

Iamspe

Revista Científica

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

Recrutamento alveolar em pediatria

Audiometria de altas frequências em adultos fumantes

Bioética e Saúde Global

A importância da terapia nutricional na doença de crohn

Intervenção nutricional no perioperatório de um paciente obeso
com neoplasia colorretal

Psicanálise e depressão



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 (Fisioterapeuta)
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

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)
Gizelda M. da Silva (Área multiprofissional)
Helenice de Paula Fiod Costa (Neonatologia)
Henrique Carrete Jr. (Radiologia)

Hugo Hipolito (Urologia)
João Manuel da Silva Junior (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 (Geriatría)
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 Cansanção 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 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)

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

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

Comissão Científica - CEDEP (Centro de
Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa)
Av. Ibirapuera, 981 – 2º andar - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil - CEP: 04029-000
Secretária: Sandra Vequetini

Email: 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 |
| Artigo Original | |
| Recrutamento alveolar em pediatria | 6 |
| <i>Pediatrics alveolar recruitment</i> | |
| Cauê Padovani, Laisa Ayusso Teixeira | |
| Audiometria de altas frequências em adultos fumantes | 13 |
| <i>High frequency audiometry in adult smokers</i> | |
| Claudia Aparecida Colalto, Laura Caruso Ribeiro, Christiane Boari Brandina | |
| Artigo de Revisão | |
| Bioética e saúde global | 19 |
| <i>Bioethics and global health</i> | |
| Regina Ribeiro Parizi Carvalho | |
| Relato de Caso | |
| A importância da terapia nutricional na Doença de Crohn | 26 |
| <i>The importance of nutrition therapy in Crohn's disease</i> | |
| Dolores Milaré, Fernanda Lima, Emiliane de Souza Ferreira | |
| Intervenção nutricional no perioperatório de um paciente obeso com neoplasia colorretal | 30 |
| <i>Nutritional intervention in the perioperative period of an obese patient with colorectal neoplasia</i> | |
| Fernanda Lima, Cicera Lima | |
| Análise e comentários | |
| Psicanálise e depressão | 35 |
| <i>Psychoanalysis and depression</i> | |
| Durval Mazzei Nogueira Filho | |
| Resumos de Teses | |
| Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de pacientes com endometriose | 41 |
| Análise da qualidade de vida e da ocorrência e prevalência de dor osteoarticular no pré e pós-operatório de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo | 42 |
| Ablação histeroscópica do endométrio: resultados após seguimento clínico de 5 anos | 43 |
| Percepção da qualidade de vida no trabalho dos neurocirurgiões dos Serviços de Emergência da Cidade de São Paulo | 44 |

Que homem é o homem que não faz o mundo melhor?

Filme: "A Cruzada"

Que decisão tomar?

Chegamos ao sétimo número da revista científica. O IAMSPE sempre foi centro de ensino e pesquisa e não podia deixar de contar com uma revista científica para auxiliar na busca do conhecimento.

A dificuldade de pesquisar e acessar todos os artigos que são publicados a cada dia é tal, que torna quase impossível acompanhar todos os avanços que acontecem em uma especialidade específica o que imaginar atualizar-se em tudo.

Os artigos científicos auxiliam na busca da tomada de decisão de como melhor cuidar do paciente, mas qual o melhor artigo a ser lido? Como acreditar naquele autor ou naquele estudo?

A melhor evidência para tomada de decisões e atualização terapêutica é feita por meio de estudo de Meta Análise e Revisão Sistemática, que sintetiza informações adequadas, definindo evidências que validem as intervenções utilizadas diariamente pela equipe multidisciplinar. A elaboração destes estudos pode levar de três meses a um ano.

Uma alternativa ao realizar a Revisão Sistemática é desenvolver e conduzir um ensaio clínico, o que demanda mais tempo, além da necessidade de mais recursos para ser finalizado, elevando os custos da pesquisa.

Segundo o Centro Cochrane do Brasil, existem sete passos para realizar a Revisão Sistemática, estes são: formulação correta da pergunta; localização e seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; coleta de dados; análise e apresentação dos dados; interpretação dos dados e melhora e atualização da revisão.

A Medicina Baseada em Evidências busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações. É portanto, a arte de avaliar e reduzir a incerteza na tomada de decisão.

As Diretrizes de Especialidades consolidadas pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina têm por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico.

Informações contidas nestes projetos diretrizes devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Então para responder a questão: Que decisão tomar? Pode-se afirmar que a segurança no que se refere à melhor conduta para o paciente só pode ser conseguida através do conhecimento adquirido pelos artigos científicos publicados, em estudos realizados no rigor da ética e que foram avaliados e submetidos a críticas bem fundamentadas e se tornaram recomendações das sociedades de especialidades. Aí sim, pode com segurança ser aplicado na prática clínica e o profissional pode decidir sobre qual a melhor forma de prevenir, diagnosticar, tratar e proporcionar as orientações para a manutenção do estado de saúde do paciente.

A missão do IAMSPE é manter esta revista como oportunidade de divulgação do conhecimento multiprofissional, incentivar o corpo clínico na busca de evidências científicas para a melhor tomada de decisão, contribuindo para melhoria contínua da qualidade da assistência a saúde de forma integral.

Maria Ângela de Souza

Editora responsável

Coordenadora da Comissão Científica
CEDEP

Cauê Padovani, Laisa Ayusso
Teixeira

Recrutamento alveolar em pediatria

Pediatrics alveolar recruitment

Artigo Original

Fisioterapeutas da Unidade de
Terapia Intensiva do Hospital
do Servidor Público Estadual
"Francisco Morato de Oliveira",
HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar, através de uma revisão de literatura, como são realizadas as manobras de RA, seus principais benefícios e efeitos adversos, na tentativa de contribuir para um maior esclarecimento das formas mais eficazes e seguras de sua aplicação no paciente pediátrico. **Métodos:** Foi realizada uma busca bibliográfica, nas bases de dados Medline e PubMed, de estudos clínicos controlados e randomizados que avaliaram as manobras de RA em pacientes pediátricos, no idioma inglês, no período de 2007 a 2014, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCs) "Respiration, Artificial", "Pulmonary Atelectasis", "Positive-Pressure Respiration" e "Pediatrics". **Resultados:** O RA em crianças mostrou-se bastante eficaz na reexpansão de atelectasias e melhora da oxigenação. No entanto, algumas vezes esses benefícios apresentam-se sem relevância clínica devido ao seu efeito de curta duração. A utilização da posição prona associada a valor adequado de pressão expiratória final positiva parece ser a forma mais segura e eficaz de RA. Hipotensão arterial transitória, barotrauma e elevação da produção de mediadores pró-inflamatórios e sua translocação do espaço alveolar para a corrente sanguínea são citados como os principais efeitos adversos do RA. Estudos com crianças são escassos na literatura, principalmente os referentes às implicações do RA nos parâmetros de longo prazo como morbi-mortalidade e lesão pulmonar. **Conclusão:** A utilização do RA deve ser avaliada para cada caso individualmente, até que seus efeitos estejam totalmente esclarecidos. Nesse sentido, novos estudos são necessários para auxiliar na definição da técnica de RA mais eficiente e segura para a utilização em pediatria. **Descritores:** Respiração artificial; Atelectasia pulmonar; Respiração com pressão positiva; Pediatria

ABSTRACT

Objective: To analyze, through a literature review, such AR maneuvers are performed, the main benefits and adverse effects, in an attempt to contribute to more understand of the most effective and safe mode for its application in pediatric patients. **Methods:** A literature search was conducted, in Medline and PubMed databases, for randomized controlled clinical trials evaluating the AR maneuvers in pediatric patients, in english, in the period from 2007 to 2014, using the keywords of Health Sciences (DeCs) "Respiration, artificial", "Pulmonary atelectasis" "Positive-Pressure Respiration" and "Pediatrics". **Results:** AR in pediatric patients proved to be very effective in re-expansion of atelectasis areas and improve oxygenation. However, sometimes these benefits don't have clinical relevance because of their short duration effect. The use of the prone position associated with an appropriate amount of positive end expiratory pressure seems to be the most safe and effective mode of AR. Transient hypotension, barotraumas and increased production of pro-inflammatory mediators and their translocation from the alveolar space into the bloodstream are cited as the main adverse effects of AR. Studies in children are scarce in the literature, especially those relating the implications of AR in long-term measures such as morbi-mortality and lung injury. **Conclusion:** The use of AR should be evaluated for each case individually, until its effects are fully understood. Accordingly, further studies are needed to determine the most efficient and safe RA technique for pediatric use.

Keywords: Respiration artificial; Pulmonary atelectasis; Positive-pressure respiration; Pediatrics

Data de submissão: 07/04/2014
Data de aceite: 09/06/2014

Correspondência:

Cauê Padovani
Serviço de Fisioterapia do Hospital do
Servidor Público Estadual "Francisco
Morato de Oliveira", HSPE-FMO,
São Paulo, SP, Brasil.
Rua Pedro de Toledo 1800, Setor de
fisioterapia, 1º Andar - Bloco F - V. Clementino - São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: cauepadovani@hotmail.com
cauepadovani@usp.br

Trabalho realizado:

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

INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica em pediatria tem apresentado grande evolução nos últimos anos, tanto no que se refere às modalidades ventilatórias quanto no entendimento da fisiopatologia das doenças pulmonares. Ficou mais evidente a capacidade da ventilação mecânica em perpetuar ou agravar a lesão pulmonar. Diante disso, foram propostas estratégias ventilatórias de proteção pulmonar, dentre elas as manobras de recrutamento alveolar (RA)^{1,2}.

O RA consiste na aplicação de pressões positivas para realizar a reabertura de áreas pulmonares colapsadas e manter os alvéolos abertos, melhorando assim a distribuição do gás alveolar³⁻⁵. As manobras de RA têm sido propostas, principalmente, como suplemento das estratégias de ventilação mecânica para pacientes com SARA (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda). O grande desafio do RA é aplicar uma pressão suficiente para manter o pulmão totalmente recrutado sem exercer uma distensão alveolar excessiva³⁻⁵.

Recentemente, alguns estudos têm investigado o melhor método para se realizar o RA no paciente pediátrico, mas ainda existem muitas controvérsias. A elevação combinada da PI (Pressão inspiratória) e da PEEP, a utilização do CPAP (Pressão positiva contínua), a posição prona e a VAF (Ventilação de alta frequência) são técnicas de RA citadas na literatura^{1,6,7}.

O principal problema encontrado é que como a anatomia e fisiologia da criança apresentam diferenças em relação ao adulto, ainda não é totalmente claro o grau de susceptibilidade que as crianças possuem para desenvolver e/ou perpetuar

a lesão pulmonar relacionada à ventilação mecânica, nem os mecanismos envolvidos nesse processo^{4,8,9}. Os estudos em pediatria são limitados. Faz-se necessária maior investigação sobre o RA nessa população e evidência de sua aplicação clínica.

Diante deste contexto, o presente artigo tem como objetivo investigar os estudos referentes ao tema RA em crianças, como são realizadas as manobras de RA e os principais benefícios e efeitos adversos desta técnica, na tentativa de contribuir para um maior esclarecimento das formas mais eficazes e seguras de sua aplicação no paciente pediátrico.

MÉTODOS

Foi realizada revisão de literatura por meio das bases de dados Medline e PubMed, com delimitação da busca entre 2007 e 2014. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCs) "*Respiration, Artificial*", "*Pulmonary Atelectasis*", "*Positive-Pressure Respiration*" e "*Pediatrics*" para identificar os estudos que avaliaram as manobras de RA em pacientes pediátricos. Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos randomizados, prospectivos e ensaios clínicos publicados no idioma inglês.

RECRUTAMENTO ALVEOLAR EM PEDIATRIA

Utilizando a estratégia de pesquisa anteriormente descrita, foram incluídos 9 artigos. A Quadro 1 resume os artigos revisados, autores, ano de publicação, população estudada, tipo de RA utilizado e os resultados encontrados.

Quadro 1: Características dos estudos revisados

| Autores / Ano | População | Manobra de recrutamento | Resultados |
|---|--|--|---|
| Morrow et al., 2007 ⁴ | Pacientes pediátricos | Insuflação sustentada: PEEP 30 cmH ₂ O por 30 segundos após aspiração (desconexão da VM). | Não houve diferença na complacência dinâmica, SpO ₂ e VC exalado imediatamente após a manobra de recrutamento, ou depois de 25 minutos. |
| Duff et al., 2007 ⁹ | Pacientes pediátricos com hipoxemia | Insuflação sustentada: Elevação da PEEP por 15-20 segundos. Nível de PEEP: 30-35 cmH ₂ O para pacientes com pulmões normais, 40-45 cmH ₂ O para pacientes com SARA e 35-40 cmH ₂ O para outros pacientes. | Diminuição significativa na demanda de oxigênio durante as seis horas pós-recrutamento. |
| von Ungern-Sternberg et al., 2007 ¹⁰ | Pacientes anestesiados submetidas à cirurgia eletiva | Posição prona | Melhora significativa da CRF e ventilação. |
| Kaditis et al., 2008 ¹¹ | Pacientes anestesiados em VM | A: PEEP 5 cmH ₂ O vs. B: ZEEP (PEEP 0) | PEEP 5 cmH ₂ O possibilitou melhora significativa do VC e CRF. |
| Halbertsma et al., 2010 ¹² | Pacientes pediátricos com LPA | Aumento gradativo da PI e PEEP em 2 cmH ₂ O a cada 5-10 segundos até atingir SpO ₂ = 98% (indicando recrutamento máximo). Os valores máximos permitidos de PI e PEEP foram 45 e 30 cmH ₂ O, respectivamente. | Elevação significativa da produção de mediadores pró-inflamatórios e translocação dos mesmos do espaço alveolar para a corrente sanguínea. |
| Boriosi et al., 2011 ¹³ | Pacientes pediátricos com LPA | PI acima da PEEP foi fixada em 15 cmH ₂ O. PEEP inicial de 8 cmH ₂ O com aumento gradativo de 2 cmH ₂ O a cada 1 minuto até atingir pressão pico de 45 cmH ₂ O ou queda na complacência dinâmica. Em seguida é realizada titulação da PEEP. | Aumento significativo da oxigenação e ventilação até 12 horas pós-recrutamento. |
| Samransamruajkit et al., 2012 ¹⁴ | Pacientes pediátricos com SARA | VAF | Não houve aumento significativo das citocinas inflamatórias. |
| Cruces et al., 2013 ¹⁵ | Pacientes pediátricos com SARA e hipoxemia progressiva | PI acima da PEEP foi fixada em 15 cmH ₂ O. PEEP inicial de 10 cmH ₂ O com aumento gradativo de 5 cmH ₂ O a cada 2 minutos até atingir PEEP 25 cmH ₂ O. Em seguida é realizada titulação da PEEP. | Melhora significativa da função pulmonar. A manobra de recrutamento foi segura e bem tolerada, não foram observados efeitos hemodinâmicos adversos. |
| Kheir et al., 2013 ¹⁶ | Pacientes pediátricos com LPA | A: Insuflação sustentada: PEEP 40cmH ₂ O por 40 segundos vs. B: Combinação PIP e PEEP = Valores iniciais PI 30 cmH ₂ O e PEEP 15 cmH ₂ O. Aumento gradativo da PI e PEEP em 5 cmH ₂ O a cada 5 minutos até atingir PI máxima de 50 cmH ₂ O. Em seguida é realizada titulação da PEEP. | A manobra combinando PI e PEEP foi mais efetiva no recrutamento e melhora da função pulmonar, além de hemodinamicamente bem tolerada. |

PEEP: pressão expiratória final positiva; VM: ventilação mecânica; SpO₂: saturação periférica de oxigênio; VC: volume corrente; SARA: Síndrome da Angústia Respiratória Aguda; CRF: capacidade residual funcional; LPA: lesão pulmonar aguda; PI: pressão inspiratória; VAF: ventilação de alta frequência

Indicações e contra-indicações

As manobras de RA têm sido propostas, principalmente, como suplemento das estratégias de ventilação mecânica para pacientes com SARA^{3,4,5}. É consenso na literatura e prática clínica que o indivíduo com SARA apresenta um pulmão heterogêneo. Assim, o grande desafio das manobras de RA é aplicar uma pressão suficiente para manter o pulmão totalmente recrutado sem exercer uma distensão alveolar excessiva¹⁷.

