Alencar MA. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(2):381-93.
- Mujdeci B, Aksoy S, Atas A. Evaluation of balance in fallers and non-fallers elderly. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78(5):104-9.
- Silva A, Almeida A, Gustavo JM, Cassilhas RC, Cohen M, Peccin MS, et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Rev Bras Med Esporte*. 2008; 14(2):88-93.
- Duarte YA, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2):317-25.
- Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):709-716.
- Lojudice DC, Laprega MR, Rodrigues RA, Rodrigues Junior AL. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associado. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010; 13(3):403-12.
- Vellas BJ, Wayne SJ, Garry PJ, Baumgartner RN. A two-year longitudinal study of falls in 482 community-dwelling elderly adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998; 53(4):M264-74.
- Ferreira DC, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6):991-97.
- Paula FL, Fonseca MT, Oliveira RV, Rozenfeld S. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(4):587-95.
- Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Texeira MT, Bastos RR, Leite IC. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Publica*. 2012; 46(1):138-46.
- Texeira DC, Oliveira IL, Dias RC. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. *Fisioter Mov*. 2006; 19(2):101-08.
- Chaimowicz F, Ferreira TJ, Miguel DF. Uso de medicamentos psicoativos e seu relacionamento com quedas entre idosos. *Rev Saúde Publica*. 2000; 34(6):631-35.
- Fabricio SC, Rodrigues RA, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Ver Saúde Pública*. 2004; 38(1):93-9.
- Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI-UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009; 12(3): 391-404.
- Silva A, Faleiros HH, Shimizu WA, Nogueira LM, Nham LL, Silva BM, Otuyama PM. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(8): 2181-90.
- Gomes GA, Cintra FA, Diogo MJ, Neri AL, Guariento ME, Sousa ML. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. *Rev Bras Fisioter*. 2009; 13(5):430-7.

Elizabeth Lucena Custodio¹, Camila Pires de Sousa¹, Carolina Reis Stipp¹, Juliane de Lemos Armada Ramos², Elaine Priscilla Mendoza Faleiros³, Ana Thereza Estrêla⁴

O impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos frágeis: uma revisão bibliográfica

The impact of hospitalization on functional capacity of frail older people: a literature review

Artigo de Revisão

1. Aprimoranda de Fisioterapia da Geriatria e Gerontologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Fisioterapeuta Mestra em Gerontologia pela UNICAMP e preceptora do Aprimoramento Profissional de Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

3. Fisioterapeuta especialista em Musculoesquelética pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e em Oncologia pela FACIS e preceptora do Aprimoramento Profissional de Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

4. Fisioterapeuta do ambulatório, pós-graduada lato sensu em Psicomotricidade e preceptora do Aprimoramento Profissional de Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 28/02/2013

Data de aceite: 17/07/2013

Correspondência:

Elizabeth Lucena Custodio
Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Rua Pedro de Toledo, 1800 - CEP 04029-000 - São Paulo, SP - Tel/Fax (11) 4573-8000

E-mail: lizaebeth@gmail.com

RESUMO

Com o envelhecimento populacional, pode ocorrer um maior risco da ocorrência da Síndrome de Fragilidade, tornando prioritário o desenvolvimento de ações que possam prevenir e assistir este grupo específico, principalmente no momento de hospitalização. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa sobre o impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos considerados frágeis e identificar os fatores determinantes relatados pelos estudos encontrados que comprometem a funcionalidade nessa população durante o período de internação hospitalar. Foi utilizada como descritores de ciências da saúde (DeCs) para busca: "hospitalização", "idoso", "capacidade funcional" e "fragilidade", e suas respectivas traduções para o inglês e espanhol, no período de 2000 a 2012, nas bases de dados científicas PEDro, Lilacs, Scielo, Medline e Pubmed. Foram encontrados 140 artigos através dos descritores, 22 estudos apresentavam correlação entre as palavras-chave. Destes estudos encontrados 15 eram de língua inglesa, 5 eram em português e 2 em espanhol. Apenas 3 artigos de revisão e o restante, ensaios clínicos e prospectivos. Foram incluídos na presente revisão 17 desses artigos. Concluímos que existe uma escassez de estudos com idosos frágeis hospitalizados sendo que os trabalhos encontrados possuem limitações quanto às diferentes maneiras de se classificar a fragilidade no idoso. Todavia, houve um consenso quanto à diminuição da capacidade funcional durante o período de internação em idosos frágeis. Os fatores que agravaram a funcionalidade foram: condições de comorbidade, composição corporal, marcadores inflamatórios, longo período de hospitalização, comprometimento cognitivo, reinternações frequentes, aumento do número de medicamentos utilizados, presença de delirium, idosos de maior faixa etária e com histórico de quedas.

Descritores: Hospitalização; Idoso; Capacidade funcional e fragilidade

ABSTRACT

The increase in life expectancy enhance the occurrence of syndromes such as, Frailty Syndrome, demanding the development of priority actions that can prevent and assist this particular group, especially during their hospitalization. This study aimed to conduct a narrative review on the impact of hospitalization on functional capacity of frail older adults and, to identify the factors reported by studies that compromise the functionality during the period of hospitalization. The following descriptors of health sciences (DeCs) were used for the search: "hospitalization", "elderly", "functional capacity" and "frailty" and their translations into Portuguese and Spanish, in the period from 2000 to 2012, in scientific databases PEDro, Lilacs, SciELO, Medline and Pubmed. Through the previous descriptors, 140 articles were found, but only 22 studies showed a correlation between keywords. From this search, 15 were written in English, 5 in Portuguese and two in Spanish. Only 3 of them were review articles and the remaining were prospective and clinical trials. We conclude that there is a lack of studies with frail inpatients older adults and some limitations due to the classification of frailty in elderly may prejudice our analysis. However, there was a consensus on the reduced functional capacity during the period of hospitalization in frail elderly. The factors that aggravated the patient's condition were: comorbidity conditions, body composition, inflammatory markers, long hospitalization, cognitive impairment, frequent readmissions, elevated number of drugs used by the older adult, the presence of delirium, increasing age and history of falls.

Keywords: Hospitalization; Elderly; Functional capacity and frailty

Trabalho realizado:

Trabalho desenvolvido durante o Curso de Aprimoramento Profissional de Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Estimativas demonstram que a população idosa brasileira será de aproximadamente 15% do total de brasileiros em 2025¹, chegando a ser o sexto país do mundo em número de idosos, com o equivalente a 33,8 milhões de indivíduos nessa faixa etária².

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, o envelhecimento populacional está ocorrendo tardiamente e com uma velocidade maior que nos países da Europa e Estados Unidos, alterando o panorama epidemiológico relacionado à morbimortalidade, a presença de doenças infectocontagiosas (prevalentes na população jovem) diminui, e aumenta a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, encontradas na população idosa³.

Devido a essa condição, os idosos aumentam sua dependência dos serviços de saúde, aumentando o número de internações hospitalares, o tempo de permanência e as complicações, como a diminuição da capacidade funcional^{4,5}, indicando a necessidade de maior assistência a esses idosos e por muito mais tempo, mesmo após a alta hospitalar¹.

Sabe-se que, com o avançar da idade, pode ocorrer maior risco de ocorrência da síndrome de fragilidade, tornando prioritário o desenvolvimento de ações que possam prevenir e assistir esse grupo específico, principalmente no momento de hospitalização⁶.

Quando o idoso é hospitalizado devido a uma afecção ou agudização de alguma doença, a internação acaba se tornando um momento de fragilidade, desequilíbrio e aumento da vulnerabilidade, pois o paciente é retirado de seu ambiente domiciliar e do convívio familiar e social, diminuindo drasticamente suas atividades rotineiras⁷.

Os fatores intrínsecos da hospitalização (doença, receio quanto ao prognóstico, quanto à dependência de outras pessoas, medo do desconhecido, ansiedade e medo da própria morte) e os extrínsecos (ambiente inadequado, espaço limitado, quarto impessoal dividido com outros indivíduos estranhos em diversas condições de saúde e despersonalização do indivíduo) influenciam na dependência do indivíduo, e, ao tornar o ambiente menos hostil, pode-se melhorar a

resposta ao tratamento, diminuindo o risco de iatrogenias e perda de funcionalidade⁷.

Após hospitalização, o declínio funcional é impulsionado pelas doenças subjacentes e sequelas que levaram a ela, assim como as tensões da hospitalização, como imobilização, cateteres, polifarmácia e rompimento de rotina⁸.

Portanto, a identificação precoce dos fatores de risco que originam o declínio funcional em idosos hospitalizados frágeis pode fornecer subsídios à equipe de assistência hospitalar, contribuindo para beneficiar os pacientes e promover melhor eficiência e qualidade dos serviços prestados⁵.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo revisar o impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos considerados frágeis e identificar, nos estudos encontrados, os fatores determinantes que comprometem a funcionalidade nessa população durante o período de internação hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa realizada por meio da busca por descritores correlacionados e suas respectivas traduções para o inglês e espanhol. São eles: "hospitalização", "idoso", "capacidade funcional" e "fragilidade". As bases de dados científicas utilizadas foram: PEDro, Lilacs, Scielo, Medline e Pubmed, durante os meses de setembro a dezembro de 2012.

Foram selecionados artigos publicados no período de 2000 a 2012 que, junto com as combinações dos descritores, obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão

- Texto na íntegra;
- Período da publicação, de 2000 até 2012;
- Tempo de busca, de setembro à dezembro de 2012;
- Público-alvo (idoso frágil hospitalizado);
- Apenas artigos publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol.

Crítérios de exclusão

- Estudos que abordassem apenas um dos descritores propostos na pesquisa;
- Artigos publicados previamente ao período determinado.

Fragilidade

A Síndrome da Fragilidade é um termo utilizado por profissionais da gerontologia e geriatria, definido como um processo gradual e progressivo de diminuição da capacidade de controle da homeostase, que se manifesta por sarcopenia, desregulação do sistema neuroendócrino e disfunções do sistema imunológico⁹, tendo como possíveis incrementos no risco para quedas: hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte¹⁰. Em resumo, o idoso torna-se frágil quando seu organismo perde a complexidade de manutenção de sua dinâmica e apresenta respostas de não adaptação aos estresses¹¹.

