

Medalha Maciel Monteiro
chega à sua 40ª edição

JORNAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

JMP

VOL. 4 - Nº 01, 2023

ISSN 2595-3141

NOVO PRÊMIO DIVA MONTENEGRO REFORÇA A PESQUISA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Agora com submissão livre, acadêmicos de medicina de todas as instituições de ensino de Pernambuco podem concorrer.

Ciência nas telas

Sessões de debate com temas de filmes e séries

Em números

AMB e FMUSP Lançam a demografia médica



**Proteção para quem
se dedica a cuidar
das pessoas.**

**Conte com o novo seguro
de *Diária de Incapacidade
Temporária* da MAG Seguros.**

Se precisar se afastar do trabalho
por causa de um acidente
ou doença, você recebe
uma diária por incapacidade
temporária por até um ano.

**Conheça nossas condições
especiais para médicos.**

Agende uma consultoria com nossos especialistas:
vcsilva@mag.com.br • (81) 99699-2887

MAG
SEGUROS

GRUPO MONGERAL  EGON



AMPE

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO

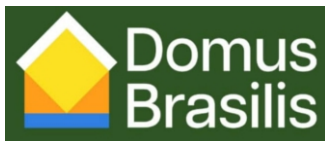
Parcerias

Faça parte deste novo momento



MAG

SEGUROS



Novos serviços

Assessoria jurídica e contábil



ISSN 2595-3141

EDITORA CIENTÍFICA

Nair Cristina Nogueira de Almeida

CONSELHO EDITORIAL

Nair Cristina Nogueira de Almeida,
Sirleide Lira, Gilson Edmar Gonçalves
e Silva, Pedro Rafael Salerno

CONSELHO CIENTÍFICO

Nair Cristina Nogueira de Almeida,
Gilson Edmar, Pedro Rafael Salerno
Maria do Carmo Lencastre,
Marília Delgado

DIAGRAMAÇÃO

Projeto gráfico: Antonio Gomes
Barbosa Neto

Capa: Criação: Antonio Gomes Barbosa Neto

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Antonio Gomes Barbosa Neto
DRT/PE 3689

TIRAGEM

250 cópias
Gráfica: Prograf

CONTATO E ANÚNCIO

Fone: 81 99932.9386
Email: comunica@ampe-med.com



DIRETORIA AMPE

PRESIDENTE: BENTO JOSÉ BEZERRA NETO
1º VICE: MARIA DO CARMO LENCASTRE DE
MENEZES DUEIRE LINS E CRUZ
2º VICE: HELENA MARIA CARNEIRO LEÃO
3º VICE: SILVIA COSTA CARVALHO RODRIGUES
SECRETÁRIA GERAL: MARIA DE FÁTIMA MONTEIRO
1ª SECRETÁRIA: SIRLEIDE DE OLIVEIRA COSTA LIRA
2ª SECRETÁRIA: MARÍLIA DE MORAIS DELGADO
1ª TESOUREIRA: GLAUCIA VIRGÍNIA DE QUEIROZ
LINS GUERRA
2ª TESOUREIRO: ANTONIO LOPES MIRANDA

Associação Médica de Pernambuco,
Rua Oswaldo Cruz, 393, Boa Vista, Recife-PE
CEP: 50055-220 - Fone 3423.5473
Email: somepe.ampe@ampe-med.com

SUMÁRIO

05 Editorial

06 Notas

08 Eventos

- AMPE celebra seus 182 anos com a
40a medalha Maciel Monteironovo prêmio
Diva Montenegro

10 Trabalhos premiados

- AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA NA IDENTIFICAÇÃO DE
FATORES DE RISCO PARA EVENTOS ADVERSOS PRECOSES EM
IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA

- QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES ASMÁTICOS

- METOTREXATO COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA
REAÇÕES HANSÊNICAS DE DIFÍCIL CONTROLE: EXPERIÊNCIA
DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA CIDADE DO RECIFE

34 Fundadores da medicina pernambucana

- Antônio Peregrino Maciel Monteiro

36 Interfaces: cinema

- AMPE e Sociedade Pernambucana de Infectologia
fazem a primeira edição do MED-CINE

38 Em números

- AMB e FMUSP apresentaram o mais completo
estudo sobre a realidade dos médicos no país



Editorial

**NAIR CRISTINA
NOGUEIRA DE ALMEIDA**
Editora científica

Em comemoração aos seus 182 anos, em 04/04, a Associação Médica de Pernambuco realizou a outorga da 40ª edição da Medalha Maciel Monteiro e a 15ª do Prêmio Diva Montenegro.

Moacir de Novaes Lima Ferreira, saudou os médicos homenageados, Antonio Booz Senna e Silva Ferreira, Suedí Dias de Albuquerque, e Francisco Atanasio de Moraes Neto pelo mérito da medalha que contempla a trajetória da vida profissional dos detentores. Em seguida, os três fizeram seus discursos de agradecimento.

Já o Prêmio Diva Montenegro com sua 15ª edição inovou ao proporcionar que os estudantes pudessem submeter os trabalhos à uma comissão para que fossem eleitos os três melhores, que neste ano foram:

1º - Avaliação Geriátrica Ampla na Identificação de Fatores de Risco para Eventos Adversos Precoces em Idosas com Câncer de Mama. Autora: Ana Beatriz De Biase Bezerra de Melo.

2º - Qualidade de vida em adolescentes asmáticos. Autor: Pedro Henrique Teotônio Medeiros Peixoto

3º - Metotrexato como alternativa terapêutica para reações hansênicas de difícil controle: experiência de um centro de referência na cidade do Recife. Autor: João Ricardo Arraes Oliveira.

Ainda em clima de festa, a primeira ganhadora do prêmio em 2007, Bruna Ventura recebeu uma homenagem, e relatou em discurso o quanto o prêmio foi importante para sua carreira, sendo ele o primeiro.

Encerrando as comemorações, a cantora Kelly Rosa fez um Pocket Show na Hora de Arte, momento já tradicional da festa.



notas

A Diretoria da AMPE prestigiou em 19/01, a posse da nova diretoria da Sociedade de Anestesiologia do Estado de Pernambuco, SAEPE, para o biênio 2023/2024. O evento aconteceu na sede da entidade na Madalena, no Recife.

Dr. Airton Ayres Bezerra da Costa é o novo presidente da entidade.



A AMPE realizou em 02 de fevereiro, a reunião com a ligas médicas para definição do programa científico acadêmico de 2023. Durante o evento Dr. César Fernandes, presidente da AMB, saudou os representantes das ligas e mostrou um pouco das ações e objetivos da entidade.

Dr. Gilson Edmar, integrante da diretoria AMPE e delegado da AMB em Pernambuco, fez uma breve recapitulação sobre a história da Sociedade de Internos, e a importância que ela teve na formação de gerações de médicos no estado.

Ao longo da noite, a AMPE discutiu com presentes a programação, e ouviu sugestões que serão aprimoradas e incrementadas ao longo do ano.

Foi inaugurado em 8/02 o Centro de Tratamento da Dor, no bairro de Casa Forte no Recife. O centro é o primeiro do gênero no estado que tem como público alvo o tratamento de pessoas carentes.

Dr. Dirceu de Lavor Sales é o idealizador do projeto, tendo passado boa parte de sua vida profissional dedicada aos pacientes do Hospital das Clínicas no laboratório da dor.

Dr. Bento Bezerra e Dra. Helena Carneiro Leão, diretores da AMPE, prestigiaram o evento.

Serviço: Centro de Tratamento da dor: Rua Oliveira Góes, 274. Casa Forte, Recife-PE. Fone- 3269.81.04



A Diretoria da AMPE compareceu à solenidade de Concessão de Comendas do Conselho Federal de Medicina em 09/03, no Bugan Hotel, no Recife.

Na ocasião, um dos homenageados foi o Dr. Antônio Lopes Miranda com a Comenda Clementino Fraga Filho, de Medicina e Assistência.

Dr. Antônio é integrante da Diretoria ocupando o cargo de segundo tesoureiro da AMPE.

Fotos: Cremepe



Em 28/02, a Liga Pernambucana de Neurocirurgia da UPE realizou na AMPE aula aberta com o Dr. Ulyscélio falando sobre traumatismo raquimedular, e a Dra. Débora Pinho com o tema neurointensivismo: o Ambiente da UTI neurológica.

A Liga Acadêmica de Cirurgia Geral da Unicap, @lacigunicap realizou na manhã de 04/03 na sede da AMPE sua primeira Jornada. O evento contou com três aulas direcionadas para a cirurgia na sala vermelha.

Entre os dias 10 e 11/03 aconteceu a I Jornada Interligas de Pneumologia e Cirurgia Torácica de Pernambuco.

Promovido por 3 Ligas de Pneumologia e Cirurgia Torácica: @pnp.unicap @lape.ct @liapct.upe, a AMPE foi uma das apoiadoras do evento.

Os palestrantes dos dois dias foram: Dra. Marília Cabral, DPOC; ASMA falou o médico João Queiroga; Dra. Rita de Cássia, Doenças intersticiais. No sábado, Dr. Diego Simões Derrame Pleural; Estenose de traqueia, Dr. Davi de Castro; Dr. Wolfgang W. Schmidt, Câncer de Pulmão; Dr. Rafael Tavares, Casos clínicos de CT.



Em 18/03 a Liga Acadêmica de Cirurgia Pediátrica, LACIPE, realizou o curso de bases cirúrgicas pela manhã na sede da AMPE, que apoiou o evento.

Os professores, Dr. Fernando Aguiar e Dr. Bernardo Sabat ministraram as aulas para mais de 40 acadêmicos. No horário da tarde, o treinamento foi no MINEIRÃO - Centro Pedagógico Da FCM-UPE Luiz Tavares. Foto: LACIPE



A Ampe prestigiou em 23/03, a abertura da 40ª edição da Jornada da Sociedade de Psiquiatria de Pernambuco, PsiquiatriaPE 2023. O tema deste ano foi a esperança como forma de impulsionar as mudanças.

Como já é tradição desde 2011, também foi entregue a Medalha Ulysses Pernambucano durante a abertura. Este ano a honraria foi para a Dra. Kátia Petribú.

Em 22/03 Ampe esteve presente na cerimônia de abertura do Salão Octávio de Freitas do Museu da Medicina de Pernambuco.

Dra. Sirleide Lira representou a entidade no evento promovido pelo Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM).

Além dos presidentes das entidades médicas, a Secretária de Saúde do Estado, Dra. Zilda Cavalcanti também prestigiou a solenidade.



Foto: Joelli Azevedo/ SES-PE

eventos



AMPE celebra seus 182 anos com a 40ª medalha Maciel Monteiro e o novo prêmio Diva Montenegro

Em comemoração aos seus 182 anos, em 04/04, a Associação Médica de Pernambuco realizou a outorga da 40ª edição da Medalha Maciel Monteiro e a 15ª do Prêmio Diva Montenegro.

Moacir de Novaes Lima Ferreira, saudou os médicos homenageados, Antonio Booz Senna e Silva Ferreira, Suedí Dias de Albuquerque, e Francisco Atanasio de Moraes Neto pelo mérito da medalha que contempla a trajetória da vida profissional dos detentores. Em seguida, os três fizeram seus discursos de agradecimento.

Já o Prêmio Diva Montenegro com sua 15ª edição inovou ao proporcionar que os estudantes pudessem submeter os trabalhos à uma comissão para que fossem eleitos os três melhores, que neste ano foram:

1º - Avaliação Geriátrica Ampla na Identificação de

Fatores de Risco para Eventos Adversos Precoces em Idosas com Câncer de Mama. Autora: Ana Beatriz De Biase Bezerra de Melo.

2º - Qualidade de vida em adolescentes asmáticos. Autor: Pedro Henrique Teotônio Medeiros Peixoto

3º - Metotrexato como alternativa terapêutica para reações hansênicas de difícil controle: experiência de um centro de referência na cidade do Recife. Autor: João Ricardo Arraes Oliveira

Ainda em clima de festa, a primeira ganhadora do prêmio em 2007, Bruna Ventura recebeu uma homenagem, e relatou em discurso o quanto o prêmio foi importante para sua carreira, sendo ele o primeiro.

Encerrando as comemorações, a cantora Kelly Rosa fez um pocket Show na Hora de Arte, momento já tradicional da festa.



Sueli Dias e Sirleide Lira



Cristiane Marie Violet Jatoba e Francisco Atanasio



Walber Steffano e Antonio Booz



Helena Carneiro Leão e Ana Beatriz



Pedro Henrique e Hildo Azevedo



Tadeu Calheiros e João Ricardo



Kelly Rosa



Bento Bezerra e Bruna Ventura



Moacir de Novaes

Fotos: Giovane Chamberlain

Trabalhos
premiados

15^o PRÊMIO DIVA MONTENEGRO

DE INCENTIVO À PESQUISA CIENTÍFICA





15^o PRÊMIO DIVA MONTENEGRO DE INCENTIVO À PESQUISA CIENTÍFICA

1^o LUGAR

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA NA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA EVENTOS ADVERSOS PRECOSES EM IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA

Autora: Ana Beatriz De Biase Bezerra de Melo¹; Coautoras: Maria Stella Martins Trigueiro²; Maria Alice Schimmelpfeng Guedes³; Orientadora: Jurema Telles de Oliveira Lima⁴; Co-orientadora: Maria Júlia Gonçalves de Mello⁵

1,2,3 Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Mascarenhas de Moraes, 4861. Imbiribeira. Recife, PE, Brasil. E-mail: biabiase@hotmail.com, 3,4 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

Artigo original

Reconhecimento de apoio ao estudo: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Os autores negam qualquer conflito de interesse no desenvolvimento da pesquisa.

RESUMO

Objetivos: Determinar os fatores de risco (FR) para ocorrência de eventos adversos graves (EAG) precoces em pacientes idosas com câncer de mama CM) através da avaliação geriátrica ampla (AGA) **Métodos:** Coorte prospectiva, mulheres com CM, idade ≥ 60 anos, da oncogeriatría do IMIP admitidas entre 2015-2020. Foram avaliadas na admissão variáveis clínicas, da AGA, incluindo miniavaliação nutricional versão reduzida (MAN-VR) polifarmácia, e KPS (escala funcional de Karnofsky). **Desfechos:** óbito, hospitalização e primeira infecção (IRAS). **Variáveis independentes:** AGA. Realizada análise descritiva (Teste de Fisher/ Qui-Quadrado), estudo de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier e análise uni/multivariada de Cox. **Resultados:** 326 pacientes foram incluídas, a idade média 73,46 anos

(DP \pm 7,81), 70,6% subtipo tumoral luminais A e B. 63 (19,3%) foram hospitalizadas, 63 (19,3%), infectadas e 46 (14,1%) faleceram. Na avaliação uni/multivariada de Cox identificados como FR para óbito : MAN-VR < 12 (HR = 2,76, IC95%, 1,49-9,48, $p = 0,001$), KPS ≤ 50 (HR = 4,39, IC95%, 2,03-9,48, $p < 0,001$); para IRAS: MAN-VR < 12 (HR = 2,16, IC95%, 1,28-3,95, $p = 0,004$) polifarmácia ≥ 5 (HR = 1,93, IC95%, 1,13-3,98, $p = 0,015$) e para hospitalização: KPS ≤ 50 (HR = 2,95, IC95%, 1,41-6,25, $p < 0,001$). **Conclusão:** AGA realizada na admissão identificou FR para EAG, sendo importante para planejar o cuidado personalizado.

Palavras chaves: neoplasias da mama, idoso, evento adverso, avaliação geriátrica.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte e uma barreira importante para o aumento da expectativa de vida no mundo. De acordo com estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2019, o câncer é a primeira ou a segunda principal causa de morte antes dos 70 anos em 112 de 183 países. A nível global, o câncer de mama (CM) feminino ultrapassou, em 2020, o câncer de pulmão como mais comum diagnóstico de câncer, com estimativa de 2,3 milhões de novos casos (11,7%) e 685.000 mortes anuais 1-2. No Brasil, o câncer de mama é a neoplasia mais prevalente em mulheres, excluindo-se o câncer de pele não melanoma 2, sendo 40% dos novos casos em pacientes idosas. A taxa de mortalidade para câncer de mama é consideravelmente maior (15,0 vs 12,8 por 100.000), e as taxas de incidência são 88% maiores nos países em transição, como o Brasil, quando comparados com países desenvolvidos. Países em desenvolvimento estão vivenciando o processo de envelhecimento de forma mais acelerada, sendo, portanto, particularmente desafiador para nossa realidade e sistema de saúde 1,2.

Pacientes idosas são relativamente menos incluídas em ensaios clínicos envolvendo o tratamento de CM quando comparadas com a população mais jovem. Somado a isto, a falta de recomendação de rastreamento nesse grupo populacional, pode levar a uma falsa percepção de proteção/menor risco e, conseqüentemente, um diagnóstico tardio da lesão, reduzindo

ainda mais a eficácia do tratamento 4,5.

Com o envelhecimento, as neoplasias manifestam-se de forma atípica 5,6; o CM, por exemplo, mostra-se menos agressivo, porém, com a falta de dados epidemiológicos e clínicos, há dificuldade em estabelecer um manejo mais específico, predispondo ao subtratamento e, menos comumente, supertratamento 7,8,9. Entre as idosas, os tumores de receptores de estrógeno (RE) e progesterona (RP) são mais frequentes, com ou sem a hiperexpressão dos receptores tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2) 5. O câncer ductal invasivo representa 76% dos CM em idosas, os carcinomas lobulares, 5,6%, e o carcinoma ductal in situ, 10%. Assim, observa-se que a apresentação mais comum dos CM em idosas é o câncer ductal invasivo positivo para receptores hormonais 7-10.