Além da SARA, o recrutamento alveolar está indicado em situações de hipoxemia, necessidade de alta FiO_2 ($>60\%$), atelectasias e após situações de perda da PEEP, como desconexão do ventilador mecânico e aspiração endotraqueal. As manobras de RA têm como objetivos homogeneizar a ventilação, melhorar a distribuição do volume corrente e a oxigenação, além de evitar a ocorrência de lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica¹⁸⁻²¹.

Dentre as principais contra-indicações verifica-se a instabilidade hemodinâmica, agitação psicomotora, hipertensão intracraniana, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) com bolhas enfisematosas, pneumotórax não-drenado e fístula bronco-pleural^{6,12}.

Pacientes pediátricos

O nível de pressão para o efetivo RA ainda é discutível, mas sabe-se que a pressão necessária para abrir as unidades alveolares fechadas é maior do que a pressão para mantê-las abertas, devido ao diferencial de forças na interface gás-líquido. Uma vez abertas, forças interdependentes agem para manter as

unidades alveolares abertas, uma vez fechadas, forças superficiais favorecem a continuidade do colapso^{6,21}. Estudos demonstram que a eficácia do RA depende de alguns fatores como magnitude da pressão transpulmonar exercida, além da duração e frequência de sua aplicação^{22,23}.

Segundo Halbertsma et al.⁶, a elevação combinada da PI e da PEEP é teoricamente o modo de RA mais efetivo, no qual a PI recruta os alvéolos enquanto a PEEP os mantém abertos. Após o recrutamento é necessário manter um volume alveolar na expiração acima do volume de fechamento da via aérea. O mesmo estudo mostra que o aumento isolado da PIP acarreta maior risco de hiperdistensão alveolar e lesão pulmonar, já a elevação sustentada da PEEP parece ser menos danosa ao pulmão.

Em paciente adulto, o valor de PI necessário para recrutar alvéolos colapsados é aproximadamente $40\text{cmH}_2\text{O}$, no entanto, com relação ao paciente pediátrico não existe um valor definido. Sabe-se que as crianças apresentam maior complacência torácica e diante disso uma pressão de $40\text{cmH}_2\text{O}$ pode ser considerada excessiva, apontando para o uso de uma PI mais baixa (entre $25\text{-}30\text{cmH}_2\text{O}$) para o RA. Por outro lado, a criança tem uma menor complacência pulmonar relacionada ao desenvolvimento incompleto do parênquima e ao menor diâmetro das vias aéreas e alvéolos, o que provavelmente indica a necessidade de uma PI mais elevada para se atingir o recrutamento pulmonar total^{8,9}.

Com relação aos pacientes pediátricos ainda não existe um consenso definido e os estudos abordando o RA são escassos na literatura. Na prática clínica, muitas vezes o RA é realizado baseado nos poucos estudos existentes em pediatria

juntamente com a interpretação cuidadosa de informações obtidas de estudos com pacientes adultos.

Posição prona

Outro método de RA utilizado em associação com as estratégias de ventilação mecânica e proteção pulmonar é a posição prona. Segundo Halbertsma et al.⁷, a utilização da posição prona associada a um valor adequado de PEEP parece ser a forma mais segura e eficiente de recrutamento alveolar. Estudos mostram que esta posição promove uma ventilação pulmonar mais homogênea, além de melhora na perfusão e oxigenação, com elevação da PaO_2 (Pressão arterial de oxigênio) em aproximadamente 50-75%. Na posição prona, ao contrário do decúbito dorsal, a alteração na ventilação pulmonar ocorre devido a dois fatores principais: a inexistência de pressão contra o diafragma exercida pelos órgãos abdominais e a redução da compressão das regiões dorsais do pulmão pelo coração e vísceras do mediastino^{7,10}. A posição prona aumenta a oxigenação em aproximadamente dois terços dos pacientes com SARA, promovendo benefício na redução da mortalidade²⁴.

Efeitos adversos

Estudos recentes têm investigado o melhor método para se realizar RA no paciente pediátrico, mas a literatura ainda é controversa. Embora as manobras de RA promovam melhora da oxigenação, elas também podem potencializar a lesão pulmonar. Alguns trabalhos revelaram que essa melhora da oxigenação é pouco duradoura e clinicamente irrelevante,

principalmente em pacientes na fase crônica de insuficiência respiratória e SARA^{2,7}.

Halbertsma et al.¹² investigaram sete crianças com diagnóstico de lesão pulmonar aguda e demonstraram que a manobra de RA utilizada ($\text{PI} \leq 45\text{cmH}_2\text{O}$ e $\text{PEEP} \leq 30\text{cmH}_2\text{O}$) acarretou em elevação significativa da produção de mediadores pró-inflamatórios e na sua translocação do espaço alveolar para a corrente sanguínea. Ainda segundo Halbertsma et al.¹², esse aumento dos mediadores pró-inflamatórios provavelmente atua como fator agravante da lesão pulmonar, com elevação da morbi-mortalidade, além de poder causar efeitos deletérios sistêmicos como a falência múltipla de órgãos.

Outro problema encontrado na aplicação das estratégias ventilatórias com altas pressões é a manutenção da estabilidade hemodinâmica, pois é consenso na literatura que altas pressões intratorácicas interferem diretamente nas condições hemodinâmicas⁸. Hipotensão arterial transitória e barotrauma são citados como os principais efeitos adversos das manobras de RA. Segundo Halbertsma et al.⁶ e Arun Babu²⁵, a grande maioria dos artigos científicos existentes na literatura mostram apenas os efeitos em curto prazo (oxigenação e hemodinâmica), porém praticamente nenhum deles relata os efeitos do RA nos parâmetros de longo prazo como mortalidade, morbidade e lesão pulmonar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O RA em pacientes pediátricos mostrou-se eficaz na reexpansão de áreas colapsadas (atelectasias) e após estados de perda da PEEP (de-recrutamento)

como desconexão do ventilador mecânico ou aspiração endotraqueal. A utilização da posição prona associada a um valor adequado de PEEP como parte das estratégias de proteção pulmonar parece ser a forma mais segura e eficaz de RA, principalmente nos pacientes com SARA.

As manobras de RA estão associadas, em sua maioria, à melhora da oxigenação. No entanto, algumas vezes esse benefício apresenta-se sem relevância clínica devido ao seu efeito de curta duração. Hipotensão arterial transitória e barotrauma são citados como os principais efeitos adversos das manobras de RA. Estudos com

pacientes pediátricos são escassos na literatura, principalmente os referentes às implicações do RA nos parâmetros de longo prazo como mortalidade, morbidade e lesão pulmonar.

Diante de tantas controvérsias, a possível utilização do RA em crianças deve ser avaliada para cada caso individualmente, até que seus efeitos estejam totalmente esclarecidos. Nesse sentido, novos estudos são necessários para se determinar o modo mais eficiente e seguro de sua aplicação em pediatria.

REFERÊNCIAS

1. Marraro GA. Innovative practices of ventilatory support with pediatric patients. *Pediatr Crit Care Med*. 2003; 4(1):8-20.
2. Jauncey-Cooke JJ, Bogossian F, East CE. Lung recruitment -- a guide for clinicians. *Aust Crit Care*. 2009; 22(4):155-62.
3. Marcus RJ, van der Walt JH, Pettifer RJ. Pulmonary volume recruitment restores pulmonary compliance and resistance in anaesthetized young children. *Paediatr Anaesth* 2002; 12(7):579-84.
4. Morrow B, Futter M, Argent A. A recruitment manoeuvre performed after endotracheal suction does not increase dynamic compliance in ventilated paediatric patients: a randomised controlled trial. *Austr J Physiother*. 2007; 53(3):163-9.
5. Foti G, Cereda M, Sparacino ME, De Marchi L, Villa F, Pesenti A. Effects of periodic lung recruitment maneuvers on gas exchange and respiratory mechanics in mechanically ventilated acute respiratory distress syndrome (ARDS) patients. *Intensive Care Med*. 2000; 26(5):501-7.
6. Halbertsma FJ, Vaneker M, van der Hoeven JG. Use of recruitment maneuvers during mechanical ventilation in pediatric and neonatal intensive care units in the Netherlands. *Intensive Care Med*. 2007; 33(9):1673-74.
7. Halbertsma FJ, van der Hoeven JG. Lung recruitment during mechanical positive pressure ventilation in the PICU: what can be learned from the literature? *Anaesthesia*. 2005; 60(8):779-90.
8. Tusman G, Böhm SH, Tempra A, Melkun F, García E, Turchetto E, et al. Effects of recruitment maneuver on atelectasis in anesthetized children. *Anesthesiology*. 2003; 98(1):14-22.
9. Duff JP, Rosychuk RJ, Joffe AR. The safety and efficacy of sustained inflations as a lung recruitment maneuver in pediatric intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2007; 33(2):1778-86.
10. von Ungern-Sternberg BS, Hammer J, Frei FJ, Jordi Ritz EM, Schibler A, Erb TO. Prone equals prone? Impact of positioning techniques on respiratory function in anesthetized and paralyzed healthy children. *Intensive Care Med*. 2007; 33(10):1771-77.
11. Kaditis AG, Motoyama EK, Zin W, Maekawa N, Nishio I, Imai T, Milic-Emili J. The effect of lung expansion and positive end-expiratory pressure on respiratory mechanics in anesthetized children. *Anesth Analg*. 2008;106(3):775-85.
12. Halbertsma FJ, Vaneker M, Pickkers P, Neeleman C, Scheffer GJ, van der Hoeven JG. A single recruitment maneuver in ventilated critically ill children can translocate pulmonary cytokines into the circulation. *J Crit Care*. 2010; 25(1):10-5.
13. Boriosi JP, Sapru A, Hanson JH, Asselin J, Gildengorin G, Newman V, Sabato K, Flori HR. Efficacy and safety of lung recruitment in pediatric patients with acute lung injury. *Pediatr Crit Care Med*. 2011; 12(4):431-6.
14. Samransamruajkit R, Jiraratana Wong K, Siritantiwat S, Chottanapan , Deelodejanawong J, Sritippayawan S, et al. Potent inflammatory cytokine response following lung volume recruitment maneuvers with HFOV in pediatric acute respiratory distress syndrome. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2012; 30(3):197-203.
15. Cruces P, Donoso A, Valenzuela J, Díaz F. Respiratory and hemodynamic effects of a stepwise lung recruitment maneuver in pediatric ARDS: a feasibility study. *Pediatr Pulmonol*. 2013; 48(11):1135-43.

16. Kheir JN, Walsh BK, Smallwood CD, Rettig JS, Thompson JE, Gómez-Laberge C, et al. Comparison of 2 lung recruitment strategies in children with acute lung injury. *Respir Care*. 2013; 58(8):1280-90.
17. Mols G, Priebe HJ, Guttman J. Alveolar recruitment in acute lung injury. *Br J Anaesth*. 2006; 96(2):156-166.
18. Grasso S, Mascia L, Del Turco M, Malacarne P, Giunta F, Brochard L, et al. Effects of recruiting maneuvers in patients with acute respiratory distress syndrome ventilated with protective ventilatory strategy. *Anesthesiology*. 2002; 96(4):795-802.
19. Pova P, Almeida E, Fernandes A, Mealha R, Moreira P, Sabino H. Evaluation of recruitment maneuver with positive inspiratory pressure and high PEEP in patients with severe ARDS. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004; 48(3):287-93.
20. Gattinoni L, Caironi P, Pelosi P, Goodman LR. What has computed tomography taught us about the acute respiratory distress syndrome? *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; 164(9):1701-11.
21. Villagra A, Ochagavia A, Vatua S, Murias G, Del Mar Fernandez M, Lopez Aguilar J, et al. Recruitment maneuvers during lung protective ventilation in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 165(2):165-170.
22. Marini JJ. Efficacy of lung recruiting maneuvers: it's all relative. *Crit Care Med*. 2003; 31(2):641-42.
23. Valente Barbas CS. Lung recruitment maneuvers in acute respiratory distress syndrome and facilitating resolution. *Crit Care Med*. 2003; 31(4 Suppl):265-271.
24. Venet C, Guyomarc'h S, Pingat J, Michard C, Laporte S, Bertrand M, et al. Prognostic factors in acute respiratory distress syndrome: a retrospective multivariate analysis including prone positioning management strategy. *Intensive Care Med*. 2003; 29(9):1435-41.
25. Arun Babu T. Alveolar recruitment maneuvers in ventilated children: Caution required. *Indian J Crit Care Med*. 2011; 15(2):141.

Claudia Aparecida Colalto¹, Laura Caruso Ribeiro², Christiane Boari Brandina¹

Audiometria de altas frequências em adultos fumantes

High frequency audiometry in adult smokers

Artigo Original

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

2. Coordenadora do Programa de Aprimoramento Profissional do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: O objetivo desse estudo foi verificar o impacto do tabagismo na audição por meio da comparação dos limiares da audiometria tonal de altas frequências entre adultos fumantes e não fumantes. **Métodos:** Participaram do estudo 16 indivíduos, usuários do Hospital do Servidor Público Estadual – Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO) sendo 8 fumantes (GP) e 8 não fumantes (GC), com idades entre 18 e 40 anos, limiares auditivos na audiometria tonal convencional dentro da normalidade e sem alterações nas medidas imitanciométricas. Foram realizados os seguintes procedimentos: anamnese, medidas de imitância acústica, audiometria tonal convencional e audiometria de altas frequências. **Resultados:** Na audiometria convencional, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos GP e GC na frequência de 6000 Hz na orelha direita e nas frequências de 6000 e 8000 Hz na orelha esquerda. Na audiometria de altas frequências, foi possível observar diferença estatisticamente significativa entre os grupos GP e GC nas frequências de 10000, 11000, 12000 Hz na orelha direita e 9000 e 10000 Hz na orelha esquerda. Embora sem diferença significativa, o GP mostrou uma tendência a apresentar limiares mais altos na maioria das frequências pesquisadas. **Conclusão:** Indivíduos fumantes tendem a apresentar limiares de audibilidade piores na audiometria convencional e na audiometria de altas frequências, quando comparados aos indivíduos não fumantes, podendo-se inferir que o cigarro apresenta um impacto negativo na audição.

