

1º TRIMESTRE 2011 N.º 29

REVISTA DE SAÚDE AMATO LUSITANO





ULS

Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE



REVISTA DE SAÚDE
AMATO
LUSITANO



AMATO LUSITANO

REVISTA DE SAÚDE

PROPRIEDADE

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Anotada no Instituto da Comunicação Social
Depósito Legal - 105483/96
eISSN - 2182-2603

CONTACTOS

Av. Pedro Álvares Cabral 6000-085 Castelo Branco
rsal@ulscb.min-saude.pt
272 000 245 (Patricia Minhós)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Doutor Alves de Moura (Medicina Interna)
Prof. Doutor Alberto Barros (Genética)
Prof. Doutor Artur Paiva (Cuidados Intensivos)
Prof. Doutor Daniel Serrão (Ética)
Prof. Doutor Filipe Caseiro Alves (Imagiologia)
Prof. Doutor Guilherme Tralhão (Cirurgia)
Prof. Doutor Massano Cardoso (Epid./Med. Preventiva)
Prof. Doutor Nascimento Costa (Medicina Interna)
Prof. Doutora Paula Sapeta (Enf. Médico Cirúrgica/Cuidados Paliativos)
Prof. Doutor Rui Marinho (Hepatologia)
Prof. Doutor Sérgio Deodato (Direito da Saúde)
Dra. Almerinda Silva (Pediatria)
Dra. Ângela Trindade (Enfermagem Saúde Materno-Infantil)
Dr. António João (Gestão de Serviços de Saúde)
Dr. António Lourenço Marques (Cuidados Paliativos)
Dra. Arnandina Loureiro (Cirurgia Geral)
Dr. Augusto Lourenço (Cirurgia Geral)
Dra. Beatriz Craveiro Lopes (Dor)
Dr. Carlos Gomes (Saúde Mental)
Dr. Carlos Maia (Enfermagem Reabilitação)
Dra. Emília Bengala (Enfermagem Saúde Infantil)
Dr. Ernesto Rocha (Nefrologia)
Dra. Helena Garcia (Anatomia Patológica)
Dr. João Fonseca (Urologia)
Dr. João Frederico (Cuidados Intensivos)
Dr. João Morais (Cardiologia)
Dr. Luís Correia (Gestão)
Dr. Pedro Henriques (Medicina Interna)
Dr. Reis Pereira (Medicina Interna)
Dra. Rute Crisóstomo (Fisioterapia)
Dr. Sanches Pires (Medicina Geral e Familiar)
Dra. Sandra Queimado (Farmácia)
Dr. Sérgio Barroso (Oncologia)

DIRECTOR

Dr. António Banhudo

SUB DIRECTOR

Enf. Francisco Henriques

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Doutor Carlos Almeida
Dra. Ana Maria Correia
Dra. Ana Maria Quelhas
Dr. António Gouveia
Dra. Maria Eufémia Calmeiro
Dra. Isabel Duque
Dra. Maria Eugénia André
Dr. Pedro Silva Vaz

CONSELHO REDACTORIAL

Prof. Doutor Manuel Nunes
Dra. Ana Caldeira
Enf. André Mendes
Dr. Carlos Lozoya
Dra. Gina Melo
Dr. Joaquim Serrasqueiro
Dr. Jorge Monteiro
Dra. Rita Crisóstomo
Dra. Rita Resende
Dra. Rosa Silva
Dr. Rui Alves Filipe
Dr. Rui Sousa
Dra. Tânia Gonçalves

INDICE

ARTIGO ORIGINAL - PÁG. 6 A PÁG. 9

Qualidade de Vida percebida pelos Pacientes do Hospital de Dia de Oncologia da ULS de Castelo Branco

ARTIGO ORIGINAL - PÁG. 10 A PÁG. 15

Riscos para Excesso de Peso e Obesidade
Estudo de Alunos do 1º Ciclo

ARTIGO DE REVISÃO - PÁG. 16 A PÁG. 20

Angiografia e Perfusão Cerebral por Tomografia Computorizada no estudo do Acidente Vascular Cerebral Isquémico

ARTIGO DE REVISÃO - PÁG. 21 A PÁG. 25

Reabilitação Cardíaca...
O Papel do Enfermeiro

CASO CLÍNICO - PÁG. 26 A PÁG. 27

Hidatidose Hepática
Apresentação clínica, conduta e terapêutica

IMAGENS EM MEDICINA - PÁG 28 A PÁG. 29

Pé Diabético
Tratamento em regime de ambulatório

IMAGENS EM MEDICINA - PÁG 30 A PÁG. 31

Hemorragia digestiva de causa rara: 2 casos a mesma etiologia

DOSSIER ESPECIAL - PÁG. 30 A PÁG. 38

Dossier Especial



Editorial



Dr. António Bahudo

Com o presente número da nossa Revista de Saúde Amato Lusitano aderimos à metodologia de publicação electrónica. Esta opção foi ditada por imperativos de racionalidade económica, aproveitando, simultaneamente, a reformulação do portal do Hospital Amato Lusitano, doravante integrado na ULS de Castelo Branco, como suporte para publicação dos futuros números. Estamos conscientes da responsabilidade acrescida traduzida na maior acessibilidade às publicações e, por essa razão seremos norteados pelo rigor, na selecção e revisão dos artigos que nos forem submetidos. Contamos com a dedicação do corpo de revisores externos e daqueles que integram os Conselhos renovados. Procuraremos manter a linha editorial, o carácter transversal e abrangente do conhecimento científico nas diversas áreas da saúde, que ganhou a adesão de leitores e autores de artigos. Aproveito a oportunidade para agradecer a todos os profissionais que aceitaram integrar os vários Conselhos da Revista de Saúde Amato Lusitano e ao Conselho de Administração da ULS pelo incentivo e disponibilidade em colaborar. O passo que agora demos permitirá manter a periodicidade da publicação. Sonhamos com a indexação, sabemos que é difícil mas não impossível..... O sonho comanda a vida....



QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA PELOS PACIENTES DO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA ULS DE CASTELO BRANCO

Quality of life perceived by the patients at the Oncology Day Care Hospital of the ULS of Castelo Branco

Sara MORGADO NUNES¹, Helena SANTOS², Paula SERRA², Elisabete MENDES², Sandra DUARTE², Rita RESENDE³

SUMÁRIO

A avaliação da Qualidade de Vida em pacientes oncológicos vem assumindo um grau de importância crescente tanto na prática clínica como no âmbito da investigação relacionada com os cuidados de saúde. O presente estudo consistiu na avaliação longitudinal da Qualidade de Vida de um grupo de 41 pacientes em quimioterapia a ser seguidos no Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, desde o início do tratamento até 2 meses após o final dos tratamentos. O instrumento utilizado foi a tradução validada em português do Rotterdam Symptom Check List (RSCL) que é um instrumento especificamente destinado a pacientes oncológicos. O estudo evidenciou um agravamento dos sintomas ao nível físico ao longo do tratamento, o que não se reflecte contudo numa diminuição ao nível da qualidade de vida global percebida por estes pacientes.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Cancro e RSCL.

Correspondência do Autor: Sara Morgado Nunes
Email: sara@ipcb.pt
Aceite em: 13/01/2011

ABSTRACT

Evaluating of Quality of Life in oncology patients has become an important aim both in clinical practice as in research related to health care. This study was based on a longitudinal assessment of Quality of Life in a group of 41 patients receiving chemotherapy, followed in the Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco since the start of treatment until two months after treatment ends. The instrument used was the portuguese version of the Rotterdam Symptom Check List (RSCL), a specific instrument to evaluate Quality of Life in cancer patients. The study showed a worsening of symptoms at the physical dimension throughout the treatment, which however is not reflected in a decrease of perceived overall quality of life for these patients.

Key-Words: Health Related Quality of Life, Cancer and RSCL.

1. INTRODUÇÃO

Vários pacientes relatam que, estar sentado diante de um médico e ouvir a palavra "cancro" é uma experiência que desperta medo e incerteza. Várias pessoas que viveram esta situação referem que, depois de ouvir o diagnóstico, foram incapazes de assimilar a informação que lhes foi transmitida em seguida. A doença oncológica apresenta ainda um carácter altamente estigmatizante na sociedade, que é sentido de forma muito peculiar pelo paciente e sua família. Na realidade, a esta doença associam-se níveis de mortalidade significativos que variam em função do

tipo de neoplasia em causa e do estadio em que se encontra. Assim, a incerteza do diagnóstico, prognóstico, o medo do sofrimento físico e psicológico, levantam importantes questões ao nível da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) destes pacientes^{1,2}.

O sucesso da terapia oncológica descreve-se muitas vezes em termos de sobrevivência e complicações. Ao utilizar unicamente tais parâmetros, está a ignorar-se toda a complexidade que caracteriza a doença oncológica. O paciente possui uma percepção muito mais global de todos os eventos relacionados

¹ DOUTORADA EM ESTATÍSTICA APLICADA, PROFESSORA ADJUNTA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

² LICENCIADA EM ENFERMAGEM, A EXERCER FUNÇÕES NO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

³ ASSISTENTE GRADUADA DE MEDICINA INTERNA, RESPONSÁVEL PELO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO



com a sua doença uma vez que estes assumem um papel central na sua vivência. O choque produzido pelo diagnóstico, a dor, o stress resultante das terapêuticas, as restrições inerentes ao desempenho físico e intelectual, as limitações ao nível das actividades diárias, a estigmatização social, a vivência de situações que colocam em risco a própria vida ou que diminuem a esperança de vida, são parâmetros que devem ser considerados. Assume por isso grande importância a avaliação da QVRS do paciente, a qual deve constituir um objectivo central sempre que se estabelece uma estratégia terapêutica para um paciente oncológico³⁻⁶.

Neste sentido, Efficace *et al*⁷ destacam que, do ponto de vista psicológico e antropológico, interessa entender a percepção que o paciente possui da sua doença e não apenas a doença que realmente tem. Muitas vezes os profissionais de saúde tendem a centrar-se na própria doença, tentando tratá-la, e dando pouca atenção à percepção que de facto o paciente possui sobre a mesma. Na mesma linha, Pimentel⁴ destaca a necessidade de avaliar QVRS, especialmente em pacientes oncológicos, de forma a conhecer a percepção do impacto da doença e dos tratamentos no dia-a-dia do paciente. Os eventos a que um paciente oncológico está exposto (sinais, sintomas, efeitos colaterais, experiências traumáticas, benefícios da terapia) formam um tecido complexo que vai sendo integrado pelo paciente. A importância que este atribui a cada um destes eventos, influencia os domínios físico e psicológico da QVRS, repercutindo-se tais influências nos domínios social e económico. Um conhecimento mais profundo proporcionado pela avaliação da QVRS contribuirá certamente para uma melhoria dos procedimentos terapêuticos a utilizar⁸.

Com este estudo pretendemos avaliar a auto percepção que um grupo de pacientes oncológicos em tratamento possuem relativamente à sua QVRS durante o processo de quimioterapia.

2. MÉTODO E INSTRUMENTOS AMOSTRA

O estudo realizado foi descritivo, longitudinal e observacional e foi levado a efeito a partir de uma amostra de 41 pacientes com diversos diagnósticos de neoplasias, a ser seguidos no Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco entre Setembro de 2007 e Setembro de 2009. Os dados foram recolhidos no início do tratamento de

quimioterapia, a meio dos ciclos de quimioterapia e dois meses após a última sessão de quimioterapia. Dos 41 pacientes que integravam inicialmente a amostra, 6 faleceram durante o estudo, não completando as três recolhas de dados. Todos os pacientes foram informados acerca do objectivo do estudo no qual eram livres de participar, foi garantida a confidencialidade da informação solicitada e preenchido o consentimento informado.

A amostra em estudo era maioritariamente constituída por homens (63,4%), as idades dos pacientes variavam entre os 47 e os 79 anos no início do tratamento, sendo a média de idades 64,51 com um desvio padrão de 9,37. A maioria dos pacientes é casado ou vive em união de facto (87,8%) e apenas um não tem filhos. 65,9% dos pacientes encontra-se aposentado. A maior parte dos pacientes possui Estudos Primários (62,5%) ou Secundários (25,0%). 58,3% dos pacientes afirma já ter contactado com alguém com cancro e apenas 9,8% teve acompanhamento psicológico ao longo do processo de doença. A maior parte dos diagnósticos foram de carcinoma cólon-rectal (51,2%) ou gástrico (19,5%), seguindo-se o carcinoma do pulmão (19,5%), próstata (7,3%) e vesical/renal (2,4%). A maior parte dos casos foram diagnosticados em 2007 (24,4%) e 2008 (68,3%). Em 31,7% dos casos o peso do paciente manteve-se estável, enquanto 26,8% perdeu até 5kg, 24,4% entre 5 e 10kg e os restantes mais de 10kg. Relativamente ao estadiamento, a maior parte dos pacientes apresentam doença metastizada (51,2%), sendo 26,6% tumores locais e os restantes loco-regionais. Todos os pacientes foram submetidos a quimioterapia, sendo em 68,3% dos casos o tratamento primário a cirurgia.

INSTRUMENTO PARA AVALIAR QUALIDADE DE VIDA

Além de um questionário que pretendia recolher informação sócio-demográfica, os pacientes preencheram o *Rotterdam Symptom Check List* (RSCL)⁹, que é uma escala especificamente destinada a avaliar sintomas físicos e psíquicos em pacientes oncológicos. Utilizou-se a versão do RSCL traduzida e validada em português de Santos *et al*⁹. Trata-se de uma escala simples constituída por 30 itens que incidem sobre diversos sintomas, mais 8 itens relativos a actividades diárias cujo objectivo é caracterizar a actividade funcional do paciente e um item final que avalia a percepção geral do paciente relativamente ao seu nível de QVRS.

Todos os itens são medidos numa escala de Likert de 4 pontos, com excepção do último cuja escala tem 7 pontos. Estes itens agrupam-se em 4 escalas: Sintomas Físicos (23 itens), Sintomas Psicológicos (7 itens), Nível de Actividade (8 itens) e QVRS Global (1 item). Os itens da Dimensão Física estão intercalados com os da Dimensão Psicológica de forma a evitar que as respostas sejam influenciadas. Para todas as escalas do RSCL, quanto mais elevada for a pontuação obtida, menor é o nível de QVRS, uma vez que reflecte a presença de mais sintomatologia.

Além dos itens que integram o RSCL, foi acrescentado um último item com o qual se pretendia obter a avaliação da QVRS Global do paciente na perspectiva do pro-

fissional de saúde, na mesma escala utilizada pelo paciente.

Os pacientes preencheram o RSCL no primeiro dia do início dos ciclos de quimioterapia, no último dia do ciclo mediano de quimioterapia e dois meses após o último tratamento.

3. RESULTADOS OBTIDOS

A análise estatística dos dados obtidos realizou-se com a versão 17.0 do *software* SPSS. O estudo realizado permitiu confirmar que o RSCL é um instrumento válido para avaliar a percepção que os pacientes em estudo têm da sua QVRS. Na análise dos resultados obtidos, iniciou-se com o cálculo das medidas de estatística descritiva básicas para todos os itens (Tabela 1).

Ao longo das três aplicações, constata-se uma tendência para um agravamento de alguns sintomas como a irritabilidade, cansaço, dores musculares, falta de energia, tonturas, formigueiros nos pés e mãos e queda de cabelo. Em particular, regista-se um aumento estatisticamente significativo entre a 1ª e a 2ª aplicação ao nível dos formigueiros nos pés e nas mãos ($p=0,009$), queda de cabelo ($p=0,001$) e ardor nos olhos ($p<0,001$). Por sua vez, entre a 2ª e 3ª aplicação, regista-se um aumento significativo das dores ($p=0,005$) e formigueiros nos pés e nas mãos ($p=0,038$). O agravamento da sintomatologia está relacionado com as doses cumulativas dos citostáticos. Ao nível das actividades diárias e da avaliação da QVRS Global, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre as três aplicações. Relativamente à avaliação Profissional de Saúde, destacamos a tendência para esta ser superior à do próprio paciente para as duas primeiras aplicações, tendendo ambas a coincidir no momento posterior ao tratamento.

Escala	Item	Aplicação					
		1ª Aplicação		2ª Aplicação		3ª Aplicação	
		n	Média	n	Média	n	Média
Sintomas Físicos (23 itens)	Falta de Espírito	41	2,91	38	1,82	35	2,08
	Irritabilidade	39	2,83	37	3,18	35	2,40
	Cansaço	41	2,51	38	2,61	35	3,20
	Preocupações	41	2,89	38	2,58	35	2,82
	Dores Musculares	41	2,82	37	2,04	35	2,27
	Depressão	41	1,78	38	2,13	35	2,08
	Falta de Energia	41	2,44	37	2,41	35	2,86
	Dores	41	1,85	38	1,94	34	2,20
	Náuseas	41	2,39	38	2,47	35	2,24
	Músculos	40	1,88	38	1,87	35	1,71
	Esparança no Futuro	41	3,34	38	3,58	35	3,23
	Dificuldade em Adormecer	41	2,20	38	2,45	35	2,28
	Dores de Cabeça	41	1,88	38	1,78	35	1,88
	Vômitos	41	1,38	38	1,47	35	1,88
	Tonturas	41	1,88	38	1,78	35	1,88
	Falta de Interesse Sexual	37	2,70	37	2,43	34	2,62
	Sentimento de Solidão	40	1,58	38	1,78	35	1,88
	Sentido de culpa	41	2,70	38	2,38	35	2,28
	Ansiedade	41	2,22	37	2,38	35	2,28
	Quedação	40	1,87	38	2,05	35	2,08
	Dorres	41	1,81	38	1,88	35	1,77
	Arts, Arreios	40	2,83	38	2,18	35	1,81
	Cabelos	41	1,81	37	1,87	35	1,88
Formigueiros nos Mãos/Pés	40	1,75	38	2,34	35	2,88	
Acostar Subressentido	41	1,88	38	1,81	35	1,77	
Dor no Sangue	41	1,27	38	1,47	35	1,26	
Queda de Cabelo	41	1,89	37	2,18	35	2,27	
Ardor nos Olhos	41	1,83	38	2,48	35	2,20	
Falta de Ar	41	1,58	38	1,47	35	1,83	
Secura na Boca	41	2,38	38	2,12	35	2,27	
Nível de Actividade (8 itens)	Queda de peso	41	3,88	38	3,97	35	3,84
	Ardor por cans	41	3,83	38	3,86	35	3,87
	Utile de casa	40	3,35	38	3,67	35	3,37
	Saber receitas	39	3,59	38	3,89	34	3,71
	Tarefas ocasionais	33	3,24	32	3,41	33	3,40
	Ardor no ras	40	3,85	37	3,80	34	3,81
	Ir às compras	41	3,24	38	3,51	35	3,88
	Ir trabalhar	39	2,72	35	2,88	32	3,28
QVRS Global (1 item)	QV Global	41	3,22	38	3,00	35	2,90
	QV Global (Acostado)	17	3,29	14	3,38	28	2,88
	QV Global (Profissional Saúde)						

TABELA 1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA BÁSICA PARA OS ITENS DO RSCL.