Fried et al. 2001¹² propuseram, em um estudo com 5.317 idosos americanos, desenvolver um fenótipo de fragilidade para ser base de avaliação da vulnerabilidade dos idosos. A fragilidade é uma síndrome clínica em que três ou mais desses critérios são apresentados: autorrelato de exaustão, perda involuntária de peso no último ano, baixo nível de atividade física, diminuição da força de preensão manual e velocidade de marcha. Aqueles que foram definidos como frágeis eram mais velhos, do sexo feminino, com menor escolaridade e renda, com maiores taxas de comorbidades crônicas, resultando em maior risco de incapacidade¹². Os idosos são classificados como frágeis quando apresentam três ou mais dos componentes citados; pré-frágeis, quando apresentam um ou dois deles; e não frágeis, quando não apresentam qualquer dessas características. Esse fenótipo pode prever vários desfechos clínicos, como quedas, incapacidades, hospitalização e morte².

Por meio do reconhecimento dos fatores de risco clínico e funcional do idoso frágil, pode-se promover um planejamento de ações preventivas contra a perda da funcionalidade durante a internação, diminuindo, assim, as consequências da hospitalização.

Capacidade funcional

Um importante critério a ser avaliado no idoso é a capacidade funcional, definida como as habilidades físicas e mentais necessárias para a vida independente e autônoma para desenvolver as atividades básicas da vida diária até ações mais complexas do cotidiano, não necessitando de auxílio. A ausência dessa condição é denominada de incapacidade funcional¹³, e pode conduzir o idoso à perda de independência e autonomia, comprometendo a sua qualidade de vida¹⁴.

Hospitalização

As doenças do aparelho circulatório e as do aparelho respiratório são responsáveis por mais da metade da internação de pacientes idosos³. A hospitalização, por si só, é um momento que já fragiliza, originando medo, sofrimento, situação desagradável e de insegurança que a doença ocasiona. O paciente, então, necessita de atenção da equipe de saúde, que ficará atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses idosos, para auxiliar o mesmo no enfrentamento da hospitalização, por meio de assistência humanizada¹⁵.

RESULTADOS

Foram encontrados 140 artigos através dos descritores nas bases de dados científicas; destes, apenas 22 estudos apresentavam correlação entre as palavras-chave. Foram incluídos 15 artigos em inglês, 5 em português e 2 em espanhol.

Os tipos de pesquisas realizadas pelos artigos selecionados foram principalmente ensaios clínicos e prospectivos; somente três autores utilizaram revisão bibliográfica.

Os artigos encontrados estão expressos na Tabela 1.

Tabela 1: Características dos 22 estudos incluídos na revisão narrativa sobre o impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos frágeis hospitalizados.

Artigo	Objetivo	População de estudo	Instrumento de avaliação	Conclusão
1. Ovando et al. 2010 ¹	Avaliar a influência da estimulação de aspectos psicomotores no desempenho das AVDs (Atividades de Vida Diária) em pacientes idosos internados	Pacientes internados de setembro de 2008 a janeiro de 2009, na enfermaria de geriatria, que manifestaram declínio no desempenho	Medida de independência Funcional (MIF) - parte motora, referente a 15 dias antes da internação, na admissão da enfermaria e após a intervenção proposta Medida de Independência Funcional (MIF) na internação, durante a hospitalização, na alta e um mês após retorno ao domicílio	Comprovou que há melhora funcional por meio da estimulação psicomotora em idosos hospitalizados, mesmo em seu período mais frágil
2. Kawasaki et al. 2007 ¹⁶	Identificar a variação da capacidade funcional em idosos no decorrer da hospitalização e relacionar a diferença com variáveis sociais de saúde	Foram incluídos 28 idosos internados para tratamento clínico por, no mínimo cinco e no máximo 30 dias	Medida de Independência Funcional (MIF)	Observou-se um declínio funcional nos idosos hospitalizados, sendo mais significativo nos idosos que tiveram aumento no número de medicações e prescritas durante hospitalização
3. Martínez et al. 2006 ¹⁷	Analisar as características clínicas e o grau de dependência física e cognitiva e sua cobertura social dos pacientes maiores de 64 anos ingressaram em um serviço de medicina interna	Foram selecionados 105 pacientes internados durante os meses de fevereiro e março de 2003 em um setor de serviço de medicina interna	Índice de Barthel, Mini Exame do Estado Mental, índice de comorbidades de Charlson	Idosos internados muitas vezes apresentam exacerbações de processos cardiorrespiratórios. Mais da metade dos pacientes apresentou comprometimento cognitivo e funcional
4. Gill et al. 2010 ¹⁸	Avaliar a relação entre os eventos intermediários e transições entre os estados de nenhuma deficiência, leve deficiência, incapacidade grave e morte, para determinar a associação de fragilidade física com essas transições	Participaram 754 idosos com idade de 70 anos ou mais, que inicialmente não possuíam nenhuma deficiência em quatro atividades de vida diária	Definiram a fragilidade física com o tempo maior que 10 segundos para percorrer uma distância deambulando de maneira rápida	Entre as pessoas mais velhas, especialmente aquelas que eram fisicamente frágeis, a presença de doenças e lesões aumentou muito a probabilidade de desenvolvimento ou agravamento de deficiências. Apenas os eventos que levaram à hospitalização reduziram a probabilidade de recuperação da incapacidade
5. Volpato et al. 2007 ¹⁹	Identificar características demográficas, clínicas e biológicas de pacientes idosos sem deficiência que desenvolveram uma nova deficiência em ABVDs durante as doenças médicas que requerem hospitalização	Os dados são de 1686 pacientes com 65 anos ou mais que eram independentes em ABVDs duas semanas antes da internação	Protocolos do Grupo Italiano de Farmacoepidemiologia no idoso verificaram as atividades instrumentais de vida diária, escala de depressão geriátrica e históricos de quedas	Vários fatores podem contribuir para a perda da independência física em idosos hospitalizados. Condições pré-existent associadas com a síndrome de fragilidade, incluindo a função física e cognitiva, comorbidade, composição corporal e marcadores inflamatórios, caracterizam os pacientes com alto risco de declínio funcional
6. Mecocci et al. 2005 ²⁰	Detectar os principais fatores associados à ocorrência de síndromes geriátricas específicas (feridas, úlcera por pressão, quedas, incontinência fecal e urinária) em pacientes idosos durante a hospitalização	Incluídos pacientes de 65 anos ou mais admitidos no hospital durante 20 meses, no período entre 1991 e 1998	Foram medidas a ocorrência de úlcera por pressão (UPP), quedas, incontinência urinária e fecal durante a permanência no hospital	Na internação os idosos têm um aumento significativo do risco de várias síndromes geriátricas durante a estada no hospital, especialmente se ele é longa e se eles estão com comprometimento cognitivo

Artigo	Objetivo	População de estudo	Instrumento de avaliação	Conclusão
7. Patrick et al. 2002 ²¹	Investigar a relação entre as comorbidades relatadas e o declínio cognitivo	Utilizaram dados de 61 pacientes internados e encaminhados para avaliação neuropsicológica entre abril de 1999 e abril de 2000	Descrição de dados colhidos	Alterações referentes ao raciocínio e ao julgamento demonstraram forte associação com o aparecimento de comorbidades. Idosos com morbidades vasculares apresentaram associação com a piora no desempenho em testes neuropsicológicos
8. Mañas et al. 2005 ²³	Avaliar o impacto na capacidade funcional do idoso após a hospitalização	Foram estudados 206 pacientes com 80 anos ou mais, no Departamento do Hospital Provincial de Medicina Interna	Foi utilizado o Índice de Barthel, sendo coletadas 3 medidas: duas semanas antes da internação, na admissão e na alta	A hospitalização leva a uma deterioração significativa na capacidade funcional de idosos. É necessário o comissionamento de postos de trabalho capazes de identificar os fatores de risco responsáveis pela perda funcional em pacientes geriátricos, e assim estabelecer orientações de prevenção para a ação
9. Brand et al. 2011 ²⁴	Relatar o protocolo de estudo para o desenvolvimento de indicadores de qualidade (IQ) nos cuidados a idosos para hospitais	202 pacientes idosos hospitalizados que foram avaliados no prazo das primeiras 24 horas de internação	Foram coletadas as incidências de queda, UPP, delirium, declínio funcional, declínio da capacidade de se comunicar, declínio da função cognitiva, declínio da função da AVDs, declínio das AIVDs (Atividades Instrumentais de Vida Diária), declínio da continência urinária e fecal, readmissão no prazo de 28 dias e morte no hospital	Os IQ são medidas importantes de interesse para todas as partes interessadas de saúde. Possuem vantagens, como focar em resultados, podem ser recolhidos rotineiramente como parte de informação clínica, contribuindo para uma melhor compreensão das variações do desempenho funcional de idosos internados
10. Kelley et al. 2012 ²⁵	Investigar os fatores de risco (funcionais) associados ao uso hospitalar no fim de vida	Foram incluídos 2493 idosos que utilizaram o hospital nos últimos 6 meses de vida	-----*	O declínio funcional esta associado significativamente com a utilização hospitalar no final da vida entre adultos mais velhos. Para melhorar o atendimento e reduzir os custos, cuidados de saúde, programas e políticas devem atender as necessidades específicas de pacientes com declínio funcional e incapacidade
11. Asmus-szepesi et al. 2011 ²⁶	Comparar os efeitos de diferentes níveis de programas de saúde, intervenção e de cuidados sobre a prevenção da perda funcional relacionada à hospitalização entre idosos	Idosos (65 anos ou mais) que estão em risco de perda funcional, admitidos em pelo menos um dos três hospitais analisados por pelo menos 2 dias	SF-20 (Short Form 20), EQ6D (EuroQol), MEEM, Escala Geriátrica da Depressão (GDS), GloDS (Global Deterioration Scale), Índice de Katz, NPI-Q (Neuro-Psychiatric Index), MDS (Minimal Data Set), ISAR-HP**, SMA-S**, SPF-IL**, SPPB** e LAPAQ**	O estudo demonstrou uma forma eficaz de identificar idosos que possuem risco de perda funcional, mantendo-os tão independentes quanto possível e diminuindo a carga de cuidados para os cuidadores
12. Cunha et al. 2009 ⁵	Revisão crítica da literatura disponível sobre os fatores de risco associados ao declínio funcional em idosos hospitalizados	Foram selecionados 15 artigos	Índice de Katz, Escala de Lawton, MIF, Índice de Barthel, MEEM, GDS, NEECHAM scale, Hodkinson Abreviat Mental status, uma pergunta para avaliar depressão/humor, Escala Modificada de Blessed, OARS/ BOMFAQ**, SPMSQ** e CAM**	Pode-se destacar que é de extrema importância o conhecimento da condição clínica, nível físico, cognitivo e funcional prévio à internação, para que se possam estabelecer objetivos realistas e eficazes, minimizando ou controlando os fatores de risco para o declínio funcional durante e após o período de hospitalização

