

REVISTA CIENTÍFICA



ESFERA ACADÊMICA
SAÚDE

FACULDADE
MULTIVIX
VITÓRIA

ISSN XXX-XXXX

REVISTA ESFERA ACADÊMICA SAÚDE

Volume 1, número 1

**Vitória
2016**

EXPEDIENTE

Publicação Semestral

ISSN XXX-XXXX

Temática: Saúde

Revisão Português

XXXXX

Capa

Marketing Faculdade Brasileira Multivix-Vitória

Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, os pensamentos dos editores.

Correspondências

Coordenação de Pesquisa e Extensão Faculdade Brasileira Multivix-Vitória

Rua José Alves, 301, Goiabeiras, Vitória/ES | 29075-080

E-mail: pesquisa.vitoria@multivix.edu.br

FACULDADE BRASILEIRA MULTIVIX-VITÓRIA

DIRETOR EXECUTIVO

Tadeu Antônio de Oliveira Penina

DIRETORA ACADÊMICA

Eliene Maria Gava Ferrão Penina

DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Fernando Bom Costalonga

CONSELHO EDITORIAL

Alexandra Barbosa Oliveira
Caroline de Queiroz Costa Vitorino
Eliene Maria Gava Ferrão Penina

Karine Lourenzone de Araujo Dasilio
Michelle Moreira
Patricia de Oliveira Penina

ASSESSORIA EDITORIAL

Karine Lourenzone de Araujo Dasilio

Patricia de Oliveira Penina

ASSESSORIA CIENTÍFICA

Helber Barcellos da Costa
José Guilherme Pinheiro Pires
Júlia Miranda Falcão
Ketene W. Saick Corti
Mario Sergio Zen
Maycon Carvalho
Mauricio da Silva Mattar
Michelli dos Santos Silva
Nelson Elias
Patricia de Oliveira Penina
Tania Mara Machado
Vinicius Mengal

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| ADESÃO AO TRATAMENTO E OS HÁBITOS DE VIDA DO PACIENTE COM ARTRITE GOTOSA..... | 5 |
| João Vycthor Mendes da Silva, Laura Moita Sforza, Maria Eduarda Peroni Antonioli, Mariana Cunha Cesar, Pedro Henrique Pereira dos Santos, Rodrigo Scoassante Tavares, Tânia Mara Machado | |
| ANÁLISE DE POLIFARMÁCIA EM PACIENTES IDOSOS DO BAIRRO REPÚBLICA, VITÓRIA, BRASIL..... | 12 |
| Kessilyn Dourado Storch, Laêmecy Emanuelle Gonçalves Martins, Lorryne Zonatele Garbo, Luana Pelicioni Rangel, Rafaela de Lacerda Trajano Pinel, Rodolfo Nicolau Soares, Tânia Mara Machado | |
| ASMA E RINITE: SÃO A MESMA DOENÇA? | 26 |
| Agatha Siqueira Afonso, André Lima Jordão, Ariosto Silva Santos Neto, Bárbara Donnária Gonçalves da Silva, Carla Nassur Ozório, Danilo Afonso Alves, Francisco Menezes, Henrique Lorenzoni Turini, Jéssica Oliveira Seixas, Kessilyn Dourado Storch, Lorryne Zonatele Garbo, Rodolfo Nicolau Soares, Vinícius Paris Senatore | |
| AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO..... | 36 |
| Amanda Santos Bragatto, Marina Moscon, Sabrina Mello Fantin, Tracy Lima Tavares, Vanessa Mello de Menezes | |
| PERFIL DO USUÁRIO DE DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES..... | 40 |
| Cláudia Reis Cardoso de Mello, Karina Sagassa Batista, Sofia Filippe Mariani, Gustavo Gomes Oliveira, Delmiro Coimbra, Élio Andriolo, Tânia Mara Machado | |
| PREVALÊNCIA DE IDOSOS COM O CARTÃO DE VACINA ATUALIZADO E O REFLEXO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO DE 2012 NA INTERNAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – VITÓRIA- ES..... | 49 |
| Alanah Sampaio Bueno, Camila Rapozo Salvador, Gabriela Scaramussa Sonsim, Letícia Pereira Fiorotti, Yara Zucchetto Nippes, Tânia Mara Machado | |
| PREVALÊNCIA DO SUBDIAGNÓSTICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA..... | 56 |
| Lucas M. Ramos, Newton L.F. Filho, Paollo F. Loures, Pedro H. de P. N. Pinto, Tiago T. Pimentel, Rafael C. Martins | |

ADESÃO AO TRATAMENTO E OS HÁBITOS DE VIDA DO PACIENTE COM ARTRITE GOTOSA

João Vycthor Mendes da Silva¹, Laura Moita Sforza¹, Maria Eduarda Peroni Antonioli¹, Mariana Cunha Cesar¹, Pedro Henrique Pereira dos Santos¹, Rodrigo Scoassante Tavares¹, Tânia Mara Machado²

1 - Acadêmico de Medicina da Faculdade Brasileira Multivix Vitória

2 - Discente da Faculdade Brasileira Multivix Vitória

RESUMO

Artrite Gotosa resulta de uma disfunção metabólica em que uma quantidade alta de ácido úrico se acumula no sangue e cristais de urato de sódio são depositados nas articulações sinoviais. Esta doença acomete principalmente homens de meia idade e idosos, e mulheres na pós-menopausa, acometendo os homens seis vezes mais do que as mulheres. A gota pode ter origem primária, devido a um defeito genético, e secundário, induzido por fatores ambientais ou como consequência de outras doenças. O estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa objetivou conhecer o nível de adesão ao tratamento em pacientes com artrite gotosa e seus hábitos de vida atendidos em um Hospital Geral do Estado do ES. Os pacientes entrevistados, em sua totalidade, foram do sexo masculino, de 41 a 70 anos. Apresentaram um conhecimento razoável sobre a gota em sua origem, mas não em relação ao seu tratamento e a importância de segui-lo de acordo com as recomendações médicas. Observou que os pacientes que sofriam crises esporádicas só se incomodaram com a doença durante as mesmas. Outros relataram dores permanentes e severas dificuldades de mobilidade, o que revela que o incômodo está diretamente ligado com a gravidade da doença. Em relação aos hábitos de vida, os participantes mostraram pouca ou nenhuma mudança de comportamento para reduzir a uricemia e evitar as crises, o que ratifica a ideia de que o senso comum relaciona tratamento à medicação, e não à mudança de hábitos, seja por falta de conhecimento ou situação socioeconômica precária.

Palavras-chaves: Artrite Gotosa, Gota, Gota Tofácea.

ABSTRACT

Gouty arthritis results from a metabolic disorder in which a high amount of uric acid in the blood and accumulates sodium urate crystals are deposited in the synovial joints. This disease mainly affects middle-aged and elderly men and women after menopause, affecting six times more men than women. Gout can be primary source due to a genetic defect, and secondary induced by environmental factors or as a result of other diseases. The descriptive study with qualitative approach aimed to identify the level of adherence to treatment in patients with gout and their living habits treated at a general hospital ES state. Patients interviewed in their entirety, were male, 41-70 years. They had a reasonable knowledge of the drop in origin, but not in relation to their treatment and the importance of following him according to medical recommendations. Observed that patients suffering sporadic crises only bothered with the disease during them. Other reported severe pains and permanent mobility difficulties, indicating that the nuisance is directly linked with disease severity. Regarding lifestyle habits, participants showed little or no change in behavior to reduce uricemia and prevent crises, which confirms the idea that common sense relates treatment to medication, and not to change habits, either for lack knowledge or low socioeconomic status.

Key Words: Gouty Arthritis, Gout, Tophaceous Gout.

INTRODUÇÃO

Artrite gotosa é um tipo de artropatia inflamatória desencadeada pelo depósito de cristais de urato monossódico nas articulações e nos tecidos periarticulares^{1,2}. É uma doença que possui maior incidência no sexo masculino, sendo a principal causa de artropatia inflamatória³. O

ácido úrico é o produto final do metabolismo das purinas, que são bases nitrogenadas constituintes dos ácidos nucléicos DNA e RNA⁴.

Desta forma, alimentos com grandes quantidades de proteínas e ácidos nucléicos podem contribuir com o incremento da uricemia⁴. Devido ao fato de a artrite gotosa não ter cura, os tratamentos disponíveis para essa condição visam diminuir os níveis de ácido úrico no sangue e a inflamação, amenizando os sintomas⁵.

A adesão ao tratamento dos pacientes com artrite gotosa vai além do tratamento farmacológico, ela abrange também o comprometimento com as recomendações dadas pelo médico no que diz respeito aos hábitos de vida e dieta^{6,7}.

O conceito de adesão ao tratamento se dá pela junção de fatores terapêuticos e educativos relacionados aos doentes, envolvendo o reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, adaptação ativa a estas condições, o cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado⁸.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi conhecer o nível de adesão ao tratamento em pacientes com artrite gotosa e seus hábitos de vida.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo do tipo descritivo com uma abordagem qualitativa. Esse estudo consistiu na investigação de campo cuja principal finalidade foi delinear ou realizar uma análise das características de fatos ou fenômenos, isolamento de variáveis principais ou chave. O cenário selecionado foi um Hospital Geral, localizado no bairro Parque Residencial Laranjeiras no município da Serra, ES e administrado pelo governo do estado do Espírito Santo.

A população alvo foi composta por indivíduos portadores de artrite gotosa atendidos no Hospital. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Brasileira – Multivix foi dado início com a seleção dos participantes pelo médico ortopedista do ambulatório e que consentiram de forma livre e esclarecida em participar da pesquisa.

Foram realizadas seis entrevistas, que se encerraram a partir da saturação dos dados. Tais dados compuseram o banco de dados do Microsoft Excel®, versão 2010, a partir do qual foram elaboradas tabelas para caracterizar a população e os hábitos de vida. Para as questões abertas, foi utilizado o método de análise de conteúdo, construindo categorias que foram discutidas à luz da literatura pesquisada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes entrevistados, em sua totalidade, são do sexo masculino e de meia idade ou idosos (Tabela 1).

De acordo com Sarmiento et al (2009)⁹ e Castelar (2008)³, há prevalência deste gênero e destas faixas etárias no acometimento da gota. Com relação ao peso, Castelar (2008)³

demonstrou que a obesidade é uma comorbidade comum à gota, e na pesquisa foi observado que a maioria se encontra em sobrepeso ou obeso.

De acordo com Robinset al (2000)¹⁰ essa doença apresenta caráter hereditário, o que é comprovado pela alta prevalência de familiares que também possuem gota dentre os entrevistados.

Tabela 1 – Perfil dos portadores de artrite gotosa atendidos no Hospital Geral, Serra, ES, 2013.

| Variáveis | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 0 | 0% |
| Masculino | 6 | 100% |
| Idade | | |
| 20-30 anos | 0 | 0% |
| 31-40 anos | 0 | 0% |
| 41-50 anos | 4 | 66,67% |
| 61-70 anos | 2 | 33,33% |
| 81-90 anos | 0 | 0% |
| Peso | | |
| <50 kg | 0 | 0% |
| 50-60 kg | 0 | 0% |
| 61-70 kg | 0 | 0% |
| 71-80 kg | 2 | 33,33% |
| 81-90 kg | 2 | 33,33% |
| 91-100 kg | 1 | 16,67% |
| 101-110 kg | 1 | 16,67% |
| >110 kg | 0 | 0% |
| História Familiar | | |
| Sim | 4 | 66,67% |
| Não | 2 | 33,33% |

Tabela 2 – Hábitos de vida do paciente com artrite gotosa atendidos no Hospital Geral, Serra, ES, 2013.

| Variáveis | Valor Absoluto | Valor relativo |
|--|----------------|----------------|
| Consultas Regularmente | | |
| Sim | 3 | 50% |
| Não | 3 | 50% |
| Bebidas Alcoólicas | | |
| Diariamente | 0 | 0% |
| Semanalmente | 4 | 66,67% |
| Eventualmente | 1 | 16,67% |
| Nunca | 1 | 16,67% |
| Carne Vermelha | | |
| Diariamente | 3 | 50% |
| Semanalmente | 3 | 50% |
| Eventualmente | 0 | 0% |
| Nunca | 0 | 0% |
| Doces e refrigerantes Diariamente | | |
| Sim | 1 | 16,67% |
| Não | 5 | 83,33% |

Cruz (2006)¹¹, Castelar (2008)³ e Rafael (2011)¹² demonstraram em seus artigos a relação entre o consumo de álcool e carne vermelha com o aumento da uricemia e de crises agudas de gota. Essa afirmação vem ao encontro com os dados obtidos durante as entrevistas, os quais revelaram que todos os entrevistados consomem álcool e carnes vermelhas frequentemente, com exceção de um, que relata abster-se de bebidas alcoólicas.

Além destes, outros componentes da dieta, como alimentos contendo frutose, contribuem para o aumento da produção de ácido úrico, como descrito no artigo de Crespo (2005)¹³.]Entretanto, apenas um dos entrevistados tem o hábito de consumir doces e refrigerantes diariamente. Contudo, permanece sendo um fator contribuinte para o aumento das crises.

Com relação à presença regular às consultas, Gusmão (2006)⁶ e Kurita (2003)⁷ descrevem que é necessário que o paciente se comprometa com o tratamento para prevenir crises de artrite, todavia, apenas metade dos participantes da pesquisa afirma frequentar as consultas regularmente, pois só procuram auxílio médico quando têm crises.

Para análise das questões abertas foi utilizado o método de análise de conteúdo, com leitura ampla das falas dos pacientes e construídas as seguintes categorias de análise:

Categoria: Conhecimento sobre a gota.

“Cristais que se formam nas articulações com inflamação (pac.1).”

Segundo Jiovanna (2012)⁴, a artrite gotosa resulta de uma disfunção metabólica em que uma quantidade alta de ácido úrico se acumula no sangue e cristais de urato de sódio são depositados nas articulações sinoviais. Analisando o relato dos participantes, como o observado acima, verifica-se que a maioria tem conhecimento razoável sobre a doença, visto que são leigos no assunto.

Categoria: *Motivos da adesão ou não ao tratamento.*

“Pois só deu crise uma vez e melhorou com uso de remédio (pac.2).”

A maioria dos entrevistados (66,67%) relatou permanecer em tratamento, sendo que há dois que não o fazem, pois, como retratado acima, tiveram apenas um episódio de artrite. Entretanto, 66,67% dos participantes alegam ingerir bebidas alcoólicas semanalmente, e 50% diz consumir carne vermelha diariamente, o que revela uma disparidade entre o entendimento dos pacientes sobre o significado de adesão ao tratamento e a realidade, posto que, de acordo Gusmão (2006)⁶ e Kurita (2003)⁷, este inclui não só o uso de fármacos específicos, mas também o controle da dieta e a mudança de hábitos de vida.

Segundo Cruz (2006)¹⁰, os pacientes que possuem gota não apresentam uma dieta definida, porém, são aconselhados a diminuir o consumo de carnes, frutos do mar e bebidas alcoólicas, alimentos estes que contribuem para a elevação da uricemia, podendo desencadear as crises de gota.

Todos os participantes da pesquisa relatam que usam os medicamentos de acordo com a prescrição médica. Com exceção de um, todos os pacientes consideram o tratamento eficiente.

Categoria: *Sentimento em relação à doença.*

“Atrapalha muito na execução de tarefas simples, muita dor e a imprevisibilidade do futuro da doença (pac.3).”

Alguns dos entrevistados relatam incômodo devido à dificuldade de mobilidade e dores nas articulações, como descrito acima, e outros se incomodam com a doença apenas durante as crises agudas de artrite.

Rafael et al (2011)¹² retratou em seu artigo que na artrite gotosa aguda, a dor aparece como um ataque artrítico fulminante de gravidade incapacitante, com predominância nos membros inferiores apresentando também eritema, calor e acentuada sensibilidade dolorosa (os cristais de urato de sódio são delgados e pontiagudos). Já a gota tofácea ocorre na fase crônica como consequência da incapacidade de eliminar o urato tão rapidamente quanto ele é produzido. Embora os tofos formados não sejam muito dolorosos, geralmente uma rigidez e dor persistente limitam o uso das articulações afetadas, podendo chegar à extensa destruição das articulações, e, até mesmo a deformidades grotescas e incapacidade progressiva, causando uma limitação funcional, como relatado pelo entrevistado.

CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que a artrite gotosa é uma doença que tem alta incidência entre a população masculina de maior idade, e que o histórico familiar é de valor significativo para o desenvolvimento da doença. Os entrevistados, de uma maneira geral, apresentaram um conhecimento razoável sobre a gota em sua origem, mas não em relação ao seu tratamento e a importância de segui-lo de acordo com as recomendações médicas. Apesar de ser uma doença que causa dificuldade funcional e até deformidades, em alguns pacientes a gota apresenta-se apenas como alguns episódios de crise sem maiores complicações.

Pode-se observar que os pacientes que sofriam dessas crises esporádicas só se incomodaram com a doença durante as mesmas. Entretanto, outros relataram dores permanentes e severas dificuldades de mobilidade, o que revela que o incômodo está diretamente ligado com a gravidade da doença.

Em relação aos hábitos de vida, os participantes mostraram pouca ou nenhuma mudança de comportamento para reduzir a uricemia e evitar as crises, o que ratifica a ideia de que o senso comum relaciona tratamento à medicação, e não à mudança de hábitos, seja por falta de conhecimento ou situação socioeconômica precária.

Não se deve desconsiderar a fragilidade do Sistema Público de Saúde, em relação aos agendamentos das consultas, quanto à acessibilidade dos medicamentos gratuitos, que nem sempre estão disponíveis para a população negligenciada.

REFERÊNCIAS

1. PONCE, L. et al. The effect of montelukast in a model of arthritis induced by crystals gouty monourate sodium. *Invest. Clín.*, Maracaibo, v.52, n.1, 15-22, 2011.
2. GÓMEZ-PUERTA, J.A. Gota: nuevos conceptos patogénicos y nuevos agentes terapéuticos. *Rev. Colomb.Reumatol. Bogota.*v.18, n.3, 163-174, 2011.
3. CASTELAR, P.G.R. Revendo a orientação dietética na gota. *Rev. Bras. Reumatol. Campinas.* v.48, n.3, 157-161, 2008.
4. CONTRERAS, R.J. Errores innatos del metabolismo de las purinas y otras enfermedades relacionadas. *Rev Cubana Pediatr. La Habana.* v.84, n.2, 197-200, 2012.
5. RESTREPO, J.P; PASCUAL, E. Gota en el anciano. *Rev. Colomb.Reumatol. Bogota.* v.15, n.1, 55-58, 2008.
6. GUSMÃO, J.L.; JUNIOR, D.M. Adesão ao tratamento-conceitos. *Ver Bras Hipertens.* Rio de Janeiro. vol.13, n.1, 23-25, 2006.
7. KURITA G.P.; PIMENTA, C.A.M. Adesão ao tratamento da dor crônica. Estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr.* v.61, n.2-B, 416-425, 2003.

8. SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.
9. SARMENTOJ.F. et al. Artrite da gota tofácea crônica mimetizando artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol. Campinas.* v.49, n.6, 2009.
10. ROBBINS, S.L.; COTRAN, R.S. *Patologia estrutural e funcional*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2000. p.1121-1124.
11. CRUZ, B.A. Gota. *Rev. Bras. Reumatol. Campinas.*v.46, n.6, 419-422, 2006.
12. PILA, P.R. Gota tofácea y lesiones cutáneas: presentación de un caso. *AMC.* v.15, n.4, 733-743, 2011.
13. CRESPO, B.R; BOSSOLAN, G; TRINDADE, C.E.P. Frutose em humanos: efeitos metabólicos, utilização clínica e erros inatos associados. *Rev. Nutr.*v.18, n.3, 377-389, 2005.

ANÁLISE DE POLIFARMÁCIA EM PACIENTES IDOSOS DO BAIRRO REPÚBLICA, VITÓRIA, BRASIL

Kessilyn Dourado Storch¹; Laêmecy Emanuelle Gonçalves Martins¹; Lorryne Zonatele Garbo¹; Luana Pelicioni Rangel¹; Rafaela de Lacerda Trajano Pinel¹; Rodolfo Nicolau Soares¹; Tânia Mara Machado²

1 - Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

2 - Docente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX, Vitória, Espírito Santo, Brasil

RESUMO

A população idosa brasileira vem crescendo muito rapidamente e, nessa faixa etária há elevada predominância de doenças crônico-degenerativas. Isso implica em um uso abusivo de medicamentos. A polifarmácia, isto é, o uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente bem como a utilização de um fármaco para corrigir o efeito adverso, predispõe à ocorrência de interações medicamentosas que é maior quanto maior for o número, a quantidade e o tempo de utilização dos fármacos. Com base nessas informações, foi realizado um estudo descritivo com 60 idosos com o objetivo principal de analisar o consumo de medicamentos por essa população na faixa etária de 60 a 80 anos cadastrada na Unidade de Saúde Bairro República em Vitória, Espírito Santo. Observou-se aumento significativo de medicamentos a cada faixa etária as doenças que mais se destacaram foram as cardiovasculares e a maioria dos fármacos utilizados era para o tratamento das mesmas. Notou-se, ainda, que na maioria das prescrições havia medicamentos que possuem funções opostas ou interação entre si, potencializando ou diminuindo seus efeitos. É necessário que haja um acompanhamento desses pacientes não só quanto às doenças por eles apresentadas, como também quanto os medicamentos utilizados, para que essas interações medicamentosas sejam evitadas, assim como as reações adversas sejam diminuídas.

Palavras chave: Idosos; polifarmácia; medicamentos.

ABSTRACT

The Brazilian elderly population is increasing fast and, in this age group, there is high prevalence of chronic degenerative diseases. This will lead to an abusive use of medications. The polypharmacy, which is, the use of 5 or more drugs simultaneously, and the use of a drug to correct an adverse reaction, may lead to drug interactions, that is higher the higher the amount and the time that the patient has been using a drug, the higher is the risk of drug interactions. Based on this information, a descriptive study with 60 elderly people was conducted with the objective of analyzing the use of medications within this age group between 60 and 80 registered in the Basic Healthcare Unit of Bairro República in Vitoria, Espirito Santo. It was observed significant medication increase in each age group. The diseases that stood out were cardiovascular diseases and the most part of the used drugs were for treatment of this kind of disorder. It was further noticed that in the most part of prescriptions, there were drugs with opposite roles or that interacted between them, enhancing or decreasing its effects. It's necessary to follow these patients not only because of the diseases that they present, but also because of the medications used, so the drug interactions may be avoid, as well as decrease the adverse reactions.

Key words: Elderly; polypharmacy, drugs.

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira vem crescendo muito rapidamente. Em 2011, o número de idosos atingiu 23,5 milhões de pessoas, mais que o dobro registrado em 1991. Esse crescimento de forma rápida também é visto comparando-se os dados de 2009 para 2011, quando houve um

aumento de 7,6% da população idosa¹. Esse envelhecimento leva a um aumento por demanda diferenciada de serviços de saúde e de cuidado².

Os fatores como maior prevalência das doenças crônico-degenerativas, mudanças demográficas, desigualdade social, envelhecimento e consumo de fármacos, aumentam a incidência dos problemas relacionados aos medicamentos. Tal fato tem contribuído para que a população fique vulnerável aos vários problemas de saúde elevando os custos dos sistemas de atenção sanitária³.

A polifarmácia pode levar ao aumento do uso de medicamentos inadequados, induzindo à baixa utilização de medicamentos essenciais para o adequado controle de condições prevalentes nos idosos. No Brasil, a prevalência do uso de medicamentos nesses pacientes é elevada, com valores entre 60% e 91%, sendo que a média de produtos varia entre dois e quatro medicamentos dependendo da metodologia utilizada. Estima-se que 40% a 75% dos idosos não cumprem adequadamente os regimes terapêuticos rotineiros. Isso se deve a diferentes fatores: déficit cognitivo e diminuição da compreensão das instruções, falta de comunicação, aumento das limitações físicas e a complexidade do regime terapêutico².

O número de idosos no estado do Espírito Santo também vem se elevando, elevando-se de 76685 para 186186 idosos em 25 anos⁴. Consequentemente, a quantidade de medicamentos consumidos por essa população eleva-se proporcionalmente. Essa relação intensa que ocorre entre os idosos e a polifarmácia (termo usado para se referir a uma grande quantidade de fármacos usados por uma pessoa), caso não seja acompanhada de uma maneira correta por profissionais de saúde, familiares e até mesmo pelo próprio paciente, pode levar a consequências graves como agravamento do estado de saúde, surgimento de novas complicações e até mesmo o óbito³.

Sendo assim, este estudo objetivou analisar o consumo de medicamentos pela população na faixa etária de 60 a 80 anos cadastrada em uma Unidade de Saúde do município de Vitória.

Material e Método

Estudo descritivo, quantitativo realizado com pacientes idosos moradores do Bairro República, localizado no município de Vitória, Espírito Santo, durante o ano de 2013. Para inclusão na pesquisa, foi definido que o paciente deveria ter entre 60 a 80 anos de idade e estar cadastrado em uma Unidade de Saúde do Bairro República. Os parâmetros para o tamanho do cálculo da amostra foram: prevalência estimada máxima (50%), erro amostral de 5,0 pontos percentuais e nível de 95% de confiança. Foram selecionados 99 (noventa e nove) pacientes.

Após aprovação do Comitê de ética em Pesquisa, sob o número 36/13, os pesquisadores foram à UBS para avaliar os prontuários de cada um dos 90 pacientes selecionados, com o objetivo de identificar a quantidade de medicamentos, os medicamentos em uso, a frequência de uso e a data de prescrição para cada paciente.

Durante a realização do estudo foram analisadas as variáveis idade, sexo, principais medicamentos em uso, o número de medicamentos, os mais utilizados, bem como a frequência de uso.

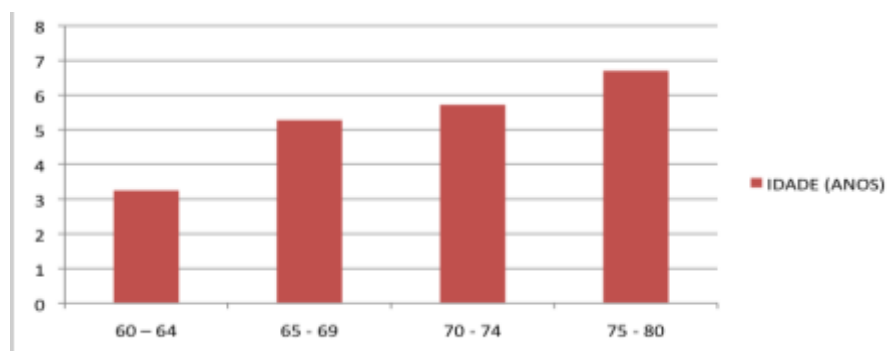
Os dados obtidos na pesquisa foram armazenados na planilha eletrônica da Microsoft Excel versão 2007 e elaborados gráficos e tabelas com cálculos percentuais relacionados à faixa etária, sexo, classe e número de medicamentos.

RESULTADOS

Ao início do estudo foram selecionados 99 pacientes idosos da US de Bairro República. Entretanto, 39 destes não faziam uso de medicamentos no momento da pesquisa, sendo descartados da amostra final. Os 60 pacientes restantes consumiram um total de 342 medicamentos, constituindo uma média de 5,7 medicamentos por pessoa. Trata-se de um valor acima da média considerada para caracterizar o consumo medicamentoso como polifarmácia. A análise por faixa etária evidencia que a média de medicamentos/pessoa aumenta gradualmente ao longo das faixas etárias analisadas, para valores característicos da polifarmácia, evidenciando que a população idosa aumenta o uso de medicamentos com a chegada da idade mais avançada, como mostrado no Gráfico 1.

Observa-se que a faixa etária entre 75 e 80 anos é a que mais consome medicamentos, tendo como média 6,70 medicamentos por pessoa. Os idosos entre 60 e 64 anos consomem uma quantidade bem menor de medicamentos, estando abaixo da média de classificação para polifarmácia. Tais resultados revelam que com o passar dos anos, a saúde do idoso necessita de maiores intervenções medicamentosas, porém, vale ressaltar que, no uso de medicamentos em excesso deve-se avaliar risco e benefício. Os mesmos medicamentos que podem prolongar a vida do idoso podem diminuir sua qualidade de vida. Deve-se avaliar não só o seu consumo, mas, também, a irracionalidade de seu uso.

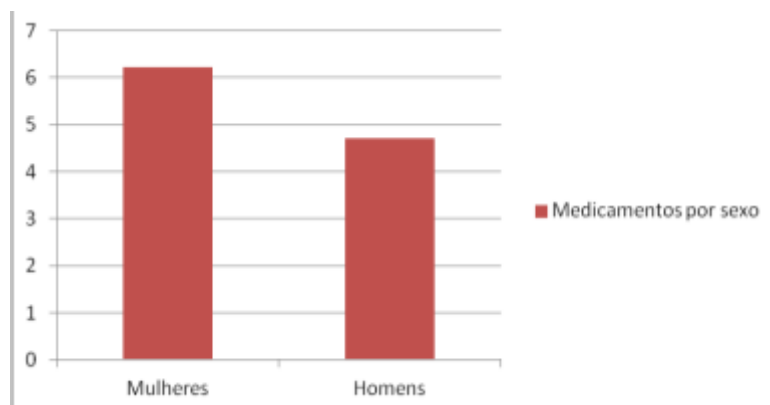
Gráfico 1. Média de Medicamentos utilizados pelos idosos da US do Bairro República segundo faixa etária. Vitória- ES- 2013.



Fonte: Do autor.

Comparando-se os dados por sexo, nota-se que há um predomínio de consumo de medicamentos no sexo feminino, como demonstrado no gráfico 2. Dos 60 idosos analisados, 65% eram mulheres e 35% eram homens. Em relação às mulheres, foi encontrada uma média de 6,23 medicamentos por cada uma, enquanto nos homens essa média foi de 4,71.

Gráfico 2. Média de medicamentos utilizados pelos idosos da US do Bairro República segundo sexo. Vitória-ES- 2013.



Fonte: Do autor.

A tabela 1 apresenta as frequências absolutas e percentuais das variáveis do perfil da amostra inicial (N=99). Destaca-se que 68,7% da amostra eram do sexo feminino e 32,3% da faixa etária de 60 a 64 anos. A média de idade foi de 68,73 anos com desvio padrão de 5,964 anos. A mediana de idade foi de 67 anos.

Tabela 1. Frequência absoluta e percentual das variáveis do perfil da amostra.

| Variável | Categoria | N | % |
|---------------------|--------------|----|-------|
| Sexo | Masculino | 31 | 31,3% |
| | Feminino | 68 | 68,7% |
| Faixa etária | 60 a 64 anos | 32 | 32,3% |
| | 65 a 69 anos | 23 | 23,2% |
| | 70 a 74 anos | 20 | 20,2% |
| | 75 a 80 anos | 24 | 24,2% |

Fonte: Do autor.

A tabela 2 apresenta as frequências absolutas e percentuais da quantidade de medicamentos usados pela amostra. Destaca-se que a partir dessa fase do estudo foram descartados os pacientes que não faziam uso de medicamentos (N=39). Dos 60 pacientes que se tem informação, 33,3% utilizam de 0 a 4 medicamentos e 66,7% de 5 a 11 medicamentos.

Tabela 2. Frequência absoluta e percentual da quantidade de medicamentos usados.

| Quantidade de medicamentos | | | |
|-----------------------------------|----------|----------|-----------------|
| | N | % | % Válida |
| 0 a 4 medicamentos | 20 | 20,2 | 33,3% |
| 5 a 11 medicamentos | 40 | 40,4 | 66,7% |
| Sem informação | 39 | 39,4 | |

Fonte: Do autor.

A tabela 3 apresenta a frequência absoluta da classe dos medicamentos. Destaca-se que as classes mais usadas são o anti-hipertensivo que é o mais consumido entre os idosos, aparecendo 92 vezes, seguido dos diuréticos tiazídicos, das estatinas, do anti-inflamatório e do antidiabético.

Tabela 3. Frequência absoluta da classe dos medicamentos.

| Frequências medicamentos | N |
|--|----------|
| anti-hipertensivo | 92 |
| diuréticos tiazídicos | 36 |
| estatinas | 34 |
| anti-inflamatório | 32 |
| antidiabético | 30 |
| antiulceroso | 21 |
| antidepressivo | 9 |
| suplemento de cálcio | 9 |
| analgésico | 9 |
| hormônio tireoidiano | 8 |
| diurético | 6 |
| antigotoso | 4 |
| benzodiazepínico | 4 |
| antiarrítmico | 3 |
| opióide | 3 |
| anvaricoso | 3 |
| antiemético | 3 |
| antioxidante | 3 |
| hipoglicemiante | 3 |
| anti-histaminico | 3 |
| broncodilatador | 3 |
| antibiótico | 2 |
| antiagreganteplaquetário | 2 |
| tratamento de Alzheimer | 2 |
| beta-bloqueadores | 2 |
| vitamina hidrossolúvel | 1 |
| farmacocorticosteroide | 1 |
| asiolítico, anticonvulsivante, relaxante muscular e sedativo | 1 |
| antiepiléptico | 1 |
| tratamento de colesterol elevado | 1 |
| antiparkinsoniano | 1 |
| antiflatulento | 1 |
| ansiolítico | 1 |

| | |
|---|---|
| vasodilatador venoso e coronariano | 1 |
| corticoides | 1 |
| reductor de colesterol e triglicérideos | 1 |
| isotônico | 1 |
| antianemico | 1 |
| antiespasmódico, analgésico e antitérmico | 1 |

Fonte: Do autor.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos medicamentos segundo classe e faixa etária. Destaca-se que entre os idosos de 60 a 64 anos as classes dos medicamentos mais usados são os anti-hipertensivos, seguidos dos antidiabéticos, diuréticos tiazídicos e estatinas. Entre os idosos de 65 a 69 anos, os medicamentos mais usados pertencem à classe dos anti-hipertensivos, seguidos dos diuréticos tiazídicos e anti-inflamatórios. Entre os idosos de 70 a 74 anos, as classes dos medicamentos mais usados são os anti-hipertensivos, seguidos pelas estatinas e anti-inflamatórios. Entre os idosos de 75 a 80 anos os medicamentos mais usados pertencem a classe dos anti-hipertensivos, seguidos de diuréticos tiazídicos, estatinas e anti-inflamatórios.

Tabela 4. Distribuição dos medicamentos segundo classe e faixa etária.

| | Faixa etária | | | | Total |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 60 a 64 anos | 65 a 69 anos | 70 a 74 anos | 75 a 80 anos | |
| anti-inflamatório | 9 | 7 | 7 | 9 | 32 |
| anti-hipertensivo | 28 | 23 | 16 | 25 | 92 |
| vitamina hidrossolúvel | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| antigotoso | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| antiarrítmico | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| antidepressivo | 4 | 1 | 1 | 3 | 9 |
| antibiótico | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| farmacocorticosteroide | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| suplemento de cálcio | 1 | 4 | 2 | 2 | 9 |
| antiagreganteplaquetário | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| benzodiazepínico | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| opióide | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| asiolítico, anticonvulsivante, relaxante muscular e sedativo | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| anvaricoso | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| antiemético | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| tratamento de Alzheimer | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| diurético | 2 | 1 | 3 | 0 | 6 |
| antiepiléptico | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| tratamento de colesterol elevado | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| antioxidante | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| tratamento do diabetes mellitus gestacional | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| antidiabético | 13 | 5 | 6 | 6 | 30 |

| | | | | | |
|---|----|---|---|----|----|
| diuréticos tiazídicos | 12 | 9 | 5 | 10 | 36 |
| hipoglicemiante | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| antiparkinsoniano | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| hormônio tireoidiano | 0 | 5 | 2 | 1 | 8 |
| anti-histaminico | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| antiflatulento | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| beta-bloqueadores | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| ansiolítico | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| vasodilatador venoso e coronariano | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| antiulceroso | 8 | 3 | 6 | 4 | 21 |
| analgésico | 2 | 1 | 3 | 3 | 9 |
| corticoides | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| reductor de colesterol e triglicerídeos | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| isotônico | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| broncodilatador | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| estatinas | 12 | 4 | 8 | 10 | 34 |
| antianemico | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| antiespasmódico, analgésico e antitérmico | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Fonte: Do autor.

A tabela 5 apresenta a distribuição dos medicamentos segundo classes e sexo. Destaca-se que as mulheres tomam mais medicamentos do que os homens. A classe dos medicamentos mais usada tanto entre homens quanto entre mulheres é o anti-hipertensivo.