Subescala	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sintomas Físicos (1ª Aplicação)	41	29,02	16,07	,00	66,67
Sintomas Físicos (2ª Aplicação)	38	33,75	15,08	7,25	66,22
Sintomas Físicos (3ª Aplicação)	35	37,35	18,40	4,35	76,81
Angústia Psicológica (1ª Aplicação)	41	34,03	22,30	,00	76,19
Angústia Psicológica (2ª Aplicação)	38	37,84	21,32	,00	76,19
Angústia Psicológica (3ª Aplicação)	35	39,46	25,88	,00	95,24
Nível de Actividade (1ª Aplicação)	41	17,07	23,84	,00	83,33
Nível de Actividade (2ª Aplicação)	38	10,86	13,65	,00	50,00
Nível de Actividade (3ª Aplicação)	35	10,36	12,27	,00	37,50
QVRS Global (1ª Aplicação)	41	36,99	19,90	,00	83,33
QVRS Global (2ª Aplicação)	38	33,83	20,12	,00	100,00
QVRS Global (3ª Aplicação)	35	31,67	13,13	16,67	66,67

TABELA 2. PONTUAÇÕES ESTANDARDIZADAS OBTIDAS NAS DUAS SUBESCALAS DO RSCL.



Numa segunda fase, calcularam-se as pontuações obtidas nas quatro dimensões em análise: Sintomas Físicos, Sintomas Psicológicos, Nível de Actividade e QVRS Global. As pontuações foram standardizadas de forma a serem expressas numa escala de 0 a 100. Quanto mais alta a pontuação obtida, pior a QVRS percebida. A Tabela 2 contém as pontuações médias obtidas em cada uma das subescalas do RSCL.

Ao longo das três aplicações, regista-se uma tendência para um agravamento dos sintomas associados às dimensões Física e Psicológica e, curiosamente, uma tendência contrária ao nível qualidade de vida percebida no que respeita ao Nível de Actividade e ao nível da QVRS global. Comparando os resultados obtidos na 1ª e 3ª Aplicações, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para a subescala Sintomas Físicos ($p=0,012$), reflectindo uma diminuição da QVRS associada a esta dimensão. Apesar da tendência registada para um aumento dos sintomas subjacentes à subescala de Angústia Psicológica, tais diferenças não são estatisticamente significativas. Perante estes resultados e, ao contrário do que seria expectável, as pontuações associadas tanto à dimensão Nível de Actividade como à QVRS Global, apresentam uma tendência para descer ao longo das três aplicações, o que se traduz numa melhoria da QVRS percebida. Pensamos que estes resultados se podem explicar tendo em conta que os pacientes tendem a adaptar-se aos efeitos associados à doença e seus tratamentos. Na realidade, estudos recentes, têm demonstrado que pessoas que vêm as suas capacidades afectadas por problemas de saúde, como acontece na doença oncológica, consideram por vezes possuir um elevado nível de QVRS¹¹⁻¹⁷.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da QVRS tem suscitado o interesse de académicos e investigadores e tem-se revelado uma prática altamente benéfica em contextos de diagnósticos oncológicos. A palavra "cancro" apresenta ainda um carácter estigmatizante na sociedade. O paciente de cancro encontra-se, muitas vezes, numa situação frágil perante a incerteza do diagnóstico, prognóstico e a perspectiva do sofrimento físico e psicológico. Tão importante como avaliar o impacto da doença e dos tratamentos no corpo de cada paciente, é avaliar o impacto psicológico associado à doença oncológica.

O estudo desenvolvido permitiu confirmar a validade do RSCL na avaliação da percepção da QVRS num grupo de pacientes oncológicos a ser seguidos no Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Local de

Saúde de Castelo Branco. A avaliação feita no início, no meio e no final do tratamento evidenciou um agravamento de sintomas como formigueiros nos pés e nas mãos, queda de cabelo, ardor nos olhos e dores em geral.

Ao comparar a percepção dos pacientes relativamente à sua QVRS no início e no final do tratamento, foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão Sintomas Físicos, indicando um agravamento dos mesmos. A mesma tendência foi registada para a subescala de Angústia Psicológica. Curiosamente, não se verificou uma diminuição ao nível da percepção destes pacientes no que respeita ao Nível de Actividade nem tão pouco ao nível de QVRS Global ao longo do tratamento, o que pode explicar-se com base no processo de adaptação destes pacientes à doença e seu tratamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Figueiredo, A.; Araújo, P. & Figueiredo, P. (2006). Qualidade de Vida do Doente Oncológico. *Revista de Enfermagem Oncológica*, **36**(9), 15-22.
2. Sá, E.S. (2003). Adaptação Mental à Doença Oncológica. *Nursing*, **181**, 23-29.
3. Shimozuma, K.; Imai, H.; Kuroi, K.; Ohsumi, S. & Ono, M. (2007). Recent Topics of Health Outcomes Research in Oncology. *Breast Cancer*, **14**(1), 60-65.
4. Pimentel, F.L. (2004). *Qualidade de Vida em Oncologia*, Lisboa: Permanyer Portugal.
5. Barroso, S. (2007). *A Pessoa com Cancro*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Oncologia.
6. Schroevens, M.J.; Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2004). The role of age at the onset of cancer in relation to survivors' long-term adjustment: a controlled comparison over an eight-year period. *Psychooncology*, **13**, 740-752.
7. Efficace, F.; Osoba, D.; Gotay, C.; Sprangers, M.; Coens, C. & Bottomley, A. (2007). Has the quality of health-related quality of life reporting in cancer clinical trials improved over time? Towards bridging the gap with clinical decision making. *Annals of Oncology*, **18**(4), 775-781.
8. Thoma, A.; Cornacchi, S.; Lovrics, P. & Goldsmith, C. (2008). User's Guide to the Surgical Literature: How to Assess an Article on Health-Related Quality of Life. *Canadian Journal of Surgery*, **51**(3), 215-224.
9. De Haes, J.C.J.M.; Van Knippenberg, F.C.E. & Neijt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br. J. Cancer*, **62**, 1034-1038.
10. Santos, M.J.H., Costa, F.L., Watson, M., Geer, S., Haes, J., Knippenberg, F.V., Pruy, J., & Borne, B.V. (1994). Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos: Escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **15**(1), 25-36.
11. Mayo, N.E., Scott, S.C., Dendukuri, N., Ahmed, S., & Wood-Dauphinee, S. (2008). Identifying response shift statistically at the individual level. *Quality of Life Research*, **17**, 627-639.
12. Pucciarelli, S.; Del Bianco, P.; Toppan, P.; Serpentine, S.; Efficace, F.; Pasetto, L. M.; Friso, L.M.; De Salvo, G.L. & Nitti, D. (2008). Health-Related Quality of Life Outcomes in Disease-Free Survivors of Mid-Low Rectal After Curative Surgery. *Annals of Surgical Oncology*, **15**(7), 1846-1854.
13. Ridder, D.; Geenen, R.; Kuijter, R. & Van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, **372**, 246-255.
14. Sinclair, G. & Blackburn, D.S. (2008). Adaptive coping with rheumatoid arthritis: the transforming nature of response shift. *Chronic Illness*, **4**, 219-230.
15. Westerman, M.J.; Hak, T.; Sprangers, M.A.; Groen, H.J.; van der Wal, G. & The, A.M. (2008). Listen to their answers! Response behaviour in the measurement of physical and role functioning. *Quality of Life Research*, **17**, 549-558.
16. Wiles, C. (2008). Physiotherapy and related activities in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, **14**, 863-871.
17. Pinson, D.M.K.; Ottens, A.J. & Fisher, T.A. (2009). Women Coping Successfully With Multiple Sclerosis and the Precursors of Change. *Qualitative Health Research*, **19**(2), 181-193.

RISCOS PARA EXCESSO DE PESO E OBESIDADE - ESTUDO DE ALUNOS DO 1º CICLO

Risk for overweight and obesity - A study from 1st cycle students

Cândida NEVES MENDES¹, Svetlana FORTE²

RESUMO

Introdução: Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de excesso de peso/obesidade em crianças¹, sendo que 32% desta população, entre os 7 e os 9 anos, sofre de excesso de peso ou obesidade². Os hábitos alimentares e de actividade física têm um papel capital na etiologia deste problema, considerado a epidemia do século XXI⁶.

Objectivos: Conhecer e quantificar hábitos alimentares e de actividade física de crianças do 1ºCiclo e perceber eventuais comportamentos de risco para excesso de peso e obesidade.

Tipo de Estudo: Descritivo, transversal e observacional.

População: Crianças de 3 escolas do 1º Ciclo da Cidade de Fátima

Métodos: Aplicação de um questionário, não validado, pré-testado, anónimo, às crianças, preenchido por elas e pelos encarregados de educação.

Resultados: Do total de 110 crianças entre os 7 e 10 anos, 54% eram do sexo feminino, com uma prevalência de excesso de peso/obesidade de 27,3%. Da avaliação dos hábitos alimentares obtiveram-se os seguintes resultados: 0,9% são maus; 42,7% são razoáveis, 54,5% são bons; e 1,8% são muito bons. Da avaliação da actividade física: 2,7% é má; 20,9% é razoável; 49,1% é boa; e 27,3% muito boa. Os maiores comportamentos de risco foram: o consumo excessivo de cereais em detrimento do pão ao pequeno-almoço; 62% não bebe o leite simples; às refeições principais 64,6% dizem beber refrigerantes; 1/5 não come a sopa e 1/3 não come os vegetais; aos lanches 1/3 das crianças comem bolachas e menos de 50% das crianças referiram comer fruta ou beber leite; as bolachas são o alimento mais consumido quando vêm T.V.. Quanto à actividade física, a maioria diz realizar algum tipo de prática física fora da escola, embora, a maioria está em média mais de 2h/dia a ver T.V./computador/videojogos, sendo que 35,5% têm T.V. no seu quarto.

Conclusão: A prevalência de excesso de peso/obesidade em crianças com as idades em estudo foi semelhante ao valor conhecido para Portugal. Este estudo mostra e reforça alguns dos comportamentos de risco, nomeadamente os excessos de açúcares de absorção

ABSTRACT

Introduction: Portugal is the second European country with the highest prevalence of overweight/obesity in children¹, and 32% of this population between 7 and 9 years old, are Overweight or Obese². Eating habits and physical activity have a very heavy role in the etiology of this disorder, considered the epidemic of the XXI century⁶.

Objectives: To Know and to quantify eating habits and physical activity of children of Elementary School and to understand potential risk behaviors for overweight and obesity.

Study Design: Descriptive cross-sectional and observational

Population: Children from three elementary schools in Fatima city.

Methods: Administering a non-validated questionnaire, pre-tested, anonymous, to children, completed by them and by their parents.

Results: Out of the total 110 children between 7 and 10 years old, 54% were female, with a prevalence of overweight/obesity of 27,3%. From the evaluation of eating habits the following results were obtained: 0.9% are bad, 42.7% are reasonable, 54.5% are good, and 1.8% are very good. The evaluation of physical activity was: 2,7% is bad, 20,9% is reasonable, 49,1% is good, and 27,3% is very good. The greatest risk behaviors were: eating cereals instead of bread for breakfast; 62% don't drink simple milk; during the main meals 64,6% say they drink juices; 1/5 do not eat soup and 1/3 do not eat the vegetables; for snacks 1/3 of children eat cookies and less than 50% of children reported eating fruit or drinking milk; cookies are the most eaten food when watching TV. As for the physical activity, the majority say they do some type of physical practice outside of school, although most spend on average more than 2h/day with TV/ computer/video games, and 35.5% have a TV in their room.

Conclusions: The prevalence of overweight/obesity in the children studied was similar to the known value

¹INTERNA DO 1º ANO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

²ASSISTENTE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR
UCSP DE FÁTIMA, ACES DE SERRA D' AIRE



rápida, o relativo baixo consumo de frutas e vegetais e o elevado sedentarismo. Todos estes pontos são fundamentais a investir nas consultas infanto-juvenis e nas sessões de promoção da saúde e prevenção de doença(s) nas escolas e junto dos encarregados de educação, de forma a inverter e resolver esta situação.

Palavras-Chave: Excesso de Peso, Obesidade, Alimentação, Actividade Física, Crianças

Correspondência do Autor: Cândida Neves Mendes
Email: candidanm@gmail.com
Aceite em: 13/01/2011

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) considerou a obesidade como a pandemia do século XXI⁶. Portugal foi classificado pelo Eurobarómetro Especial da Comissão Europeia de 2004 como o segundo país europeu com maior prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e, num estudo nacional, também de 2004, 32% das crianças portuguesas entre os 7 e os 9 anos registaram excesso de peso ou obesidade².

A etiologia da obesidade é multifactorial, sendo a maioria dos casos de causa exógena, como os factores ambientais, nomeadamente no que concerne a comportamentos alimentares e exercício físico, os que exercem a maior influência na magnitude da expressão clínica da doença.⁸ Por outro lado, temos assistido a modificações nos hábitos alimentares, com progressivo afastamento das características da alimentação mediterrânica, nomeadamente aumento do consumo de ácidos gordos saturados e redução do suprimento em hidratos de carbono complexos, acompanhado de consumo exagerado de bebidas açucaradas^{5,11}. Associado a este excesso, tem-se verificado uma diminuição da actividade física^{5,6}. Sabe-se também que, em crianças, a obesidade tem alguma correlação com o tempo que passam em frente à televisão⁶, vendo-as cada vez a praticar actividades lúdicas mais sedentárias, como jogos electrónicos e jogos de computador.

As crianças obesas têm 20 vezes mais probabilidades de se tornarem adultos obesos¹², estando a obesidade associada a maior risco de múltiplos problemas de saúde, como doenças cardiovasculares e algumas doenças malignas.³⁻⁶ Dados estes aspectos, a investigação, a prevenção e o tratamento da obesidade na criança constituem objectivos urgentes, onde estão envolvidos os cuidados de saúde primários, as escolas e as famílias. Sendo assim, o presente trabalho, realizado em três escolas de ensino

for Portugal. This study shows and reinforces some of the risk behaviors that are key points to invest in children's appointments and in sessions of health promotion and disease prevention in schools and among parents, as it is essential to turn over and solve this situation.

Key-Words: Overweight, Obesity, Food, Physical Practice, Children

básico, nasce com o fim de identificar nas crianças hábitos e eventuais erros alimentares e estilos de vida, de forma a colaborar na promoção da saúde e prevenção da obesidade.

MATERIAL E MÉTODOS OBJECTIVOS

1. Conhecer, quantificar e qualificar alguns hábitos alimentares e de actividade física numa população de crianças entre o 2.º e o 4.º anos de escolaridade (7-10 anos).
2. Perceber dentro dos hábitos das crianças eventuais comportamentos não saudáveis e de risco que contribuem para excesso de peso e obesidade.

TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional, transversal e descritivo.

PERÍODO DO ESTUDO

Mês de Fevereiro de 2009.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Crianças do 2.º ao 4.º ano de escolaridade de três escolas do ensino básico (E.B.1) de Fátima, entre os 7 e 10 anos inclusive.

DIMENSÃO DA AMOSTRA

110 crianças, ainda que aplicados 120 questionários; 10 foram excluídos por preenchimento incompleto.

TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Amostra aleatória e de conveniência: todas as crianças presentes no dia da entrega do questionário das turmas de 2.º ao 4.º ano de três escolas E.B.1 de Fátima. Foi feito pedido prévio e autorizado o estudo pelo Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas de Ourém.

VARIÁVEIS ESTUDADAS, COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário, criado para o efeito, não validado, pré-testado e anónimo (em anexo), às crianças, preenchido por elas e pelos encarregados de educação no domicílio e entregue à professora no dia útil seguinte. No momento da entrega daqueles, foi registado o peso e a altura por balança e craveira, e calculado posteriormente o I.M.C. e o respectivo percentil⁹.

Foram incluídas no estudo as seguintes variáveis com a cotação correspondente (0 ponto, 1 ponto ou 2 pontos) de acordo com a qualidade da resposta:

- Idade,
- Sexo,
- Nome da Escola,
- Ano de escolaridade,
- Peso em kg,
- Estatura em m,
- Índice de massa corporal (kg/m²) e respectivo Percentil (P)⁹: e" P95 – Obesidade; e" P85 e < P95 – Excesso de Peso; e" P5 e < P85 – Normal; < P5 – Peso Baixo.
- Pequeno-Almoço: come [sim (2), não (0), às vezes (1)], onde [sentado (2), com T.V. (1), no sofá (1), na cama (1), a caminho da escola (0), na escola (0)], o que come [leite (2), iogurte (2), pão (2), fruta (2), cereais (1), sumo (1), bolachas (0), papa (0), outro]; adiciona ao leite/cereais [nada (2), açúcar (1), chocolate (1), café (1), outro];
- Lanches: come [sim (2), não (0), às vezes (1)]; o que come [leite (2), iogurte (2), pão (2), fruta (2), água (2), cereais (1), sumo (1), coca-cola (0), croissant (0), batatas-fritas (0), bolachas (0), bolos (0), queques (0), outro];
- Refeições principais: sopa [sim (2), não (0), às vezes (1)]; vegetais [sim (2), não (0), às vezes (1)]; bebida [água (2), refrigerantes (0); água e refrigerante (1)]; sobremesa [fruta (2), doce (0), nada (1), fruta e doce (1)];

- A frequência de vezes que consomem fruta por dia [0 (0); 1 (0); 2 (1); e"3 (2)]; doces [todos os dias vários (0); todos os dias um (0); alguns dias da semana (1)]; e a ver T.V.: comes (sim, não); o quê [fruta (2), leite (2), sumo (1), cereais (1), bolachas (0), batatas fritas (0), bolos (0), rebuçados (0), outro];
 - T.V. no quarto [sim (0), não (2)]; Quantas horas T.V. de 2^{af} a 6^{af}; Quantas horas de T.V. ao sábado e domingo; Quantas horas no computador por semana; quantas horas de videojogos por semana [<=14h (2); 15-20h(1); >=21h (0)]; actividade física fora da escola [sim (2); não (0)].
 - Score Hábitos Alimentares: <17 pontos - Mau; 17-25 pontos - Razoável; 26-32 pontos - Bom; 33-38 pontos - Muito Bom;
 - Score Exercício Físico/Sedentarismo: 0-1 ponto - Mau; 2 pontos-Razoável; 3-5 pontos -Bom; 6 pontos – Excelente.
- Os dados foram introduzidos e tratados em SPSS 17.0.

