

Temas livres

Resumo dos temas livres Pneumo 2009 - Dia 2.

Sarcoidose pulmonar com comprometimento hepático sintomático.

Universidade Federal Fluminense – UFF.

Mello T; Corriça T; Ferreira A; Monteiro N; Rodrigues C; Castro MC; Arias I.

A sarcoidose é uma doença multissistêmica, de etiologia desconhecida. O envolvimento hepático ocorre de forma assintomática em 50% a 80% dos casos e em somente 10% a 20% deles há manifestações clínicas. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de sarcoidose com comprometimento hepático sintomático acompanhado na enfermaria de pneumologia do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Tratava-se de um paciente, masculino, 26 anos, negro, com dispnéia, tosse seca, febre, emagrecimento e icterícia. Exames complementares mostraram aumento de fosfatase alcalina, gama-GT, bilirrubina direta e transaminases. A radiografia de tórax revelou infiltrado intersticial reticulo-nodular predominando nos terços superiores. A TCAR de tórax evidenciou nódulos esparsos, áreas de vidro fosco intercaladas com aprisionamento aéreo e acúmulo de nódulos na superfície pleural e ao longo das cisuras. Biópsia transbrônquica e hepática revelaram granuloma não caseoso compatível com sarcoidose. O paciente fez uso de corticóide e de azatioprina e não obteve melhora laboratorial, embora tenha melhorado clinicamente.

Os autores ressaltam que a colestase relatada neste caso é indicadora de má resposta à corticoterapia e pior prognóstico, devendo o paciente ter seu acompanhamento mais rigoroso.

Massa mediastinal assintomática gigante: um raro caso de timolipoma.

Universidade Federal Fluminense – UFF.

Andrade F; Mourad O; Abrahao P; Carvalho A; Judice LF.

Timolipoma é uma rara neoplasia benigna do timo. Os autores apresentam o caso de um paciente do sexo masculino, 42 anos de idade com volumoso tumor mediastinal descoberto após realização de radiografia de tórax, devido a acidente motociclístico. Não apresentava queixas e ao exame físico não havia particu-

laridades. A tomografia computadorizada de tórax revelava massa de densidade de gordura entremeada por tecido com densidade de partes moles. O paciente foi levado à cirurgia, realizando-se uma esternotomia mediana com extensão para toracotomia anterolateral esquerda no quarto espaço intercostal, permitindo exérese completa do tumor. O diagnóstico histopatológico foi timolipoma.

Essa neoplasia geralmente atinge grandes dimensões à época do diagnóstico, sendo os ocasionais sintomas relacionados à compressão de estruturas adjacentes. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha e a única possibilidade de cura. A via aérea merece atenção especial durante a indução anestésica devido à possibilidade de compressão de traquéia e brônquios após relaxamento muscular.

Seminoma mediastinal.

Faculdade de Medicina de Campos.

Manhães JC; Drummond M; Portelli F; Carneiro V; Barbosa F.

Paciente masculino, 30 anos, deu entrada na emergência do Hospital Ferreira Machado, Campos do Goytações vítima de acidente motociclístico. Na avaliação radiológica foi observado alargamento mediastinal não relacionado ao trauma. Encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica, e então submetido a tomografia computadorizada de tórax que confirmou volumosa massa de mediastino anterior. Foram solicitados exames de Beta HCG, alfa feto proteína e LDH.

Realizada pleuroscopia com biópsia e enviado material para imunohistoquímica, confirmando Seminoma Mediastinal. Foram realizados tomografia abdominal sem lesão retroperitoneal e ultrassonografia de testículo sem lesão. Submeteu-se a quimioterapia com excelente resposta, posteriormente realizou Pet-scan que evidenciou captação em mediastino anterior, sendo então indicada abordagem cirúrgica. Foi realizado esternotomia com esvaziamento mediastinal não sendo encontrado tecido patológico na avaliação histopatológica.

Após um ano de cirurgia, foi submetido a nova Pet-scan sem evidenciar captação. Também foram realizados nova ultrassonografia de testículo e alfa feto proteína para

controle, as quais se demonstraram normais. Paciente evolui bem mantendo acompanhamento regular.

Neurofibroma isolado de mediastino com compressão esofágica - Relato de caso.

Faculdade de Medicina de Campos.

Manhães JC; Drummond M; Portelli F; Andrade N; Mesquita M.