Tabela 5. Distribuição dos medicamentos segundo classe e sexo.

| | Sexo | | Total |
|---|----------|-----------|-------|
| | Feminino | Masculino | |
| anti-inflamatório | 21 | 11 | 32 |
| anti-hipertensivo | 60 | 32 | 92 |
| vitamina hidrossolúvel | 1 | 0 | 1 |
| antigotoso | 1 | 3 | 4 |
| antiarrítmico | 1 | 2 | 3 |
| antidepressivo | 8 | 1 | 9 |
| antibiótico | 1 | 1 | 2 |
| farmacocorticosteroide | 0 | 1 | 1 |
| suplemento de cálcio | 9 | 0 | 9 |
| antiagreganteplaquetário | 2 | 0 | 2 |
| benzodiazepínico | 4 | 0 | 4 |
| opióide | 2 | 1 | 3 |
| ansiolítico, anticonvulsivante, relaxante muscular e sedativo | 1 | 0 | 1 |
| anvaricoso | 3 | 0 | 3 |
| antiemético | 3 | 0 | 3 |
| tratamento de Alzheimer | 2 | 0 | 2 |
| diurético | 2 | 4 | 6 |
| antiepiléptico | 1 | 0 | 1 |
| tratamento de colesterol elevado | 1 | 0 | 1 |
| antioxidante | 3 | 0 | 3 |

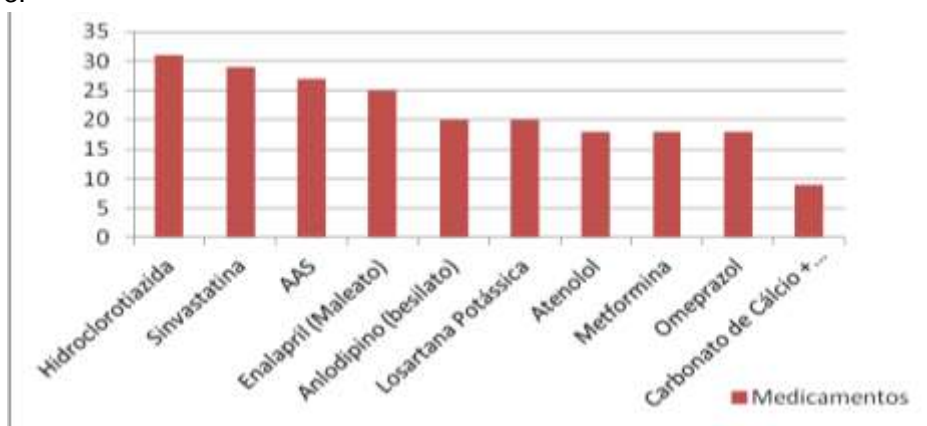
| | | | |
|---|----|----|----|
| tratamento do diabetes mellitus gestacional | 2 | 1 | 3 |
| antidiabético | 20 | 10 | 30 |
| diuréticos tiazídicos | 26 | 10 | 36 |
| hipoglicemiante | 2 | 1 | 3 |
| antiparkinsoniano | 0 | 1 | 1 |
| hormônio tireoidiano | 6 | 2 | 8 |
| anti-histaminico | 3 | 0 | 3 |
| antiflatulento | 1 | 0 | 1 |
| beta-bloqueadores | 1 | 1 | 2 |
| ansiolítico | 1 | 0 | 1 |
| vasodilatador venoso e coronariano | 1 | 0 | 1 |
| antiulceroso | 17 | 4 | 21 |
| analgésico | 7 | 2 | 9 |
| corticoides | 1 | 0 | 1 |
| reductor de colesterol e triglicérideos | 1 | 0 | 1 |
| isotônico | 1 | 0 | 1 |
| broncodilatador | 2 | 1 | 3 |
| estatinas | 24 | 10 | 34 |
| antianemico | 1 | 0 | 1 |
| antiespasmódico, analgésico e antitérmico | 1 | 0 | 1 |

Fonte: Do autor.

Com relação aos medicamentos consumidos, foram selecionados os mais utilizados, indicando um padrão clássico de comorbidades que mais afetam a pessoa idosa.

Esses fármacos, apresentados no gráfico 3, pertencem a determinadas classes medicamentosas, por meio das quais pode-se avaliar os tipos de comorbidades mais frequentes no estudo em questão.

Gráfico 3. Distribuição dos dez medicamentos mais encontrados nos prontuários dos pacientes idosos, Vitória, 2013.



Fonte: Do autor.

O Hidroclorotiazida aparece como o medicamento mais utilizado entre o total de 60 pacientes, sendo que 51,66 % destes fazem uso do mesmo. Ele pertence à classe dos diuréticos tiazídicos, usado na hipertensão arterial, indicando que a provável comorbidade que mais afeta os pacientes seria a hipertensão⁵. É seguido pela Sinvastatina, utilizada por 29 dos 60 pacientes 48,33%, que é um medicamento indicado para pacientes sob alto risco de doença coronariana ou que já apresente a mesma⁶. Pode-se evidenciar a partir de tal fato que as alterações fisiológicas associadas ao sistema cardiovascular têm sido as mais relevantes no grupo analisado.

O AAS também tem sido utilizado por uma quantidade significativa de pessoas, 45% dos pacientes. Esse medicamento pertence à classe dos anti-inflamatórios não esteróides (AINES), mas também possui efeitos analgésico e antipirético. Seu uso pode estar associado a muitas comorbidades como doenças inflamatórias ou até mesmo em distúrbios hemodinâmicos, indicando assim uma possível associação de seu uso com doenças inflamatórias crônicas e vasculares⁷.

O Losartana Potássica, o Anlodipino e o Atenolol são anti-hipertensivos, sendo o Anlodipino também indicado para o tratamento de isquemia miocárdica e o Atenolol no controle de angina, arritmias cardíacas e no tratamento de infarto recente do miocárdio. Os dois primeiros são utilizados por 33,33% dos pacientes analisados e o último por 30%. Tal fato elucida a prevalência do uso de medicamentos recomendados para alterações do sistema vascular e a relevância das comorbidades associadas a esse sistema nesse grupo de pacientes^{8,9,10}.

A Metformina pertence à classe dos antidiabéticos. Atua como adjuvante da dieta do controle de diabetes insulino dependente (tipo II) quando o regime alimentar sozinho não permite a normalização do peso e/ou glicemia. É também indicado para complementar a insulino terapia em diabetes insulino resistentes, sendo utilizado por 30% dos pacientes¹¹.

O Omeprazol é um medicamento antiulceroso. É indicado também para o tratamento de esofagite de refluxo e pacientes refratários a outros medicamentos, comportando 30 % dos pacientes analisados¹².

Por fim temos o Carbonato de Cálcio, o qual está presente no dia- a- dia de 15% dos pacientes, sendo utilizado no tratamento e prevenção da deficiência desse mineral no organismo, ou até mesmo para sua suplementação. Pode ser aplicado individualmente ou em associação com a vitamina D. Portanto está associado à comorbidades como osteoporose, hiperparatireoidismo e até mesmo no controle da hiperfosfatemia em pacientes com insuficiência renal avançada¹³.

DISCUSSÃO

Apesar das limitações deste estudo, os resultados evidenciam a ocorrência de polifarmácia na amostra de pacientes avaliados. Estes resultados não podem ser generalizados a todos os pacientes, visto que, entre 60 e 64 anos o consumo medicamentoso esteve abaixo do valor considerado para polifarmácia. Os resultados deixam claro que, com relação a faixa etária, a média de medicamentos/pessoa aumenta gradualmente. Tal fato traduz que, com o passar da idade, mais comorbidades estão presentes no indivíduo e por isso, o uso de medicamentos

está em maior número. As frequências absolutas e percentuais das variáveis do perfil da amostra mostram uma predominância do sexo feminino na amostra analisada.

De acordo com as tabelas apresentadas neste estudo, pode-se elucidar a prática da polifarmácia na população estudada. A tabela 2 mostra que dos 60 pacientes que souberam informar o número total de medicamentos em uso, a maioria (66,7%) faz uso de 5 a 11 medicamentos. Já a tabela 3 apresenta a frequência absoluta de acordo com a classe dos medicamentos. Assim, observa-se que os medicamentos mais usados na população idosa, deste estudo, são os pertencentes principalmente à classe dos anti-hipertensivos (N= 92), diuréticos tiazídicos (N= 36) e estatinas (N=34).

A tabela 4 refere-se à distribuição dos medicamentos de acordo com a faixa etária dos pacientes. Entre os idosos de 60 a 64 anos as classes medicamentosas mais usadas foram as dos anti-hipertensivos, antidiabéticos, diuréticos tiazídicos e estatina. Nos idosos de 65 a 69 anos, os medicamentos mais usados foram os das classes dos anti-hipertensivos, diuréticos tiazídicos e os anti-inflamatórios. Nos idosos de 70 a 74 anos, as classes que prevaleceram foram as dos anti-hipertensivos, estatinas e anti-inflamatórios.

Por fim, nos idosos de 75 a 80 anos os medicamentos mais usados foram os pertencentes a classe dos anti-hipertensivos, diuréticos tiazídicos, estatinas e anti-inflamatórios. Assim, pode-se observar que, independente da distribuição dos medicamentos de acordo com a faixa etária, os medicamentos pertencentes às classes dos anti-hipertensivos foram os únicos a serem usados em todas as faixas etárias.

A tabela 5 faz referência às classes medicamentosas mais utilizadas e as relaciona com o gênero. Pode-se perceber, como citado acima, que há uma predominância dos fármacos anti-hipertensivos; e esta se dá em ambos os sexos. Observa-se que a grande maioria das classes medicamentosas utilizadas está em número maior do sexo feminino que no masculino, com algumas exceções como o antigotoso, antiarrítmico, farmacocorticosteroide, diurético e o antiparkinsoniano. Porém, há uma maior prevalência do sexo feminino em relação ao masculino no que diz respeito à quantidade de fármacos utilizados. Isso se dá, pois as mulheres mais comumente tendem a se automedicar e procuram com mais frequência os serviços de saúde.

O gráfico 3 representa os dez fármacos mais utilizados pelos idosos, o que pode predizer quais as comorbidades mais prevalentes entre eles. A hidroclorotiazida e a sinvastatina alcançam as posições mais elevadas, demonstrando que as comorbidades mais comuns são as que atingem o aparelho cardiovascular. Há uma grande prevalência dos fármacos utilizados para este fim, seguidos pelos que tratam distúrbios hemodinâmicos e inflamatórios como o AAS (AINEs), os antidiabéticos e antiulcerosos. Por fim, uma pequena prevalência, dentre os medicamentos citados nesse gráfico, do uso do carbonato de Cálcio para prevenção de distúrbios ósseos, muito comuns entre os pacientes idosos.

Os dez medicamentos mais consumidos pelos idosos analisados foram avaliados com relação a interação medicamentosa que poderiam provocar entre si. Além disso, foi feita uma breve análise a respeito de interações ou reações adversas desses medicamentos com outros que não estão entre os principais medicamentos consumidos pela amostra analisada.

O Hidroclorotiazida pode estar ou não associado ao uso de outros fármacos anti-hipertensivos, sendo também utilizado no tratamento dos edemas associados com insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática. Ele pode aumentar ou potencializar a ação de outros anti-hipertensivos, e também, interferir sobre as necessidades de insulina nos pacientes diabéticos, reduzindo o efeito de hipoglicemiantes orais. Assim, esse medicamento pode promover aumento da glicemia, podendo interagir com a Metformina. Esta deve ter seu uso em idosos acima de 65 anos acompanhado por médicos, pois provoca diversos efeitos colaterais e, além disso, interferem na absorção de vários medicamentos que possam ser usados pelo paciente, não necessariamente os relacionados neste trabalho¹⁴.

A Sinvastatina tem efeitos que consistem em reduzir os níveis de LDL - colesterol e de triglicérides, além de aumentar os níveis de HDL no sangue. É administrada em dose única à noite. Suas principais interações medicamentosas ocorrem ciclosporina, eritromicina, amiodarona, verapamil ou diltiazem. Com relação a esse fármaco, não foram encontradas evidências de interação relacionadas aos outros nove medicamentos mais consumidos pelas faixas etárias analisadas¹⁴.

O ácido acetilsalicílico (AAS) e Omeprazol, apesar de não interagirem, possuem efeitos contrários. O AAS apresenta ação analgésica, antipirética e antiinflamatória, mas também inibe a agregação plaquetária. Deve ser ingerido de preferência após as refeições. Em pacientes idosos, devido deterioração da função renal e gástrica, deve-se realizar um acompanhamento clínico mais cuidadoso, a fim de evitar os efeitos adversos de maior gravidade. Como inibidor da ciclooxigenase (COX), favorece o aparecimento de gastrite, enquanto o Omeprazol é usado para tratá-la¹⁴.

Cabe salientar que, é imprescindível saber a dosagem de consumo do AAS para saber a intensidade de seus efeitos: 100 mg/dia é a dosagem recomendada para uso do medicamento como antiplaquetário, enquanto 2500mg/dia é o recomendável para uso analgésico¹⁴.

Ainda com relação ao Omeprazol, sabe-se que o mesmo provoca diminuição da absorção do cálcio, isso pode estar relacionado indiretamente com o aparecimento de osteoporose nesta faixa etária. Por isso, não se recomenda atualmente o uso contínuo da droga. Também é importante ressaltar que o Omeprazol pode interferir na eliminação de algumas drogas por inibir o sistema do citocromo P-450 monooxigenase hepática. Assim, quando o paciente usar simultaneamente esse medicamento com drogas cujo metabolismo depende de tal sistema, as dosagens devem ser ajustadas adequadamente¹⁴.

Anlodipino, Enalapril, Atenolol e Losartana potássica são medicamentos que atuam reduzindo a pressão arterial. Um uso combinado desses medicamentos poderia reduzir excessivamente a pressão arterial promovendo um quadro de hipotensão. Uma observação com relação ao Atenolol, um betabloqueador, é que, ao prescrevê-lo com o uso concomitante de agentes simpatomiméticos como a adrenalina, pode ocorrer neutralização dos efeitos dos betabloqueadores. A Losartana potássica geralmente não interage com alimentos ou outros medicamentos, mas é importante saber se o uso deste medicamento é concomitante ao uso de suplementos de potássio, medicamentos poupadores de potássio ou substitutos do sal da dieta que contém potássio. Alguns pacientes geriátricos podem ser mais sensíveis aos efeitos hipotensivos do Enalapril¹⁵ e podem requerer precaução ao receber um inibidor da ECA¹⁴.

O Anlodipino, indicado no tratamento da hipertensão, possui lento início de ação, assim hipotensão aguda não constitui uma característica da administração desse medicamento quando utilizado isoladamente. O carbonato de cálcio pode aumentar efeito dos diuréticos tiazídicos e promove toxicidade se combinado a digoxina¹⁴.

Considerações Finais

A polifarmácia, ou seja, a utilização de cinco ou mais medicamentos, vem se mostrando cada vez mais presente na vida dos idosos. Observou-se aumento significativo de medicamentos a cada faixa etária e as doenças que mais se destacaram foram as cardiovasculares. Portanto, notou-se que a maioria dos fármacos utilizados era para o tratamento das mesmas. Outras classes mais empregadas foram antiinflamatórios não-esteroidais, antidiabéticos e antiulcerosos.

Após a análise mais detalhada dos medicamentos prescritos, observou-se, ainda, que na maioria das prescrições havia medicamentos que possuíam funções opostas ou interagem entre si, potencializando ou diminuindo seus efeitos. É necessário que haja um acompanhamento desses pacientes não só quanto às doenças por eles apresentadas, como também quanto os medicamentos utilizados, para que essas interações medicamentosas sejam evitadas, assim como as reações adversas sejam diminuídas. É imprescindível que haja consciência na prescrição de um medicamento a fim de evitar riscos, complicações e incapacidade para estes pacientes.

É importante ressaltar que as informações obtidas acerca das comorbidades apresentadas pelos idosos, foram através dos medicamentos utilizados por eles, pois se observou falta de dados importantes que pudessem consolidar estas informações, como dados clínicos e laboratoriais desses pacientes.

Seriam necessárias pesquisas mais aprofundada sobre o uso racional de medicamentos na população idosa e melhor acompanhamento das autoridades de saúde para melhorar a qualidade das informações a respeito desses pacientes, bem como refletir sobre a qualificação dos profissionais de saúde para lidar com o idoso.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Dados Sobre o Envelhecimento no Brasil. Brasília, 2011. Estudo.
2. ACURCIO, F.A.; et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo. v. 55, n. 4, p. 468-474. 2009.
3. SOUZA, P.M.; et al. Diagnóstico e controle da polifarmácia em idosos. Rev. Saúde Pública. v. 41, n. 6, p.1049-1053. 2007.

4. RAMOS SAMPAIO, A.; M. DE BARROS MIOTTO, M.H.; AWARD BARCELLOS, L.. O estado do Espírito Santo sob a ótica da transição demográfica. UFES Rev. Odontol. Vitória. v. 10, n.1, p. 5-12. 2008.
4. GOMES, H.O.; CALDAS, C.P. Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto. v. 7, n. 1, p. 88-99. 2008.
5. DRENOL® HIDROCLOROTIAZIDA. Guarulhos: Laboratórios Pfizer Ltda.. Farm. Resp.: José Cláudio Bumerad – CRF-SP nº 43746. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
6. SINVASTATINA(GENÉRICO). Campinas: Medley Indústria Farmacêutica Ltda.. Farm. Resp.: Dra. Miriam Onoda Fujisawa - CRF-SP nº 10.640. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
7. ASPIRINA® ÁCIDO ACETILSALICÍLICO. São Paulo: Bayer SA.. Farm. Resp.: Dirce Eiko Mimura – CRF-SP nº 16532. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
8. LOSARTANA POTÁSSICA(GENÉRICO). Campinas: Medley Indústria Farmacêutica Ltda.. Farm. Resp.: Dra. Miriam Onoda Fujisawa - CRF-SP nº 10.640. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
9. GLIFAGE® CLORIDRATO DE METMORFIMA. Rio de Janeiro: Merck SA.. Farm. Resp.: Geraldo César Monteiro de Castro - CRF-RJ nº 14021. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
10. ANLODIPINO® BENSILATO DE ANLODIPINO. Toledo: Prati, Donaduzzi & Cia Ltda.. Farm. Resp.: Dr. Luiz Donaduzzi - CRF-PR 5842. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
11. ATENOLOL(GENÉRICO). Guarulhos: Biosintética Farmacêutica Ltda.. Farm. Resp.: Alberto Jorge Garcia Guimarães – CRF- SP nº 12.449.. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
12. OMEPRAZOL(GENÉRICO). Campinas: Medley Indústria Farmacêutica Ltda.. Farm. Resp.: Dra. Miriam Onoda Fujisawa - CRF-SP nº 10.640. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
13. CALCITRAN D3® CARBONATO DE CÁLCIO E VITAMINA D. Pombos: Vidfarma Ind. de Medicamentos Ltda. Farm. Resp.: Ricardo de Araujo Santos - CRF-SP nº 28.48. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
14. PIRES, José Guilherme Pinheiro. Interações medicamentosas e reações adversas. Vitória, 29 out. 2014. Entrevista concedida à Laêmecy Emanuelle Gonçalves Martins e Rafaela de Lacerda Trajano Pinel.