RESULTADOS CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Do total de 110 crianças, entre os 7 e os 10 anos, com uma média de 8,5 anos e moda e mediana de 9 anos, 54% correspondiam ao sexo feminino e 46% ao sexo masculino. No total, trata-se de 6 turmas e meia: a escola LE com uma turma de 2.º e 3.º anos e outra de 3.º e 4.º anos; a escola MO com uma turma de 2.º, uma de 3.º e uma de 3.º e 4.º anos, e a escola MA com uma turma de 2.º e 3.º ano e os alunos do 4.º ano de outra turma. Quanto ao I.M.C., nos alunos constatou-se o seguinte: 2,7% têm peso baixo, 70% têm peso normal, 17,3% têm excesso de peso e 10% têm obesidade (*vide* Gráfico1), o que perfaz uma percentagem de 27,3% dos alunos em estudo com excesso de peso e obesidade. Distribuído por sexo, o sexo feminino apresentou uma prevalência superior de peso baixo (1,8% vs 0,9%), peso normal (36,4% vs 33,4%) e excesso de peso (10,9% vs 6,4%), enquanto que o sexo masculino manifestou uma maior prevalência de obesidade (5,5% vs 4,5%) (*vide* Gráfico2).

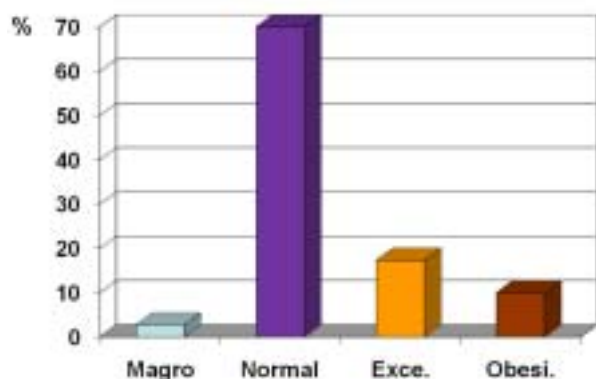


GRÁFICO 1 - ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (I.M.C.) NOS ALUNOS

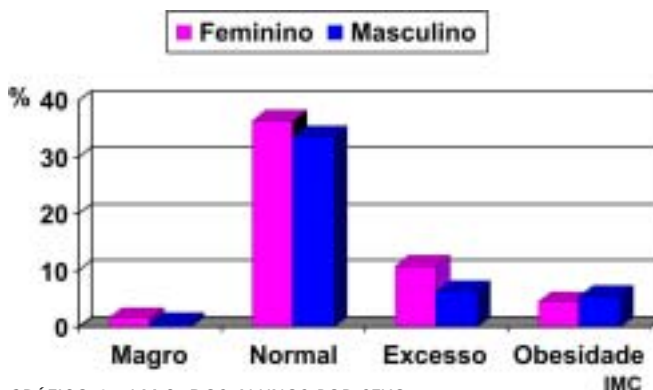


GRÁFICO 2 - I.M.C. DOS ALUNOS POR SEXO



COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

Dos 110 inquiridos, 107 referiram que tomavam sempre o **pequeno-almoço**, apenas 3 "às vezes". Em relação ao local do pequeno-almoço: 80% toma-o sentado à mesa, 19,1% a ver T.V., 7,3% no sofá, 6,4% na cama, 2,7% a caminho da escola e 0,9% na escola. Quanto aos alimentos consumidos, ao pequeno-almoço, por ordem decrescente, temos os seguintes resultados: 89,1% - leite, 80,9% - cereais, 54,5% - pão, 18,2% - bolachas, 12,7% - iogurte, 10,9% - papa, 7,3% - fruta, 2,7% - sumos, 2,7% - outros (croissants) [vide Gráfico 3]. Questionados se geralmente adicionavam alguma coisa ao leite e/ou cereais 61,8% adicionam e 58,2% não (vide Gráfico 4). Dos que adicionam, 54,4% usam o chocolate, 29,4% o açúcar, 13,3% o café e 2,9% outros (mel). Quanto aos **lanches** (de manhã e/ou à tarde), 81,8% referiram que habitualmente comiam sempre, 15,5% "às vezes" e 2,7% que não lanchavam. Dos alimentos questionados, as crianças consumiam, em primeiro lugar, o pão (75,5%), seguido da fruta (46,4%), do leite (45,5%), da água (37,3%) e dos sumos (32,7%); as bolachas foram o 6.º alimento mais consumido (33%) acima do iogurte (31,8%) e dos cereais (13,6%). Alimentos não saudáveis foram referidos em menor porção como bolos (10,9%), coca-cola (9,1%), batatas-fritas (8,2%), queques (6,4%) e croissants (4,5%).

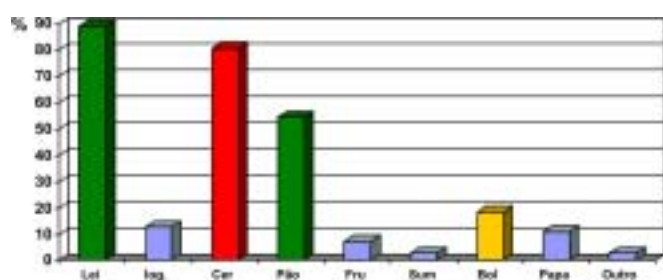


GRÁFICO 3 - PERCENTAGEM DOS ALIMENTOS ESTUDADOS CONSUMIDOS AO PEQUENO-ALMOÇO (LEGENDA: LEI-LEITE; IOG.-IOGURTE; CER-CEREAIS; FRU-FRUTA; SUM-SUMO; BOL-BOLACHAS)

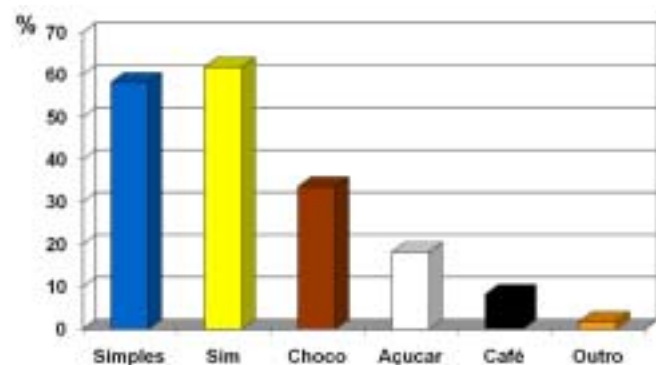


GRÁFICO 4 - ADIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS AO LEITE E/OU CEREAIS

Às **refeições principais**, quando a sopa estava presente, 80,9% referiram que a consumiam sempre, 18,2% "às vezes" e 0,9% não a comiam. Se houvesse vegetais no prato principal, as percentagens foram menores: 66,4% comiam sempre, 31,8% comiam "às vezes" e 1,8% nunca comiam. A bebida elegida pelas crianças, nas principais refeições, foi a água, em 82,7%, no entanto, 64,6% referiram consumir com regularidade também os refrigerantes, com apenas 34,5% das crianças a salientar que bebiam exclusivamente água e 16,4% unicamente refrigerantes, e 48,2% regularmente os dois (vide Gráfico 5). Quanto à sobremesa, 66,4% referiram consumir exclusivamente fruta e 5,5% apenas doce; 25,5% ambos e 2,7% outra, o que perfaz um total de 91,9% de fruta e 31% de doces consumidos com regularidade à sobremesa.

Questionados quanto ao número de vezes que consumiam **fruta** por dia, 25,7% referiram nenhuma ou uma vez por dia, 52,3% apontaram duas vezes por dia e 22% três ou mais vezes por dia. Em relação à frequência do consumo de **doces** (chocolates, rebuçados, bolachas, chupas, gelados, bolos, etc.), dos que responderam, 5,5% apontaram que consumiam todos os dias vários doces, 16,4% todos os dias um doce, e 54,5% apenas nalguns dias da semana. Quando viam T.V., 56,4% referiram que habitualmente não comiam nada; dos que consumiam alimentos, as bolachas são as mais usadas (58,5%), seguidas da fruta (52,1%), dos cereais (39,7%), dos rebuçados (33,3%), dos sumos (29,1%), do leite (22,9%), dos bolos (14,7%) e, por fim, das batatas fritas (12,6%).

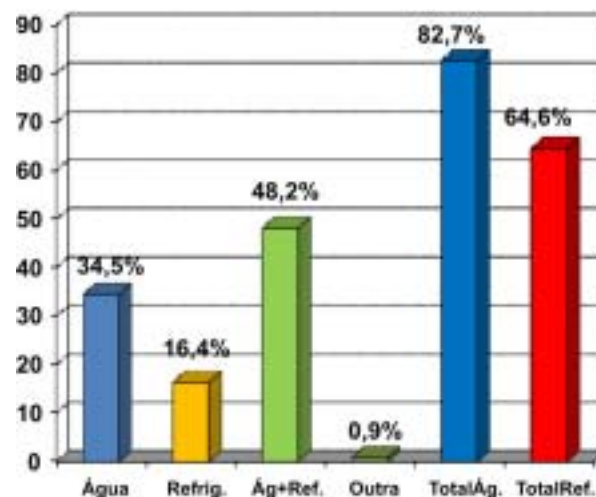


GRÁFICO 5 - BEBIDA CONSUMIDA HABITUALMENTE NAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS

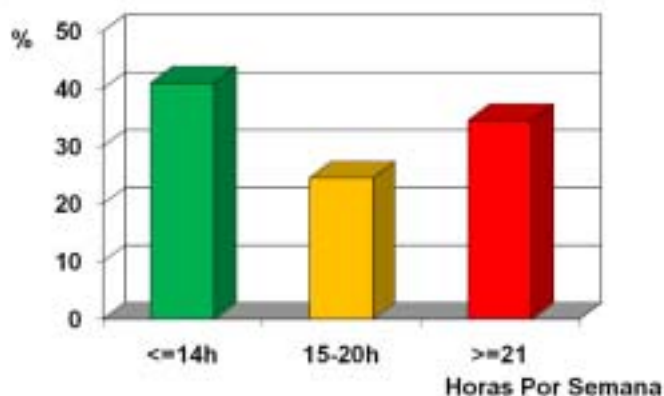


GRÁFICO 6 - Nº DE HORAS CONSUMIDAS POR SEMANA EM ACTIVIDADES SEDENTÁRIAS (T.V., COMPUTADOR E VIDEOJOGOS)

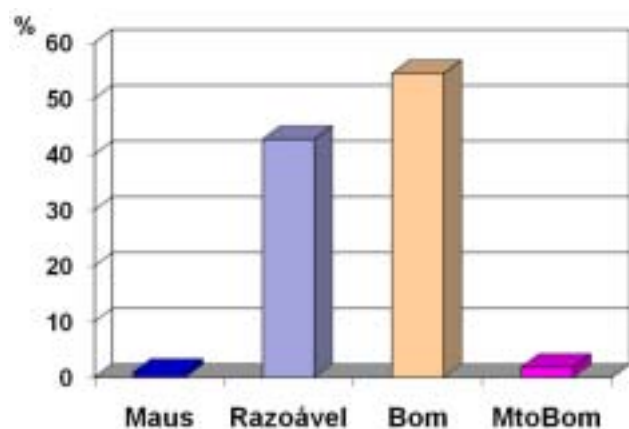


GRÁFICO 7 - RESULTADOS DOS HÁBITOS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS

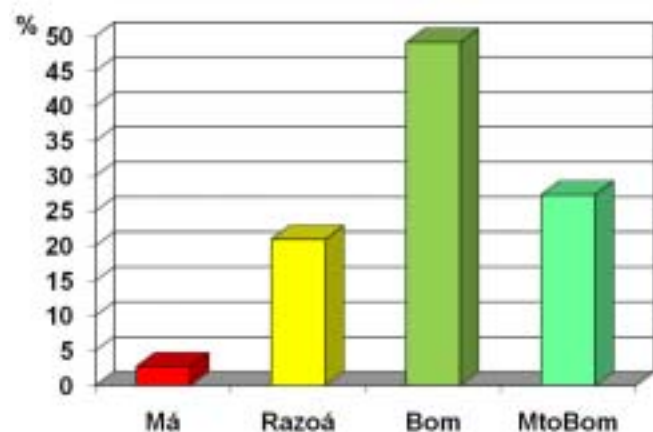


GRÁFICO 8 - RESULTADOS DOS HÁBITOS DE EXERCÍCIO FÍSICO/ SEDENTARISMO DAS CRIANÇAS

COMPORTAMENTOS DE ACTIVIDADE FÍSICA/SEDENTARISMO

Em relação às horas que as crianças despendem a ver T.V., no computador ou em videojogos por semana: 41% das crianças gastam até 14 horas e 59% quinze ou mais horas. Deste último grupo (e"15h/semana), 24,5% consomem entre 15 a 20 horas e 34,5% usam 21 ou mais horas por semana nestas actividades sedentárias (*vide* Gráfico 6). À pergunta se têm televisão no seu próprio quarto 35,5% das crianças admitiram ter. Quanto às actividades físicas fora da escola (bicicleta, natação, futebol, skate ou outras), 89% das crianças referiram praticá-las habitualmente contra 11%.

RESULTADOS FINAIS

Após pontuados e somados os resultados para cada criança individualmente, revelaram-se os seguintes hábitos:

- De alimentação: 0,9% maus, 42,7% razoáveis, 54,5% bons e 1,8% muito bons (*vide* Gráfico 7).
- De exercício físico/sedentarismo: 2,7% maus, 20,9% razoáveis, 49,1% bons e 27,3% muito bons (*vide* Gráfico 8).

DISCUSSÃO

Quanto à prevalência de excesso de peso e obesidade encontrada (27%) não foi além das previstas para Portugal (32%)². Mais aproximada está a prevalência de obesidade (10% para os 11% previstos²). Na distribuição por sexos, o feminino apresentou mais excesso de peso, como o esperado, ao contrário do masculino que revelou mais obesidade, dado inverso ao encontrado a nível nacional².

Um dos principais comportamentos encontrados que está na causa do excesso de peso e obesidade foi o consumo excessivo de açúcares. Ao pequeno-almoço, os cereais são preferidos (81%) em detrimento do pão (55%), e a escolha das bolachas (18%) é superior à da fruta (7%). Por outro lado, mais de metade das crianças (62%) adiciona substâncias ao leite com preferência para os açúcares simples (chocolate e açúcar). Aos lanches, menos de 50% referiram ingerir açúcares de absorção lenta, como a fruta e o leite, e um terço come bolachas com regularidade. Ainda dentro desta prática, um terço consome como sobremesa doce, e 64,6% das crianças bebem refrigerantes às refeições principais. Ao ver T.V., as bolachas são o primeiro alimento mais ingerido.

Outro comportamento que pode contribuir para o ex-



cesso de peso e obesidade é o baixo consumo de frutas e de vegetais. 80% das crianças comem apenas duas ou menos vezes fruta por dia. Apesar de serem resultados razoáveis, provavelmente por Fátima ser uma cidade ainda muito próxima do meio rural, um terço das crianças diz, ainda assim, que come os vegetais “às vezes” e um quinto que come a sopa “às vezes” quando presentes na refeição.

Por último, salienta-se o impacto do exercício físico/sedentarismo no peso das crianças. A maioria (57%) passa mais de duas horas por dia ou 14h por semana em actividades sedentárias (T.V., computador, videojogos), valor bastante superior a outro estudo realizado em Portugal (34,8%)¹². 35,5% das crianças têm televisão no quarto. Apenas 11% referiram não fazer actividades extra-escola.

Na globalidade, a maioria das crianças apresentou bons a muito bons hábitos, quer sejam alimentares [54,5% bons e 1,8% muito bons (*vide* Gráfico 7)], quer sejam relacionados com o exercício físico [49,1% bons e 27,3% muito bons (*vide* Gráfico 8)]. Apesar disso, há ainda percentagens consideráveis que revelaram hábitos maus ou razoáveis (43,6% e 23,6% de alimentação e de exercício físico, respectivamente).

Não foi objectivo deste trabalho demonstrar que as crianças com estes últimos resultados apresentariam os I.M.C. mais altos.

De referir que o estudo apresenta algumas limitações. Embora tivesse a abertura para os encarregados de educação auxiliarem e supervisionarem as respostas das crianças (uma vez que o questionário foi levado pelas crianças, pelo menos um dia para casa), não foi contabilizada a sua participação. Por outro lado, e como salientado anteriormente, o questionário não foi validado. Admite-se poder existir algum viés de reposta. Outra limitação do estudo é o facto da amostra ser pequena. Quanto aos comportamentos que contribuem para o excesso de peso e obesidade nas crianças, foram apenas estudados os que se tornaram mais relevantes para os autores, mas admite-se haver outros igualmente importantes. Não foram tidos em conta os antecedentes familiares de obesidade no estudo.

CONCLUSÕES

Apesar de, na globalidade, se terem encontrado comportamentos alimentares e físicos maioritariamente bons a muito bons, ao mesmo tempo expôs-se percentagens de excesso de peso e obesidade muito próximos dos nacionais, o que é inquietante. Os excessos de açúcares de absorção rápida (cereais, doces, refrigerantes, açúcar e chocolate,

bolachas), o consumo inferior ao recomendado de fruta e vegetais (legumes e sopa), associado ao sedentarismo (a maioria gasta mais de 14h por semana em actividades com televisão, computador e videojogos) foram os principais comportamentos encontrados que podem contribuir para o fenómeno de aumento do I.M.C. para além do normal. Apesar de não se terem abrangido todos os factores responsáveis por esta patologia, nem se ter tirado correlações, na opinião dos autores, aspectos a tomar em conta. Tendo em consideração os resultados obtidos, urge a necessidade em se apostar cada vez mais no reconhecimento dos comportamentos de risco/erros das crianças e intervir ao nível da prevenção primária e secundária. Esta aposta deverá ser a diversos níveis: nas consultas de saúde infanto-juvenil com educação para a saúde e correcção de eventuais comportamentos não saudáveis, em segundo lugar, com sessões de promoção de estilos de vida saudáveis a integrar no quotidiano das crianças (lar e escola) e prevenção da doença junto dos alunos, dos professores e dos encarregados de educação e, por último mas, não menos importante, a utilização de livros, histórias, publicidades, programas televisivos, entre outros, para de forma lúdica abordar estes assuntos de relevo para a saúde e o bem-estar das crianças.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se ao agrupamento de Escolas de Ourém e às três escolas participantes, nomeadamente aos professores e seus alunos.