A idade cronológica não deve definir isoladamente o plano de cuidado oncológico do idoso. Por isso, torna-se necessário que, no momento do planejamento do manejo terapêutico, seja realizada a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), a qual leva em consideração a saúde global do paciente 3,10-12, sendo ela uma ferramenta extremamente útil para orientar o plano terapêutico, melhorando os resultados dos cuidados oncológicos na pessoa idosa.

A AGA pode avaliar o risco de complicações do tratamento e prever fatores de risco para a toxicidade, capacidade de tolerância, fragilidade e resiliência do paciente, e, ainda, descobrir condições previamente desconhecidas que podem interferir no tratamento do câncer, orientar intervenções para aumentar resiliência e manter a qualidade de vida, diminuindo o risco da toxicidade da terapia antitumoral 12.

Na prática clínica, a AGA é uma avaliação sistematizada da saúde global da pessoa idosa, com especial atenção em áreas onde as pacientes idosas frequentemente têm déficits. A AGA utiliza de instrumentos que avaliam os status funcional, mobilidade, cognição, estado emocional, estado nutricional, comorbidades, polifarmácia e suporte social. Com ela podemos avaliar o grau de fragilidade, propondo um plano de manejo e adequar o tratamento oncológico. Dessa forma, evita-se que ocorra o sub ou super tratamento do câncer, aumentando-se a eficiência e a segurança da terapia escolhida 10-12.

Idosas podem se beneficiar do tratamento oncológico padrão tanto quanto as pacientes mais jovens, porém elas podem apresentar menor tolerância às terapias antineoplásicas e uma maior incidência de efeitos adversos graves precoces como as Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), hospitalizações e óbito, de modo que, frequentemente, a intervenção cirúrgica pode ser a única alternativa terapêutica 12. A quimioterapia, nessas pacientes, pode estar associada a maior prevalência de complicações, devido a imunossenescência, o que pode levar a um maior risco de neutropenia prolongada com maior taxa de mortalidade 13,14. Além disso, o avanço da idade influencia na farmacocinética das drogas, estando a meia vida destas aumentada e seu pico de concentração plasmática reduzido 9,16.

A terapia antitumoral do CM é multimodal e pode envolver tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, terapia hormonal, imunoterapia e uso de terapias alvo de acordo com os aspectos moleculares, clínicos, estadiamento, terapias anteriores, acesso e capacidade de tolerar determinada modalidade que considera aspectos também da saúde global do idoso 5,12,14-21.

Percebe-se, então, a necessidade de estudos sobre a caracterização dos aspectos clínicos e imuno-histoquímicos no planejamento do cuidado do CM dirigidos especificamente para a população idosa. Neste contexto a avaliação da saúde global da pessoa idosa com CM através da avaliação geriátrica ampla (AGA), no momento inicial do planejamento terapêutico, associada a identificação dos fatores de risco para a ocorrência de eventos adversos graves precoces como IRAS, hospitalização e morte, é oportuna, permitindo um plano de cuidado mais seguro e personalizado.

II. METÓDOS

Estudo de coorte, prospectiva, vinculado a projeto âncora da doutora Jurema Telles de Oliveira Lima sob o título "Fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos precoces em pacientes oncológicos idosos: uma coorte prospectiva", no período entre outubro de 2020 a setembro de 2021.

O estudo foi realizado no serviço de Oncogeriatría do IMIP, hospital quaternário cujo serviço conta com assistência ambulatorial e cirúrgica, além de ser um grande fomentador de pesquisas. Foram incluídas no estudo mulheres com neoplasia de mama confirmada por biópsia, ou citologia ou imuno-

hitoquímica, tratados ou em acompanhamento no setor de Oncogeriatría do IMIP com idade igual ou superior a 60 anos, não tratadas previamente, exceto tratamento cirúrgico, e capazes de aceitar autonomamente a participação no estudo. Foram excluídas do estudo pacientes com câncer de pele, tipo basocelular ou epidermoide não metastático, e pacientes com diagnóstico prévio de câncer, exceto de pele, tipo basocelular ou epidermoide não metastático.

As variáveis sociodemográficas do estudo incluem idade, procedência, escolaridade, situação conjugal, raça familiar, etilismo e uso de tabaco. As variáveis relacionadas ao tumor incluem o perfil histológico, imunohistoquímico, estadiamento (TMN), presença de metástase e sítio da metástase. Já em relação ao tratamento, as variáveis incluem a modalidade terapêutica realizada ou não (cirurgia, tipo de cirurgia, realização ou não de esvaziamento axilar e/ou linfonodo sentinela, quimioterapia, protocolo quimioterápico, terapia alvo), periodicidade e finalidade da terapia. Além disso, existem as variáveis de desfecho, que incluem as hospitalizações, infecções relacionadas à saúde, óbito precoce e descontinuidade da terapia antitumoral programada, os quais podem ter ocorrido ou não dependendo da paciente.

Foi utilizado o banco de dados da coorte, que se encontra disponível eletronicamente (www.cpqam.fiocruz.br/iras), sendo os dados facilmente exportáveis para análise. As informações já inseridas nos bancos de dados construídos a partir do projeto âncora e disponíveis online no sistema ASPX foram processadas utilizando a ferramenta geneXus versão X Ev2 MS SQL SERVER versão 2008 R2 e as análises foram realizadas no Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (do inglês: Statistical Package for the Social Sciences- SPSS), versão 23.0. Foi realizada análise descritiva da população do estudo por meio das medidas de tendência central, para as variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa, para as variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram apresentadas como número absoluto (N) e percentual (%) da população estudada. Para descrever a amostra foi realizada distribuição de frequência, medidas de tendência central e de dispersão, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas assim como para análise dos resultados, foram utilizados testes paramétricos ou não paramétricos. Quando adequado, foi utilizado o teste t de Student e o qui-quadrado com a finalidade de comparar a frequência das variáveis contínuas e as categóricas respectivamente. Além disso, foi utilizado um modelo multivariado de riscos proporcionais de Cox para a seleção de fatores de risco para os eventos adversos graves ocorridos. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada. Permaneceram no modelo final o conjunto de variáveis que apresentarem $p < 0,05$.

O projeto ancora a foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sendo aprovado em 25/06/2014, sob o número nº CAEE 14925113.9.0000.5201. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e somente foram incluídos após concordarem voluntariamente em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP sob CAEE número 40863220.2.0000.5201. A pesquisa obedeceu aos postulados da Declaração de Helsinque e suas

Estatístico para as Ciências Sociais (do inglês: Statistical Package for the Social Sciences- SPSS), versão 23.0. Foi realizada análise descritiva da população do estudo por meio das medidas de tendência central, para as variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa, para as variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram apresentadas como número absoluto (N) e percentual (%) da população estudada. Para descrever a amostra foi realizada distribuição de frequência, medidas de tendência central e de dispersão, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas assim como para análise dos resultados, foram utilizados testes paramétricos ou não paramétricos. Quando adequado, foi utilizado o teste t de Student e o qui-quadrado com a finalidade de comparar a frequência das variáveis contínuas e as categóricas respectivamente. Além disso, foi utilizado um modelo multivariado de riscos proporcionais de Cox para a seleção de fatores de risco para os eventos adversos graves ocorridos. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada. Permaneceram no modelo final o conjunto de variáveis que apresentarem $p < 0,05$.

O projeto ancora a foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sendo aprovado em 25/06/2014, sob o número nº CAEE 14925113.9.0000.5201. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e somente foram incluídos após concordarem voluntariamente em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP sob CAEE número 40863220.2.0000.5201. A pesquisa obedeceu aos postulados da Declaração de Helsinque e suas emendas ou revisões, bem como às normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi atualizado junto a plataforma Brasil e comitê de ética, o grupo de pesquisadores e objetivos do presente estudo. Os pesquisadores declaram não possuir conflitos de interesse.

III. RESULTADOS

Foram incluídas 326 mulheres idosas com história prévia de câncer de mama, sendo a idade média da amostra de 73,46 anos ($\pm 7,81$). Os dados sociodemográficos e tumorais desta população foram descritos na tabela 1, de acordo com os desfechos analisados: eventos adversos graves precoces (hospitalização, infecção e óbito). A amostra foi constituída por 230 pacientes com subtipo tumoral luminal (70,6%), 63 com triplo negativo (19,3%) e 25 com hiperexpressão da proteína HER2 (7,7%). Com relação aos desfechos, a maioria das pacientes hospitalizadas apresentavam escolaridade ≤ 4 anos de estudo (74,6%), IMC > 27 (61,9%) e CM luminal (66,7%) sem metástase (54%); dessas, 91,3% evoluíram para óbito e 58,7% apresentaram infecção em menos de 6 meses de admissão. Quanto à infecção, a maioria dessas pacientes apresentava menor renda (54%), IMC > 27 (71,4%) e CM luminal (61,9%) sem metástase (60,3%); destas, 39,13% faleceram e 58,7% foram hospitalizadas em menos de 6 meses de admissão. Entre as que faleceram, 37 (58,7%, $p < 0,001$) infectaram e 42 (91,3%, $p < 0,001$) necessitam de hospitalização.

Considerando as características clínicas referentes à Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), constatamos que os instrumentos da AGA apresentam relevância estatística, sendo fatores de risco para os desfechos adversos precoces. As análises uni e multivariada dos riscos proporcionais de Cox., realizadas entre

os instrumentos da AGA e os desfechos adversos precoces estão expostas na tabela 2. Para cada instrumento, foram selecionadas as variáveis com $p < 0,20$ para ajuste, com base na idade e na presença de metástase, na confecção do modelo multivariado dos riscos proporcionais de Cox (tabela 4). Após os ajustes, permaneceram no modelo multivariado, sendo identificados como fator de risco para óbito: MAN-VR < 12 (HR = 2,76, IC95%, 1,49-9,48, $p = 0,001$), KPS ≤ 50 (HR = 4,39, IC95%, 2,03-9,48, $p < 0,001$); para IRAS: MAN-VR < 12 (HR = 2,16, IC95%, 1,28

-3,95, $p = 0,004$) polifarmácia ≥ 5 (HR = 1,93, IC95%, 1,13-3,98, $p = 0,015$) e para hospitalização: KPS ≤ 50 (HR = 2,95, IC95%, 1,41-6,25, $p < 0,001$). Destes fatores de risco identificados, foi realizado a análise da probabilidade de sobrevida em 6 meses pelo método Kaplan Meier (figura 1) e o teste de long rank $p < 0,001$.

A análise descritiva das modalidades terapêuticas desta amostra, revelam que das pacientes que apresentaram infecção em menos de 6 meses de admissão (tabela 3), a maioria realizou quimioterapia (81%), radioterapia (61,9%), cirurgia (77,3%) ou hormonioterapia (57,1%). Quanto às que foram hospitalizadas em menos de 6 meses de admissão (tabela 3), a maioria realizou quimioterapia (74,6%), radioterapia (55,6%) ou cirurgia (76,2%). Já, quanto às que faleceram (tabela 3), a maioria realizou quimioterapia (69,6%), cirurgia (56,5%) ou não realizou hormonioterapia (58,7%). Analisando estas modalidades terapêuticas por meio do modelo univariado de Cox, percebemos que a quimioterapia ($p = 0,036$) e a hormonioterapia ($p = 0,055$) apresentam relevância estatística, quanto a infecção, enquanto, a quimioterapia ($p = 0,076$) e a radioterapia ($p = 0,123$) tem relevância quanto à hospitalização, e a cirurgia ($p < 0,001$) e a hormonioterapia ($p < 0,001$) tem relevância quanto ao óbito.

IV. DISCUSSÃO

Devido ao envelhecimento populacional, é, relativamente, na população idosa que mais cresce a incidência de câncer de mama (CM) e sua mortalidade, sendo esse grupo populacional responsável por 43% dos novos casos e 56 % das mortes, de forma que torna-se necessário ampliar o conhecimento para uma prática de cuidado mais personalizado para esta população 1-2. O reconhecimento do poder prognóstico dos instrumentos da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é de extrema utilidade para se realizar um tratamento eficaz e seguro nas idosas com CM, assim como as características clínicas tumorais 2, 16, 24. A AGA é uma avaliação multidimensional de diversos domínios, incluindo a nutrição, estado mental, funções física, cognitiva e psicológica, comorbidades, suporte social e risco de quedas 2, 24, 25. Segundo estudos, a AGA deve ser utilizada em todos os pacientes oncológicos, a fim de identificar o máximo de vulnerabilidades possíveis, auxiliando na escolha de tratamento e na redução do risco de desfechos adversos precoces. Porém, apesar desta evidência e recomendação, esta avaliação ainda não se traduziu em ampla prática clínica para beneficiar a maioria da população idosa com câncer 23, 24, 25.

Neste estudo, das 326 pacientes, 94,5% obtiveram pontuação maior do que 50% na escala de desempenho funcional de Karnofsky (KPS), indicando que elas não apresentavam necessidade de assistência para suas atividades diárias. O KPS avalia a capacidade do indivíduo de realizar o autocuidado e tarefas básicas, variando entre 0 e 100%, sendo usado para prever o prognóstico de pacientes oncológicos 24-27. Das 308

pacientes com KPS > 50% na amostra, 12,3% faleceram, ao passo que das 18 pacientes com KPS ≤ 50, 44,4% faleceram. Quanto à infecção e hospitalização em menos de 6 meses da admissão, foi pontuado que das 308 pacientes com KPS > 50%, 6,16% foram infectadas e 17,5%, hospitalizadas, enquanto das 18 pacientes com KPS ≤ 50, 22,2% foram infectadas e 50%, hospitalizadas. Pacientes com CM, inclusive as idosas, tendem a manter alto níveis de funcionalidade, mesmo no contexto de doença avançada e metastática. Isto nos remete que a queda importante de funcionalidade deve ser ainda mais valorizada e deve servir como um alerta para a recomendação da oferta de cuidados paliativos de forma mais precoce²⁴⁻²⁶. Na população em estudo, o KPS demonstrou uma boa predição para o risco de óbito e de hospitalização, permanecendo no modelo mesmo com demais instrumentos mais utilizados na prática oncogeriátrica para avaliação funcional. Assim, o KPS pode contribuir para a prática clínica da AGA neste modelo preditor, de uma forma mais próxima da realidade diária do oncologista.

A Mini Avaliação Nutricional versão reduzida (MAN-VR) é o instrumento de triagem nutricional obtido a partir da Mini Avaliação Nutricional (MAN)^{25,29}. É de fundamental importância que a avaliação do estado nutricional seja feita nos pacientes oncológicos e idosos, já que ela é capaz de interferir no prognóstico deste e possui associação com a resposta ao tratamento²⁶. Na coorte, 225 pacientes apresentaram o MAN-VR normal (≥ 12), dentre as quais, 15,1% foram infectadas, 16%, hospitalizadas e 8,8%, à óbito. As 101 pacientes restantes apresentavam risco de desnutrição (MAN-VR < 12), sendo que 28,7% foram infectadas, 26,7%, hospitalizadas e 25,7% faleceram. Observou-se, no modelo multivariado dos riscos proporcionais de Cox, que o risco nutricional MAN-VR < 12, ou seja, com risco de desnutrição, apresentam um maior risco significativo para o óbito (HR = 2,76, IC95%, 1,49-9,48, p = 0,001) e IRAS (HR = 2,16, IC95%, 1,28 -3,95, p = 0,004), assim como a literatura demonstra^{25,26,28,29}.

A polifarmácia é definida como o uso concomitante de 5 ou mais medicamentos, estando associada a maior risco de reações adversas e interações medicamentosas, importantes causas de aumento da morbidade e mortalidade^{21,23}. Ela se mostrou relevante principalmente quanto ao risco de se desenvolver infecção (HR = 1,93, IC95%, 1,13-3,98, p = 0,015), visto que das 70 pacientes em uso de polifarmácia no estudo, 30% foram infectadas, enquanto das 256 que faziam uso de menos de 5 medicamentos, apenas 16,4% foram infectadas. Dessa forma, foi notado que as pacientes em uso de polifarmácia, assim como estudos demonstram²⁴⁻²⁷, apresentam um significativo e maior risco de desenvolvimento de infecção quando comparadas às outras. Partindo de um modelo que utilizou 10 instrumentos, chegou-se a um modelo muito próximo a prática geral da oncologia, onde já é rotina a realização da avaliação do KPS e do registro do uso de medicamentos, acrescido de um instrumento simples de seis questões que pode ser preenchido por qualquer membro da equipe multidisciplinar em menos de 5 minutos, contribuindo para um dos maiores desafios atuais que é transpor para prática as evidências e recomendações da AGA, de modo a ampliar a qualidade e segurança do manejo do paciente idoso, permitindo um cuidado personalizado da idosa com CM^{13,19,20,26-28}.

Foi constatado ainda que, das 326 idosas, 230 (70,6%) tinham imuno-histoquímica positiva para o subtipo luminal A ou B, 63 (19,3%) para o subtipo triplo negativo e 25 (7,7%) para o subtipo com hiperexpressão de HER2. Esses dados diferem da literatura quanto à frequência do CM triplo negativo, uma vez que estudos nacionais e internacionais demonstram que ele corresponde a 5 a 15% de todos os tumores de mama, o que é relevante, já que estes tumores apresentam pior prognóstico, pior resposta terapêutica²⁷ e indicações terapêuticas envolvendo sempre quimioterapia e agora imunoterapia, nem sempre possíveis de serem ofertada a paciente idosa com CM^{21-28,30}. Observou-se que, embora as pacientes do subtipo luminal apresentem maior número absoluto entre os desfechos, as do subtipo hiperexpressão de HER2 apresentam pior prognóstico quanto ao risco de infecção (36%) e hospitalização (32%) e as do subtipo triplo negativo apresentam pior sobrevida geral, visto que 25,4% delas faleceram.