Paciente, sexo feminino, 42 anos, procurou atendimento médico com queixa de dor recorrente em hipocôndrio direito e disfagia leve. Foi realizado ultrassom abdominal total que evidenciou litíase biliar e indicada colecistectomia eletiva. Na avaliação pré-operatória identificou-se, na radiografia de tórax, massa de contorno regular de aproximadamente cinco centímetros em topografia de mediastino. Foi encaminhada ao serviço de cirurgia torácica e solicitado tomografia computadorizada de tórax que confirmou a presença de massa em mediastino posterior sem evidência de invasão do canal medular. Rx contrastado de esôfago mostrou compressão do mesmo pela lesão. Indicado tratamento cirúrgico.

Realizada toracotomia póstero-lateral direita com abordagem da região mediastinal posterior com ressecção de lesão aderida à pleura parietal sendo feita ressecção da mesma pelo plano extrapleural. Não havia invasão esofagiana, apenas sinais de compressão. A paciente evoluiu bem com alta no quarto dia de pós-operatório. A peça cirúrgica foi encaminhada para exame histopatológico que foi compatível com neurofibroma.

O neurofibroma é um tumor benigno que se origina da bainha dos nervos periféricos, podendo ocorrer como parte da neurofibromatose tipo 1 (doença de Von Recklinghausen) ou, mais comumente como nódulo único ou múltiplo, bem delimitado ou com padrão mais infiltrativo em inúmeros sítios anatômicos. O tratamento do neurofibroma isolado reserva-se a remoção cirúrgica, apresentando risco de recorrência, ou transformação maligna desconhecidos, o que torna o seu prognóstico excelente.

Divertículo gigante de esôfago torácico devido a tuberculose residual.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Andrade dos Santos HT; Saito EH; Dias Jr M; Abril LT; Higa C; Nunes RA; Andrade AC; Balieiro MA; Araujo LR; Botino JRNA; Teixeira RL.

Paciente feminina, branca, 57 anos, iniciou quadro de disfagia há 2 anos, progressiva, inicialmente a alimentos sólidos e recentemente (8 meses) a alimentos líquidos, intercalando períodos de melhora. Em associação a este quadro a mesma apresentava náuseas, vômitos e perda ponderal 8kg. HPP - tuberculose pulmonar tra-

tada há 20 anos. Fazia uso de Omeprazol irregularmente. Exame físico - emagrecida, hipocorada (++)/4), halitose importante com adenomegalia cervical anterior. Exames complementares: EDA compatível com megaesôfago. Esofagografia compatível com divertículo de esôfago torácico superior de cerca de 10cm, de tração. O paciente foi submetido a toracotomia direita com ressecção de divertículo e esofagorrafia no dia 25 de março de 2009. Apresentou boa evolução pós-operatória, com alta no 10º dia de pós-operatório.

Abcesso cerebral por tuberculose - Relato de caso.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Bártholo TP, Pugliese JG, Lopes AJ, Araujo P, Costa CH, Albuquerque EMN, Nigri F, Capone D, Siqueira HR, Rufino R.

Introdução: A principal manifestação da tuberculose no sistema nervoso central é a meningite, mas o abscesso cerebral é uma entidade temida pela alta taxa de morbimortalidade.

Relato de caso: Mulher 36 anos com diagnóstico de lúpus (LES) e tuberculose miliar em uso de RIE devido a hepatotoxicidade ao esquema RIP foi internada para investigação de cefaléia e febre iniciada há uma semana associada a quadro de hemiparesia direita há cerca de 24 horas. Ao exame apresentava paresia central de 7º par e hemiparesia à direita e sinal de Babinski ipsilateral. Realizada TC de crânio que revelou lesão hipodensa em lobo frontal esquerdo com captação anelar de contraste e presença de edema perilesional. Mantido REI e iniciado tratamento de possível neurotoxoplasmose. Antes desta internação, a paciente apresentou artrite séptica em metacarpofalangiana de 4º quirodáctilo direito e infiltrado miliar por tuberculose. Durante a internação a paciente não apresentou melhora do quadro neurológico, apesar de resolução total pulmonar e articular. O esquema foi novamente modificado para Ofloxacina, Terizidona, Estreptomina e Rifampicina sem obtenção de melhora satisfatória necessitando de uso regular de corticóide. Foi submetida a biópsia cerebral com ressecção da lesão que revelou extenso processo inflamatório crônico granulomatoso com áreas de necrose e reação gigantocelular. Após retirada da lesão a paciente apresentou melhora importante do quadro com desmame do corticóide.