BIBLIOGRAFIA

1. Eurobarómetro Especial da Comissão Europeia: The citizens of the European Union and Sport, 2004
2. Padez C., Fernandes T., Mourão I., Moreira P., Rosado V., Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol* 2004;16:670-8.
3. Ribeiro J.C., *et al.* Physical activity and biological risk factors clustering in pediatric population. *Prev Med* 2004;39:596-601.
4. Ribeiro J., *et al.* Overweight and obesity in children and adolescents: relationship with blood pressure, and physical activity. *Am Hum Biol* 2003;30:203-13.
5. Gouveia C., *et al.* Actividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do concelho de Lisboa, *Acta Pediátrica Portuguesa* 2007;38(1):7-12
6. Viana V., Sinde S., O comportamento alimentar em Crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa, *Análise Psicológica*, 2008, 11-120
7. Juventude e Desporto: a importância de um estilo de vida activo em www.idesporto.pt, disponível dia 20 de Agosto de 2009
8. Fauci *et al.*, Harrison Medicina Interna, 17ª edição, Editora Mc Graw Hill, Rio de Janeiro, 2008, 462-473
9. Circular Normativa da DGS N.º: 05/DSMIA, DATA: 21/02/06, Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, Actualização das Curvas de Crescimento
10. Villares S., Ribeiro M., Silva A., Obesidade infantil e exercício, disponível em http://www.abeso.org.br/revista/revista13/obes_infantil.htm, 14 de Novembro de 2009
11. Santos L., Hábitos Alimentares de Crianças do 1º ciclo do ensino básico - um estudo de caso, dissertação apresentada à Universidade do Minho para obtenção do Grau de mestre em Estudos da Criança - Promoção da Saúde e do Meio Ambiente, Abril 2005
12. Correia P., Actividade Física na Infância, *Rev Port Clin Geral* 2004; 20:523-35

ANGIOGRAFIA E PERFUSÃO CEREBRAL POR TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA NO ESTUDO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Angiography and cerebral perfusion by computerized tomography in the study of an ischemic stroke

Raquel ALAGOINHA¹, Ricardo FERNANDES RIBEIRO¹

RESUMO

Em Portugal o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a patologia com maior mortalidade e morbidade. São várias as técnicas utilizadas no seu estudo, sendo a Perfusão por Tomografia Computorizada a que permite avaliar a viabilidade do tecido cerebral para a realização de trombólise. O tratamento trombolítico é mais eficaz, quanto mais cedo for iniciado. Este artigo resulta de uma revisão bibliográfica.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral Isquémico; angiografia; perfusão cerebral; Tomografia computadorizada

Correspondência do Autor: Ricardo Ribeiro
Email: ribeirorx@gmail.com
Aceite em: 13/01/2011

SUMMARY

In Portugal Stroke is the pathology with higher mortality and morbidity. There are several techniques used in its study, being Perfusion Computed Tomography the one which allows us evaluate the viability of brain tissue for thrombolysis. Thrombolytic therapy is more effective when started in an early stage. This article results from a literature review.

Key words: Ischemic Stroke; Angiography; Cerebral Perfusion; Computed Tomography

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a patologia com maior mortalidade e morbidade em Portugal¹. Alguns dos factores de risco que estão na sua origem são: idade, sexo, hipertensão arterial (HTA), diabetes *mellitus* (DM), dislipidémia, patologia cardíaca, entre outros.

Apesar dos sinais e sintomas variarem consoante o território cerebral atingido, alguns dos sintomas frequentemente encontrados são: redução da força nos membros, cefaleia intensa e súbita sem causa aparente, desvio da comissura labial, afasia, apraxia, disartria, hemianópsia parcial ou completa, alteração de consciência e confusão, diplopia, vertigem, nistagmo e ataxia.

O tratamento trombolítico é tanto mais eficaz, quanto mais cedo for iniciado, daí a importância do diagnóstico precoce de AVC.

De entre as várias técnicas existentes para estudo desta patologia (Difusão e Perfusão por RM, PET e SPECT), Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TC CE) sem contraste endovenoso, a Perfusão por Tomografia Computorizada (PTC) é a técnica que permite avaliar o estado hemodinâmico do tecido cerebral e a viabilidade de recuperação deste para realização de trombólise.

Várias investigações envolvendo um elevado número de pacientes, confirmam que esta técnica possui uma sensibilidade de 90% na detecção de áreas de isquémia cerebral e uma especificidade de 100%².

As principais indicações da Perfusão por Tomografia Computorizada são:

- Enfarte cerebral isquémico agudo;
- Estenose crónica das artérias supra-aórticas ou intracranianas;
- Avaliação de vasoespamos após hemorragia subaracnoideia e neoplasia cerebral.

MATERIAL E MÉTODOS

As imagens de TC CE sem contraste permitem o diagnóstico diferencial entre AVC isquémico, hemorrágico intracerebral ou subaracnoideu, e outras patologias que possam causar os sintomas e que contra-indiquem a realização de trombólise. No caso do AVC isquémico, é fundamental reconhecer os sinais precoces fornecidos pelas imagens da TC CE (tais como: hipodensidade da substância cinzenta, apagamento localizado dos sulcos e cisternas, indefinição da interface substância branca/cinzenta, sinal da artéria cerebral média hiperdensa) nas

¹ TÉCNICOS DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESPÍRITO SANTO ÉVORA, EPE



primeiras 3 a 6 horas após início dos sintomas para um adequado tratamento³.

PREPARAÇÃO DO EXAME:

- Acesso venoso cubital (18G);
- Decúbito dorsal e membros superiores em abdução;
- Instruir o paciente dos procedimentos do exame e solicitar a sua máxima cooperação (quando possível);

Após aquisição de imagens de TC CE sem contraste, em planos transversais contíguos paralelos ao plano supra-orbitomeatal, são obtidos os dados da perfusão cerebral. Durante a injeção de um bólus de 45 ml de contraste iodado não-iônico a 6-8 ml/s são obtidas imagens transversais da região dos gânglios basais (pois a este nível é possível avaliar os 3 territórios vasculares supratentoriais). As imagens são adquiridas com uma frequência de uma imagem por segundo durante 50 segundos, aproximadamente, e sem avanço da mesa. Os dados resultantes são, posteriormente, analisados em *software* específico. Esta técnica baseia-se no Princípio do Volume Central que relaciona o fluxo sanguíneo cerebral (FSC), o volume

Usando vários algoritmos matemáticos para análise multi-voxel das curvas de atenuação em função do tempo, são criados mapas paramétricos do:

Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC) – é o parâmetro mais importante e indica a quantidade de sangue que irriga o tecido cerebral num determinado período, sendo medido em ml/100g tecido cerebral/min. Os valores normais encontram-se entre os 50 a 80 ml/100g de tecido cerebral/min. Áreas cerebrais com elevadas necessidades energéticas, como a superfície cortical ou o gânglio basal, apresentam valores 2 ou 3 vezes superiores aos da substância branca. O fluxo sanguíneo cerebral é controlado por alterações no diâmetro dos vasos e mantém-se relativamente constante (auto-regulação). Para FSC abaixo de 20 ml/100g/min, a função sináptica das células nervosas diminui devido à redução de energia, resultando em perda neurológica. No entanto, esta perda pode ser recuperada se o fluxo sanguíneo for restabelecido.

Se o FSC for inferior a 10-15 ml/100g/min, por um período de 2-10 minutos, ocorre dano celular irreversível.

As células em torno de áreas de isquémia com recuperação irreversível, que mantenham a irrigação por vasos colaterais entre os 10-20 ml/100g/min, não estão neurologicamente funcionais mas o dano ainda pode ser reversível. As células destas áreas designam-se por *zona de penumbra*. Os danos estruturais não ocorrem se a hipoperfusão não se mantiver por longos períodos.

O tratamento trombolítico não é dirigido para as áreas com danos irreversíveis, mas sim para as zonas de penumbra.

Volume Sanguíneo Cerebral (VSC) – indica o volume de sangue nos vasos num determinado volume de tecido. Áreas cerebrais muito vascularizadas, como os gânglios basais ou a superfície

cortical, possuem um elevado VSC ao contrário das áreas menos vascularizadas como a substância branca.

O VSC é um parâmetro funcional e varia se o calibre dos vasos se alterar. Ao contrário do FSC, que na isquémia se apresenta reduzido tanto na região central do enfarte como na zona de penumbra, o VSC aumenta na zona de penumbra. Isto ocorre devido à auto-regulação cerebral,

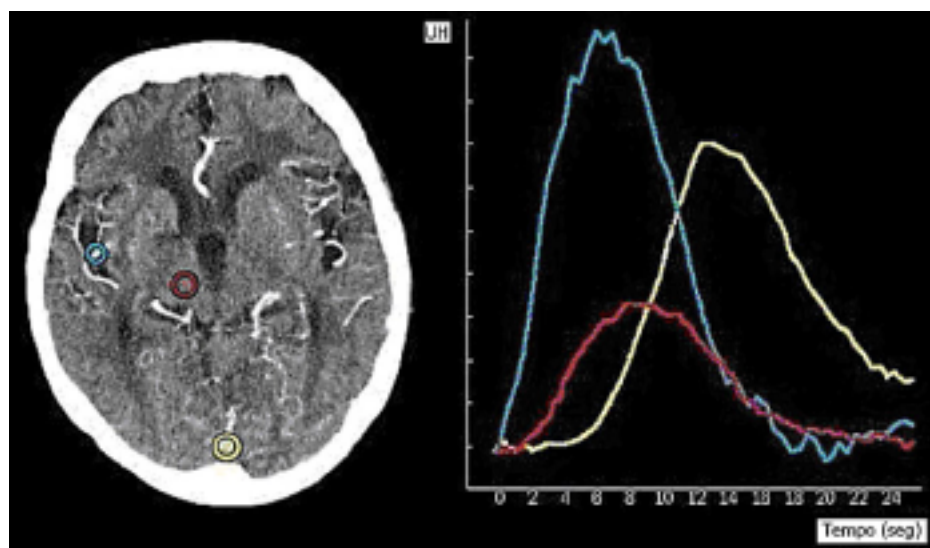


Figura 1 – As curvas de tempo/densidade mostram os valores normais após injeção de um bólus de contraste, respectivamente, num ramo da artéria cerebral média (azul), na confluência dos seios venosos (amarelo) e no parênquima cerebral: tálamo (vermelho) (5:6).

sanguíneo cerebral (VSC) e o tempo médio de trânsito (TMT) na seguinte equação: $FSC = VSC / TMT^4$. Após administração do bólus de meio de contraste, a densidade do parênquima cerebral aumenta temporariamente permitindo avaliar o comportamento do fluxo sanguíneo cerebral no intervalo de tempo da aquisição dos dados (Figura 1).

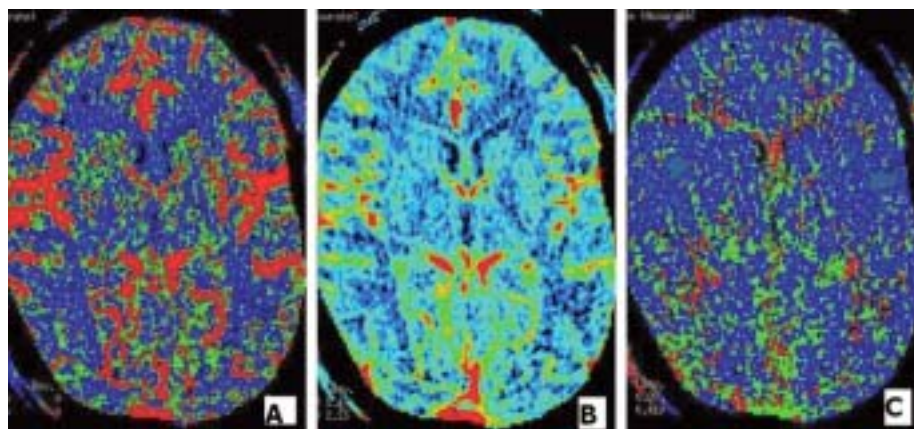


Figura 2 – Mapas de PCT de um adulto saudável mostram uma perfusão normal. (A) Fluxo sanguíneo cerebral. (B) Volume sanguíneo cerebral e (C) Tempo médio de trânsito (4:633).

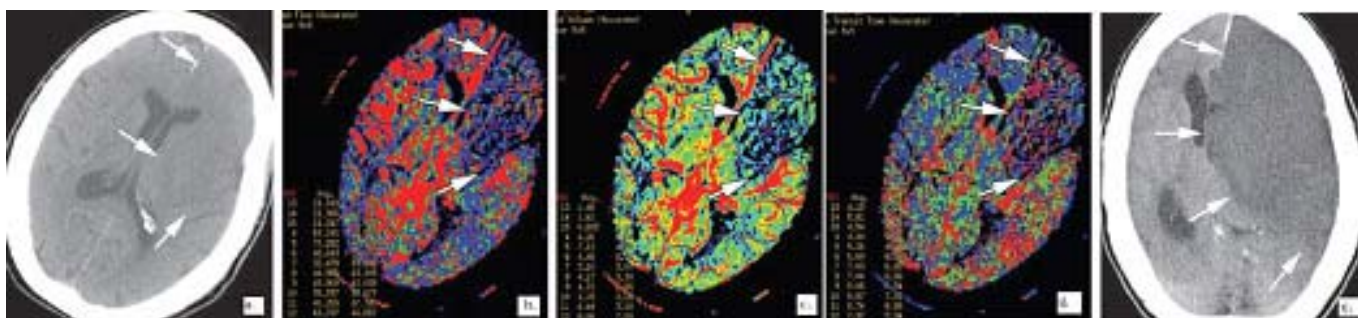


Figura 3 – Enfarte agudo num paciente do sexo feminino com 76 anos de idade. (a) Imagem inicial de TC-CE mostra subtil hipodensidade (setas) na ínsula esquerda, lobo temporal e frontal. (b) Mapa do FSC mostra diminuição do FSC (setas) no território esquerdo da artéria cerebral anterior e artéria cerebral média (ramo anterior), com valores quantitativos inferiores a 11 ml/100 g/min.¹⁰ (c) Mapa do VSC mostra diminuição deste (setas). (d) Mapa do TMT mostra pequeno aumento do TMT, sendo as alterações compatíveis com enfarte. (e) Imagem de *follow-up* mostra um extenso enfarte no território da artéria cerebral anterior e média (4:634).

a diminuição do FSC é compensada pela vasodilatação. Ao contrário, na região isquémica de recuperação irreversível, a auto-regulação não ocorre, levando a uma diminuição do VSC. Logo, áreas com redução do VSC na fase aguda da isquémia indicam dano irreversível⁵.

Tempo Médio de Trânsito (TMT) – define-se como o tempo que o sangue percorre o leito capilar cerebral, expressa-se em unidade de tempo (segundo).

Tempo de Pico (TP) – representa o tempo do início da injeção do contraste até este atingir o pico da mudança de sinal, representa o tempo do sangue atingir o tecido. Quando existe oclusão o TP está atrasado.

Os dois últimos parâmetros, TMT e TP, indicam o atraso na perfusão. Existe uma relação directa entre estes e a pressão de perfusão cerebral. Mesmo pequenas alterações no aporte sanguíneo podem aumentar os valores

do TMT e TP (5).

Posteriormente, a análise das alterações existentes nos diferentes parâmetros hemodinâmicos, torna possível diferenciar o parênquima cerebral isquémico em risco (zona de penumbra), daquele irreversivelmente lesado. A informação daí resultante é de extrema importância na decisão terapêutica e no prognóstico (Figura 2 e 3)⁶.

ANGIOGRAFIA POR TC DOS VASOS SUPRA-AORTICOS

Sendo esta uma técnica minimamente invasiva, permite-nos identificar oclusões das artérias cervicais e intracranianas.

A aterosclerose da bifurcação carotídea é uma importante causa de AVC, podendo originar mecanismos oclusivos, embólicos ou hemodinâmicos (baixo fluxo).

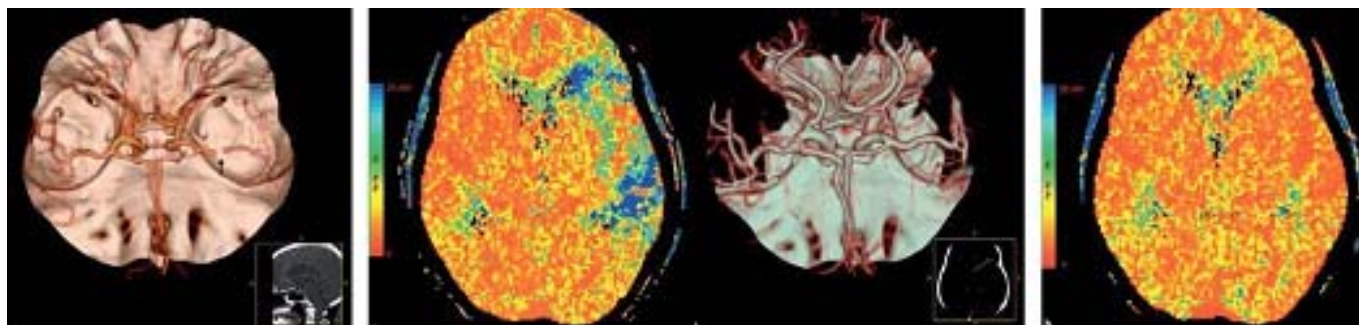


Figura 4 – As duas imagens da esquerda mostram uma oclusão proximal da artéria cerebral média direita e correspondente déficit de perfusão. As restantes imagens à direita mostram normalização do fluxo sanguíneo após angioplastia (8:99).

Está estabelecida uma relação entre o grau de estenose e o risco de AVC⁷.

É administrado um volume de 80ml de contraste iodado não iónico a 4 ml/s, podendo usar-se a técnica de *bolus tracking* para início da aquisição dos dados, permitindo assim uma correcta opacificação arterial.

A injeção de contraste endovenoso deve ser feita preferencialmente no membro superior direito para evitar o aparecimento de artefactos originados por refluxo do contraste para veias homolaterais ao lado da injeção⁷.

Posteriormente, os dados são analisados com recurso a reconstruções multiplanares (MPR e MIP's) e tridimensionais (VRT) (Figura 4).

DISCUSSÃO

Existem seis pilares na abordagem do AVC Isquémico Agudo:

- Exames para confirmar o diagnóstico e permitir a tomada de decisões terapêuticas;
- Tratamento das condições gerais que influenciam o prognóstico funcional a longo prazo (pressão arterial, temperatura corporal, glicemia);
- Tratamento específico dirigido a aspectos particulares da patogenia do AVC, como seja a recanalização do vaso ocluído ou a prevenção dos mecanismos que conduzem à morte neuronal (neuroprotecção);
- Profilaxia e tratamento das complicações, tanto médicas (aspiração, infecções, úlceras de decúbito, trombose venosa profunda ou embolismo pulmonar) como neurológicas (transformação hemorrágica, edema com efeito de massa ou convulsões);
- Prevenção secundária precoce, para reduzir a incidência da recorrência precoce de novo AVC;
- Reabilitação precoce.

A selecção de pacientes para terapêutica trombolítica define-se relativamente ao intervalo de tempo desde o início dos sintomas (menos de 3 a 6 Horas), ausência de hemorragia cerebral e extensão do enfarte (a extensão da hipodensidade cerebral na TC deve ser inferior a $\frac{1}{3}$ da área da artéria cerebral média).

Porém, mesmo com estes critérios de selecção, nem todos os pacientes seleccionados beneficiam da terapêutica trombolítica, pois a trombólise pode originar risco de hemorragia cerebral. É necessária uma avaliação detalhada da situação hemodinâmica do paciente.

A trombólise pode ser:

- **Endovenosa** – administrada nas primeiras 3H após início dos sintomas para a circulação anterior e até às 24H para a circulação posterior;
- **Intra-arterial** – administrada nas primeiras 6H após início dos sintomas, pelo neurorradiologista em sala de angiografia.