Descritores: Audiometria; Adultos; Tabagismo

ABSTRACT

Objective: the aim of this study was to verify the impact of smoking on hearing through the comparison of high-frequency hearing threshold among adult smokers and non-smokers. **Methods:** participated in the study 16 individuals, users of Hospital do Servidor Público Estadual – Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO) being 8 smokers (GP) and non-smokers 8 (GC), aged between 18 and 40 years and normal results at the standard hearing tests. The following procedures were performed: anamnesis, imitancimetry, standard frequency and high-frequency audiometry. **Results:** in standard frequency audiometry, statistically significant difference was observed between the groups GP and GC at the 6000 Hz frequency region on the right ear and 6000 and 8000 Hz frequency region in his left ear. In high-frequency audiometry, it was possible to observe statistically significant difference between the groups GP and GC in the frequencies of 10000, 11000, 12000Hz on the right ear and 9000 and 10000 Hz in his left ear. Although no significant difference, the GP showed a tendency to have worse high-frequency sensitivity in most frequencies range. **Conclusion:** Individuals smokers tend to have worse audibility thresholds in conventional audiometry and on high-frequency audiometry, when compared to non-smokers. it is then possible to infer that the cigarette has a negative impact on the hearing.

Keywords: Audiometry; Adults; Smoking

Data de submissão: 28/04/2014

Data de aceite: 25/06/2014

Correspondência:

Claudia Colalto
Serviço de Fonoaudiologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Rua Pedro de Toledo 1800, Setor de Fonoaudiologia, 3o Andar V. Clementino - São Paulo, SP
Fone. (11)45738505.
E-mail: claudicol@uol.com.br

Trabalho realizado:

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

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um problema de saúde pública. Estima-se que quase seis milhões de pessoas morram a cada ano, tanto pelo uso direto do cigarro, quanto pela exposição a sua fumaça. Em 2020, esse número irá aumentar para 7,5 milhões, respondendo por 10% de todas as mortes. O tabagismo é considerado causa de cerca de 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e quase 10% das doenças cardiovasculares¹.

Dentre os malefícios provocados pelo hábito de fumar, diferentes estudos apontam também, o cigarro como causa de perdas auditivas, tanto condutivas^{2,3} como neurosensoriais⁴⁻⁸.

Estudos que pesquisaram a diferença entre os limiares de audibilidade de tabagistas e não tabagistas na audiometria convencional (250 a 8000 Hz) encontraram diferença estatisticamente significativa entre eles^{4,5,7-13}, porém com resultados diversos. Um estudo realizado em 1974⁴ encontrou diferença estatisticamente significativa na frequência de 4000 Hz, enquanto que em outro realizado em 1998, essa diferença foi encontrada na frequência de 6000 Hz.

Todos os estudos que utilizaram a audiometria de altas frequências para avaliar a audição de indivíduos fumantes concordaram entre si, encontrando limiares auditivos mais altos, com diferença estatisticamente significativa, quando comparados aos limiares auditivos de indivíduos não fumantes^{7,14,15}.

Quanto à fisiologia que leva ao desenvolvimento da perda auditiva nos tabagistas, sabe-se que o revestimento arterial é danificado por aumentos anormais dos níveis de carboxi-hemoglobina sanguínea nos fumantes. Com a diminuição do suprimento sanguíneo de oxigênio, ocorre o aparecimento de microlesões na parede dos vasos, o que favorece a deposição de placas

ateromatosas e o desenvolvimento de lesões maiores e elevadas. As lesões na parede arterial diminuem o diâmetro do vaso, reduzindo o fluxo sanguíneo para a área por ele irrigada¹⁶. A nicotina também pode ter efeito ototóxico direto e causar isquemia coclear por aumentar a produção de carboxi-hemoglobina, favorecer o vasoespasm, promover aterosclerose e aumentar a viscosidade sanguínea⁹.

Desse modo, os principais mecanismos fisiopatológicos responsáveis pela perda auditiva nos fumantes são a interrupção do fluxo sanguíneo coclear e a conseqüente redução dos níveis de oxigênio¹⁰.

A audiometria tonal de altas frequências avalia a audição nas frequências acima de 8000Hz e auxilia na investigação das respostas basais da cóclea¹⁷. As frequências mais altas são as primeiras a serem atingidas em algumas patologias auditivas como, por exemplo, presbiacusia, ototoxidade, seqüela de otite média e perda auditiva induzida por ruído¹⁸⁻²².

Dessa forma, o objetivo do estudo foi verificar o impacto do tabagismo na audição por meio da comparação dos limiares auditivos da audiometria tonal de altas frequências de adultos fumantes e não fumantes usuários do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no setor de Fonoaudiologia do HSPE-FMO, e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Participaram do estudo 16 indivíduos adultos com idades entre 18 e 40 anos, sendo 8 fumantes (Grupo Pesquisa – GP) e 8 não fumantes (Grupo Controle – GC).

Foram classificados como fumantes aqueles indivíduos que fumam cinco ou mais cigarros ao dia, há um ano ou mais, conforme proposto por Cruickshanks et al., em 1998.

Todos os participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: limiares iguais ou melhores do que 25dBNA na faixa de frequência entre 250Hz e 8kHz, curva timpanométrica tipo A²³ e presença de reflexos na imitanciometria em todas as frequências pesquisadas, e ainda, segundo informações colhidas, ausência de história atual ou pregressa de distúrbio do metabolismo ou hormonal, exposição a níveis de pressão sonora elevados, zumbido e/ou tontura, utilização de outros tipos de drogas, doenças neurológicas e histórico de infecções de orelha média recorrentes.

Após verificados os critérios de inclusão, por meio da anamnese, audiometria convencional e medidas imitanciométricas, os participantes foram submetidos à audiometria de altas frequências onde foram obtidos os limiares de audibilidade na faixa de frequência entre 9kHz e 18kHz na orelha direita e esquerda.

O equipamento utilizado para a realização da audiometria convencional e de

alta frequência foi o audiômetro da marca AMPLAID, modelo 460, sendo que para audiometria convencional foram usados os fones TDH-49 e para audiometria de altas frequências fones Sennheiser, com calibração em níveis de audição. O equipamento utilizado para obtenção da curva timpanométrica e pesquisa de reflexos foi o imitanciômetro da marca AMPLAID, modelo 775.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística por meio de teste T de Student. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

A idade dos indivíduos dos grupos pesquisa e controle variou de 22 a 39 anos, sendo a média igual 29 anos.

Na tabela 1 é possível observar que na comparação entre os limiares obtidos pelo GP e GC foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos na orelha direita na frequência 9kHz, na orelha esquerda nas frequências 8kHz, 11kHz e 12kHz e em ambas as orelhas nas frequências 6kHz e 10kHz.

Tabela 1: Comparação entre os limiares de audibilidade obtidos pelo grupo pesquisa e o grupo controle na faixa de frequência entre 250Hz e 8kHz

| | | 250Hz | 500 Hz | 1kHz | 2 kHz | 3 kHz | 4 kHz | 6 kHz | 8 kHz |
|----|------------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| OD | GP | 8,75 | 8,75 | 8,12 | 5 | 6,87 | 6,25 | 12,5 | 10,62 |
| | GC | 10 | 8,12 | 5,62 | 4,37 | 2,5 | 0,62 | 3,75 | 4,37 |
| | valor de p | 0,692 | 0,735 | 0,312 | 0,832 | 0,235 | 0,148 | 0,007 | 0,119 |
| OE | GP | 8,12 | 6,25 | 7,5 | 3,12 | 5 | 6,25 | 15 | 11,87 |
| | GC | 9,37 | 8,12 | 4,37 | 2,5 | 0,62 | 1,25 | 3,12 | 1,87 |
| | valor de p | 0,722 | 0,553 | 0,096 | 0,844 | 0,154 | 0,171 | 0,001 | 0,000 |

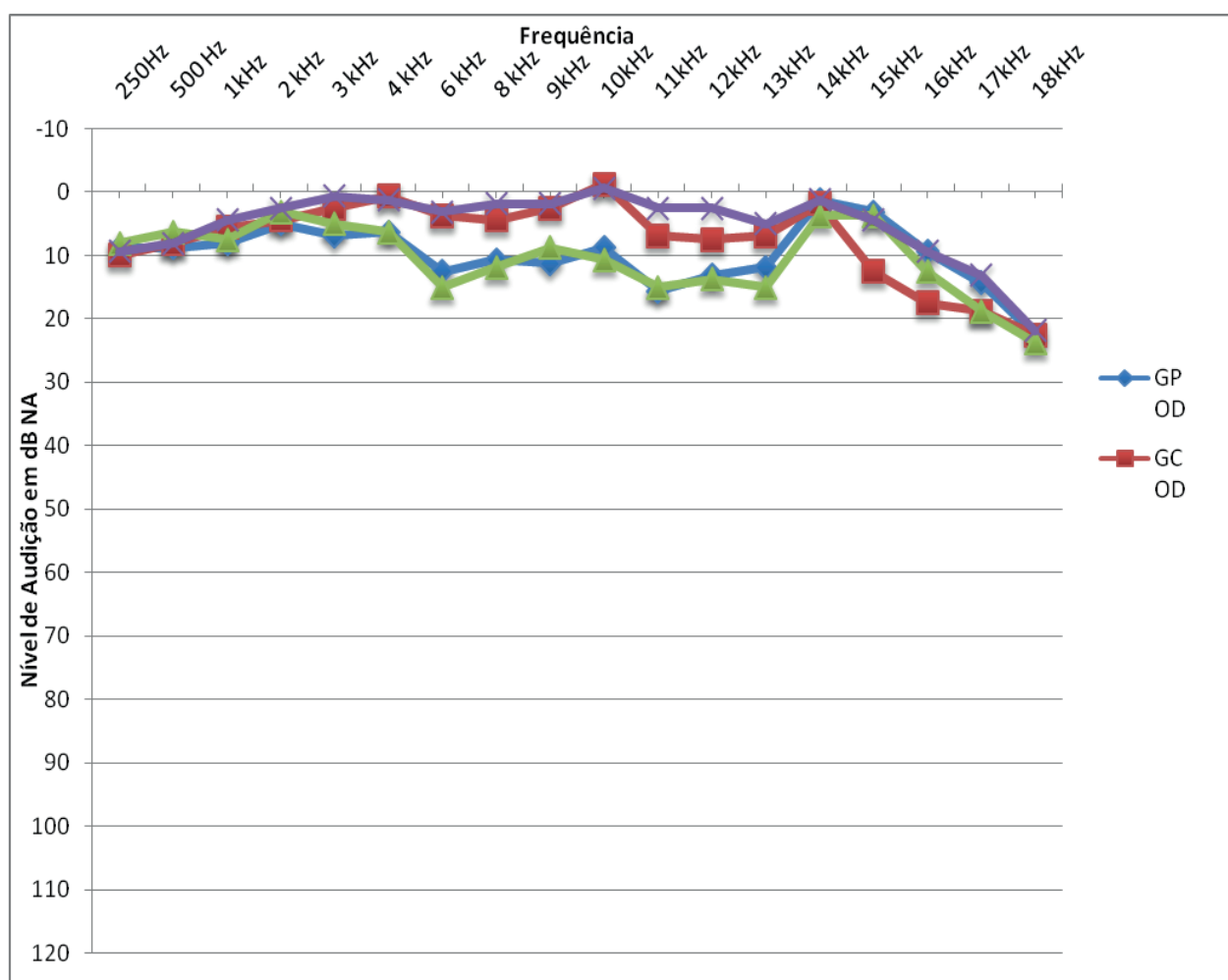
Legenda: OD – orelha direita; OE–orelha esquerda; Hz–Hertz; kHz–quilohertz; GP–grupo pesquisa e GC– grupo controle.

Tabela 2: Comparação entre os limiares de audibilidade obtidos pelo grupo pesquisa e o grupo controle na faixa de frequências ultra altas (de 9kHz a 18kHz)

| | | 9kHz | 10kHz | 11kHz | 12kHz | 13kHz | 14kHz | 15kHz | 16kHz | 17kHz | 18kHz |
|----|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| OD | GP | 11,25 | 8,75 | 15,62 | 13,12 | 11,87 | 1,25 | 3,12 | 9,37 | 14,37 | 22,5 |
| | GC | 2,5 | -1,25 | 6,87 | 7,5 | 6,87 | 1,87 | 12,5 | 17,5 | 18,75 | 22,5 |
| | valor de p | 0,040 | 0,014 | 0,120 | 0,330 | 0,437 | 0,918 | 0,238 | 0,412 | 0,633 | 1 |
| OE | GP | 8,75 | 10,62 | 15 | 13,75 | 15 | 3,75 | 3,75 | 12,5 | 18,75 | 23,75 |
| | GC | 1,87 | -0,62 | 2,5 | 2,5 | 5 | 1,25 | 4,37 | 9,37 | 13,12 | 21,87 |
| | valor de p | 0,087 | 0,015 | 0,007 | 0,043 | 0,164 | 0,722 | 0,935 | 0,727 | 0,474 | 0,79 |

Legenda: OD – orelha direita; OE – orelha esquerda; Hz – Hertz; kHz – quilohertz; GP – grupo pesquisa e GC – grupo controle

O gráfico 1 permite visualizar a diferença entre o grupo pesquisa e o grupo controle.

**Gráfico 1:** Comparação entre as médias dos limiares tonais na faixa de frequência entre 250Hz e 18Kz obtidas pelo GP e GC. GP – grupo pesquisa; GC – grupo controle; OD – orelha direita; OE – orelha esquerda; dBNA – decibel nível de audição

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi verificar o impacto do tabagismo na audição, por meio da realização da audiometria de altas frequências, buscando identificar perdas auditivas sub clínicas, ou seja, que não são detectadas na audiometria tonal convencional.

Desse modo, foi observada diferença estatisticamente significativa entre os limiares auditivos tanto na audiometria convencional, quanto na audiometria de altas frequências entre os grupos GP e GC.

Em concordância com o presente estudo, diversos autores relataram o aumento dos limiares auditivos e as perdas auditivas nas frequências de 250 a 8000 Hz em indivíduos fumantes, quando comparados a indivíduos não fumantes^{7-13,24}.

Quanto à audiometria de altas frequências, foram encontrados quatro estudos^{7,14,15,25} que compararam os limiares de audibilidade entre fumantes e não fumantes nas frequências acima de 8 KHz. Os resultados apresentados por esses estudos estão de acordo com os aqui apresentados, sendo que todos encontraram limiares auditivos maiores para o grupo de fumantes.

O presente estudo apresenta limitações evidentes, como o tamanho reduzido da amostra. Apesar disso, o resultado sugere que existe uma associação entre aumento dos limiares tonais e hábito de fumar. É possível que uma amostra maior permitisse observar maiores diferenças entre os grupos. Foi possível verificar, no entanto, o efeito nocivo que o cigarro apresenta para as células ciliadas da cóclea, já que a audiometria de altas frequências pode ser utilizada para detectar precocemente perdas auditivas que mais tardiamente poderão ser observadas na audiometria convencional.