Artigo	Objetivo	População de estudo	Instrumento de avaliação	Conclusão
13. Gill et al. 2004 ²⁷	Avaliar a relação entre dois tipos de eventos intervenientes (hospitalização e atividade restrita) e o desenvolvimento de incapacidade, e determinar se essa relação é modificada pela presença de fragilidade física	754 pessoas com 70 anos ou mais, entre março de 1998 e março de 2003. Esses idosos foram classificados em dois grupos: idoso não frágil e frágil (definida pela velocidade da marcha lenta)	-----*	Doenças e lesões que levam à hospitalização ou qualquer atividade restrita representam importantes fontes de deficiência para as pessoas idosas que vivem em comunidade, independentemente da presença de fragilidade física
14. Siqueira et al. 2004 ²⁸	Descrever as alterações da capacidade funcional de idosos durante a internação hospitalar e o grau de associação dessas alterações na ocasião da alta hospitalar com as variáveis sociodemográficas e clínicas	94 pacientes internados em uma enfermaria geriátrica gerontológica de um hospital escola, com idades entre 65 e 94 anos durante o período de julho de 2000 a agosto de 2001	Questionário estruturado, CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), MEEM, e OARS/BOMFAQ	A capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos hospitalizados. A melhora funcional durante a internação está associada a menores dificuldades diárias referidas no momento da admissão e melhores condições clínicas
15. Andrew et al. 2005 ²⁹	Identificar fatores associados com o curto (após a alta) e longo prazo (6 meses após a alta) da recuperação incompleta e de delírio seguinte função	77 pacientes idosos com <i>delirium</i> avaliados pelo setor de medicina geriátrica. Pacientes internados vistos em consulta e na cirurgia	MEEM, Índice de Barthel e GSS (Geriatric Status Score)	O reconhecimento de fragilidade pré-existente, delírium por causas cardíacas e falta do tratamento médico precoce estão associados aos piores resultados. O cuidado mais especializado é um potencial remédio ao alcance
16. Vos et al. 2012 ³⁰	-----*	1.100 pacientes internados que foram selecionados para se realizar identificação precoce de pacientes idosos com alto risco de declínio funcional. Avaliação em três tempos: na admissão, 3 meses após admissão e menos de doze meses após a admissão	ISAR-HP, MEEM e NPI-Q	Resultados serão publicados em uma série de trabalhos futuros, adaptando o programa PReCap para outros hospitais onde haja pacientes idosos em risco de declínio funcional trazendo benefícios de intervenções e filosofia
17. Cristo et al. 2009 ³¹	Identificar possíveis ações entre capacidade funcional e mortalidade hospitalar, bem como estudar fatores determinantes para o comprometimento da capacidade funcional de idosos na internação hospitalar	Idosos internados em uma enfermaria clínica no período de julho a agosto de 2007; foram selecionados 49 pacientes	MEEM, Katz, Índice de Lawton, CID- 10 e OARS/ BOMFAQ	Idosos mais velhos e com histórico de quedas têm maior comprometimento funcional e fragilidade. O histórico de quedas foi fator determinante para o comprometimento da capacidade funcional. Suspeita-se que, nesse grupo, os idosos eram mais frágeis, com queda em sua qualidade de vida e independência

* Estudo não especificou ** ISAR-HP= Identification Seniors At Risk (Hospitalized Patients); SMA-S= Self Management Ability Scale; SPF-IL= Social Production Function questionnaire; SPPB= Short Physical Performance Battery; LAPAQ= LASA physical activity questionnaire; OARS/BOMFAQ= Brazilian version of the Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS); SPMSQ= Short Portable Mental Status Questionnaire; CAM= Confusion Assessment Method; AMT= Abbreviated Mental Test Score.

O instrumento mais utilizado para avaliar a capacidade funcional foi a Medida de Independência Funcional (MIF)³⁶. A média do período de internação dos pacientes estudados ficou entre 12,81 dias²⁸ a 37 dias³⁴. As doenças mais relatadas como causa de internação nos artigos selecionados foram as doenças cardiovasculares, seguidas pelas doenças respiratórias e do trato urinário^{1,17,31}.

Os artigos apresentados afirmam que ocorre declínio funcional durante a hospitalização^{1,23,28,34} e, para evitá-lo, sugerem a realização de programas de exercícios que incluem fortalecimento, principalmente com exercícios resistidos, de equilíbrio, exercícios funcionais e de flexibilidade²². Ovando et al. 2010¹ apresentaram em seu estudo a melhora funcional nos pacientes que realizaram estimulação psicomotora durante a internação, porém a amostra estudada não retornou à funcionalidade prévia à internação.

Segundo os estudos analisados, os fatores que predis põem um paciente idoso frágil a ter declínio em suas capacidades funcionais são: histórico de queda no último ano, dificuldade de realizar pelo menos uma Atividade de Vida Diária (AVD), não ter o hábito de ler, histórico de fratura, diminuição da acuidade visual³¹, idade avançada, possuir declínio funcional antes da internação, declínio cognitivo, depressão, tempo de permanência hospitalar prolongada³⁰, desenvolvimento de úlceras por pressão, polifarmácia, condições de iatrogenia (quedas, delírio, distúrbio metabólico)³³, permanência hospitalar superior a três semanas, incontinência²⁰, baixo índice de massa corporal e declínio cognitivo¹⁹.

Durante a hospitalização, os idosos que apresentam quatro destas comorbidades (doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, outros) possuem o dobro do risco de apresentar novas doenças durante internação, perdendo a independência funcional. Já o aumento de iatrogenias na hospitalização se deve à polifarmácia, pois pode levar a ocorrência de quedas, *delirium* e distúrbios metabólicos; é considerado um risco a partir da utilização de mais de duas medicações prescritas³³.

Reconhecendo esses pacientes e realizando as condutas necessárias, pode-se diminuir uma série de custos socioeconômicos associados ao tempo de permanência hospitalar e despesas, diminuindo a mortalidade. Pois, quando o declínio funcional persiste após a alta, reduz

a capacidade desse idoso realizar suas AVDs recorrentes, levando-o muitas vezes às readmissões hospitalares e internações em instituições de longa permanência, aumentando sua vulnerabilidade a desfechos mórbidos²⁴.

DISCUSSÃO

Cerca de 10% da população de 75 anos ou mais perde a independência em uma ou mais atividades da vida diária. A família é imprescindível para estimular o idoso a realizar suas atividades com segurança, contribuindo, assim, com integridade física e psicológica, pois esse incentivo faz com que o idoso tenha autopercepção de sua autonomia¹⁴.

A anamnese é de grande importância para caracterização de um paciente, promovendo melhor cuidado e maior atenção ao idoso e prevenindo, assim, possíveis comorbidades. Cunha et al. 2009⁵ relatam que é de extrema importância ter conhecimento da condição clínica, nível físico, cognitivo e funcional previamente à internação do idoso para um melhor tratamento. Por isso a necessidade de identificar precocemente idosos com alto risco de declínio funcional, como o modelo apresentado por Vos et al. 2012³⁰ e as triagens realizadas por LaFont et al. 2011³³, para verificar o risco desse declínio.

As lesões e doenças que levam à hospitalização representam importantes fontes de deficiência, mesmo sem a presença de fragilidade²⁷, mas os idosos frágeis são acometidos por muito mais doenças e lesões e, conseqüentemente, acabam desenvolvendo maiores deficiências¹⁸.

Os idosos frágeis correm risco de hospitalizações longas, por isso a necessidade da identificação de caminhos alternativos de cuidados na comunidade para evitar tais reinternações³⁵. Como a fragilidade é um estado de maior vulnerabilidade a eventos internos e externos que originam alterações biológicas, psicológicas e sociais³⁵, a identificação intra-hospitalar precoce dos pacientes nessa condição pode ser benéfica, pois promoverá um processo de avaliação e condutas da equipe multidisciplinar mais adequadas diante das suas deficiências, contribuindo, assim, para o sucesso do tratamento.

Após a alta hospitalar, essa parcela da população deve ser acompanhada conforme sugerido por Heppenstall et al. 2009³², que, depois do primeiro ano após a internação de idosos frágeis, verificaram a necessidade

de acompanhamento por meio de cuidado residencial, observação do estado funcional e condições de vida.

Para Brand et al. 2011²⁴ o índice de qualidade do serviço de saúde, avaliado, entre outros fatores, pelo atendimento prestado pela equipe multiprofissional, seria uma maneira de compreender melhor as variações do desempenho funcional do paciente internado. Sendo assim, o impacto na capacidade funcional desse paciente e a carga dos cuidados prestados pelos cuidadores após a alta seriam reduzidos, provavelmente associados ao melhor atendimento e orientações proporcionados durante a hospitalização²⁶.

Portanto, a equipe multidisciplinar tem um papel importante no diagnóstico, pois através da avaliação geriátrica global pode-se realizar o tratamento e prevenção dos desfechos adversos da fragilidade no idoso hospitalizado, retardando o declínio funcional, diminuindo o índice de institucionalização e futuras reinternações¹¹. O tratamento fisioterápico tem apresentado resultados significativos

em pacientes frágeis, levando a aumento da amplitude de movimento (ADM), melhora do desempenho na realização da AVD, melhora do equilíbrio, redução do número de quedas e bem estar geral¹¹.

