


 **Jornal do Médico**®

COVID-19 E O RETARDO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER

- 
- ▶ Sociedade Brasileira de Cardiologia
 - ▶ Pesquisa Científica Médica e a COVID19: Quais os nortes éticos?
 - ▶ Os desafios da saúde ocular Pós-Quarentena
 - ▶ Epidemiologia da COVID-19 no Ceará
 - ▶ COAPH SAÚDE é referência em atendimento e serviços médicos em Fortaleza



Levando saúde e bem-estar para os pacientes, **no conforto de seu domicílio** e na companhia de sua família.



Internação domiciliar



Assistência domiciliar



Procedimentos de medicamentos e vacinas



Assistência materna domiciliar



Procedimentos de enfermagem



Assistência em cuidado paliativos

DESCONTOS ESPECIAIS PARA MÉDICOS E SEUS FAMILIARES

SAIBA MAIS: 📞 (85) 3039-3030

www.coaph.com.br | homecare@coaph.com.br



MENSAGEM AO LEITOR

Nesta publicação, destacamos que o retardo no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer e os desafios no tratamento e reabilitação de pacientes COVID vêm marcando negativamente a pandemia e desafiando ainda mais médicos e profissionais de saúde para encontrarem meios para solucionar essas demandas.

Além de destacarmos esses temas, outros conteúdos exclusivos de renomados especialistas das áreas de medicina e saúde figuram na revista, a exemplo dos artigos sobre pesquisa médica e ética; reabilitação pulmonar em pacientes COVID, destaque para a COAPH Saúde; imunidade de rebanho; as problemáticas impactadas pela COVID-19 na saúde dos pacientes cardiovasculares; os desafios da saúde ocular pós-quarentena entre outros.

Profissionais da enfermagem também marcam sua participação

na nossa revista digital, a exemplo das enfermeiras Profa. Evanira Maia (UFCA), Eliane Fernandes, Profa. Dra. Maria Duarte (UECE), Profa. Dra. Thereza Moreira (UECE) que trazem artigo exclusivos e conceituais.

Vale ressaltar ainda as eleições médicas na Associação Médica Cearense, sem falar nos artigos dos nossos conselheiros Dr. José Flávio, Prof. Idelfonso Carvalho, Prof. Herculano Silva, Prof. Juvenal Linhares, Prof. José Maria Chaves, Acad. Dr. Marcelo Gurgel, Acad. Dra. Ana Margarida que enriquecem ainda mais a publicação.

Produzimos esta revista com muita dedicação e esperamos de coração que você goste! Para mais conteúdo e edições anteriores, acesse o nosso blog www.jornaldomedico.com.br e assine a Newsletter ou, se preferir, baixe gratuito o aplicativo Jornal do Médico na AppleStore ou GooglePlay.

Até o próximo número e boa experiência com nossos conteúdos! Cuide-se! #usemáscara !



Josemar ARGOLLO
CEO Jornal do Médico
Profissional de Marketing,
especialista em Comunicação e Mídias Digitais,
Membro Honorário da SOBRAMES/CE
atendimento@jornaldomedico.com.br
Skype: argollomarketing

FUNDADORES:
Jornalista Juvenal Menezes (DRT-CE 1947)
In Memoriam 1935-2017
e Sra. Nahimi Argollo de Menezes

CEO:
Josemar ARGOLLO
.....
Jornal do Médico® Digital, Ano I, N° 03/2020
[Julho] COVID-19 e as problemáticas na saúde
[Publicação Mensal]
Marca registrada junto ao INPI,
Instituto Nacional da Propriedade Industrial.
Josemar Argollo Ferreira de Menezes-ME
CNPJ: 24.780.958/0001-00.

REPÓRTER: Érika Grace

SOCIAL MEDIA: Jayne Kelvia

ASSESSORIA EDITORIAL:
Jor. Anatalice Rodrigues (DRT-CE 3548)

REVISÃO E COPY-DESK:
Profa. Márcia Linhares Rodrigues

CONSULTORIA EM ARTE/DIAGRAMAÇÃO:
Vailton Cruz

CONTRIBUIÇÃO FOTOGRÁFICA
Banco de Imagens COAPH, Jornal do Médico,
Pexels e FREEPIK

QUEREMOS SUAS SUGESTÕES
Sua opinião pode ser o nosso próximo
conteúdo.
atendimento@jornaldomedico.com.br

VISITE NOSSO BLOG
Para mais conteúdos de qualidade
ou edições anteriores, acesse agora:
www.jornaldomedico.com.br

PUBLICAÇÃO RECONHECIDA:

Câmara Municipal de Fortaleza
(Requerimento N° 2240/2014
Vereador Dr. Iraguassú Teixeira)

Assembleia Legislativa do Ceará
(Requerimento N° 860/2019
Deputado Dr. Guilherme Landim)

Academia Cearense de Medicina

Argollo
Marketing

CONTATOS:
Whats App: +55 85 996673827
atendimento@jornaldomedico.com.br
Skype: argollomarketing

O teor dos conteúdos publicados é de
responsabilidade dos autores, não exprimindo,
necessariamente, a opinião da publicação.

**Cópia integral ou parcial, somente com
autorização expressa da direção executiva.**



16 Problemáticas da Covid-19 que impactaram na saúde dos pacientes portadores de doenças cardiovasculares

06 COAPH Saúde é referência em atendimento e serviços médicos em Fortaleza

10 A COVID-19 e o retardo no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer: repercussão significativa na mortalidade

20 Desafios da recuperação dos pacientes COVID

26 REABILITAÇÃO Pulmonar em pacientes com COVID-19

32 Profa. Iracy Marques e a saúde PÓS-COVID

34 Humanização em Saúde na Pandemia

66

Pesquisa Científica Médica e a COVID19: Quais os nortes éticos?



36 Hipócrates ante o Altar de Hermes e Asclépio

40 Os desafios da saúde ocular Pós-Quarentena

44 atendimentos oftalmológicos e a retomada pós-quarentena

46 Retomada das atividades e o futebol cearense com a pandemia

48 Perspectivas de uma acadêmica de medicina em tempos de pandemia

52 Imunidade de rebanho na COVID-19

56 Tuberculose e COVID-19: A busca pela cura

60 A COVID-19 e a indústria da saúde no Brasil

72 O que o mastologista tem feito para ajudar na prevenção da COVID-19

76 Isolamento Social Lockdown na Pandemia

80 O "novo normal" para enfermeiros e docentes de enfermagem

84 A enfermagem em tempos de pandemia

86 Distanciamento social, medidas de prevenção e combate ao SARS-COV-2 para a preservação de vidas

88 Epidemiologia da COVID-19 no Ceará

90 Há males que...

92 Pandemia do amor

COAPH SAÚDE É REFERÊNCIA EM ATENDIMENTO E SERVIÇOS MÉDICOS EM FORTALEZA



Referência em atendimento e serviços de saúde, a COAPH Saúde (Cooperativa de Atendimento Pré e Hospitalar) conta com uma série de serviços que buscam agilidade, praticidade e cada vez mais segurança em serviços médicos em Fortaleza. Com reforço cada vez maior na sua equipe de cooperados, a COAPH Saúde vem prestando um trabalho de excelência por meio de um time especializado e capacitado de profissionais, além de uma gama de produtos de prevenção e tratamento a favor da saúde e do bem-estar.

A COAPH Saúde surgiu em 2009 com o objetivo de apoiar os profissionais relacionados ao atendimento pré-hospitalar. Dentre as atribuições oferecidas aos cooperados, destaca-se a legalidade jurídica para suas atividades, a valorização do profissional, por meio de programas de incentivo, e garantias estabelecidas por lei.

Conheça alguns dos serviços e produtos da COAPH Saúde:

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)

Com o objetivo de prestar serviços de urgência e emergência em ambientes fora dos hospitais, como domicílios, empresas e eventos, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) da COAPH Saúde tem se destacado no mercado de serviços de saúde. O APH tem

como objetivo resguardar e atender com velocidade acontecimentos e intercorrências em residências, condomínios e empresas.

O APH da COAPH prevê três tipos de atuações. Nas áreas protegidas, são realizados atendimentos emergenciais a pacientes que exerçam atividade laboral – ou que estejam em trânsito em estabelecimentos comerciais públicos e privados. O APH é feito no local e, caso seja necessária a remoção do paciente, ele pode ser encaminhado para o hospital de preferência. Há ainda a possibilidade de remoções inter-hospitalares. São feitas em situações nas quais o paciente precisa ser internado, receber alta hospitalar, ser transferido para outro hospital ou mesmo realizar exames complementares. O APH disponibiliza transporte em Unidades de Suporte Básico de Vida (Convencionais) ou em Unidades de Suporte Avançados (UTI Móveis). Este é um atendimento que comporta pacientes adultos, pediátricos e neonatais. E, por fim, na cobertura de eventos, o APH oferece uma infraestrutura completa para solenidades com presença de grande público. A frota é composta por unidades convencionais, UTIs Móveis e um posto médico avançado.

TESTES RÁPIDOS DE COVID-19

Em busca de detectar de forma mais rápida e prática pacientes com

covid-19, a COAPH Saúde conta com a disponibilização de teste rápido contra o coronavírus em Fortaleza.