CONCLUSÃO

Apartir dos resultados acima expostos, é possível concluir que indivíduos fumantes tendem a apresentar limiares de audibilidade piores na audiometria convencional e na audiometria de altas frequências, quando comparados aos indivíduos não fumantes, podendo-se inferir que o cigarro apresenta um impacto negativo na audição.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. [cited 2014 jun 30]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/index.html. 2010
2. Weiss W. How smoking affects hearing. Med Times. 1970; 98(11):84-8.
3. Stephens SD, Lewis PA, Charny MC, Farrow SC, Francis M. Characteristics of self reported hearing problems in a community survey. Audiology. 1990; 29(2):93-100.
4. Siegelau AB, Friedman GD, Adour K, Seltzer CC. Hearing loss in adults: relation to age, sex, exposure to loud noise and cigarette smoking. Arch Environ Health. 1974; 29(2):107-9.
5. Noorhassim I, Rampal KG. Multiplicative effect of smoking and age on hearing impairment. Am J Otolaryngol. 1998; 19(4):240-3.
6. Wild DC, Brewster MJ, Banerjee AR. Noise-induced hearing loss is exacerbated by long-term smoking. Clin Otolaryngol. 2005; 30(6):517-20.
7. Nakanishi N, Okamoto M, Nakamura K, Suzuki K, Tatara K. Cigarette smoking and risk for hearing impairment: a longitudinal study in Japanese male office workers. J Occup Environ Med. 2000; 42(11):1045-9.
8. Cruickshanks KJ, Klein R, Klein BE, Wiley TL, Nondahl DM, Tweed TS. Cigarette smoking and hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. JAMA. 1998; 279(21):1715-9.

9. Cocchiarella LA, Sharp DS, Persky VW. Hearing threshold shifts, white-cell count and smoking status in working men. *Occup Med (Lond)*. 1995; 45(4):179-85.
10. Burr H, Lund SP, Sperling BB, Kristensen TS, Poulsen OM. Smoking and height as risk factors for prevalence and 5-year incidence of hearing loss. A questionnaire-based follow-up study of employees in Denmark aged 18-59 years exposed and unexposed to noise. *Int J Audiol*. 2005; 44(9):531-9.
11. Suzuki T, Nomoto Y, Nakagawa T, Kuwahata N, Ogawa H, Suzuki Y, et al. Age-dependent degeneration of the stria vascularis in human cochleae. *Laryngoscope*. 2006; 116(10):1846-50.
12. Uchida Y, Nakashima T, Ando F, Niino N, Shimokata H. Is there a relevant effect of noise and smoking on hearing? A population-based aging study. *Int J Audiol*. 2005;44(2):86-91.
13. Palmer KT, Griffin MJ, Syddall HE, Coggon D. Cigarette smoking, occupational exposure to noise, and self reported hearing difficulties. *Occup Environ Med*. 2004; 61(4):340-4.
14. Paschoal CP, Azevedo MF. O cigarro como um fator de risco para alterações auditivas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75(6):893-902.
15. Oliveira DC, Lima MA. Da audiometria tonal limiar em baixa e alta frequência: comparação dos limiares auditivos entre tabagistas e não-tabagistas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75(5):738-44.
16. Cunningham DR, Vise LK, Jones LA. Influence of cigarette smoking on extra-high-frequency auditory thresholds. *Ear Hear*. 1983; 4(3):162-5.
17. Burguetti FAR, Peloggia AG, Carvalho RMM. Limiares de audibilidade em altas frequências em indivíduos com queixa de zumbido. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2004; 8(4):277-83.
18. Dieroff HG. Experiences in high frequency audiometry and possible applications. *Laryngol Rhinol Otol (Stuttg)*. 1976; 55(9):739-43
19. Dreschler WA, vd Hulst RJ, Tange RA, Urbanus NA. The role of high-frequency audiometry in early detection of ototoxicity. *Audiology*. 1985; 24(6):387-95.
20. Matthews LJ, Lee FS, Mills JH, Dubno JR. Extended high frequency thresholds in older adults. *J Speech Lang Hear Res*. 1997; 40(1):208-14.
21. Fernandes JB, Mota HB. Estudo dos limiares de audibilidade nas altas frequências em trabalhadores expostos a ruído e solvente. *Pró Fono*. 2001;12:1-8
22. Ferreira MS, Almeida K, Atherino CCT. Limiares de audibilidade em altas frequências em crianças com história de otite media secretora bilateral. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2007; 73(2):231-8
23. Jerger J. Clinical experience with impedance audiometry. *Arch Otolaryngol*. 1970; 92(4):311-24.
24. Zeigelboim BS, Fukuda Y, Iorio MC. Audiometria de alta frequência. *Acta AWHO*. 1996; 15(3):155-8.
25. Ohgami N, Kondo T, Kato M. Effects of light smoking on extra-high-frequency auditory thresholds in young adults. *Toxicol Ind Health*. 2011; 27(2): 143-7.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho

Bioética e saúde global

Bioethics and global health

Artigo de Revisão

Doutora em Bioética da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UnB/ UNESCO; Orientadora do Programa de Pós-graduação do Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual - IAMSPE, São Paulo, Sp, Brasil; Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética - SBB (2013- 2015)

Declaro não haver conflitos de interesse

Data de submissão: 17/04/2014

Data de aceite: 24/07/2014

Correspondência:

Regina Ribeiro Parizi Carvalho
CEDEP - Comissão de Pós-graduação do Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual- IAMSPE, São Paulo, Sp, Brasil;
Av Ibirapuera, 981 2º Andar
V. Clementino - São Paulo, SP
Fone: (11)4573-8000
E-mail: pariziregina@gmail.com

RESUMO

A Bioética e a globalização econômica são movimentos mundiais que começaram na década de 1970, envolvendo várias dimensões da relação humana. Sendo o objetivo do estudo verificar como o processo de globalização tem repercutido na área da saúde, foi observado que o conjunto de dados tem se constituído em outro movimento denominado de saúde global, cujo tratamento dos conflitos e desafios necessita da aplicação do princípio da equidade, segundo análise de importantes setores da bioética internacional.

Descritores: Bioética; Globalização; Saúde global; Equidade

ABSTRACT

Bioethics and economic globalization are global movements that began in the 1970s, involving various dimensions of human relationship. Being the objective of the study to verify how the process of globalization has had an impact on health, it was observed that the dataset has constituted itself in another movement called global health, whose treatment of conflicts and challenges require the application of the principle of equity, according to the analysis of important sectors of international bioethics.

Keywords: Bioethics; Globalization; Global health; Equity

Trabalho realizado:

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - "FSP-USP", São Paulo, Sp, Brasil

INTRODUÇÃO

A Bioética foi um dos movimentos globais que surgiu após as guerras mundiais e a *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, da Organização das Nações Unidas (ONU), com a humanidade ainda horrorizada diante dos crimes praticados nos experimentos nazistas e as repercussões da bomba atômica no planeta¹.

Potter, na década de 1970, publica sua celebrada obra intitulada *"Bioethics: Bridge to the future"*, na qual ele discute um olhar mais amplo para o planeta e da necessidade de cuidados com todos os seres vivos e o ambiente, para a garantia das condições de vida não só das gerações atuais, mas para com as futuras².

Outro movimento que inicia a partir do final da década de 1970, foi o da globalização, fruto da mundialização da economia, o qual foi consolidado no denominado *consenso neoliberal* ou *Consenso de Washington*, que redefiniu, no final dos anos de 1980, o papel dos Estados na economia, o que afetou todas as dimensões da globalização³.

O impacto vem sendo observado na grande incorporação tecnológica, na ampliação dos meios de comunicação, nas mudanças climáticas e transformações ambientais, nas ondas de migração das populações em busca de melhores condições de vida e de trabalho, bem como em decorrência de perseguições políticas ou desastres naturais. Assim, diante desses cenários ocorreu também a globalização política, cultural, tecnológica, informacional e comunicativa.

Este fenômeno da globalização trouxe oportunidades e desafios, com benefícios

e adversidades envolvendo todas as relações humanas, sendo que uma das mais importantes está relacionada à área da saúde, objeto de análise deste estudo, sobretudo no que diz respeito às questões éticas, morais e políticas interpostas nestes novos tempos.

Saúde Global

A Saúde Global é um novo conceito inserido neste contexto globalizado do século XXI, que vem de uma antiga preocupação relacionada à Saúde Internacional, termo cunhado em 1913, pela Fundação Rockefeller nos Estados Unidos (EUA). Esta, por sua vez, também já existia nas ações de saúde promovidas por países colonizadores junto aos comerciantes e soldados nas suas colônias, mas que ganhou força, sobretudo para responder aos problemas sanitários pós- guerras mundiais⁴.

O debate sobre a Saúde Global foi protagonizado principalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da década de 1990. Embora sem consenso, quanto representar um novo pensamento, seu campo de conhecimento é importante, pois parte da compreensão que as questões atuais de saúde ultrapassam fronteiras, necessitando para tanto de intervenções e ações globais, que envolvam parceiros públicos e privados internacionais⁵.

O conceito procura compreender os fatores que mais tem afetado a saúde das pessoas no mundo, a amplitude atual dos eventos sanitários, as transformações dos sistemas e das políticas públicas de saúde. Entre estes, a mudança no parâmetro de avaliação da área da saúde, que vem

sendo considerada como fator propulsor do crescimento econômico e não apenas decorrente deste, como era apregoado antigamente⁶.

PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

Alguns fatores corroboram essa análise globalizante da saúde. A transição demográfica e epidemiológica é uma delas, que permeia praticamente todos os países do mundo, diante do envelhecimento populacional, em decorrência da queda da taxa de fertilidade das mulheres e do aumento da expectativa de vida, mudando o perfil epidemiológico, onde passaram a predominar as doenças crônicas.

O impacto dos produtos na alimentação, distribuídos por todo o mundo, transformando a obesidade, a diabetes e a hipertensão arterial em agravos globais, mudando o conceito de país “risco”, antes vinculado somente aos países pobres que exportavam epidemias e que também passou a incluir os países desenvolvidos, ao exportar problemas com seus produtos industrializados. Além, da poluição provocando o aquecimento global, do desmatamento das florestas e do descarte de lixo eletrônico na contaminação ambiental.

Nas doenças infecciosas vimos o aparecimento de novos vírus e o recrudescimento de antigos, os quais logo transformaram-se em pandemias, como a do vírus influenza A (H1N1) e o ressurgimento da Dengue. Nestes, alguns fatores determinantes é fruto da globalização, como o encurtamento das distancias, com grandes deslocamentos em curto período de

tempo, atuando na rápida disseminação da epidemia⁷.

A crescente urbanização, com mais de 70% da população mundial vivendo em médias e grandes cidades, transformando-se em imensos aglomerados humanos que facilitam a disseminação de epidemias e que também tem sido um fator importante no aumento da violência urbana⁸.

As mudanças climáticas, as ameaças de bioterrorismo, os desastres naturais ocorridos no Haiti, Chile, entre outros; evidenciam que a saúde vem se transformando em questões globais, que necessitam de cooperação internacional para fazer frente à complexidade destes problemas, pois muitos exigem medidas de alcance mundial.

Outro fator comum da globalização, que explodiu após as crises econômicas dos países mais ricos na década de 2000, foi o crescimento da desigualdade entre as pessoas, pois relatórios apontam que os ricos ficaram super-ricos e os pobres mais pobres comparativamente⁹. Esta desigualdade também é revelada nas diferenças de acesso às tecnologias, à educação e à saúde, transformando-se em grandes desafios éticos e políticos da atualidade.

SEGURANÇA SANITÁRIA

Todos esses fatores permeiam a discussão sobre as normas internacionais de segurança sanitária, que deveriam ser adotadas atualmente. Contudo, há uma diferença importante no foco principal das medidas de segurança sanitária, pois enquanto alguns países ricos apontam a criação de laboratórios, sistemas de

vigilância, entre outros; para combater as ameaças, países pobres e emergentes defendem que o principal foco deveria ser em medidas voltadas para o desenvolvimento e o combate à pobreza, aumentando assim a segurança humana e, conseqüentemente, a estabilidade e a segurança dos países¹⁰.

Ambos os lados, no entanto, concordam que diante das novas emergências em saúde pública, pela velocidade da repercussão entre os países, há necessidade de um sistema de vigilância sanitária global ágil, que desencadeie medidas preventivas em curto espaço de tempo, o que exige também bons sistemas locais de pesquisas e atenção à saúde¹¹.

SISTEMAS DE SAÚDE

Diante da grande incorporação de tecnologia na saúde, do envelhecimento populacional com aumento de demanda por serviços sanitários, os países têm se debatido com o problema dos crescentes gastos sanitários, seja no setor público e/ou privado, independente do modelo de sistema de saúde adotado pelo país, que pode ser público universalista, como o Sistema Único de Saúde- SUS, baseado na seguridade social ou orientado no mercado privado¹².

A OMS, por outro lado, tem apontado para a necessidade de universalizar o acesso à assistência à saúde, uma vez que somente no ano de 2012, mais de 100 milhões de pessoas foram à falência devido a pagamentos, do próprio bolso, dos serviços sanitários¹³. No entanto, com a crise econômica europeia, países com sistemas públicos universalistas como Espanha, Portugal, Grécia e Inglaterra

vem adotando medidas de austeridade, com aumento de restrição no acesso ao sistema, principalmente para os imigrantes, privatização dos serviços para minimizar despesas com pessoal e diminuição de benefícios e/ou aumento de copagamentos, como na assistência farmacêutica¹⁴.

O movimento de reforma dos sistemas de saúde, no entanto, não tem sido em uma única direção, pois os Estados Unidos, que possui um sistema fundamentado no mercado privado e apresenta o maior gasto sanitário *per capita* do mundo, adotou medidas no sentido de aumentar a presença do Estado, criando um seguro público obrigatório, para ampliar a cobertura dos milhões de americanos sem assistência e tentar diminuir a escalada dos gastos sanitários¹⁵.

PAPEL DA BIOÉTICA

A Bioética é um campo do conhecimento analítico e propositivo, que atua, principalmente frente às biopolíticas e os dispositivos de biopoder, auxiliando na discussão de princípios éticos e na construção de valores, que vão integrar uma nova síntese (biopolítica) mais adequada ou aceitável para a sociedade, num dado momento contemporâneo¹⁶.

No pensamento bioético, o movimento dialético é fundamental, pois, como vimos, estamos em um mundo em constante transformação, onde as questões, os atores e os interesses mudam, modificando também princípios e valores da sociedade, diante dos novos conhecimentos tecnológicos e das ciências em geral. Pois, poucos são os princípios que tem o mesmo valor

para sociedades diversas, como o mundo ocidental e oriental, as diferentes orientações religiosas, entre outros.

As questões da saúde global são complexas e, por isto, exigem conhecimento dos fatos, dos atores e dos interesses envolvidos nesse cenário em transformação. Uma vez que ao analisar as ações e as maneiras que as realizamos é que discernimos os diversos modos de ser das pessoas, como dizia Aristóteles¹⁷.