15. MALEATO DE ENALAPRIL(GENÉRICO). Campinas: Medley Indústria Farmacêutica Ltda.. Farm. Resp.: Dra. Miriam Onoda Fujisawa - CRF-SP nº 10.640. Bula de remédio. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>
16. NASCIMENTO, S.; LYRA, M.N. O Envelhecimento da população brasileira e o aumento do uso de medicamentos – A Atenção Farmacêutica como política pública para o acompanhamento do uso de medicamentos. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 32p. 2009.
17. SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev. bras. Enferm. São Paulo. v. 63, n.1, p.136-40. 2010.
28. CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS INFORMA. Uso de medicamentos pelo idoso. N.1. Ano 1. São Paulo, SP, 2003, 4 p.
19. ALMEIDA, O.P.; et al. Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. Rev. Bras.Psiquiatr. São Paulo. v. 21, n. 3, p.152-157. 1999.
20. SUELY, R. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 19, n.3, p.717-724. 2003.
21. JÚNIOR, D.P.L.; et al. A Farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 13, n.3, p. 435-441. 2006.
22. COSTA, R.M.; et al. Uso de medicamentos por idosos:algumas considerações. Geriatria & Gerontologia. v. 3, n. 2, p.126-131. 2008.
23. CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. Metodologia Científica. 4ª ed. São Paulo: Editora Afiliada. 209p. 1996.

ASMA E RINITE: SÃO A MESMA DOENÇA?

Agatha Siqueira Afonso¹, André Lima Jordão¹, Ariosto Silva Santos Neto¹, Bárbara Donnária Gonçalves da Silva¹, Carla Nassur Ozório¹, Danilo Afonso Alves¹, Francisco Menezes², Henrique Lorenzoni Turini¹, Jéssica Oliveira Seixas¹, Kessilyn Dourado Storch¹, Lorryne Zonatele Garbo¹, Rodolfo Nicolau Soares¹ e Vinícius Paris Senatore¹

1 - Graduando de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX – Empresa Brasileira de Ensino e Pesquisa (EMBRAE). Vitória (ES), Brasil.

2 - Docente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

RESUMO

Introdução: Asma e rinite têm diversas semelhanças entre si, frequentemente coexistindo em um mesmo paciente. Ambas são desencadeadas em resposta a exposição a um alérgeno, porém há diferenças histopatológicas quando as comparamos. O objetivo desse artigo é promover uma discussão para melhor compreensão das duas doenças. **Material e métodos:** Revisão sistemática realizada com as bases científicas: LILACS, SciELO, MEDLINE, BIREME, PubMed e Google Acadêmico. **Critérios de inclusão:** estudos publicados a partir de 2002, utilizando as palavras chaves “asma”, “rinite”, “fisiopatologia” e “marcha atópica”. **Critérios de exclusão:** artigos publicados antes de 2002, com discordância entre título e texto e resumos que não tratam do tema. **Resultados e discussão:** Diversos estudos mostraram relação entre asma e rinite. Em estudo por Lima et al., 14,95% dos investigados com asma possuíam rinite. Em estudo por Gomes de Luna et al., 14,6% da população total estudada alegou as duas comorbidades. Camargos et al. identificou fatores de risco, sendo os mais evidenciados: fatores genéticos, história familiar de alergia, atopia, fatores imunológicos, tabagismo e poluição. Costantino e Mello Jr. comparou características histopatológicas nas vias aéreas. A semelhança imunopatológica é um fator que relaciona as duas doenças e o tratamento eficaz da rinite não só controla, como também pode prevenir a asma. Negligenciar a associação entre elas pode trazer prejuízos e consideráveis repercussões clínicas. **Conclusão:** apesar de distintas, é importante lembrar que a asma e a rinite alérgica apresentam semelhanças significativas e um quadro clínico e evolução correlacionados.

Palavras-chave: asma, rinite, fisiopatologia; marcha atópica.

ABSTRACT

Introduction: Asthma and allergic rhinitis have many similarities, commonly coexisting in a patient. Both are triggered by allergens, but there are histopathological differences when compared. The objective of this article is to promote a discussion for better understanding of both diseases. **Material and Methods:** Systematic review with the following database: LILACS, SciELO, MEDLINE, BIREME, PubMed and Google Scholar. **Inclusion criteria:** studies published since 2002, using the key words “asthma”, “rhinitis”, “physiopathology” and “atopic march”. **Exclusion criteria:** articles published before 2002, with disagreement between title and text and summaries that don't address the subject. **Results and discussion:** Many studies showed a relation between asthma and rhinitis. In the study of Lima et al., 14,95% of the investigated with asthma had rhinitis. In the study of Gomes de Luna et al., 14,6% of the total studied population claimed to have both diseases. Camargos et al. identified risk factors, being genetic factors, family history of allergy, atopy, immunologic factors, smoking and pollution the most evident. Costantino and Mello Jr. compared histopathologic features in airways. The immunopathologic similarity is a factor that connects both diseases and the effective treatment of rhinitis not only controls, but also can prevent asthma. Neglect the association between them may bring losses and considerable clinical repercussions. **Conclusion:** while distinct, it's important to remember that asthma and allergic rhinitis have significant similarities and correlated clinical manifestations and evolution.

Key words: "asthma," "rhinitis", "pathophysiology" and "atopic march"

INTRODUÇÃO

Asma e rinite são doenças que, com frequência, coexistem em um mesmo paciente, e diversos estudos apontam para semelhanças epidemiológicas, genéticas, histopatológicas, fisiopatológicas, ambientais, imunológicas e clínicas, o que têm feito com que sejam consideradas como manifestações de uma mesma síndrome que compromete as vias aéreas de forma generalizada. Atualmente, alguns médicos já se utilizam do termo rinobronquite alérgica ou doença única das vias aéreas como uma forma de englobar as duas doenças em apenas uma^{1,2}.

Estima-se que 60% a 78% dos asmáticos sejam portadores de rinite alérgica, e atualmente sabe-se que esta última é um importante fator indutor da asma, fato confirmado por estudos, que também mostram o risco de três a seis vezes maior de pacientes com rinite desenvolverem asma em relação à população geral. Tais evidências indicam assim uma “marcha atópica” da rinite para a asma, mas vale frisar também uma porcentagem considerável de pacientes asmáticos que desenvolvem rinite.

Ambas as doenças iniciam-se após a exposição a um alérgeno, na mucosa respiratória, o que induz tanto resposta inflamatória na mucosa nasal quanto na brônquica. No entanto, observam-se diferenças histopatológicas na mucosa nasal e brônquica, já que na rinite alérgica, ao contrário do que ocorre na asma, o epitélio, de um modo geral, não é danificado, ou há pequena descamação e não se observa espessamento importante da membrana basal^{1,2,3}.

Como dito, pesquisas que mostram a rinite como importante fator de risco para a asma, também evidenciam que o tratamento da rinite pode contribuir para o controle e prevenção do surgimento futuro da asma, corroborando ainda mais para as semelhanças entre tais entidades¹. Nesse contexto, o objetivo desta revisão sistemática é avaliar se asma e rinite tem as mesmas bases fisiopatológicas, comportando-se como uma única doença.

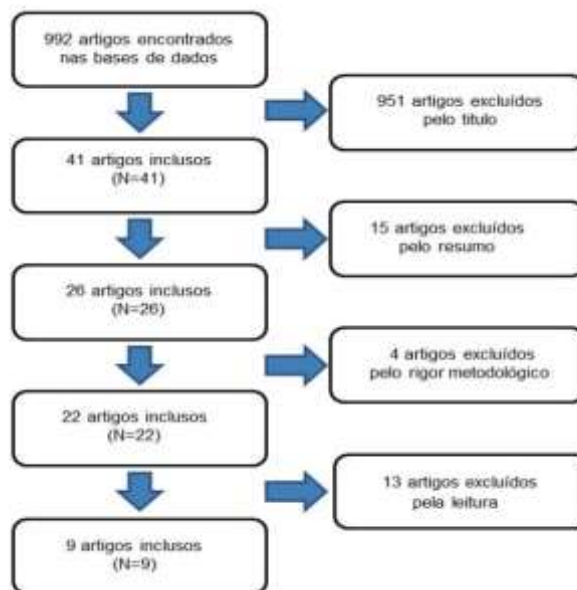
MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura a partir de bases de dados virtuais como LILACS, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), MEDLINE, BIREME, PubMed e Google Acadêmico. Todos os integrantes do grupo realizaram uma revisão individual das bases de dados selecionando os artigos por título, resumo, metodologia e texto. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: “asma”, “rinite”, “fisiopatologia”, “marcha atópica”. Os critérios de inclusão foram: estudos publicados a partir de 2002, em português inglês e espanhol, estudos em pacientes com asma e/ou rinite alérgica, metanálises e/ou revisões sistemáticas. Os critérios de exclusão foram: artigos com data de publicação anterior à quinze anos, artigos com discordância entre o título e o texto, resumos que não tratam do tema proposto, estudos que não se encaixavam no rigor metodológico.

RESULTADOS

Foi realizada uma revisão de literatura, começando a pesquisa em 992 artigos, e finalizando em 9 trabalhos, os quais foram selecionados a partir dos títulos, resumos, metodologias e texto completo, objetivando analisar as relações entre asma com rinite alérgica. A seguir encontra-se o fluxograma demonstrando o processo de escolha dos artigos:

Fluxograma 1. Seleção dos artigos.



Fonte: Do autor.

Em estudo transversal realizado por Lima et al., em 2012, analisou-se a prevalência de asma em 3069 alunos de uma escola em São Luís – MA, além de associação com fatores de risco, entre eles rinite alérgica. A pesquisa foi baseada na presença de manifestações como sibilos em situações rotineiras e tosse seca noturna. Dentro dessa análise encontrou-se que 996 (32,4%) alunos apresentaram em algum momento da vida o sintoma de sibilância, e a partir daí prosseguiu-se com a investigação de asma. Ao analisar os fatores de risco neste último grupo, verificou-se que, dentre outros fatores, a rinite alérgica se mostrou presente em 149 (14,95%) pacientes⁴.

Já em outro estudo transversal realizado por Gomes de Luna et al., em 2011, com 3015 alunos das redes pública e privada de Fortaleza-CE, observou-se que 682 (22,62%) destes referiram asma. Dentre esses participantes 64,4% referiram asma associada com rinite alérgica, e 33,7% dos que referiram rinite como doença prevalente (1033) também possuíam sintomas de asma, sendo que 14,6% da população total estudada alegou as duas comorbidades. O presente estudo também forneceu como dado a prevalência de asma-rinite 2,2 vezes maior no sexo feminino. Além disso, mostrou-se que dentre os adolescentes que relataram asma e rinite concomitantes, 77 (17,5%) tiveram crises de asma aguda grave quando comparados à taxa de 11,5% em pacientes com asma isolada⁵.

Em um levantamento realizado por Profeta et al. em um ambulatório de pneumologia pediátrica em Belo Horizonte-MG, mostrou que das 560 crianças e adolescentes com asma, foi detectado rinite alérgica em 65% delas após o estudo³.

Avaliando a resposta hiperresponsiva das vias aéreas através de testes de broncoprovocação com histamina, Bucca documentou presença de hiperreatividade brônquica em 52% dos casos, e de extratorácicas em 71% deles, ocorrendo concomitantemente em 41%, demonstrando interrelação das vias aéreas superiores e inferiores quanto à resposta a estímulos³.

Costantino e Mello Jr., em revisão sistemática, compararam características histopatológicas, após estímulos por agentes remodeladores, nas vias aéreas superiores e inferiores⁶. Os resultados são apresentados na tabela 2 a seguir:

Tabela 1. Comparação do remodelamento nas vias aéreas inferiores e superiores

| | Vias aéreas inferiores | Vias aéreas superiores |
|--------------------------|---|--|
| Epitélio | Alterações estruturais evidentes com ruptura franca | Alterações estruturais sutis |
| Membrana basal reticular | Espessamento com deposição de colágeno I e III principalmente | Semelhante às vias aéreas inferiores |
| Vasos sanguíneos | Aumento na vasculatura, vasodilatação e extravasamento microvascular | Angiogênese ainda não foi comprovada definitivamente. Presença de alterações vasculares mais discretas |
| Glândulas | Hiperplasia de células caliciformes e glândulas mucosas e aumento na produção de muco | Distensão, degeneração e obstrução de ácinos e ductos |
| Resposta ao tratamento | Corticosteróides inalatórios diminuem a fibrose subepitelial, com redução do espessamento da membrana basal e hiper-reatividade brônquica | Ausência de estudos conclusivos |

Fonte: CONSTANTINO, Guilherme de Toledo Leme; MELLO JR, João Ferreira de. Remodelamento das vias aéreas inferiores e superiores⁶.

Durante a estação polínica, Chakir et al. estudando oito indivíduos não-asmáticos, porém com evidências de alergia ao pólen, verificou reatividade brônquica aumentada nesses pacientes. Por meio de biópsias, notou-se a presença de remodelamento brônquico após o estímulo alérgico, sugerindo que a inflamação brônquica seria um fator predisponente à asma³.

Braunstahl et al. estudaram oito pacientes com rinite alérgica a gramíneas, onde após estimulação alérgica, foi observada obstrução brônquica, infiltração eosinofílica e presença de interleucina-5 em mucosas nasal e brônquica e no sangue periférico, dando indícios de que possa haver uma ativação eosinofílica sistêmica e sua migração pela árvore respiratória³. Linneberg et al, no Estudo Alérgico de Copenhague, analisou uma população de 173 pessoas que relataram possuir rinite alérgica ao pólen, e que após sensibilização ao alérgeno também apresentaram sintomas de asma⁷.

Camargos et al., através de revisão bibliográfica, identificou fatores de risco interrelacionados para asma e rinite, alguns com evidências maiores que outros³. Estes fatores podem ser observados na tabela 1 abaixo:

Tabela 2. Fatores de risco associados para asma e rinite e suas evidências.

| DETERMINANTES E FATORES DE RISCO | EVIDÊNCIAS |
|---|-------------------|
| Relacionados com o paciente: | |
| - Fatores genéticos | + |
| - História familiar de alergia | + |
| - Atopia | + |
| - Hiperresponsividade brônquica | - |
| - Fatores imunológicos | + |
| Relacionados com o ambiente: | |
| - Tabagismo ativo e poluição | + |
| - Tabagismo passivo | + |
| - Ar frio | - |
| - Umidade | - |
| - Variações sazonais | - |
| - Nutrição | - |
| - Hábitos de vida | - |
| - Condições socioeconômicas | - |
| - Infecções | - |

Fonte: CAMARGOS, Paulo Augusto Moreira et al. . Asma e rinite alérgica como expressão de uma única doença: um paradigma em construção³.

Com o intuito de analisar a possível prevenção da asma em pacientes com rinite alérgica, Polosa et al verificou que a chance de pacientes adultos com rinite virem a apresentar asma é de 7,8 vezes maior nos paciente com rinite, por meio de um estudo de coorte retrospectivo¹.

Vários estudos em pacientes com asma e rinite demonstraram algum grau de melhora no quadro clínico da asma com o uso de medicamentos tópicos nasais. Dahl et al., em estudo clínico randomizado em pacientes com rinite e asma, avaliou o efeito da fluticasona nasal e brônquica nos sintomas respiratórios, espirometria e eosinófilos no escarro induzido. Comparando-se grupos de pacientes que receberam apenas fluticasona nasal, apenas fluticasona brônquica, placebo e fluticasona brônquica e nasal associados, mostrou-se que este último apresentou maiores benefícios de tratamento¹.

Estudo randomizado duplo cego semelhante no Brasil, realizado por Stelmach et al., concluiu que o tratamento com corticosteróide nasal reduziu não só os sintomas nasais, como também a hiperresponsividade brônquica e sintomas de asma¹. Na tabela 3 a seguir estão expostos os resultados dos estudos analisados nesta revisão:

Tabela 3. Pesquisas analisadas nesta revisão.

| Autor/ano | Nº de pacientes | O que foi estudado | Desfecho |
|---|------------------------|--|---|
| Lima et al./2012 ⁴ | 3069 | Prevalência de asma e fatores associados em estudantes de 13 e 14 anos em São Luís - MA. | 32,4% apresentaram sibilância e ao analisar fatores de risco para asma verificou-se presença de rinite alérgica em 14,95% destes pacientes. |
| Gomes de Luna et al./2011 ⁵ | 3015 | Prevalência e associação de asma e rinite em adolescentes de 13 e 14 anos de Fortaleza - CE. | Evidenciou elevadas taxas de asma e rinite com predomínio no sexo feminino. |
| Profeta et al./Ano indeterminado ³ | 560 | Presença de rinite em pacientes asmáticos em ambulatório de Belo Horizonte - MG. | 65% dos pacientes asmáticos tinham diagnóstico de rinite alérgica. |
| Bucca C./1995 ³ | Indeterminado | Hiperresponsividade brônquica e extra torácica em pacientes não asmático com sintomas respiratórios. | 52% apresentaram hiperresponsividade brônquica, 71% extra torácica e 41 simultânea. |
| Constantino e Mello JR/2009 ⁶ | Não avaliou | Remodelamento das vias aéreas superiores e inferiores. | O remodelamento tecidual em resposta a inflamação crônica pode ser comprovado nas vias aéreas superiores e inferiores. |
| Chakir et al./2000 ³ | 8 | Avaliou remodelamento brônquico em pacientes sem asma, porém com alergia a pólen. | Verificou-se reatividade brônquica aumentada após polinização juntamente com aumento de fatores inflamatórios e remodelamento brônquico. |
| Braunstahl et al./2000 ³ | 8 | A inflamação nasal induzida após provocação brônquica em pacientes com rinite alérgica. | Ativação sistêmica dos eosinófilos e sua migração ao longo da mucosa das vias aéreas respiratórias superior e inferior. |
| Linneberg et al./2002 ⁷ | 734 | A ligação entre rinite alérgica e asma atópica. | Os resultados fundamentaram o conceito de que rinite alérgica e asma atópica são manifestações de uma única afecção. |
| Camargos et al./2002 ³ | Não avaliou | Interrelações das vias aéreas superiores e inferiores. | Asma e rinite apresentam uma unicidade a respeito de fatores de risco, fisiopatologia e tratamento. |
| Polosa et al./2005 ¹ | Indeterminado | Relação rinite alérgica e asma e efeito da imunoterapia alergênica. | Verificou que a probabilidade de pacientes adultos com rinite alérgica se tornarem asmáticos foi maior que em pacientes não riníticos. |
| Dahl et al./2005 ¹ | 272 | Eficácia do tratamento com fluticasona brônquica e nasal em pacientes com asma e rinite induzidas por pólen. | O grupo que mais se beneficiou do tratamento foi aquele tratado com fluticasona nasal e brônquica. |
| Stelmach et al./2005 ¹ | Indeterminado | A eficácia do tratamento da rinite alérgica com corticosteróide em pacientes com asma. | O tratamento com corticóide nasal reduziu os sintomas nasais, a hiper-reatividade brônquica e os sintomas de asma. |

Fonte: Do autor.