Os testes, aprovados pela Anvisa, funcionam por meio da metodologia da imunocromatografia e tem eficácia de 99,3%.

“Com os testes rápidos, você aumenta o número de notificações e as pessoas conseguem se prevenir mais rápido. É um combate por meio da informação”, destaca Dra. Lara Santiago.

HOME CARE

Pensando em humanizar os tratamentos de doenças crônicas, a COAPH Saúde conta com serviço de Home Care (tratamento médico domiciliar). O programa consiste em dar continuidade ao tratamento hospitalar na residência do paciente quando não há mais necessidade de internação. O processo é feito a partir do trabalho de uma equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas - que acompanha o paciente, mantendo o nível de qualidade realizado no hospital. O Home Care reduz em até 10 % os custos de internação hospitalar, além de reduzir o tempo de internação.

“O atendimento na residência é bom para o paciente que passa a ter mais contato com a família e pode ter até uma recuperação mais rápida,

além de reduzir os riscos de infecção hospitalar. Para a família, o Home Care significa menos deslocamento e um acompanhamento mais próximo de alguém que ama”, destaca Dra. Lara Santiago, responsável técnica pelo Home Care da COAPH Saúde.

Segundo Dra. Lara, o Home Care também é um grande instrumento para desafogar hospitais. “O serviço domiciliar permite que haja nos hospitais uma maior rotatividade dos leitos, abrindo espaço para pacientes que realmente precisam da estrutura do hospital, como pessoas em UTIs ou que irão passar por cirurgias”, completa.

DELIVERY DE EQUIPAMENTOS

Referência em serviços de prevenção e combate à covid-19 e outras doenças, a COAPH Saúde conta com delivery de equipamentos médicos, como termômetros, medidores de pressão e oxímetros - todos com entrega em domicílio. Alguns destes equipamentos podem ajudar a identificar sintomas da covid-19 e são entregues higienizados, sem exposição de riscos.

Além disso, a COAPH Saúde conta com outros serviços fundamentais que vêm ajudando no combate ao coronavírus. Dentre eles, ambulâncias para remoção domiciliar em casos de emergências.

AUTOR: ASSESSORIA DE IMPRENSA, AMC

ELEIÇÕES DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA CEARENSE

Triênio 2020-2023

Ocorrerão entre os dias 21 e 31 de agosto de 2020 as eleições da Diretoria e Delegados para o triênio 2020/2023 da Associação Médica Cearense (AMC) e Associação Médica Brasileira (AMB).

O registro de candidatura das chapas para a Diretoria da AMC deverão ser realizadas da 18h de 20 de julho de 2020 até às 18h do dia 03 de agosto de 2020, através do e-mail: amc@amc.med.br ou WhatsApp (85)99640.1001, conforme detalha o edital das eleições que pode ser acessado no site da entidade (www.amc.med.br) e nas nossas mídias sociais.

Para a segurança e transparência com os nossos associados contaremos com o aparato da plataforma de votação eletrônica da ScytI empresa contratada pela AMB, que

é mundialmente reconhecida nesse segmento, pois conta com um sistema de segurança altamente robusto e transparente.

Todos os sócios efetivos da AMC podem exercer seu direito a voto desde que tenham feito sua filiação à Federada até dia 30/03/2020 e estejam em dia com suas contribuições até a data da eleição.

O link para acesso ao sistema de votação será disponibilizado em breve.



Edital de convocação para as Eleições da Associação Médica Cearense (AMC) e Associação Médica Brasileira (AMB), na forma do regimento eleitoral da AMB, vem dar ciência aos seus associados, convocando-os para votarem por via eletrônica, em site a ser divulgado posteriormente, dando início às **09 horas do dia 21 de agosto de 2020** e encerrando-se às **18:30 horas do dia 31 de agosto de 2020**, para as eleições da nova Diretoria da AMC e da AMB, triênio 2020-2023, facultando a apresentação das chapas para concorrer a AMC, mediante inscrição através do e-mail amc@amc.med.br ou WhatsApp (85) 99640.1001 das **18hs do dia 20 de julho até 03 de agosto de 2020**, observando-se as orientações estatutárias.

Fortaleza, 30 de junho de 2020.

Carmelo Silveira Carneiro Leão Filho – Presidente da Associação Médica Cearense.



AUTOR: CONSELHEIRO PROF. JUVENAL LINHARES

Prof. Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da UFC – Sobral, Pesquisador da Pós-graduação em Ciências da Saúde da UFC - Sobral. CREMEC 8140

[@juvenallinhares](#)

[/juvenallinhares](#)

juvenallinhares@gmail.com

A COVID-19 e o retardo no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer: *repercussão significativa na mortalidade*

Os tempos atuais têm sido desafiadores para pacientes com câncer e para aqueles que buscam um diagnóstico da doença. A pandemia da doença de coronavírus 2019 (COVID-19) desafiou a comunidade médica, incluindo as da área de oncologia, que sempre exigiram prioridade no diagnóstico e tratamento de pacientes.

Entre os pacientes com câncer, os que apresentaram maior risco de complicações em razão da infecção por coronavírus foram os portadores de câncer de pulmão, os que passaram por transplante de medula óssea ou que fizeram tratamento quimioterápico, assim como a idade avançada e a presença de comorbidades, muito comuns em pacientes oncológicos.

Uma análise, realizada na Inglaterra, estima que pelo menos 6270 mortes adicionais possam ocorrer nos próximos 12 meses em

pacientes com novos diagnósticos de câncer - um aumento de 20% - como resultado da pandemia de covid-19.

Esse número pode subir para um número estimado de 17.915 mortes adicionais se todas as pessoas que atualmente têm câncer forem consideradas, disse a pesquisa da University College London e Data-Can, um centro de pesquisa em dados de saúde para diagnóstico e tratamento do câncer.

Parte do excesso de mortes ocorrerá entre as pessoas com câncer que contraem a covid-19, enquanto outras ocorrerão porque o diagnóstico foi atrasado ou os tratamentos, como cirurgias, quimioterapias ou radioterapias atrasaram.

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra alertou as pessoas com sintomas de câncer para não hesitarem realizar suas avaliações periódicas, depois de constatar, ▶

 **Parceiro autorizado Embracon**


 **Jornal do Médico®**

PARCERIA EMBRACON

Realize seus sonhos com o Consórcio

- Segurança
- Taxas atrativas
- Benefícios exclusivos

Contato: Lídia Lisboa

 (085) 99709-7002 / 98823-8585

 lidialisboaconsorcios



Consórcio **Embracon**
POSSUI SONHOS NÃO TEM LIMITES

FREEPIK

através de entrevista com os usuários, que quase metade estava receoso em procurar atendimento durante a pandemia.

A análise, que utiliza dados dos registros de saúde de 3,8 milhões de pacientes na Inglaterra, estima-se que, antes da pandemia, cerca de 31.354 pacientes com câncer recém-diagnosticado morrerão dentro de um ano.

Os pesquisadores analisaram dados hospitalares semanais em tempo real de oito hospitais no Reino Unido e encontraram uma redução de 76% nos encaminhamentos de pessoas com suspeita de câncer e uma redução de 60% nas consultas de quimioterapia, em comparação, com os níveis pré-covid-19.

Em avaliação de dados publicamente disponíveis nos Estados Unidos, foi mostrado que 33.890 mortes adicionais poderão ocorrer em pacientes norte-americanos com câncer recém-diagnosticado nesse ano por conta do retardo no diagnóstico em consequência à pandemia do coronavírus.

No Brasil, a realidade é mais assustadora, desde o início da pandemia, segundo estimativas das Sociedades Brasileiras de Patologia e de Cirurgia Oncológica, mais de

50 mil brasileiros deixaram de ser diagnosticados com câncer. Já Sociedade Brasileira de Mastologia alerta para a queda de atendimentos em hospitais públicos do país das pacientes em tratamento da neoplasia mamária. Segundo levantamento realizado em centros hospitalares que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas principais capitais, a queda nos atendimentos de mulheres em tratamento, nos meses de março e abril esteve, em média, 75% abaixo, em comparação ao mesmo período do ano passado.

A pandemia de Covid-19 e a ausência de informações precisas sobre a propagação e ação do vírus levaram a um cenário de cancelamentos de procedimentos considerados não urgentes e à recusa de pacientes com outras doenças ou sintomas em procurar clínicas e hospitais por medo de contraírem o novo coronavírus.

O Instituto Oncoguia através de pesquisa com paciente com câncer mostrou que 43% dos pacientes afetados, responderam que o adiamento ou a interrupção dos tratamentos ou procedimentos foi decidido por clínicas e hospitais, unilateralmente, por necessidade de priorizar o atendimento a pacientes infectados pelo novo coronavírus; incertezas quanto ao risco de

propagação da Covid-19; falta de profissionais de saúde ou outros fatores associados à pandemia. Seis em cada dez dos pacientes oncológicos que responderam ao questionário e que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) declararam que seu tratamento sofreu impacto, contra 33% dos usuários de hospitais particulares.