Estas questões dizem respeito às pessoas e também às políticas, pois sendo elaboradas por elas, trazem em si seus modos de ser e fazer as coisas (princípios éticos e valores morais), tornando o campo do conhecimento da globalização e da saúde global em eminentemente ético. Assim, é necessário analisar os pontos positivos e negativos da globalização e da saúde global, quais os conflitos e desafios para entender esse mundo em transformação e as proposições que podem resultar em acordos possíveis, diante da diversidade de ser das pessoas e das suas necessidades.

O aumento da desigualdade entre as pessoas no mundo tem sido a questão mais apontada, por grande parte dos países, uma vez que os fundamentos (neo) liberais de economia não são compartilhados por todos, ou seja, que o mercado, incluindo o de capitais, tenha uma parcela de regulação pelo Estado, para minimizar a instabilidade dos mercados financeiros e a grande concentração de riqueza que aconteceu no mundo. É importante ressaltar que esta aumentou tanto em países pobres como em desenvolvidos.

Os reflexos da crise econômica nos países europeus são observados no aumento

do grau de pobreza, medido pelo aumento do desemprego, abandono escolar na educação, diminuição da expectativa de vida, entre outros¹⁸. Isto implementado por medidas de austeridade adotadas por alguns governos em crise econômica, das quais se verifica que as mais polêmicas estão na área da saúde.

A ONU para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, por exemplo, preconiza, na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, que a saúde global deve compreender o acesso a cuidados de saúde e medicamentos essenciais, a alimentação e água de boa qualidade, a melhoria das condições ambientais, a eliminação da marginalização e da exclusão social e a redução da pobreza e do analfabetismo¹⁹. Portanto, apregoa que medidas de austeridade, para reequilibrar a economia, também deveriam levar em consideração ações que não subtraíam direitos humanos fundamentais, como os da saúde.

A UNESCO defende o debate fundamentado no princípio bioético da equidade, para viabilizar ou manter o direito à saúde, cujo entendimento é de que o Estado deve priorizar os mais vulneráveis, nos seus programas e ações sanitárias, com o objetivo de alcançar maior igualdade entre as pessoas, tanto do ponto de vista de investimento nos mais pobres quanto naqueles com mais necessidades pessoais, como é o caso das crianças, mulheres e idosos.

O modo de atingir estes objetivos tem variado entre os países, dependendo da cultura, composta do conjunto de princípios e valores, como a Holanda onde os 30% mais ricos tem que custear sua própria assistência à saúde ou na Alemanha onde o cidadão

tem que optar pela assistência pública ou privada, para receber subsídios tributários²⁰. Enquanto outros países ainda debatem como universalizar o acesso à saúde de forma mais equitativa e justa, em relação ao seu financiamento.

A equidade também deve ser o princípio norteador para os sistemas de saúde dos países, ela deve estar presente na eleição das prioridades frente ao perfil epidemiológico, ou seja, nos programas e ações de envelhecimento populacional e nos cuidados de saúde diante das doenças crônicas, inclusive para minimizar os gastos sanitários em médio prazo e melhorar a qualidade de vida dos anos conquistados.

A mesma fundamentação bioética se aplica em outras questões, como o da segurança sanitária, onde os países deveriam equilibrar seus investimentos em medidas solidárias ao desenvolvimento humano tanto quanto o fazem com os de vigilância, para que realmente possam ser mais eficazes no tratamento dos problemas e das ameaças.

Isto inclui o processo de urbanização no mundo, onde grandes massas humanas, embora urbanizadas, subsistem em precárias condições sanitárias de rede de água e esgoto, com déficit de escolas e de serviços de saúde, trazendo para o centro do debate, também, a necessidade de melhoria das condições de deslocamento urbano. Todas estas questões

exigem princípios na formulação das políticas públicas e gestores comprometidos com o bem estar social da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo contemporâneo se mostra globalizado e complexo, no entanto apresenta alguns fenômenos semelhantes entre os países, como a transição demográfica e epidemiológica, a urbanização e a desigualdade econômica entre as pessoas, que repercutem nos diferentes acessos à tecnologia, educação, saúde, entre outros.

A saúde global, em função destes fatores, também apresenta um quadro complexo diante das diferentes condições de desenvolvimento dos países e dos diversos graus de necessidades entre as pessoas e os países, em relação às condições de vida e de cuidados sanitários.

A Bioética trabalha no campo do conhecimento com esses diferentes desafios, diante da diversidade com que o mundo se apresenta inclusive de princípios e valores que compõem o universo das biopolíticas e dos dispositivos de biopoder. Assim, procura auxiliar nas situações de conflito, propondo acordos possíveis que preservem os direitos humanos e ampliem de forma mais equitativa as condições de vida e saúde das pessoas.

REFERENCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos do homem. Manhattan: ONU; 1948.
2. Potter VR. Bioethics: Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
3. Santos BS. Globalização e as ciências sociais. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.
4. Gómez Dantes O, Khoshnood B. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. Salud Pública Mex. 1991; 33(4): 314-29.
5. Kickbusch I, Berger C. Experiências e lições aprendidas no desenvolvimento de capacidades em diplomacia da saúde global. Rev Eletr Comun Inf Inov Saúde. 2010; 4(1): 141-7.

6. Giraldo AF, Alvarez-Dardet C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza A. *Am J Public Health*. 2009; 25(6): 540-7.
7. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. *Nature*. 2004; 430(6996):242-9.
8. Estado de las Ciudades de América Latina y el Caribe 2012: rumbo a una nueva transición urbana [texto na Internet]. Nairobi (Kenia): Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos, ONU-Habitat; 2012 [citado 2014 jun 18]. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2012/08/21/Estado-de-las-Ciudades-de-America-Latina-y-el-Caribe-2012.pdf>.
9. Buxton N (ed.). State of Power 2014: exposing the davos class [monograph on the Internet]. Transnational Institute; 2014 [cited 2014 jun 18]. Available from: <http://www.tni.org/briefing/state-power-2014>.
10. Amorim C, Douste-Blazy P, Wirayuda H, Gadio CT, Dlamini-Zuma N, Pibulsonggram N. Oslo ministerial declaration-global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet*. 2007; 369(9570): 1373-8.
11. Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estud Av*. 2008; 22(64):19-32.
12. Bertolozzi MR, Bogus CM, Sacardo DP. Saúde internacional e sistemas comparados de saúde pública. In: Rocha AA, Cesar CL. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p.253-68.
13. World Health Organization. The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage [report on the Internet]. WHO; 2014 [cited 2014 jun 18]. Available from: <http://www.who.int/whr/2010/en/>.
14. Perpiñán JM. El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas. Bilbao: Fundación BBVA; 2013. 400p.
15. United States of America. Law n.111.148 of mar. 23 of 2010. Patient protection and affordable care act [law on the Internet]. Washington, DC: Senate; 2010 [cited 2014 jun 18]. Available from: http://burgess.house.gov/uploadedfiles/hr3590_health_care_law_2010.pdf
16. Scharmm FR. Dialética entre liberalismo, paternalismo de Estado e biopolítica. Análise conceitual, implicações bioéticas e democráticas. *Rev Bioét*. 2014; 22(1): 10-7.
17. Aristoteles, Mazzarelli C. *Ética Nicomachea*. 3 ed. Milano: Rusconi Libri; 1996.
18. Pratz J. La crisis dispara la pobreza en el sureste y las islas [noticia na Internet]. 2014 [citado 2014 jun 18]. Disponível em: http://ep01.epimg.net/sociedad/imagenes/2014/06/17/actualidad/1403010657_762051_1403013203_noticia_normal.jpg
19. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [texto na Internet]. 2005 [citado 2014 jun 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf3
20. Poullier JP. 2004. Privatisation in health care financing in forty european political entities. In: Maarse; 2004b: 199-226.

Dolores Milaré¹, Fernanda Lima²,
Emiliane de Souza Ferreira³

A importância da terapia nutricional na Doença de Crohn

The importance of nutrition therapy in Crohn's disease

Relato de caso

1. Nutricionista do Serviço de Gastroclínica do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Nutricionista do Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

3. Graduanda do Serviço de Nutrição da Faculdade Metropolitana Unidas (FMU)

RESUMO

A Doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico de etiologia ainda desconhecida considerada uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) e autoimune, não curável por tratamento clínico ou cirúrgico e que acomete o trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal, de intensidade variável atingindo as camadas intestinais como um todo e não somente a mucosa como na Retocolite Ulcerativa (RCUI). A desnutrição na DC ocorre em 23,7% a 82% dos casos. A desnutrição é frequente em decorrência de resposta inflamatória sistêmica, ingestão oral inadequada, redução da absorção e deficiências de vitaminas e minerais. A terapia nutricional na DC tem como objetivo o controle dos sintomas, recuperação da mucosa, manter e/ou corrigir a desnutrição proteico-calórico e deficiências nutricionais específicas associadas a DC. O presente estudo de caso avalia paciente JOR, brasileiro, 41 anos, do sexo masculino, que apresenta o diagnóstico clínico de Doença de Crohn, internou-se com queixa de diarreia, dores abdominais e secreção purulenta saindo de um orifício fistuloso periumbilical. Utilizou-se 35 kcal/kg de peso ideal e 1,3g/kg de peso ideal de proteína. O paciente encontrava-se com dieta Leve sem resíduos com aceitação de 100%, que não supria suas necessidades energéticas totais, então introduziu-se suplementação oral industrializada hipercalórico, hiperprotéico com vitaminas e minerais 3 vezes ao dia e glutamina 30g diárias. O acompanhamento e reavaliações do paciente ocorreram durante 5 semanas consecutivas. Mesmo com as alterações da dieta e dos exames bioquímicos o paciente manteve seu peso estável demonstrando que a intervenção nutricional contribuiu para a recuperação do estado nutricional do paciente.

Descritores: Doença de Crohn/terapia

ABSTRACT

Crohn's disease (CD) is a chronic inflammatory process of unknown etiology still considered an Inflammatory Bowel Disease (IBD) and autoimmune, not curable by medical or surgical treatment that attacks the gastrointestinal tract form of foci of variable intensity reaching intestinal layers as a whole and not only the mucosa and ulcerative colitis (UC). Malnutrition in DC occurs in 23.7 % to 82 % of cases. Malnutrition is frequent due to systemic inflammatory response, inadequate oral intake, reduced absorption and deficiencies of vitamins and minerals. Nutritional therapy in DC aims to control symptoms, mucosal recovery, maintain and/or correct the protein-energy malnutrition and specific nutritional deficiencies associated with DC. This case study evaluates patient JOR, Brazilian, 41 years old, male, presenting the clinical diagnosis of Crohn's disease, was admitted with complaints of diarrhea, abdominal pain and pus coming out of a peri-umbilical fistula orifice. We used 35 kcal/kg of ideal body weight and 1.3 g/kg of ideal body weight of protein. The patient presented with no waste acceptance Lightweight 100%, not its total energy needs supplied, then diet was introduced oral supplementation industrialized high-calorie, high in protein with vitamins and minerals 3 times a day and 30g glutamine daily. Monitoring and reassessment of the patient occurred during 5 consecutive weeks. Even with the changes of diet and biochemical examinations the patient kept his weight stable showing that nutritional intervention contributed to the recovery of the patient's nutritional state.

Keywords: Crohn disease/therapy

Data de submissão: 28/03/2014

Data de aceite: 15/05/2014

Correspondência:

Fernanda Lima
Serviço de Nutrição e Dietética Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Rua Pedro de Toledo, 1800 V. Clementino – São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04039-004
E-mail: fernandinha76@hotmail.com.br

Trabalho realizado:

Serviço de Nutrição e Dietética Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico de etiologia ainda desconhecida considerada uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) e autoimune, não curável por tratamento clínico ou cirúrgico e que acomete o trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal, de intensidade variável atingindo as camadas intestinais como um todo e não somente a mucosa como na Retocolite Ulcerativa (RCUI). Várias teorias são avaliadas com o intuito de descobrir a exata etiologia da doença, sendo a mais aceita a que descreve o processo inflamatório da Doença de Crohn dependente da interação entre fatores genéticos, imunológicos e ambientais. Considera-se a produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias e o desequilíbrio da microbiota intestinal^{1,2}.

Os locais de acometimento mais frequentes são o intestino delgado e o grosso, mas pode envolver qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus. Manifestações perianais podem ocorrer em mais de 50% dos pacientes. Manifestações extraintestinais associadas ou isoladas podem atingir mais frequentemente a pele, articulações, olhos, fígado e trato urinário. A doença afeta indivíduos de qualquer idade, mas o diagnóstico é mais frequentemente realizado entre 20 e 30 anos de idade¹.

A desnutrição na DC ocorre em 23,7% a 82% dos casos. A desnutrição é frequente em decorrência de resposta inflamatória sistêmica, ingestão oral inadequada, redução da absorção e deficiências de vitaminas e minerais².

O diagnóstico da DC resulta da análise de dados clínicos, na sua evolução, nos achados dos exames endoscópicos, radiológicos, laboratoriais e histológicos. As manifestações clínicas são mais frequentemente de natureza

inflamatória, obstrutiva e/ou fistulizante, as quais têm maior ou menor valor prognóstico. Os sintomas comuns na DC são a diarreia crônica (com possível esteatorréia, sangue, muco e secreção purulenta), dor abdominal, cólicas, flatulência, náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso, anemia, deficiência de ácido fólico, cálcio, vitamina D, zinco e vitamina B12, hipoalbumenia, sangramento retal, estreitamento do lúmen e distensão ou fistulização na parede abdominal^{1,3-5}.

A terapia nutricional na DC tem como objetivo o controle dos sintomas, recuperação da mucosa, manter e/ou corrigir a desnutrição proteico-calórico e deficiências nutricionais específicas associadas a DC^{2,4,6}.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente JOR, brasileiro, branco, natural da Paraíba, 41 anos, do sexo masculino. O paciente apresenta diagnóstico clínico de Doença de Crohn (DC) e fístula enterocutânea. Relatou não haver casos de Doença de Crohn na família.

Internou com queixa de diarreia, dores abdominais e secreção purulenta saindo de um orifício fistuloso periumbilical devido última cirurgia.

TERAPIA NUTRICIONAL

No mesmo dia da internação na gastroclínica o profissional nutricionista aplicou o instrumento de triagem nutricional chamado Nutrition Risk Screenig (NRS) de 2002, que apresentou pontuação 5 (paciente em risco nutricional). Seguindo o protocolo estabelecido pela instituição realizou a primeira avaliação nutricional. Na antropometria o paciente apresentou o índice de massa corporal (IMC) de 16,54 Kg/m²,

classificando-o como desnutrido (estatura de 1,73m e peso atual de 49,50 kg), apresentava um percentual de perda de peso de 20,16% em 2 meses. Os dados bioquímicos indicavam sinais de depleção moderada (albumina: 3,1 g/dl, creatinina 0,7mg/dl e contagem total de linfócitos de 1024). Através da análise dos dados apresentados concluiu-se que o paciente encontrava-se com diagnóstico nutricional de desnutrição.