A administração precoce de terapêutica trombolítica no AVC isquémico baseia-se no conceito de que a restituição precoce da circulação no território afectado, mediante a recanalização de uma artéria intracraniana ocluída, preserve o tecido neuronal disfuncional na zona da penumbra. Por sua vez, a recuperação da função neuronal reduz a incapacidade neurológica avaliada clinicamente.

OUTRAS APLICAÇÕES

Esta técnica permite, também, uma avaliação não invasiva da malignidade dos tumores. Estes estão associados ao aumento da actividade angiogénica e neovascularização, resultando num aumento do volume sanguíneo e hiperpermeabilidade. Contrariamente ao que ocorre nos tecidos saudáveis, os valores do FSC e VSC aumentam na região tumoral e peritumoral (Figura 5).

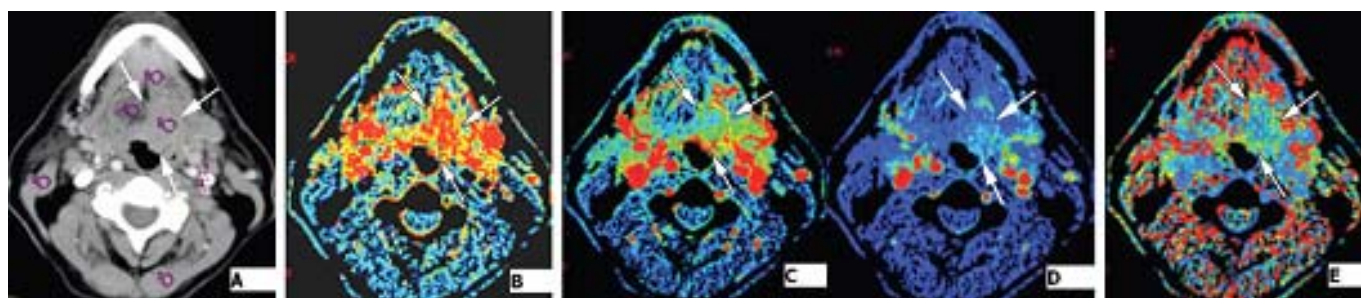


Figura 5. Tumor agressivo envolvendo a base esquerda da língua. (A) Imagem axial da PTC do pescoço com a localização das áreas de interesse para realização dos mapas. (B) Mapa de permeabilidade indica um aumento desta no interior do tumor (setas), comparado com o tecido circundante. (C) Mapa do volume sanguíneo mostra um aumento do mesmo no interior do tumor (setas). (D) Mapa do fluxo sanguíneo indica um aumento do fluxo no interior do tumor (setas). (E) Mapa do TMT indica diminuição do TMT (4:641).

CONCLUSÕES

A combinação destas duas técnicas, a PTC e Angio-TC, permite uma avaliação mais detalhada da extensão do enfarte, do local da oclusão, do tecido cerebral com possível recuperação e da circulação colateral.

A PTC permite uma avaliação qualitativa da perfusão do tecido cerebral e, a obtenção de resultados precisos, tem como variável: a cooperação do paciente, que por vezes neste tipo de patologia é limitada; o software usado, pois são necessários conhecimentos e treino adequado para uma correcta obtenção e interpretação dos dados, e a metodologia usada, por exemplo, velocidade de injeção ou função cardíaca baixa.

No entanto, é necessário salientar que esta, ainda é uma técnica em evolução e existem investigações em curso para a aperfeiçoar e determinar a exactidão, fiabilidade e reproductibilidade dos resultados quantitativos.

Pensamos que, com este artigo, evidenciamos as potencialidades da Perfusão por TC e Angio-TC no estudo do AVC Isquémico.

AGRADECIMENTOS

Dr. Sérgio Galo (Neurorradiologista HES - Évora)

BIBLIOGRAFIA

1. MSD. AVC é a principal causa de morte em Portugal. *MSD*. [Online] 31 de Março de 2006. [Citação: 7 de Julho de 2008.] http://www.msd.pt/content/corporate/about/press/noticias/pt_noticias019.html.
2. M. König, E. Klotz, L. Heuser. Diagnosis of Cerebral Infarction Using Perfusion CT: State of the Art. *Electromedica*. 68, 2000, pp. 9-12.
3. European Stroke Initiative. *AVC Isquémico: Profilaxia e Tratamento*. 2003.
4. Ellen G. Hoeffner, Ian Case, Rajan Jain. Cerebral Perfusion CT: Technique and Clinical Applications. *Radiology*. 2004, Vol. 231, pp. 632-644.
5. Martin Wiesmann. CT Perfusion of the Brain. *Visions-journal*. [Online] September 2006, pp. 6-9.
6. Leonor Lopes, Rita Sousa, Joana Ruivo et al. O Contributo da Tomografia Computorizada de Perfusão no Acidente Vascular Cerebral. *Acta Med Port*. 2006, Vol. 19, pp. 484-488.
7. Carla Conceição, Teresa Palma, Pedro Evangelista. Angio-TC da Doença Carotídea Ateromatosa. *Acta Médica Portuguesa*. 2003, Vol. 16, pp. 149-153.
8. Ina Skagervik, Gunnar Wikholm, Lars Rosengren et al. Brain CT Perfusion in Stroke in Progression. *European Neurology*. 2008. Vol. 59, pp. 98-100.



REABILITAÇÃO CARDÍACA... O PAPEL DO ENFERMEIRO

Cardiac rehabilitation... The nurse's role

Fernando José Freixo MICAEL⁽¹⁾, João Pedro Oliveira VALENTE⁽²⁾, Olinda Maria Cebola Monsanto GONÇALVES⁽³⁾, Sandrina Rodrigues DUARTE⁽³⁾

RESUMO

Este artigo de revisão bibliográfica pretende demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem na reabilitação do doente com doença coronária. Apesar de, o conceito de reabilitação cardíaca ser ainda recente e estar em desenvolvimento, rapidamente se verificaram os efeitos benéficos que esta área trouxe aos doentes vítimas de doença coronária. Este sucesso motivou o aparecimento de programas de reabilitação cardíaca, constituídos por quatro fases bem estruturadas e organizadas, de forma a dar resposta às necessidades da população. Em Portugal a reabilitação cardíaca continua a ser "subutilizada", concentrada nos grandes centros de Lisboa e Porto, mas a sua crescente expansão tem motivado os enfermeiros a assumir um papel fundamental na reabilitação do doente cardíaco, sendo estes a pedra basilar na promoção do autocuidado, na educação do doente e família para a aquisição e/ou desenvolvimento de hábitos de vida saudável, bem como na melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença Coronária; Reabilitação Cardíaca; O papel do Enfermeiro; Factores de risco cardiovasculares; Exercício físico; Cardiopatia

ABSTRACT

This review article intends to demonstrate the nursing care importance in rehabilitation of patients with coronary disease. Although the youth and development stage of cardiac rehabilitation concept, quickly as been found benefits in patients who have suffered coronary heart disease. This success motivated the appearance of cardiac rehabilitation programs, consisting of four phases well structured and organized in order to meet the needs of the population. In Portugal cardiac rehabilitation remains "underutilized," concentrated in large cities of Lisbon and Porto, but its growing expansion has motivated nurses to assume a key role in cardiac patient rehabilitation, which are the cornerstone in self-care promotion, in patient and family education to achieve and / or develop healthy lifestyle habits, as well an improved quality of life.

Keywords: Coronary Heart Disease, Cardiac Rehabilitation, The role of the nurse; Cardiovascular Risk Factors, Exercise, Heart Disease

Correspondência do Autor: João Pedro Oliveira Valente
Email: jvalentezzz@gmail.com
Recebido em: 27.01.2011 Aceite em: 15.02.2011

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de mortalidade em Portugal representando, em 2003, 37,6% de todos os óbitos de acordo com dados do Alto Comissariado da Saúde.

Com base em dados estatísticos, o número de internamentos de doentes com patologia cardíaca, no ano de 2009, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, foi de 34,41%, sendo destes 24,73% correspondentes a doentes com enfarte agudo do miocárdio

(EAM).

Como forma de minimizar o impacto da doença cardíaca isquémica na morbilidade e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, têm-se desenvolvido programas de reabilitação cardiovascular (PRCV) no sentido de atenuar os efeitos da morbilidade e reduzir a mortalidade através de programas de prevenção integrados¹.

A Reabilitação Cardíaca (RC) faz parte das metas prioritárias do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, mas está ainda longe do objectivo esperado.

¹LICENCIADO EM ENFERMAGEM; PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE CRISE E EMERGÊNCIA

²LICENCIADO EM ENFERMAGEM; PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

³LICENCIADAS EM ENFERMAGEM

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE - HOSPITAL AMATO LUSITANO

Esta revisão tem como objectivo explorar a temática da RC com base na evidência científica, abordando a sua pertinência no contexto actual de saúde da sociedade portuguesa e internacional.

DEFINIÇÃO

De acordo com Pollock et al² todos os objectivos da reabilitação cardíaca, onde a causa da doença é incerta e a evolução variável, poderiam ser focados na qualidade de vida como implícito na definição de reabilitação cardíaca da Organização Mundial de Saúde (OMS): "Reabilitação é a soma de actividades necessárias para assegurar as melhores condições físicas, mentais e sociais possíveis para que o doente possa por seus próprios esforços recuperar tão normal quanto possível um lugar na comunidade e levá-lo a uma vida activa e produtiva".

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Historicamente a RC surgiu do conceito de mobilização precoce depois do EAM em doentes sem complicações clínicas e com o objectivo único de melhorar a condição física através do exercício³.

Até à década de 50, os doentes com EAM eram aconselhados a fazer repouso absoluto durante pelo menos dois meses. Constatou-se, então, que o repouso absoluto prolongado trazia várias complicações⁴.

Foi na década de 60, com o desenvolvimento de unidades de cuidados coronários, que se demonstraram os benefícios da actividade física na recuperação física e emocional dos indivíduos com doença coronária⁵.

Apesar destes desenvolvimentos, só nos finais dos anos 70, começaram a surgir, no Reino Unido, os programas de reabilitação cardíaca. Nos anos noventa, assistiu-se a uma explosão destes programas, tendo os vários estudos comprovado que a mobilização precoce era se-

gura e que era benéfica na diminuição da ansiedade, da depressão, assim como no aumento da capacidade funcional no momento da alta.

Em Portugal a RCV começou em Lisboa, em 1982, na clínica Dr. Dídio de Aguiar e no Porto, em 1992, na clínica Fisimaia. Até Dezembro de 2007, aferiu-se a existência de 7 centros públicos com programas de RCV e 9 centros privados, concentrando-se na região de Lisboa e Porto. Só em Janeiro de 2008 o Hospital de Faro iniciou o seu programa de RCV.

OBJECTIVOS

O programa de RC deve ser iniciado na hora de admissão hospitalar e continuar após a alta do doente. Tem como objectivo principal o alcance de uma óptima condição de saúde para cada doente, assim como a manutenção dessa condição física, psicológica, social, vocacional e económica; estabelecendo um programa global que se adapte à individualidade clínica do doente.

De forma sintética, estes poderão dividir-se em objectivos de curto e longo prazo. Objectivos de curto prazo, incluem a recuperação física suficiente para restaurar actividades habituais, a educação do doente e familiares sobre a doença e suporte psicológico durante a fase aguda e de convalescença da doença. Objectivos de longo prazo incluem a identificação e o tratamento dos factores de risco que influenciam a progressão da doença, ensinar e reforçar hábitos saudáveis de vida, otimizar a condição física e facilitar o retorno às actividades ocupacionais e vocacionais⁶.

PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA

Actualmente, os programas de reabilitação cardíaca têm uma intervenção multifactorial, sobretudo ao nível da modi-

Tabela 1 - Classificação dos exercícios

<i>Quanto aos seus efeitos cardiovasculares</i>	<i>- Exercício estático/ isométrico (empurrar objectos pesados, sustentar um peso, aperto de mão, entre outros)</i> <i>- Exercício dinâmico (andar, correr, nadar e pedalar)</i>
<i>Quanto às suas fontes energéticas</i>	<i>- Exercício aeróbio (andar, correr, nadar, pedalar bicicleta)</i> <i>- Exercício anaeróbio (exercícios que implicam esforços de alta intensidade e curta duração <20 seg.)</i>



ficação dos factores de risco, supervisão mais segura por parte dos profissionais de saúde, caracterizando-se pelo início precoce de reabilitação, centrada no doente, no sentido de promover a sua autonomia, responsabilização pela recuperação e melhoria da qualidade de vida⁶.

Uma avaliação básica é necessária antes do programa de reabilitação ser iniciado. Esta avaliação inclui dados sócio-demográficos, dados do evento cardíaco, sinais e sintomas actuais, actividades ocupacionais e recreacionais e nível funcional actual⁷.

Os benefícios potenciais do exercício incluem os seguintes:

- Melhoria da capacidade aeróbica do exercício;
- Aumento da força muscular;
- Redução da isquémia miocárdica, aumento potencial da perfusão miocárdica;
- Redução da taxa de mortalidade e morbilidade;
- Redução dos factores de risco coronários;
- Potencial redução progressiva ou regressão da aterosclerose coronária;
- Redução potencial de arritmias ventriculares;
- Redução da resposta do sistema nervoso simpático

ao stress mental e físico;

- Redução da ansiedade e depressão emocional após o evento cardíaco².

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES PARA A INCLUSÃO

Embora tradicionalmente a maioria dos candidatos para a RC sejam doentes pós-EAM ou cirurgia de revascularização do miocárdio, as indicações actuais incluem também doentes submetidos a intervenção coronária percutânea (ICP); aqueles que receberam transplante de coração ou coração e pulmões; doentes com angina ou insuficiência cardíaca crónica estável; com doença arterial periférica com claudicação; doentes cardíacos após procedimentos cirúrgicos para reparação ou substituição de válvula cardíaca e até prevenção cardiovascular em doentes hipertensos^{3,4}.

Existem, no entanto, algumas contra-indicações que podem impedir a participação de alguns doentes nos exercícios do programa de reabilitação.

São elas⁴: Se durante uma sessão de RCV ocorrer

Tabela 2 – Contra-indicações para a inclusão em Programas de RC

Angina Instável

Trombose venosa profunda

Tromboembolismo ou embolismo recente

Infecção sistémica aguda ou febre

Bloqueio AV de 2º grau ou superior (sem pacemaker)

Pericardite ou miocardite aguda

Arritmia não controlada

Insuficiência ou estenose mitral ou aórtica graves sem tratamento adequado

Insuficiência cardíaca descompensada

HTA em repouso descontrolada

Hipotensão ortostática

Depressão do segmento ST > 2mm em repouso

Disfunção neuro-músculo-esqueléticas graves

DM descompensada

Frequência cardíaca de repouso acima dos 100 bpm

Outras disfunções metabólicas descompensadas

sintomatologia suspeita, a sessão deverá ser suspensa até ser reavaliada a situação clínica do doente, pelo seu médico assistente.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

Antes de se incluir um indivíduo que já tenha sofrido uma patologia cardíaca num programa de exercício físico é necessário determinar se este apresentará algum tipo de risco para o próprio. A estratificação do risco permite prever o futuro do indivíduo, de acordo com o seu estado clínico, incluindo aspectos funcionais e comportamentais.

A American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) publicou no ano 2000, guidelines para estratificação de risco de exercício nos doentes com indicação para integrar um programa de RC, que poderá ser consultado no portal da Internet da AACVPR.

Após a estratificação de risco inicial, os doentes devem ser reavaliados no início de cada sessão de exercício, para a detecção de sinais e sintomas sugestivos de descompensação cardiovascular, que possam resultar em risco aumentado de complicações durante o treino.

ACESSO E ADEÇÃO AOS PROGRAMAS

O sucesso a longo prazo de qualquer programa de RC está directamente ligado à adesão do doente. O uso criterioso de técnicas de educação em saúde pode ser uma boa estratégia para a motivação dos doentes, trazendo bons resultados na adesão à terapia medicamentosa, à dieta, à frequência das sessões de reabilitação e na modificação de hábitos de vida⁶.

Cabe ao enfermeiro implementar estratégias de motivação para estimular o envolvimento, o interesse e a adesão do doente (definição de metas a curto prazo, estímulo à participação entre grupos, ênfase à diversão e à variedade no programa de exercício, reforço positivo através de testes de condicionamento periódicos, apoio do cônjuge ao programa de exercício, entre outros)⁸.

FASES DA RC

A British Association of Cardiac Rehabilitation continua a classificar 4 fases da reabilitação⁵:

Fase I - Fase Aguda - É a fase crítica da doença, com duração de 3 a 5 dias, normalmente em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Deverão ser efectuadas sessões de educação e aconselhamentos ao doente (percepção da doença, tipo de procedimentos

efectuados, limitações, perspectivas futuras). Após as primeiras 12 a 24 horas, com estabilização do quadro clínico, podem iniciar-se exercícios de baixa intensidade (mobilização passiva e activa, exercícios respiratórios de relaxamento e cuidados pessoais). As sessões devem ser repetidas 2 a 3 vezes/dia e suspensas caso ocorra dor anginosa, dispneia, hipotensão ou hipertensão, arritmias e/ou alterações de ST significativas. A frequência cardíaca (FC) não deve ultrapassar os valores de FC de repouso acrescida de 20bpm³.

Fase I - Fase Sub-Aguda - Inicia-se após a alta da UCI, estendendo-se até à alta hospitalar, com duração geralmente de 5 a 10 dias. São mantidos os mesmos cuidados e aconselhamento da etapa anterior, incluindo o sentar no cadeirão alguns minutos por dia. A partir do 2º dia inicia-se deambulação precoce de forma a diminuir o descondicionamento físico do indivíduo (dando ênfase às actividades diárias), bem como a sua ansiedade⁵. A intensidade do exercício não deve ser superior a 3METs³.

Fase II - Fase de Convalescência/ Ambulatória - supervisionada: - No período pós-alta o seguimento do PRC deve ter início nas duas ou três semanas seguintes, podendo ter a duração de 6 a 12 semanas, consoante os protocolos⁵. Esta fase desenvolve-se em regime de ambulatório e tem como principais objectivos motivar o doente para a importância da sua adesão ao tratamento (necessidade de adopção de estilos de vida saudável e controlo dos factores de risco cardiovasculares), de forma a poder retomar a sua vida normal o mais rapidamente possível (retomar a actividade laboral). O exercício proposto é individualizado e supervisionado em termos de intensidade, duração, frequência, modalidade de treino e progressão. A intensidade do trabalho para esta fase é de 3 a 5 METs⁵.

Fase III - Fase Intermédia/ Extra-hospitalar: Esta fase possui duração de 4 a 6 meses. Diferencia-se da fase II por uma menor necessidade de supervisão da actividade de esforço⁶. O principal objectivo é a manutenção a longo prazo dos comportamentos apreendidos na Fase II (aumento da capacidade física e do bem-estar psicossocial e pela manutenção dos hábitos adquiridos: prática de exercício físico regular, abstenção tabágica, dieta adequada, controlo dos factores de risco cardiovasculares)⁵.