Vários são os fatores que impactam nesses resultados: mudanças rápidas nos protocolos de diagnóstico e tratamento, medidas de distanciamento social, mudanças no comportamento das pessoas em procurar atendimento médico e o impacto econômico da covid-19, associado a mortes diretamente relacionadas à infecção pela covid-19.

Uma notícia bastante positiva foi anunciada em um estudo publicado na revista científica The Lancet em 28 de maio de 2020. A equipe do Projeto de Monitoramento de Coronavírus e Câncer do Reino Unido (UKCCMP), em relação à mortalidade por Covid-19 em pacientes portadoras de câncer durante a quimioterapia ou outros tratamentos antitumorais, afirma que não foram encontrados efeitos negativos significativos na mortalidade por doença Covid-19 em pacientes oncológicos que haviam se submetido recentemente à tratamento. O estudo publicado

foi realizado com 800 pacientes e observou que o risco de morte se associou apenas à idade avançada e presença de outras comorbidades, como hipertensão e doenças cardiovasculares.

Antes, suspeitava-se que indivíduos com câncer, particularmente aqueles que estão recebendo tratamentos quimioterápicos, possuíam um risco aumentado de morte por Covid-19, muito embora não houvesse estudos e análises representativos nesse sentido. Assim, o estudo da UKCCMP traz tranquilidade para os profissionais da oncologia e pacientes para que possam continuar realizando procedimentos e tratamentos durante este período de crise na saúde, evitando assim desdobramentos ainda mais dramáticos, que extrapolem os já tão penosos efeitos dessa pandemia. É necessário e urgente adaptar os serviços de saúde para que sejam retomados os atendimentos suspensos.

Neste sentido, médicos europeus publicaram um artigo que alerta para o “efeito distração”, segundo o qual a gravidade da Covid-19 atrai a atenção, levando ao esquecimento da importância de se manter o tratamento contra o câncer. Assim, atuando numa guerra com dois “fronts”, o médico que lida com paciente oncológico que não podem

deixar de combater o câncer neste momento. Adicionalmente, além do risco do diagnóstico de tumores em estágio mais avançado, pode haver uma segunda consequência da suspensão de atendimentos e tratamentos, o impacto na capacidade de atendimento. Clínicas e hospitais poderão ter dificuldades em lidar com o acúmulo de demanda após a pandemia. Dessa forma, o entendimento dos profissionais de saúde e especialistas em câncer é de que se deve voltar à normalidade o quanto antes, dentro do possível.

Nós estamos em um momento muito delicado, um momento único de uma grande pandemia com a qual obviamente ninguém estava habituado a conviver. Isso gera uma série de repercussões e uma delas é a desinformação em relação ao impacto da covid-19 sobre outras doenças, como o câncer.

Sabemos que o país já tinha um déficit e um grande atraso para o início do tratamento do câncer, e isso vai ainda se agravar, após a pandemia, sendo imprescindível que a rede de assistência à saúde, encontre maneiras lidar com o gargalo em diagnóstico e tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. Amorim GLS, Assad DX, Ferrari BL, Rosa DD, Pereira BP, Clara RO, et al. *Breast oncology and the COVID-19 pandemic: Recommendations from the Brazilian Society of Clinical Oncology (SBOC). Breast oncology and the COVID-19 pandemic: Recommendations from the Brazilian Society of Clinical Oncology (SBOC). Braz J Oncol.* 2020;16(0):1-7.
2. Ferreira JD, Lima FCS, Oliveira JFP, Cancela MC, Santos MO. *Covid-19 e Câncer: Aspectos Epidemiológicos. Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(TemaAtual):e-1013.
3. Lai A, Pasea L, Banerjee A, et al. *Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. Apr 2020. https://www.researchgate.net/publication/340984562_Estimating_excess_mortality_in_people_with_cancer_and_multimorbidity_in_the_COVID-19_emergency.*
4. Wise J. *Covid-19: Cancer mortality could rise at least 20% because of pandemic, study finds. BMJ* 2020;369:m1735 doi: 10.1136/bmj.m1735 (Published 29 April 2020).
5. Frasson AL. *Covid-19: o tratamento do câncer em tempos de pandemia. Sociedade Brasileira de Mastologia, 2020.*

Escape da desinformação

Conteúdos
validados e
opinados
por renomados
especialistas

**LEIA PELO APLICATIVO
ou receba no e-mail**

jornaldomedico.com.br/revistadigital

JornaldoMédico



AUTOR: HARRY CORREA FILHO

Cardiologista e diretor de Comunicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia

CRM/SC 4101 RQE 1132

@sbc.cardiol

www.portal.cardiol.br

PROBLEMÁTICAS da Covid-19 que impactaram na saúde dos pacientes portadores de doenças CARDIOVASCULARES

No mês de dezembro de 2019, o mundo tomava conhecimento de uma nova doença viral que se alastrava pela China. No começo do ano, a notícia era que ela provocava uma grave enfermidade nos pulmões, levando a necessidade de internação em UTI e muitos evoluíram ao óbito. Depois de avançar pela

mundo, a doença chega em nossas terras no dia 26 de fevereiro, vindo da Europa.

O primeiro problema é que, apesar de afetar mais o sistema respiratório, são os cardiopatas, aqueles sob maior risco de morte em caso de contraírem a enfermidade. Junte-se a isso o fato que, se a inflamação provocada pelo ▶



novo coronavírus comprometer o sistema circulatório, de novo coloca o paciente com problema cardiovascular em situação de grave risco de vida.

Essa realidade, colocou o paciente cardíaco em uma situação de vulnerabilidade muito grande, devido ao pânico gerado tanto pela possibilidade de contrair a doença e evoluir mal, quanto ao fato de um agravamento de sua doença de base. Em função disso, os pacientes com sintomas cardiovasculares, como dor no peito, falta de ar, deixaram de procurar as emergências dos hospitais quando necessário, e, para piorar, pararam de visitar seus médicos em suas visitas periódicas devidos às

regras de confinamento e ao medo de contrair a doença.

Em meio a pandemia, junho teve a maior média de mortes diárias já registradas no país em um mês. Segundo registro de óbito, foram 125 mil mortes contabilizadas no mês passado, o que significa 4.190 a cada 24 horas, segundo dados do Ministério da Saúde. Em números absolutos só perde para maio, segundo o Portal de Transparência da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen-Brasil). Na comparação com 2019, o número de mortes de junho deste ano foi 22% maior. Entre as 27 unidades da federação, 24 tiveram alta do número ▶

de mortes, sendo 15 estados com alta superiores a 30%.

Não há dúvida que essa estatística foi puxada pelas mortes pela Covid-19, mas no caso dos óbitos domiciliares as pessoas devem ter adiado ou protelado a procura pela assistência hospitalar em razão do medo do contágio pelo novo coronavírus. E nos óbitos hospitalares certamente muitos chegaram tardiamente e já apresentando uma série de complicações que diminuíram sua chance de recuperação.

Certamente essa situação condena mais ainda regiões remotas com carência de recursos e que demandariam encaminhamentos para outros locais, como em algumas regiões do Norte e Nordeste do Brasil, onde ocorreu um aumento da mortalidade acima da média de outras regiões daquele mesmo estado.

Somado a tudo isso, vem a última onda, que seria o estado de debilidade emocional/afetiva provocado por quatro meses de confinamento contínuo. Muitos desses pacientes cardiopatas, além de não estarem se exercitando adequadamente, afastados de seus entes queridos, com problemas financeiros, sucumbem a um quadro de ansiedade e depressão que vão afetar ainda mais a sua qualidade de saúde.

Por toda essa realidade é que fica aqui o apelo para que todas as pessoas que estão em volta dos pacientes com doenças cardíacas crônicas deem a devida importância ao tratamento, acompanhamento, a atividade física que deve ser incentivada e ao lado psicológico dos nossos pacientes cardiopatas, para evitarmos que uma doença tão mortal como a Covid-19, leve como efeito colateral ao agravamento ou óbito também pelo coração. ●

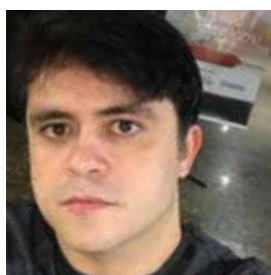
Ainda não tem o App Jornal do Médico?

Baixe agora gratuito na AppleStore ou GooglePlay
e tenha conteúdos validados e opinados por
renomados profissionais da medicina e saúde!



Aplicativo Jornal do Médico.
Conteúdo e Informação
com renomados especialistas





AUTOR: DR. ANDERSON DA SILVA COSTA

Médico Anestesiologista, CREMEC: 13991 RQE: 8100

E-mail :andersoncosta3@hotmail.com

FREPIK



Desafios da recuperação dos **PACIENTES COVID**

A infecção pelo Novo Coronavírus (COVID-19) é algo desafiador sob diversos pontos de vista. Podemos pontuar que a recuperação dos pacientes é o maior objetivo de um médico que acompanha seu paciente.