A desnutrição exerce um efeito negativo na evolução clínica, na taxa de complicações pós-operatórias e de mortalidade. A melhora da desnutrição pode melhorar a qualidade de vida na DC, uma vez que determina melhora do bem-estar geral. Assim, a ingestão de 25 a 30 kcal/kg/dia é geralmente adequada para atingir as necessidades de energia e nutrientes, (podendo chegar até 40 Kcal na doença ativa). É recomendado de 1 a 1,5 g/kg de peso ideal de proteína (podendo chegar até 2 g/kg ideal para desnutridos). O teor de fibras insolúvel e resíduo (lactose, por exemplo) deve ser restrito e a alimentação deve ser fracionada em seis a oito refeições ao dia, contendo pouco volume e restrição de carboidratos simples e alimentos que causam flatulência. O uso de suplemento nutricional oral em complemento à dieta habitual é seguro, bem tolerado e efetivo na manutenção da remissão na DC^{2,3,5-7}.

O efeito anti-inflamatório dos ácidos graxos ômega 3 tem sido avaliado em estudos que envolvem desordens inflamatórias intestinais crônicas, sendo observado que cápsulas entéricas de ácido graxo ômega 3 podem ser efetivas quando administradas para manutenção da remissão na DC. Entretanto, os estudos são inconclusivos e ainda faltam dados para indicar seu uso de rotina. Tratamento com ácido graxo ômega 3 não foi efetivo para prevenção de recaídas na DC. A glutamina (30g/dia) é utilizada como importante fonte

de energia para células de rápida proliferação (células intestinais, linfócito, fibroblastos), mantém a estrutura, o metabolismo e as funções intestinais durante estados em que pode haver comprometimento da barreira mucosa e melhora a resposta imunológica, entretanto, há relatos de piora da atividade da doença e de aumento da permeabilidade intestinal em pacientes com doença de Crohn com o uso de glutamina. O uso de glutamina na DC ativa não é recomendado, pois não existe comprovação de benefícios, sendo necessária a realização de mais estudos^{2,3,5,8}.

No caso deste paciente utilizou-se 35 kcal/kg de peso ideal (62,8 kg) e 1,3 g/kg de peso ideal de proteína, obtendo a necessidade de 2198 calorias diárias e 81g de proteína diárias na primeira avaliação nutricional. O paciente encontrava-se com dieta Leve sem resíduos com aceitação de 100% (total de 1250 kcal e 50g proteína), que não supria suas necessidades energéticas totais, então introduziu-se suplemento oral industrializado hipercalórico, hiperproteico com vitaminas e minerais 3 vezes ao dia (total de 900 kcal diárias) e glutamina 30g diárias, dando a sua dieta o total de 2150 kcal e 80g de proteína diária.

O acompanhamento e reavaliações do paciente ocorreram durante 5 semanas consecutivas. A dieta evoluiu para branda sem resíduos, a aceitação da dieta também permaneceu em 100% (1950 kcal e 68g de proteína), foi mantido o suplemento oral industrializado hipercalórico, hiperproteico com vitaminas e minerais, mas reduzido para 2 vezes ao dia (total de 600kcal) e a glutamina também foi mantida, mas somente até a segunda semana de acompanhamento, dando ao paciente o total de 2550 kcal diárias e algumas variações no consumo de proteína. O paciente obteve uma boa aceitação do suplemento hipercalórico e hiperproteico escolhido.

Os exames bioquímicos também foram analisados em todo o período de acompanhamento e reavaliações. Devido à retirada do íleo terminal do paciente, foi solicitada a dosagem sérica de vitamina B12, zinco e magnésio. Os resultados, foram abaixo do recomendado, sendo o de vitamina B12 de 275 pg/ml (recomendação ideal para um bom funcionamento do organismo de 650 pg/ml), o de zinco de 72 mg/dl (recomendação ideal de 85,9 pg/ml) e magnésio de 1,7 mg/dl (abaixo da referência laboratorial 1,9mg/dl)⁹⁻¹¹.

E mesmo com as alterações da dieta e dos exames bioquímicos o paciente manteve seu peso estável demonstrando que a intervenção

nutricional contribuiu para a recuperação do estado nutricional do paciente.

CONCLUSÃO

Este caso demonstra que a manutenção do estado nutricional com o fornecimento de dieta adequada às necessidades do indivíduo traz importantes benefícios para a evolução e tratamento da DC, quando traçado um plano alimentar individualizado de acordo com o estado nutricional do paciente, proporcionando a recuperação do estado nutricional com favorável melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Projeto Diretrizes. Doença de Crohn intestinal: manejo. São Paulo: AMB / CFM; 2008.
2. Projeto Diretrizes. Terapia nutricional na doença de Crohn. São Paulo: AMB / CFM; 2011.
3. Rodrigues SC, Passoni CM, Paganotto M. Aspectos nutricionais na doença de Crohn. Cad Esc Saúde Nutr. 2008; (1):1-8.
4. Bin CM. Comparação entre método funcional com avaliação subjetiva global, antropometria, inquérito alimentar e análise bioquímica na estimativa do estado nutricional de pacientes com doença de Crohn em remissão clínica [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul / FM; 2007.
5. Flora AP, Dichi I. Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. Rev Bras Nutr Clin. 2006; 21(2):131-7.
6. Diestel CF, Santos MC, Romi MD. Tratamento nutricional nas doenças inflamatórias intestinais. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto. 2012; 11(4):52-58.
7. Burgos MG, Salviano FN, Belo GM, Bion FM. Doenças inflamatórias intestinais: o que há de novo em terapia nutricional? Rev Bras Nutr Clin. 2008; 23 (3): 184-9.
8. Cuppari L. Guia de nutrição clínica no adulto. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2005. p.228-232.
9. Hambidge M. Biomarkers of trace mineral intake and status. J Nutr. 2003; 133:948S-955S.
10. Priost RN, Casagrande CI, Hungaro CM, Nunes DA, Bueno EA, Bordin L, et al. Alterações no metabolismo da homocisteína induzidas por aguardente de cana-de-açúcar em alcoólatras. J Bras Patol Med Lab. 2003; 39(3):203-206.
11. Whang R, Hampton EM, Whang DD. Magnesium homeostasis and clinical disorders of magnesium deficiency. Ann Pharmacother. 1994; 28(2):220-6.

Fernanda Lima¹; Cicera Lima²

Intervenção nutricional no perioperatório de um paciente obeso com neoplasia colorretal

Nutritional intervention in the perioperative period of an obese patient with colorectal neoplasia

Relato de caso

1. Nutricionista do Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Graduanda do Serviço de Nutrição da Faculdade Metropolitana Unidas (FMU), São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Uma abordagem nutricional é de extrema importância no cuidado do paciente hospitalizado com câncer colorretal, pois ele tem a cirurgia como principal alternativa terapêutica curativa. A resposta metabólica a grandes cirurgias (de câncer colorretal) é complexa e envolve muitas vias metabólicas. Este estado caracteriza-se por catabolismo acelerado que resulta em balanço nitrogenado negativo e desgaste muscular associado com a depleção de nutrientes. O paciente do presente estudo foi internado na Clínica Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil, com diagnóstico de neoplasia colorretal. A avaliação antropométrica indicava sinais de obesidade com risco nutricional. O paciente apresentou ótima aceitação da dieta e de suplemento via oral que atendia sua necessidade energética diária, que era de 2.297,4 calorias. Foi realizada outra avaliação nutricional no pós-operatório, classificando o paciente como obeso, mesmo tendo passado pelo preparo pré-operatório e restrição dietética o estado nutricional do paciente continuou o mesmo, demonstrando assim que uma correta aplicação da terapia nutricional traz resultados positivos para o paciente.

Descritores: Neoplasias colorretais/cirurgia; Obesidade; Avaliação nutricional

ABSTRACT

A nutritional approach is extremely important in the care of the hospitalized patient with colorectal cancer, since it has the primary curative surgery as an alternative therapy. The metabolic response to major surgery (colorectal cancer) is complex and involves many metabolic pathways. This condition is characterized by rapid catabolism results in negative nitrogen balance and muscle wasting associated with the depletion of nutrients. The patient of the present study was interned in General Surgery and Clinical Oncology, Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil, diagnosed with colorectal neoplasia. Anthropometric assessment indicated signs of obesity with nutritional risk. The patient had excellent acceptance of diet and oral supplement that met their daily energy requirement, which was 2297.4 calories. Other nutritional assessment was performed postoperatively, the patient classified as obese, despite having passed the preoperative dietary restriction and nutritional status of the patient remained the same, demonstrate that a correct application of nutritional therapy has positive results for the patient.

Keywords: Colorectal neoplasms/surgery; Obesity; Nutrition Assessment

Data de submissão: 04/04/2014

Data de aceite: 06/06/2014

Correspondência:

Fernanda Lima
Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Rua Pedro de Toledo, 1800 V. Clementino – São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04039-004
E-mail: fernandinha76@hotmail.com.br

Trabalho realizado:

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

INTRODUÇÃO

O câncer, também denominado neoplasia maligna, refere-se a um grupo de mais de 100 doenças diferentes caracterizadas por dano ao ácido desoxirribonucleico (DNA) provocando crescimento e desenvolvimento celulares anormais¹.

O desenvolvimento de várias formas de câncer resulta da interação entre fatores endógenos e ambientais, destacando-se dieta que, quando inadequada representa cerca de 35% dos diversos tipos de câncer. Outros fatores incluem o etilismo, o tabagismo, a obesidade e a inatividade física².

O câncer do intestino grosso, chamado de câncer de cólon e de reto ou colorretal, se desenvolve gradativamente por uma alteração nas células que começam a crescer de forma desordenada sem apresentar sintomas. Por esse motivo a detecção precoce é fundamental, pois quanto mais cedo é o diagnóstico, maiores são as chances de cura da doença. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede do intestino grosso. Estimativa de novos casos é de 32.600, sendo 15.070 homens e 17.530 mulheres e número de óbitos de 14.016, sendo 6.818 homens e 7.198 mulheres³.

A principal alternativa terapêutica é a cirurgia, o único tratamento curativo usado no tratamento do câncer colorretal. Uma abordagem nutricional é de extrema importância no cuidado de pacientes submetidos à cirurgia do câncer colorretal. Para uma intervenção nutricional eficaz, é necessário o conhecimento do diagnóstico nutricional obtido por meio de diversos métodos de avaliação nutricional, como antropometria, dados bioquímicos, avaliação clínica e subjetiva⁴.

Os objetivos da terapia nutricional no paciente oncológico incluem prevenção

e tratamento da desnutrição; modulação da resposta imunológica ao tratamento oncológico e controle dos efeitos adversos do tratamento oncológico⁵.

DADOS DO PACIENTE

Paciente PRC, sexo masculino, com 67 anos, procurou assistência médica para consulta de rotina, onde foi diagnosticado pelo médico um pré-diabetes. Depois de prescrição medicamentosa houve episódios de diarreia e de melena. Acreditando ser a causa a medicação, ele procurou novamente o serviço médico, onde após colonoscopia e biopsia foi diagnosticada neoplasia obstrutiva de sigmoide.

O paciente foi internado na clínica de cirurgia geral e oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

De acordo com a avaliação da equipe de enfermagem, apresentava-se consciente, orientado, confiante, hidratado, membros inferiores sem edema, com parâmetros vitais normais, com abdome globoso, flácido, indolor a palpação.

Após avaliação médica, o paciente foi submetido à tomografia computadorizada e confirmado o diagnóstico de neoplasia colorretal. A conduta adotada foi a realização de retossigmoidectomia por Videolaparoscopia (VLP), que foi convertida para laparotomia com anastomose primária e correção de hérnia epigástrica.

TERAPIA NUTRICIONAL

Foi realizada a triagem nutricional chamada Nutrition Risk Screening (NRS) 2002 no momento da internação, apresentando pontuação total 03, o que indica risco nutricional. Após a triagem, foi realizada a

avaliação antropométrica que indicava que o paciente tinha Índice de Massa Corpórea (IMC) que o classificava como obeso (peso: 109,4 kg, estatura: 1,78 m e IMC: 34,62kg/m²). O paciente também apresentava um percentual de perda de peso de 0,54% em 3 meses o que não é considerada significativa. Os dados bioquímicos não indicavam sinais de depleção (Albumina: 4.1g/dl e contagem total de linfócitos: 2.504,36). Após análise pôde-se concluir que o paciente apresentava obesidade com risco para desnutrição⁶.

Por ter indicação de cirurgia eletiva, a imunonutrição foi iniciada precocemente, já que quanto maior o trauma, mais severas são as alterações dos mecanismos de defesa, tornando o paciente altamente susceptível à complicações inflamatórias. Pacientes neoplásicos, dependendo do tumor e do estadiamento, podem apresentar um requerimento energético maior, principalmente quando submetidos a tratamentos como a cirurgia⁷.

Um método prático para estimar as necessidades energéticas é o cálculo a partir das calorias por quilo de peso corpóreo. No caso desse paciente foram calculados 21 kcal por 109,4 kg (peso atual) e suas necessidades energéticas eram de 2.297,4 calorias diárias e 1.0 g de proteína por kg (peso atual) que eram de 109,4 g/dia⁸.

Um paciente bem nutrido geralmente tolera a cirurgia de grande porte melhor do que outro severamente desnutrido. A má nutrição está associada com uma alta incidência de complicações operatórias, de morbidade e de morte⁹.

A terapia nutricional no pré-operatório e pós-operatório é fundamental, pois a desnutrição associa-se a diminuição da resposta ao tratamento específico e na qualidade de vida, com maiores riscos de infecções pós-operatórias e aumento da morbimortalidade, o que justifica a

intervenção nutricional precoce, racional e individual¹⁰.

O estado nutricional é afetado diretamente tanto pelo tumor quanto pelo tratamento administrado e ocorre também a diminuição da função imune. Estudos demonstram que até as pequenas quantidades de perda de peso (inferior a 5% do peso corpóreo) ocorridas antes da terapia foram associadas a mau prognóstico. Muitos estudos clínicos tem demonstrado resultados positivos referentes ao uso de dietas contendo nutrientes imunomoduladores com ácidos graxos ômega 3, arginina, glutamina e os nucleotídeos, que seriam benéficos especialmente para pacientes oncológicos quando suplementado de forma precoce com o objetivo de renovação das células para resposta imune, independentemente do estado nutricional^{7,11}.

No momento da internação após a avaliação nutricional, o paciente iniciou com dieta geral para diabético e hipertenso com ótima aceitação, mas que não supria suas necessidades energéticas totais que eram de 2.297,4 kcal e proteicas de 104,9 gramas. Foi então introduzido na sua dieta, suplemento via oral contendo arginina, ácidos graxos ômega 3 de óleo de peixe e nucleotídeos na forma de RNA, módulo de proteína e emulsão lipídica.