As modalidades terapêuticas avaliadas parecem influenciar no desfecho da paciente. A literatura afirma que pacientes geriátricos apresentam menor tolerância às terapias e uma maior incidência de efeitos adversos graves precoces¹², como se foi constatado no estudo. A maioria realizou quimioterapia (64,1%), radioterapia (63,2%), tratamento cirúrgico (82,2%), ou hormonioterapia (70,9%), apresentando, majoritariamente, melhor prognóstico e menor incidência, proporcionalmente, de eventos adversos precoces, tais quais infecção e hospitalização em menos de 6 meses, e óbito. A quimioterapia não mostrou dados alarmantes quanto a sobrevida de acordo com sua realização, porém as pacientes submetidas a este tratamento, apresentaram maior evolução para infecção e hospitalização do que as não submetidas. A radioterapia, assim como a cirurgia, auxiliou na manutenção da sobrevida geral, uma vez que a maioria das pacientes que não as realizaram (19,2% e 34,5%, respectivamente), evoluíram para óbito, de modo que sua não indicação pode ser um viés de maior fragilidade.

Este estudo tem limitações por ser desenvolvido em um centro único, o que por outro lado permitiu maior uniformidade na coleta e análise dos dados. Ele traz contribuições importantes em aspectos relevantes no cuidado do CM na população idosa na realidade pública de um país de médio desenvolvimento econômico. O estudo foi realizado em uma região muito desafiada pelo envelhecimento acelerado, com piores resultados no cuidado do CM e com menores evidências científicas para melhoria do cuidado ofertado.

Portanto, a fim de melhorar a eficácia e segurança do tratamento das idosas com câncer de mama e de elevar sua qualidade de vida, é necessária maior atenção e acesso a realização da AGA concomitante ao início da terapia oncológica, especialmente nos domínios que se mostraram importantes preditores de eventos adversos precoces graves.; 159ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 2019

V.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* [periódico online]. 2021 may [acesso em 18 agosto 2021]; 71(3): 209-249. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.* [periódico online]. 2019 jan [acesso em 18 agosto 2021]; 69(1):7-34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30620402/>
3. José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer; 159ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 2019
4. Mustacchi G, Cazzaniga M, Pronzato P, De Matteis A, Di Constanzo F, Floriani I. Breast Cancer in Elderly Women: A Different Reality? Results From the NORA Study. *Annals of Oncology* [periódico online]. 2007 Mar 09 [acesso em 28 agosto 2021]; 18(6): 991-996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17351258/>.
5. Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schäfer P. Undertreatment Strongly Decreases Prognosis of Breast Cancer in Elderly Women. *Journal of Clinical Oncology* [periódico online]. 2003 [acesso em 28 agosto 2021];21(19):3580-3587. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2003.02.046>.
6. Li D, Schonberg MA, Marcantonio ER. Breast cancer among the oldest old: tumor characteristics, treatment choices, and survival. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* [periódico online]. 2010 [acesso em 28 agosto 2021];28(12):2038-2045. Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/2860406>.
7. Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C, Marotti L, Loibl S, Kunkler I, Reed M, Ciatto S, Voogd AC, Brain E, Cutuli B, Terret C, Gosney M, Aapro M, Audisio R. Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). *Lancet Oncol.* [periódico online]. 2012 [acesso em 28 agosto 2021]; e148-60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22469125/>
8. Smith BD, Jiang J, McLaughlin SS, Hurria A, Smith GL, Giordano SH, Buchholz TA. Improvement in breast cancer outcomes over time: are older women missing out?. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* [periódico online]. 2011 Dec 10 [acesso em 28 agosto 2021];29(35):4647-4653. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22067407/>.
9. Rochefordiere A, et al. Age as prognostic factor in premenopausal breast carcinoma. *The Lancet* [periódico online]. 1993 Apr 24 [acesso em 28 agosto 2021]; 341(8852):1039-1043. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8096955/>.
10. Tesarova P. Specific aspects of breast cancer therapy of elderly women. *BioMed Research International* [periódico online]. 2016 Oct 11 [acesso em 28 agosto 2021]; 2016(138169):1-8. DOI 10.1155/2016/1381695. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078631/>.
11. Tesarova P. Breast cancer in the elderly: should it be treated differently?. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy* [periódico online]. 2012 Jul 15 [acesso em 28 agosto 2021];18(1):26-33. DOI 10.1016/j.rpor.2012.05.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24381744/>.
12. Rostoft S, O'Donovan A, Soubeyran P, Alibhai SMH, Hamaker ME. Geriatric Assessment and Management in Cancer. *J Clin Oncol.* [periódico online]. 2012 Jul [acesso em 18 setembro 2021]; 39(19):2058-2067. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34043439/>
13. Telli ML, Gradishar WJ, Ward JH. NCCN guidelines updates: breast cancer. *J Natl Compr Canc Netw* [periódico online]. 2019 May 01 [acesso em 28 agosto 2021];17(5.5):552-555. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31117035/>.
14. Chen Michael Jenwei, Nadalin Wladimir. Peculiaridades da radioterapia em idosos. *Radiol Bras* [periódico online]. 2010 Oct [acesso em 28 agosto 2021] ; 43(5): 324-329. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842010000500012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842010000500012>
15. Miranda TC, Kaliks RA, Filho WF, Giglio AD. Câncer de mama na mulher idosa: a visão do geriatra. *Einstein* [acesso em 28 agosto 2021]. 2008 [acesso em 30 maio 2020];6(1):90-92. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/732-Einstein%20v6n1%20port%20p90-2.pdf>
16. Tsuda H, Tsugawa K, Akiyama F, et al. Histological classification of breast tumors in the General Rules for Clinical and Pathological Recording of Breast Cancer (18th edition). *Breast Cancer* [periódico online]. 2020 Mar 09 [acesso em 28 agosto 2021]; 27:309–321. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12282-020-01074-3>.
17. Silva LC, Amorim WC, Castilho MS, Guimaraes RC, Paixão TP, Pirfo CB. Câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade: diretrizes para diagnóstico e tratamento. *Revista Médica de Minas Gerais* [periódico online]. 2013 [acesso em 28 agosto 2021];23(1):105-112. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/17>
18. Varghese F, Wong J. Breast cancer in the elderly. *Surgical Clinics of North America* [periódico online]. 2018 [acesso em 28 agosto 2021];98(4):819–833. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30005776/>
19. Matti S. Aapro, Schrijvers D. ESMO Handbook of cancer in the senior patient, 2ª edição; European Society for Medical Oncology (ESMO); 2015
20. Shachar SS, Hurria A, Muss HB. Breast cancer in women older than 80 years. *Journal of Oncology Practice* [periódico online]. 2016 Feb 01 [acesso em 28 agosto 2021];12(2):123-132. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869650/>
21. Hurvitz SA, Martin M, Jung KH, et al. Neoadjuvant Trastuzumab Emtansine and Pertuzumab in Human Epidermal Growth Factor Receptor 2–Positive Breast Cancer: Three-Year Outcomes From the Phase III KRISTINE Study. *J Clin Oncol* [periódico online]. 2019 Sep 01 [acesso em 28 agosto 2021];37(25):2206–2216. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6774816/>.
22. Von Minckwitz G, Huang CS, Mano MS, et al. Trastuzumab Emtansine for Residual Invasive HER2-Positive Breast Cancer. *The New England Journal of Medicine* [periódico online]. 2019 Feb 14 [acesso em 28 agosto 2021];380:617- 628. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1814017>.
23. Loibl S, Untch M, Burchardi N, Huober JB, Blohmer JU, Grischke EM. Randomized phase II neoadjuvant study (GeparNuevo) to investigate the addition of durvalumab to a taxane-anthracycline containing chemotherapy in triple negative breast cancer (TNBC). *Journal of Clinical Oncology* [periódico online]. 2018 Jun 01 [acesso em 28 agosto 2021];36(15):104-104. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2018.36.15_suppl.104
24. Korc-Grodzicki B, Tew W. Handbook of Geriatric Oncology –

In ML, Extermann M, Falandry C, Artz A, Brain E, Colloca G, Flamaing J, Karnakis T, Kenis C, Audisio RA, Mohile S, Repetto L, Van Leeuwen B, Milisen K, Hurria A. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology* [periódico online]. 2014 Aug [acesso em 29 agosto 2021]; 20;32(24):2595-603. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25071125/>

26. Sattar S, Alibhai SM, Wildiers H, Puts MT. How to implement a geriatric assessment in your clinical practice. *Oncologist*. [periódico online]. 2014 Oct;19[acesso em 29 agosto 2021]; (10):1056-68. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25187477/>

27. Loh K., Soto-Perez-de-Celis E., Hsu T., de Glas NA., Battisti N., Baldini C., Rodrigues M., Lichtman S, Wildiers H. What Every oncologist should know about geriatric assessment for older patients with cancer: young international society of geriatric oncology position paper. *J Oncol Pract.* [periódico online]. 2018 [acesso em 14 de setembro de 2021]; Feb;14(2):85-94. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29436306/>

28. Sousa APG, Gallelo DC, Silva ALND, Carreira MC, Damasceno NRT. Nutritional screening using the Mini Nutritional

Assessment short form: applicability and challenges. *Geriatr Gerontol Aging.* [periódico online]. 2015 [acesso em 15 de setembro 2021];9:49-53 Disponível em: <http://ggaging.com/details/60/pt-BR/nutritional-screening-using-the-mini-nutritional-assessment-short-form--applicability-and-challenges>

29. Oliveira LPM, Anunciação TA da, Costa MLV da. Estado Nutricional de Idosos Oncológicos por meio de Diferentes Métodos. *Rev. Bras. Cancerol.* [periódico online]. 29º de junho de 2018 [acesso em 15 de setembro 2021];64(2):209-15. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/80>

30. Runowicz, C.D., Leach, C.R., Henry, N.L., Henry, K.S., Mackey, H.T., Cowens-

Alvarado, R.L., Cannady, R.S., Pratt-Chapman, M.L., Edge, S.B., Jacobs, L.A.,

Hurria, A., Marks, L.B., LaMonte, S.J., Warner, E., Lyman, G.H. and Ganz, P.A. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, [periódico online]. 2016 [acesso em 15 de setembro 2021] 66: 43-73. Disponível em:

<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21319>

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas, clínicas e da evolução da coorte de 326 mulheres idosas com câncer de mama, de acordo com a presença de eventos adversos precoces (Hospitalização, Infecção e Óbito). *Oncogeriatrics IMIP, 2015-2020*

	EVENTOS ADVERSOS PRECOSES						
	Total N= 326 (%)	Hospitalização N=63 (%)	p valor*	Infecção N=63 (%)	p valor	Óbito N = 46 (%)	p valor*
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS							
Idade (anos) média ± DP	73,46±7,81	74,46±7,27	0,061	73,68±6,88	0,160	73,93±8,78	0,867
Sexo Feminino	326 (100)	63 (19,3)	NA*	63 (19,3)	NA	46 (14,1)	NA
Raça autodeclarada							0,557
Parda/Preta	218 (66,9)	41 (65,1)		23 (36,5)		33 (71,7)	
Branca	100 (30,6)	22 (34,9)		39 (61,9)		12 (26,1)	
Amarela/Indígena	8 (2,5)	0 (0,0)		1 (1,6)		1 (2,2)	
Procedência			0,039		0,453		0,183
R. M. do Recife	210 (64,4)	48 (76,2)		43 (68,3)		32 (69,3)	
Interior Pernambuco	116 (35,6)	15 (23,8)		20 (31,7)		14 (30,4)	
Estado Civil			0,442		0,752		0,939
Sem companheiro	119 (36,5)	20 (31,7)		21 (33,3)		17 (37,0)	
Com companheiro	207 (63,5)	43 (68,3)		42 (66,7)		29 (63,0)	
Renda familiar			0,681		0,011		0,684
< 2 salários mínimos	218 (66,9)	44 (69,8)		34 (54,0)		31 (67,4)	
> 2 salários mínimos	108 (33,1)	19 (30,2)		29 (46,0)		15 (32,6)	
Escolaridade (anos de estudo)			0,144		0,797		0,190
≤ 4	214 (65,6)	47 (74,6)		42 (66,7)		35 (76,1)	
> 4	112 (34,4)	16 (25,4)		21 (33,3)		11 (23,9)	
Tabagismo			0,249		0,928		0,213
Nunca fumou	199 (61,0)	42 (66,7)		37 (58,7)		31 (67,4)	
Atual ou ex-tabagista	127 (39,0)	21 (33,3)		26 (41,2)		15 (32,6)	
Etílico			0,651		0,682		0,278
Não etilista	303 (92,9)	58 (92,1)		58 (92,1)		45 (97,8)	
Atual etilista	23 (7,1)	5 (7,9)		5 (7,9)		1 (2,2)	
VARIÁVEIS CLÍNICAS							
Índice de Massa Corpórea (kg/m ²)			0,226		<0,001		0,004
<22	35 (10,7)	6 (9,5)		5 (7,9)		11 (23,9)	
22-27	89 (27,3)	18 (28,6)		13 (20,6)		14 (30,4)	
>27	202 (62,0)	39 (61,9)		45 (71,4)		21 (45,7)	
Subtipo tumoral			0,844		0,058		0,693
Tripla negativo	63 (19,3)	11 (17,5)		15 (23,8)		16 (34,8)	
Hiperexpressão de HER2	25 (7,7)	8 (12,7)		9 (14,3)		6 (13,0)	
Luminal A e B	230 (70,6)	42 (66,7)		39 (61,9)		23 (50,0)	
Especiais	4 (1,2)	1 (1,6)		0 (0,0)		0 (0,0)	
Não informados	4 (1,2)	1 (1,6)		0 (0,0)		1 (2,2)	
Doença metastática			0,048		0,515		0,013
Sem metástase	209 (64,1)	34 (54,0)		38 (60,3)		21 (45,7)	
Metástase	117 (35,9)	29,0 (46,0)		25 (39,7)		25 (54,3)	
EVOLUÇÃO CLÍNICA							
Óbito	46 (14,1)	42 (91,3)	<0,001	18 (39,1)	<0,001	-----	<0,001
Infecção	63 (19,3)	37 (58,7)	<0,001	-----	-----	21 (33,3)	<0,001
Hospitalização	63 (19,3)	-----	-----	37 (58,7)	<0,001	18 (28,6)	<0,001

* Valor de p de acordo com qui quadrado de Pearson; & NA não se aplica; † – Região Metropolitana do Recife

Tabela 2 – Distribuição das características da avaliação geriátrica ampla (AGA) na admissão na coorte e avaliação do risco de óbito (Hazard Risk), infecção (Hazard Risk) e de hospitalização (Hazard Risk) de 326 mulheres idosas com câncer de mama acompanhadas na Oncogeriatría IMIP, 2015-20

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA)	EVENTOS ADVERSOS PRECOZES									
	Total N (%)	ÓBITO			INFECÇÃO			HOSPITALIZAÇÃO		
		Sim N (%)	Não N (%)	HR*	Sim N (%)	Não N (%)	HR	Sim N (%)	Não N (%)	HR
Índice de Comorbidade de Charlson										
▪ < 2 comorbidades	236 (72,4)	34 (73,9)	202 (72,1)	1	39 (61,9)	197 (74,9)	1	39 (61,9)	197 (74,9)	1
▪ ≥ 2 comorbidades	90 (27,6)	12 (26,1)	78 (27,9)	0,55	24 (38,1)	66 (25,1)	1,69	24 (38,1)	66 (25,1)	1,46
Escala de desempenho funcional de Karnofsky (KPS)										
▪ > 50	308 (94,5)	38 (82,6)	270 (96,4)	1	59 (93,7)	249 (94,7)	1	54 (85,7)	254 (96,6)	1
▪ ≤ 50	18 (5,5)	8 (17,4)	10 (3,1)	5,06	4 (6,3)	14 (5,3)	0,97	9 (14,3)	9 (3,4)	2,67
Miniavaliação nutricional versão reduzida (MAN-VR)										
▪ Normal (> 12)	225 (69,0)	20 (43,5)	205 (73,2)	1	34 (54,0)	191 (72,6)	1	36 (57,1)	189 (71,9)	1
▪ Risco de desnutrição (< 12)	101 (31,0)	26 (56,5)	75 (26,8)	1,80	29 (46,0)	72 (27,4)	2,08	27 (42,9)	74 (28,1)	1,40
Miniavaliação nutricional (MAN)										
▪ Normal (> 24)	75 (23,0)	23 (50,0)	52 (18,6)	1	22 (34,9)	53 (20,2)	1	24 (38,1)	51 (19,4)	1
▪ Risco de desnutrição/ desnutrição (≤ 23,5)	251 (77,0)	23 (50,0)	228 (81,4)	2,54	41 (65,1)	210 (79,8)	0,90	39 (61,9)	212 (80,6)	0,833
Minimal state examination (MEEM)										
▪ Média ± desvio padrão	1,89 ± 0,99	1,78 ± 0,98	1,91 ± 0,99	0,87	1,92 ± 1,00	1,88 ± 0,99	1,03	1,78 ± 0,98	1,91 ± 0,99	0,85
Escala de depressão geriátrica (GDS-15)										
▪ Normal (≤ 4)	203 (62,3)	25 (54,3)	178 (63,6)	1	39 (61,9)	164 (62,4)	1	31 (49,2)	172 (65,4)	1
▪ Risco médio/severo (> 4)	123 (37,7)	21 (45,7)	102 (36,4)	0,91	24 (38,1)	99 (37,6)	0,80	32 (50,8)	91 (34,6)	1,50
Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)										
▪ Ativo	63 (19,3)	4 (8,7)	59 (21,1)	1	10 (15,9)	53 (20,2)	1	10 (15,9)	53 (20,2)	1
▪ Sedentário/Inativo	263 (80,7)	42 (91,3)	221 (78,9)	1,83	53 (84,1)	210 (79,8)	1,14	53 (84,1)	210 (79,8)	1,00
Teste Timed Up and Go (TUG)										
▪ Baixo risco	205 (62,9)	22 (47,8)	183 (65,4)	1	39 (61,9)	166 (63,1)	1	38 (60,3)	167 (63,5)	1
▪ Médio e alto risco	121 (37,1)	24 (52,2)	97 (34,6)	1,32	24 (38,1)	97 (36,9)	0,66	25 (39,7)	96 (36,5)	0,61
Índice de KATZ										
▪ Independente ou dependente em uma função	207 (63,5)	26 (56,5)	181 (64,6)	1	40 (63,5)	167 (63,5)	1	35 (55,6)	172 (65,4)	1
▪ Dependente em ≥ 2 funções	119 (36,5)	20 (43,5)	99 (35,4)	0,77	23 (36,5)	96 (36,5)	0,87	28 (44,4)	91 (34,6)	1,20
Polifarmácia										
▪ < 5	256 (78,5)	34 (73,9)	222 (79,5)	1	42 (66,7)	214 (81,4)	1	45 (71,4)	211 (80,2)	1
▪ ≥ 5	70 (21,5)	12 (26,1)	58 (20,7)	1,02	21 (33,3)	49 (18,6)	1,88	18 (28,6)	52 (19,8)	1,36