DISCUSSÃO

As inúmeras semelhanças entre rinite e asma, tem feito com que estas sejam consideradas como uma única síndrome que compromete as vias aéreas como um todo^{1,3}. Essa relação tem tamanha importância para a saúde pública, inclusive por serem doenças de caráter universal, que levou a Organização Mundial de Saúde a elaborar, em 1999, o documento Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA), cujo objetivo é facilitar o estudo e manejo dessas enfermidades em conjunto⁸.

Pelo estudo de Lima et al., dos 32,4% de alunos que possuíam fatores de risco para asma, 14,95% apresentavam sinusite alérgica, enquanto que o levantamento realizado pelo Profeta et al. mostrou uma prevalência maior, no qual das 560 crianças e adolescentes com asma, 65% delas apresentavam rinite alérgica. O estudo de Gomes de Luna et al. também encontrou uma prevalência significativa de pacientes com as duas doenças ou com o diagnóstico de uma e sintomas associados de outra^{3,4,5}.

Essa coexistência em um mesmo paciente, evidenciada nos três trabalhos, está relacionada a vários fatores, sendo a semelhança imunopatológica um deles. Nas duas enfermidades há desencadeamento de uma reação alérgica com infiltrado celular formado por eosinófilos, mastócitos e o predomínio de linfócitos Th2, responsáveis pela produção e liberação de interleucinas (IL) 4, 5 e 13. As IL-4 e IL-13, que são essenciais para a produção de IgE e ativação dos mastócitos e basófilos. Outros mediadores inflamatórios como histamina, leucotrieno e cisteínicos também participam da reação^{1,3}.

O remodelamento tecidual das vias aéreas superiores é um assunto ainda pouco conhecido. No entanto, tem sido mais estudado recentemente pois acredita-se que seja possível explicar a cronicidade da rinite alérgica, uma vez que ela apresenta mecanismos semelhantes aos da asma. A revisão sistemática de Constantino e Mello Jr. demonstrou que, na rinite, há alterações no epitélio, membrana basal reticular, vasos sanguíneos e glândulas das vias aéreas superiores, mas são mais discretas em relação ao que acontece na asma⁶.

No estudo de Chakir et al, testados em oito pessoas com alergia ao pólen e não-asmáticos, foi observado nas vias aéreas inferiores uma mudança na conformação brônquica que predispõe a asma. Nas vias aéreas inferiores ocorreu uma mudança na conformação brônquica que predispõe a asma. O mesmo ocorreu no estudo de Braunstahl et al. que, após estímulo com gramíneas em pacientes com rinite, observou-se obstrução brônquica, infiltração eosinofílica e presença predominante de IL-5, tanto em mucosa nasal e brônquica como no sangue periférico. Evidenciou-se, assim, um quadro de inflamação generalizado, atingindo não só as vias aéreas superiores, o que seria esperado em pacientes com rinite, como também as vias aéreas inferiores, instalando todo o quadro de inflamação brônquica³. Os estudos apresentados apresentados por Constantino e Mello Jr., Braunstahl e Chakir corroboram para a tese da inflamação generalizada das vias aéreas, causadas por um estímulo único, estando asma e rinite interligadas desta forma^{3,6}.

No estudo de Linneberg et al, foi avaliada a hiperresponsividade das vias aéreas com testes de provocação usando a histamina, o que mostrou uma prevalência de casos de concomitância envolvendo vias aéreas inferiores e superiores. Assim, verificou-se que, com o uso de histamina, os dois quadros se instalam de forma semelhante⁷.

Outra semelhança encontrada diz respeito à maioria dos fatores de risco serem os mesmos para as duas doenças, como apresentado pelo estudo de Camargos et al., sendo o tabagismo, a poluição, os fatores genéticos e imunológicos, a história familiar de alergia e a atopia os mais evidenciados³.

O tratamento eficaz da rinite não só controla, como também pode prevenir o surgimento futuro da asma, o que torna indispensável a investigação desta em pacientes com rinite persistente. De modo análogo, é importante que sejam investigados de forma sistemática os sinais e sintomas dos asmáticos, devido a alta prevalência destes pacientes com rinite. Como identificado por Polosa et al., pacientes com rinite apresentam chance 7,8 vezes maior de desenvolver asma do que pacientes na ausência da doença. Com isso, há consensos na literatura de que o tratamento deve contemplar ambas as afecções¹.

Em estudo, Dahl et al. avaliaram o efeito da fluticasona (glicocorticoide de potente ação anti-inflamatória) nasal e brônquica, e os resultados mostraram que o grupo de pacientes que recebeu esses medicamentos associados apresentou maiores benefícios do tratamento. Também foi verificado esse resultado nos estudos de Stelmach et al., porém houve divergência entre os resultados desses trabalhos com relação aos pacientes que receberam apenas corticosteroides nasais¹.

Na análise de Dahl, os pacientes tratados apenas com o corticosteróide inalatório apresentaram melhora somente da asma, enquanto os tratados apenas com corticoide tópico nasal (fluticasona), tiveram melhora somente da rinite. Comparativamente, Stelmach et al. demonstraram que o tratamento com corticosteroide nasal não só reduziu os sintomas nasais, mas também a hiperreatividade brônquica e os sintomas da asma, resposta essa observada após quatro semanas de tratamento. Possivelmente este fato explica a diferença desse grupo com relação aos estudos de Dahl et al., que teve duração de apenas quatro semanas. Negligenciar a associação entre essas duas doenças pode trazer prejuízos importantes para o tratamento dos pacientes com consideráveis repercussões clínicas¹.

De acordo com o que foi discutido, após o estudo da fisiopatologia, histopatologia, imunologia e clínica, observou-se que ambas as doenças se apresentam como manifestação de uma única entidade clínica, possuindo apresentações semelhantes, apesar da diferente topografia, podendo inclusive uma se apresentar como fator de risco para a outra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do presente estudo, pode-se observar que a asma e a rinite alérgica, apesar de serem doenças de mecanismos fisiopatológicos e algumas manifestações clínicas distintas, apresentam semelhanças significativas, além de quadro clínico e evolução muito paralelos e correlacionados. Dessa forma, é imprescindível que não se negligencie a relação entre ambas dentro da prática médica, inclusive no momento de se conduzir o tratamento das duas entidades. Evidenciou-se, ainda, a necessidade de se realizarem maiores estudos e pesquisas relacionados ao tema, a fim de compreender alguns aspectos até então não completamente esclarecidos.

REFERÊNCIAS

1. RIZZO, José Ângelo; CRUZ, Álvaro A. “Asma e rinite: uma mesma doença?.” *Rev. bras. alerg. Immunopatol.*, São Paulo ,v. 30, n. 2, p. 41-46, Mar.-abr. 2007. Acesso em 13 de maio/2015. Disponível em <<http://www.sbai.org.br/revistas/Vol302/asma_e_rinite.pdf>>.
2. IBIAPINA, Cássio da Cunha; SARINHO, Emanuel Savio Cavalcantio; CRUZ FILHO, Álvaro Augusto Souza da; CAMARGOS, Paulo Augusto Moreira. “Rinite, sinusite e asma: indissociáveis?.” *J. bras. pneumol.* [online]. 2006, vol.32, n.4, pp. 357-366. ISSN 1806-3756. Acesso em 13 de maio/2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000400015>>.
3. CAMARGOS, Paulo Augusto Moreira; RODRIGUES, Mary Elisabeth Santos Moura; SOLE, Dirceu; SCHEINMANN, Pierre. “Asma e rinite alérgica como expressão de uma única doença: um paradigma em construção.” *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2002, vol.78, suppl.2, pp. 123-128. ISSN 1678-4782. Acesso em 13 de maio/2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000800003>>.
4. LIMA, Willy Leite et al . “Asma e fatores associados em adolescentes de 13 e 14 anos em São Luís, Maranhão, Brasil.” *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 28, n. 6, p. 1046-1056, June 2012 . Acesso em 13 de maio/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600004&lng=en&nrm=iso>.
5. LUNA, Maria de Fátima Gomes de; ALMEIDA, Paulo César de; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. “Prevalência e associação de asma e rinite em adolescentes de 13 e 14 anos de Fortaleza, Ceará, Brasil.” *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 103-112, Jan. 2011 . Acesso em 13 de maio/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100011&lng=en&nrm=iso>.
6. CONSTANTINO, Guilherme de Toledo Leme; MELLO JR, João Ferreira de. “Remodelamento das vias aéreas inferiores e superiores”. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, São Paulo , v. 75, n. 1, p. 151-156, Feb. 2009 . Acesso em 13 de maio/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992009000100024&lng=en&nrm=iso>.
7. LINNEBERG, Allan et al . Copenhagen Allergy Study. “The link between allergic rhinitis and allergic asthma: a prospective population-based study.” *The Copenhagen Allergy Study. Allergy.*, Copenhagen , v. 57, n. 11, p. 1048-1052, Mar. 2002. Acesso em 13 de maio/2015. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1398-9995.2002.23664.x/epdf>>.
8. CAGNANI, Carlos; SOLÉ, Dirceu; DÍAZ, Sandra; ZERNOTTI, Mario; SISUL, Juan; BORGES, Mário, “Actualización de rinitis alérgica y su impacto en el asma (ARIA 2008). La perspectiva latinoamericana”. *Rev Alerg Mex.*, México DF ,v. 56, n. 2, p. 56-63, Mar. – abr. 2009 Acesso em 13 de maio/2015. Disponível em <http://www.medigraphic.com/pdfs/revalmex/ram-2009/ram092f.pdf>

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Professor Doutor J. G. R. Pires, docente na Faculdade Brasileira – MULTIVIX, pelo auxílio com as informações a respeito das prováveis interações medicamentosas e reações adversas dos dez medicamentos mais utilizados pelos pacientes analisados.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO

Amanda Santos Bragatto¹; Marina Moscon¹; Sabrina Mello Fantin¹; Tracy Lima Tavares¹; Vanessa Mello de Menezes¹

1 - Acadêmica de Medicina na Faculdade Brasileira – Multivix Vitória

RESUMO

Conforme dados de 2011 do Ministério da Saúde, a prematuridade é a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida, sendo que cerca de 70% das mortes acontecem nos primeiros 28 dias de vida. O peso ao nascer é relevante à taxa de mortalidade infantil por ser uma condição que favorece a várias doenças que complicam o período neonatal. Dessa forma, faz-se importante reconhecer as principais complicações que um recém-nascido pré-termo pode sofrer de forma a desenvolver a melhor conduta para impedir ou reduzir possíveis sequelas secundárias às mesmas; além de reduzir a taxa de mortalidade, visto que ainda é alta e inversamente proporcional à idade gestacional.

Palavras-chave: prematuridade; muito baixo peso; extremo baixo peso; período neonatal.

ABSTRACT

In 2011 data from the Ministry of Health, prematurity is the leading cause of death in the first month of life, and about 70% of deaths occur in the first 28 days of life. Birthweight is relevant to infant mortality rate as a condition that favors the various diseases that complicate the neonatal period. This way, it is important to recognize the major complications that a pre-term infants may suffer in order to develop the best approach to prevent or reduce potencial secondary consequences to them; and reduce the mortality rate, since it still high and inversely proportional to gestational age.

Key words: prematurity; very low birth weight; extreme low birth weight; neonatal period.

INTRODUÇÃO

O peso ao nascer (PN) é um dos mais significativos indicadores da qualidade de vida da criança sendo o muito baixo peso (MBP) considerado relevante na taxa de mortalidade infantil, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a identificá-lo como fator isolado mais importante (MALVEIRA, 2006).

Crianças que nascem nessas condições de prematuridade estão sujeitas a várias doenças que complicam seu período neonatal, como por exemplo: dificuldade respiratória, infecções e retinopatia. Sendo assim, o grupo de recém-nascidos (RN) extremamente pré-termo e baixo peso (menos de 37 semanas e < 1.500 g), tem sido alvo de constante preocupação entre pesquisadores e profissionais da área da saúde, por ser considerado um grupo de alto risco para adquirir problemas de desenvolvimento (CARVALHO, 2001).

Recentes avanços tecnológicos na assistência aos neonatos de alto risco têm possibilitado maior sobrevida desses RN de MBP, devido ao elevado tempo de permanência em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Contudo, os procedimentos invasivos a que são submetidos e o tempo de internação prolongado, associam-se ao maior risco de adquirir complicações que contribuem para o aumento da mortalidade em unidades neonatais (MALVEIRA, 2006).

O Clinical Risk Index for Babies (CRIB II) é utilizado como escore para o cálculo da gravidade clínica dos RN de MBP e é aplicado após 1 hora de admissão na UTIN, sendo excluída a

fração inspirada de oxigênio (FiO_2), uma vez que esta não representa uma medida fisiológica verdadeira por ser determinada pelo cuidador. Assim, o CRIB II é calculado com base no sexo, peso ao nascer, idade gestacional, excesso de base e malformação congênita. Cada variável do escore CRIB II tem um valor numérico pré-determinado e após obter os valores somados desses itens, os pacientes são classificados em 4 graus: grau 1 para escores de 0 a 5; grau 2 de 6 a 10; grau 3 de 11 a 15; e grau 4 para pontuações maiores do que 15 (CAPARELLI, 2013).

Dessa forma, é imprescindível a avaliação e acompanhamento dos neonatos de alto risco durante sua internação para que possam ter um desenvolvimento adequado e diminuir a apresentação de sequelas.

DESENVOLVIMENTO

No Brasil, o nascimento de bebês prematuros corresponde a 11,7% dos partos realizados no país, conforme dados do estudo “Prematuridade e suas possíveis causas” realizado em 2013, deixando o Brasil no mesmo patamar dos países de baixa renda. Segundo dados de 2010 da OMS, nasceram cerca de 15 milhões de crianças prematuras, estando o Brasil na 10ª posição entre os países onde mais nascem prematuros. O maior percentual de prematuridade ocorre, paradoxalmente, nas regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) (FILHO, 2009).

Conforme dados de 2011 do Ministério da Saúde, a prematuridade é a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida, sendo que cerca de 70% das mortes acontecem nos primeiros 28 dias de vida (FILHO, 2009).

Conforme o Seguimento Ambulatorial do prematuro de risco da Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), a retinopatia da prematuridade (ROP) tornou-se uma das maiores causas de cegueira infantil, definida pela OMS como cegueira ocorrendo até os 15 anos de idade, nos países desenvolvidos. As diretrizes incluíram, também, nas triagens, todos os bebês nascidos com mais de 1.500 gramas, porém que desenvolveram outras comorbidades relacionadas com o nascimento prematuro, tais como: sepse, hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar, enterocolite, meningite, entre outras, conforme parecer do neonatologista.

No Brasil ficou estabelecido que os exames para a detecção precoce da ROP seriam realizados em todos os nascidos prematuros com peso ao nascer de 1.500 gramas ou menos e/ou com IG igual ou menor do que 32 semanas ao nascimento. O exame oftalmológico inicial deve ser realizado entre a 4ª e a 6ª semana de vida (ROBERTSON, 1992).

O surgimento da ROP ocorre pela interrupção do processo natural de formação dos vasos da retina em função do nascimento prematuro. A doença está relacionada com o fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF), mediado pelo oxigênio, e com o fator de crescimento insulínico-I (IGF-I), não mediado pelo oxigênio. Após o nascimento prematuro, o oxigênio suplementar a que o bebê é submetido gera uma situação de hiperóxia retiniana que causa vasoconstrição e obliteração vascular retiniana periférica. Essa condição conduz à interrupção definitiva do processo de formação natural dos vasos da retina, ou seja, interrupção da angiogênese. O uso do oxigênio durante um período de tempo prolongado causará superprodução do fator VEGF que estimulará uma neovascularização indesejada na retina periférica isquêmica com o surgimento das demais complicações da doença. A ROP,

em sua evolução natural, poderá levar à cegueira irreversível se não diagnosticada ou tratada oportunamente (ROBERTSON, 1992).

A síndrome do desconforto respiratório (SDR) do RN ou doença da membrana hialina corresponde a deficiência do surfactante alveolar associado à imaturidade estrutural dos pulmões. A incidência e a gravidade da doença relacionam-se diretamente com o grau da prematuridade (STICK, 2000).

As vias aéreas têm sua formação completa em torno das 16 semanas de idade gestacional. No entanto, o desenvolvimento alveolar ocorre apenas em torno da 28ª semana de gestação. Estes prosseguem desenvolvendo-se até o 3º ano de vida pós-natal. Sendo assim, é fácil compreender que fatores pré-natais e pós-natais precoces exerçam efeitos importantes sobre o crescimento pulmonar posterior (RODRIGUES, 2007).

A SDR geralmente é observada em prematuros (principalmente pesando entre 1000 e 1500g) e entre 28ª a 37ª semanas de gestação. Naqueles com IG \leq 30 semanas de gestação a incidência é de 50 a 70% aumentando com o grau de prematuridade (GRANDO, 2002).

Na maioria dos casos é necessário o uso de oxigenoterapia ou suporte ventilatório. O tratamento ventilatório é influenciado pela decisão de administrar surfactante. O surfactante é uma lipoproteína encontrada na parte distal das vias aéreas e nos alvéolos dos pulmões normais. É importante para a manutenção da tensão nos pulmões e promover a estabilidade alveolar (GRANDO, 2002).

Nas UTINs utiliza-se muito a oxigenioterapia, portanto, os RN submetidos a esse tratamento são sujeitos passíveis de sofrerem complicações decorrentes do uso prolongado de oxigênio (O₂). Para o prematuro pequeno e em bom estado, recomenda-se o uso de 40-60 mmHg (SARQUIS, 2002).

CONCLUSÃO

Dessa forma, conclui-se que devido à alta taxa de partos prematuros, é importante reconhecer as principais complicações que um RN pré-termo pode sofrer de forma a desenvolver a melhor conduta para impedir ou reduzir possíveis sequelas secundárias às mesmas, e que a assistência oferecida à esses recém-nascidos deve ser eficaz a fim de diminuir as complicações e a taxa de mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Neonatologia. Seguimento Ambulatorial do prematuro de risco. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012. 84p. Disponível em: <www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento_prematuro_ok.pdf>. Acesso em: 26, out. 2014.