Os desafios já começam no início da doença, onde a maioria dos pacientes vai se recuperar, contudo de cada 100 pacientes cerca de 15-20% de quem foi acometido poderá ter uma evolução não muito satisfatória, exigindo internamento por conta da progressão da doença. A letalidade que é a quantidade de óbitos em relação a quantidade de acometidos varia entre as regiões e depende das comorbidades dos pacientes, de suas condições sócio-econômicas, ter ou não acesso a médicos preparados para o acompanhamento da doença, do suporte de UTI de cada lugar, bem como de fatores intrínsecos de cada paciente, como seu sistema imunológico irá se comportar, se irá apresentar tempestade de citocinas ou mesmo desenvolver pneumonite e posterior consolidação com sepse pulmonar

Importante salientar que essa é uma doença nova, de domínio ainda incipiente, então quando falo médico preparado para acompanhar a doença, exige que o mesmo tenha

tido interesse em estudar, lido tudo de novidade que saiu em relação a doença, independente de sua especialidade médica.

Desde o início, sabemos que não existe uma medicação específica em si que seja um antiviral para tratamento da doença, mas algumas drogas off-label que teriam hipoteticamente a função de inibir a replicação viral, que estão em pesquisas e aguardamos os resultados de estudos robustos e randomizados, duplo cegos, controlados, eticamente sem interesses de conflito, de preferência sem limitações, nesse ponto, já um primeiro desafio, encontrar uma terapêutica comprovadamente eficaz específica para COVID, de preço acessível que recupere a saúde do paciente, mas como estamos em uma pandemia, é forte o argumento que não há tempo de espera para agir. Nesse contexto, a autonomia médica em concordância com a escolha do paciente se torna decisiva em quem quer tratar utilizando as drogas off-label precocemente, mesmo empiricamente ou não, que cabe a cada médico decidir em conjunto com seu paciente. Nesse quesito, longe de polêmicas, mas acredito que a autonomia médica e a vontade do paciente devem ser respeitadas, tomando-se os cuidados para não ferir o princípio da não maleficência ▶

ao paciente. Defendo que cada médico tem o direito de decidir junto com o paciente a melhor maneira de conduzir cada caso.

Outros desafios em um estágio mais a frente da doença seriam a falta de ventiladores mecânicos , de leitos de UTI , de drogas sedativas , bloqueadores neuromusculares, analgésicos , todo o conjunto de medicações para manter o paciente em cuidados intensivos . Além disso, na doença em um estágio mais avançado, o mais importante de tudo seria ofertar um bom acompanhamento clínico-intensivo, estrutura para prover um suporte orgânico caso necessário , como necessidade do uso de diálise , transfusões sanguíneas , talvez em alguns casos plasma convalescente , antibioticoterapia , drogas vasoativas , necessidade do uso de ventiladores , máscaras com reservatórios de O2 , até mesmo uso de terapias de alto fluxo de O2 e necessidade de ECMO (oxigenação por membrana extracorpórea) onde é usado um aparelho caro , complexo , que exige manuseio por profissionais treinados , seria uma tentativa de recuperação para pacientes graves , mas com prognóstico de melhora da hipoxemia e acidose que a doença pode trazer como consequência

Um outro grande desafio bem

observado foi a escassez de profissionais de saúde , porque muitos ficaram doentes , tiveram que se afastar do trabalho e as equipes ficaram em falta , isso ocorreu tanto nas enfermarias , nas observações , em UTIs , praticamente todos os setores .

Nesse contexto , essas pessoas que eram fundamentais em seus postos de trabalho , pelas suas qualificações e formações técnicas fizeram muita falta , até porque trabalhar com paciente grave exige experiência e mais ainda em uma pandemia, onde o novo coronavírus trouxe como desafios pontos bem específicos, como necessidade de intubar um paciente em um tempo muito curto , com anestésicos escolhidos e em doses específicas para não piorar o estado crítico do paciente , ao mesmo tempo que exigia uma equipe bem treinada e equipamentos necessários para evitar contaminação da equipe durante uma intubação traqueal por exemplo , onde a equipe acabava toda exposta a altas cargas virais . Multiplique essas dificuldades quando o paciente era um obeso , onde o preparo para o procedimento tinha algumas outras particularidades , com isso quando um profissional ficava doente , mesmo você contratando novos profissionais , muitas vezes faltava o manejo de pacientes críticos. ▶

No começo da pandemia até o pico houve uma certa escassez de EPI's (equipamentos de proteção individual) como máscaras , luvas , propés, dentre outros para os profissionais de saúde, álcool gel , inclusive pelo menos no setor privado o preço aumentou muito , bem como falta de swabs para realização de exame do diagnóstico padrão-ouro que é o RT-PCR , as vezes tinha reagente , mas faltava swab , isso ocorreu até em laboratórios do sistema privado . Depois veio a escassez de drogas analgésicas, anestésicas e bloqueadores neuromusculares , drogas vasoativas , fundamentais para manutenção de pacientes críticos nas UTI's e também para a recuperação dos mesmos , infelizmente problemática a nível mundial , mais crítico nas áreas onde tinham mais acometimento pela doença.

Vejo como impacto pós-isolamento bem importante as dificuldades de recuperação dos postos de trabalho , o desemprego que deve ter aumentado, a dificuldade de retomada do ritmo de vida antes da pandemia , sabendo que agora temos que conviver com o "novo normal" , os desafios de voltar a vida em sociedade sabendo que por um bom tempo as medidas de higiene devem ser priorizadas , as

relações interpessoais talvez sofram aí alterações , mas que realmente agora já está na hora de abriremos nossa economia de uma forma responsável e atenta aos índices de aumento de casos para as pessoas economicamente ativas , sem fatores de risco maiores, em lugares onde a pandemia já mostra sinais de controle e de acordo com as prioridades, porque agora teremos outro desafio , que é recuperar nosso país e evitar uma recessão que pode trazer desemprego , fome , gerar uma nova preocupação econômico e social.

Em relação a doença em estágio avançado , com alguns pacientes em estado crítico , exige tratamento com suporte clínico-intensivista constantes , sabemos que a mortalidade da doença aumenta muito se não houver investimento com isso . É extremamente necessário para reverter as consequências orgânicas que a doença trás , especialmente os distúrbios cardiovascular , trombogênicos e inflamatórios que podem ser consequência da doença , que é o que vem levando ao óbito a maioria dos pacientes , sem falar que a resposta de cada paciente é individualizada, alguns respondem melhor , outros não as medidas de suporte que a gente prioriza , determinando êxito ou não .

Nas capitais em geral, nos grandes, ▶

centros , até mesmo pela quantidade aumentada do fluxo de estrangeiros e serviços , a doença chegou primeiro.

Fortaleza foi uma das primeiras capitais do Brasil a ter aumento considerável do número de casos , gerando uma preocupação tanto do poder público , quanto do sistema privado de saúde , apresentou uma curva crescente de casos , chegou a um pico no mês de maio , um platô e depois decresceu como é geralmente o gráfico do comportamento natural de uma doença infecto-contagiosa de alta transmissibilidade sem uma vacina eficaz . Atualmente , a realidade em Fortaleza está bem mais estável , com queda no número de internados nas enfermarias e nas UTI's , quanto em pacientes em uso de ventiladores mecânicos, porém pelo menos momentaneamente não apresenta risco de colapso no atendimento . Inclusive os hospitais de campanha já encerraram suas atividades .

O panorama parece estar evoluindo a favor da confirmação da queda do pico da pandemia e uma segunda onda parece ser a cada dia mais improvável.

No interior do Estado , a doença se disseminou de uma forma atrasada em relação a Fortaleza , talvez o pico da pandemia tenha sido atingido

recentemente em algumas cidades e seguindo a lógica do comportamento natural da doença , depois de atingido o platô , a tendência será a diminuição do número de casos e consequentemente de óbitos , mas o interior enfrenta uma realidade diferente da capital , haja vista a maioria das cidades não tem uma estrutura montada, com rede hospitalar e suporte de UTI para enfrentar a doença , portanto o fato de a pandemia ter diminuído antes em Fortaleza foi importantíssimo para que sobrassem leitos para receber os pacientes que vinham do interior.

Após todas essas considerações, observamos que o tratamento da COVID-19 exige de todos os profissionais o empenho , o conhecimento científico atualizado, a tomada de decisões rápidas e a capacidade do profissional de ter a mente aberta a novos modelos de tratamento, até porque estamos em uma pandemia. Em um cenário em que o desconhecido se torna o nosso maior inimigo , o uso de quaisquer tratamentos que se montarem efetivos para salvar vidas , ainda que de utilização empírica , podem ser o diferencial entre a vida e morte , mas sempre baseando-se no princípio da não maleficência do paciente , preservando a boa relação médico-paciente.

Saúde em Pauta

Toda Sexta, às 18h, no YouTube

Entrevista exclusiva com renomados especialistas sobre o que há de mais relevante da Medicina e Saúde no canal do Jornal do Médico





AUTOR: DR. DYLVARDO COSTA LIMA

Pneumologista, CREMEC 3886 RQE 8927

@dylvardo

dylvardofilho@hotmail.com

REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM COVID-19

A Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19) se espalhou pelo mundo e se tornou uma emergência global de saúde pública.