CONCLUSÃO

Concluimos que existe uma escassez de estudos com idosos frágeis hospitalizados, sendo que os trabalhos encontrados possuem limitações quanto às diferentes maneiras de se classificar a fragilidade no idoso. Todavia, houve um consenso quanto à diminuição da capacidade funcional durante o período de internação em idosos frágeis. Os fatores que agravaram a funcionalidade foram: condições de comorbidade, composição corporal, marcadores inflamatórios, longo período de hospitalização, comprometimento cognitivo, reinternações frequentes, aumento do número de medicamentos utilizados, presença de *delirium*, idosos de maior faixa etária e com histórico de queda.

REFERÊNCIAS

1. Ovando LM, Couto TV. Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde (Impr.)* (1995). 2010; 34(2):176-82.
2. Silva SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. *Fisioter Pesq.* 2009; 16(2):120-25.
3. Jobim EF, Souza VO, Cabrera MA. Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Acta Sci Health Sci (Maringá)*. 2010; 32(1): 79-83.
4. Góis AL, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2859-69.
5. Cunha FC, Cintra MT, Cunha LC, Couto EA, Giacomini KC. Fatores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009; 12(3): 475-87.
6. Oliveira LP, Menezes RM. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* 2011; 20(2):301-9.
7. Kawasaki K. Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
8. Boyd CM, Li Xue Q, Simpson CF, Guralnik JM, Fried LP. Frailty, hospitalization, and progression of disability in cohort of disabled older women. *Am J Med.* 2005; 118(11):1225-31.
9. Costa TB, Neri AL. Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados do FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(8):1537-50.
10. Teixeira IN. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(4):1181-8.
11. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq Bras Ciênc Saúde.* 2008; 33(3):177-84.
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56(3): M146-56.
13. Fhon JR, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RA. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(4):589-94.
14. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e a capacidade funcional de idosos dependentes do município de Jequié (BA). *Rev Baiana Saúde Pública.* 2010; 34(1):19-30.
15. Martins JJ, Schneider DG, Bunn KR, Goulart CA, Silva RM, Gama FO, et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. *ACM Arq Catarin Med.* Santa Catarina. 2008; 37(1):30-7.
16. Kawasaki K, Diogo MJ. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde. *Acta Fisiátrica.* 2007; 14(3):164-9.

17. Martínez JM, Riera BE, Ibarbia CG, Lamadrid CV, Macías JG. Características funcionales y cognitivas de los ancianos ingresados em um servicio de medicina interna. *Rev Clin Esp*. 2006; 206(4):188-90.
18. Gill TM, Allore HG, Gahbauer EA, Murphy TE. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. *JAMA*. 2010; 304(17):1919-28.
19. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(5):668-74.
20. Mecocci P, von Strauss E, Cherubini A, Ercolani S, Senin U, Winblad B, et al. Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from the GIFA study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005; 20(4):262-9.
21. Patrick L, Gaskovski P, Rexroth D. Cumulative illness and neuropsychological decline in hospitalized geriatric patients. *Clin Neuropsychol*. 2002; 16(2):145-56.
22. Gillis A, MacDonald B. Deconditioning in the hospitalized elderly. *Can Nurse*. 2005; 101(6):16-20.
23. Manãs MD, Marchán E, Conde C, Sánchez S, Sánchez-Maroto T, Molina MC. Deterioro de la capacidad funcional em pacientes ancianos ingresados em um servicio de medicina interna. *An Med Interna*. 2005; 22(3):130-2.
24. Brand CA, Martin-Khan M, Wrights O, Jones RN, Morris JN, Travers CM, et al. Development of quality indicators for monitoring outcomes of frail elderly hospitalised in acute care health settings: study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11:281.
25. Kelley AS, Ettner SL, Morrison RS, Du Q, Sarkisian CA. Disability and decline in physical function associated with hospital use at end of life. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(7):794-800.
26. Asmus-Szepesi KJ, de Vreede PL, Nieboer AP, van Wijngaarden JD, Bakker TJ, Steyerberg EW, et al. Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalised elderly: a cohort study including a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2011; 11(36): 1-17.
27. Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA*. 2004; 292(17): 2115-24.
28. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(5):687-94.
29. Andrew MK, Freter SH, Rockwood K. Incomplete functional recovery after delirium in elderly people: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2005; 5(5):1-8.
30. de Vos AJ, Asmus-Szepesi KJ, Bakker TJ, de Vreede PL, Wijngaarden JD, Steyerberg EW, et al. Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: the Prevention and Reactivation Care Program (PRECaP). *BMC Geriatr*. 2012; 12(7): 1-11.
31. Cristo GO, Pernambuco AC. O impacto da funcionalidade na mortalidade de idosos internados em um hospital geral. *Einstein (São Paulo)*. 2009; 7(3 Pt 1):266-70.
32. Heppenstall CP, Hanger HC, Wilkinson TJ. Predictors of discharge stability in the first year following hospital admission for a frail elderly population. *Intern Med J*. 2009; 39(3):170-3.
33. LaFont C, Gerard S, Voisin T, Pahor M, Vellas B. Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly. *J Nutr Health Aging*. 2011; 15(8):645-60.
34. Elphick HL, Mankad K, Madan S, Parker C, Liddle BJ. The determinants of successful in-hospital rehabilitation in people aged 90 years and older. *Gerontology*. 2007; 53(2):116-20.
35. Conroy S, Ferguson C, Woodard J, Banerjee J. Interface geriatrics: evidence-based care for frail older people with medical crises. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2010; 71(2): 98-101.
36. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*. 2001; 8(1):45-52.

Patricia Midori Masakava¹; Maria Eugênia Miti Valentim Kikuta¹; Saulo Rollemberg Caldas Garcez²; João Paulo Barreto da Cunha²; Paulo Henrique Oliveira de Souza²; José Eduardo Gonçalves³; Fábio Yoriaki Yamaguchi³; Nagamassa Yamaguchi⁴

Linfoma primário de cólon

Primary lymphoma of colon

Relato de Caso

1. Acadêmicas da Universidade da Cidade de São Paulo, SP, Brasil

2. Médico Residente do 2º ano do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil

3. Médico Preceptor do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil

4. Diretor do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Os linfomas colorretais são os mais raros do trato gastrointestinal, sendo o sítio mais frequente o estômago. Os fatores etiológicos ainda são desconhecidos, entretanto tem sido evidenciada uma alta frequência em condições de imunossupressão, doenças inflamatórias intestinais e, eventualmente, após transplante de órgãos. O estadiamento tem grande impacto no prognóstico e auxilia no direcionamento da terapêutica. O tratamento varia desde só quimioterapia à combinação de quimioterapia com ressecção cirúrgica e, em alguns casos, pode-se fazer uso da radioterapia.

Descritores: Linfoma; Neoplasias colorretais, Linfoma não-Hodgkin; Relatos de casos

ABSTRACT

Colorectal lymphomas are the rarest of the gastrointestinal tract, the most frequent site being the stomach. The etiologic factors are still unknown, however it has been shown a high frequency under conditions of immunosuppression, inflammatory bowel disease and eventually after organ transplantation. The staging has great impact on prognosis and assists in directing therapy. Treatment varies from chemotherapy alone to multinodal therapies combining chemotherapy with surgical resection and in some cases can make use of radiation therapy.

Keywords: Lymphoma; Colorectal neoplasms; Non-Hodgkin lymphoma; Case reports

Data de submissão: 09/04/2013

Data de aceite: 17/07/2013

Correspondência:

Centro de Estudos do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil

Rua Pedro de Toledo, 1800 - CEP 04029-000 - São Paulo, SP - Tel/Fax (11) 4573-8000

Trabalho realizado:

Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

Os linfomas do trato gastrointestinal (TGI) constituem a forma mais comum de linfoma extranodal. O estômago é o sítio mais frequente, seguido pelo intestino delgado, cólon e/ou reto¹. Os linfomas colorretais são os mais raros do TGI, constituindo cerca de 10 a 20%. De todos os tumores malignos de cólon, apenas 0,1 a 0,5% são linfomas².

Os fatores etiológicos envolvidos no desenvolvimento do linfoma primário de cólon são desconhecidos. Entretanto, tem sido observada uma alta frequência em condições de imunossupressão, doenças inflamatórias intestinais como colite ulcerativa, infecção por HIV e, eventualmente, após transplantes de órgãos³. A incidência em homens é duas vezes maior que em mulheres¹.

O estadiamento tem grande impacto no prognóstico da doença e auxilia no direcionamento da terapêutica. Não existe um consenso para o tratamento do linfoma colorretal primário. Habitualmente, sua terapia é multidisciplinar, utilizando-se cirurgia, quimioterapia e, em casos selecionados, radioterapia⁴.

RELATO DE CASO

HCA, 78 anos, sexo masculino, procurou auxílio médico ambulatorial por apresentar alteração do hábito intestinal com alternância entre constipação e diarreia, hematoquezia episódica e perda ponderal de 20 kg no período. O paciente queixava-se ainda de pirose, regurgitação e dor em hipocôndrio direito.

Durante a internação, foi realizada endoscopia digestiva alta, que evidenciou esofagite erosiva distal (grau I de Savary-Miller) e gastrite erosiva leve de antro. O exame colonoscópico diagnosticou doença diverticular dos cólons e lesão neoplásica avançada, estendendo-se do cólon ascendente proximal até o ângulo hepático, ocupando 2/3 da luz, com características vegetante e infiltrativa, sendo realizadas biópsia e marcação distal da lesão com nanquim.

Na tomografia computadorizada (TC) realizada para estadiamento, observou-se espessamento segmentar de nove centímetros em cólon ascendente associado a linfonodomegalias de até 4,5 cm. Concomitantemente, foi diagnosticado colelitíase.