Discussão: Tuberculoma cerebral é uma manifestação incomum da tuberculose no SNC se apresentando com uma ou mais lesões expansivas e geralmente causa convulsão e/ou sinais focais. TC de crânio revela lesão com captação anelar de contraste, entretanto, a biópsia da lesão é necessária para estabelecer o diagnóstico. O relato descreve um caso que a despeito de um bacilo multisensível ter sido isolado nos diversos sítios culturados, a paciente só apresentou melhora clínica após retirada do tuberculoma cerebral.

Reação paradoxal - Relato de dois casos e discussão.

Barroso Pereira JC, Grijó A, Pereira RRM, Punto JHC.

Introdução: Reação paradoxal é caracterizada pela recidiva de manifestações clínicas de infecções já controladas em portadores de HIV, com imunodepressão avançada usando anti-retrovirais e tuberculostáticos. Acomete também pacientes imunocompetentes, usando tuberculostáticos.

Relato de Casos: Paciente portadora de SIDA usando anti-retroviral e tuberculostáticos e mesmo diante da confirmação da melhora clínica e laboratorial da doença de base (diminuição da carga viral e aumento da contagem de linfócitos T CD4) paciente evoluiu com dor lombar, irradiação da dor para membro inferior direito, parestesias e paralisia dos membros e TC de coluna lombar com destruição avançada de L3 e L4 (Mal de Pott). No outro caso, paciente imunocompetente em retratamento para tuberculose ocular que desenvolveu quadro de adenopatia cervical, inexistente antes, que regrediu com manutenção dos tuberculostáticos e anti-inflamatórios não esteroidais.

Discussão: Tuberculose e SIDA comprometem a imunidade celular, através da inibição da interação de linfócitos CD4 Th1 e da produção de fator alfa de necrose tumoral, que aumenta a replicação do HIV. Manifestações clínicas são: surgimento ou aumento de linfonodos, tuberculoma cerebral, permanência de febre, piora do raio X de tórax e reativação de outros focos, como na coluna. Diagnóstico da reação paradoxal baseado em: relação do tempo entre início da medicação ARV e tuberculostáticos (2 a 3 meses) e evidência clínica e laboratorial da melhora imunológica. Tratamento feito com anti-inflamatórios não esteroidais, corticóide, ARV, tuberculostáticos.

Conclusão: Reação paradoxal deve ser cogitada diante de qualquer deterioração clínica em paciente com terapia antiretroviral e tuberculostáticos, com melhora confirmada da doença de base. Estas terapias devem ser continuadas.

Proteinose alveolar.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.
Bártholo TP, Pugliese JG, Godinho M, Lopes AL, Leão A, Oliveira AV, Costa CH, Rufino R.

Introdução: A proteinose alveolar foi inicialmente descrita em 1958, com prevalência de 3,7 por milhão na população. A maioria dos pacientes é do sexo masculino e 72% tem história de tabagismo. Os pacientes apresentam acúmulo progressivo de lipoproteínas surfactantes no espaço alveolar. A doença possui três formas clínicas distintas: congênita, secundária e adquirida (idiopática). A forma idiopática é a mais comum e parece ser uma desordem auto-imune com a presença de anticorpos contra o GM-CSF impedindo

a função dos macrófagos alveolares.

Relato do caso: Homem de 30 anos foi internado para investigação no HUPE devido a febre e tosse seca. Relatava aparecimento desses sintomas há 1 mês sem melhora após internação em outro hospital quando foi prescrito Oxacilina + Ceftriaxone + Amicacina. Negava expectoração, dispnéia, hemoptise, perda ponderal e anorexia. Negava uso de álcool e tabagismo. Apresentava-se em bom estado geral, eupneico e afebril. Não havia alterações ao exame cardiovascular e do aparelho respiratório. Os exames laboratoriais foram normais - hemograma, função renal, eletrólitos e hepatograma. Sorologia para HIV negativa. Tomografia computadorizada, broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica foram realizadas e definiram o diagnóstico.

Discussão: A radiografia de tórax mostrou infiltrado predominante perihilar e a tomografia de tórax revelou o padrão em mosaico também conhecido como "crazy paving" (opacificações em vidro fosco com espessamento septal e interlobular). O lavado broncoalveolar apresentou aspecto leitoso e biópsia transbrônquica confirmou o diagnóstico. Como o paciente permaneceu assintomático, optou-se pelo acompanhamento clínico. Trata-se de um caso de proteinose alveolar provavelmente idiopática em um paciente assintomático.