Como os pacientes com COVID-19 sofrem de vários graus de disfunção respiratória, física e psicológica, a reabilitação pulmonar é igualmente importante para pacientes admitidos em hospitais para o tratamento da doença e de possíveis sequelas; assim como após a alta hospitalar, ajudando os pacientes a se recuperarem e a retornarem à sociedade com a maior

rapidez e segurança possíveis.

O objetivo da reabilitação pulmonar em pacientes com COVID-19 é melhorar os sintomas ▶



de dispneia, aliviar a ansiedade, reduzir as complicações, minimizar a incapacidade, preservar a função e melhorar a qualidade de vida. A reabilitação pulmonar durante o manejo agudo do COVID-19, deve ser considerada sempre que for possível e segura, e pode incluir uma nutrição adequada, a manutenção de vias aéreas, uma postura correta, o uso de técnica de limpeza de vias aéreas, a suplementação de oxigênio, a realização de exercícios respiratórios e de alongamentos, o uso de terapia manual e a realização de atividade física. Dada a possibilidade de incapacidade prolongada, a reabilitação pulmonar ambulatorial pós-hospitalização pode ser considerada em todos os pacientes hospitalizados com COVID-19.

Desta forma, é a reabilitação pulmonar um aspecto central da reabilitação médica após a infecção. As ferramentas e intervenções fundamentais da reabilitação pulmonar são as intervenções tradicionais, que agora têm um novo papel, e a sua aplicação passa a ser extremamente importante no tratamento do COVID-19.

Reabilitação pulmonar é a definição de reabilitação pulmonar, adaptada da American Thoracic Society/ European Respiratory Society, é uma intervenção abrangente com

base em uma avaliação completa e individualizada do paciente, seguida de terapias personalizadas, que incluem treinamento físico, suporte psicológico e nutricional, educação e mudança de comportamento, projetadas para melhorar a condição física e mental de pessoas acometidas com doenças respiratórias, agudas ou crônicas.

O objetivo da reabilitação pulmonar em pacientes com COVID-19 é melhorar os sintomas de dispneia, aliviar a ansiedade, reduzir as complicações, minimizar a incapacidade, preservar a função pulmonar e melhorar a qualidade de vida. A reabilitação pulmonar deve ser adaptada a cada paciente.

Tratamento ambulatorial na Covid-19 leve é na COVID-19, a doença leve é definida quando o paciente tem sintomas leves mas sem manifestações de pneumonia na imagem. A reabilitação para doença leve pode ser realizada em ambulatório ou em domicílio, e inclui medidas educativas, técnicas de liberação das vias aéreas, exercícios físicos, exercícios respiratórios, orientação de atividades e tratamento da ansiedade.

Em particular, o manuseio e descarte adequados de fluidos corporais devem ser praticados na ▶

reabilitação pulmonar domiciliar. Os pacientes devem ser instruídos a cobrir o nariz e a boca com tecido ao tossir ou espirrar com o descarte imediato do tecido. A toilette respiratória do expectorante para um recipiente fechado, deve ser reforçada para evitar a aerossolização do escarro. A higiene com a lavagem das mãos com sabão após o contato com secreções respiratórias e objetos/ materiais contaminados deve ser enfatizada.

Os exercícios respiratórios podem ser empregados nesta fase. A respiração diafragmática envolve treinar o paciente a envolver predominantemente o diafragma, minimizando a ação dos músculos acessórios da respiração. A inspiração nasal deve ser incentivada para facilitar o recrutamento do diafragma e melhorar a umidificação. A contração ativa do músculo abdominal deve ser empregada no final da expiração para aumentar a pressão abdominal e empurrar o diafragma para uma tensão de comprimento mais favorável.

O Yoga e, em particular, o Viniyoga, coordenam a respiração com elevação dos braços e com o posicionamento do corpo durante a fase inspiratória ou expiratória. Pranayama, Tai Chi e prática de canto, também empregam técnicas de respiração

cronometradas.

Reabilitação pós-aguda ambulatorial de Covid-19 moderada ou severa é a reabilitação pulmonar ambulatorial após a hospitalização deve ser considerada em todos os pacientes hospitalizados com COVID-19. A reabilitação pulmonar no período pós-agudo pode contribuir para a melhoria da capacidade ao exercício. A fisioterapia e a terapia ocupacional também podem ser consideradas naqueles com déficits funcionais residuais associados à uma hospitalização prolongada.

Os critérios de seleção do paciente deverão ser desenvolvidos somente nos próximos meses após a pandemia, mas a fraqueza do quadríceps e a capacidade reduzida ao exercício, já podem ser candidatos de bons preditores à reabilitação pulmonar. O monitoramento de rotina com exame de imagem do tórax e teste de função pulmonar, pode ser considerado à nível ambulatorial, particularmente dentro de 6 meses após a infecção e em pacientes mais graves. Em alguns pacientes pode ocorrer fibrose pulmonar como seqüela na COVID-19.

No SARS-CoV em 2003, observou-se desenvolvimento de fibrose pulmonar em 45% dos pacientes (diagnosticados por tomografia



computadorizada) 1 mês após a infecção, de 30-36% entre 3-6 meses após a infecção, e de 28% com 1 ano após a infecção. Após a infecção por SARS-CoV, a gravidade da fibrose e a incapacidade se correlacionaram com a gravidade e a duração da doença. Houve uma melhora da função pulmonar significativa em pacientes com SARS-CoV após aos 6 meses de incapacidade continuada, e particularmente na capacidade de difusão do monóxido de carbono, somente 2 anos após a infecção.

Desta forma, a reabilitação pulmonar pode desempenhar um papel central na restauração da função e na limitação da incapacidade do paciente acometido pela COVID-19 com doença mais grave.

Educação do paciente é educar o paciente sobre estatísticas individuais com base nas comorbidades e na

evolução clínica da sua doença. Incentivar os bons hábitos de vida, como um sono adequado, uma boa hidratação, uma nutrição adequada, etc.

Recomendações de atividade física é avaliar a intensidade do exercício de acordo com o escore de dispnéia de Borg ≤ 3 . Frequência do exercício de 1 a 2 vezes por dia, de 3 a 4 vezes por semana. Duração do exercício: de 10 a 15 minutos nas primeiras 3-4 sessões e aumentar gradualmente até de 15 a 45 minutos cada sessão. Tipo de exercício: caminhada, esteira, ciclismo. Progressão: aumentar de forma gradual a carga/esforço de trabalho a cada 2 a 3 sessões para atingir a pontuação de Borg 4-6 e atingir a duração total de 30 a 45 minutos.

Intervenção psicológica é aconselhar sobre suporte social e incentivar telefonemas e meios de

comunicação com familiares e amigos. Fornecer os recursos assistenciais, incluindo consultas psiquiátricas, quando necessárias.

Limpeza das vias aéreas é estimular a toilette respiratória e a expectoração em recipiente fechado para evitar a aerossolização do escarro. Sedar a tosse seca irritativa.

Exercícios de respiração é aplicar técnicas de respiração diafragmática, respiração labial, contração abdominal ativa, Yoga, Pranayama, Tai Chi ou prática de canto. Frequência: 2-3 vezes/dia, diariamente. Duração: 10 a 15 minutos para as primeiras 3-4 sessões. Progressão: aumentar a duração a cada 2 a 3 sessões para atingir uma duração total de meta de 30 a 60 minutos.

Bibliografia:

- *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation: Pulmonary Rehabilitation for COVID-19*
- *Deutsche Gesellschaft für Pneumologie: Empfehlungen zur pneumologischen Rehabilitation bei COVID-19*
- *Chronic Diseases and Translational Medicine: Pulmonary rehabilitation for patients with coronavirus disease 2019*
- *Pan American Health Organization: Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak*
- *Chinese Medical Journal: Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with COVID-19*
- *American Journal of Emergency Medicine: Importance of respiratory airway management as well as psychological and rehabilitative treatments to COVID-19 patients*

Conteúdo Informação Credibilidade

Acesse agora o Blog do Jornal do Médico e confira os principais conteúdos sobre Medicina e Saúde com a opinião de importantes especialistas



www.jornaldomedico.com.br

Jornal do Médico

Profa. Iracy Marques e a saúde PÓS-COVID

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil já possui mais de 1 milhão de recuperados da COVID-19, sendo mais de 100mil no Ceará de acordo com a plataforma do IntegraSus. Para muitos que já adquiriram a doença e se recuperaram, aderir a rotina de cuidados com a saúde tem sido de extrema importância. De acordo com as pesquisas, ainda não existem evidências científicas sobre o questionamento de pessoas que já contraíram a doença não podem se contaminar de novo.

Iracy Marques, de 62 anos, é um exemplo de quem foi contaminada pela COVID-19 e se recuperou. Antes de ficar doente, dona Iracy, que é professora aposentada, estava saudável e com a imunidade alta, mas

mesmo assim, foi impossível não se contaminar com o novo coronavírus. “Tudo começou com uma crise de garganta. Como minhas gripes sempre começam assim, não pensei em COVID -19.”, comentou. Segundo ela, no início tudo realmente parecia não passar de uma gripe comum, até que a perda de olfato começou a aparecer com o passar dos dias. “Foi aí que detectei que o tal nariz entupido era na realidade perda do olfato. Foi quando a ficha caiu. Estava com sintomas de COVID-19.”, destacou.