O diagnóstico anatomopatológico foi de linfoma B da zona marginal de tipo MALT. Dessa forma, optou-se pelo tratamento quimioterápico, sendo realizada colecistectomia por via laparoscópica para tratamento da colelitíase.

DISCUSSÃO

A média de idade para diagnóstico do linfoma colorretal é de 55 anos. Os sintomas mais comuns são dores abdominais, perda de peso, anorexia, alteração do hábito intestinal e, em alguns pacientes, hematoquezia. Lesões próximas à flexura hepática são predominantes e ocorrem em cerca de 67,6 a 87% dos linfomas colorretais, seguidos do sigmóide e do reto¹.

O diagnóstico pode ser feito com a colonoscopia, que poderá evidenciar massa polipoide ou ulcerada, lesão intramural, úlcera aftosa, massa extraluminal ou múltiplas lesões polipoides¹. O enema opaco também pode ser utilizado. Achados radiográficos associados com linfoma de cólon podem ser localizados ou difusos. A TC mostra a forma focal do linfoma não-Hodgkin, caracterizada por propagação infiltrativa subindo a partir da submucosa, resultando no espessamento uniforme da parede intestinal, geralmente sem reação desmoplástica associada. Infiltração da musculatura própria e plexo autonômico pode resultar em atonia. Entretanto, sem a presença de linfonodos aumentados, fica difícil a diferenciação do tumor de um adenocarcinoma primário². O uso do PET-CT no diagnóstico e seguimento ainda não foi padronizado^{1,2}.

Segundo a classificação da WHO, há cinco subtipos de linfomas. O subtipo mais comum que ocorre no cólon é o linfoma difuso de grandes células B, com a frequência variando de 47 a 81%, dependendo da localização geográfica^{3,5}. O estadiamento e a classificação de linfoma não-Hodgkin é crítica para padronização diagnóstica, tratamento medicamentoso e cirúrgico e para o seguimento. O sistema de estadiamento Ann Arbor foi modificado por Musshoff (Quadro 1), que era um sistema mais informativo na previsão global e de sobrevida livre de doença para doenças localmente avançadas e regionais^{6,7}.

Quadro 1: Modificações Musshoff no sistema de estadiamento Ann Arbor para linfomas extranodais^{6,7}

Estádios	Descrição
IE	Órgão linfático único ou sítio extranodal
II1E	Envolvendo gânglios linfáticos regionais
II2E	Envolvendo gânglios linfáticos distantes
III	Comprometimento de linfonodos de ambos os lados do diafragma
IV	Doença disseminada com comprometimento de medula óssea, fígado, etc.

Quadro 2: Critérios de Dawson para linfomas primários⁹

1	Sem linfonodos aumentados quando os pacientes são vistos pela primeira vez
2	Radiografias de tórax sem alargamento óbvio dos gânglios do mediastino
3	A contagem dos glóbulos brancos total e diferencial está na faixa do normal, assim como a biópsia da medula óssea
4	Na laparotomia verifica-se o comprometimento exclusivo dos linfonodos regionais
5	O fígado e o baço estão livres de lesões

Dawson et al. estabeleceram critérios para diagnóstico de linfoma primário colorretal (Quadro 2)⁸.

O tratamento varia desde apenas quimioterapia até terapias múltiplas combinadas com cirurgia, quimioterapia e radioterapia¹. O tratamento cirúrgico para as doenças localizadas, os estágios I e II, baseia-se na ressecção total da lesão. Para as doenças disseminadas, o plano cirúrgico inclui obter tecido para diagnóstico, reparar/ressecar vísceras perfuradas e derivação entérica⁹.

CONCLUSÃO

O linfoma primário de cólon é uma doença rara, e seu diagnóstico é impreciso nos estágios iniciais, porque os sintomas são inespecíficos. O estadiamento à época do diagnóstico tem grande impacto no prognóstico. O tratamento consiste em quimioterapia associada ou não à ressecção cirúrgica, principalmente para lesões maiores com risco de perfuração ou obstrução durante o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Times M. Colorectal lymphoma. Clin Colon Rectal Surg. 2011; 24(3):135-41.
2. Goran ZS, Milica DN, Brako RB, Miroslav PS, Milan MJ, Milan DR. Primary colorectal lymphoma: an overview. World J Gastrointest Oncol. 2011; 3(1):14-8.
3. Stanojević G, Stojanović M, Jovanović M, Stojanović M, Jeremić M, Branko B, et al. Primary colorectal lymphomas. Vojnosanit Pregl. 2009; 66: 295-301.
4. Dionigi G, Annoni M, Rovera F, Boni L, Villa F, Castano P, et al. Primary colorectal lymphomas: review of the literature. Surg Oncol. 2007; 16 Suppl 1:S169-71.
5. Bairey O, Ruchlemer R, Shpilberg O. Non-Hodgkin's lymphomas of the colon. Isr Med Assoc J. 2006; 8(12):832-5.
6. Sohn SK, Dong-Hwan K, Jin TJ, et al. Comparison of clinical staging systems in primary gastrointestinal NHL [abstract]. Proc Am Soc Clin Oncol. 2000; 19:162.
7. Musshoff K. Clinical staging in gastrointestinal lymphoma. Strahlentherapie. 1977;153:218-21.
8. Boot H. Diagnosis and staging in gastrointestinal lymphoma. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2010; 24(1):3-12.
9. Koniaris LG, Drugas G, Katzman PJ, Salloum R. Management of gastrointestinal lymphoma. J Am Coll Surg. 2003; 197(1):127-41.

Fernanda Cristina Alves de Lima¹;
Bianca Mikaelly Freitas Lemos²

Terapia nutricional aplicada em um paciente com diagnóstico de câncer colorretal, diabetes mellitus, hipertensão arterial e hipotireoidismo

Nutritional therapy applied to a patient with colorectal cancer, diabetes mellitus, hypertension and hypothyroidism

Relato de Caso

1. Nutricionista da Cirurgia Geral e Oncologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP.

2. Acadêmica de Nutrição pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo UNASP, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O câncer colorretal é uma neoplasia frequentemente tratável e curável quando localizada. O tratamento é feito através de cirurgia, a única forma de tratamento. Para isso, a terapia nutricional é de extrema importância no pré-operatório. A paciente do presente estudo foi internada na Clínica de Cirurgia Geral com o diagnóstico de câncer colorretal. Na primeira avaliação realizada, a paciente apresentou diagnóstico de desnutrição. Iniciou-se, então, a terapia nutricional com suplementação específica para pacientes que serão submetidos a cirurgia. Antes da cirurgia, foi realizada uma reavaliação com a paciente, mostrando que ela se apresentava estável, pois o resultado dos exames bioquímicos estava normalizado. Quando voltou da cirurgia, foi realizada outra reavaliação, que indicou boa recuperação, com pequeno ganho de peso, porém ainda permanecia o diagnóstico de desnutrição. Iniciou-se novamente a suplementação para ajudar no processo de recuperação. A paciente aceitou bem a suplementação, mas não aceitou bem a dieta; sendo que esta foi sendo evoluída, adequando-se melhor à preferência da paciente para que ela pudesse se recuperar e receber alta hospitalar. Pôde-se concluir, por meio de estudos e deste trabalho, que a terapia nutricional no pré-operatório é de extrema importância, pois ajuda a manter e/ou recuperar o estado nutricional de pacientes que serão submetidos a cirurgia.

Descritores: Neoplasias colorretais; Doença crônica; Terapia nutricional; Período pré-operatório

ABSTRACT

Colorectal cancer is a cancer often treatable and curable when localized. The treatment is by surgery, that is the only form of treatment. For this, a nutritional therapy is extremely important in the preoperative. The patient of the present study was hospitalized at the Clinic of Surgery that was diagnosed with colorectal cancer. It was the first assessment, which had the diagnosis of malnutrition, then began the nutritional therapy with specific supplementation to the patients who will be underwent surgery. Before surgery, was reevaluated with the patient, showing that he was stable, as the result of biochemical tests were standardized. When she returned from surgery, another reevaluation was performed, she was recovering well, with a small weight gain, but still remained with the nutritional diagnosis of malnutrition. Began again the supplementation to help in the recovery process. The patient accepted the supplementation, and does not accept the diet, and this is being evolved, adapting better to the preference of the patient so that it can recover and be discharged. It was concluded through studies and this work that nutritional therapy in the preoperative is of extreme importance, it helps to keep and/or restore the nutritional status of patients who will be undergoing surgery.

Keywords: Colorectal neoplasms; Chronic disease; Nutritional therapy; Preoperative period

Data de submissão: 30/04/2013

Data de aceite: 24/07/2013

Correspondência:

Serviço de Nutrição do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Rua Pedro de Toledo, 1800 - CEP 04029-000 - São Paulo, SP - Tel/Fax (11) 4573-8000

Trabalho realizado:

Serviço de Nutrição do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, tem ocorrido, nos países em desenvolvimento, o processo de transição epidemiológica e nutricional. Tal processo é caracterizado pela modificação do perfil de morbimortalidade, com envelhecimento da população, urbanização, mudanças socioeconômicas, alimentares e no estilo de vida. Dessa forma, verificou-se diminuição das doenças infecciosas e aumento na prevalência e na incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer. Atualmente, as neoplasias apresentam alta incidência mundial, apesar de grandes esforços para o seu diagnóstico precoce e tratamento. Em 2005, os óbitos por câncer no mundo somaram 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes; 75% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento. O câncer de pulmão foi o que causou maior mortalidade, seguido pelos tumores de estômago, fígado, cólon e mama. A incidência prevista para o ano de 2020 é de 16 milhões de casos, dos quais 60% ocorrerão em países de média ou baixa renda¹. A dieta é um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento de câncer colorretal, porém componentes específicos da dieta não têm sido bem estudados. Atualmente, sabe-se que os fatores dietéticos que são relacionados com a carcinogênese no intestino grosso são: excesso de gordura animal, carne vermelha e calorias; baixa ingestão de fibras e, provavelmente, o álcool e o fumo. Em contrapartida, alto consumo de frutas, vegetais frescos, cereais e peixe, baixo consumo de carnes vermelhas e processadas, e de bebidas alcoólicas, bem como a prática de atividade física, estão associados ao menor risco de câncer colorretal².