* HR - Hazard Ratio

Tabela 3 – Avaliação do risco de óbito (Hazard Risk), infecção (Hazard Risk) e de hospitalização (Hazard Risk) de acordo com o tratamento oncológico instituído para câncer de mama na coorte de 326 mulheres idosas. Oncogeriatría IMIP, 2015-2020

TRATAMENTO	EVENTOS ADVERSOS PRECOZES									
	Total N (%)	Óbito N = 46 (%)			Infecção N = 63 (%)			Hospitalização N = 63 (%)		
		Sim N (%)	Não N (%)	HR*	Sim N (%)	Não N (%)	HR	Sim N (%)	Não N (%)	HR
Quimioterapia										
▪ Realizou	209 (64,1)	32 (69,6)	177 (63,2)	1	51 (81,0)	158 (60,1)	1	47 (74,6)	162 (61,6)	1
▪ Não realizou	117 (35,9)	14 (30,4)	103 (36,8)	1,12	12 (19,0)	105 (39,9)	0,49	16 (25,4)	101 (38,4)	0,57
Radioterapia										
▪ Sim	206 (63,2)	23 (50,0)	183 (65,4)	1	39 (61,9)	167 (63,5)	1	35 (55,6)	171 (65,0)	1
▪ Não	120 (36,8)	23 (50,0)	97 (34,6)	1,08	24 (38,1)	96 (36,5)	1,18	28 (44,4)	92 (35,0)	1,54
Cirurgia										
▪ Sim	268 (82,2)	26 (56,5)	242 (86,4)	1	49 (77,8)	219 (83,3)	1	48 (76,2)	220 (83,7)	1
▪ Não	58 (17,8)	20 (43,5)	38 (13,6)	3,76	14 (22,2)	44 (16,7)	1,17	15 (23,8)	43 (16,3)	1,08
Hormonioterapia										
▪ Sim	231 (70,9)	19 (41,3)	212 (75,7)	1	36 (57,1)	195 (74,1)	1	37 (50,7)	194 (73,8)	1
▪ Não	95 (29,1)	27 (58,7)	68 (24,3)	4,05	27 (42,9)	68 (25,9)	1,67	26 (41,3)	69 (26,2)	1,40
Anticorpo monoclonal										
▪ Sim	45 (13,8)	3 (6,5)	42 (15,0)	1	13 (20,6)	32 (12,2)	1	11 (17,5)	34 (12,9)	1
▪ Não	281 (86,2)	43 (93,5)	238 (85,0)	3,20	50 (79,4)	231 (87,8)	0,70	52 (82,5)	229 (87,1)	0,80

* HR - Hazard Ratio

Tabela 4 – Análise multivariada por regressão de Cox das variáveis clínicas referentes à Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) de acordo com o óbito, infecção e hospitalização

Variáveis	Hazard Ratio	IC95%	P valor
Variáveis relacionadas ao óbito			
▪ Miniavaliação nutricional versão reduzida (MAN-VR)	2,72	1,49 – 4,96	0,001
▪ Escala de desempenho funcional de Karnofsky (KPS)	4,39	2,03 – 9,48	<0,001
Variáveis relacionadas a infecção			
▪ Miniavaliação nutricional versão reduzida (MAN-VR)	2,16	1,28 – 3,65	0,004
▪ Polifarmácia	1,93	1,13 – 3,28	0,015
Variáveis relacionadas a hospitalização			
▪ Escala de desempenho funcional de Karnofsky (KPS)	2,95	1,41 – 6,26	0,004

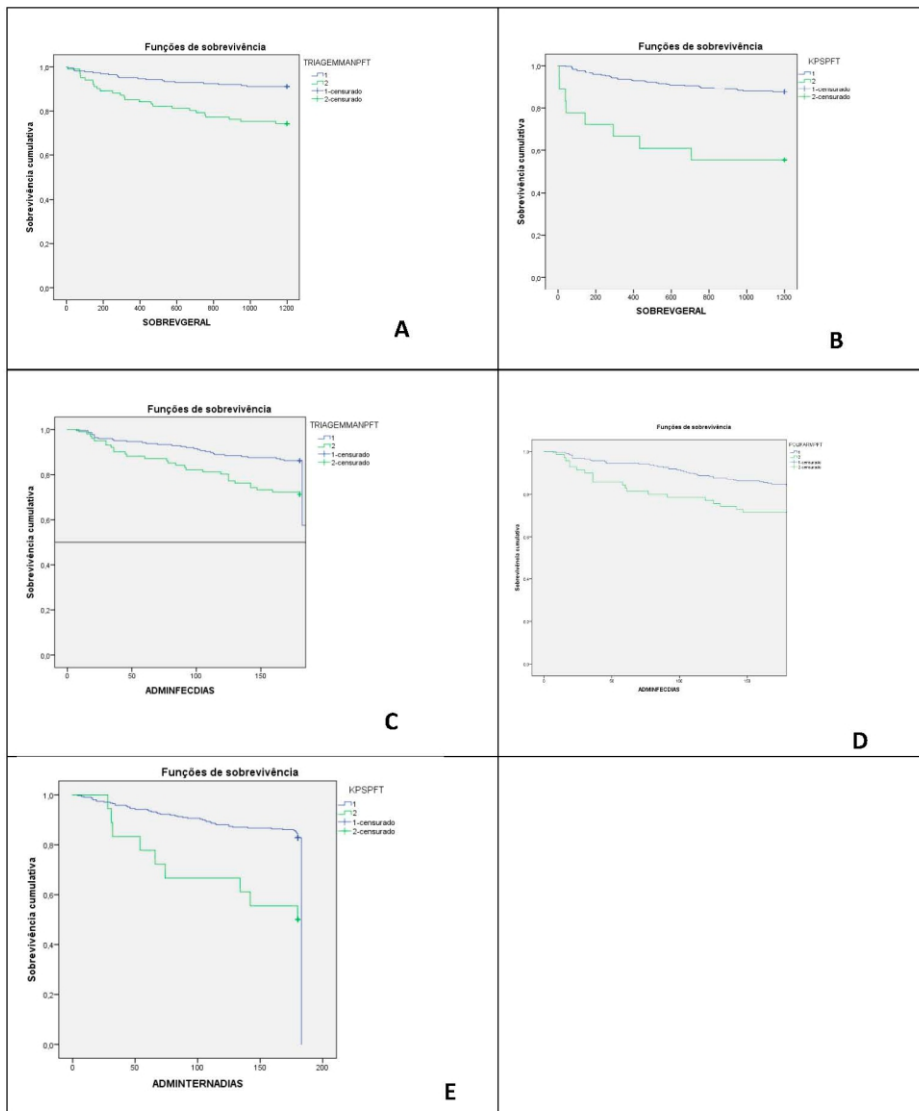


Figura 1 – Probabilidade de sobrevida em seis meses pelo método Kaplan Meier
 A: sobrevida global de acordo com a Miniavaliação nutricional versão reduzida (MAN-VR) - normal (≥ 12) e risco de desnutrição/ desnutrição; B: Sobrevida global de acordo com a Escala de desempenho funcional de Karnofsky - KPS (ponto de corte < 50); C – ocorrência de infecção de acordo com MAN-VR: normal (≥ 12) e risco de desnutrição/ desnutrição; D: ocorrência de infecção de acordo com Polifarmácia (ponto de corte ≥ 5 medicamentos); E: ocorrência de hospitalização de acordo com KPS (ponto de corte < 50)

Sicredi Recife

Há 30 anos atendendo com
CREDIBILIDADE
à comunidade pernambucana.



**SICREDI
RECIFE** **30**
anos

Instituição Financeira Cooperativa.

 **Sicredi**

 **2101.6161**



QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES ASMÁTICOS

Autor: Pedro Henrique Teotônio Medeiros Peixoto¹; Coautor: Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto³; Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio de Valois Correia Junior²

*1,2,3 Faculdade de Ciências Médicas Universidade de Pernambuco - UPE
Programa: PIBIC/CNPQ UPE*

RESUMO

INTRODUÇÃO: O broncoespasmo induzido por exercício (BIE) é definido como um estreitamento agudo das vias aéreas, transitório e reversível, que ocorre durante ou após exercício físico vigoroso. É uma situação clínica frequente ocorrendo em cerca de 5% a 20% da população em geral e que pode comprometer todo contexto físico, histórico e psíquico vinculados à rotina de vida, que repercute na qualidade de vida. **OBJETIVO:** avaliar a qualidade de vida em asmáticos. **METODOLOGIA:** Foram avaliados 64 adolescentes asmáticos com idade entre 10 e 19 anos. O diagnóstico de BIE foi dado pela queda >10% no VEF1 em relação ao basal em pelo menos um momento avaliado (5, 10, 15 e 30 min), após a hiperventilação eucápnica voluntária (HEV). A qualidade de vida foi mensurada pelo Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ).

RESULTADOS: Foram avaliados 64 indivíduos asmáticos, (58% masculinos), com média de idade de $12,75 \pm 2,64$ anos, dos quais 46 (72%) apresentaram diagnóstico de BIE. Mais da metade dos sujeitos asmáticos avaliados (73,4%) apresentaram uma diminuição na qualidade de vida. Não houve associação entre a qualidade de vida e o diagnóstico de BIE ($p = 0,477$). **CONCLUSÃO:** Apesar de não ter sido evidenciada associação entre a qualidade de vida e o diagnóstico de BIE, uma alta frequência de indivíduos asmáticos com uma má qualidade de vida (73,4%) foi identificada. A busca pelo controle da sintomatologia deve ser contínua para atingir uma melhor qualidade de vida nesses pacientes.

PALAVRAS CHAVES: Asma; Adolescente; Broncoespasmo induzido por exercício; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença crônica inflamatória das vias aéreas inferiores caracterizada por hiperresponsividade brônquica, sibilos, dispneia e pressão torácica. No Brasil, a prevalência entre adolescentes de 13 e 14 anos é de 24,3% (LAGE et al., 2017). A hiperresponsividade brônquica é uma característica sintomática da asma, definida como uma propriedade em que as vias aéreas se contraem mais facilmente e com mais força do que as vias aéreas normais em resposta a uma variedade de estímulos (COTÉ et al., 2018).

Sintomas respiratórios na realização ou após exercício físico são comumente relatados por crianças e adolescentes com impacto negativo na prática de atividade física e qualidade de vida desses indivíduos. Uma das causas mais estudadas é o broncoespasmo induzido por exercício (BIE), caracterizado como constrição brônquica transitória aguda, durante ou após atividade física vigorosa (FILHO et al., 2018; AGGARWAL et al., 2018). O diagnóstico do BIE deve ser necessariamente realizado por meio de métodos objetivos. E o método mais empregado é a espirometria pela avaliação do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), onde os pacientes são submetidos à corrida na esteira dentre seis a oito minutos, sendo positivo uma diminuição igual ou maior que 10% no VEF1 em relação ao valor basal. Outros métodos também são sugeridos, como a hiperventilação eucápnica voluntária (HEV) como alternativa à corrida na

esteira para diagnóstico do BIE. (PARSONS et al., 2013).

Foi observado que os adolescentes com BIE evitam atividade física por medo de desencadear os sintomas. De forma intuitiva ou propositalmente os pacientes asmáticos evitam realizar exercícios e acabam adotando um estilo de vida sedentária. A Global initiative for Asthma (GINA), recomenda que as pessoas com asma, pratiquem atividades físicas regulares a fim de melhorar a saúde de modo geral (GINA, 2020). A queda do nível de aptidão física resulta em prejuízo para qualidade de vida relacionada à saúde e pode reduzir ainda mais o controle da asma e adesão ao tratamento. (COTÉ et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo no seu contexto, cultura, posição, padrões sociais e metas, ou seja, um conceito bastante amplo incorporando vários aspectos que podem estar comprometendo a rotina saudável na infância e na adolescência (KOCK et al., 2014). Por ser doença crônica, a asma pode ocasionar consideráveis danos físicos e emocionais e restrições sociais, com reflexões negativas relacionadas aos sintomas e aos distúrbios emocionais, como, por exemplo, ansiedade e depressão. E quando fazemos uma relação da qualidade de vida com o broncoespasmo, não há dúvidas de que o BIE influencia nesse amplo conceito de qualidade de vida. (DANTAS et al., 2014).

Para avaliar a qualidade de vida, utilizamos, entre outros questionários, o Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), validado para uso no Brasil, sendo específico para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de portadores de asma, na idade de 7 a 17 anos (SARRIA et al., 2010). O PAQLQ é uma ferramenta reprodutível, de fácil aplicação e foi escolhido por abranger aspectos importantes e fundamentais para a adequada avaliação da qualidade de vida, avaliando aspectos físicos e psicológicos (SCALA et al., 2005).

É importante avaliar a qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas, principalmente com asma, pois a doença pode prejudicar a qualidade de vida em todos os seus domínios biopsicossociais afetando a vida dessa população, o que muitas vezes afeta até mesmo a rotina familiar (MATSUNAGA et al., 2015).

Portanto, é de suma importância identificar e abordar fatores que afetam a qualidade de vida de crianças e adolescentes com asma para fornecer um tratamento mais abrangente. E, muitas vezes, a gravidade da asma e o exercício reduzido afetam significativamente a qualidade de vida de crianças e adolescentes (BASSO et al., 2013).

OBJETIVO

- Geral
- Avaliar a qualidade de vida de adolescentes asmáticos.
- Específicos
- Descrever a frequência do broncoespasmo induzido por exercício físico na população estudada de asmáticos.
- Analisar se asmáticos com broncoespasmo induzido por exercício físico podem apresentar alguma limitação nos domínios de qualidade de vida (limitação de atividades, sintomas, função emocional), que seus pares sem broncoespasmo induzido por exercício físico.

METODOLOGIA

- Local do estudo

Os indivíduos da pesquisa foram recrutados no ambulatório de pediatria e no de alergologia e a prova de função pulmonar (espirometria) foi realizada no serviço de alergologia, todos no Hospital das Clínicas (HC) - UFPE.

- Tipo de estudo e população

Estudo transversal, descritivo e analítico. Foram atendidos todos os indivíduos que se dispuseram a participar do protocolo na faixa etária descrita no período da coleta de dados. Os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
· Pacientes de ambos os gêneros;	· Voluntários que apresentaram episódios de
· Idade de 10 aos 19 anos;	infecções respiratórias recentes (menos de 30 dias);
· Portadores de sibilância;	· Doenças cardiovasculares, ortopédicas e
· Em acompanhamento ambulatorial	reumatológicas;
regular;	· Não realização da prova de função pulmonar;
- Diagnóstico médico de asma.	- Adolescentes grávidas.

- Operacionalização

A avaliação inicial constou da coleta de informações no prontuário do paciente, nome, idade, gênero, endereço, telefone,

ocupação, nível de escolaridade. Os indivíduos foram submetidos ao teste de função pulmonar pela espirometria (Masterscreen IOS, VIASYS Healthcare GmbH, Alemanha), de acordo com as normas da American Thoracic Society (PELLEGRINO et al., 2005).

Os adolescentes fizeram teste de espirometria para determinação do valor do VEF1 basal, e em seguida realizaram a técnica de hiperventilação eucapnica voluntária (HEV) e medidas do VEF1, cinco, 10, 15, 30 minutos após a broncoprovocação para avaliar a resposta brônquica (BIE).