Fase IV - Fase Crónica/ Manutenção: Esta é a maior fase dos PRC: a sua duração é indefinida e muito variável. As actividades não são necessariamente supervisio-



nadas, devendo ser adequadas à disponibilidade de tempo para a manutenção do programa de exercícios físicos e às preferências dos doentes em relação às actividades desportivas/ recreativas de forma a facilitar a adesão a longo prazo. Devem ser igualmente considerados os recursos materiais e humanos disponíveis. Os objectivos principais desta fase são o aumento e a manutenção da aptidão física e a manutenção de estilos de vida saudáveis. Os doentes devem ser periódica e sistematicamente contactados pela equipa do PRC, mesmo que por telefone, pelo menos uma vez a cada seis meses⁵.

PAPEL DO ENFERMEIRO NA RC

A actuação do enfermeiro de reabilitação, pela sua formação, na área da RC é de extrema importância no sentido de conseguir o maior nível de autonomia possível para o indivíduo com incapacidade.

Para Figueiredo *et al.*⁶ esta actuação consiste:

- Educação do doente e família;
- Estímulo ao auto cuidado;
- Avaliar sinais e sintomas das doenças crónicas;
- Suporte emocional;
- Promover retorno às actividades habituais;
- Interface entre doente e equipa;
- Prescrição de exercícios e supervisão dos mesmos;
- Supervisão das sessões de reabilitação;
- Assistência nas situações de emergência cardíaca;
- Visita domiciliária.

Para que um programa de reabilitação cardíaca tenha o sucesso pretendido é necessário que a interacção doente/equipa multidisciplinar seja construída na base da confiança e do respeito, de forma a manter o doente o mais motivado possível no cumprimento do programa. É nesta relação/interacção que o enfermeiro tem um papel preponderante na reabilitação do doente cardíaco⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao exposto neste artigo, considera-se que efectivamente a RC é um meio através do qual o doente com patologia cardíaca pode atingir a sua autonomia e regressar a uma vida activa. É, contudo, necessário aumentar a referenciação sistemática da RC, criando uma verdadeira rede de cuidados de saúde, tornando acessíveis os benefícios deste tipo de programas ao maior número de indivíduos com patologia cardíaca.

Os enfermeiros de reabilitação e de cuidados inten-

sivos devem possuir competência e conhecimento que facilite o papel de educador na relação empática com o doente. São os elementos da equipa multidisciplinar que mais tempo permanece ao lado do doente, tendo a capacidade de considerá-lo como um todo.

A actuação do enfermeiro na RC ao doente coronário é de grande importância no sentido de observar, identificar e interpretar os sintomas e de orientar os doentes no que diz respeito às medidas para retardar a progressão da doença, bem como manter o doente motivado e colaborativo com o seu tratamento, cumprindo assim uma das metas da enfermagem, propostas por Florence Nightingale: a de colocar o doente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele de maneira benéfica.

BIBLIOGRAFIA

1. AZEVEDO, N.; (2009). *Reabilitação Cardiovascular: Diminui a mortalidade e mantém a qualidade de vida, em doentes isquémicos, 4 anos após*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (pp. 50-54). Porto: Universidade do Porto.
2. POLLOCK, Michael L.; SCHMIDT, Donald H. - Doença cardíaca e reabilitação. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, cop. 2003. 437 p. . ISBN 85-7309-694-2
3. FREITAS, Raimundo Hespânia de ; COSTA, Ricardo Vivacqua Cardoso - Ergometria e reabilitação em cardiologia. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992. 581 p. . ISBN 85-7199-041-7
4. DUARTE, Carla (2009). *Reabilitação Cardiovascular*, Porto 230 p. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina; 26 p. [em linha] [Consult. 14-06-2010].
5. MAGALHÃES, S.; (2008). *Avaliação do efeito dum Programa de Reabilitação Cardíaca nos Principais Factores de Risco Cardiovascular*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (pp. 35-58). Porto: Universidade do Porto.
6. FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de, ed. lit. ; STIPP, Marlucci Andrade Conceição, ed. lit. ; LEITE, Joséte Luzia, ed. lit. - *Cardiopatias : avaliação e intervenção em enfermagem*. 2ª ed. São Caetano do Sul : Yendis, cop. 2009. 330 p. . ISBN 978-85-7728-116-9
7. PRYOR, Jennifer A. ; WEBBER, Barbara A. - *Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos*. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2002. 366 p.. ISBN 85-277-0701-2
8. FARDY Paul S.FRANKLIN, Barry A.PORCARI, John P.VERRILL, David E. [et al.] - *Técnicas de treinamento em reabilitação cardíaca*. Barueri : Manole, 2001. 149 p. . ISBN 85-204-0989-X
9. SPESIA, F. (2009). *A assistência de Enfermagem na Reabilitação Cardiovascular ao Paciente com Doença Coronariana*. , [em linha] [Consult. 14-06-2010]. In: <http://www.webartigos.com/articles/30434/1/Assistencia-de-Enfermagem-na-Reabilitacao-Cardiovascular-ao-paciente-com-Doenca-Coronariana/pagina1.html>

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. DGS; (2004) Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Vol II – Orientações estratégicas. ISBN 972-675-110-1 Retirado de <http://www.dgsaude.minsaude.pt/pns/media/pnsvol2.pdf>
2. DGS; (2004) Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Vol I – Prioridades. ISBN 972-675-109-8 Retirado de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/fivheiros/i007331.pdf>
3. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2006) - *Recomendações Clínicas para o EAM e AVC*, Lisboa, Versão 1 (10.07.2006) Edição da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares - Alto Comissariado da Saúde
- 4 – COUTO, Loreta; OLIVEIRA, Perla; BASTOS, Alessandra; NASCIMENTO, Carolina; SIMÕES, Sheila; MATOS, Amanda; ROCHA, Aurélio; ANDRADE, Everaldo (2005). Dispositivos mecânicos que oferecem resistência cardiovascular. *Revista Saúde.Com*, 1(2): 110-117. In: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n2a4.pdf>.

HIDATIDOSE HEPÁTICA

APRESENTAÇÃO CLÍNICA, CONDUTA E TERAPÊUTICA

Hepatic hydatidosis - Clinical presentation, conduct and therapeutics

Ana MONTEIRO*, Pedro SILVA VAZ*, Sérgio USURELU*, Sara CORREIA*, Rui RAINHO*, Luís VALENCIA**, Arnadina LOUREIRO***

RESUMO

A hidatidose é uma infecção parasitária causada pela ingestão acidental de larvas dos parasitas platelmintos do género *Echinococcus*, sobretudo pelo *Echinococcus granulosus*. Portugal encontra-se entre os países considerados pela OMS como endémicos/altamente endémicos, com uma incidência nacional estimada de 2.2/100 000 habitantes.

Devido à elevada prevalência e apresentação clínica variável, os autores apresentam uma revisão bibliográfica do diagnóstico, complicações e tratamento do tema baseados num caso clínico.

Palavras chave: hidatidose, *echinococcus granulosus*, albendazol

Correspondência do Autor: Email: anamonteira@gmail.com - Aceite em: 10.3.2011

INTRODUÇÃO

A hidatidose é uma doença parasitária provocada por várias espécies de helmintas do género *Echinococcus*, sobretudo pelo *Echinococcus granulosus*. A transmissão para o humano ocorre acidentalmente por contágio oral/fecal com animais contaminados (principalmente canídeos). O parasita continua o seu ciclo biológico no interior do organismo humano, levando à formação de quistos hidáticos. Portugal encontra-se entre os países considerados pela OMS como endémicos/altamente endémicos, com uma incidência nacional estimada de 2.2/100 000 habitantes¹.

Os quistos hidáticos alojam-se preferencialmente no parênquima hepático (50-70%) e pulmonar (5-30%).

A infecção pode ser silenciosa ou manifestar-se de uma forma variável, dependendo do tamanho e local dos quistos e de complicações que possam ocorrer, nomeadamente a ruptura quística intrabiliar, a mais frequente, com uma incidência aproximada de 15-40%². Outras possíveis complicações são a compressão vascular, ruptura para a cavidade abdominal/pleural, infecção do quisto, choque anafilático, sépsis e morte.

O diagnóstico é clínico, imagiológico e serológico. O tratamento ideal é cirúrgico associado a antihelmínticos.

CASO CLÍNICO:

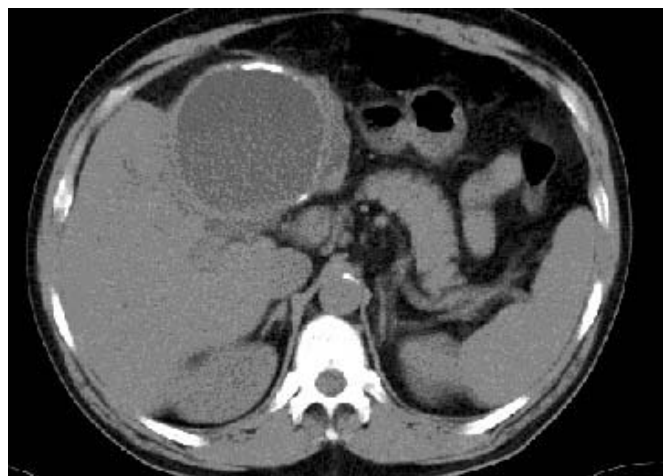
Doente do sexo masculino com 51 anos de idade, anteriormente agricultor, com hábitos etanólicos moderados,

ABSTRACT

Hydatidosis is a parasitic infection caused by the tapeworm *Echinococcus*, mostly by the *Echinococcus granulosus*. Portugal is considered by the WHO as an endemic/highly endemic country, with an incidence of 2.2/100 000 inhabitants.

Due to the high prevalence and variable clinical presentation, the authors make a bibliographical review of the diagnosis, complications and treatment of the theme based on a case report.

Key words: hydatidosis, *echinococcus granulosus*, albendazol



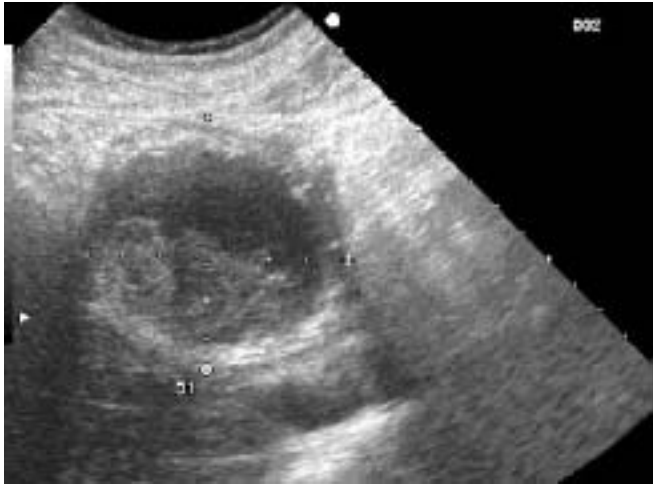
(1) – Quisto hidático à apresentação visto por TAC. Pontos de calcificação da parede quística e atrofia do lobo esquerdo hepático.

que recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Amato Lusitano por quadro de dor abdominal súbita, icterícia, e colúria com 3 dias de evolução.

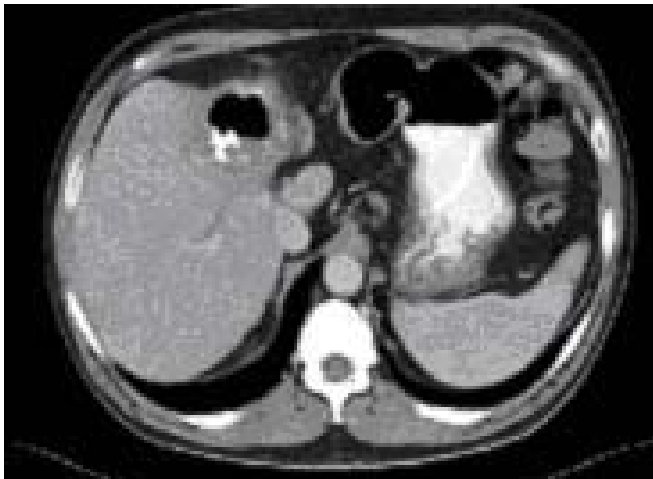
A dor era descrita em cinturão, sem factor precipitante identificável, de carácter constante, intensidade crescente e que aliviava em posição genu-peitoral.

Clinicamente apresentava hipertemia (38.0°C), dor à palpação do hipocôndrio direito e hepatomegalia.

Analicamente destacava-se desvio para a esquerda da fórmula leucocitária, com alteração da função hepática de padrão colestatístico e hiperbilirrubinemia conjugada.



(2) – Quisto hidático tipo IV da Classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS)



(3) – Redução do volume do quisto hidático após colocação de sonda nasoquística



(4) – Trajecto da sonda nasoquística

A Ecografia e a tomografia computadorizada (TC) abdominal revelaram quisto hidático tipo IV da Classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) nos segmentos II-III-IVa com 68x71mm, colelitíase e obstrução distal da via biliar principal (VBP) condicionando dilatação de 13mm. O doente foi internado no Serviço de Cirurgia Geral com diagnóstico de colangite aguda obstrutiva por

REVISTA DE SAÚDE AMATO LUSITANO 2011; 29:26-27

coledocolitíase e hidatidose hepática.

Realizou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com esfínterectomia terapêutica endoscópica (ETE), remoção de lamelas biliares e colocação de sonda nasoquística de drenagem após identificação de fístula cisto-biliar.

Ao 6º dia após a CPRE foi retirada esta sonda. À data da alta foi orientado para a consulta externa para vigilância e programação da intervenção cirúrgica, medicado com Albendazol, 10mg/Kg/dia.



(5) – Intra-operatório: periquistectomia parcial.

Foi intervencionado após um mês do episódio agudo, tendo sido submetido a colecistectomia com colangiografia intra-operatória trans-cística, instilação intraquística de Cloreto de Sódio (NaCl) a 20% e periquistectomia parcial com omentoplastia. (3) Devido a pequena fistula biliar foi colocada drenagem quística externa.

O pós-operatório imediato decorreu favoravelmente, verificando-se redução progressiva da drenagem biliar. Teve alta ao oitavo dia pós-operatório com drenagem biliar residual. O dreno foi retirado ao 15º dia pós-operatório. Actualmente em *follow-up* na consulta externa, sem complicações ou recorrência infecciosa documentada.

BIBLIOGRAFIA

- 1 – WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: a Public Health Problem of Global Concern. France: WHO, 2002.
- 2 – Rodríguez Conesa A, Cambor Suarez E. Peritonitis por Echinococcus granulosus: una causa poço frecuente de dolor abdominal. *cir Esp* 2009. doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.020.
- 3 – Simsek H, Ozaslan E, Sayek I, Savas C, Abbasoglu O, Soylu AR, et al. Diagnostic na therapeutic ERCP in hepatic hydatid disease. *Gastorintestinal Endoscopy* 2003; 58(3):384-389.
- 4 – Bulbuller N, Ilhan YS, Kirkil C, Yeniçerioglu A, Ayten R, Çetinkaya Z. The results of surgical treatment for hepatic hydatid cysts in na endemic área. *Turk J Gastroenterol* 2006; 17(4): 273-278.
- 5 – Leder K, Weller PF. Treatment and prevention of echinococcosis. *Uptodate* 2007. citado em 29-9-2008. www.uptodate.com.

PÉ DIABÉTICO TRATAMENTO EM REGIME DE AMBULATÓRIO

Diabetic foot - Treatment on an outpatient regime

Pedro SILVA VAZ*, Sergiu USURELU*, Ana MONTEIRO*, Sara CORREIA*, Rui RAINHO*, Aida PAULINO**, António GOUVEIA***, Arnandina LOUREIRO****

Doente do sexo masculino de 82 anos de idade, com antecedentes de Doença de Alzheimer (dependente de terceiros para todas as actividades desde 2002), Diabetes mellitus diagnosticada em 1999 tratado com antidiabéticos orais, residente num lar com apoio de enfermagem diário. Recorreu ao Serviço de Urgência em Março/2009 por ferida infectada do primeiro dedo do pé esquerdo, envolvendo a articulação metatársico-falângica (Figura 1). Pulsos pedioso e tibial posterior presentes ao exame Doppler e pesquisa da sensibilidade distal à pressão com o monofilamento de Semmes-Weinstein de difícil percepção devido ao estado clínico do doente. Foi realizada colheita de exsudado

para exame bacteriológico e limpeza cirúrgica dos tecidos desvitalizados com extracção de fragmentos ósseos. O penso foi efectuado com iodopovidona em sistema de instilação diária (Figura 2). Devido aos antecedentes pessoais do doente e, encontrando-se este num lar com enfermeiro diário, decidiu-se incluir o doente em Hospital de Dia Polivalente para realização de antibioterapia (Ertapenem 1gr/dia). A duração da antibioterapia foi de 20 dias, tendo apresentado evolução favorável da ferida (Figura 3). O penso foi então mudado para iodopovidona pomada e Inadine® (Figura 4). As Figuras 5,6 e 7 referem-se, respectivamente, à evolução da ferida aos 40º, 50º e 70º dias, com cicatrização completa.