O hipotireoidismo tem sido reconhecido como importante causa de morbidade no sexo feminino, atingindo 4 a 10% de todas as mulheres³.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil, e a hipertensão arterial está entre os seus principais fatores de risco⁴.

Em indivíduos diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais frequente que na população em geral. O controle do diabetes mellitus pode ser feito por terapia com insulina, dieta ou uma combinação entre ambos. Com relação à dieta, tem sido observado que a crescente substituição dos alimentos *in natura*

ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados pode aumentar a absorção de carboidratos e de outros nutrientes, dificultando o controle glicêmico, uma vez que o tratamento atual dessa patologia tem como principal objetivo manter a glicemia próxima dos valores normais⁵.

DADOS DO PACIENTE

Paciente A. M. S., brasileira, negra, natural de Marcionílio Souza, 65 anos e 2 meses, sexo feminino, casada, aposentada, segundo grau completo, reside na cidade de São Paulo, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto, hipotireoidismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. O único histórico familiar é de hipertensão arterial.

A paciente internou no Pronto Socorro em 06 de maio de 2013, referindo sentir náuseas, vômitos, diarreia há dias, fezes liquefeitas com sangue e com perda de peso de 14,3% em quatro meses. De acordo a avaliação da equipe de enfermagem, a paciente encontrava-se consciente, hidratada, calma, acamada e com boa aceitação da dieta.

Após a avaliação dos médicos, a paciente foi submetida à colonoscopia e, assim, foi diagnosticada com adenocarcinoma de reto. A conduta adotada foi uma retossigmoidectomia por videolaparoscopia (convertida com colostomia perineal).

A paciente toma remédios controlados para hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e para hipotireoidismo. Relata ser essa sua primeira internação. Tem apenas um filho, de parto normal, e, a partir de então, foi diagnosticada com hipertensão arterial. Atualmente mora apenas com seu esposo. Os dois vivem da renda das aposentadorias de ambos. Consomem verduras e frutas todos os dias, porém menos do que o recomendado.

TERAPIA NUTRICIONAL (TN)

Os objetivos da TN no paciente oncológico incluem prevenção e tratamento da desnutrição; modulação da resposta orgânica ao tratamento oncológico e controle dos efeitos adversos deste último⁶.

A terapia nutricional constitui uma arma terapêutica essencial para que esse paciente possa se submeter ao tratamento clássico e deve ser instituída tão logo seja diagnosticada alteração do estado nutricional, para prevenir a perda de peso e desnutrição⁷.

A suplementação oral é o método mais simples, mais natural e menos invasivo para o aumento da ingestão de nutrientes em todos os pacientes. Os suplementos alimentares devem fornecer quantidades adequadas de todos os nutrientes – proteínas, energia, vitaminas e minerais, de modo a reforçar as necessidades nutricionais do paciente⁷.

No momento em que a paciente foi internada na clínica de Cirurgia Geral, foi realizada a triagem nutricional chamada Nutrition Risk Screening (NRS), apresentando a pontuação 3, classificada como risco nutricional. Após a triagem, foi realizada a avaliação antropométrica, mostrando que a paciente tinha Índice de Massa Corpórea (IMC) que a classificava como desnutrida (peso: 56,5Kg, estatura: 1,59 e IMC: 22,42Kg/m²). Sua necessidade energética era de 2028,6kcal/dia, calculada vezes 35kcal/kg/dia, e de proteína, 86,94g/dia, calculada vezes 1,5g/kg/dia, utilizando seu peso ideal como sendo de 57,96kg. Quanto aos dados bioquímicos, nenhum se apresentava alterado. Pelos dados apresentados, pôde-se concluir que a paciente estava desnutrida. Iniciou-se então a terapia nutricional perioperatória.

As necessidades nutricionais do paciente com câncer podem variar, dependendo do tipo e da localização do tumor, do grau de estresse, da presença de má-absorção e da necessidade de ganho de peso ou anabolismo⁶.

Para a promoção de ganho de peso, o valor calórico para pacientes desnutridos seria de 30 a 35kcal/kg/dia, e a quantidade de proteína para pacientes hipermetabólicos ou com perda aumentada de peso seria de 1,5 a 2,0g/kg/dia⁶.

Logo após ter sido feita a avaliação nutricional, iniciou-se dieta geral para diabetes hipossódica, com ótima aceitação da paciente, porém não supria suas necessidades energéticas totais. Foi então introduzida a suplementação industrializada por via oral duas vezes ao dia, progredindo para três vezes ao dia na segunda semana. O suplemento utilizado contém imunonutrientes próprios

para pacientes que serão submetidos a cirurgia. Esse tipo de suplementação tem como objetivos a imunomodulação, a melhora do estresse oxidativo e a melhora dos resultados pós-operatórios. Estudos mostram que, para ter um resultado significativo com a suplementação, é necessária a sua intervenção por 7 a 14 dias⁶. Foi possível a suplementação no pré-operatório por 10 dias, o que pode ser considerado como satisfatório para uma boa imunomodulação. Após a realização da cirurgia, a paciente ficou em jejum por cerca de 48 horas, recebendo soro glicosado e os medicamentos necessários. Quando saiu do jejum, começou a receber dieta líquida (1200kcal), com baixa aceitação; depois passou a receber dieta leve para diabetes hipossódica (1450kcal), com baixa aceitação; a dieta evoluiu para pastosa para diabetes hipossódica (1900kcal), porém a paciente não aceitava, encontrando-se com náuseas e constipada. Por isso, a dieta foi alterada para branda, para diabetes hipossódica laxativa (1700kcal). Ainda assim, não houve boa aceitação por parte da paciente que, no outro dia voltou a receber dieta leve para diabetes hipossódica laxativa. A aceitação dessa dieta foi melhor, pois as náuseas haviam diminuído⁷.

A terapia nutricional para pacientes desnutridos que serão submetidos a cirurgia eletiva deve ter como objetivo tentar reverter a desnutrição associada à caquexia, melhorando, assim, o estado nutricional do paciente no pós-cirúrgico. A resposta orgânica ao trauma operatório tem maiores repercussões e influencia negativamente nos resultados⁸.

Logo após a realização da cirurgia, foi feita outra reavaliação nutricional, e a paciente teve um pequeno ganho de peso (de 56kg para 57,7kg), não significando que houve um real ganho de peso, pois acabara de voltar de uma cirurgia e poderia estar com um pouco de edema. Mesmo assim, nota-se que ela não perdeu peso, e que a intervenção nutricional também contribuiu para a boa evolução do quadro da paciente. No presente momento, a paciente permanece na clínica e aguarda alta hospitalar.

Atualmente, amplas evidências indicam que a terapia nutricional vigorosa aumenta as chances de sucesso nos tratamentos clínicos nos casos de câncer. É necessário um grande esforço da equipe de profissionais de saúde, do paciente e de seus familiares para que

todos, em conjunto, façam com que a terapia nutricional torne-se realidade⁹.

O caso apresentado demonstra que a intervenção nutricional é de grande importância no processo que se estende

desde o pré-operatório até o pós-operatório em cirurgias eletivas, pois é um dos fatores que ajudaram na obtenção de um resultado positivo.

REFERÊNCIAS

1. Malheiros AP, Teixeira MG, Habr-Gama A, Alcântara OS. Resultados do tratamento cirúrgico do câncer colorretal em doentes de idade até 64 anos e de 65 anos ou mais. *J Coloproctol*. 2005;25(2):128-36.
2. Cabral CM, Gruezo ND. Ingestão de cálcio e vitamina D e risco de câncer colorretal: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(2):259-66.
3. Junqueira C, Dal Lago A, Murussi C, Santi A, Horn RC. Estudo do perfil oxidativo em pacientes com hipotireoidismo [Internet]. 2012 [citado 2013 Maio 12]. Disponível em: <http://www.unicruz.edu.br/>
4. Dantas AO. Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso [monografia]. Teófilo Otoni (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
5. Almeida PC, Almeida ME, Almeida LF. Antropometria e níveis pressóricos de indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Nursing*. 2009; 12(138):510-6.
6. Pinho NB, Oliveira GP, Correa MI, Oliveira AG, Souza CM, Cukier C, et al. Terapia nutricional na oncologia. São Paulo: Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2011.
7. Oliveira T. A importância do acompanhamento nutricional para pacientes com câncer. *Prát Hosp*. 2007; 9(51):150-4.
8. Silva MP. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Rev Bras Cancerol*. 2006; 52(1):59-77.
9. Nix S. Suporte nutricional no câncer e na AIDS. In: Nix S. Williams: nutrição básica & dietoterapia. 13a ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier; 2010. p.458-81.

Reversibilidade na espirometria: afinal, quanto é relevante?

Resumo de Tese

Autor: ANDRÉ LUIS PINTO SOARES

Orientador: CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

Nível: Mestrado

RESUMO

Mudanças significativas para valores derivados da espirometria devem ser melhor estabelecidas.

Objetivos: Estabelecer variações significativas para o VEF1, CV, CVF e CI, após placebo, em pacientes com obstrução ao fluxo aéreo; verificar o efeito do uso simultâneo destas variações sobre o número de testes falso-positivos. **Métodos:** Foram estudados 100 adultos com obstrução ao fluxo aéreo ($VEF1=61\pm 20\%$ do previsto). Espirometrias obtidas antes e após placebo spray foram realizadas. As variações, expressas como IC95 e 98% e percentis 95 e 98%, foram calculadas em valores absolutos, em % do valor inicial e como % do previsto. **Resultados:** A variação do VEF1 em % inicial foi influenciada pelo VEF1 basal ($r=-0,19$, $p=0,06$). Os IC95% para as variações absolutas foram: $VEF1=0,17$ L; $CV=0,23$ L; $CI=0,24$ L; $CVF=0,18$ L. Em % do previsto os IC95% foram: $VEF1=6,1\%$; $CV=6,9\%$; $CI=9,3\%$; $CVF=6,1\%$. Considerando-se os IC95%, expressos como variações do previsto, 14 pacientes excederam um ou mais desses limites. Os limites superiores arredondados, com base nos valores derivados do IC98 e P98 para VEF1, CV, CI e CVF, expressos em % previsto, foram: $VEF1 \geq 10\%$, CV e $CVF \geq 10\%$ e $CI \geq 13,7\%$ ($\sim 10\%$ da CVF prevista). Em apenas em 4 casos estes limites foram excedidos por um ou mais parâmetros. **Conclusões:** A CI apresenta maior variabilidade em comparação à CVF e CV. Pontos de corte simultâneos para VEF1, CV, CVF e CI devem ser maiores para redução de valores falso-positivos. Estes coincidem com valores tidos como clinicamente relevantes.