Para evitar interferência das manobras de expiração forçada nos resultados do VEF1 após a broncoprovocação por HEV, foram aceitas duas manobras semelhantes à manobra basal ou, em caso de redução no VEF1, duas manobras com curvas fluxo-volume semelhantes e com aspecto adequado na avaliação do pico de fluxo (PARSONS et al., 2013).

A HEV foi realizada por meio da hiperventilação de uma mistura de ar seco acrescida de 5% de dióxido de carbono (CO2) para evitar alcalose respiratória de onde foi inalada por meio de bocal e válvula unidirecional, onde durante os seis minutos os pacientes deveriam manter a taxa de ventilação alvo correspondente a 21 (PARSONS et al., 2013).

O BIE foi diagnosticado quando houve uma redução maior ou igual a 10% em relação ao valor basal (PARSONS et al., 2013).

- Questionários

Os participantes do estudo responderam o Asthma Control Test (Teste de Controle da Asma - ACT), traduzido e validado para o Brasil, (ROXO et al., 2010) composto por cinco questões referentes a sinais, sintomas e uso de medicação de resgate nas últimas quatro semanas. Em cada uma das cinco questões, havia cinco opções de respostas, que variam de 1 a 5 pontos, definindo como asma controlada = 25 pontos, de 20 a 24 pontos: asma parcialmente controlada; escore até 19 pontos: asma não controlada.

Em seguida, responderam o Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) - Questionário sobre a Qualidade de Vida na Asma Pediátrica, desenvolvido na língua inglesa e validado no Brasil por Sarria et al (2010), composto por 23 questões, referentes aos três domínios. Limitação de atividades: cinco questões referentes ao incômodo que a doença proporcionou na realização de determinadas atividades, na qual três delas foram individualizadas, para o paciente escolher quais são as atividades mais comprometidas pela asma. Segundo: sintomas, 10 questões que se referem ao incômodo que as crises, a tosse, a dispnéia, o sibiló, a sensação de aperto no peito e os despertares noturnos provocam nas crianças e adolescentes. Terceiro: função emocional, oito questões sobre a frequência em que a asma fez o paciente sentir raiva, diferente dos outros ou excluído, medo por causa de uma crise e ficar irritado ou chateado por não conseguir acompanhar o ritmo dos outros.

As respostas foram obtidas através de escala Likert de sete pontos, onde um indicava maior grau de comprometimento e sete nenhum comprometimento. Todos os itens possuíam peso igual. Sendo analisada a frequência e incômodo, utilizando um cartão resposta para cada.

- Medidas profiláticas contra o COVID-19

o Orientação aos pacientes/pais/responsáveis que caso estivessem com algum sintoma de infecção pelo COVID-19 não compareceriam ao ambulatório para realização do teste, sendo assim remarcado;

Utilização de EPI's, como máscara cirúrgica, máscara N95, face shield, lavagem das mãos, uso de capote, dispor de álcool a 70%, aferição de temperatura;

Orientação aos adolescentes quanto ao uso de máscara no momento em que estavam no hospital e referido ambulatório de alergia e imunologia, só retirando para realização do exame, e em seguida colocando-a novamente;

Orientação quanto ao distanciamento social enquanto esperava a sua vez de realizar o procedimento, onde o ambulatório já se encontrava com suas marcações de distanciamento social de 2 (dois) metros.

Também foi utilizado um filtro bactericida para cada paciente com bocal individual, ambos descartados após a realização do exame.

Após a saída de cada paciente a sala era desinfetada, assim como todo ambiente com álcool a 70%.

Considerando que todas estas condutas estavam de acordo com as normativas e protocolo do ambulatório de alergia e imunologia, desde o dia 07 de outubro de 2020, com fluxo reduzido, garantimos todas as precauções e orientações para que o voluntário da pesquisa não fosse contaminado pelo COVID-19.

Análise

Os dados coletados foram tabulados em planilha excel e posteriormente processados com o software Statistical Package for the Social Sciences SPSS versão 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Para testar a suposição de normalidade foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk. Os resultados foram expressos em medidas de tendência central (média e mediana), variabilidade (desvio padrão e percentis) e valores percentuais, de acordo com sua distribuição. A comparação entre as medias ou medianas foi realizada pelos Testes Mann Whitney ou teste t a partir da normalidade dos dados. O teste Qui-quadrado foi usado para avaliação das frequências.

Em todos os casos foi adotado o nível de significância 5% ($A=0,05$).

Aspectos éticos

O presente estudo é parte de um protocolo de pesquisa intitulado "Influência do broncoespasmo induzido por exercício físico na qualidade de vida de adolescentes asmáticos", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o registro 4.579.002.

Todas as condutas realizadas pelo pesquisador obedeceram às diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Objetivou-se, com isso, a proteção dos sujeitos participantes, preservando os seus direitos, segurança, bem-estar, integridade e sigilo.

Orçamento

MATERIAL DE CONSUMO				
Descrição do material	Quantidade	Valor (unidade em reais)		Total
Tinta preta p/ HP deskjet F901	3	40,00		120,00
Tinta colorida p/ HP deskjet F901	3	40,00		120,00
Resma de papel A4	4	17,00		68,00
Caneta esferográfica	4	1,50		6,00
Pasta p/ arquivar documentos	5	3,50		17,50
Pendrive p/ arquivar dados da oscilometria	1	45,00		45,00
SUBTOTAL				376,50

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 64 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária entre 7 e 18 anos, com diagnóstico clínico de asma. Cinquenta e oito por cento (37) eram do sexo masculino, e para todo o grupo idade média de 12,75 ($\pm 2,64$) anos, peso médio de 46,98 ($\pm 14,59$) quilogramas e altura média de 154 (± 15) centímetros. Sessenta e dois por cento (46) dos pacientes apresentaram broncoespasmo após a realização de teste broncoprovocativo (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais das variáveis sexo, idade, peso, altura, índice de massa corpórea (IMC z-score), teste de controle de asma (ACT), VEF₁ basal, VEF₁ (% predito) e maior queda do VEF₁ pós HEV segundo diagnóstico de Broncoespasmo induzido por exercício (BIE).

Variáveis	Todos (n = 64)	Possui BIE		p-valor
		Sim (n=46)	Não (n=18)	
Sexo (masculino/feminino)	37/27	27/19	10/8	0,819 ¹
Idade(anos)	12,75 \pm 2,64	12,87 \pm 2,76	12,44 \pm 2,33	0,566 ²
Peso (Kg)	46,98 \pm 14,59	47,20 \pm 14,54	46,42 \pm 15,14	0,848 ²
Altura (cm)	1,54 \pm 0,15	1,54 \pm 0,16	1,55 \pm 0,11	0,758 ²
IMC(z-score)	19,36 \pm 3,91	19,53 \pm 3,74	18,94 \pm 4,40	0,592 ²
ACT	19,75 \pm 2,53	19,61 \pm 2,65	20,11 \pm 2,22	0,480 ²
VEF ₁ basal	2,29 \pm 0,81	2,25 \pm 0,83	2,39 \pm 0,79	0,543 ²
VEF ₁ (% do predito)	82,10 \pm 19,68	79,52 \pm 19,25	88,72 \pm 19,76	0,093 ²
Maior queda VEF ₁ % pós HEV	-14,60 \pm 19,32	-18,47 \pm 21,32	-4,72 \pm 6,07	<0,001 ²

Nota: Média \pm Desvio padrão

¹p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade.

²p-valor do teste t de Student para amostras independentes.

Mais da metade dos sujeitos asmáticos avaliados (73,4%) apresentaram má qualidade de vida. Não houve associação entre a qualidade de vida e o diagnóstico de BIE (Figura 1).

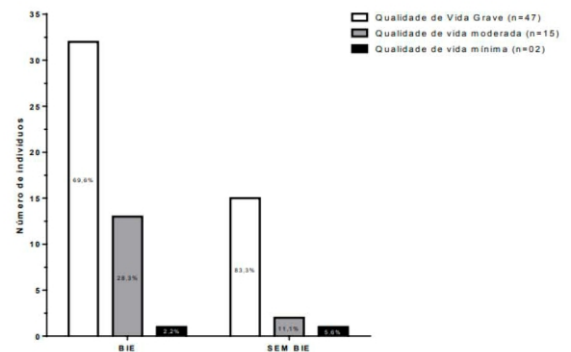


Figura 1. Associação entre qualidade de vida e BIE. Teste qui quadrado $p > 0,477$.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que não houve associação entre BIE e a qualidade de vida em adolescentes asmáticos. Apesar disso, chama atenção a alta frequência de BIE pós HEV, em 72% e de má qualidade de vida com 73% da amostra estudada.

Ao avaliar a qualidade de vida em adolescentes asmáticos, Kock et al. (2014) concluíram que o grupo com broncoespasmo induzido por exercício apresentava piores escores do que seus pares, demonstrando que o broncoespasmo ocasionado pelo exercício pode influenciar na vida dos adolescentes. A grande quantidade de adolescentes asmáticos que apresentaram

comprometimento significativo na qualidade de vida, pode ter implicações em diversos aspectos de suas vidas, mesmo não tendo associação entre a qualidade de vida e o diagnóstico de BIE. Esse achado é importante porque mostra a fragilidade encontrada na qualidade de vida dos asmáticos, independente do BIE.

Alguns autores indicam que o nível de controle da doença é um dos principais fatores que influenciam a qualidade de vida (QV) (FONTAN et al., 2020). É possível que com o tratamento adequado, esses pacientes melhorem tanto a QV quanto os sintomas durante/após exercícios e, com isso, consigam conviver melhor com a asma sob controle, melhorando assim, a QV (FONT-RIBERA et al., 2014; FRANÇA-PINTO et al., 2015; GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2020; SPRUIT et al., 2013; WANROOIJ et al. 2014).

Ainda assim, os pacientes com comprometimento da QV devem ser acompanhados também sobre esses aspectos. Precisam ser orientados a buscar outros tratamentos (se for identificado a necessidade pelo profissional competente) e estimulados a praticar atividade física, sempre avaliando o controle da doença. Estudos demonstraram que a realização de atividades físicas é fundamental para o desenvolvimento e crescimento da criança/adolescente (CARSON et al., 2012; DIMITRAKAKI et al., 2013; FONT-RIBERA et al., 2014; FRANÇA-PINTO et al., 2015; GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2020; SPRUIT et al., 2013; WANROOIJ et al.,

2014). Entretanto, devido à falta de informações, muitos adolescentes asmáticos não realizam atividades físicas com medo da exacerbação da asma e presença de dispneia durante a atividade, especialmente nos indivíduos com BIE (CORREIA JUNIOR et al., 2012).

Dessa forma, destaca-se a preocupação com essa população, que além de uma baixa qualidade de vida, pode estar sendo prejudicada por possível limitação para realizar atividades físicas devido ao BIE, considerando os altos índices apresentados, podendo assim, apresentar repercussões negativas dessa inatividade física, a médio e longo prazo.

CONCLUSÃO

Nesse estudo ficou demonstrado que crianças e adolescentes com asma, quando submetidos à prova de função pulmonar e teste broncoprovocativo, apresentaram resposta positiva em mais de dois terços da amostra. Apesar de não ter sido demonstrado associação entre o broncoespasmo induzido pelo exercício e a qualidade de vida nessa amostra, o controle da sintomatologia deve ser alcançado para que esses pacientes tenham melhor qualidade de vida.

RELEVÂNCIA DO PROJETO

A asma é uma das doenças crônicas respiratórias mais comuns e de alta morbidade e conseqüente comprometimento da qualidade de vida. O estudo da associação entre essa condição e como ela impacta no dia a dia e na qualidade de vida de seus portadores e familiares busca esclarecer e facilitar cada vez mais o seguimento e a abordagem terapêutica desses pacientes. ATIVIDADES RELEVANTES DESENVOLVIDAS PELO ESTUDANTE DURANTE O PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

O estudante participou da revisão bibliográfica realizada no período de um ano, auxiliou no recrutamento de indivíduos e preenchimento dos dados necessários à pesquisa em formulário

desenvolvido para tal, atendendo aos critérios de inclusão, e também na execução do teste de função pulmonar.

Além disso, participou de seminários quinzenais realizados pelo grupo de pesquisa.

PARECER DO ORIENTADOR

O estudante atendeu muito bem as expectativas em todas as etapas do projeto. Desenvolveu as competências necessárias de um estudante de iniciação científica, desde o projeto, com a revisão de literatura, até a execução dos protocolos de coleta, tabulação e escrita do manuscrito.

BIBLIOGRAFIA

AGGARWAL, B. et al. Exercise-induced bronchoconstriction: prevalence, pathophysiology, patient impact, diagnosis and management. *Primary Care Respiratory Medicine*. 2018.

BASSO, R. et al. Relationship between exercise capacity and quality of life in adolescents with asthma. *J Bras Pneumol*. 39(2):121-127. 2013.

CARSON, K. V. et al. Physical training for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 5, p. 1-62, 2012.

CORREIA JUNIOR, M. A. V. et al. Effect of exercise-induced bronchospasm and parental beliefs on physical activity of asthmatic adolescents from a tropical region. *Ann Allergy Asthma Immunol*, v. 108, n. 4, p. 249-253, 2012.

COTÉ, A. et al. Exercise and Asthma. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. Vol. 39 No. 1. 2018.

DANTAS, F. et al. Mothers impose physical activity restrictions on their asthmatic children and adolescents: an analytical cross-sectional study. *BMC Public Health*. 14:287. 2014.

DIMITRAKAKI, V. et al. Attitudes of asthmatic and nonasthmatic children to physical exercise. *Patient Preference Adherence*, v. 7, p. 81-88, 2013.

FILHO, E. et al. Exercise-induced bronchospasm in children and adolescents with allergic rhinitis by treadmill and hyperventilation challenges. *Respiratory Medicine*. 138, 102-106. 2018.

FONTAN, F. C. S. et al. Avaliação da qualidade de vida e fatores associados em crianças e adolescentes asmáticos atendidos em ambulatório especializado. *Rev. Pau. Pediatr.*, [S.l.], v. 38, p. 1-8, dez. 2020.

FONT-RIBERA, L. et al. Indoor swimming pool attendance and respiratory and dermal health in schoolchildren - HITEA Catalonia. *Respir Med.*, v. 108, n. 7, p. 1056-1059, 2014.

FRANÇA-PINTO, A. et al. Aerobic training decreases bronchial hyperresponsiveness and systemic inflammation in patients with moderate or severe asthma: a randomised controlled trial. *Thorax*, v. 70, n. 8, p. 732-739, 2015.

GINA 2020 - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Disponível em: <https://bit.ly/33utL3m>. Acesso em 20/Abr/2021

KOCK, K. et al. Qualidade de vida em adolescentes com broncoespasmo induzido pelo esforço. *R. Min. Educ. Fis.* v. 22, n. 82 2, p. 82-99. 2014.

LAGE, B. et al. Avaliação do controle da asma em crianças e adolescentes do Programa Respirar da cidade de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. *Rev Med São Paulo*. 96(3): 165-71. 2017.

MATSUNAGA, N. et al. Evaluation of quality of life according to asthma control and asthma severity in children and adolescents. *J Bras Pneumol*. 41(6):502-508. 2015.

PARSONS, J. et al. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Exercise-induced Bronchoconstriction. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. Vol 187, Iss. 9, pp 1016–1027. 2013.

PELLEGRINO, R. et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J*. 26(5). 948–68. 2005.

ROXO, J. et al. Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil. *J Bras Pneumol*. 36(2), 159-166. 2010.

SARRIA, E. et al. Versão brasileira do Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire: validação de campo. *J Bras Pneumol*. 36(4), 417-424. 2010.

SCALA, C. et al. Adaptação e validação do Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ-A) em crianças e adolescentes brasileiros com asma. *Jornal de Pediatria*. Vol. 81, Nº1. 2005.

SPRUIT, M. A. et al. An official American thoracic society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*., v. 188, p. 14-64, 2013.

WANROOIJ, V. H. M. et al. Exercise training in children with asthma: a systematic review. *Br J Sport Med*., v. 48, n. 13, p. 1024–1031, 2014.



METOTREXATO COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA REAÇÕES HANSÊNICAS DE DIFÍCIL CONTROLE: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NA CIDADE DO RECIFE

Autor: João Ricardo Arraes Oliveira¹; Coautora: Maria Luiza Florêncio Laranjeira²; Orientadora: Ângela Cristina Rapela Medeiros³

1,2,3 Faculdade de Ciências Médicas Universidade de Pernambuco - UPE
Programa: PIBIC-2021 da FACEPE

RESUMO

INTRODUÇÃO: Reação hansênica (RH) é uma complicação comum da hanseníase que pode requerer uso prolongado de corticoides (CTCs), submetendo os pacientes a efeitos adversos e comprometimento de qualidade de vida importantes. As alternativas terapêuticas disponíveis para RH são limitadas e, a despeito da gravidade e da refratariedade dessa patologia, tal temática persiste bastante negligenciada. Nesse contexto, o metotrexato (MTX) tem ganhado destaque em estudos recentes como uma possível alternativa terapêutica poupadora de CTCs em casos de RH de difícil controle. **OBJETIVO:** Descrever os casos de RH de difícil controle tratados com MTX em um centro de referência em Recife-PE. **METODOLOGIA:** Tratou-se de uma série de casos prospectiva. Foram selecionados para tratamento com MTX: pacientes que apresentavam RH resistente ao tratamento convencional; pacientes em uso crônico de CTCs, com dificuldade de suspensão das medicações e/ou com efeitos colaterais importantes. O esquema adotado incluiu MTX oral (10-20mg/sem) e, em casos refratários às dosagens iniciais, MTX injetável (25-50mg/sem). Os casos clínicos foram registrados através de anamnese e exame físico nas consultas ambulatoriais e registro fotográfico das lesões apresentadas.