FIGURA 1

*MÉDICO INTERNO DE CIRURGIA GERAL, **MÉDICO ASSISTENTE DE CIRURGIA GERAL, ***MÉDICO ASSISTENTE GRADUADO DE CIRURGIA GERAL, ****CHEFE DE SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL
SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL AMATO LUSITANO, UNIDADE DE SAÚDE LOCAL – CASTELO BRANCO, E.P.E.
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR



FIGURA 2



FIGURA 5



FIGURA 3



FIGURA 6



FIGURA 4



FIGURA 7

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA RARA: 2 CASOS A MESMA ETIOLOGIA

A Rare case of digestive hemorrhage: 2 cases with the same etiology

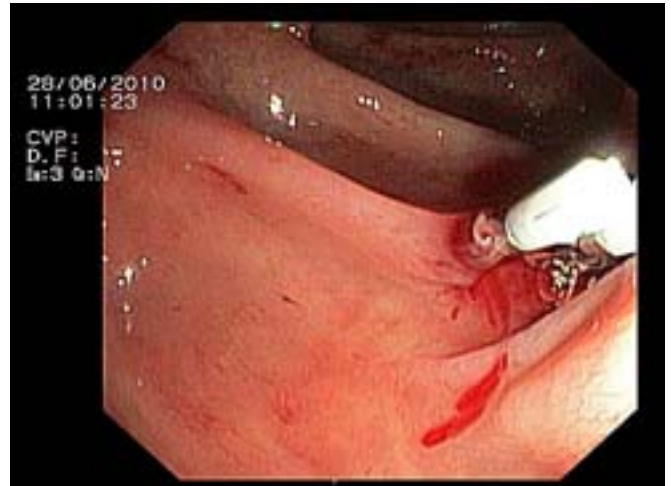
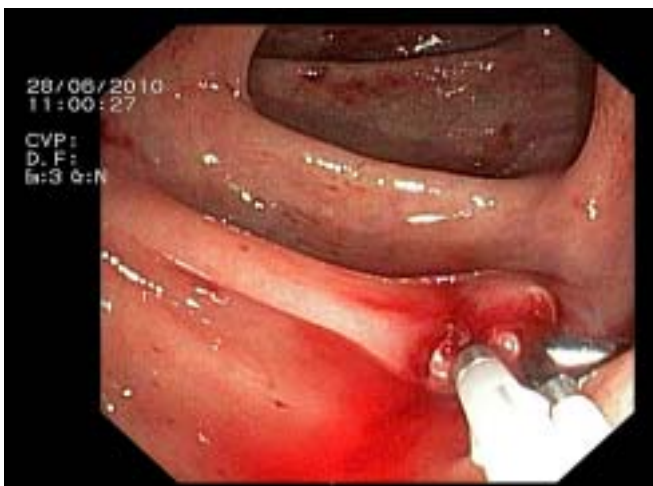
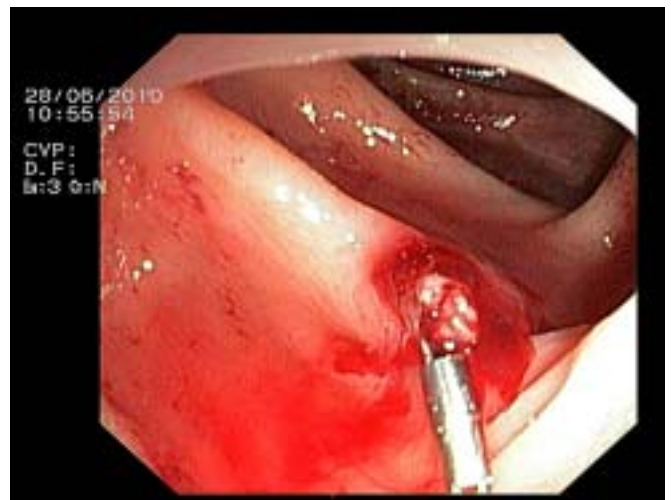
Antonieta SANTOS; PEREIRA, B.; Ana CALDEIRA.; Eduardo PEREIRA; Rui SOUSA, José TRISTAN.; António BANHUDO

A lesão de Dieulafoy é uma causa pouco frequente de hemorragia digestiva, de difícil diagnóstico, que ocorre após ruptura de um vaso de grosso calibre muito próximo da camada epitelial. A grande maioria destas lesões estão localizadas no estômago, embora também descritas no esófago, intestino delgado, cólon e recto.

É consensual que se trata de uma lesão frequentemente não diagnosticada mais do que uma lesão rara, por isso é necessário um elevado índice de suspeição para o diagnóstico correcto e tratamento adequado.

Caso Clínico 1: Doente do sexo masculino, 42 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que recorreu ao

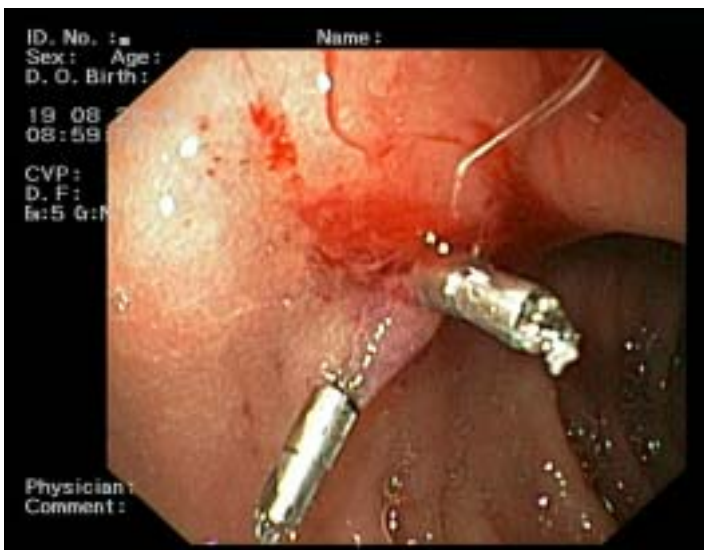
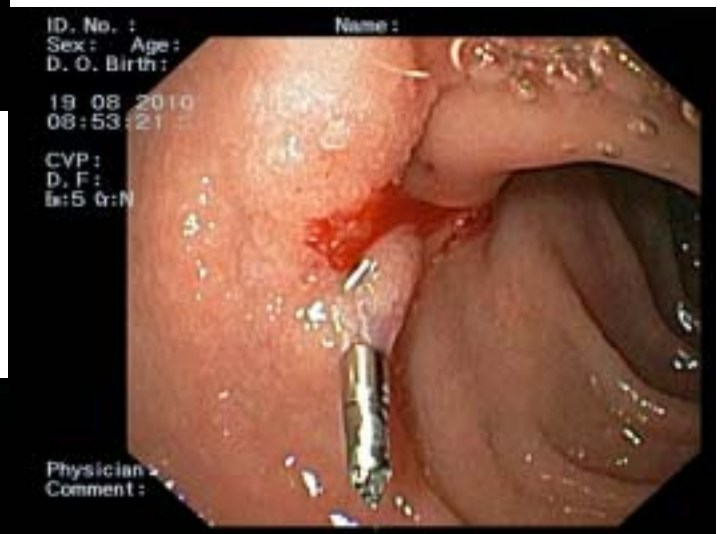
Serviço de Urgência por quadro de hematoquezias. Realizou-se endoscopia digestiva alta, para exclusão de hemorragia digestiva alta que não evidenciou lesões sangrantes. Posteriormente realizou-se colonoscopia total tendo-se visualizado sangue vivo e coágulos aderentes em todo o trajecto cólico. Na retirada, e com lavagem vigorosa, identificou-se coágulo aderente numa prega do cólon ascendente. Após lavagem conseguiu-se destacar o coágulo identificando-se vaso elevado com hemorragia activa pulsátil, rodeado de mucosa de características normais, sugestivo de lesão de Dieulafoy. Foram aplicados 3 clips com sucesso hemostático.





Caso Clínico 2: Doente do sexo masculino, 76 anos, com antecedentes de DM2 com complicações macrovasculares, dislipidemia e ressecção anterior do recto por neoplasia 8 anos antes, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de melenas, astenia e cansaço fácil, com cerca de uma semana de evolução. Analiticamente

apresentava Anemia (Hemoglobina 6,1g/dL) hipocrômica. A endoscopia digestiva alta revelou pequeno vaso com hemorragia activa, sem evidência de alterações da mucosa envolvente, a nível do ápex bulbar. Aplicaram-se 2 clips e efectuou-se esclerose com injeção de 5cc de polidocanol a 1%, com controlo da hemorragia.



EDITORIAL

Como Director do Internato Médico é com grande satisfação que assisto à publicação do suplemento dedicado ao I Dia do Interno da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Este evento, promovido pela Direcção de Internato e Directores dos Serviços com idoneidade formativa, insere-se num programa, que a par do projecto das Sessões Clínicas, tem como objectivo dinamizar a formação científica do Interno, valência de reconhecida importância, quer ao nível da aquisição de competências pelo Interno, quer ao nível da dinâmica da própria ULS.

Tal programa teve como efeito a promoção de uma maior integração e interacção entre os internatos hospitalares e de medicina geral e familiar, comprovada pela apresentação de trabalhos de todas as áreas médicas com idoneidade formativa, com os prémios de melhor Comunicação Oral a serem atribuídos ao Dr. Pedro Vaz e à Dra. Cláudia Rodrigues.

Todos os trabalhos apresentados ilustram bem o tipo de actividade diferenciada na ULS CB. Destaque para o trabalho premiado do Dr. Pedro Vaz, o mesmo cuidou de analisar a experiência desta unidade hospitalar no tratamento da neoplasia do cólon, com uma casuística relevante (428 doentes analisados) lançando as bases para um futuro registo oncológico regional. As apresentações premiadas serão publicadas no próximo número da revista.

Por fim felicito os responsáveis da Revista Amato Lusitano pelo relançar da publicação da mesma, agora num formato inovador e mais eficaz e a quem desejo os maiores sucessos.

Dr. Rui Filipe
(Director do Internato Médico)

COMUNICAÇÕES LIVRES

CL1 - EXPERIÊNCIA EM TELEMEDICINA DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Claudia RODRIGUES, Gabriela ALMEIDA; Bárbara HENRIQUES; Cláudia GOMES; Cláudio ALVES
SERVIÇO: CENTO DE SAÚDE DE S. TIAGO, ULSCB

RESUMO

A Telemedicina de Cardiologia Pediátrica, possível em Castelo Branco desde 2005, com a colaboração da

Cardiologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), possibilita o diagnóstico e encaminhamento de patologias e a vigilância clínica e ecográfica, reduzindo

REVISTA DE SAÚDE AMATO LUSITANO 2011; 29:32-40



o número de deslocações a hospitais diferenciados, o absentismo escolar e laboral e aumentando o número de crianças com patologia cardíaca diagnosticados, tratados e em vigilância clínica.

Metodologia:

Este estudo observacional descritivo tem como objetivos caracterizar as consultas efectuadas desde 2005 até Abril de 2010 em relação a Idade, Género, Motivo de Consulta, Diagnóstico, Seguimento/Encaminhamento. Foi utilizado o livro de registos da Telemedicina.

Resultados:

Verificou-se que 33% das consultas agendadas referiam-se a lactentes com idade inferior a 1 ano e tendência decrescente para idades mais avançadas.

Não houve diferença significativa de género, com 49% das consultas referentes a crianças do género feminino e 51% masculino.

O principal motivo de referenciação foi de Sopros Sistólicos (22%), seguindo-se suspeita e vigilância de Comunicação Intra-auricular (CIA) e Comunicação Intra-ventricular (CIV) (13% em ambos os casos).

Após realização de ecocardiograma, em 41% dos casos

verificou-se existir coração estruturalmente normal, sendo as patologias mais frequentes CIA (13%) e CIV (11%). Quanto ao seguimento, 42% das crianças observadas receberam alta da consulta. As consultas de seguimento variaram de 1 semana a 4 anos, sendo a maior percentagem após 12 meses (20%). Em 2% dos casos foi necessária transferência urgente para o HPC.

Discussão:

Os resultados correspondem ao esperado, devendo-se a maioria das referenciações a sopros sistólicos. Cerca de 75% das crianças em idade escolar apresentam sopros inocentes (persistente ou durante situação de doença aguda).

A CIV constitui a patologia congénita cardíaca mais frequente, com incidência de cerca de 20%. A CIA, nas suas diversas formas, apresenta também incidência elevada. A elevada percentagem de crianças com alta da consulta explica-se principalmente por dois factores: o grande número de referenciações em que se verifica coração estruturalmente normal na primeira consulta e as patologias com resolução espontânea ao longo dos primeiros anos de vida da criança (nomeadamente CIA e CIV).

CL2 - REVISÃO CASUÍSTICA: ESTATÍSTICA DE UMA CONSULTA DE HIPOCOAGULAÇÃO – 2009

Raquel DAVID; Cecília MORENO; Rita RESENDE
SERVIÇO:SERVIÇO DE MEDICINA 1B DO HAL, ULSCB

RESUMO

Objectivo:

Análise estatística da população seguida na Consulta de Hipocoagulação do hospital durante o ano de 2009.

Material:

De um total de 613 doentes que frequentaram a Consulta de Hipocoagulação em 2009, foram analisados os processos de 186 doentes, pertencentes ao ficheiro de um dos clínicos.

Método:

Estudo retrospectivo, no qual se analisaram as seguintes variáveis: sexo, idade, antecedentes pessoais, pato-

logia que condicionou a hipocoagulação, anticoagulante utilizado, doses terapêuticas, controlo do INR.

Conclusões:

Existe prevalência do sexo feminino (52% dos doentes); a faixa etária predominante encontra-se entre os 71 e 80 anos de idade (40% dos doentes); as patologias mais frequentes que condicionam a hipocoagulação são a Fibrilhação Auricular e as Valvulopatias; os doentes são, na sua maioria, referenciados pela especialidade de Cardiologia; o anticoagulante mais utilizado é a varfarina (64% dos doentes), sendo que 30% destes estão controlados com uma dose semanal entre 11.25 e 20 mg; dos doentes medicados com acenocumarol, 35% encontram-se controlados com uma dose semanal entre 11 e 15 mg.

CL3 - CASO CLÍNICO: ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA

Raquel DAVID; Ana IGLÉSIAS; Gonçalo SALVADO; Rita RESENDE
SERVIÇO:SERVIÇO DE MEDICINA 1B DO HAL, ULSCB

RESUMO

Introdução:

Os autores apresentam uma revisão terapêutica da Aspergilose Invasiva Pulmonar, a partir do caso clínico.

Caso clínico:

Os autores apresentam uma revisão terapêutica da Aspergilose Invasiva Pulmonar, a partir do caso clínico de um doente do sexo masculino, com 54 anos de idade. Apresentava antecedentes pessoais de Tuberculose Pulmonar (TP) com cavitações e bronquiectasias, enfisema pulmonar, silicose, hábitos tabágicos e alcoólicos crónicos. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de tosse com hemoptises, cansaço fácil e emagrecimento com cerca de um mês de evolução. O Rx de tórax apresentava imagens de condensações e cavitações envolvendo ambos campos pulmonares. A TC torácica evidenciou padrão de micronodulação difusa associada

a densificação intersticial e perda de volume. O exame directo e cultural de expectoração sugeriu infecção por *Aspergillus*, confirmando-se por biópsia transbrônquica o diagnóstico de Aspergilose invasiva. Iniciou terapêutica com Voriconazol, mantendo-se em seguimento em consulta.

Discussão e conclusões:

Deverá iniciar-se imediatamente a terapêutica antifúngica, perante a suspeita de *Aspergilose Invasiva*. Voriconazol é o fármaco de eleição. As alternativas incluem outros Imidazóis, Caspofungina e Anfotericina-B. É necessária a monitorização regular do doente, devido aos potenciais efeitos adversos graves. A ressecção cirúrgica do tecido infectado pode estar indicada em alguns doentes. A profilaxia pode ser útil em determinados grupos de doentes, como os transplantados e os imunodeprimidos ou neutropénicos.

CL4 - ADENOMA DO SIGMÓIDE – UM ACHADO DA ECOGRAFIA ABDOMINAL

Teresa PINTO PAIS, Ana CALDEIRA, Bruno SIMÕES, Antonieta SANTOS, Eduardo PEREIRA, José TRISTAN, Rui SOUSA, António BANHUDO
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Introdução:

Os pólipos do cólon são habitualmente assintomáticos, com potencial de transformação neoplásica.

Caso Clínico:

Doente de 64 anos, internado no Serviço de Gastroenterologia por descompensação de doença hepática crónica, por pneumonia adquirida na comunidade. Institui-se terapêutica diurética e antibioterapia empírica com melhoria clínica progressiva. Durante o internamento realizou ecografia abdominal que revelou alterações ultrasonográficas compatíveis com cirrose hepática, bem como imagem no cólon sigmóide sugestiva de pólipo, pediculado, com cerca de 20mm. Na colonoscopia sub-

sequente visualizou-se pólipo viloso com cerca de 25mm e muito friável, com pedículo longo e grosso, aos 25cm do orifício externo do canal anal, que se excisou com ansa diatérmica. O diagnóstico anatomopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado do cólon sigmóide, sem permeação linfovascular, distando cerca de 0,25cm da margem de ressecção.

Discussão:

Neste caso clínico, é identificado um adenocarcinoma do cólon sigmóide como um achado ecográfico num exame de rotina de um doente cirrótico, cuja remoção endoscópica com margens livres impediu a sua progressão neoplásica e oferecendo possibilidade curativa.



CL5 - LINFOMA MALT – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa PINTO PAIS¹, Ana CALDEIRA¹, Bruno SIMÕES¹, Antonieta SANTOS¹, Eduardo PEREIRA¹, José TRISTAN¹, Rui SOUSA¹, Rita RESENDE², António BANHUDO¹
¹SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO; ²SERVIÇO DE MEDICINA 1B DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, de 79 anos de idade, com antecedentes de exérese de meningioma, sem sequelas, HTA e DM medicadas e controladas. Enviado à consulta de Gastroenterologia há cerca de 18 meses, por queixas de epigastralgias, sem perda ponderal ou outros factores de gravidade. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou úlcera de 8mm de diâmetro, de bordos regulares, na grande curvatura do corpo gástrico proximal, sem estigmas de hemorragia ou outras alterações. O exame histológico revelou tratar-se de Linfoma não Hodgkin B do corpo gástrico, compatível com linfoma da zona marginal (MALT). Fez irradicação de *Helicobacter pylori* (Hp) mantendo-se posteriormente inibição de secreção ácida. No controlo endoscópico visualizaram-se duas pregas espessadas no corpo proximal, que foram biopsadas novamente, cuja histologia evidenciou persistência de doença linfoproliferativa, concordante com linfoma MALT

e ausência de colonização de Hp. Procedeu-se ao seu estadiamento com realização de ecografia digestiva, sem lesões focais hepáticas ou esplênicas, ou outras alterações relevantes, e posteriormente ecoendoscopia, identificando-se espessamento hipoecóide da parede gástrica do corpo alto/fórnix à custa da segunda camada (mucosa) que atingia os 9,4mm de espessura e 37,6mm de extensão; restante parede gástrica sem alterações da ecoestrutura; bem como 3 adenopatias peri-gástricas ovaladas e hipoecóides, a maior com 9,0mm e 2 adenopatias infracentrímetricas na janela aortopulmonar no mediastino posterior. O estadiamento foi complementado pela tomografia computadorizada (TC) que não identificou alterações para além das descritas. Achados, portanto, compatíveis com linfoma MALT, estágio III da classificação Ann Arbor. O doente foi referenciado para Consulta de Decisão Terapêutica, encontrando-se sob quimioterapia, clinicamente estável.

CL6 - CARACTERIZAÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS NOS ADOLESCENTES DE TRÊS ESCOLAS DA BEIRA INTERIOR

Catarina MONTEIRO¹, Ana ISABEL SANTOS¹, Rita CRISÓSTOMO², Filomena XAVIER², Joana ALMEIDA³, Miguel SANTOS¹, Silvestre CRUZ¹
¹USF "A RIBEIRINHA"; ²CENTRO DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO; ³CENTRO DE SAÚDE DO FUNDÃO

Introdução:

A adolescência é um dos períodos mais importantes da vida. São múltiplos os desafios que se colocam aos adolescentes, particularmente no âmbito da afirmação pessoal. O tabagismo representa um sério risco para o bem-estar pessoal. Os estudos realizados no mundo ocidental mostram que é na adolescência que a maioria dos fumadores experimenta ou consome de forma mais regular o tabaco, pelo que as medidas de educação preventiva deverão incidir neste período.

Objectivos:

Conhecer a idade de início dos hábitos tabágicos nos alunos adolescentes dos 13 aos 18 anos. Identificar com que regularidade consomem e com quem. Avaliar grau de conhecimento sobre os riscos do tabaco.