Data de Defesa: 01/03/12

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Tela de Amsler e campo visual no rastreamento da retinopatia por cloroquina

Resumo de Tese

Autor: BRUNO VARGAS MADALENA

Orientador: PEDRO DURÃES SERRACARBASSA

Nível: Mestrado

RESUMO

Objetivos: Comparar a tela de Amsler modificada com o campo visual Humphrey® 10-2 vermelho nos usuários de cloroquina, na detecção da maculopatia precoce, e correlacionar com as variáveis de risco. **Métodos:** Foram analisados 116 olhos de 58 pacientes, acompanhados no Serviço de Oftalmologia do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” de São Paulo, entre abril de 2006 e abril de 2008. Todos os pacientes tinham fundo de olho normal e mais de 2 anos de terapia com cloroquina. Os participantes tiveram seus dados clínicos avaliados e foram submetidos ao exame da acuidade visual corrigida, biomicroscopia de fundo, campo visual e tela de Amsler. **Resultados:** A incidência da maculopatia precoce foi de 7 a 10%, dependendo do exame do exame perimétrico considerado. A concordância entre a tela de Amsler e o campo visual foi baixa. Para o grupo de olhos que apresentaram ambos os exames alterados, houve significância estatística com a alta dose diária, dose cumulativa elevada e baixa acuidade visual; a idade do paciente e a duração do tratamento não mostraram boa correlação nestes casos, mas suas médias (67,4 anos e 8,4 anos, respectivamente) situaram-se dentro da faixa dos fatores de alto risco. **Conclusões:** O estudo sugere que a tela de Amsler pode ser útil na complementação das informações do campo visual no rastreamento periódico da retinopatia por cloroquina, sobretudo naqueles com fatores de alto risco bem estabelecidos, selecionando melhor os candidatos à realização de testes objetivos, como o OCT de alta resolução e o ERG multifocal.

Data de Defesa: 01/03/12

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Impacto de um programa de orientação fisioterapêutica com manual nos cuidados ao paciente com sequela motora por acidente vascular periférico

Resumo de Tese

Autor: CINTIA LESSA LIMA

Orientador: FERNANDO CAMPOS GOMES PINTO

Nível: Mestrado

RESUMO

Preparar e informar o cuidador familiar ou leigo visa facilitar os cuidados domiciliares do paciente com sequela motora por Acidente Vascular Encefálico (AVE), prevenir complicações evitáveis (úlceras por pressão, infecção, trombose, contratura e dor) e auxiliar no processo de reabilitação. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto de um programa de orientação fisioterapêutica com manual nos cuidados ao paciente. A partir do desenvolvimento de um manual ilustrado com as principais orientações fisioterapêuticas, foi aplicado um teste com 10 questões de múltipla escolha em 40 cuidadores previamente orientados. Neste mesmo dia, a divisão dos grupos foi feita por randomização, sendo que 20 receberam o manual (grupo A) e 20 não receberam (grupo B). Após intervalo de 7 dias, o mesmo teste foi reaplicado, porém com diferente ordem das questões. Após 18 meses, foi realizado contato telefônico com os cuidadores para questionar sobre a saúde do paciente. A qualidade do manual foi avaliada por 25 fisioterapeutas e a qualidade do questionário foi avaliada através da aplicação do mesmo a 2 fisioterapeutas. Não houve diferença no resultado do primeiro teste. Porém no segundo teste, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O grupo A apresentou maior número de acertos ($p < 0,05$). Através dos contatos telefônicos após 18 meses, houve relato de 2 pacientes do grupo B terem apresentado úlcera por pressão. Quanto à avaliação do manual, 80% (20/25) dos fisioterapeutas julgou o manual como completo, 84% (21/25) acredita que o fornecimento deste manual aumentaria a aderência do cuidador e 88% (22/25) acredita que o manual auxilia na prevenção de complicações como úlceras por pressão, infecção e contratura. O teste aplicado foi considerado adequado pela avaliação dos 2 fisioterapeutas. Um programa de orientação fisioterapêutica associado com manual, considerado adequado pelos fisioterapeutas, facilita a memorização e aprendizado do cuidador familiar ou leigo e auxilia no cuidado domiciliar do paciente com sequela motora por AVE.

Data de Defesa: 01/05/12

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Avaliação das condições de atendimento aos pacientes portadores de úlcera de perna pelos profissionais do Programa Saúde da Família

Resumo de Tese

Autor: CARLOS EDUARDO DA SILVA MARINHO

Orientador: UMBERTO GAZI LIPPI

Nível: Mestrado

RESUMO

Este trabalho objetivou conhecer o perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), descrever as condições de atendimento aos pacientes portadores de úlcera da perna e reconhecer o significado de atendimento humanizado a esses pacientes. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. A maioria dos profissionais inseridos no PSF é do gênero feminino, possuem especialização e o tempo de atuação no programa é variou de 2 meses a 10 anos. Apesar das dificuldades apontadas com relação a recursos materiais e físicos percebeu-se que os profissionais inseridos no PSF estão comprometidos com a assistência ao paciente acometido por úlcera.

Data de Defesa: 01/05/12

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Escuta revelando o ser: um relato na abordagem centrada na pessoa

Trabalho de Conclusão de Curso

Autor:

Marcela Rocha Bezerra

Orientador:

Mariangela Bento

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO)

fevereiro/2013

RESUMO

Justificativa: Sendo a apresentação de um processo psicoterapêutico, tem-se neste trabalho a observação da teoria, com um estudo significativo de sua criação e concretização, e da prática, apresentando o terapeuta em ação e o cliente com seu comportamento humano em toda a sua variedade e complexidade, servindo como norteadores para outros casos atendidos pelo Serviço. **Objetivos:** O trabalho tem como objetivo elucidar os conceitos utilizados na prática de uma psicoterapia fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), como: empatia, congruência e aceitação incondicional do cliente, as atitudes básicas de um psicoterapeuta seguidor da ACP, entre outras características. Mostrar a concretização da prática que favorece que o cliente seja livre para prosseguir no seu próprio ritmo e em suas próprias direções, em busca de autonomia, autodireção, autoconhecimento entre outros. Clarificar o quanto é necessário que o terapeuta desta abordagem possua constante desenvolvimento, autoconhecimento e autenticidade, para que propicie ao cliente liberdade experiencial e autorrealização. **Métodos:** O método de investigação foi feito de modo qualitativo, através da descrição de um caso clínico, com recortes de momentos da sessão. O limite obtido, com o recorte, garante a possibilidade de obter uma investigação objetiva, forma de pesquisa válida e que considera a participação ativa do sujeito com o objeto que estuda. A ACP possibilitou a elucidação desse ocorrido na Seção de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) durante o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP). Foram utilizados trechos do caso citado durante o relato teórico-prático. A paciente recebeu o nome fictício Rafaela, garantindo o sigilo da paciente. **Resultado:** Estar nesse contexto foi encontrar qualquer uma das demandas trazidas pelo sujeito, na maioria das vezes em sofrimento, por vezes acreditando que seus problemas não tinham tanta importância para os outros e levando uma vida desesperadora. A repetição nos encontros entre terapeuta e cliente possibilitou o contato direto com a evolução e, por que não, muitas vezes retrocesso desse sujeito, não cabendo ao terapeuta direcionar ou agir por ele. Coube ao profissional o cuidado com sua cliente, propiciando a ela autoconhecimento, autonomia cada vez maior em sua vida, liberdade experiencial um caminhar em direção à realização que almeja, resultados que puderam ser evidenciados através do caso clínico exposto. **Conclusão:** O PAP nos prepara de forma concreta e real para o enfrentamento da árdua vida profissional, apresentando-nos as alegrias e tristezas que acometem o psicólogo no exercício das suas atividades. Estar embasada pela ACP forneceu a segurança para que durante o meu desenvolvimento profissional eu soubesse como me portar, como agir, como trabalhar, como ser psicóloga, mantendo a empatia, congruência e aceitação incondicional da cliente, e garantindo a ela os benefícios e mudanças observados.