RESULTADOS: Três pacientes em acompanhamento ambulatorial preencheram os critérios de gravidade de RH pré-estabelecidos e iniciaram teste terapêutico com MTX. Observou-se uma remissão prolongada (> 6 meses) dos surtos reacionais em dois dos pacientes conforme o aumento gradual das doses de MTX, particularmente para doses acima de >15mg/semana. Isso permitiu desmame significativo de CTCs no período do estudo, atingindo doses diárias de CTCs não toleradas previamente por tais pacientes. Contudo, um dos pacientes persistiu com lesões refratárias, a despeito da introdução do MTX injetável. **CONCLUSÕES:** A supressão significativa dos surtos reacionais observada em dois dos casos corrobora que o MTX seja uma opção terapêutica vantajosa a ser considerada para a RH de difícil controle. A severidade dos casos e a persistente refratariedade de um dos pacientes evidenciam a grande necessidade de estudos de investigação acerca de novas alternativas para o manejo de RHs.

Palavras chave: Metotrexato; Hanseníase; Reação Hansênica; Tratamento.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma enfermidade granulomatosa crônica associada à infecção pelo bacilo *Mycobacterium leprae*. Apesar de comumente caracterizada pelos seus acometimentos cutâneos e nervosos, a doença tem um espectro amplo de possíveis manifestações clínicas, muitas das quais podem originar sequelas (BRASIL, 2017). A despeito das variadas estratégias de combate à doença, a mesma persiste como um importante problema de saúde pública no Brasil e, entre 2014 e 2018, foram registrados 140.578 novos casos no país (BRASIL, 2020).

No curso clínico da hanseníase, sobretudo durante ou após o tratamento, complicações frequentemente apresentadas pelos pacientes são as reações hansênicas (RHs), as quais incidem em até 50% dos casos; essas consistem em estados inflamatórios agudos decorrentes de hipersensibilidade ao *Mycobacterium leprae*, resultando em um aumento significativo de citocinas pró-inflamatórias e imunocomplexos circulantes (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

Jopling (1970), baseando-se em diferenças clínicas e fisiopatológicas identificadas, dividiu as RHs em: reações do tipo I (RT1), que envolvem a imunidade celular, e reações do tipo II (RT2), que têm uma participação mais prevalente do componente imunológico humoral.

As RT1 comumente manifestam-se com reativação inflamatória de lesões dermatológicas prévias, surgimento de novas lesões, aumento de sensibilidade dos nervos à palpação e edema de extremidades (BRASIL, 2017). As RT2, em contrapartida, são afecções recidivantes que cursam com nódulos eritematosos e dolorosos na superfície extensora das extremidades, sintomas constitucionais e/ou acometimentos sistêmicos diversos (COSTA et al., 2018; MASTRANGELO et al., 2011).

O tratamento das RT1 geralmente é realizado com prednisona (1mg/kg/dia), enquanto as RT2 são tratadas com

talidomida (100-400mg/dia), associando-se a prednisona se presentes comprometimento de nervos periféricos/extracutâneo ou ulcerações extensas; em ambos os tipos de reação pode utilizar-se de antidepressivos tricíclicos, clorpromazina e carbamazepina para o manejo da dor neuropática (BRASIL, 2017).

Ressalta-se que as RHs podem apresentar-se resistentes ao tratamento e/ou recidivantes, requerendo uso prolongado e dosagens mais altas das medicações da terapia convencional; isso torna os pacientes mais susceptíveis aos frequentes efeitos adversos de tais drogas. Notavelmente, o uso prolongado dos corticoides pode predispor hiperglicemia, osteoporose, hipertensão e catarata (PEREZ-MOLINA et al., 2020).

O metotrexato (MTX) é um fármaco antimetabólito do folato, atuando através da inibição da síntese de DNA e da replicação celular; postula-se que essa droga exerça um efeito anti-inflamatório através da redução de citocinas pró-inflamatórias e aumento de adenosina e citocinas anti-inflamatórias (PEREZ-MOLINA et al., 2020). O MTX tem emergido recentemente na literatura como uma alternativa promissora no manejo das RHs de difícil controle; o esquema terapêutico com MTX (15 mg/semana, em média) tem se mostrado eficaz, induzindo melhora clínica na quase totalidade dos casos, possibilitando a redução de dosagem das medicações da terapia convencional e apresentando baixa incidência de efeitos colaterais (BARBOSA et al., 2021; HOSSAIN, 2013; HOSSAIN, 2016; NAGAR; KHARE; SENGAR, 2015; PEREZ-MOLINA et al., 2020).

A despeito dos excelentes resultados preliminares, ainda são escassas as pesquisas que avaliam o emprego do MTX no manejo de RHs de difícil controle. Considerando o fato de o MTX ser uma droga barata, segura e frequentemente utilizada em ambulatórios de dermatologia, torna-se essencial a realização

de estudos que ajudem a avaliar a mesma como uma possível alternativa terapêutica no manejo das RHs, sobretudo ao considerar-se a alta prevalência e gravidade dessas afecções em nosso meio, bem como os frequentes efeitos colaterais do tratamento convencional das mesmas.–

1 - OBJETIVOS

Geral

- Avaliar a resposta terapêutica ao uso de MTX em pacientes com RH de difícil controle atendidos no ambulatório de dermatologia infecciosa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).

Específicos

- Avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com RH de difícil controle selecionados para tratamento com MTX no ambulatório de dermatologia infecciosa do HUOC.
- Descrever a evolução dos casos de RH de difícil controle tratados com MTX no ambulatório de dermatologia infecciosa do HUOC.
- Verificar os desfechos clínicos da terapia com MTX em pacientes com RH de difícil controle atendidos no ambulatório de dermatologia infecciosa do HUOC.
- Avaliar os efeitos adversos da terapia com MTX em pacientes com RH de difícil controle atendidos no ambulatório de dermatologia infecciosa do HUOC.

2-METODOLOGIA

Desenho, local e período do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo, do tipo série de casos, que avaliou a utilização do MTX em pacientes com RH de difícil controle no Setor de Dermatologia do Ambulatório Geral do HUOC no período de agosto de 2021 a julho de 2022. Estudos e séries de casos constituem a primeira fonte de evidência para novas terapias clínicas ou cirúrgicas, utilizando formas inovadoras de abordagem de doenças e gerando hipóteses que poderão vir a ser testadas em outros desenhos de estudo (PARENTE; OLIVEIRA; CELESTE, 2009).

População e critérios de elegibilidade

Foram considerados para tratamento com MTX os pacientes diagnosticados com RH em seguimento no Setor de Dermatologia do Ambulatório Geral do HUOC no período de agosto de 2021 a julho de 2022. O Setor de Dermatologia do HUOC realiza um ambulatório específico de doenças infecciosas, onde são atendidos pacientes com suspeita diagnóstica de hanseníase e RH. Aqueles com diagnóstico clínico-epidemiológico de RH realizam baciloscopia e, quando necessário, biópsia para histopatológico.

A amostragem foi por conveniência, não-probabilística, tendo os pacientes participação voluntária no projeto.

- Critério de inclusão (definição de RH de difícil controle):
 - Pacientes com RH resistente ao tratamento convencional ou em uso crônico de corticoides e/ou talidomida para supressão de RH, com dificuldade de suspensão das medicações e/ou com efeitos colaterais importantes.
- Critérios de exclusão:
 - Incapacidade de responder aos questionários, por qualquer razão;
 - Contraindicação formal ao MTX;
 - Abandono do tratamento adotado para a RH;
 - Impossibilidade de acompanhamento contínuo.

Teste terapêutico

O MTX é disponível nos meios de administração oral (2,5mg/comprimido), intramuscular e subcutâneo (25 mg/ml – solução injetável de 20ml), usado em doses únicas semanais ou 3 doses com intervalo de 12 horas por semana (BRASIL, 2013).

Neste estudo, utilizamos preferencialmente baixas dosagens da droga. O MTX oral (7,5-20 mg/semana) foi adicionado ao esquema terapêutico dos pacientes selecionados; a prednisona e talidomidativeram suas dosagens reduzidas gradualmente a depender da resposta clínica. Em casos permanentemente refratários às dosagens iniciais, pôde-se optar pelo uso de MTX injetável SC (25-50mg/semana).

Antes de iniciar o tratamento com MTX, os pacientes realizaram anamnese/exame clínico e exames complementares (hemograma; sumário de urina; bioquímica do sangue e enzimas; sorologia para hepatites virais e HIV; Radiografia de tórax). Os pacientes em tratamento receberam acompanhamento clínico e laboratorial mensal. Os pacientes foram orientados a retornarem ao serviço com antecedência caso apresentassem sintomas atípicos após o início do tratamento com MTX ou piora das lesões de pele. Se identificados efeitos adversos importantes provavelmente associados ao MTX, a droga teria sua dosagem reduzida ou suspensa. Os pacientes utilizaram suplementação de ácido fólico (AF) 5mg-10mg/semana; sabe-se que suplementação com AF pode reduzir a incidência de efeitos adversos/toxicidade do MTX (HANNOODEE e MITTAL, 2021). Os pacientes foram orientados a, em caso de overdose acidental, se dirigirem para pronto atendimento de urgência.

Coleta de dados e variáveis do estudo

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista e exame dos pacientes durante as consultas dermatológicas, e pela análise dos prontuários disponíveis na instituição. Foi utilizado um formulário semi-estruturado elaborado pelos pesquisadores para a obtenção das informações sobre as variáveis de interesse do estudo.

Os pacientes foram identificados por: nome, número do prontuário, data do primeiro atendimento. Foram registrados: data de nascimento, cor, estado civil, ocupação, grau de instrução, naturalidade e procedência. Foram descritos o tempo e as características clínicas do quadro reacional, o diagnóstico (tipo de RH). Em relação aos antecedentes clínicos referentes à hanseníase, foram pesquisados: classificação baciloscópic, classificação clínica (dimorfa, lepromatosa/virchowiana ou tuberculóide) e esquema terapêutico adotado. Acerca do tratamento de RH, foram descritos: esquemas terapêuticos adotados (drogas, posologia, duração), resposta ao tratamento e efeitos adversos das medicações instituídas, se existentes.

O questionário contou com espaço específico para redação simplificada do histórico dos pacientes, bem como da evolução dos mesmos durante as consultas de acompanhamento. As lesões apresentadas pelos pacientes foram registradas por fotografia nas consultas de acompanhamento e serão utilizadas para melhor ilustração dos casos nas futuras exposições de resultados desta pesquisa em eventos e/ou artigos científicos.

A classificação da RH como RT1 (ou reação reversa) foi baseada nos seguintes sinais e sintomas: exacerbação inflamatória/ infiltração das lesões cutâneas prévias, surgimento de novas lesões cutâneas eritematosas ou hipocrômicas, espessamento de nervos periféricos, hiperestesia ou parestesia difusas e edema de pés, mãos ou face. Poderiam estar associados ou não a demais sinais e sintomas como febre, lesões vésico-bolhosas, ulcerações e hipersensibilidade palmo-plantar (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

A classificação da RH como RT2 ou eritema nodoso hansênico (ENH) foi baseada na presença de nódulos eritematosos dolorosos associados ou não a sinais e sintomas sistêmicos como adenomegalia, febre, astenia, mialgia, artralgia, artrite, irite e espessamento de nervos periféricos (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

A forma baciloscóptica da hanseníase foi definida conforme a classificação operacional da Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram considerados paucibacilares (PB) os pacientes que apresentaram 1 a 5 lesões, sem a presença de bacilos detectáveis no raspado intradérmico; foram considerados multibacilares (MB) os pacientes que apresentaram mais de 5 lesões cutâneas; ou acometimento neural; ou bacilos detectáveis no raspado intradérmico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Foi definido como tratamento alternativo para hanseníase aquele que não se enquadrou nos seguintes esquemas terapêuticos: dapsona e rifampicina por 6 meses para pacientes PB (PQT-PB infantil e PQT-PB adulto); e clofazimina, dapsona e rifampicina por 12 meses para pacientes MB (PQT-MB infantil e PQT-MB adulto) (BRASIL, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Processamento dos dados

Para análise e processamento dos dados, foi utilizado o programa IBM® SPSS® versão 26.0.

Considerações Éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE e registrado sob o CAAE: 45602421.5.0000.5192. Todos os pacientes foram esclarecidos verbalmente acerca do propósito, benefícios e potenciais riscos da pesquisa, bem como foram solicitados a lerem e assinarem o TCLE, caso optassem pela participação na mesma. Foi preservado o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012)

3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período do estudo, três pacientes adequaram-se aos critérios seletivos do projeto e concordaram com a participação na pesquisa. Os antecedentes, dados clínicos e evolução de cada caso serão descritos a seguir.

CASO 1

Epidemiologia e Antecedentes Clínicos

Paciente feminina, 48 anos, branca, casada, do lar, ensino médio completo, natural de Recife-PE e procedente de Abreu e Lima - PE. Paciente com histórico de diagnóstico de Hanseníase Virchowiana (MHV) em 2016, índice baciloscóptico (IB) inicial de 4,25; tratada com PQT-MB convencional (término: outubro de 2018; tratamento por 2 anos). Acompanhada no HUOC desde 2017 devido a quadros de ENH recidivante, com dificuldade de desmame da corticoterapia e talidomida.

Tratamento com MTX

No início do período do estudo, a paciente seguia em uso de Talidomida 100mg/dia e Prednisona 15mg/dia; durante tentativa de desmame da corticoterapia, com redução da dose de prednisona para 12,5mg/dia, paciente retornou com piora do quadro reacional. Ao exame: nódulos discretamente eritematosos e dolorosos em MMSS (Figuras 1A e 1B) e nódulo ulcerado/crostoso em membro inferior esquerdo (Figura 2). Optou-se por aumentar prednisona para 15mg/dia, talidomida para 200mg/dia e, após realização dos exames laboratoriais, associou-se MTX 10mg/semana + ácido fólico (AF) 5mg/semana.

FIGURA 1

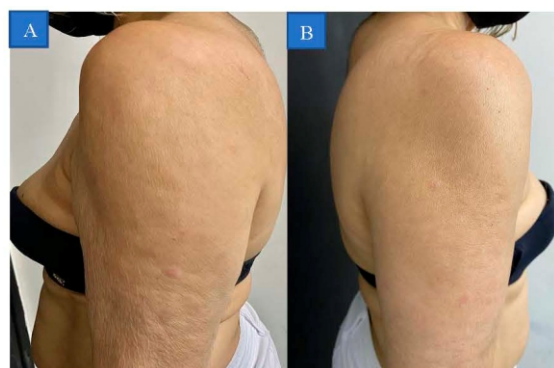


FIGURA 2



Nos 3 meses subsequentes, a paciente evoluiu com persistência do quadro, havendo surgimento de queixa de parestesia em mãos e pés, febre e novos nódulos eritematosos; no decurso do tratamento, foi necessário aumento gradual das dosagens do esquema até atingir-se: prednisona 20mg/dia, MTX 15mg/semana + AF 10mg/semana (dose aumentada devido a relato de sintomas gastrointestinais) e talidomida 200mg/dia. Também foi associada amitriptilina 50mg/dia durante o quadro reacional.

Após 1 mês do último ajuste das dosagens, paciente retornou com resolução das lesões e sintomas, sendo optado por iniciar desmame da corticoterapia. Mantido o MTX 15mg/semana + AF 10mg/sem e a talidomida 200mg/dia e reduzida a prednisona para 15mg/dia.

Após 1 mês, paciente retornou com novas lesões: máculas eritematosas infiltradas em face lateral de joelho esquerdo (Figura 3) associadas a nódulos subcutâneos à palpação; perceberam-se também discretas regiões de eritema e infiltração cutânea em membros superiores e, principalmente, em tórax anterior (Figura 4), sendo optada pela realização de biópsia dessa região para avaliar recidiva de MHV. Optou-se pelo aumento da dose de MTX para 20mg/semana (demais medicações com dosagens mantidas).

FIGURA 3



FIGURA 4



Paciente retornou com 1 mês apresentando nódulos eritematosos e edema importante de MIE (Figuras 5A e 5B). Optado pelo aumento da prednisona para 40mg/dia e solicitado USG Doppler Venoso de MIE. Resgatado resultado do histopatológico de fragmento de pele do tórax: dermatite perianexial e perivascular discreta; pesquisa com Ziehl-Neelsen negativa para bacilos; alterações inespecíficas, não podendo caracterizar hanseníase ou RH.

FIGURA 5



Com 2 semanas, paciente retornou com melhora importante do quadro, mas ainda apresentava nódulos dolorosos em MIE.

Resgatado laudo de USG Doppler venoso de MIE: sem sinais de TVP. Reduzida a dose de prednisona para 30mg/dia e mantido acompanhamento de perto com a paciente.

Nos meses subsequentes, todas as novas tentativas de desmame foram frustradas pela exacerbação das lesões nodulares e agravamento do quadro, havendo surgimento de queixa de parestesia e artralgia em MMII e MMSS. Hemograma de controle (março de 2022) revelou discreta macrocitose (VCM: 101); dosagem de vitamina B9 e B12 normais; os resultados do hemograma posteriores evidenciaram valores limítrofes de VCM, sem demais alterações de hematimetria ou citopenias.

