

primeiro e o segundo TC6 foi -6,5 m, o desvio padrão das diferenças (DPdiff) foi 34,9 m e o DPdiff/média foi 5,9%. Não foi observado efeito de treinamento no segundo TC6. No segundo teste, 1 (3,2%) dos pacientes aumentou a distância percorrida mais de 54 m (diferença clínica significativa) e 3 (9,7%) dos pacientes diminuíram mais do que isso. Em contraste, a dessaturação de oxigênio foi menos reprodutível. A dessaturação de oxigênio no primeiro TC6 foi $2,5 \pm 4,5\%$ e no segundo TC6 foi $1,8 \pm 4,0\%$. A média das diferenças entre o primeiro e o segundo teste foi 0,6%, o DPdiff foi 2,3% e o DPdiff/média foi 107%. Na avaliação pelo método de Bland-Altman a média das diferenças entre a distância percorrida entre os dois TC6 foi -6,5 m e o intervalo de confiança de 95% para a concordância entre os dois testes ficou entre - 74,9 e 61,9 m. A média das diferenças para a dessaturação durante o TC6 foi 0,6% e o limite de concordância de 95% ficou entre - 3,9 e 5,2%. A avaliação da dispnéia por escore de Borg também foi reprodutível no segundo teste com um coeficiente de concordância (Kappa ponderado - Kw) de 0,79 ao início do teste e 0,71 no final do teste. Já a fadiga de membros inferiores avaliada pelo Borg foi menos reprodutível com um Kw de 0,34 no início do teste e 0,52 no final do teste. **Conclusão:** A distância caminhada durante o TC6 é reprodutível em pacientes com FC com 15 anos ou mais com mínimo efeito de treinamento. Em contraste, a dessaturação de oxigênio no TC6 foi associada com uma ampla variabilidade entre os testes. Este dado indica que, na avaliação de rotina dos pacientes com FC, a distância percorrida no TC6 é um instrumento confiável para avaliar a tolerância ao exercício.

PD065 INTOLERÂNCIA À GLICOSE EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA: ESTADO CLÍNICO, FUNÇÃO PULMONAR E CAPACIDADE DE EXERCÍCIO

PAULO DE TARSO DALCIN¹; BRUNA ZIEGLER²; PAULA MARIA EIDT ROVEDDER³; CLAUDINE LACERDA DE OLIVEIRA⁴; FERNANDO ANTÔNIO DE ABREU E SILVA⁵

1,2,3,5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; CAPACIDADE DE EXERCÍCIO; INTOLERÂNCIA À GLICOSE

Objetivos: Determinar a relação entre nível glicêmico e estado clínico (escore de Shwachman-Kulczycki), testes de função pulmonar e teste de caminhada de seis minutos (TC6) em pacientes com fibrose cística (FC). **Métodos:** Estudo transversal e prospectivo em pacientes com FC (10 anos ou mais) com estabilidade clínica da doença, atendidos em Programa Pediátrico e em Programa para Adultos com FC. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, à avaliação nutricional, a teste oral de tolerância à glicose (TOTG), a testes de função pulmonar e a TC6. Os pacientes foram classificados como tendo tolerância normal à glicose (TNG), intolerância à glicose (IG) ou diabetes melito relacionado à FC (DMRFC). **Resultados:** O estudo incluiu 82 pacientes (41 femininos e 41 masculinos) com média de idade de $19,9 \pm 7,3$ anos. Foram identificados 57 pacientes com TGN, 13 com IG e 12 com DMRFC. Houve associação significativa entre a classificação de tolerância à glicose e o escore clínico de S-K ($p = 0,043$), insuficiência pancreática ($p = 0,022$), infecção bacteriana por *Staphylococcus aureus* ($p = 0,001$), saturação periférica de oxigênio (SpO₂) em repouso ($p = 0,011$), SpO₂ no final do TC6 ($p = 0,003$) e com a diferença entre a SpO₂ no início e no final do TC6 (DSpO₂) ($p = 0,007$). Não houve associação significativa entre o nível glicêmico e a idade ($p = 0,242$), gênero ($p = 0,172$), índice de massa corporal ($p = 0,606$), classificação nutricional ($p = 0,378$), infecção por *Pseudomonas aeruginosa* ($p = 0,081$) e *Burkholderia cepacia* ($p = 0,178$), distância percorrida no TC6 ($p = 0,716$), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) % previsto ($p = 0,212$), capacidade vital forçada (CVF) % previsto ($p = 0,638$), pressão inspiratória máxima (PImáx) % previsto ($p = 0,630$) e pressão expiratória máxima (PEmáx) % previsto ($p = 0,155$). A análise das correlações mostrou que o nível de glicemia correlacionou-se significativamente com a SpO₂ em repouso ($r = -0,29$; $p = 0,011$), SpO₂ no final do TC6 ($r = -0,23$; $p = 0,045$), VEF1 % previsto ($r = -0,26$; $p = 0,030$), VEF1/CVF% ($r = -0,32$; $p = 0,007$) e escore clínico de S-K ($r = -0,25$; $p = 0,028$) e não foi significativamente correlacionado com PImáx % previsto ($r = -0,14$; $p = 0,251$), PEmáx % previsto ($r = -0,08$; $p = 0,506$), CVF % previsto ($r = -0,16$; $p = 0,193$), distância percorrida no TC6 ($r = -0,06$; $p = 0,604$) e dessaturação no TC6 ($r = 0,17$; $p = 0,134$). **Conclusão:** Este trabalho demonstrou que, em pacientes com FC, o grau da intolerância à glicose correlacionou-se com pior escore clínico e com pior função pulmonar. A intolerância à glicose não se

correlacionou com a distância percorrida no TC6, mas os pacientes com IG tiveram maior dessaturação durante o exercício. Além disso, a intolerância à glicose foi fortemente associada à insuficiência pancreática.