A aposentada se cuidou primeiramente em casa, tentando controlar a temperatura principalmente, evitando o surgimento da febre. “Na consulta o médico falou pra tomar mais 2 azitromicina, porque ia tomar 5 e

também passou 2 ivermectina, para tomar de uma vez só. E sempre observando a temperatura, que não chegou a 38°”. contou.

Dona Iracy também comenta que não chegou a sentir tanto medo ou ficar desesperada com a infecção pela doença, mas o que mais a incomodava era o sintoma de moleza no corpo. “Como moro só, passei até fome, porque não tinha forças para fazer as refeições. Além disso, no condomínio onde moro não era permitido a subida do entregador de alimentos, eu tinha que descer com muito esforço. Foi o pior momento.”, relatou Iracy.

Além do sintoma de moleza corporal, Dona Iracy conta que após 9 dias com COVID-19, surgiram dores nas costas e um pouco de febre. Dona Iracy estava relutando em ir ao hospital, mas decidiu procurar à emergência diante do agravamento do quadro. Iracy passou por exames como de sangue e tomografia, e teve como resultado uma pneumonia leve juntamente de coronavírus.

No mesmo hospital em que se consultou e fez os exames, a mãe de dona Iracy estava internada também com COVID-19, onde um fato inusitado ocorreu: “Como minha mãe estava sozinha, em isolamento, o médico permitiu que eu ficasse com ela, que tinha saído da UTI. A partir



daí não senti mais nada. Fiquei em isolamento com minha mãe até que ela faleceu.”, conta Iracy.

Logo após a recuperação da COVID, dona Iracy relata que ainda sente muita indisposição e cansaço ao realizar tarefas rotineiras. Varrer a casa, subir uma pequena escada e andar um pouco já lhe deixa exausta fazendo com que vez por outra pare de fazer as atividades e descanse um pouco.

Diante do relato de dona Iracy, é de extrema importância que os cuidados com a saúde sejam levados ainda mais a sério nesse momento, principalmente para quem já teve COVID-19. Pois existe a possibilidade de que as sequelas deixadas pela infecção do coronavírus possam vir a complicar o condicionamento respiratório, dificultando as atividades diárias. Por isso, procure o médico e fique em dias com a sua saúde. ●



AUTOR: DR. BRUNO CAVALCANTE

Médico assistente do Hospital São Carlos, Hospital das Clínicas - HUWC/UFC, preceptor da Residência de Clínica Médica do HGF e professor de Clínica Médica da Universidade Christus - Unichristus. CREMEC 12328 RQE N°: 9264

HUMANIZAÇÃO em Saúde na Pandemia



É no mínimo difícil assimilar a ideia que precisamos nos isolar socialmente, justo quando mais precisamos de calor humano. A pandemia causada pela Covid-19 provocou essa contradição, um duelo entre a razão e o coração. E nesse caso, a razão deve prevalecer.

No período atual, enfrentamos um inimigo ainda desconhecido e com desenvolvimento singular de paciente para paciente. Sem vacina e testagem em massa, as incertezas sobre o presente e o futuro contribuem para algo tão assustador quanto o vírus, o medo. E é justamente nessa hora, em que o atendimento humanizado faz toda a diferença.

Profissionais empáticos que ouçam as aflições e expliquem com clareza o tratamento e o funcionamento dos medicamentos fazem com que pacientes e familiares se sintam acolhidos. O paciente é capaz de entender melhor a necessidade de não se expor, de compreender de forma mais clara a evolução dos sintomas, quando é atendido com sensibilidade.

Essas pequenas atitudes de humanização tornam o tratamento mais eficaz. O paciente se conecta de forma mais receptiva, diante da real situação em que ele se encontra.

Imagina ser diagnosticado com Covid-19, devendo ser isolado imediatamente, ser recebido por profissionais totalmente equipados com vestimentas de biossegurança, sem um atendimento sensível antes? Não é difícil deduzir que toda essa situação pode fazer com que o paciente entre em pânico, é um cenário apocalíptico!

A frieza médica é tão prejudicial a saúde quanto o vírus, dependendo do caso até pior. A falta de empatia e escuta sensível desestabiliza o paciente, resultando em lentidão da recuperação, ou seja, mais tempo na unidade hospitalar.

A adoção de práticas humanizadas na área da saúde ultrapassa o financeiro, é um despertar da sua própria humanidade, um lembrete do seu juramento, seu comprometimento de tratar e ajudar a restaurar a saúde de outras pessoas de forma integral.

A humanização no atendimento transcende a relação de médico e paciente, ela se estende aos familiares e aos colegas de profissão. É uma atitude transformadora, capaz de jogar um pouco de luz em tempos tão nebulosos. ●



AUTOR: CONSELHEIRO DR. J. FLÁVIO VIEIRA

Médico Cirurgião Geral, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Escritor
CREMEC 3020

jflavio.vieira@uol.com.br

[/jflavio.vieira](https://www.facebook.com/jflavio.vieira)

HIPÓCRATES ante o Altar de Hermes e Asclépio



*"Tomar como preventivo,
internamente, qualquer
sal de QUININO, nas
doses de 25 a 50
centigramas por dia e de
preferência no momento
das refeições."*

*De "Conselhos ao Povo" da Inspectoria de
Higiene em São Paulo, na epidemia da
Influenza Hespânica (1918)*

O presidente do Brasil, inspirado por seu congênere Trump, tem se mostrado um garoto propaganda da cloroquina. Desde o início da pandemia da Covid-19, vem propalando, publicamente, os efeitos pretensamente fabulosos do medicamento. O laboratório químico do Exército tem produzido comprimidos suficientes para tratar as próximas pandemias: mais de dois milhões estão estocados. A produção aumentou, até abril, mais de oitenta vezes. Dois ministros da saúde foram defenestrados do cargo por demonstrarem restrições ao uso do remédio, ainda sem comprovação científica e com fortes indícios de ineficácia. Entidades médicas adiantaram-se em liberar os profissionais na prescrição da cloroquina e seus derivados, desde que com o consentimento do paciente. A classe médica tem se sentido pressionada a prescrever ante o pânico da população assombrada com as mais de 70.000 mortes da "gripezinha" até aqui. Nas últimas semanas, outras drogas tidas como milagrosas como a ivermectina desapareceram das prateleiras das farmácias. Pessoas incentivadas pelo disse-que-disse correram para as drogarias e patrões compraram um volume gigantesco de comprimidos e estão distribuindo com seus

funcionários, como prevenção à Covid-19. Algumas prefeituras têm feito o mesmo. À medida que algumas drogas vão sendo desmoralizadas, outras tantas, igualmente sem base científica, como a azitromicina, o zinco, a nitazoxanida têm inundado o universo mítico da população, atordoada, em busca de um milagre.

A história da Medicina está repleta de casos similares. Não há nada de novo na reação de pavor ante à perspectiva de morte. Em todas as epidemias, a música se repete. Na de Cólera, no Cariri, em meados do Século XIX, utilizavam-se o limão, a quina, a casca de pau ferro, o mentrasto e hortelã como terapêutica. Na Gripe Espanhola em 1919, preconizavam também o uso do quinino ou da quina. Por incrível que possa parecer, um primo próximo da Cloroquina (o eterno retorno). A Medicina evoluiu absurdamente nestes 150 anos, mas o comportamento humano é bem menos moldável e evolutivo.

Há uma pergunta que não cansamos de fazer. Como, com tanto avanço na arte médica, com o domínio amplo do viés científico baseado em evidências, como é possível os profissionais médicos de hoje, ampararem-se em argumentos do mesmo empirismo que dominou a Medicina por mais de vinte séculos, ▶

para justificarem a utilização de medicamentos de efeito obscuro, nas epidemias do Século XXI ? Dados estatísticos recentes demonstram que 89% dos médicos brasileiros prescrevem Cloroquina em casos graves da doença. Muitos destes são profissionais da mais alta qualificação, muitos professores universitários e com titulação acadêmica de encher os olhos. E por que entidades médicas cegam e, simplesmente, assinam embaixo, permitindo experimentalismo in anima nobili, um desvio que quebra todas as amarras da metodologia ? Hoje presenciamos remédios prescritos por políticos e um ministério da saúde tocado por militares sem nenhuma formação técnica. Seria como convocar o Dr. Drauzio Varella para comandar a X Região Militar!

Vamos tentar dissecar, por partes, a questão. Primeiro, os médicos, diante de tamanha calamidade, bebem, também, do mesmo pavor e desnorreamento que atinge a população. Difícil combater um inimigo que conhecemos pouco e para o qual não temos armas efetivas. Usar apenas medidas de suporte, sintomáticas, parece pouco e inadequado. Remédios, por mais inócuos que sejam, trazem um pouco de alívio, tanto para os pacientes como para os profissionais que se

sentem tranquilizados, acreditando que estão exercendo seu poder de cura. Estando todos igualmente enganados e crédulos, baixa uma aura de poder e de eficácia.