CAPARELLI, Estela; AMORIM, Alexandre. **Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil**. Unicef Brasil, Brasília, ago. 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm>. Acesso em: 26, out. 2014.

CARVALHO, Ana Emilia Vita; LINHARES, Maria Beatriz Martins; MARTINEZ, Francisco Eulógio. **História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-**

termo e baixo peso (< 1.500 g). Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2001, vol.14, n.1, pp. 1-33. ISSN 0102-7972. Acesso em: 26, out. 2014.

FILHO, João Borges Fortes; ECKERT Gabriela Unchalo; VALIATTI Fabiana Borba; COSTA Marlene Coelho da; BONOMO Pedro Paulo; PROCIANOY Renato Soibelmann. **Prevalência e fatores de risco para a retinopatia da prematuridade: estudo com 450 pré-termos de muito baixo peso.** Rev. bras.oftalmol. [serial on the Internet]. 2009 Feb [cited 2014 Oct 26]; 68(1): 22-29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802009000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802009000100005>. Acesso em: 26, out. 2014.

GRANDO L.; VIERA C.S. **Oxigenioterapia: o conhecimento da equipe de enfermagem.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 4, n. 2, p.14 – 21, 2002. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 26, out. 2014.

MALVEIRA, Salma Saráty; MORAES, Anabela do Nascimento; CHERMONT, Aurimery Gomes *et al.* **Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência.** Rev. Para. Med.[online]. mar. 2006, vol.20, no.1 [citado 26 Outubro 2014], p.41-46. Disponível na World Wide Web: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0101-5907. Acesso em: 26, out. 2014.

ROBERTSON P.A.; SNIDERMAN S.H.; LAROS R.K.Jr; COWAN R; HEILBRON D; GOLDENBERG R.L.; IAMS J.D.; CREASY R.K. **Neonatal morbidity according to gestational age and birth weight from five tertiary care centers in the United States, 1983 through 1986.** Am J Obstet Gynecol 1992;166:1629-41. Acesso em: 26, out. 2014.

RODRIGUES Tânia Mara Gameiro; BELLATO Marcos Roberto; CRIVELARO Michele Cristina. **Doença da Membrana Hialina: O uso do surfactante nesta patologia.** In: V ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 2007, Paraná.

SARQUIS, A.L.F.; MIYAKI, M.; CAT, M.N.L. **Aplicação de escore CRIB para avaliar o risco de mortalidade neonatal.** Jornal de Pediatria. v. 78, n. 3, p. 225-229, 2002. Acesso em: 5, nov. 2014.

STICK S. **The contribution of airway development to paediatric and adult lung disease.** Thorax. 2000;55:587-94.

PERFIL DO USUÁRIO DE DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES

Cláudia Reis Cardoso de Mello¹; Karina Sagassa Batista², Sofia Filippe Mariani³; Gustavo Gomes Oliveira³; Delmiro Coimbra³; Élio Andriolo⁴; Tânia Mara Machado¹

1 Docente do Curso de Medicina da Faculdade MULTIVIX

2 Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade MULTIVIX

3 Interno do Curso de Medicina da Faculdade MULTIVIX,

4 Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

RESUMO

A demanda espontânea (DE) tem sido um entrave para o alcance de metas pactuadas na Estratégia Saúde da Família (ESF), gerando insatisfação dos profissionais de saúde e do usuário. Em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na cidade de Vitória, Espírito Santo, mesmo com a oferta de serviços de rotina diariamente de 07 às 21 horas, o usuário tem procurado a DE oferecida de 07 às 16 horas. Objetivou-se com este estudo, determinar o perfil do usuário que busca a DE em uma USF de Vitória-ES. Foi conduzido um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e coleta de dados por meio de entrevistas com os que procuraram a DE, após orientação sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram consolidados em tabelas de frequência que foram analisadas pelos pesquisadores. Participaram 540 usuários, com predomínio do sexo feminino (64,80%) e idade superior a 40 anos (62,78%). Quanto ao estado civil, 51,86% eram casados e 55,50% tinham de 12 a mais anos de estudo. A renda mensal predominante foi de três a seis salários mínimos (50,38%), 76,85% informaram não ter plano privado de saúde e 70,40% procuraram por consulta médica. O tempo de início dos sintomas foi de até 3 dias para 91,12% dos entrevistados. A expectativa de 77,7% dos usuários da DE era a de ser atendido por um médico. O estudo apontou a necessidade de melhorar a compreensão da população adstrita à USF sobre a Estratégia Saúde da Família e de qualificar o processo de trabalho da equipe.

Palavras-Chave: Demanda espontânea, Acolhimento, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada no Brasil em 1994 é hoje norteadora da política de saúde da atenção primária em todo o país. É um dos eixos estruturantes do SUS. Com o propósito de se focar no indivíduo e não na doença, tem a atenção centrada no indivíduo dentro de um contexto familiar, sem perder de vista os determinantes sociais¹.

Destaca-se que a ESF não é capaz de oferecer atenção integral em todas as situações, contudo, tem alta resolutividade, articulando diversos tipos de tecnologias. Sua proposta de trabalho é ampla, passando do individual para o coletivo, do curativo para o preventivo, pelas ações de saúde, pela demanda programada e a espontânea. Lida com situações de alta e baixa complexidade, que exigem preparo e esforço das equipes que nela trabalham.

A ESF introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde. Isto significa *não esperar a demanda chegar para intervir*, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da mesma¹.

A demanda espontânea é um dos grandes entraves para o cumprimento das pactuações feitas dentro da ESF. Encontra-se estruturada com foco na doença e na medicina curativa e possui baixa capacidade de resolver os problemas de saúde. Possui ainda uma relação custo-benefício desvantajosa².

O que significa acolher? Acolhe-se o usuário quando se faz uma triagem para uma consulta médica? Quando se decide quem tem direito a uma abordagem imediata ou quem deverá aguardar a vaga de demanda programada? Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir³.

O acolhimento nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (USF) é hoje parte integrante do processo de trabalho, garantindo o princípio da acessibilidade universal. Por ela deve-se atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde. É visto como um instrumento reorganizador do processo de trabalho, viabilizando a utilização da ESF como porta de entrada, bastando para isso que influa positivamente no padrão de utilização dos serviços pelo usuário, corroborando a longitudinalidade do cuidado, na medida em que objetiva a formação de vínculos duradouros, potencializando a integralidade e fortalecendo a coordenação do cuidado⁴.

Com a inserção do acolhimento no modelo de atenção à saúde, o conceito de porta de entrada teve que ser redefinido, não só para as profissionais, mas também para o usuário. Assim, a implantação do acolhimento pressupôs uma reorganização da recepção nas USF, enfocando a escuta qualificada com resposta adequada a cada demanda, seja dentro da própria unidade de saúde ou encaminhando para outros serviços⁵.

O acolhimento pode aumentar a utilização da ESF como *porta de entrada*, de forma positiva na medida em que consiga influir no padrão de utilização dos serviços por parte do indivíduo. Se bem organizada pode contribuir com questões sócio-organizacionais do serviço tais como: horizontalidade das relações cuidador-indivíduo, aumento da disponibilidade dos profissionais para responder às demandas, oferta de cuidados aceitáveis e adequados às reais necessidades da população^{6,7}.

Os trabalhos mais recentes mostram que existe atualmente uma grande confusão em relação à produção de uma demanda para os serviços de saúde, pois se confunde a demanda real com a imaginária. Os usuários muitas das vezes confundem procedimento com cuidado^{1,2}.

Esse comportamento dos usuários em relação aos procedimentos ocorre porque se atribui a eles, por exemplo, ao exame de alta complexidade, um valor que ele não tem que é o de produzir cuidado. O instrumento, a maquinaria, protocolos, foram venerados nos processos produtivos. A desinformação, a falta de espaços de fala e escuta entre trabalhadores e usuários, contribuem para que estes tenham entendimento distorcido do que é cuidado em saúde³.

Os usuários desconhecem o trabalho em equipe desenvolvido na ESF e poucos valorizam as práticas de cuidado, priorizando a busca pelo exame e o medicamento na USF. Por outro lado, os trabalhadores têm dificuldades na reorganização do seu processo de trabalho, sendo este fundamental para a concretização de acolhimento e vínculo⁵. Os usuários não reconhecem, ainda, as USF como espaço do exercício de micropolítica e, por isso mesmo, um lugar onde é possível produzir mudanças³. Este trabalho buscou caracterizar o perfil do usuário que comparece à demanda espontânea da USF em estudo, de forma a poder, a partir da realidade, estruturar forma de intervenção para este grupo populacional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com os usuários da demanda espontânea, cadastrados ou não, na USF do estudo, localizada no município de Vitória - ES; Brasil. Esta USF está localizada em um bairro de classe média e média alta da capital.

Foram excluídos os usuários que buscaram outros procedimentos, que não a consulta na demanda espontânea e aqueles que não concordaram em participar do estudo voluntariamente.

A coleta de dados foi realizada na sala de pré-consulta por internos do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX no período de 4 (quatro) semanas entre 07:00 e 16:00 horas, por meio de entrevista que abrangeu as seguintes variáveis de interesse: idade; sexo; estado civil; escolaridade; bairro de residência, bairro de trabalho, renda mensal; existência de plano de saúde; motivo da procura pela demanda espontânea; início dos sintomas que motivaram a vinda à demanda espontânea e profissional pelo qual gostaria de ser atendido. Após a coleta dos dados foi realizada a consolidação dos mesmos, por meio das frequências absoluta e relativa que foram apresentadas em tabelas que, em seguida, foram analisadas pelos pesquisadores.

Nessa pesquisa foram cumpridas as questões éticas constantes na Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que inclui o uso do termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Brasileira – MULTIVIX sob n.º 40/10.

RESULTADOS

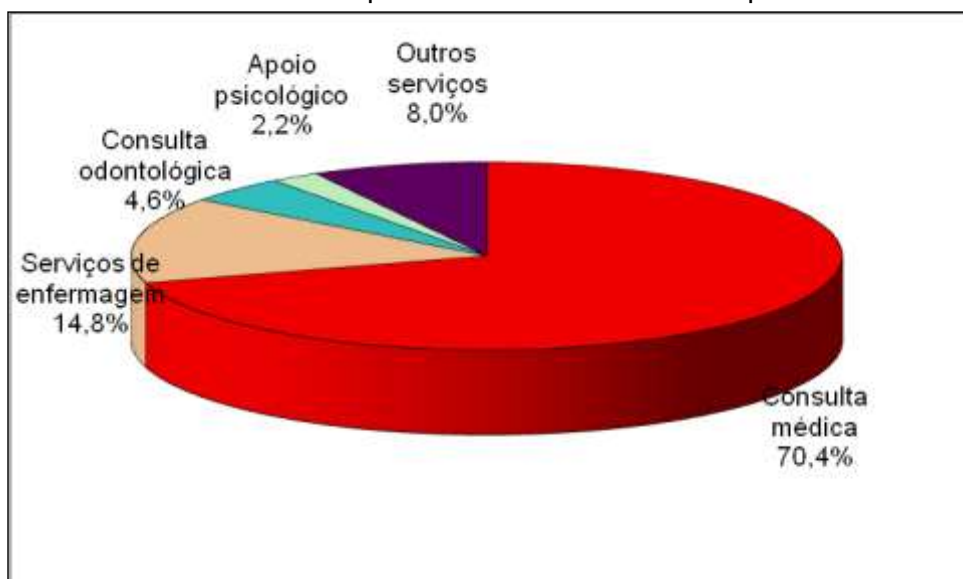
Participaram da pesquisa quinhentos e quarenta 540 usuários, com predomínio do sexo feminino (64,80%), tendo a maior parte deles idade superior a 40 anos (62,78%), estando 31,48% deles entre 40 e 49 anos. Quanto ao estado civil, 51,86% eram casados e no que diz respeito à escolaridade, 55,50% possuíam 12 ou mais anos de estudo, destacando-se ainda 3 usuários analfabetos e 16,50% que possuíam de 1 a < 9 anos de estudo. Na renda mensal observou-se que 38,33% dos usuários da DE recebiam abaixo de 3 salários mínimos. Quanto à existência de plano privado, 76,85% informaram não ter plano privado de saúde. (Tabela 1)

Tabela 1: Distribuição dos usuários da DE, segundo características sociodemográficas.

| Variável | Frequência absoluta | Frequência relativa |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 350 | 64,80% |
| Masculino | 190 | 35,20% |
| Faixa etária | | |
| < 9 anos | 91 | 16,86% |
| 10-19 anos | 37 | 6,85% |
| 20-39 anos | 73 | 13,51% |
| 40-49 anos | 170 | 31,48% |
| 50-59 anos | 88 | 16,30% |
| 60 anos ou mais | 81 | 15,00% |
| Estado civil | | |
| Solteiro (a) | 123 | 22,78% |
| Casado (a) | 280 | 51,86% |
| Divorciado (a) | 76 | 14,07% |
| Viúvo (a) | 61 | 11,29% |
| Anos de estudo | | |
| Zero anos de estudo | 3 | 0,60% |
| 1 a < 9 anos | 89 | 16,50% |
| 9 a <12 anos | 149 | 27,40% |
| ≥ 12 anos | 299 | 55,50% |
| Renda mensal | | |
| Sem renda fixa | 118 | 21,85% |
| < 3 salários mínimos | 89 | 16,48% |
| 3-6 salários mínimos | 272 | 50,38% |
| > 6 salários mínimos | 61 | 11,29% |
| Plano de saúde | | |
| Sim | 125 | 23,15% |
| Não | 415 | 76,85% |

Na análise dos motivos da busca pela DE, 70,40% procuraram para consulta médica. Os 8,00% dos usuários que procuram a DE por outros serviços, estes se referiram à solicitação de cadastros, aferição de pressão arterial e orientações gerais sobre os serviços da USF (Gráfico 1).

Gráfico 1 Motivos referidos para a busca da demanda espontânea na USF.



A maioria dos usuários da DE eram cadastrados na USF (70,38%). Em relação ao bairro de residência e bairro de trabalho, 50% residiam no bairro de abrangência da USF e 32,78% trabalhavam no mesmo. Quanto ao motivo da escolha da USF para busca de atendimento, 48,34% referiram ser perto da residência, destacando-se 13,7% que procurou a DE por achar que ali era um pronto socorro (Tabela 2).

Quanto ao início dos sintomas que os motivaram a procurar a DE, 91,12% responderam que os sintomas tinham até 3 dias de início, sendo que aqueles que informaram 1 dia de início dos sintomas corresponderam a 46,29% da população em estudo. Em relação à expectativa de atendimento profissional na DE, 77,78% informaram que procuravam ser atendidos por médicos (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos usuários da DE, segundo características selecionadas.

| Variável | Frequência absoluta | Frequência relativa |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|
| Cadastro na USF | | |
| Sim | 380 | 70,38% |
| Não | 160 | 29,62% |
| Residentes no bairro | | |
| Sim | 270 | 50,00% |
| Não | 270 | 50,00% |
| Trabalha no bairro | | |
| Sim | 177 | 32,78 |
| Não | 363 | 67,22 |
| Motivo da escolha USF | | |
| Perto da residência | 261 | 48,34% |
| Perto do trabalho | 129 | 23,89% |
| Estar na proximidade | 76 | 14,07% |
| Pensou ser Pronto Socorro | 74 | 13,70% |
| Início dos sintomas | | |
| 1 dia | 250 | 46,29% |
| 2 dias | 173 | 32,03 |
| 3 dias | 69 | 12,80% |
| Mais 1 semana | 24 | 4,45% |
| Mais de 1 mês | 11 | 2,03% |
| Mais de 1 ano | 13 | 2,40% |
| Expectativa de atendimento | | |
| Por médicos | 420 | 77,78% |
| Outros | 70 | 12,96% |
| Não responderam | 50 | 9,26% |

DISCUSSÃO

Neste estudo houve predomínio do sexo feminino (64,80%) e de casados (51,86%) na busca do atendimento da DE, corroborando o fato de que, dentre os usuários cadastrados na USF, a maioria é do sexo feminino e casadas, sendo a pouca procura por serviços de saúde por parte de homens decorrente de um modelo hegemônico de masculinidade^{8,9}.

O bairro de abrangência da USF possui maior contingente populacional na faixa etária de 40 a 49 anos, de acordo com os registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que pode justificar ser esta a faixa etária que mais procura a DE. Já a faixa etária menos representada na DE (< 1 ano) fortalece a observação da equipe de saúde da USF em estudo, que com o progressivo aumento de custo com planos de saúde, as famílias priorizam fazê-lo para os filhos menores, em detrimento dos outros membros. Colabora também, para esta baixa demanda, a ausência de um pediatra da USF. Apesar de ser também habilidade dos médicos de família o atendimento à criança, ainda faz parte da cultura da comunidade entender a presença de pediatra como necessidade de saúde.

Quanto à escolaridade, o predomínio de anos de estudo de 12 ou mais anos reflete a população da área adstrita à USF que é composta por funcionários públicos, profissionais

liberais e universitários. Este resultado foi diferente do encontrado por Elaine Tomasi et. al.⁴ quando estudou as características da utilização de serviços de atenção básica à saúde entre as regiões Sul e Nordeste do Brasil, observando predomínio de usuários com ensino fundamental incompleto (36%).

Resultado não esperado pelos pesquisadores foi o local de residência dos usuários da DE, pois se tinha a hipótese de que pelo fato do bairro de abrangência da USF possuir muitos pontos comerciais, iria ser encontrado um número significativo de usuários que trabalhavam no bairro, mas que seriam moradores de outras áreas da Região Metropolitana de Vitória, o que não ocorreu.

Um aspecto de destaque é que metade dos usuários referiu residir no bairro, mas quando se analisa o cadastramento destes usuários, 70% referiram que são cadastrados, indicando que está ocorrendo cadastramento de não moradores ou que haja usuário que acredita que para ser atendido na DE, deve omitir que mora no bairro.

Os resultados também demonstraram que os usuários demandaram a DE com diferentes necessidades, porém foram destaques as de ordem biológica, centradas na medicalização e na figura do médico. Schimith e Lima⁵ também encontraram que a realidade da população do seu estudo era o atendimento centrado no médico.

A maioria dos usuários da DE buscou o serviço com um dia de evolução do quadro clínico, quando o mesmo muitas vezes ainda não está definido, indicando que estes usuários buscam o cuidado precoce com sua saúde.