Paciente iniciou MTX 25mg/semana injetável (SC) em maio de 2022, que na ocasião, era associado prednisona 40mg e talidomida 100mg. A paciente segue em acompanhamento clínico e laboratorial de perto a nível ambulatorial; ao final do período do estudo, as lesões de ENH apresentavam-se refratárias ao tratamento.

CASO 2

Epidemiologia e Antecedentes Clínicos

Paciente feminina, 29 anos, parda, solteira, agricultora, ensino fundamental incompleto, natural e procedente de Chã Grande-PE. Teve diagnóstico de MHV em 2014, tratada com PQT-MB tradicional até 2015. Em 2018, foi necessário retratamento, optando-se por PQT-Alternativa (Rifampicina + Clofazima + Ofloxacino) por 24 meses. Paciente apresenta surtos de ENH de repetição desde 2015, com dificuldade de desmame de corticoides. Apresentou complicações da corticoterapia de longa data: osteoporose em coluna lombar e fêmur, fratura patológica lombar em 2019, sobrepeso e Síndrome de Cushing iatrogênica. Paciente em seguimento no Ambulatório de Dermatologia do HUOC desde 2020; também segue em acompanhamento com a Clínica Médica do serviço para manejo das complicações da corticoterapia de longa data.

Tratamento com MTX

Ao início do estudo, apresentava-se em uso de tratamento convencional de RT2, com esquema de prednisona 40mg/dia + talidomida 100mg/dia; optou-se por realizar exames laboratoriais e início de esquema com MTX 5mg + AF 5mg/semana e, após 2 semanas, aumento para MTX 10mg/semana + AF, concomitante a desmame da corticoterapia.

Um mês após redução da prednisona para 35mg/dia, paciente retornou com relato de novas lesões cutâneas entre as consultas, o que a fez aumentar a dose de prednisona para 50mg/dia por conta própria. Ao exame, não haviam lesões de RH ativas perceptíveis; optou-se por aumentar a dose do MTX para 15mg/semana + AF 5mg/semana, realizar desmame da prednisona (45mg/dia e, após 15 dias, reduzir para 40mg/dia) e manter talidomida 100mg/dia.

Durante os 3 meses subsequentes, o desmame gradual entre as consultas permitiu a redução de dosagem da prednisona para até 27,5 mg/dia e a suspensão da talidomida; contudo, após último ajuste das doses, a paciente retornou com relato de surgimento de nódulos eritematosos em membros, as quais a paciente referiu melhorarem aumentando a dosagem da prednisona para 60mg/dia por conta própria. Diante disso, optou-se por reintroduzir a talidomida 100mg/dia e ajustar a dose de prednisona para 50mg/dia. Em consulta posterior, com relato de ausência de novas lesões dermatológicas, a dosagem do MTX foi aumentada para 20mg/semana e a da talidomida para 200mg/dia, tentando-se novo desmame da corticoterapia; o mesmo foi novamente frustrado pelo relato de piora das lesões de ENH na consulta seguinte. Paciente encontrava-se em uso de MTX VO 20mg/semana + AF 5mg/semana, prednisona 60 mg/dia e talidomida 200mg/dia.

Em março de 2022, introduziu-se o MTX 25mg/semana injetável; optado por desmame progressivo da corticoterapia nos meses subsequentes. Paciente negou novas lesões compatíveis com ENH desde então. Atualmente em uso de Prednisona 25mg/dia + Talidomida 100mg/dia + MTX 25mg/sem.

CASO 3

Epidemiologia e Antecedentes Clínicos

Paciente masculino, 15 anos, estudante, ensino fundamental incompleto, negro, natural e procedente de Recife-PE. Teve diagnóstico de MHV em 2017, aos 11 anos, iniciando tratamento com PQT-MB Infantil. Paciente iniciou retratamento em abril de 2019 com PQT-MB adulto. Houve necessidade, posteriormente, de alterar este esquema para PQT-MB alternativo devido à reação de hipersensibilidade à dapsona (reação de sulfona). Genitora do paciente refere boa adesão ao tratamento, com períodos pequenos de descontinuidade devido à dificuldade de aquisição das medicações.

O paciente foi encaminhado ao HUOC em maio de 2018, quando apresentou quadro de nódulos cutâneos eritematosos associados a febre e queda do estado geral. Quadro clínico compatível com ENH, sendo iniciado esquema com Talidomida e Prednisona. Desde então o paciente apresenta surtos recidivantes severos de ENH. Necessitou de dois internamentos no serviço devido a quadros de eritema nodoso necrotizante, com febre, queda do estado geral e vômitos. Paciente tem acometimento neural da RH, com déficit sensitivo em região plantar de pé esquerdo. Paciente com dificuldade de desmame da corticoterapia; apresenta efeitos colaterais do tratamento como: obesidade, Síndrome de Cushing iatrogênica, baixa densidade mineral óssea para a idade (Z-Escore de -3.3 em Densitometria óssea). Segue em acompanhamento com a Clínica Médica do serviço para manejo das complicações da corticoterapia de longa data.

Tratamento com MTX

Ao início deste estudo, o paciente encontrava-se em uso de Talidomida 100mg/dia + prednisona 40mg e esquema PQT-MB alternativo; tinha queixas de parestesias persistentes em MIE, e apresentou piora do teste de sensibilidade após tentativa de desmame da prednisona para 35mg/dia; optado por realização de exames laboratoriais para início de MTX, mantimento da prednisona em 40mg/dia e acompanhamento com a neuropediatria do serviço.

Foi introduzido MTX 5mg/semana + AF 5mg/semana, com dosagem do MTX posteriormente aumentada para MTX 7,5mg/semana, e realizado desmame gradual da corticoterapia e talidomida. Atingiu-se eventualmente a dosagem de prednisona 20mg/dia e talidomida 50mg/dia. Após redução para as dosagens supracitadas, paciente retornou com queixa de dor em pé direito. Ao exame, apresentava nódulo doloroso em dorso de pé direito e lesão nódulo-bolhosa em perna direita. Optado por aumentar prednisona para 40mg/dia, MTX para 10mg/semana + AF 5mg/semana, manter a talidomida 50mg/dia e prescrever sintomáticos para a dor.

Paciente retornou após 4 semanas com cefaleia bitemporal, febre, vômitos, epistaxe com secreção purulenta e pústulas em MMII e face; optou-se por aumentar a talidomida para 100mg/dia, introduzir Amoxicilina + Clavulanato e encaminhamento de emergência para otorrinolaringologista. Houve posterior necessidade de internação no HUOC devido a agravamento do quadro, com surgimento de nódulos em pavilhão auricular (Figuras 5A e 5B), pústulas em membros inferiores e superiores (Figuras 6Ae 6B) e lesões crostosas/ulcerativas disseminadas (Figuras 7A-C). O quadro foi

diagnosticado como surto de ENH necrotizante. A etiologia da epistaxe foi associada a lesões de ENH em cavidade nasal.

FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7



Paciente recebeu alta hospitalar após melhora do quadro, em uso de Talidomida 200mg/dia, prednisona 60mg/dia e MTX 10mg/semana + AF 5mg/semana. Esquema de tratamento da Hanseníase modificado para PQT-MB resistente - Rifampicina + Claritromicina + Moxifloxacino + Minociclina, tendo em a possibilidade de resistência ao tratamento, já que o paciente ainda apresentava lepromas.

Paciente apresentou queixa de parestesias em mãos e pés e referiu surgimento de "bolha" em membro inferior, no primeiro mês pós-alta; porém, nas consultas subsequentes, houve evolução favorável, com ausência de relato de novas lesões e resolução da queixa de parestesia, optando-se por redução gradual das dosagens do esquema terapêutico convencional da RT2, concomitante a aumento de dosagem do MTX, com acompanhamento de perto com o paciente. Paciente atingiu um período de > 6 meses sem lesões cutâneas ativas de ENH, e com melhora no déficit de sensibilidade plantar (afetada com estensimetria), a despeito do desmame progressivo da corticoterapia. Paciente conseguiu desmamar a prednisona até 15mg/dia, associada a Talidomida 100mg/dia e MTX 20mg/semana.

Em maio de 2022, o paciente retornou ao serviço com congestão nasal importante, associada a episódios de epistaxe, febre não aferida, cefaleia, vômitos e queda do estado geral, sem nódulos subcutâneos. Encaminhado ao Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do HUOC, diante da suspeita de recidiva do ENH. Ao internamento, pensou-se na possibilidade diagnóstica de insuficiência adrenal, aumentando a dose de prednisona para 20mg/dia, com boa resposta; durante o 3º dia de internamento, surgiram novos nódulos subcutâneos eritematosos (Figuras 8A e 8B), sendo firmado o diagnóstico de recidiva do ENH; optou-se por ajustar Talidomida para 200mg/dia e Prednisona para 40mg/dia. Paciente evoluiu com melhora dos sintomas, apresentando apenas discreta congestão nasal, optando-se por alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.

FIGURA 8



DISCUSSÃO

Aspectos clínicos e epidemiológicos

Em relação aos antecedentes clínicos relacionados à hanseníase, todos os pacientes classificados como portadores de RH de difícil controle tinham diagnóstico de hanseníase MB na forma clínica Lepromatosa (Virchowiana). Tal achado foi esperado, uma vez que as RH sabidamente tendem a incidir em quadros de Hanseníase MB, com alguns estudos apontando uma maior frequência em pacientes com a forma lepromatosa (QUEIROZ et al., 2015; SILVA; LOPES; COSTA, 2019)

Ademais, em relação ao tipo de RH, todos os pacientes selecionados apresentavam RT2, o que também está em concordância com o que foi antecipado para o projeto, uma vez que as RT2 podem ser afecções mais graves e recidivantes (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010). São habitualmente os casos de RH referenciados para serviços de maior complexidade a partir da Atenção Básica.

Em relação aos aspectos epidemiológicos, apenas destacamos aqui a idade do paciente 3 (iniciou o quadro de RH aos 11 anos), que difere da faixa etária usualmente encontrada em pacientes diagnosticados com RH; estudos tendem a indicar uma maior incidência dos quadros de RH na faixa etária economicamente ativa (GUERRA et al., 2004; PUTINATTI; LASTORIA; PADOVANI, 2014; SILVA, LOPES, COSTA, 2019).

Tratamento com Metotrexato

Coletivamente, constatou-se que, a despeito da presença de recidivas em todos os casos apresentados no decurso do período de estudo, obteve-se uma supressão notavelmente mais prolongada dos surtos reacionais nos casos 2 e 3 após introdução do MTX, especialmente conforme o aumento da dosagem para >15-25mg/semana, atingindo-se um desmame significativo da corticoterapia em ambos os pacientes; isso corrobora que o MTX pode ter benefício como adjuvante no tratamento de RHs

como agente poupador de corticoides, conforme descrito na literatura (PEREZ-MOLINA et al., 2020). A paciente 2 atingiu a dosagem de MTX oral 20mg/semana e optou-se pela mudança do esquema para MTX SC. Devido à experiência do uso de MTX no tratamento de psoríase, sabe-se que a aplicação injetável de MTX reduz efeitos adversos gastrointestinais e aumenta a biodisponibilidade da droga, sendo bem indicada ao optar-se pelo uso de dosagens mais altas e/ou na ausência de resposta terapêutica com suspeita de baixa absorção intestinal por via oral (BRASIL, 2013). Durante a última metade do estudo (ano de 2022), a paciente 2 não apresentou relatos de lesões compatíveis com ENH, a despeito do desmame da corticoterapia, sugerindo uma boa resposta ao MTX.

A resposta ao tratamento observada na paciente 1 durante o estudo mostrou-se insatisfatória, a despeito da introdução de MTX injetável, evidenciando a particular gravidade de alguns quadros de ENH. De fato, sabe-se que as opções terapêuticas preconizadas para o manejo dessa condição não são eficazes para todos os casos (COSTA et al., 2018).

O paciente 3 evoluiu de maneira bastante favorável após o agravamento do ENH no início do estudo. O paciente apresentou-se bem controlado em relação ao acometimento cutâneo e teve um desmame da corticoterapia particularmente bem-sucedido, chegando a atingir as doses de corticoides diárias mais baixas desde o início do acompanhamento ambulatorial do paciente em maio de 2018. Após considerável período de remissão (>6 meses), contudo, o paciente apresentou nova exacerbação do quadro.

Postula-se que os períodos de puberdade e menopausa (e as grandes alterações hormonais características desses) possam atuar como predisponentes para RHs com maior nível de recidivância e gravidade (SANTINO et al., 2019). É possível que isso esteja associado à particular gravidade dos casos 1 e

3 deste estudo, uma vez que os pacientes se encontram dentro da faixa etária da perimenopausa e puberdade, respectivamente.

Quanto aos efeitos adversos do tratamento, não foram encontradas alterações clínicas ou laboratoriais significativas que justificassem a interrupção ou modificação do esquema terapêutico, tais como citopenias, elevação de transaminases e reações de hipersensibilidade; isso está em concordância com os achados de estudos similares (PÉREZ-MOLINA et al., 2019).

A paciente 1 relatou episódio de náuseas em consulta de acompanhamento após início do esquema terapêutico com MTX, o que poderia corresponder a um efeito adverso da droga; os efeitos adversos gastrointestinais, tais como náuseas, vômitos e anorexia, são os mais frequentemente observados em pacientes em uso de MTX (HANNOODEE e MITTAL, 2021). Devido ao caráter pontual da queixa, conforme descrito pela paciente, optou-se por apenas aumentar a dose de AF e prescrição de sintomáticos. A paciente negou a persistência da queixa em consultas subsequentes.

Quanto à avaliação laboratorial dos pacientes, o hemograma de controle da paciente 1, no decurso do tratamento com MTX, revelou macrocitose discreta, porém com demais parâmetros hematimétricos, hematócrito e hemoglobinometria dentro da normalidade. A macrocitose sem anemia é uma alteração muito frequente em pacientes em uso de doses habituais de MTX utilizadas na dermatologia (ATAÍDE et al., 2003). A paciente segue em acompanhamento laboratorial mensal, onde vem mantendo valores de VCM limítrofes.

1 CONCLUSÕES

O presente trabalho demonstra o alto nível de recidivância e severidade de certos casos de RH, a despeito do prolongamento do tratamento e da utilização de altas dosagens da terapia

convencional preconizada. Além das sequelas dermatoneurológicas que podem ser oriundas dessas condições clínicas, os pacientes em tratamento encontram-se permanentemente susceptíveis aos efeitos colaterais da corticoterapia crônica, impactando a qualidade de vida dos mesmos de forma importante. Sob esse viés, é evidente a grande relevância da busca por novas alternativas terapêuticas no manejo de RhS.

Neste estudo, foi observado que, com o tratamento com MTX, atingiu-se em dois pacientes uma remissão prolongada das lesões dermatológicas, concomitante ao desmame da terapia convencional, sugerindo que a droga pode ter uma boa eficácia como agente poupador de corticoides; ademais, não foram evidenciados efeitos colaterais que justificassem a interrupção ou modificação do tratamento.

Os resultados sugerem que o MTX pode ser uma opção viável e segura como adjuvante no arsenal terapêutico de manejo das RhS de difícil controle. Estudos posteriores são necessários para conclusões mais concretas sobre a eficácia do MTX no manejo de RhS e quais pacientes mais podem se beneficiar com esse tratamento.–

2 DIFICULDADES ENCONTRADAS

O longo tempo de doença apresentado pelos pacientes dificultou a coleta de informações mais específicas em relação à história clínica anterior ao encaminhamento para o serviço de dermatologia do HUOC.

O fato de, em algumas situações, as lesões reacionais terem remitido antes do retorno dos pacientes para o serviço do HUOC impossibilitou a descrição mais detalhada e registro fotográfico das alterações dermatológicas apresentadas.–

3 ATIVIDADES PARALELAS DESENVOLVIDAS PELO BOLSISTA

- Atual integrante do projeto de extensão Movimento Integrado pelo Resgate da Consciência Ambiental e em Saúde (MIRCAS), vinculado à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade de Pernambuco (PROEC-UPE).

- Foi um dos organizadores e autores do livro “Impactos da COVID-19 no contexto das ciências da saúde: desafios, avanços e perspectivas futuras”, publicado pela Arco Editores.–

4 BIBLIOGRAFIA

ATAÍDE, D.S.T. et al. Ulceração das placas psoriáticas - efeito cutâneo adverso do metotrexato em altas doses no tratamento da psoríase: relato de três casos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, [S.l.], v.78, n.6, p.749-753, dez. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000600011>. Acesso em: 22 de julho de 2022.