PD066 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIAS EM PRODUTORES DE CARVÃO VEGETAL EM TRÊS MUNICÍPIOS GAÚCHOS PAULO ZIMERMANN¹; RAFAEL MACHADO DE SOUZA²; FABIANA MICHELSEN ANDRADE³

1.CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE E PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3.CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SINTOMAS RESPIRATÓRIOS DE TRABALHADORES; EXPOSIÇÃO A FUMAÇA; CARVÃO VEGETAL

Introdução: No Brasil, o carvão vegetal é produzido em uma escala primária de carbonização, dispondo de um mecanismo rudimentar muito dependente da mão-de-obra humana. A produção de carvão vegetal, através da queima de biomassa, expõe os trabalhadores a gases tóxicos, que são lançados pela fumaça oriunda dos fornos acesos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de sintomas respiratórios e a função pulmonar em trabalhadores de carvoarias na região sul do Brasil, nos municípios de Ivoti, Presidente Lucena e Lindolfo Collor. **Materiais e Métodos:** Foram avaliadas 45 propriedades, que incluíam a produção em 126 fornos, totalizando 67 trabalhadores expostos. Foi aplicado um questionário estruturado para a identificação dos sintomas respiratórios, hábito tabágico e para a análise funcional pulmonar foi utilizado espirômetro da marca Micro Lab. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS 10.0, observando a significância de $P < 0,05$. **Resultados:** Do total de expostos, 50 (75%) eram homens e 17 (25%) mulheres, com idade média de $46,52 \pm 13,25$ anos, IMC médio de $25,7 \pm 3,85$ kg/m², média do VEF1 $3,24 \pm 0,82$ L/s ($93,2 \pm 16,0$ % previsto), CVF $4,02 \pm 0,92$ L/s ($95,5 \pm 14,3$ % previsto) e VEF1/ CVF $80,31 \pm 9,82$. Com relação aos sintomas respiratórios das vias aéreas superiores, 16% dos expostos apresentavam prurido nasal, 16% prurido ocular, 33% obstrução nasal, 36% espirros e 36% obstrução nasal. Na avaliação das vias aéreas inferiores 22% dos expostos apresentavam tosse, 7,5% tosse crônica, 7% chiado no peito, 23% expectoração, 10,4% expectoração crônica e 12% dispnéia. O hábito tabágico estava presente em 21 (31,3%) dos trabalhadores, principalmente nos homens (39,2% vs. 6,3%; $p = 0,014$). Os tabagistas expostos apresentaram mais tosse OR 5,00; $p = 0,01$, obstrução nasal OR 3,50; $p = 0,03$, prurido ocular OR 8,80; $p = 0,01$ e chiado no peito OR 10,0; $p = 0,03$. O grau de redução do fluxo aéreo foi maior nos tabagistas expostos, com média do VEF1 $2,93 \pm 0,80$ vs. $3,38 \pm 0,80$ L/s; $p = 0,04$. **Conclusões:** A prevalência dos sintomas respiratórios e a redução do fluxo aéreo foram maiores nos trabalhadores tabagistas quando comparados aos não tabagistas.

PD067 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: CASUÍSTICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SÉRGIO LINCOLN MATOS ARRUDA; PRISCILA CARVALHO MIRANDA; THIAGO PEDRO FREITAS ARAÚJO; CAMILA NAVES ABATH; JOÃO AUGUSTO DE LUNA; MARCOS AMORIM PIAUILINO; DENIZARD ALEXANDRE FERREIRA; PAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA
HOSPITAL SANTA LÚCIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; TEP; UTI

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma síndrome clínica resultante da oclusão da circulação arterial pulmonar por um ou mais êmbolos. No ocidente, sua incidência na população geral é estimada em 5/10.000 pacientes, com mortalidade quatro vezes maior quando o tratamento não é instituído¹. **OBJETIVO:** Descrever os dados clínico-epidemiológicos dos pacientes internados por TEP em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Material e Métodos:** De janeiro de 2006 a junho de 2008, 61 pacientes com diagnóstico de TEP foram admitidos na UTI do Hospital Santa Lúcia. O estudo é do tipo observacional e os dados foram coletados prospectivamente por meio de entrevista aos pacientes e familiares e consulta aos prontuários e exames complementares. **Resultados:** 61 pacientes foram analisados. A média de idade foi de $61,19 \pm 17,34$ anos (17-87), sendo 34 pacientes do sexo feminino (55,73%). A média do IMC foi de $29,80 \pm 8,32$ Kg/m² (18,97-63,26). Hipertensão arterial sistêmica foi o fator de risco de maior prevalência (40,98%), seguido por TEP / trombose venosa profunda prévios (31,15%), cirurgia recente (até 6 meses antes da admissão) (27,87%) e obesidade (27,87%). Em relação às manifestações clínicas, dispnéia foi a de maior prevalência (81,97% dos pacientes), seguida por dor torácica (52,46%) e tosse (34,43%). Em 18 pacientes