CONCLUSÃO

O estudo revelou um perfil de usuários da DE com predominância de mulheres com 12 ou mais anos de estudo, adultas, casadas e que não possuem plano privado de saúde. Destaca-se que a maioria buscou o atendimento com apenas um dia de início dos sintomas, preferindo o atendimento médico. Destacou-se o alto percentual de usuários cadastrados que deixaram de frequentar a rotina dos serviços da USF, optando pela DE, além da parcela de usuários que não conhece o funcionamento da Unidade, pois pensam ser um Pronto Socorro.

Os resultados remetem à necessidade de melhorar a compreensão da população adstrita à USF sobre a Estratégia Saúde da Família, o papel da USF e os serviços oferecidos e qualificar o processo de trabalho da equipe, segundo as necessidades da sua população de abrangência, contribuindo, assim, com a qualidade do atendimento, garantindo o acolhimento adequado, a integralidade e a equidade, princípios norteadores do SUS.

REFERÊNCIAS

1. PANIZZI, M.; FRANCO, T.B. A implantação do acolher Chapecó reorganizado o processo de trabalho. In: FRANCO, T.B. et al. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.79-109.

2. ESMERALDO, G.R.O.V. et al. Análise do acolhimento na estratégia da saúde da família sob perspectiva do usuário. **Revista APS**. v.12, n. 2, p.119-130, abr./jun. 2009.
3. ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v.10, n.2, p.106-115, jul-dez. 2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília, DF, 2010.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF; 2010
6. TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.
7. Garuzi, Miriane et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health*. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/111489>>.
8. SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.6, p.1487-1494, nov-dez, 2004.
9. MOREIRA, RLSF; FONTES, WD de; BARBOZA, TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 18, n. 4, p. 615-621, Dez. 2014.

PREVALÊNCIA DE IDOSOS COM O CARTÃO DE VACINA ATUALIZADO E O REFLEXO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO DE 2012 NA INTERNAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – VITÓRIA- ES

Alanah Sampaio Bueno¹; Camila Rapozo Salvador ¹; Gabriela Scaramussa Sonsim¹; Letícia Pereira Fiorotti¹; Yara Zucchetto Nippes¹; Tânia Mara Machado²

¹ - Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Brasileira Multivix Vitória

² - Docente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira Multivix Vitória

RESUMO

A gripe pelo vírus influenza, geralmente, está relacionada à hospitalização de idosos e possui alta taxa de mortalidade. A vacinação é um dos meios disponíveis para a prevenção da influenza e suas consequências. O estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de idosos com o cartão de vacina atualizado e o reflexo da campanha de vacinação de 2012, na população idosa em uma Unidade Básica de Saúde em Vitória – ES. A metodologia utilizada foi a visita domiciliar em parceria com os agentes comunitários de saúde para conferir o cartão de vacina dos idosos, uma vez que não havia dados da campanha de 2012 no cartão espelho de todos. Dos 92 entrevistados, obteve-se 58 (63 %) mulheres e 34 (36,95 %) homens. Do total, 44 (47,8 %) pertencem à classe D e possuem o 1º grau incompleto. 27 (29,3 %) entrevistados estão entre 74 e 79 anos. 81 (88 %) receberam a última vacina na Campanha de Vacinação realizada na Unidade de Saúde, 34 (36,95 %) adoeceram ou internaram no último ano, apenas 3 (3,2 %) com intercorrências do trato respiratório. A Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza na Unidade de Saúde teve cobertura satisfatória, porém ainda se faz necessário medidas que possam esclarecer a população idosa sobre os benefícios da vacinação.

Palavras chave: Idoso, Influenza, Campanhas de Vacinação.

ABSTRACT

The flu influenza virus usually is related to the hospitalization of the elderly and has a high mortality rate. Vaccination is the best way available for preventing influenza and its consequences. The study aimed to access the prevalence of the elderly vaccination card updated and the repercussion of the vaccination campaign in 2012 of the elderly population in the neighborhood in Vitoria - ES. The methodology used was through home visiting, with the community health workers, to check the vaccination card, since there wasn't enough information about the 2012 campaign in the Healthy Unit .Of the 92 respondents, we obtained 58 (63%) women and 34 (36,95%) men. Of the total, 44 (47,8%) belong to the class D and did not complete the elementary school. 27 (29,3%) respondents are between 74 and 79 years. 81 (88%) received the vaccine in the last vaccination campaign held at the Health Unit, 34 (36,95%) became ill or hospitalized in the past year, with only 3 (3,2%) (complications of the respiratory tract. The National Campaign Against Influenza Health Unit had a satisfactory coverage, however it is still necessary to clarify the elderly population about the benefits of vaccination.

Keywords: Elderly, Influenza, Vaccination Campaigns.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Estatuto do Idoso, artigo 9º é obrigação do estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade¹.

Por constituírem uma importante intercorrência clínicas, as doenças infecciosas, geralmente, estão relacionadas à hospitalização e à morte em idosos. Essas doenças, relacionadas ao

envelhecimento, possuem uma alta taxa de mortalidade, que parece estar relacionada à diversos fatores, que no geral incluem: menor aptidão de reserva funcional, modificações nos mecanismos de defesa (disfunção imunológica e alterações intrínsecas à fisiologia do envelhecimento) e simultaneidade de doenças crônicas degenerativas².

O comparecimento de doenças crônicas debilitantes agregadas ao envelhecimento é, sem dúvida, um fator preponderante ao se associar com o aumento do risco de morbidade e mortalidade nessa população².

Geralmente, essa associação produz modificações na expressão biológica de outras doenças e manifestações irregulares, dificultando a visualização do processo infeccioso, retardando o diagnóstico e, por conseguinte, o tratamento².

A decadência da função imune que ocorre em todos os idosos é caracterizada como imunossenescência. Ela não é decorrente de nenhuma doença de base, desnutrição, exposição a agente tóxico ou desordem genética, ela simplesmente é fisiologicamente estabelecida².

Devido à ênfase que vem sendo dada às medidas de prevenção e promoção à saúde, médicos e outros profissionais da saúde devem ser responsáveis pela orientação da população geriátrica e seus familiares quanto a necessidade da utilização deste recurso simples e de comprovado custo benefício².

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na população idosa, preconiza a utilização de três vacinas: contra influenza, infecções pneumocócicas, e tétano-difteria².

A campanha nacional de vacinação do idoso é um compromisso do governo brasileiro com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde na área de imunização³.

O Ministério da Saúde visa assim, contribuir com a prevenção de enfermidades, reduzindo a mortalidade e morbidade por doenças infecciosas imunopreveníveis e enfermidade que interferem no desenvolvimento das atividades diárias da população em foco, garantindo qualidade de vida, bem-estar e inclusão social³.

Com a presença do preconceito e a desinformação, a população idosa brasileira estava ausente dos postos de vacinação e dos serviços de medicina preventiva em geral. Sua frequência às unidades de saúde se fazia apenas mediante algum grau de sofrimento ou de doença já instalada em condições crônicas reconhecidas³.

Em 1994, foi assinada a lei 8.842, que cria a política nacional do idoso. Nessa lei, existem normas que vêm assegurar os direitos sociais das pessoas maiores de 60 anos, dando-lhes condições para autonomia e integração na sociedade⁵.

A Organização Mundial da Saúde – OMS estima que em duas décadas o Brasil será o sexto país do mundo com a maior população de idosos. Esse crescimento requer políticas públicas específicas que garantam um envelhecer saudável⁵.

Os idosos, especialmente aqueles que vivem em instituições de repouso e os portadores que doenças crônicas de base são alvos de sérias complicações pela gripe (pneumonia primária

viral pelo influenza, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca crônica e óbito)³.

Os acamados, principalmente, apresentam frequentemente astenia pós-influenza, desidratação, lesões consequentes à imobilidade e constipação intestinal. Nesta faixa etária, é comum ainda sintomas atípicos, como delírios e alterações funcionais específicas⁵.

A vacina é o melhor meio disponível para a prevenção da influenza e suas consequências. Ela proporciona redução da morbidade, diminuição da ausência no trabalho e dos gastos com medicamentos para tratamento de infecções secundárias⁵.

É essencial certificar que o Brasil é um dos poucos países que vacina, de forma gratuita, os idosos e que tem isso como direito garantido. Desde o início da campanha, no ano 2000, segundo o Ministério da Saúde, houve uma diminuição de aproximadamente 51 mil internações decorrentes de complicações da gripe, como pneumonia, ou ainda da desestabilização de doenças crônicas o que, não se pode negar, é um reflexo de ganho de qualidade de vida no envelhecimento⁴.

Sendo assim, este estudo tem o objetivo de avaliar a prevalência de idosos com o cartão de vacina atualizado e o reflexo da campanha de vacinação de 2012, nas internações da população idosa de uma Unidade Básica de Saúde em Vitória – ES.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal realizado na Unidade Básica de Saúde (USB) do Bairro República, no município de Vitória-ES. O grupo em estudo foi uma amostra da população de idosos do Bairro República, totalizando em 92 idosos. As variáveis de interesse no estudo foram sexo; idade; classe social; escolaridade; data da última vacinação; internação/adoecimento no último ano e se sim, especificá-lo. O trabalho teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo n.º 04/13 e também após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Foram escolhidos, de forma aleatória, prontuários de idosos e cartões espelho de vacina do ano de 2012, os quais foram analisados para o estudo. Os cartões espelho de vacina foram solicitados na sala de imunização da Unidade de Saúde, como também os prontuários, em dias e horários liberados pelo serviço, avaliando a vacina para influenza. A seguir, foi constatado, por meio dos prontuários, se houve doenças do aparelho respiratório (CID J09-J18), referentes à influenza, antes e depois da campanha de vacinação.

Como não havia dados da campanha do ano de 2012 no cartão espelho de todos os idosos, foi necessário realizar visita domiciliar com os agentes comunitários de saúde para conferir o cartão de vacina dos mesmos.

RESULTADOS

Dentre os 92 entrevistados, 58 (63,04%) foram mulheres e 34 (36,95%) homens. Foi possível observar que o grupo etário que mais participou da entrevista entre as mulheres foi o de 65 a 69 anos (27,58%) e também mulheres com mais de 80 anos com um total de 16 mulheres (27,58%), já entre os homens o grupo etário foi o 75 a 79 anos com um total de 13 homens (38,23%).

Tabela 1: Frequência absoluta e percentual segundo sexo e faixa etária – Vitória 2013

| Variável | Categoria | N | % |
|--------------|--------------|----|--------|
| Sexo | Masculino | 34 | 36,95% |
| | Feminino | 58 | 63,05% |
| | | N | % |
| Faixa etária | 60 a 64 anos | 5 | 5,43% |
| | 65 a 69 anos | 20 | 21,73% |
| | 70 a 74 anos | 17 | 18,47% |
| | 75 a 80 anos | 50 | 54,34% |

Na tabela 2 observa-se que a renda que mais se destaca é a D que representa 1 a 3 salários mínimos, com um total de 29 mulheres (50%) e 17 homens (50%).

Tabela 2: Distribuição de idosos segundo renda – Vitória 2013

| Variável | Categoria | N | % |
|----------|-----------|----|--------|
| Sexo | Masculino | 34 | 36,95% |
| | Feminino | 58 | 63,05% |
| | | N | % |
| Renda | A | 4 | 4,34% |
| | B | 18 | 19,56% |
| | C | 18 | 19,56% |
| | D | 46 | 50,00% |
| | E | 6 | 6,52% |

Tabela 3: Distribuição de idosos segundo escolaridade – Vitória 2013

| Variável | Categoria | N | % |
|--------------|---------------------|----|--------|
| Sexo | Masculino | 34 | 36,95% |
| | Feminino | 58 | 63,05% |
| | | N | % |
| Escolaridade | Nenhuma | 3 | 3,26% |
| | 1° Grau Incompleto | 44 | 47,82% |
| | 1° Grau Completo | 11 | 11,95% |
| | 2° Grau Incompleto | 7 | 7,60% |
| | 2° Grau Completo | 10 | 10,86% |
| | Superior Incompleto | 1 | 1,08% |
| | Superior Completo | 16 | 17,39% |

Na tabela 3 observa-se que tanto no sexo feminino quanto no masculino a escolaridade que mais se destaca é a de 1º grau incompleto, com um total de 29 mulheres (50%) e 15 homens (44,11%).

Tabela 4: Distribuição de idosos segundo última vacinação – Vitória 2013

| Variável | Categoria | N | % |
|------------------|------------------------|----------|----------|
| Sexo | Masculino | 34 | 36,95% |
| | Feminino | 58 | 63,05% |
| | | N | % |
| Última vacinação | Campanha da gripe 2012 | 80 | 86,95% |
| | Não vacinou | 10 | 10,86% |
| | Outras | 2* | 2,17% |

* dT e Raiva

A tabela 4 apresenta ambos os sexos segundo a última vacinação, onde 80 pessoas (86,95%) participaram da última campanha de vacinação contra influenza, 10 pessoas (10,86%) não participaram da campanha e 2 pessoas (2,17%) tomaram outros tipos de vacinas (dT e raiva), entre as pessoas vacinadas na última campanha 52 (65%) são mulheres e 28 (35%) são homens.

Tabela 5: Distribuição de idosos segundo internações – Vitória 2013

| Variáveis | Categoria | N | % |
|-------------|--------------------|----------|----------|
| Sexo | Masculino | 34 | 36,95% |
| | Feminino | 58 | 63,05% |
| | | N | % |
| Internações | Trato respiratório | 3 | 3,26% |
| | Outras internações | 30 | 32,60% |
| | Não internaram | 59 | 64,13% |

A Tabela 5 compara os sexos segundo as internações dos idosos no período de 2012 até o presente estudo. Nessa tabela observa-se que apenas 3 (3,2%) pessoas apresentaram internações relacionadas ao trato respiratório, 30 (32,6%) apresentaram outros tipos de internações e 59 (64,1%) pessoas não apresentaram nenhum tipo de internação. Das internações relacionadas ao trato respiratório, 2 (66,6%) foram mulheres e 1 (33,3%) homem.

DISCUSSÃO

O sexo predominante foi de mulheres com 65 a 69 anos e também com mais de 80 anos. A renda que mais se destaca é a D que representa 1 a 3 salários mínimos e tanto no sexo feminino quanto no masculino a escolaridade que mais se destaca é a de 1º grau incompleto. De acordo com Francisco, et al (2006), a maior adesão à vacinação contra a gripe foi observada entre os indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos. Desagregando as faixas

etárias, o grupo de 70 a 74 anos apresentou o maior percentual de adesão à vacinação (74,8%). Entre aqueles de 75 a 79 anos, esse percentual foi de 68,9%. Ainda de acordo com esse estudo, não houve diferença estatística entre os sexos quanto à realização ou não de vacina ($p = 0,52$).

O estudo realizado por Donalizio; Ruiz e Cordeiro (2006) foi observado menor percentual de vacinados entre os idosos na faixa etária de 60 a 64 anos.

De acordo com Donalizio et al citado por Francisco, (2011), em Botucatu, a renda per capita não esteve associada à vacinação contra gripe. Ainda cita que estudo realizado por Lima-Costa encontrou associação entre a renda pessoal mensal (de R\$240,00 a R\$499,00) e a vacinação apenas na análise simples.

De acordo com Berquó e Baeninger citado por Francisco et al (2006) a baixa escolaridade da população idosa, remete um tempo em que as chances à escola eram regidas por classes sociais e gênero.

A maioria dos idosos não apresentou nenhum tipo de internação no ano de 2013 e os que internaram a menor parcela foi relacionadas ao trato respiratório. Segundo Sarriá e Timoner citados por Ferrer et al. (2008) alguns estudos apontam, por exemplo, que a vacina contra *influenza* reduz em 30 a 70% a hospitalização por pneumonia, *influenza* e doenças respiratórias crônicas em idosos que vivem fora de asilos.

Segundo Margolis, Nichol et al. (1990) citado por Donalizio; Ramalheira e Cordeiro (2000) a apresentação de sintomas respiratórios tem relatado como coincidência no período pós-vacinal, não diferenciando os grupos placebo e imunizados com a vacina.

Estudos de Fierbach (1992) e Roy (1996), citado por Donalizio; Ramalheira e Cordeiro (2000). a idéia de que os efeitos adversos podem ocorrer, tem sido apontada como um fator que contribui para as baixas coberturas vacinais. Geralmente atribuem-se à imunização, sintomas que nem sempre são associados verdadeiramente à vacina. Estudos sobre a percepção e representação dos sintomas após vacinação podem elucidar alguns motivos da baixa cobertura vacinal e auxiliar em práticas educativas mais específicas.

CONCLUSÃO

A cobertura na Unidade de Saúde na campanha no ano de 2012 atingiu a meta esperada (86,95%) e os idosos que não vacinaram relataram que o motivo não foi o fato de não estarem informados, mas sim pelo receio de adoecerem e de não acharem necessário.

A conscientização e informações gerais sobre a vacina deveriam ser mais bem divulgadas pelo território brasileiro, assim como todas as formas de prevenção primária. Evitar o surgimento de uma doença, principalmente na população idosa, reflete em uma boa qualidade e expectativa de vida. Ainda se faz necessário medidas que possam esclarecer melhor a população idosa sobre os benefícios da vacinação.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei Federal n.º 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do idoso. **Diário Oficial da União**. 5.ed. Brasília, 2010.
2. CAÇÃO, J.C.; GODOY, M.R.P.; BOAS, P.J.F.V. Vacinação em idosos: dados atuais. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 3., 2003, São Paulo. São Paulo: Sociedade Paulista de Geriatria e Gerontologia, 2003.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações**. Informe técnico, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_vacina_2007_idoso.pdf. Acesso em: 15 agos. 2012.
4. DIREITO DO IDOSO. Direito à saúde inclui vacina para idosos. Disponível em: <http://direitoidoso.braslink.com/index.html>. Acesso em: 15 agos. 2012.
5. DONALISIO, M.R.; FRANCISCO, P.M.S.B.; LATORE, M.R.D.O. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos antes e depois das campanhas de vacinação contra influenza no Estado de São Paulo – 1980 a 2004. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo, v.9, n.1, p.21-34, 2006.
6. FRANCISCO, P.M.S.B. et al. Vacinação contra influenza em idosos por área de residência: prevalência e fatores associados. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo, v.9, n.2, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2013.
7. FERRER, A.L.M.; MARCON, S.S.; SANTANA, R.G. Morbidade hospitalar em idosos antes e após vacinação contra influenza no estado do Paraná. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v.16, n.5, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2013.
8. BRITO, F.C. et al. Campanha de vacinação de idosos e levantamento de dados para o sistema local de informações do SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**. São Paulo, n.47, 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2013.
9. DONALISIO, M.R.; RAMALHEIRA, R.M.; CORDEIRO, R. Eventos adversos após vacinação contra influenza em idosos, Distrito de Campinas, SP, 2000. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** São Paulo, v.36, n.4, p.467-471, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2013.