Mas existe uma razão mais profunda e filosófica envolvendo a questão. A História, mais uma vez, ilumina o caminho. No Século XIX, mesmo antes de Pasteur, duas teorias explicavam as epidemias. Uma, chamada de Infecciosa, vinha desde o Século XVI e explicava a contaminação através dos Miasmas. Estes seriam emanções mortíferas liberadas pela decomposição de matéria orgânica, oriundas do pântanos, lagos e cemitérios e que, acreditava-se, contaminavam a atmosfera e as pessoas. A outra, Contagionista, rezava que as epidemias passavam de pessoa a pessoa, como parecia visível na Varíola, por exemplo. A Teoria Miasmática sempre foi melhor aceita pelos profissionais na época. Pesquisadores acreditam que era muito mais palatável economicamente. Colocando a culpa em fatores incontrolláveis e misteriosos, evitava-se de orientar a quarentena. Acontecessem por contágio, viria naturalmente medidas de isolamento social e, claro, suas repercussões financeiras. Claro que esta visão era perfeitamente econômica e comercial e que inclusive orientou a Medicina Sanitária no

Brasil do início do Século XX, centrada no Campanhismo, em medidas de combate a vetores, mas em nenhum momento preocupando-se com a miséria e os fatores sociais, principais motores das nossas endemias. Usava-se o inseticida para matar o barbeiro nas casas de taipa, sem questionar a insalubridade marcante das moradias.

Quando Bolsonaro diz que a Cloroquina é uma cura certa, quando os patrões e prefeitos distribuem a ivermectina para prevenir a Covid-19, eles repetem a mesma cantilena. Querem convencer a todos que ficarão imunes se tomarem o remédio

e, se por acaso, pegarem, têm um tratamento pronto e garantido. Sendo assim, não precisam se afastar, se cuidar, podem trabalhar e produzir sem receio nenhum. Os médicos, na sua maioria, dos segmentos mais abastados da sociedade, inconscientemente, tomam o mesmo barco. É que alguém já disse que nós agimos e pensamos usando como reflexo a nossa classe social. Hipócrates, hoje, ficaria em dúvida se levaria oferendas ao altar de Asclépio ou de Hermes. Os rituais e as crenças mudaram, desde que os doutores saíram da ilha de Kós e se espalharam pelo mundo. ●



AUTOR: DR. GEORGE CARNEIRO

Médico Oftalmologista e presidente da SCO, Sociedade Cearense de Oftalmologia

CREMEC 6682 RQE 2851

Georgemilio629@gmail.com

[@georgeemilioscarneiro](https://www.instagram.com/georgeemilioscarneiro)

[/georgeemilio.sobreiracarneiro](https://www.facebook.com/georgeemilio.sobreiracarneiro)

Os desafios da saúde ocular PÓS-QUARENTENA

Foi julgada uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), ações que fazem parte do controle de constitucionalidade através Supremo Tribunal Federal, de número 131. Esta ADPF definiu que o exame de refração, a prescrição de lentes para corrigir problemas visuais é um ato privativo dos Médicos Oftalmologistas. O julgamento aconteceu entre os dias 19 a 26 de junho.

O exame faz parte de um conjunto de avaliações como: medida da pressão ocular, teste de motilidade ocular, biomicroscopia com avaliação da superfície ocular e segmentar do

globo, exame de fundo de olho e teste cromático. Em conjunto, eles são fundamentais para identificar doenças, sejam elas no próprio olho ou de natureza sistêmica com manifestações oculares.

Cabe assim, ao Oftalmologista, a possibilidade de diagnosticar, tratar ou auxiliar o acompanhamento junto com as demais especialidades Médicas!

“Seguindo o entendimento e julgamento do STF e, sobre tudo, o juramento e proposito que nos faz Médicos, muitos estão sendo e serão os desafios gerados em decorrência da Pandemia e enfrentados por nós, Oftalmologistas. Nas diversas áreas ▶

de atuação temos peculiaridades. As dificuldades a serem enfrentadas podem ser oriundas da própria natureza da doença, outras da inoperância sistema de saúde, algumas geradas pela pandemia em questão e muitas secundarias ao retardo no diagnóstico e perda do acompanhamento correto”, afirma George Carneiro, Presidente da Sociedade Cearense de Oftalmologia.

Deste modo, os impactos do isolamento social, em relação a saúde ocular e sobre tudo em nível de saúde publica, vários são os aspectos a serem abordados.

Algumas doenças como o Glaucoma, que necessitam de um acompanhamento periódico e do uso ininterrupto de medicações, merecem destaque!

De acordo com Breno Holanda, Médico responsável pelo serviço de glaucoma no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), a volta ao



atendimento vai ser gradual e com prioridade a casos mais graves, como pacientes com indicação cirúrgica prévia ou risco de cegueira iminente.

O Médico alerta ainda o fato que a distribuição de medicamentos (colírios), pelo SUS, não pode, de maneira nenhuma, ser interrompida, pois o controle da pressão intraocular (PIO) está intimamente relacionada a estabilização da doença.

Já no Hospital Walter Cantidio, Hissa Tavares, Médica responsável pelo departamento, alerta que a rotina de atendimento não será como antes. “Para evitar aglomerações, o serviço prevê um retorno gradual iniciando com 30% da demanda anterior à pandemia, com horário marcado, além de todos os cuidados de higiene, equipamentos de proteção individual, controle ambiental e treinamento continuo da equipe”, afirma Dra. Hissa Tavares. ▶



Outro caso, especialmente afetado no período é a situação do Banco de Olhos e das doenças corneanas. Afeta o SUS, a rede particular e credenciada. As doações de órgão caíram drasticamente, tanto por diminuição do número de morte por trauma crânio encefálico, como por dificuldade maior de acesso às famílias de potenciais doadores. Segundo Marília Araújo, Médica do banco de olhos, o HGF não



suspendeu em nenhum momento as atividades, apenas adequou o setor com normas mais rígidas seguindo as orientações de protocolos internacionais para triagem de doadores de tecidos oculares, mesmo assim o Ceará que apresentava fila Zero encontra-se com 69 pacientes em espera na fila de espera para transplante de córnea.

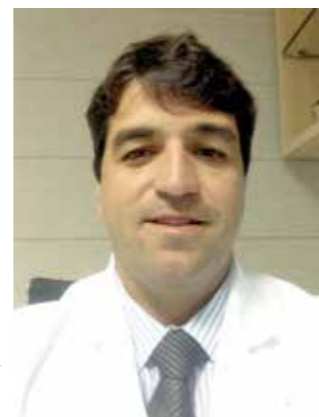
Outro ponto de alerta e preocupação é a diminuição brusca do fluxo de pacientes nas unidades de referência em retina e vítreo. Isso trás prejuízo significativo ao tratamento de doenças retinianas crônicas como Degeneração Macular Relacionada à

Idade (DMRI) úmida e Edema Macular Diabético(EMD). De acordo com Socorro Lucena, Médica Retinóloga,



a interrupção do tratamento, mesmo que temporária, impacta diretamente no controle dessas doenças e pode implicar em um piora dos caso e até mesmo levar à cegueira. Estudo recente publicado pela Academia Americana de Oftalmologia demonstra que 41% dos paciente de DMRI que suspenderam as injeções intraoculares com antiangiogênicos apresentaram recidiva da lesão ainda no primeiro ano. Essa perda implica em não conseguir os mesmos resultados visuais obtidos no início do tratamento.

Quando o assunto é a assistência em hospitais públicos a situação é ainda pior. Muitos tiveram que direcionar o seu atendimento aos pacientes com COVID. Felipe Carvalho, Médico retinólogo do HGF, ►



afirma que antes da pademia, eram atendidos por semana cerca de 30 pacientes com a forma grave de retinopatia e com indicação imediata de alguma forma de tratamento: cirurgia vitreoretiniana, fotocoagulação a laser e injeções intravítreas. Antes da pandemia já existia uma demanda reprimida importante para esse tipo de tratamento e somado ao tempo aproximado de 3 meses, sem o perfeito funcionamento do setor, estima-se que 250 pacientes seguem sem diagnóstico e, no mínimo, 30 cirurgias e 120 fotocoagulações não foram realizadas, isso considerando apenas o HGF e a retinopatia diabética.

Em clínicas particulares é crescente a necessidade e procura por cuidados oftalmológicos neste período de retomada das atividades. Ivana Carneiro, Oftalmologista que lida diretamente com adaptação de lentes de contato, percebe que apesar dos critérios de manuseio, higienização e tempo de substituição das lentes serem os mesmos, o tempo de exposição às mídias digitais e o trabalho em home office geram danos a superfície ocular e uma infinidade de sintomas que vão de desconforto ocular a visão borrada.



“Cuidados preventivos como uso de um lubrificante ocular adequado e intervalos durante as atividades mais longas são recomendados. Em qualquer sinal de alerta o oftalmologista deve ser procurado”, explica a Médica Ivana Carneiro.