Os nucleotídeos são importantes durante o desafio imunológico para o desenvolvimento e ativação de células imunes especializadas. A arginina é um aminoácido não essencial e em condições fisiológicas tem importante papel para a síntese protéica, é precursora na síntese de uréia, ornitina e de óxido nítrico. Sob trauma, estresse metabólico ou jejum prolongado, a arginina torna-se um aminoácido essencial. Após a cirurgia, a arginina melhora a cicatrização e protege contra infecções e perfusão isquêmica dos tecidos danificados

devolvendo a função dos macrófagos e resposta imediata dos linfócitos. Os ácidos graxos essenciais são aqueles que devem ser supridos pela alimentação. Estes estão divididos em dois grupos: os da família ômega 3 – w3 (ácido linolênico) e ômega 6 – w6 (ácido linoléico). Os ácidos graxos ômega 3 do óleo de peixe alteram o conteúdo fosfolipídico da membrana celular e mudam o equilíbrio da produção de mediadores da imunossupressão. Estudos ainda indicam que os ácidos graxos ômega 3 tem importante papel na caquexia induzida pelo câncer. Vários mecanismos de ação foram propostos para explicar como os ácidos graxos ômega-3 podem modificar o processo de carcinogênese, tais como: supressão da biossíntese dos eicosanoides derivados do ácido araquidônico, influência na expressão gênica, alteração do metabolismo do estrogênio, aumento ou diminuição da produção de radicais livres e espécies reativas de oxigênio e influência nos mecanismos envolvendo a resistência à insulina, alteram o conteúdo fosfolipídico da membrana celular e mudam o equilíbrio da produção de mediadores da imunossupressão¹²⁻¹⁴.

Foi possível a realização da imunonutrição pré-operatória por 13 dias.

Após 7 dias da internação foi realizada a reavaliação nutricional e o paciente não apresentou % de perda de peso. Foi realizada uma segunda reavaliação no dia da cirurgia

(25/02/2014), onde houve uma perda considerável na % de perda de peso (3,13%). A causa dessa perda de peso foi o preparo pré-cirúrgico que utiliza uma dieta muito restrita chamada líquida sem resíduos que tem menos de 600 calorias por dia. Mesmo assim o diagnóstico nutricional do paciente não mudou, segundo seu IMC (33,29kg/m²) continuou com classificação de obesidade com risco nutricional.

Após a cirurgia o paciente permaneceu em jejum por 48 horas, apenas com soro glicosado e medicamentos específicos. Após esse período foi prescrita dieta hídrica (60 kcal), no período da manhã e após o desjejum o paciente teve mal estar (fermentação e formação de gases intestinais) e novamente iniciou-se jejum, totalizando 4 dias. Após esse período o paciente voltou a se alimentar com evolução gradativa da dieta. Após 22 dias de internação o paciente recebeu alta hospitalar, demonstrando que a intervenção nutricional contribuiu para sua boa evolução pós-cirúrgica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a Terapia Nutricional adequada, individual e de forma precoce foi fundamental, pois influenciou diretamente no resultado positivo no pós-operatório.

REFERENCIAS

1. Santos JL, Jacobson RG. Guia profissional para fisiopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.
2. Fortes RC, Recôva VL, Melo AL, Novaes MR. Hábitos dietéticos de pacientes com câncer colorretal em fase pós-operatória. Brasília: Faculdade de Medicina da Escola Superior em Ciências da Saúde do Distrito Federal, 2007.
3. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer Colorretal [Internet]. [citado 2014 maio 22]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definição>.
4. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadanti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. Einstein. 2013; 11(1): 41-6.
5. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Terapia nutricional na oncologia. São Paulo: AMB / CFM; 2011.
6. Calixto-Lima L, REIS NT. Interpretação de exames laboratoriais aplicados à nutrição clínica. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2012.
7. Oliveira HS, Boneti RS, Pizzato AC. Imunonutrição e o tratamento do câncer. Rev Ciênc Saúde (Porto Alegre). 2010; 3(2): 59-64.

8. Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Paraenteral. DITEN – Diretrizes Brasileiras em Terapia Nutricional. Curitiba: SBNPE; 2011.
9. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause alimentos, nutrição e dietoterapia. 12^a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
10. Martins PS, Leme AC, Saron LG. Perfil nutricional de pacientes oncológicos hospitalizados. In: 13^o Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e 9^o Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba/ FCS; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Consenso nacional de nutrição oncológica, vol. II. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
12. Rodrigues de Lima SP, Navarro F. O uso de exercício físico e suplementos alimentares no tratamento de pacientes com câncer. Rev Bras Nutr Esportiva. 2008; 2(8): 85-98.
13. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutricional na oncologia. São Paulo: AMB/CFM; 2011.
14. Carmo MC, Correia MI. A Importância dos ácidos graxos ômega-3 no câncer. Rev Bras Cancerol. 2009; 55(3): 279-287.

Durval Mazzei Nogueira Filho

Psicanálise e depressão Psychoanalysis and depression

Análise e comentário

Mestre em Psiquiatria pelo Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O autor discute a expansão atual do diagnóstico de depressão e propõe que tal fato é efeito do modo de diagnosticar, proposto pelos manuais de diagnóstico. E esta é uma razão do divórcio entre a Psiquiatria e a Psicanálise.

Descritores: Psicanálise; Depressão

ABSTRACT

The author discusses about the contemporary increase of depressive states diagnoses. The argument is: it's an effect of diagnoses way on diagnostic manual. And that is one of the reasons to divorce among Psychiatry and Psychoanalysis.

Keywords: Psychoanalysis; Depression

Data de submissão: 11/04/2014

Data de aceite: 03/07/2014

Correspondência:

Durval Mazzei Nogueira Filho
Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Rua Borges Lagoa, V. Clementino- São Paulo/SP-Brasil- CEP: 04039-004
E-mail: dr.durval@uol.com.br

Trabalho realizado:

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

INTRODUÇÃO

Neste início, torna-se necessária ligeira história do laço entre a Psiquiatria e a Psicanálise. E esta não é uma simples história linear. O laço entre as duas disciplinas incluiu aproximações e distanciamentos e o agente destes movimentos ora a Psicanálise, ora a Psiquiatria. E a razão destes movimentos ora a mais profunda divergência, ora a mais profunda convergência.

Antes dos anos 70 e 80 do século passado a Psicanálise responsabilizou-se quase que exclusivamente pelos movimentos. Não que, no argumento psiquiátrico, a Psicanálise fosse plenamente reconhecida como válida. Se havia psiquiatras abertos à Psicanálise um número não exíguo de praticantes da clínica psiquiátrica perfilava-se entre os indiferentes ou entre os francamente opostos. Saliente-se que o clima entre os representantes desta diversidade era o debate. Não havia um elemento extrínseco à discussão clínica, teórica, epistemológica a definir os termos do debate.

No campo psicanalítico a questão encontrava ambiente mais tormentoso.

Não se sabia muito bem o que fazer com a disciplina nascente, no que tange à relação com a secular Medicina. A frase a seguir mostra uma face: “a psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro (Freud¹, 1973/1916; p. 2281)”. Esta frase expressa por Freud em suas conferências demonstra que a relação entre as disciplinas implicava em convergência, cada uma dedicada a estudar seu campo. Não obstante, o mesmo Freud defendeu a análise leiga e considerou que mesmo a mais esmerada

formação médica e psiquiátrica não capacitava o brilhante médico à prática da psicanálise. Para tal, este haveria que subordinar-se a outra ordem: a ordem da formação psicanalítica. Ordem que inclui análise pessoal, supervisão do exercício clínico e estudo das construções teóricas (Freud², 1973/1926).

Como se deduz são dois modos de pensar o laço entre a Psiquiatria e a Psicanálise e representam bem o espaço onde convergência e divergência aninham-se. Continuidade ma non troppo...

E não é somente este detalhe que torna complexo o laço.

Outro detalhe é francamente epistemológico e nasce de simples constatação: o paciente da Psiquiatria e da Psicanálise é o mesmo! A histérica que Charcot recebia na Salpêtrière era a mesma que Freud recebia em Viena. Se Charcot a definia como portadora de um mal neurológico funcional e transitório (edema cerebral, por exemplo), Freud definia a manifestação histérica como efeito “da abolição da acessibilidade associativa (Freud³, 1973/1893, p. 20)” da concepção simbólica em questão na singularidade daquela paciente (recorde-se a presença comum na segunda metade do século XIX de manifestações histéricas conversivas, menos comuns nos dias que correm). Neste mesmo escrito, Freud é taxativo ao afirmar “que a lesão das paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso (op. cit, p. 19)”. O mesmo ocorria com outras condições clínicas. Da obsessão aos delírios e incluía a melancolia. Freud a descreve tal e qual Binswanger e outros grandes psiquiatras clínicos a descreviam. A salvaguarda é a manutenção do discurso analítico sobre cada uma destas patologias. A semelhança da descrição não torna a interpretação similar. Neste particular as leituras diferiam. Como

se vê, não é que Freud ‘inventou’ patologias. Ele trabalhou e constituiu a Psicanálise ao redor da mesma clínica que a Psiquiatria. Tão somente recortou o campo onde as patologias se manifestam de outra maneira. Leu a manifestação patológica desde a fala concreta e presente e viva de quem a ele falava. Se Freud ‘inventou’ algo, ‘inventou’ a clínica sob transferência.

A coalizão destas balizas – a relativa à formação e a relativa à epistemologia – revela a razão de laço tão complexo e esclarece a razão da Psicanálise responsabilizar-se pelas idas e vindas em relação à Psiquiatria até os anos 70. Se a Medicina é secular, a Psicanálise nascia nas décadas finais do século XIX e Freud não quis que sua construção restasse como um verbete das técnicas terapêuticas médicas. Não a quis como a terapêutica de Cerletti ou de Sakel.

TRANSFORMAÇÃO DA CENA PSICOTERAPÊUTICA

O panorama, entretanto, mudou no correr do século XX. A prática psicoterapêutica inaugurada por Freud recebeu concorrentes de todos os lados. O Psicodrama nasce na segunda década do século XX; a análise existencial na década seguinte; o behaviorismo nascente coincide com este período. E esta fragmentação do campo psicoterapêutico espelha a fragmentação do campo psiquiátrico. Não há unidade conceitual.

Este panorama aberto a discursos múltiplos inteiramente favoráveis à criatividade, ao debate e à pluralização de orientações, foi considerado um estorvo a partir das décadas finais do século XX. Sob a égide da unificação, Spitzer coordenou a força-tarefa para a elaboração da nova edição do Manual Estatístico das Doenças albergado na Associação Psiquiátrica Americana.

O resultado do trabalho da força-tarefa coordenada por Spitzer resultou na terceira edição deste manual que ficou conhecido como DSM-III. Este veio à luz em 1980 com a explícita missão de definir critérios que se tornassem referência comum a psiquiatras, psicólogos, psicanalistas das diversas orientações. Propunha-se despreocupado com a etiologia e preocupado em padronizar o diagnóstico. Definia-se como ‘ateórico’. Fosse o psiquiatra psicanalista, fenomenológico, comportamental, neurocientista, holístico, antropológico ou qualquer outra denominação orientar-se-ia pelos critérios definidos por um comitê de especialistas empenhados em definir conceitos claros, objetivos e reconhecíveis (Mayes & Horwitz⁴, 2005). Logo a OMS acompanhou a proposta e a décima edição da Classificação Internacional das Doenças (CID), editada em 1995, assumiu o mesmo discurso e exibiu estilo semelhante ao produto norte-americano.

Aqui começam os problemas. Se a pluralidade anterior possibilitava lugar ao discurso analítico apesar dos amores e separações entre as disciplinas, desde o DSM-III a conversa ficou difícil. A Psiquiatria tornou-se a agente do movimento divergente.

A discussão entre a Psicanálise, a Psiquiatria e a concepção de patologia neste novo contexto deu-se em torno de enorme fosso entre os discursos. Pois, a Psiquiatria, assim como boa parte da ciência contemporânea, enveredou pelo caminho de evitar ao máximo o princípio da proliferação de teorias em busca da unidade da ciência. Desta forma a proposição ateórica do DSM e da CID, proposição com potencial para herdar a majestade libertadora da ciência, terminou prisioneira da tradição pragmática e empirista, resumindo o antes múltiplo discurso psiquiátrico ao discurso epidemiológico e ao festival de números

pretensamente reveladores do modo de abordagem mais eficaz, efetivo e eficiente. E pretensamente mais realista.

(não é o momento de levar adiante a discussão epistemológica a propósito deste ponto, assim como não é o momento apropriado à discussão sobre a influência do economicismo neste debate. Mas, saliente-se que este é o elemento extrínseco ao debate teórico que passou a operar no contexto psiquiátrico. E saibam que não obstante a participação do poder econômico e da ideologia da unificação, a Psiquiatria permanece a mais múltipla das especialidades médicas.)

A DEPRESSÃO NA PSICANÁLISE

A melancolia esteve entre as preocupações iniciais de Freud e esteve presente nas cartas e manuscritos que enviava ao médico alemão Wilhelm Fliess, nas últimas duas décadas do século XIX.

No Manuscrito A, pergunta-se sobre a etiologia da ‘distímia’ (depressão) periódica (Freud⁵, 1973/1950, p. 3476). No Manuscrito B, distingue a ‘distímia’ periódica da melancolia propriamente dita, dado que a primeira segue-se a um trauma psíquico e a anestesia psíquica é menos pronunciada (Freud⁵, 1973/1950, p. 3481). No Manuscrito D, cita a melancolia e a mania como uma das formas possíveis das neuroses (Freud⁵, 1973/1950, p. 3492). Dedicar o Manuscrito G à melancolia onde levanta questões que considera pertinentes ao quadro melancólico. Da relação entre ‘anestesia sexual’, masturbação, exigência psíquica e sexual feminina e discute a relação entre a angústia e a melancolia. E salienta que “o caso típico e extremo de melancolia parece estar representado pela forma periódica ou cíclica hereditária (Freud⁵, 1973/1950, p. 3503/4)”. É claro, portanto, que não faltava

ao cálculo freudiano referências tanto à vida atual do sujeito e o nexos da melancolia com o fundamento biológico da condição clínica.

Algumas destas proposições serão retomadas por Freud em seu escrito posterior, publicado em 1917, ‘Luto e Melancolia’. Neste escrito, inicialmente, diferencia a melancolia propriamente dita dos estados de luto, apesar de considerá-los estados paralelos. Caracteriza o último como “a reação à perda de um ser amado ou de uma abstração equivalente: a pátria, a liberdade, o ideal (Freud⁶, 1973/1915, p. 2091)”. E complementa e ao mesmo tempo marca a posição do discurso analítico ao dizer: “é também notável que jamais nos ocorra considerar o luto como um estado patológico e submeter o sujeito ao tratamento médico, ainda que se trate de um estado que lhe impõe desvios na conduta normal (op. cit, p. 2091)”. A melancolia, por sua vez, é descrita como “um estado de ânimo profundamente doloroso, ao lado do desinteresse pelo mundo exterior, da perda da capacidade de amar, da inibição de todas as funções e da diminuição do amor próprio. Esta última traduz-se por críticas e acusações que o paciente dirige a si mesmo e pode chegar à delirante espera de castigo (op. cit, p. 2091)”. Para diferenciar os dois estados, além do expediente descritivo, Freud considera a respeito do estatuto do objeto perdido no luto e na melancolia. Se no luto esta perda é clara, evidente e reconhecida pelo sujeito, na melancolia o estado de coisas é outro. Diz Freud que devemos manter a hipótese de tal perda, “mas não conseguimos distinguir com clareza que é que o sujeito perdeu e temos que admitir que tampouco a este lhe seja possível perceber conscientemente (op. cit, p. 2092)”.