PREVALÊNCIA DO SUBDIAGNÓSTICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Lucas M. Ramos¹, Newton L.F. Filho¹, Paollo F. Loures¹, Pedro H. de P. N. Pinto¹, Tiago T. Pimentel¹, Rafael C. Martins²

1 - Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX.

2 - Professor de Clínica Médica da Faculdade Brasileira – MULTIVIX.

RESUMO

O estudo visa demonstrar a importância do diagnóstico precoce e do conhecimento sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), frente à alta prevalência do subdiagnóstico e suas complicações. A DPOC, representa a quarta causa principal de morte no mundo com expectativa de em 20 anos se tornar a terceira. É mais prevalente no sexo masculino, porém estudos demonstram que os casos em mulheres vêm aumentando. As principais etiologias são tabagismo, exposição a fatores ocupacionais e componentes genéticos. A doença abrange três processos patológicos distintos: enfisema, bronquite crônica e obstrução de pequenas vias aéreas. O enfisema corresponde ao aumento irreversível dos espaços aéreos distalmente ao bronquíolo terminal, acompanhada por destruição de suas paredes sem fibrose óbvia. A bronquite crônica é caracterizada por tosse persistente com produção de escarro por, no mínimo, 3 meses em pelo menos 2 anos consecutivos, na ausência de qualquer outra causa identificável. O subdiagnóstico da doença é significativo e limita seu controle. Há grande discordância entre achados clínicos e espirométricos, derivados de conhecimento limitado sobre os aspectos da doença por parte de profissionais de saúde. A doença em grande parte está relacionada com diferentes comorbidades, fator que agrava seu curso e dificulta seu controle. O diagnóstico funcional é dado pela espirometria, porém os achados clínicos devem ser considerados. O tratamento se baseia em cessar a exposição aos fatores de risco, além de terapia medicamentosa específica.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; DPOC; Subdiagnóstico; Enfisema Pulmonar; Bronquite Crônica.

ABSTRACT

Study aims to demonstrate the importance of early diagnosis and knowledge of the COPD, front of the high prevalence of under-diagnosis and its complications. Today is the fourth leading cause of death worldwide with expectation in 20 years become the third. It is more prevalent in males, but studies have shown that cases in women have been increasing. The main causes are smoking, exposure to occupational factors and genetic components. The disease involves three distinct pathological processes: emphysema, chronic bronchitis and small airway obstruction. Emphysema corresponds to the irreversible increase in distal airspaces to bronchioles terminal, accompanied by destruction of their walls without obvious fibrosis. Chronic bronchitis is characterized by persistent cough with expectoration for at least 3 months in at least two consecutive years in the absence of any other identifiable cause. The under-diagnosis of the entity is significant and limits the control. There is great disagreement between clinical and spirometric findings, limited knowledge of the aspects of the disease by professionals. The disease is largely related to different comorbidities, a factor that aggravates its course and its control. The functional diagnosis is given by spirometry, but the clinical findings should be considered. The treatment is based on cessation of exposure to risk factors, and specific drug therapy. Key Words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD; Subdiagnosis; Pulmonary Emphysema; Chronic Bronchitis.

INTRODUÇÃO

O termo Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é utilizado para descrever a obstrução lentamente progressiva das vias aéreas e se relaciona na maioria das vezes ao tabagismo. Possui característica irreversível e abrange três processos patológicos distintos: enfisema,

bronquite crônica e obstrução de pequenas vias aéreas (GOLDMAN et al., 2009). A exposição à fumaça dos cigarros pode afetar, portanto, as vias aéreas inferiores de grandes e pequenos calibres, além dos espaços alveolares. As alterações das grandes vias aéreas provocam tosse e expectoração, enquanto as anormalidades das pequenas vias e dos alvéolos são responsáveis pelas alterações fisiológicas (KASPER et al., 2008).

Frequentemente a DPOC é subdiagnosticada e subtratada. No Brasil, o estudo PLATINO realizado na cidade de São Paulo identificou que 87,5% dos portadores da doença nunca haviam recebido o diagnóstico médico prévio (MENEZES et al., 2005). É interessante observar que a situação do subdiagnóstico da DPOC é um problema mundial, embora seja mais grave nos países em desenvolvimento (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

REVISÃO DA LITERATURA

A DPOC, quarta causa principal de morte no mundo (World Health Report, 2000) e quinta maior de internação em pacientes com mais de quarenta anos no Brasil (MENEZES et al., 2005), representa um importante desafio de saúde pública na atualidade, com possibilidades preventivas e de tratamento. Parcela significativa da população sofre desta doença durante anos e morre prematuramente a partir dela e de suas complicações. Em termos globais o número de casos está projetado para aumentar nas últimas décadas, em vista da exposição contínua a fatores de risco e do envelhecimento populacional (World Health Report, 2000).

Estudos evidenciam que a prevalência da DPOC reflete os hábitos tabagistas da sociedade, que cresceram de forma constante em homens até a década de 90 e em seguida se estabilizaram (GOLDMAN et al., 2009), sendo que nos últimos nove anos, obteve queda de 30,7%, e hoje em dia 10,8% dos brasileiros se declaram fumantes (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015). A prevalência em mulheres aumentou nas últimas décadas devido às taxas crescentes de tabagismo neste gênero. Não é comum o desenvolvimento da condição clínica sem história prévia de tabagismo, em quantidades menores que vinte maços/ano, e a maioria dos pacientes acometidos têm exposição mínima de quarenta maços/ano (GOLDMAN et al., 2009). Estima-se que cerca de 6% a 15,8% da população geral com mais de quarenta anos de idade sejam afetados por esta doença (MENEZES et al., 2005).

A doença, que hoje figura como a quarta principal causa de morte no mundo, se comporte como a terceira causa nos próximos vinte anos (PESSOA; PESSOA, 2005). Um estudo realizado no Rio Grande do Sul - Brasil com 520 pacientes, publicado em 2015, estudou as comorbidades ligadas ao DPOC e seus efeitos na taxa de mortalidade pela doença. Dentre as mais observadas estavam Hipertensão arterial sistêmica, a doença cardíaca, a dislipidemia, o diabetes melito, a obesidade, a desnutrição, a osteoporose e o câncer, nesta ordem. Cabe dizer que, dos pacientes estudados, 68,1% tinham três ou mais comorbidades (BOTTEGA, 2014). Por outro lado, é importante citar que algumas doenças podem apresentar seu curso agravado a partir do subdiagnóstico em DPOC. Pesquisa realizada em diferentes países da América Latina, em 2010, constatou que o subdiagnóstico de DPOC é importante fator limitante no controle da Hipertensão arterial sistêmica, o que dificulta atuação de centros de atenção primária no manejo da doença (PEREIRA, 2013).

Outro conjunto de causas de DPOC no mundo deriva de aspectos ocupacionais. No Brasil, estudo realizado com 887 pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de Goiás entre 2004 e 2006 concluiu que a exposição à fumaça de fogão a lenha se relaciona ao diagnóstico de DPOC principalmente em mulheres, o que representa dado relevante em âmbito brasileiro, haja vista que é estimado que cerca de 17% da população utiliza este tipo de fogão na residência (MOREIRA, 2008).

Enfisema Pulmonar

Corresponde ao aumento irreversível dos espaços aéreos distalmente ao bronquíolo terminal, acompanhada por destruição de suas paredes sem fibrose óbvia. Sua incidência está intimamente relacionada ao hábito intenso de fumar cigarros. Os tipos de enfisema são estabelecidos de acordo com sua distribuição anatômica no lóbulo (agrupamento de ácinos, unidades respiratórias terminais) (KUMAR et al., 2010).

O enfisema centroacinar é mais comumente associado ao tabagismo. O enfisema panlobular (panacinar) é causado pela deficiência de α 1-antitripsina (A1 AT), um distúrbio hereditário que envolve o cromossomo 14. Neste tipo de enfisema há uma destruição generalizada do tecido alveolar, mais acentuada nas bases pulmonares. A histomorfologia do enfisema centroacinar e a da panlobular são semelhantes. Com a destruição progressiva, ocorre a formação de bolhas (dilatação do espaço aéreo acima de 1 mm). Essas duas formas de enfisema são classificadas como difusas e levam à incapacidade pulmonar (FISHER, 2011).

O enfisema distal poupa a porção proximal está normal e a parte distal é predominantemente envolvida. Este é mais notável nas áreas adjacentes à pleura e nas margens do lóbulo e ocorre em locais adjacentes a áreas de fibrose, cicatrização ou atelectasia, sendo mais severo na metade superior dos pulmões. Provavelmente figura como a base de muitos casos de pneumotórax espontâneo em adultos jovens.

O enfisema irregular em que o ácino é envolvido irregularmente, está quase sempre associado à uma cicatrização, como em casos de tuberculose pulmonar. Na maioria dos casos, são assintomáticos (KUMAR et al., 2010).

A patogenia se estabelece como uma inflamação crônica leve em todas as vias aéreas, parênquima e vasculatura pulmonar. Macrófagos, linfócitos T CD8+ e CD4+ e neutrófilos estão aumentados em várias partes do pulmão. Liberam vários mediadores (leucotrieno B4, IL-8, TNF e outros) que são capazes de danificar as estruturas pulmonares ou manter uma inflamação neutrofílica. A hipótese mais aceita para a destruição das paredes alveolares é o mecanismo de protease-antiprotease, auxiliado e estimulado pelo desequilíbrio de oxidantes e antioxidantes.

O tabagismo desempenha papel essencial na perpetuação do desequilíbrio de oxidantes-antioxidantes (KUMAR et al., 2010). O tabagismo crônico expõe a árvore respiratória às espécies reativas de oxigênio (ROS), resultando em estresse oxidativo e lesão. Isso desencadeia a produção de ROS e peroxidação lipídica com conseqüente inflamação. Ocorre aumento da expressão de 4-hidroxi-2-nonenal, um produto de peroxidação lipídica, nas vias aéreas de epitélio alveolar dos pacientes com DPOC (GHIO et al., 2008).

O curso clínico clássico não exibe manifestações até que um terço do parênquima pulmonar funcionante esteja lesado. Há dispneia, que começa insidiosa e alguns pacientes apresentam tosse e sibilo como as queixas principais. Há também perda de peso, tórax em forma de barril, com prolongamento da expiração. Os pacientes enfisematosos podem hiperventilar e permanecer bem oxigenados, sendo chamados de “sopradros rosados”. A morte na maioria dos pacientes é decorrente de acidose respiratória e coma; insuficiência cardíaca direita; colapso maciço dos pulmões; insuficiência respiratória crônica; e infecções respiratórias de repetição (KUMAR et al., 2010).

Bronquite Crônica

É caracterizada por tosse persistente com produção de escarro por, no mínimo, 3 meses em pelo menos 2 anos consecutivos, na ausência de qualquer outra causa identificável. Complicações possíveis dessa condição são: progressão para DPOC; cor pulmonale e insuficiência cardíaca; causar metaplasia e displasia do epitélio respiratório (KUMAR et al., 2010).

Embora o tabagismo seja a principal causa de bronquite crônica, outras causas incluem-se, como a poluição do ar e a exposição ocupacional. Estas exposições levam à inalação de partículas e oxidantes, que culminam em uma patologia comum, independente da etiologia. Exame macroscópico do tecido pulmonar em paciente com bronquite crônica mostra paredes brônquicas espessadas, com estreitamento luminal e obstrução mucosa ou mucopurulenta nas vias aéreas. Microscopicamente estes resultados correspondem à hiperplasia das células caliciformes, espessamento da membrana basal subepitelial, fibrose da parede brônquica e hiperplasia das glândulas seromucinosas subepiteliais. A infiltração inflamatória crônica e a metaplasia escamosa do epitélio também podem ser vistas (FISHER, 2011).

Pode ocorrer, além das complicações citadas anteriormente, infecções secundárias, haja vista que o uso de cigarro interfere na atividade ciliar do epitélio respiratório, podendo causar lesão direta do epitélio com conseqüente inibição da capacidade de eliminação de bactérias (KUMAR et al., 2010). O aumento de células TCD8 e macrófagos tem sido encontrado em biópsias brônquicas de indivíduo com bronquite crônica (GOLD, 2011).

O curso clínico da bronquite crônica envolve tosse persistente com produção de escarro, eventuais episódios de dispneia ao esforço. Além disso, pode-se ter hipercapnia, hipoxemia e cianose leve, sendo os pacientes clássicos da doença conhecidos como “inchados azuis” (KUMAR et al., 2010).

Subdiagnóstico

O subdiagnóstico em DPOC é um dos grandes limitadores para o controle dessa enfermidade e sua prevalência é significativa em vários países. Por esse fator, é objeto de estudos com a população. Em estudo realizado em Lisboa – Portugal, a prevalência de DPOC na população estudada foi estimada em 14,2%, porém, antes do diagnóstico, observou-se grande discordância entre os achados clínicos e espirométricos, com mais acurácia e relação de dependência ao diagnóstico para o exame de espirometria. Nesse contexto, valorizou-se a

necessidade de aumentar o grau de conhecimento de profissionais de saúde a respeito da doença, devido a quantidade de 86,8% de subdiagnósticos (BARBARA, 2013). Outro estudo que analisou o conhecimento de profissionais de saúde acerca do tema foi realizado na Universidade Federal de Goiás, e demonstrou que no Brasil também há déficits de conhecimento dos aspectos clínicos da doença, o que favorece ao subdiagnóstico, além de supervalorização e dependência aos métodos complementares (MENEZES et al., 2006).

Diversos estudos no Brasil observaram a prevalência do subdiagnóstico da enfermidade. O compilamento destes, realizados principalmente nos últimos dez anos nas diferentes regiões do país, evidenciou majoritariamente que pacientes de 40 anos, com dados clínicos condizentes com DPOC previamente e exposição prolongada a fatores de risco obtiveram diagnóstico durante as pesquisas. Desse modo, se estabeleceu uma média de 70% na prevalência de subdiagnóstico nos casos observados (QUEIROZ et al., 2012). Especificamente, o estudo PLATINO, realizado em São Paulo com 1000 pacientes acompanhados durante nove anos, observou que o subdiagnóstico está ligado ao perfil clínico com poucos sintomas respiratórios e melhor função pulmonar, o que demanda exame clínico minucioso e conhecimento teórico-prático sobre o curso da doença por parte de profissionais da saúde (MOREIRA et al., 2014).

CONCLUSÃO

Após minuciosa análise de estudos sobre a prevalência da DPOC, ficou evidenciado que este é um grave problema de saúde pública, e que ainda resulta em uma alta morbi-mortalidade para seus portadores, devido principalmente aos hábitos tabagistas da população. O curso clínico da doença e seu subdiagnóstico trazem prejuízos tanto para o paciente quanto para seus familiares, sociedade e governo.

Atualmente no Brasil, apesar da queda de 30,7% do número de fumantes declarados, temos em nossa população 10,8% de brasileiros que ainda fumam. Por mais que as estatísticas apontem uma melhora deste cenário, as perspectivas são de um aumento do número de casos, tornando necessário um aprimoramento tanto da prevenção quanto da abordagem médica para diagnóstico e tratamento precoces da doença.

Portanto, é de fundamental importância, o conhecimento do curso clínico da DPOC, devido a sua progressão insidiosa e de característica irreversível. Sob esta ótica, é relevante que no Brasil haja aprofundamento na questão, para avaliar causas, efeitos e traçar linhas de atuação.

REFERÊNCIAS

BÁRBARA C. et al. Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lisbon, Portugal: The burden of obstructive lung disease study. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, v. 19, May–June 2013, Pages 96-105.

BOTTEGA, T. S. (2014). Comorbidades e mortalidade na doença pulmonar obstrutiva crônica. (Thesis). Universidade do Rio Grande do Sul.

FISHER, B.M. et al. Pathogenic triad in COPD: oxidative stress, protease-antiprotease imbalance, and inflammation. *International Journal of COPD*, v. 6, p. 413-421, 2011.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

GHIO, J.A. et al. Particulate matter in cigarette smoke alters homeostasis to produce a biological effect. *Am J Resp Crit Care Med*, v. 1778, p. 1130-1138, 2008.

GOLD. GLOBAL INICIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2011. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (Revised 2011). Disponível em: <http://www.goldcopd.org>. Acessado em 28 de outubro de 2014, às 10 horas e 25 minutos.

GOLDMAN L, Ausiello D. Cecil, Tratado de Medicina Interna, v.1. 23ª edição, 2009, Saunders Elsevier. Cap. 87 (710-718).

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/numero_fumantes_cai_30_virgula_sete_por_cento_em_nove_anos>. Acessado em 29 de abril de 2016, às 10 horas e 23 minutos.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/numero_fumantes_cai_30_virgula_sete_por_cento_em_nove_anos>. Acessado em 29 de abril de 2016, às 10 horas e 23 minutos.

KASPER, DL. et al. Harrison Medicina Interna, v.2. 17ª. Edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008.

KUMAR,V; Abbas, A. K; Fausto, N.; Aster, J.C. Robbins & Cotran: Patologia -Bases Patológicas das Doenças. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MENEZES AM. et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005; 366:1875–81.

MENEZES AMB, organizadora. PLATINO: Projeto Latino-Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar. Montevideo: Associação Latino-Americana de Tórax; 2006.

MOREIRA, Maria Auxiliadora Carmo et al . Estudo comparativo de sintomas respiratórios e função pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica relacionada à exposição à fumaça de lenha e de tabaco. *J. bras. pneumol.*, São Paulo , v. 34, n. 9, p. 667-674, Sept. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000900006&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2016.

PEREIRA, Sheila Alves. Prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e de seu subdiagnóstico em pacientes hipertensos do Programa HIPERDIA de uma unidade de atenção primária à saúde na cidade de Goiânia. 2013. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde (FM)) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

PESSOA CLC, PESSOA RS. Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. *Pulmão RJ - Atualizações Temáticas* 2009;1(1):7-12.

QUEIROZ, Maria Conceição de Castro Antonelli Monteiro de; MOREIRA, Maria Auxiliadora Carmo; RABAHI, Marcelo Fouad. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em

Aparecida de Goiânia, Goiás. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 38, n. 6, p. 692-699, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000600003&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2016.

World Health Report. Geneva: World Health Organization. Available from URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm>; 2000. Acessado em 23 de outubro de 2014, às 16 horas e 35 minutos.