Relato de Caso - Sequestro pulmonar intralobar.

Disciplinas de Cirurgia Torácica e Pneumologia e Tisiologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Hospital Universitário Pedro Ernesto.
Pugliese JG, Bártholo TP, Santos HTA, Siqueira HR, Lopes AJ, Costa CH, Kirk KM, Saito EH, Rufino R.

Introdução: As alterações congênitas do pulmão são raras, sendo as mais frequentes o enfisema lobar, cistos pulmonares, malformação adenomatosa cística e o sequestro pulmonar. O sequestro broncopulmonar é caracterizado por uma área de tecido pulmonar anormal e não funcional, a qual recebe suprimento sanguíneo por uma artéria sistêmica e sem conexão com a árvore traqueobrônquica.

Relato de caso: Homem, não tabagista de 56 anos, foi admitido com hemoptise. Referia início dos episódios de hemoptise há um mês quando procurou auxílio médico e foi medicado com antibióticos. Negava dispnéia, febre, emagrecimento e dor torácica. Relatava dois episódios de pneumonia aos 16 e aos 30 anos. Ao exame, apresentava-se em bom estado geral, afebril, hemodinamicamente estável. O exame do aparelho demonstrava síndrome de condensação no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo. O raio X de tórax demonstrava condensação no lobo inferior esquerdo no segmento posterior. A tomografia computadorizada de tórax com reconstrução demonstrava ramo da aorta em direção à

condensação pulmonar, compatível com o diagnóstico de sequestro pulmonar. O paciente foi encaminhado para cirurgia, tendo sido realizada a lobectomia inferior esquerda.

Discussão: Na investigação de sequestro pulmonar os exames de imagem têm dois objetivos principais. O primeiro é descartar a presença de outras patologias e o segundo é caracterizar a presença do suprimento arterial anômalo. A apresentação radiológica mais comum é de uma opacidade homogênea no segmento basal posterior do lobo inferior esquerdo, como visto neste caso. O sequestro pulmonar intralobar é uma doença rara e com excelentes resultados cirúrgicos.

Lobectomia pulmonar radical por cirurgia torácica vídeoassistida - Relato de caso.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.
Saito EH; Mathias Filho I; Diegues PH; Veras GP; Ferrari G; Balieiro MA; Dias Jr M; Teixeira LS; Lima RT; Santos HTA.

Paciente feminina, branca, 69 anos, ex-tabagista, teve achado radiológico durante exames de check-up de nódulo pulmonar em lobo inferior esquerdo, assintomática. A paciente não apresentava nenhuma comorbidade e o exame físico era normal. A tomografia de tórax revelou nódulo periférico de contornos irregulares localizado em lobo pulmonar inferior esquerdo sem adenomegalias. Exames de estadiamento não revelaram outras lesões. A espirometria era normal. A cirurgia foi realizada no dia 7 de maio de 2009 - lobectomia pulmonar radical inferior esquerda por cirurgia torácica vídeo-assistida com a utilização de 2 trocartes de 1cm e uma incisão complementar de 6cm sem a utilização de afastador de costelas (Finocheto). A paciente evoluiu bem com a retirada dos dois drenos torácicos no 2º dia de pós-operatório e alta no 5º dia de pós operatório. A utilização de analgésico (dipirona) foi feita apenas por 2 dias após a alta e a paciente não necessitou, deste então, de analgésicos.

Este caso reforça que a cirurgia minimamente invasiva pode trazer vantagens com relação ao melhor controle da dor.

DPOC e hemofilia adquirida - Relato de caso.

Hospital Servidores do Estado.
Guimarães RC; Bezerra CM; Moutinho A; Aderaldo A; Mascarenhas LF; Nader F; Silva JL; Subilhaga J.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é a doença de maior morbidade e mortalidade no mundo, sendo a 4º causa de mortalidade em geral.

A hemofilia adquirida é uma doença rara causada pelo surgimento de autoanticorpos contra os fatores da coagulação, mais frequentemente o fator VIII. A incidên-

cia no mundo é de 0,2 a 1 caso por 1 milhão de pessoas por ano nos EUA. É mais frequente na população idosa (60 a 67 anos), ocorrendo em todos os grupos raciais e em ambos os sexos. A mortalidade está estimada em 7,9% a 22%, relacionada à fenômenos hemorrágicos. A etiologia pode ser desconhecida ou associada a várias condições clínicas como gravidez, doenças autoimunes, doença inflamatória intestinal, distúrbios dermatológicos, doenças respiratórias (asma e DPOC), drogas (ex. penicilina e sulfa, diabetes, hepatite B).