Fica claro, então, que o discurso analítico não apreende estes estados paralelos e assemelhados em um detalhe ou outro como contínuos. Há diferença qualitativa, há diferença

etiológica e há diferença estrutural entre os estados. Não é o observado nas diretrizes diagnósticas do DSM e da CID. Nesta última, o reconhecimento de manifestações tais como “humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum. Outros sintomas são: concentração e atenção reduzida, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído (CID-106, 1993, p. 117)” não leva em conta, não faz nenhuma consideração sobre o contexto em que as manifestações, frequentemente relatos falados, surgem. Segundo este manual, a diferença entre os estados depressivos leve, moderado ou grave é relativo ao quanto da eficiência é perdida (atividades sociais, laborais e domésticas), ao risco da passagem ao ato suicida e a presença de sintomas psicóticos sob a forma de ideias deliróides de ruína e fenômenos alucinatórios. É, ao contrário do pensamento psicanalítico, uma diferença quantitativa. Não há referência a nenhum termo que se relacione ao momento existencial do sujeito, nenhuma referência ao sentido subjetivo da manifestação, nenhum comentário sobre a condição do sujeito falante diante da dor de existir, diante da morte, diante do destino, enfim, nenhum comentário a respeito da pusilanimidade do homem que não veio ao transcorrer da existência exclusivamente para se divertir. Afinal, não há referência à distinção entre o normal e o patológico. Não difere, portanto, o que merece dedicação médica e/ou psicanalítica e o que é fato de existência (Biondi, Caredda e Ricciardi⁷, 1996; Frances, Pincus, Widiger, Davis, First⁸, 1990; Frankford⁹, 1994).

A PSIQUIATRIA GANHA OU A CONFUSÃO ESTÁ ESTABELECIDADA?

Assim não é à toa que não há mais tristes, não há mais decepcionados consigo ou com o mundo, não há mais macambúzios, não há mais desiludidos, não há mais desmoralizados, não há mais derrotados provisoriamente, não há mais enlutados, não há mais preguiçosos. Ou se está feliz; ou se está indiferente; ou se está deprimido. Este ponto torna o diagnóstico da depressão em doentes crônicos um problema, pois os manuais psiquiátricos contemporâneos, a CID-10 e o DSM-V, não contemplam o estado particular do sujeito. É evidente que não há como viver feliz ou não dar nenhuma importância quando o ser é dominado por uma patologia que o retira do jogo existencial, construído com ardor. Assim, não é incomum que boa parte dos doentes crônicos sejam diagnosticados como depressivos, dado que qualquer outra manifestação do espírito humano não é mais reconhecida como válida. O aumento da frequência deste diagnóstico é, portanto, efeito desta intenção, exibida nos manuais diagnósticos, em reduzir o campo das manifestações e dos relatos dos pacientes. Vetar a polissemia é o mesmo que proibir a poesia ao animal falante. Não pode dar certo.

Assim não é à toa que em 1950 a depressão fosse considerada rara (uma curiosidade: Kuhn, no final dos anos 50, pesquisava a Imipramina, antidepressivo que por anos foi o padrão-ouro da pesquisa sobre a eficiência destas drogas, como outro antipsicótico. A preocupação com a depressão era pequena) e após exíguos 30 anos tornou-se uma das principais causas de incapacitação. Seguindo Aguiar (2004¹⁰), não há doença exclusivamente biológica que na geração precedente a morbidade era pequena e na geração posterior aumentou 37,5% em um ano. A não ser que alguém venha propor a tolice que

a depressão seja devida a um quadro infeccioso para que os dados epidemiológicos tornem-se minimamente consistentes.

O mais próximo da verdade não é exatamente como alguns anjos afirmam que ‘aprendemos a diagnosticar’. O mais próximo da verdade é que houve, dada a ausência de critérios que distingam os estados depressivos dos outros estados de apequenamento do ser, expansão desmedida do diagnóstico de depressão. Neste sentido, por paradoxal que pareça, a preocupação psicanalítica recupera algo da dignidade do pensamento médico no campo da depressão. Faz deste modo quando não se reduz ao pragmatismo, à pressa presente

nos encontros entre médicos e pacientes. E dedica-se ao esforço teórico e ao esforço clínico com o intuito de diferenciar a melancolia – ou a depressão propriamente dita – e os estados dolorosos nos quais a dor de existir é o termo singular e existencial que está em jogo. E deixa ao paciente a missão de não ceder diante de seu desejo e que possa trabalhá-lo até o osso de seu comprometimento.

Não há comentário sobre a cumplicidade da população com este estado de coisas. Fica para outra hora. Mas, sabemos pelo relato de Machado de Assis que a população de Itaguaí também não reclamou.

BIBLIOGRAFIA

1. Freud S. Lecciones Introductorias al Psicoanálisis 1815-1917 [1916-1917]. Psicoanálisis y psiquiatria. In: Freud S. Obras completas. 3. ed. Madri: Biblioteca Nueva; 1973. v.2; cap. xcvi. p.2123, 2281.
2. Freud S. Análisis profano (Psicoanálisis y Medicina): conversaciones con una persona imparcial, 1926. In: Freud S. Obras completas. 3. ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. v.3; cap. clii. p.1911.
3. Freud S. Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas 1888-93 [1893]. In: Freud S. Obras completas. 3. ed. Madri: Biblioteca Nueva; 1973. v.1; cap.iii. p.13-21.
4. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. J Hist Behav Sci. 2005; 41(3):249-267.
5. Freud S. Los orígenes del psicoanálisis: cartas a Wilhelm Fliess, manuscritos y notas de los años 1887 a 1902. In: Freud S. Obras completas. 3. ed. Madri: Biblioteca Nueva; 1973. v.3; cap. cciv. p.1433.
6. Freud S. Duelo y melancolia 1915 [1917]. In: Freud S. Obras completas. 3. ed. Madri: Biblioteca Nueva; 1973. v.2; cap. xciii. p.2091-2100.
7. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
8. Biondi M, Caredda M, Ricciardi A. Criteria for separating normality and psychopathology. New research program and abstracts. Annual Meeting, APA.
9. Frances A, Pincus, HA, Widiger TA, Davis WW, First MB. DSM-IV: work in progress. Am J Psychiatry. 1990; 147(11):1439-48.
10. Frankford D. Scientism and economism in the regulation of health care. J Health Polit Policy Law. 1994; 19(4):773-799.
11. Aguiar AA. A Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2004.

Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de pacientes com endometriose

Resumo de Tese

Autor: TANIA MARA VIEIRA SANTOS

Orientador: REGINALDO GUEDES COELHO LOPES

Nível: Mestrado

RESUMO

Objetivo: Avaliar o tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose em pacientes acompanhadas no ambulatório de Endometriose e Dor Pélvica Crônica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – Francisco Morato de Oliveira entre Janeiro de 2003 e novembro de 2009. **Métodos:** Em estudo analítico retrospectivo foram avaliadas 310 mulheres com endometriose confirmada cirurgicamente e por exame anatomopatológico no período de 06/01/2003 a 29/11/2009. Os dados foram obtidos através de revisão das fichas de acompanhamento do ambulatório especializado e de prontuários médicos. Utilizou-se o programa Epi-Info 3.3.2 para analisar estatisticamente os resultados obtidos. **Resultados:** A média de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a confirmação do diagnóstico de endometriose foi de 46,16 meses (3,84 anos), variando de 6 a 324 meses. As pacientes com menos de 20 anos de idade, tiveram média de tempo decorrido até o diagnóstico de 2,8 anos (33,6 meses, variando de 6 a 144). Nas pacientes entre 20 e 29 foi de 3,51 anos (42,18 meses, variando de 6 a 192). Naquelas com idade entre 30 e 40 anos, a média de tempo foi de 4,14 anos (49,69 meses, variando de 6 a 324). E, em pacientes com mais de 40 anos de idade, a média de tempo foi de 3,15 anos (37,86 meses, variando de 6 a 216). **Conclusão:** O tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose no HSPE - FMO foi menor, quando comparado ao de outras avaliações nacionais e internacionais

Data de Defesa: 01/10/12

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

Análise da qualidade de vida e da ocorrência e prevalência de dor osteoarticular no pré e pós-operatório de pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Resumo de Tese

Autor: RUTE GRANS

Orientador: DÉBORA PASTORE BASSITT

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: A obesidade é uma doença crônica não transmissível. Estima-se que 2,8 milhões de pessoas morram anualmente no mundo em consequência dela. Recente estudo brasileiro revelou que a estimativa de pessoas com sobrepeso avançou de 42,7%, em 2006, para 48,55%, em 2011. Ela está associada às mais graves e mórbidas situações clínicas, posturais, musculoesqueléticas e outras, contribuindo para a redução da qualidade e expectativa de vida. Concorrem também para seu quadro morboso, fatores psicológicos que impactam negativamente o resultado dos tratamentos reducionistas. A cirurgia bariátrica é decisiva na melhoria de até 50% dos casos em que haja necessidade de perda de peso, e também na manutenção dessa redução em longo prazo. **Objetivo:** O objetivo do estudo é observar a prevalência de dor musculoesquelética, estudar a capacidade física e funcional do grupo em cada etapa e sua correlação com outros parâmetros do estudo. **Método:** O método compreendeu estudo prospectivo, observacional e comparativo, dentro das normas éticas e com assentimento livre e esclarecido dos envolvidos. Foram abordados 26 pacientes com idade entre 18 e 60 anos, sendo 25 do sexo feminino e um do sexo masculino, estudados mediante duas avaliações: uma em tempo pré-operatório e outra durante quatro anos após cirurgia com monitoramento de prontuários, aplicação dos questionários BAROS e BAROSa (este na primeira fase do estudo); também do The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36), e do Diagrama do Corpo Humano associado à EVA para análise da dor musculoesquelética. Para análise dos resultados foram utilizados testes estatísticos, softwares: SPSS V16, Minitab 15 e Excel Office 2007. **Resultados:** Observou-se que o IMC ficou em torno de $49,2 \pm 5,3$, caracterizando obesidade grau III com redução média para $32 \pm 5,3$, com presença de hipertensão em 65,4% dos pacientes e DM de 42,3%, sendo que 13 tiveram remissão da HAS e 10 da DM 10 ($p < 0,001$). Quanto ao BAROS e BAROSa, cada fase teve análise independente entre os dois momentos nas categorias ruim, razoável e boa; houve uma queda de 96,2% para 3,8% para ruim, 3,8% para 46,2% para razoável e de 0,0% para 46,2%; para bom ($p < 0,001$). A análise do escore do SF 36 evidenciou melhora da qualidade de vida, sobretudo nos aspectos relacionados à motricidade. A vitalidade manteve-se em 51,7 nos dois momentos, enquanto Saúde Mental manteve de 53,4 para 54,8. No quesito comprometimento musculoesquelético, encontrou-se dor osteoarticular e/ou comprometimento musculotendíneo em 10 pacientes. A dor osteoarticular esteve presente em mais de 50% da amostra, pontuada em variadas articulações. Contudo, 87,5% da amostra no pré-operatório e 88,5% no pós-operatório relataram não ter realizado nenhum acompanhamento fisioterapêutico. Do total da amostra, 65,4% relataram fazer algum tipo de atividade física regularmente após a cirurgia ($p < 0,001$). **Conclusão:** Os portadores de obesidade têm maior probabilidade de sofrer com as alterações clínicas e estruturais em sua qualidade de vida. Apesar do grande avanço na busca de tratamentos para obesidade e das pesquisas realizadas, ainda há necessidade de pesquisas para se identificar mais efetivamente a relação entre obesidade, dor, saúde mental e o quanto realmente a cirurgia bariátrica afeta esses aspectos.

Data de Defesa: 01/11/12

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

Ablação histeroscópica do endométrio: resultados após seguimento clínico de 5 anos

Resumo de Tese

Autor: WINNY HIROMI TAKAHASHI

Orientador: REGINALDO GUEDES COELHO LOPES

Nível: Mestrado

RESUMO

Objetivos: Avaliar os resultados clínicos, após seguimento mínimo de cinco anos, de pacientes com sangramento uterino anormal de etiologia benigna que realizaram ablação endometrial, analisando a taxa de sucesso do tratamento em relação ao método, compreendida como satisfação da paciente e melhora do sangramento uterino anormal, bem como complicações tardias, fatores associados e recorrência dos sintomas. **Métodos:** Estudo transversal conduzido após período mínimo de 5 anos de cirurgia em pacientes submetidas ao procedimento no Setor de Endoscopia Ginecológica do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo “Francisco Morato de Oliveira” (HSPE-FMO) entre 1999 e 2004. Foram analisados os seguintes dados: faixa etária quando da realização da cirurgia, complicações imediatas e tardias e fatores associados. Foi utilizado o modelo de regressão logística com cálculo da respectiva Odds Ratio (OR) para se observar as possíveis associações existentes entre a taxa de sucesso da cirurgia e as variáveis analisadas. **Resultados:** Cento e quatorze pacientes foram submetidas à ablação endometrial no período de março de 1999 a abril de 2004. O tempo mediano de seguimento foi de 82 meses. O modelo de regressão logística permitiu a predição correta do sucesso da ablação endometrial em 80,6%. A idade relacionou-se diretamente com o sucesso do procedimento (OR=1,2; p=0,003) e a ligadura tubária pregressa mostrou relação inversa com o sucesso da ablação endometrial (OR=0,3; p=0,049). Dentre as pacientes com falha terapêutica, 21 (72,4%) realizaram histerectomia. Em uma das pacientes submetidas à histerectomia foi confirmada a presença de hidro-hematossalpinge ao exame anatomopatológico, caracterizando a síndrome da ligadura tubária pós-ablação. **Conclusões:** A ablação endometrial tem se mostrado uma opção de tratamento vantajosa, mantendo altos índices de satisfação das pacientes, mesmo em seguimentos em longo prazo. A idade quando da ablação endometrial influenciou no sucesso terapêutico e mais estudos são necessários para avaliar os fatores que poderão futuramente influenciar na indicação do procedimento em casos selecionados.

Data de Defesa: 01/11/12

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

Percepção da qualidade de vida no trabalho dos neurocirurgiões dos Serviços de Emergência da Cidade de São Paulo

Resumo de Tese

Autor: SANDRA ARCELINA DA SILVA

Orientador: RICARDO VIEIRA BOTELHO

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: Estudo da percepção da qualidade de vida no trabalho (QVT) permite estimar a percepção de uma classe profissional inteira, identificar desequilíbrios específicos e proporcionar políticas de desenvolvimento profissional. **Objetivo:** Avaliar a percepção da QVT dos neurocirurgiões que trabalham em Serviços de Emergência em São Paulo usando instrumentos de validação disponíveis na língua portuguesa. **Método:** A percepção da QVT dos neurocirurgiões da cidade de São Paulo (Capital) foi estudada com questionário validado para língua portuguesa. **Resultados:** Cinquenta e oito neurocirurgiões responderam ao questionário. A análise revelou tendências negativas na maioria das áreas de QVT. As áreas com forte tendência negativa deveriam ser tratadas com políticas específicas. **Conclusão:** Há tendências negativas em quase todos os domínios de QVT.

Data de Defesa: 01/12/12

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