Terapia com pressão positiva contínua em vias aéreas em pacientes em insuficiência cardíaca: efeitos hemodinâmicos e respiratórios

Trabalho de Conclusão de Curso

Autor:

Camila Pires de Sousa

Orientador:

Elaine Priscilla Mendoza

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Aprimoramento Profissional em Fisioterapia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO)

fevereiro/2013

RESUMO

Justificativa: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa e comum que resulta de uma disfunção cardíaca estrutural ou funcional, na qual o coração se torna incapaz de suprir a demanda metabólica ou se faz à custa de pressões de enchimento elevadas. A progressão dos sintomas da IC reduz progressivamente a capacidade funcional, o que acarreta uma má condição clínica, de alto custo, geralmente incapacitante e com mortalidade elevada. De acordo com a II Diretriz para diagnóstico e tratamento da Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC), os princípios de tratamento também se alicerçam no manuseio não farmacológico. Dentre os tratamentos não farmacológicos, inclui-se o uso da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). Observa-se na clínica diária que o uso de pressão positiva reduz a dispnéia durante o exercício e apresenta resultados favoráveis na função cardíaca. **Objetivo:** Analisar, através de uma revisão de literatura, os efeitos hemodinâmicos e respiratórios da terapia com CPAP em pacientes portadores de IC. **Métodos:** Foi realizada uma busca bibliográfica de estudos clínicos controlados e randomizados sobre os efeitos hemodinâmicos e respiratórios da terapia com CPAP nos pacientes portadores de IC, nos idiomas português e inglês, no período de 2000 a 2012, utilizando o descritor de ciências da saúde (DeCS) "continuous positive airway pressure and heart failure". **Resultados:** Todos os estudos relatam que o uso de pressão positiva em todos os estudos é vantajoso na população portadora de IC. O tratamento através do CPAP melhora a função cardíaca e alivia os sintomas da IC. Assim, pode-se dizer que o CPAP melhora a mecânica do coração insuficiente. Já está bem documentado que a aplicação de pressão positiva contínua nesses pacientes reduz a pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO_2) e resulta na diminuição da pré e da pós-carga do ventrículo esquerdo, diminuição do trabalho respiratório, melhora da função cardíaca com diminuição da congestão pulmonar e sua consequente hiperventilação. A aplicação de CPAP provoca melhorias significativas na função cardíaca, incluindo a redução da pré-carga ventricular esquerda, um aumento na fração de ejeção ventricular esquerda, uma redução na fração de regurgitação mitral e no consumo de oxigênio do miocárdio. **Conclusão:** A terapia com ventilação não invasiva por pressão positiva, através das análises realizadas por este estudo, comprovou ser benéfica para o alívio de sintomas, apresentando efeitos hemodinâmicos e respiratórios sobre os pacientes portadores de IC, que muitas vezes possuem associados distúrbios respiratórios.

Análise da utilização de fármacos antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos

Trabalho de Conclusão de Curso

Autor:

Lígia Martins

Orientador:

Raquel Queiroz de Araujo
e Fernanda Carolina Cruz
Evangelista

Trabalho de Conclusão de
Curso do Programa de Aprimoramento Profissional em
Farmácia Hospitalar e Clínica do Hospital do Servidor
Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HPE-FMO)

fevereiro/2013

RESUMO

Justificativa: A utilização incorreta de medicamentos psicoativos pode acarretar danos à saúde do paciente, dificultar o diagnóstico de doenças ou até mesmo levar à dependência e ao abuso dessas substâncias. Sabendo-se que racionalizar o uso desses medicamentos aumenta a segurança do paciente e diminui gastos com o tratamento de efeitos adversos ou intoxicações causados pelos mesmos o presente trabalho visa analisar as indicações desses medicamentos prescritos nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO). **Objetivos:** Analisar a indicação dos fármacos antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos prescritos nas enfermarias da Clínica Médica do HSPE-FMO, e confrontar seu uso de acordo com as indicações oficiais publicadas em bulas dos laboratórios dos medicamentos de referência. **Métodos:** Através das prescrições diárias e revisão de prontuários no período de 20 de agosto a 17 de outubro de 2012, analisaram-se as seguintes classes medicamentosas: antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos; prescritos aos pacientes internados nas enfermarias da Clínica Médica, excluindo-se os hipnoanalgésicos. Os dados foram tabulados e confrontados com as indicações constantes nas bulas dos laboratórios dos medicamentos de referência, aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cada medicamento foi relatado apenas uma única vez por paciente, ainda que a sua prescrição persistisse por mais dias. Substituições foram descritas como uma nova ocorrência. **Resultados:** Dentre os 247 prontuários analisados, foram constatadas 94 ocorrências de psicoativos; destas, 34,04% (32) eram de algum antidepressivo, 34,04% (32) de antipsicóticos e 31,92% (30) de ansiolíticos e hipnóticos. Os medicamentos usados de forma não indicada em bulas oficiais (off-label) representaram 43,62% (41) das ocorrências totais e aqueles que não possuíam nenhum diagnóstico para a utilização desta classe de medicamentos constituíram 14,9% (15) das ocorrências totais. **Conclusão:** Frente a esses resultados foi possível concluir que existe um número significativo de prescrições off-label na clínica analisada, deixando clara a necessidade de se estabelecer protocolos clínicos nos tratamentos psiquiátricos. O farmacêutico clínico, como parte integrante da equipe multiprofissional poderia supervisionar e orientar a prescrição destas medicações, otimizando a terapêutica e diminuindo a possibilidade de eventos adversos relacionados aos medicamentos. Racionalizar a utilização de psicoativos melhora a adesão do paciente e garante uma terapêutica efetiva.

Não dito e a questão da adoção: a experiência em psicoterapia psicanalítica

Trabalho de Conclusão de Curso

Autor:

Luiza Marcelli Claro de Oliveira

Orientador:

Milene Shimabuku

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO)

fevereiro/2013

RESUMO

Justificativa: Pretende-se discutir o conceito de sintoma para a Psicanálise, assim como tecer reflexões sobre a importância do conhecimento da origem no contexto da adoção e analisar sua repercussão na subjetividade da criança. **Objetivo:** Articulando o sintoma infantil ao relato de um caso clínico, tem-se como objetivo demonstrar o interjogo entre o não dito, a questão da adoção e o sintoma infantil. Enfatizando, assim, a questão do não dito, busca-se demonstrar a importância do papel dos pais na constituição subjetiva, na transmissão da história de seus filhos e na inscrição da criança em uma simbologia familiar. **Métodos:** O presente trabalho utilizar-se-á de um estudo de caso como ilustração de sua temática. Trata-se do caso de um menino com seis anos de idade que foi atendido em psicoterapia no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) durante o Programa de Aprimoramento em Psicologia Clínica no ano de 2012. As informações prestadas durante os atendimentos em psicoterapia, utilizadas para fins deste estudo, foram autorizadas pelo responsável da criança por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido realizado pela Seção de Psicologia deste referido hospital. **Resultados:** O estudo demonstrou que a revelação para a criança de sua condição de adotada não se reduz a uma informação pontual e sim, trata-se de um processo de complexidade gradativa que se estenderá ao longo da relação pais/filhos adotivos. Observou-se, também, por meio da experiência clínica, que, quando a transmissão da história não se efetiva, a criança não se limita ao conhecimento apenas do que ouve, percebendo também outros aspectos além do que lhe é dito. O caso clínico atendido em psicoterapia demonstrou que, muitas vezes, o que se transmite é justamente o que, segundo os pais, deveria estar excluído (e por isso não dito), retornando a história, com ênfase, por meio do sintoma. Foi possível verificar, por meio da discussão do caso clínico, que o não dito a revelação da origem envolvendo a adoção estava na base constitutiva do sintoma e era influenciado pelo modo como a família lidava com o tema. **Conclusão:** O estudo permitiu constatar que, diferentemente do que apontam várias publicações, os problemas geralmente descritos na criança adotada não podem ser pensados, *a priori*, como diretamente relacionados à adoção e nem às vivências traumáticas anteriores à adoção. Pôde-se perceber que quando a criança adotada expressa sentimento de rejeição, conflitos ou sintomas, geralmente, isso está muito mais relacionado com a família adotiva e com a forma com que lhe falaram sobre a adoção e a respeito de seus pais de origem, do que com o fato de ter sido adotada. Assim, conclui-se que a parentalidade adotiva apresenta peculiaridades, mas não é, necessariamente, geradora de conflitos e nem tampouco predispõe os filhos adotados a sintomas ou dificuldades específicas.

Perfil sorológico para hepatite B em exames admissionais no Iamspe: prevalência de imunizados para hepatite B

Trabalho de Conclusão de Curso

Autor:

Natália Di Giaimo Giusti

Orientador:

Kioko Takei

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Aprimoramento Profissional em Laboratório Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO)

fevereiro/2013

RESUMO

Justificativa: Desde a implementação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), a vacina contra o vírus da hepatite B (HBV) é recomendada aos trabalhadores da área da saúde. Como a presente pesquisa tem como alvo as pessoas que ainda irão ingressar em um ambiente hospitalar, a detecção de indivíduos susceptíveis e infectados que ainda não foram beneficiados com a vacinação contra a hepatite B é imprescindível para a proteção destes, que irão trabalhar em ambiente de maior exposição ao HBV. Assim, os exames admissionais são importantes para a detecção da infecção por HBV, já que alguns casos apresentam-se assintomáticos, e para a identificação de imunização ou susceptibilidade, para futura orientação e vacinação contra o HBV.

Objetivos: Verificar, por meio de marcadores sorológicos para hepatite B, o status imunológico de pessoas que buscam emprego no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe) e a frequência de infecção e susceptibilidade a este vírus.

Métodos: Coleta de dados do Banco de Dados da unidade de Imunologia do Serviço de Laboratório Clínico do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) e Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (Iamspe), analisando 1949 resultados de exames admissionais, em especial os valores dos marcadores sorológicos de hepatite B, realizados entre janeiro de 2010 e junho de 2012. Seguindo por cálculos de prevalência da infecção por vírus da hepatite B, de frequência de pessoas imunizadas, tanto por meio de vacinação quanto através de infecção natural, e de frequência de indivíduos não-imunizados.

Resultado: Dos 1949 candidatos que realizaram exame admissional, 1560 (80%) apresentaram resultado positivo para anticorpo anti-HBs, estando, portanto, imunizados contra o vírus da hepatite B. Dentre estes, 2,6% apresentaram imunização decorrente de infecção prévia pelo mesmo vírus e 97,4% por meio da vacinação. Do total de candidatos, quatro indivíduos (0,2%) estavam infectados cronicamente por HBV. Candidatos susceptíveis, anti-HBs negativos, foram observados em 20% da população estudada. A taxa de imunizados contra a hepatite B se apresentou maior na faixa etária de 18 a 30 anos, grupo atingido pela campanha de vacinação. Já, os candidatos com idade entre 41 e 50 anos apresentaram menor taxa de imunização e maior taxa de infecção.

Conclusão: Este trabalho mostrou a necessidade de vacinação em 20% dos candidatos ao ingresso para trabalho no IAMSPE. Dentre os imunes, 97,4% foram decorrentes da vacinação. A frequência de infecção crônica (0,2%) mostrou-se menor em relação ao Inquérito Nacional de Hepatites Virais (0,6%). Os exames admissionais são importantes para se detectar indivíduos susceptíveis à infecção pelo HBV.