Material e métodos:

Estudo quantitativo, descritivo, transversal e observacional, realizado entre o dia 3 e 14 de Maio de 2010, envolvendo jovens de ambos os sexos entre os 13 e 18 anos de idade, de duas escolas da Guarda e uma de Castelo Branco. Responderam 249 alunos a um questionário anónimo e voluntário com 15 questões, pre-

viamente validado. Os dados foram registados e tratados numa base de dados de informática, Excel.

Resultados:

Dos 249 jovens inquiridos, 22% referiram hábitos tabágicos activos, sendo a maioria do sexo feminino (51%). A idade média de início dos hábitos tabágicos foi de 14,4 anos. Dos que não fumavam, 37% já haviam experimentado. Cerca de 75% dos adolescentes que afirmavam fumar, faziam-no diariamente e 80%, com os amigos e 90% compra o seu tabaco. 89% dos pais dos adolescentes fumadores também fuma. A grande maioria dos adolescentes fumadores (95%) tem consciência de que o tabaco faz mal, mas não sabe todos os riscos. 69% pensa deixar de fumar.

Conclusão:

Uma percentagem significativa dos jovens mantém hábitos tabágicos activos. A grande maioria fuma com os seus amigos. A maior parte dos adolescentes que fumam têm consciência dos malefícios do tabaco. perante os resultados obtidos, será de considerar a realização, juntos das escolas, de sessões de educação para a saúde sobre tabagismo.

CL7 - INVAGINAÇÃO DO INTESTINO DELGADO

Teresa PINTO PAIS, Ana CALDEIRA, Bruno SIMÕES, Antonieta SANTOS, Eduardo PEREIRA, José TRISTAN, Rui SOUSA, António BANHUDO
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, de 45 anos de idade, antecedentes de dois acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquémicos (com sequelas de hemiplegia do membro superior esquerdo de predomínio distal), hipocoagulado, em consulta de Hematologia nos HUC. Enviado à consulta de Gastroenterologia por anorexia, emagrecimento ligeiro (3kg) e dejeções diarreicas desde há cerca de 6 meses, sem rectorragias, sem dor abdominal. A ecografia abdominal revelou edema da raiz do mesentério, invaginação do intestino delgado, constante mas móvel, e múltiplas linfadenopatias da cadeia mesentérica de características inflamatórias (a maior tendo 21,7mm de diâmetro) com ectasia dos vasos mesentéricos, e fina lâmina de líquido peritoneal inter-ansas, aspectos sugges-

tivos de doença celíaca, que o estudo subsequente confirmou. Serologicamente a pesquisa de anticorpos anti-endomísio, anti-transglutaminase e anti-gladina mostrou-se positiva. Na endoscopia digestiva alta observou-se a nível duodenal, pregas de DII com aspecto recortado – feitas múltiplas biopsias a este nível, com diagnóstico histopatológico de doença celíaca. Restante estudo laboratorial de sangue e fezes sem alterações. Actualmente encontra-se em consulta de Nutrição com restrição alimentar de glúten, com resolução da sintomatologia.

Os autores descrevem este caso clínico, pelo interesse da correlação clínica, laboratorial e imagiológica e a importância da ultra-sonografia clínica na orientação etiológica e posterior orientação terapêutica.

CL8 - ASPERGILOSE INVASIVA PULMONAR

Raquel DAVID¹, Ana IGLÉSIAS¹, Gonçalo SALVADO², Rita RESENDE¹
¹SERVIÇO DE MEDICINA 1B DO HOSPITAL AMATO LUSITANO
²SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, de 54 anos de idade, com antecedentes de tuberculose pulmonar (TP) com cavitações e bronquiectasias, enfisema pulmonar, silicose, hábitos tabágicos e alcoólicos crónicos. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de tosse com hemoptise, cansaço fácil e emagrecimento com cerca de um mês de evolução. O Rx tórax apresentava imagens de

condensação e cavitações envolvendo ambos os campos pulmonares. A TC torácica evidenciou padrão de micronodulação difusa associada a densificação intersticial e perda de volume. O exame directo e cultural de expectoração sugeriu infecção por *Aspergillus*, confirmando-se por biopsia transbrônquica o diagnóstico de Aspergilose invasiva. Iniciou terapêutica com Voriconazol, mantendo-se em seguimento em consulta.

CL9 - ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA DE PÉ DIABÉTICO

Pedro SILVA VAZ¹, Sergiu USURELU¹, Ana MONTEIRO¹, Sara CORREIA¹, Rui RAINHO¹, Aida PAULINO¹, Rosa SILVA², António GOUVEIA¹, Arnandina LOUREIRO¹
¹SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL AMATO LUSITANO
²SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Introdução:

O pé diabético constitui uma das complicações mais frequentes da diabetes mellitus, estimando-se que atinja cerca de 15% da população diabética. A avaliação dos doentes com pé diabético torna-se fundamental para a prevenção de lesões e para o seu tratamento precoce, evitando-se atitudes agressivas.

Objectivos:

Os autores apresentam a organização e a evolução da

Consulta de Pé Diabético na Unidade de Diabetes do Hospital Amato Lusitano.

Métodos:

Avaliação do organigrama da consulta de pé diabético. Análise crítica quer da avaliação de enfermagem, quer das diversas especialidades médicas envolvidas.

Resultados:

Verificou-se uma correcta avaliação dos doentes, quer



do ponto de vista da avaliação inicial, quer pelo apoio prestado pelas especialidades médicas envolvidas nesta consulta. A existência de um protocolo de avaliação promoveu um tratamento direccionado e atempado.

Conclusões:

A avaliação correcta dos cuidados prestados aos doentes com pé diabético é um ponto fulcral no sucesso do tratamento. A adequação das expectativas assim como a identificação de situações críticas garantem a segurança e satisfação nos resultados finais.

CL10 - QUISTO DO MESENTÉRIO: UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL

Pedro SILVA VAZ, Sergiu USURELU, Ana MONTEIRO, Sara CORREIA, Rui RAINHO, Aida PAULINO, Horácio PEREZ, António GOUVEIA, Arnandina LOUREIRO - SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Introdução:

Os quistos do mesentério são raros, com uma incidência de cerca de 1/140.000. São frequentemente assintomáticos, sendo o diagnóstico um achado incidental. Em cerca de 10% apresentam-se como emergência cirúrgica.

Caso Clínico:

Doente do sexo feminino, de 77 anos de idade seguida em consulta de follow-up por hipoparatiroidismo iatrogénico. No contexto de dor abdominal inespecífica realizou TC abdominopélvica, a qual revelou formação ovalada de +/-4,6cm de diâmetro, bem delimitada e de estrutura sólida na provável dependência de ansa jejunal.

Foi submetida a ressecção segmentar de jejuno, tendo-se constatado tumoração de +/-5cm de diâmetro localizada no mesentério do jejuno aos 40cm do ângulo de Treitz, sem envolvimento do lúmen intestinal. O exame anatomopatológico revelou quisto de mesentério de 4,5cm de amor diâmetro, constituído por tecido conjuntivo hialinizado em parte calcificado. Em follow-up actual, assintomática.

Discussão:

Os diagnósticos diferenciais devem ser considerados perante uma lesão quística na dependência do mesentérico. A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição e permite o diagnóstico definitivo.

CL11 - LINFANGIOMA CAVERNOSO: UMA ENTIDADE RARA

Pedro SILVA VAZ, Sergiu USURELU, Ana MONTEIRO, Sara CORREIA, Rui RAINHO, António GOUVEIA, Arnandina LOUREIRO - SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Introdução:

As primeiras comunicações sobre quistos esplénicos datam de cerca do século XIX. Em 1940 encontravam-se cerca de 90 casos descritos de quistos únicos do baço, entre os quais 0,5% correspondiam a quistos linfáticos ou linfangiomas esplénicos. Os linfangiomas esplénicos encontram-se entre os tumores benignos primários e podem ser simples ou múltiplos

Caso Clínico:

Os autores relatam um caso de uma mulher, de 77 anos de idade, que recorreu ao SU por dor abdominal localizada no epigastro e hipocôndrio esquerdo, com evolução de 6 meses, de agravamento progressivo e responsável por várias vindas ao SU. O exame objectivo revelou dor e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Realizou ecografia abdominal que mostrou baço aumentado

de tamanho com múltiplas lesões nodulares de configuração quística, apresentando diâmetros entre 20 e 60mm. O diâmetro longitudinal do baço era de 150mm. A TC confirmou um baço ligeiramente globoso, pela existência de múltiplas formações nodulares hipodensas, algumas das quais com aspecto multiloculado e apresentando, por vezes, paredes calcificadas. Devido à persistência das queixas algicas decidiu-se intervenção cirúrgica, tendo sido submetida a esplenectomia. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de linfangioma cavernoso esplénico. Em follow-up actual, assintomática.

Discussão:

Os tumores primários esplénicos são raros. O linfangioma cavernoso é uma entidade pouco frequente, com manifestação clínica inespecífica, tornando difícil o seu correcto diagnóstico.

CL12 - DERMATOMIOSITE E ENVOLVIMENTO RENAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João GONÇALVES
SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Introdução:

A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória idiopática com atingimento multi-orgânico, atingindo preferencialmente músculo e pele. Tem uma prevalência de 1:100.000 habitantes com maior predominância nas mulheres (2:1). O envolvimento renal é muito raro mas existem descrições de glomerulonefrites associadas a DM.

Caso Clínico:

Homem, de 60 anos, internado em 29 de Julho de 2010 por edema dos membros inferiores. Antecedentes pessoais: DM tratado por Reumatologia desde 1991, fibrose pulmonar desde 2000, HTA desde 1992 com tripla medicação, diabetes melitus insulínodépendente desde 2002, hipertrigliceridemia, ex-fumador (15UMA). Na consulta de rotina apresentou edemas dos membros inferiores e valores elevados de TA (170/70mmHg). Referia urina espumosa desde Dezembro/2009 e tosse seca com 2 semanas de evolução. Por sobreposição de retenção azotada foi transferido para o serviço de Nefrologia para investigação etiológica. O estudo analítico revelou Ureia: 77mg/dL, Creatinina: 2,13mg/dL, proteinúria (10,57g/24h), hematúria microscópica, sem dislipidemia, hipoalbuminemia ligeira, hipocomplementemia, ANA+. O ecocardiograma mos-

trava dilatação moderada das câmaras esquerdas, aumento discreto da espessura miocárdica, valva aórtica fibrocalcificada. A ecografia renal revelou rins normodimensionados e boa diferenciação cortico-medular.

Discussão:

O doente apresentava critérios clínicos, laboratoriais e biopsia muscular compatíveis com DM definitiva. Tendo em consideração a etiologia auto-imune da DM, colocou-se a hipótese de rara manifestação renal da doença ou de uma doença de atingimento renal sobreposta. Investigou-se e constatou-se que existem apenas 6 casos descritos na literatura de DM com glomerulopatia simultânea (glomerulopatia membranosa, glomerulonefrite mesangioproliferativa e proliferativa difusa). Perante uma síndrome nefrótica-nefrítica de etiologia desconhecida, optou-se pela realização de biopsia renal (16 glomérulos) que demonstrou alterações secundárias a diabetes e HTA, com depósitos de IgM. Este caso ilustra a importância do conhecimento real da etiologia da doença renal, apesar de uma doença de base com características auto-imunes com possível comprometimento renal, permitindo o tratamento apropriado e contribuindo para um prognóstico mais favorável.

CL13 - COMO FAZER A PRESCRIÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO

Teresa VALENTE
CENTRO DE SAÚDE DE S. MIGUEL

Introdução:

Sabe-se hoje que a prática do exercício físico tem benefícios enormes para a saúde, sendo tema de diversos estudos devido às evidências efectivas que a sua prática regular contribui quer para a prevenção primária e secundária de doenças crónicas (como a doença cardiovascular, diabetes, cancro, hipertensão arterial, obesidade, depressão, osteoporose e osteoartrite), mas também para a prevenção de uma morte prematura. E uma vez que a sociedade contemporânea tem uma maior exigência, preocupação e cuidado com a sua saúde, coloca o médico num papel, nem sempre fácil de reco-

mendar exercício físico tendo em vista um desejoso ganho para a saúde do paciente e sem que haja prejuízo da mesma.

Objectivo:

Responder a várias questões, nomeadamente: classificação do exercício em termos de intensidade; quais os exames complementares de diagnóstico que ajudam a orientar a intensidade adequada do exercício a cada pessoa, com o mínimo de risco e prejuízo para a sua saúde; como recomendar exercício físico em crianças, idosos, muitas vezes presentes patologias como



DM, Osteoporose, doença cardiovascular (angina peito e pós-enfarte agudo do miocárdio), síndrome metabólica, hipertensão arterial, artroses diversas, doença renal, neoplasias e esclerose múltipla.

Material e métodos: Revisão bibliográfica.

Discussão:

Para além da prática desportiva de competição, hoje

a medicina desportiva tem também uma componente de prescrição e recomendação na prática do exercício físico não só de crianças e adultos saudáveis, mas passando também por idosos e doentes crónicos tais como os diabéticos, doentes com artrose, doentes com neoplasias, dislipidemias, entre outras.

COMUNICAÇÕES POSTER

CP1 - NEM TUDO É APENDICITE – A DIVERTICULITE DE MECKEL

Rui RAINHO, Pedro SILVA VAZ, Sergiu USURELU, Ana MONTEIRO, Sara CORREIA, Manuel MEGA, Arnandina LOUREIRO
SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Introdução:

Tratando-se de um diagnóstico diferencial de apendicite aguda, a diverticulite de Meckel é uma das complicações do Divertículo de Meckel, que persiste em cerca de 2% da população. Tem um risco de causar sintomas pela ocorrência de complicações, entre 4 a 6%, diminuindo com a idade. A diverticulite resulta da inflamação de uma estrutura embrionária remanescente, o canal vitelointestinal, ficando localizado no íleo a cerca de 30cm da válvula ileocecal.

Caso clínico:

Doente do sexo feminino com 43 anos de idade que dá entrada no Serviço de Urgência com quadro clínico caracterizado por dor abdominal de início súbito, com cerca de 8 horas de evolução, mais intensa no quadrante inferior direito, com náuseas associadas e amenorreia desde há 2 meses. Ao exame objectivo apresentava dor

à palpação no quadrante inferior direito, defesa e sinal de Blumberg positivo. Sem alterações nos exames complementares de diagnóstico, com negatividade para o teste imunológico de gravidez. Foi avaliada pela Ginecologia que descartou patologia ginecológica. Submetida a cirurgia urgente, tendo-se verificado apêndice ileocecal sem alterações patológicas e diagnosticada intraoperatoriamente diverticulite de Meckel. Efetuou-se diverticulectomia e apendicectomia complementar. O pós-operatório decorreu sem complicações com alta ao 4º dia.

Discussão e conclusões:

A inflamação do Divertículo de Meckel é causadora de sintomas em muito semelhantes aos da apendicite aguda, sendo um dos seus diagnósticos diferenciais. O diagnóstico definitivo desta patologia é, sobretudo, intraoperatório.

CP2 - ESTATÍSTICA DE UMA CONSULTA DE HIPOCOAGULAÇÃO – 2009

Raquel DAVID, Cecília MORENO, Rita RESENDE
SERVIÇO DE MEDICINA 1B DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Objectivo:

Análise estatística da população seguida na Consulta de Hipocoagulação do Hospital Amato Lusitano durante o ano de 2009.

Material:

De um total de 613 doentes que frequentaram a Consul-

ta de Hipocoagulação em 2009, foram analisados os processos clínicos de 186 doentes.

Método:

Estudo retrospectivo, no qual se analisaram as seguintes variáveis: sexo, idade, antecedentes pessoais, patologia que condicionou a hipocoagulação, anticoagulante utili-

zado, doses terapêuticas, controlo do INR.

Conclusões:

Existe prevalência do sexo feminino (52% dos doentes); a faixa etária predominante encontra-se entre os 71 e 80 anos de idade (40% dos doentes); as patologias mais frequentes que condicionam a hipocoagulação são a

Fibrilhação Auricular e as Valvulopatias; os doentes são, na sua maioria, referenciados pela especialidade de Cardiologia; o anticoagulante mais utilizado é a varfarina (64% dos doentes), sendo que 30% destes estão controlados com uma dose semanal entre 11.25 e 20 mg; dos doentes medicados com acenocumarol, 35% encontram-se controlados com uma dose semanal entre 11 e 15 mg.

CP3 - EMPIEMA PLEURAL EXUBERANTE

Jutta HAGEN, João FREIXO, Nulita LOURENÇO, Carla ARAÚJO, Raquel DAVID, E PIRTAC, Ana BELEN, Cecília MORENO, Manuel CARVALHO, Rita RESENDE, João FREDERICO
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, de 52 anos de idade, com antecedentes de esquizofrenia, sem foco pneumónico identificado quer pelo exame objectivo quer pelos estudos complementares de diagnóstico, cujas manifestações clínicas embora graves do ponto de vista do estado geral, não eram específicas da patologia em causa. Descreve-se a abordagem terapêutica, nomeadamente na utilização de meios invasivos, no sentido de se excluírem sequelas posteriores.

CP4 - SARCOMA RETROPERITONEAL: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Gisela CARDOSO¹, Ana MONTEIRO², Pedro SILVA VAZ², Sergiu USURELU², Sara CORREIA², Rui RAINHO², Luis VALENCIA², Arnandina LOUREIRO²
¹ALUNA DO 6º ANO DE MEDICINA - FCS - UBI
²SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Introdução:

O sarcoma retroperitoneal é um tumor mesenquimatoso, raro, com incidência de 0,3 por 100 000 hab/ano.

Objectivo:

Apresentar o caso clínico de uma doente com sarcoma retroperitoneal, focar os sintomas associados, bem como realçar a importância de um exame objectivo completo.

Caso clínico:

Doente sexo feminino, 69 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal intensa localizada no flanco esquerdo, associada a anorexia e perda de 10 kgs em 2 meses. Exame objectivo: pálida, emagrecida, mucosas descoradas e asténica. Abdómen ligeiramente doloroso no flanco superior esquerdo e massa dura, não móvel, palpável do hipocôndrio esquerdo à fossa ilíaca esquer-

da. Exames Auxiliares de Diagnóstico: Hb: 8,7g/dL. RMN e TC abdomino-pélvicos: lesão volumosa com cerca de 30x14x15cm envolvendo o terço inferior do rim esquerdo, face anterior do pâncreas, veia cava inferior, aorta, artéria renal, sem planos de clivagem para uma cirurgia de exérese. Biopsia: leiomiosarcoma de grau intermédio/baixo de malignidade. Por deterioração rápida do estado geral a doente faleceu um mês após o diagnóstico.

Conclusão:

Sarcomas retroperitoneais são tumores de crescimento rápido com péssimo prognóstico devido a apresentarem sintomas geralmente numa fase avançada. A realização de um exame objectivo completo permite-nos fazer o diagnóstico mais precoce possibilitando o tratamento curativo ou paliativo, melhorando e prolongando a sobrevida do doente.





Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE



REVISTA DE SAÚDE
AMATO
LUSITANO