Síndrome da cimitarra - Relato de caso.

Universidade Federal Fluminense – UFF.
Pessoa RS, Pessoa CLC, Judice A.

A síndrome da Cimitarra (SC) é anomalia vascular rara, onde o fluxo da veia pulmonar (VP) drena para veia cava inferior (VCI) ou átrio direito (AD), gerando shunt esquerda-direita, insuficiência cardíaca direita e hipertensão pulmonar. Ocorre em 1-3/100.000 de nascidos vivos, representando 0,5-1% das cardiopatias congênitas.

Os autores descrevem caso de paciente do sexo feminino, branca, 47 anos, natural de São Gonçalo. Há 5 anos iniciou leve cansaço aos grandes esforços com rara sibilância. Ao exame: lúcida, orientada, acianótica, anictérica, normocorada. AR: MVUA sem RA. ACV: RCR 2T, sem sopros ou extrassístoles.

Radiografia de tórax normal e espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta significativa ao broncodilatador, único parâmetro alterado foi o FEF 25 75%. TC de Tórax demonstrou lobo superior direito (LSD) reduzido e vaso anômalo com trajeto vertical envolvendo LSD e LID com desembocadura em AD. A angiotomografia de tórax demonstrou-se vaso anômalo venoso com trajeto vertical, envolvendo o LSD e LID desembocando no AD. Ecodoppler transesofágico: leve aumento do AD com drenagem anômala de VP direita na entrada do AD, acima e anterior ao deságüe da VCI.

O quadro clínico dos pacientes com SC depende do tamanho do shunt, da sobrecarga ventricular direita e das alterações de vias aéreas e vasos pulmonares. Alguns pacientes apresentam dispnéia, insuficiência respiratória ou cardíaca, outros apresentam pneumonias recorrentes, palpitações ou episódios de síncope. O diagnóstico da SC pode ser suspeitado com base em dados clínicos e pelo sinal da Cimitarra encontrado na radiografia de tórax. Exames de imagem como angiotomografia ou angioressonância de tórax confirmam facilmente o diagnóstico. O tratamento cirúrgico está indicado nos pacientes com sinais de insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar, infecções de repetição ou seqüestro pulmonar. No referido caso optou-se por conduta expectante e supervisão da pneumologia e cardiologia

Apresentações variáveis na asma - tosse variante de asma (TVA) e dor torácica variante de asma.

Barroso Pereira JC; Gerechet SA; Machado Pereira RR.

Sibilos, pressão torácica, dispnéia e tosse são sintomas clássicos de asma. Raramente, subgrupos de asmáticos possuem sintomas de tosse, dor torácica com ou sem cefaléia, predominantes ou isolados, chamados de formas variantes de asma, ou formas ocultas de asma. Entre esses, a tosse isolada é o mais freqüente. Na patogenia da tosse variante da asma (TVA) há menor grau de inflamação das vias aéreas, presença de eosinófilos em alvéolos e brônquios, níveis aumentados de IL4, IL5, IgE, espessamento sub-epitelial central e permeabilidade vascular exacerbada. A TVA apresenta tosse seca, noturna, sem sibilos com espirometria normal. Um diagnóstico consistente é baseado na atopia, suspeita clínica e teste de broncoprovocação positivo e o definitivo pelo desaparecimento da tosse, após terapia broncodilatadora. O diagnóstico diferencial da TVA é feito com outras causas de tosse crônica. Tratamento atual preconiza uso de broncodilatadores, corticóide inalatório e antileucotrienos. A TVA evolui para asma clássica em 25% a 45% dos casos. Outra forma variante de asma menos comum: dor torácica associada ou não à cefaléia, considerada um subconjunto distinto da TVA. São descritos relatos de casos clínicos de crianças e adultos atendidos na Urgência, com quadro de dor torácica aguda, constritiva, difusa, intensidade variável, com piora após esforço e tabagismo, sem qualquer relação com tosse e ou sibilos. Houve um relato de paciente com cefaléia associada, cujo diagnóstico foi dor torácica e cefaléia variantes de asma. É mister, para o diagnóstico de dor torácica variante de asma, afastar outras etiologias de dor torácica aguda. O diagnóstico definitivo obtido pela remissão da dor torácica, após uso de broncodilatadores. O tratamento atual emprega corticóides, antileucotrienos, e repouso.