BARBOSA, M.R. et al. USO DE METOTREXATO NO CONTROLE DO ERITEMA NODOSO HANSÊNICO: RELATO DE UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PROMISSORA. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, [S.l.], v.5, n.S1, p. 206, jan. 2021. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-uso-de-metotrexato-no-controle-articulo-S1413867020306164>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ampliação da indicação do metotrexato injetável para o tratamento da psoríase. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 7p. Disponível

em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/Metotrexato-Psoríase-final.pdf>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Infecções Crônicas e de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 52 p. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-hanseníase-2020>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Guia Prático Sobre a Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 70 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseníase.pdf. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

COSTA, P.S.S. et al. Erythema Nodosum Leprosum: Update and Challenges on the Treatment of a Neglected Condition. *Acta Tropica*, [S.l.], v. 183, p.134-141, jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29474830/>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

GUERRA J.G. et al. Avaliação de série de casos de eritema nodoso hansênico: perfil clínico, base imunológica e tratamento instituído nos serviços de saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, [S.l.], v.37, n. 5, p. 384-390, set-out 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zgFfD5mLsqXrJtJpTtvt7vl/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

HANNOODEE, M; MITTAL, M. Methotrexate. *StatPearls*, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556114/>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

HOSSAIN, D. Management of chronic neuritis with a combination regimen of lower doses prednisolone and methotrexate: a brief report; *Leprosy Review*, Colchester, v.87, n.1; p.118-121. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27255067/>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

HOSSAIN, D. Using methotrexate to treat patients with ENL unresponsive to steroids and clofazimine: a report on 9 patients. *Leprosy Review*, Colchester, n.84, v.1, p.105-112, mar. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23741889/>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

JOPLING, W.H. Reactions in leprosy. *Leprosy Review*, Londres, v.41, n.1, p.62-63, jan. 1970. Disponível em: <http://leprev.ils.br/sumario.php?ano=1970&volume=v41n1#menu2>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

MASTRANGELO, G. et al. Leprosy reactions: the effect of gender and household contacts. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 106, n. 1, p. 92-96, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mioc/a/7QfCfhTcPvPfhT693sGmPjS/?lang=en>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022. NAGAR, R.; KHARE, S.; SENGHAR, S.S. Effectiveness of Methotrexate in prednisolone and thalidomide resistant cases of Type 2 lepra reaction: report on three cases. *Leprosy Review*, v.86, n.4, p.379-382. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26964434/>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

PARENTE, R.C.M.; OLIVEIRA, M.A.P.; CELESTE, R.K. Erros metodológicos mais comuns encontrados em artigos dos tipos relatos e séries de casos. *Femina*, [S.l.], v.37, n.6, p.293-297, jun.2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233741708_Erros_metodologicos_mais_comuns_encontrados_em_artigos_dos_tipos_relatos_e_serie_de_casos. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

PEREZ-MOLINA, J.A., et al. Use of methotrexate for leprosy reactions. Experience of a referral center and systematic review of the literature. *Travel Medicine and Infectious Disease*, [S.l.], v. 37, n.101670, set-out. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302727/>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

PUTINATTI, M.S.M.A.; LASTORIA, J.C.; PADOVANI, C.R. Prevention of repeated episodes of type 2 reaction of leprosy with the use of thalidomide 100 mg/day. *Anais Brasileiros De Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 266-272, mar. 2014. Disponível em: 10.1590/abd1806-4841.20142037. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

QUEIROZ T.A. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S.l.], v.36, n. spe, p. 185-191, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57405>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

SANTINO, M.F.F. et al. Reação hanseniásica 8 anos após terapêutica. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, [S.l.], v.77, n.4, p.357-362, dez. 2019. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/1097>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

SILVA, K.R.; LOPES, W.M.P.R.; COSTA, J.J. Perfil clínico e epidemiológico de reações hansênicas. *Revista de Enfermagem da UFPI*, [S.l.], v.8, n.3, p.48-54, jul-set. 2019. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/8141/pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

TEIXEIRA, M; SILVEIRA, V.M.; FRANCA, E.R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista de Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 43, n. 3, p. 287-292, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/GsxZ3LjH56rHPZqrXSQSCXS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for South-East Asia. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. New Delhi: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274127/9789290226383-eng.pdf>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2022.

Seja um associado AMB

Junte-se a quem já luta por você!

A Associação Médica Brasileira trabalha pela
valorização e defesa dos médicos do Brasil

Benefícios exclusivos:

- ✓ Vantagens em compras e serviços
- ✓ Assessoria Jurídica e Previdenciária
- ✓ Planos de Saúde
- ✓ Marketplace com mais de 50 lojas
- ✓ Automóveis Premium
- ✓ Computadores e acessórios de informática



Consulte a AMPE e
saiba como se associar.

NOVA



Associação Médica Brasileira

**EVOLUINDO
SEMPRE**

SÉRIE FUNDADORES

da medicina pernambucana



Parceria entre a Associação Médica de Pernambuco (AMPE) e o Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM)

Antonio Peregrino Maciel Monteiro

Por Antonio Medeiros Peregrino
da Silva.

Texto adaptado do discurso proferido na medalha Maciel Monteiro 2022 pelo Dr. Antônio Medeiros Peregrino da Silva, Psiquiatra e integrante da Comissão de Divulgação & Comunicação do IPHM



Antonio Peregrino Maciel Monteiro nasceu no Recife há exatos 219 anos; mais especificamente no dia 30 de abril de 1804 em uma clássica moradia de fachada azulejada, no bairro do Poço da Panela.

Seus pais, Dr. Manuel Francisco Maciel Monteiro e Dona Manuela Lins de Melo, descendiam de ricos e cultos portugueses possuidores de brasões e de fidalguia. Maciel Monteiro foi, assim, um menino bem-nascido no sentido de que vinha à luz em família com muito boas condições socioeconomicoculturais.

A propósito, averiguando os sobrenomes dos pais - Maciel Monteiro e Lins de Melo - o Peregrino que se segue ao prenome Antonio, não parece então representar um sobrenome propriamente dito, mas nos indica que o nosso personagem possuía um nome composto: Antonio Peregrino. Tratava-se, portanto, de Antonio Peregrino, nome ao qual se acresce o sobrenome - apenas paterno - Maciel Monteiro.

O jovem cresceu em sua família socialmente bem-posta e iniciou seus estudos preparatórios em educandário na cidade de Olinda.

É importante reportar que, desde cedo, o menino Maciel Monteiro era descrito como de boa educação, de peculiar gentileza para com todos, de palavra fluente, de voz mansa e sempre com muito estilo e correção. Mas era ao mesmo tempo um jovem alegre, brincalhão, de muitos amigos e, como estudante, era esperto, inventivo e até algo irreverente o que fez com que chegasse a alguns dias de prisão na escola, logo revogada pelo seu comportamento de extroversão e simpatia. Talvez fosse mais inteligente do que um aplicado estudante.

Em 1818, com apenas 14 anos, foi nomeado "Alfere de Honras" pelo então governador Luís do Rego.

Em 1823, com 19 anos, rumou para a França ingressando na Universidade de Paris. Naquela Academia obteve três graduações: em 1824, o grau de Bacharel em

Letras; em 1826, Bacharel em Ciências e, finalmente, em 1829, doutorou-se em Medicina apresentando tese sobre inflamação das meninges como trabalho de conclusão do curso.

Foi no mesmo ano em que se tornou médico - 1829 - que Monteiro retornou ao Recife. Já era, então, um homem feito com 25 anos de idade.

Voltou com as mesmas características de boa praça, de extroversão, de muitos amigos, sendo acrescidos agora novos atributos plasmados nos seis anos de estada na Europa.

Apesar de tão admirada aptidão poética, Maciel Monteiro nunca publicou os seus versos em livro. Alguns são encontrados em publicações secundárias como no “Dicionário Biográfico de Pernambucanos Célebres” (de Francisco Augusto Pereira da Costa), nas “Biografias de Alguns Pernambucanos Ilustres” (de Antonio Joaquim de Mello) ou na “Antologia das Antologias: 101 poetas brasileiros revisitados” (de Magaly Trindade, Zélia Aquino e Zina Bellodi Silva).

Maciel Monteiro casou-se, no Recife, aos 28 anos de idade, três anos após seu retorno à cidade. A esposa foi uma jovem pernambucana de nome Ana Martins, porém as bodas não duraram muito tempo e da união não houve descendência; aliás, ele nunca teve filhos. Após a separação, jamais voltou a se casar mantendo sua condição de homem livre e de assiduidade às festas, à noite, à sociedade. É relatado que encantava a todos com sua elegância e polidez.

Do ponto de vista profissional, desde que retornou ao Recife abriu consultório e também inaugurou uma carreira paralela de jornalista e político.

Foi redator do jornal “O Carranca” onde publicava artigos de oposição ao religioso e também político e jornalista Miguel do Sacramento Lopes Gama, denominado de Padre Carapuiceiro.

Também foi redator e colaborador dos jornais “O Lidador” (do Partido Republicano) e “A União” (órgão do Partido conservador).

Em 1833, com 29 anos, tornou-se vereador da Câmara Municipal e também foi diretor do Teatro Público. No mesmo ano, Maciel Monteiro, foi eleito deputado provincial e um ano mais tarde (1834) tornou-se deputado geral.

Foi ainda ministro dos negócios estrangeiros entre 1837 e 1839 e nos 5 anos seguintes (de 1839 a 1844) foi diretor da Faculdade de Direito de Olinda.

Foi nomeado membro do Conselho do Imperador em julho de 1841 e diretor geral da Instrução Pública em Pernambuco em 1852.

Mas sempre manteve sua atuação como clínico tanto em seu consultório privado quanto em consultorias e comissões médicas para controle de epidemias como foi

o caso da Febre Amarela aportada no Recife pela embarcação francesa de nome “Alcyon” em 1849.

Maciel Monteiro foi sócio fundador da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi com essa experiência que resolveu fundar uma sociedade de médicos em Pernambuco. Para isso reuniu no Convento do Carmo todos os médicos que clinicavam na cidade do Recife e assim criou, em 4 de abril de 1841 a Sociedade de Medicina de Pernambuco, hoje nossa Associação Médica de Pernambuco - AMPE - que tanto honra a medicina pernambucana e nacional. Dr. Antonio Peregrino Maciel Monteiro, há 182 anos, foi nosso primeiro presidente eleito, na época, por aclamação.

Em 1853, aos 49 anos de idade, abandonou a política local e foi para Portugal como enviado extraordinário e ministro plenipotenciário do Brasil. Sua excelente atuação diplomática naquele país lhe valeu o título de 2º Barão de Itamaracá. Seu tio, Tomás Antonio Maciel Monteiro havido sido o 1º Barão de Itamaracá, título nobiliárquico criado por D. Pedro II por decreto de 1843.

Maciel Monteiro continuou trabalhando em Lisboa, trabalhando a serviço do Brasil e naquela cidade faleceu em 5 de janeiro de 1868 aos 63 anos. A causa de sua morte não ficou registrada.

No dia 28 de janeiro de 1868, 23 dias após o falecimento, a notícia da morte de Maciel Monteiro foi registrada na primeira página do Diário de Pernambuco com a seguinte nota: *“faleceu no dia 5 em Lisboa e sepultou-se no dia 8 do corrente, no cemitério dos Prazeres, o nosso enviado extraordinário e ministro plenipotenciário junto à Corte das Necessidades, o Emo. Sr. Barão de Itamaracá, conselheiro Antonio Peregrino Maciel Monteiro. O ilustre finado e distinto brasileiro fazia-se notar não só pelas suas eminentes qualidades pessoais como também pela sua vasta inteligência que o colocou entre os mais ilustres literatos e médicos hábeis do país bem como no número de seus estadistas distintos... Foi sepultado com pompa e grandeza”*.

No Diário de São Paulo da mesma época é referido que *“o carro funerário era precedido de um coche com coroa coberta de preto e quatro coches de três parelhas, conduzindo os eclesiásticos. Seguia-se um coche da casa real conduzindo o pároco. O coche funerário era da casa real e ia rodeado de criados do paço com brandões acesos e dois estribeiros... toda a tropa de guarnição da capital e três baterias de artilharia prestaram as últimas honras ao finado, salvando também um navio de guerra”*.

Em 1870 os restos mortais de Maciel Monteiro foram trasladados para Pernambuco e sepultados no Mausoléu que a Câmara Municipal do Recife erigiu no cemitério do Senhor Bom Jesus da Redenção, em Santo Amaro.

Maciel Monteiro é o patrono da Cadeira de número 27 da Academia Nacional de Medicina.

MED
CINE
AMPE

REALIZAÇÃO
AMPE
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO



Em parceria
com a Sociedade
Pernambucana
de infectologia

apoio:
MAG
SEGUROS



Reginaldo Gonçalves



Filipe Prohaska

AMPE e Sociedade Pernambucana de Infectologia fazem a primeira edição do MED-CINE

Na noite de 16/03, aconteceu a primeira edição do MedCine, onde temas de saúde levantados por séries ou filmes em geral são abordados com especialistas. A Sociedade Pernambucana de Infectologia foi uma das parceiras no evento.

A série "The Last Of Us" com o tema de um apocalipse provocado por fungo, foi a condução para que os Drs. Filipe Prohaska, Chefe da triagem de Doenças infecciosas do HUOC, responsável pelo Ambulatório de Micologia, e Reginaldo Gonçalves de Lima Neto, professor do Centro de Ciências Médicas da UFPE. Mestre e Doutor em Biologia de Fungos pela UFPE com período sanduíche na Universidade do Minho, Portugal, pudessem trazer a situação atual das doenças e ameaças à saúde pública.

Contextos históricos, sociais e principalmente ambientais, são peças chaves para entender a gravidade do que está se criando com a negligência dos órgãos públicos, tanto na demora e formas obsoletas do diagnóstico e tratamento, como também a fundamental prevenção junto a população.

Em Pernambuco há vários ambientes onde certos fungos são mais disseminados, como a Paracoccidioidomicose na zona canavieira, Cryptococcus na região dos eucaliptos, esporotricose nos gatos (região urbana), e coccidiose em aves (regiões migratórias). A identificação e adequação do tratamento regionalizado ajudaria a tornar mais eficientes a batalha contra esses tipos.

O evento teve também o apoio da MAG Seguros.



em números

AMB e FMUSP apresentaram o mais completo estudo sobre a realidade dos médicos no país

Fonte: AMB

A Associação Médica Brasileira (AMB) realizou no dia 08 de fevereiro em parceria com a Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), uma coletiva de imprensa em sua sede, em São Paulo, para lançar a nova edição da Demografia Médica no Brasil (DMB). O levantamento é o mais completo já realizado sobre a realidade dos médicos em todo o país.

“A nova edição da Demografia surge em um momento em que a assistência médica brasileira precisa de aprimoramentos e traz análises críticas de alguns pontos que não estavam presentes em edições anteriores. Nos dedicamos muito a esse trabalho para compilar dados importantes e de qualidade a nível nacional, e agradeço a contribuição e desempenho de cada um dos parceiros que contribuíram para que esse estudo se tornasse realidade”, disse o Presidente da AMB, César Fernandes, em seu discurso de abertura na coletiva.

A DMB 2023 foi formulada a partir de três eixos principais: estudos demográficos da população médica, estudos sobre formação e profissão médica e inquéritos sobre Residência Médica e trabalho médico no Brasil.

“Essa nova edição nos traz um modelo robusto da oferta de médicos no país até 2035 e demais indicadores de saúde que podem e devem ser utilizados para planejar, regular e projetar políticas pública de saúde, uma vez que facilitam o entendimento das necessidades da população brasileira. Infelizmente, o que marca esses dados é a desigualdade entre a saúde pública e privada, portanto é evidente a necessidade de adequação da medicina para garantir assistência a todos os brasileiros”, explicou o Coordenador da DMB 2023, Mário Scheffer, durante sua apresentação do estudo à plateia.

“Para nós que somos gestores é muito importante



Fotos:AMB

conhecer o perfil da população com a qual estamos trabalhando, principalmente da área médica. O número de médicos nos próximos dez anos vai praticamente dobrar e a discussão que precisaremos ter é de como vamos distribuir adequadamente esses médicos para que eles possam prestar serviços de relevância à sociedade”, alegou o Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, Eleuses Paiva.

“Gostaria de parabenizar a AMB pela parceria nesse trabalho que foi muito bem desenvolvido. São dados muito importantes que mostram quantos médicos somos, onde estamos, especialidades e demais apontamentos importantes para toda a comunidade médica no geral”, enalteceu Nelson da Cruz, professor da FMUSP.

Além da AMB, a produção da Demografia Médica no Brasil 2023 também contou com apoio da Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), FFM (Fundação Faculdade de Medicina), OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e Ministério da Saúde.



César Fernandes, Presidente da AMB

Baixe a publicação pelo QRCode
ao lado ou pelo link:

<https://tinyurl.com/3dwxfr7>





AMPE

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO

MAUITO ALÉM DAS LIVES

AMPE TO DATE

As quintas-feiras tornaram-se os dias de atualizações da AMPE. Através de lives de 1h, objetivas, linguagem acessível e interação com o público.

Prepare-se para as oportunidades que o mundo midiático lhe reserva através de nosso workshop. O médico se sentirá mais seguro ao entender como funciona as redes sociais, como melhor se posicionar nas entrevistas para rádio, descobrir as melhores formas de abordar os temas em uma entrevista para a tv, e erros que se deve fugir ao se comunicar com seu público.

WORKSHOP



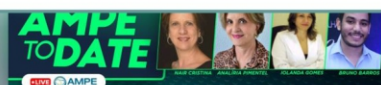
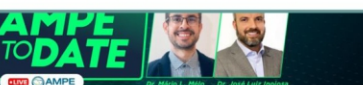
WEBINAR ESPECIALIDADES

Temas marcantes da medicina abordados em nossos webinars mensais em parceria com as sociedades de especialidades.

Conteúdos do AmpeToDate, Workshops, Histórias da medicina, entre outros assuntos para você ouvir quando e onde quiser.



Acompanhe as novidades assistindo pelo nosso canal do youtube e ouvindo nossos podcasts pelo Spotify





Guia Oficial da Associação Médica de Pernambuco



**DISPONÍVEL
NO SITE E APP**



+ 10.000
profissionais
cadastrados


Presente no
Brasil em
85 cidades

Agendamento
integrado ao
WhatsApp

**Anuncie com
a MEDGUIAS e
conquiste
pacientes
particulares!**



OBTER NO
 **Google Play**

Disponível na
 **App Store**