Maiores esclarecimentos dessas situações incomuns, sub-diagnosticadas na asma são necessários, principalmente no que concerne à dor torácica variante de asma como diagnóstico diferencial da dor torácica na urgência.

Estadiamento mediastinal invasivo no câncer de pulmão não pequenas células.

Universidade Federal Fluminense – UFF.

Judice LF; Mourad O; Andrade F.

O tratamento do câncer de pulmão não pequenas células depende do estadiamento preciso da doença. Após a exclusão de metástases à distância, a avaliação dos linfonodos mediastinais é essencial para a distinção entre os pacientes que se beneficiarão do tratamento cirúrgico, de terapia neoadjuvante ou

do tratamento clínico oncológico. O estadiamento do mediastino deve ser realizado de forma objetiva, de acordo com a história clínica e resultados de exames não invasivos. Em pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão e extensa infiltração mediastinal, deve-se considerar o paciente portador de doença avançada, prescindindo de testes invasivos no mediastino. Em pacientes com aumento linfonodal mediastinal à tomografia computadorizada ou captação anormal à tomografia por emissão de pósitrons, há necessidade de confirmação histopatológica. Nesses casos vários métodos são disponíveis, sendo a mediastinoscopia o padrão ouro. Nos pacientes com neoplasia estágio II ou tumor central, testes invasivos para o mediastino são mandatórios. Mediastinoscopia geralmente é preferível devido às altas taxas de falso negativo utilizando-se técnicas de punção em linfonodos de tamanho normal. Tumores periféricos estágio I e com linfonodos de tamanho normal à tomografia computadorizada não necessitam avaliação adicional mediastinal, a não ser que haja captação anormal nessa topografia pelo tomografia por emissão de pósitrons scan. Os tumores do lobo superior esquerdo têm a particularidade de possuírem drenagem linfática preferencial para linfonodos da janela aorto-pulmonar, que devem ser avaliados segundo as indicações de estadiamento do paciente. Tumores do sulco superior necessitam sempre de estudo invasivo mediastinal pré-operatório.

A extensão universitária no enfrentamento das resistências ao controle do tabagismo.

Instituto Biomédico da Universidade Federal Fluminense.

Bragança LAR; Suzana TC; Menezes RM; Bragança FCR.

Introdução: Considerado doença pediátrica pela OMS, o tabagismo atinge 1/5 da população, aumenta a mortalidade do câncer de pulmão em 15 vezes e causa 200 mil óbitos por ano no Brasil. A cada dia, cerca de 100 mil jovens começam a fumar no mundo; 90% antes dos 19 anos. A idade média de iniciação é de 15 anos. Objetivos do Programa de Prevenção do Tabagismo (PPT) são: garantir motivação para a recusa do cigarro, formar um pensamento crítico que contribua para reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade.

Metodologia: formação de multiplicadores, realização de palestras interativas com estudantes de escolas públicas de Niterói (RJ), com apoio de recursos audiovisuais, promovendo um ambiente amistoso. O conteúdo abrange informações sobre substâncias tóxicas presentes no cigarro e seus efeitos sobre a saúde, riscos da exposição de não-fumantes, importância da recusa; equidade, intersetorialidade e integralidade nas ações; criação de parcerias para enfrentamen-

to das resistências ao controle do tabagismo; redução da aceitação social do tabagismo e dos estímulos à sua iniciação.

Resultados: têm sido animadores, notando-se grande repercussão junto a professores, funcionários, alunos e seus familiares, que procuraram ajuda para cessação de fumar e são encaminhados ao Programa de Estudos e Tratamento do Tabagismo (UFF). Mais de 1.500 adolescentes participaram das atividades. Observa-se a construção de um contexto favorável ao controle do tabagismo e um alerta para a exploração

da pobreza pela indústria do cigarro e os efeitos da propaganda sobre as crianças. Em sintonia com OMS, Ministério da Saúde e INCA, no escopo de proteger as gerações presentes e futuras, os autores consideram relevante que a universidade seja agente transformador de modelos positivos para uma sociedade livre do tabaco. Se um único jovem deixou de iniciar o consumo de cigarros e percebeu a sua importância para a recusa de outras drogas, pode-se afirmar que os objetivos foram alcançados.