Por outro lado, os Médicos acreditam que o sistema de saúde e a população estão vencendo o COVID. “Que esse período nos dê a esperança de dias melhores para saúde de uma forma geral e para saúde ocular no sistema público. Se esse mesmo esforço for realizado em aquisição de equipamentos, diagnóstico, em tratamentos cirúrgicos, na qualificação profissional e na inclusão do oftalmologista na atenção básica a saúde, tenho a certeza de uma população realmente bem assistida”, afirma George Carneiro, Presidente da Sociedade Cearense de Oftalmologia. ●

ATENDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS E A RETOMADA PÓS QUARENTENA



DRA. HISSA TAVARES

Com a retomada das atividades pós-quarentena, diversos consultórios oftalmológicos voltaram a atuar aderindo a todas as recomendações e protocolos visando a segurança do paciente e colaboradores a fim de evitar o contágio e proliferação da COVID-19.

Para as pessoas que tratam doenças como o glaucoma, o retorno das consultas oftalmológicas significa ainda mais qualidade de vida além do controle da doença, pois segundo ▶

a oftalmologista, Dra. Hissa Tavares, os portadores de glaucoma precisam ir ao consultório a cada 4 ou 6 meses para a realização da medida da pressão ocular e de outros exames. “São esses exames que avaliam em que nível está a doença, se tem progressão do glaucoma, se não tem, como é que está a pressão do olho ou se está usando alguma outra medicação que possa interferir na pressão ocular”, afirmou a especialista.

Ainda de acordo com a médica, a retomada dos atendimentos presenciais influenciam muito no esforço do paciente quanto ao tratamento do glaucoma, pois sem o retorno frequente as consultas, existem mais chances do paciente “abandonar” o tratamento ou não segui-lo tanto a risca. “Então tem paciente que usa a medicação durante um tempo e fica relapso quando não tem uma consulta médica em seguida, acaba usando o medicamento durante o período de 3 meses e se não voltar na consulta de rotina ele esquece o colírio, deixa de usar por um dia, não compra de

novo... Já quando ele tem uma consulta marcada, esse paciente fica mais cuidadoso com isso, pois ele sabe que vai voltar ao médico e que o médico vai incentivá-lo a usar medicação corretamente.”, comentou Dra. Hissa.

Atualmente, a médica conta que os atendimentos em seu consultório estão sendo realizados por hora marcada, o que resulta em menos pacientes e não gera aglomeração no local. Porém, a médica afirma que gradativamente os pacientes estão voltando a marcar as consultas. “Realmente, eu acho que todos eles não voltaram ainda pelo medo de pegar a doença.”, relatou a Dra. Hissa.

O retorno gradativo das atividades, como as consultas e exames oftalmológicos, de maneira segura a exemplo da Dra. Hissa Tavares, são de extrema importância para a segurança do paciente e do especialista também. Assim é possível retomar aos cuidados com a saúde dos seus olhos e evitar a contaminação pela COVID-19.



DRA. HISSA TAVARES
ESPECIALISTA
EM GLAUCOMA
E CATARATA

Mestrado e Doutorado
em Oftalmologia pela USP

 /hissatavares  /hissa.tavares

RETOMADA das atividades e o futebol cearense com a pandemia



Diante do retorno gradativo de algumas atividades que ficaram paralisadas por bastante tempo em razão da pandemia do novo coronavírus, o futebol cearense também voltou e com isso trouxe muitos questionamentos a respeito da segurança dos jogadores e dos torcedores também. Muitos estavam ansiosos para verem seus times em campo novamente, mas será que os

clássicos jogos de futebol voltaram a ativa no momento certo?

O Dr. Valderi Júnior, vice-presidente da COAPH, cooperativa de atendimento pré-hospitalar, falou sobre esse assunto e explicou um pouco mais a respeito de todas as orientações que todos, jogadores e torcedores, devem estar seguindo desde a retomada dos jogos após o pico da pandemia. Segundo Dr. Valderi, atualmente todos estão ensaiando e tentando se acostumar a volta gradativa das atividades, entre elas o retorno do futebol. “Alguns estádios estavam testando esses jogos sem público, e estava havendo uma abertura gradual para que os torcedores pudessem ir aos estádios”, explicou.

Porém, por mais que esses testes tenham sido realizados para que não haja risco de contaminação do novo coronavírus entre os jogadores e torcedores, ainda é possível que a retomada dos jogos de futebol traga consequências. “Diante dessa retomada é preciso manter pelo menos 2 metros de distância de cada pessoa, o uso de barreiras físicas como máscaras e a possibilidade de você lavar as mãos em abundância com água e sabão e usar álcool em gel. Tudo isso faz parte do retorno, mas também sabemos que é complicado”, falou o vice-presidente.

De acordo com Dr. Valderi: “além da aglomeração que pode haver nos estádios e no trajeto de ida e volta



DR. VALDERI JR., VICE-PRES. COAPH

aos estádios, já que muitos utilizam o transporte público para se locomover, ainda é possível que haja aglomerações em casa, nos dias de jogos, quando as pessoas decidem chamar os amigos para assistirem ao futebol na sala de estar. Tudo isso requer de nós muita paciência nessa volta. O novo normal exige que seja assim, precisa ser refletido”, afirmou.

Fora isso, o Vice-presidente da COAPH também falou sobre as orientações que não devem ser descartadas durante os treinamentos dos jogos. “É preciso haver uma determinação específica de entrada e saída, as pessoas não devem caminhar dentro do CT, tentar evitar aglomeração nos vestiários e durante o treino, além do uso de máscara constante fora do campo”, orientou.

O estado do Ceará e principalmente a capital Fortaleza, vem avançando, gradativamente, quanto as fases de retomada das atividades, porém, ainda é preciso estar atento a todos os cuidados, para que assim não haja um retrocesso quanto a diminuição dos casos de COVID-19 e o retorno das atividades possa seguir adiante, que agora inclusive já trouxe de volta o futebol cearense. ●



AUTORA: MYLLENA MARIA DE MORAIS PEREIRA

Acadêmica de Medicina - 9º período, Universidade Federal do Cariri, UFCA/Campus Barbalha

✉ myllena.moraes@aluno.ufca.edu.br

PERSPECTIVAS de uma acadêmica de medicina em tempos de pandemia



MYLLENA MORAIS, ACADÊMICA DE MEDICINA - 9º PERÍODO, UFCA/CAMPUS BARBALHA

Chamo-me Myllena, tenho 22 anos e sou acadêmica do nono semestre do curso de medicina na Universidade Federal do Cariri - UFCA. Em janeiro de 2020, havia ingressado no internato, reta final da graduação, dando mais um passo rumo à realização de um sonho. Contudo, o primeiro trimestre de 2020 me trouxe um universo de dúvidas, medos e incertezas diante da pandemia do novo coronavírus, patologia esta ainda pouco conhecida e que esta causando a morte de milhares de pessoas no mundo.

Desde a publicação da Portaria Nº 340, em março de 2020 e o estabelecimento de medidas preventivas de isolamento social em instancia nacional, as atividades acadêmicas, não só na minha universidade, mas de milhares de instituições no Brasil, foram interrompidas.

Como se não bastasse os sentimentos de medo, frustração, ansiedade e depressão que já acometem os estudantes universitários corriqueiramente, essa perspectiva se intensificou em tempos de pandemia.

Para os alunos próximos de sair do ciclo clínico (sétimo e oitavo semestres) e entrar no internato, o

anseio em relação a esse momento se transforma em frustração devido ao atraso do calendário universitário. Já para os internos o impacto tem sido ainda maior com a suspensão das práticas.

Alguns estudantes ainda sofrem por estarem longe de suas casas e de seus familiares devido à impossibilidade de retorno seja ela por causa financeira ou devido às barreiras sanitárias.

As circunstâncias atuais resultaram na perda de postos de estágio, uma vez que os principais hospitais da região não dispõem de vagas suficientes para viabilizar o retorno dos internos as suas atividades devido à escassez de Equipamentos de Proteção Individual – EPI's para uso dos estudantes e as recomendações sanitárias que visam minimizar aglomerações e contágio.

Esse fato modificou minha rotina, até então preestabelecida, de: hospital – atendimento – pacientes – evolução – estudo – casa – atividade física – vida social, e deu lugar aos sentimentos de insegurança, preocupação e ansiedade.

Se antes a falta de tempo pra estudar devido à carga horária do estágio era o problema, hoje enfrentamos a desmotivação e a

falta de foco. De posse da incerteza e frente ao atraso da formação, muitos tentam estudar como podem, mas a falta de incentivo e os questionamentos: “O que estudar?”, “Por onde começar?”, “Como esse conteúdo se aplica na prática?”, “Quando iremos retornar?”, “E se voltarmos, haverá EPI’s?”, “Atrasaremos a formação em quantos meses?”, “E a formatura?”, assolam nossos pensamentos.

A fim de potencializar a assistência na linha de frente da batalha contra o coronavírus o Governo Federal implantou o programa “O Brasil Conta Comigo” e com ele a possibilidade de não atrasar a formação por meio do aproveitamento da carga horária do programa. Mas, quais as perspectivas que de quem não foi convocado? E para os que foram chamados, os EPI’s serão fornecidos? E se forem contaminados? E se contaminarem as suas famílias?

Muitos estudantes temendo o atraso na formação e os prejuízos ainda não calculados gerados pela pandemia buscam ideias e soluções para antecipar o retorno às aulas e as atividades práticas. Porém, como se dará a retomada do calendário universitário? Serão utilizadas plataformas virtuais? E quem não tem acesso a essa tecnologia? E os internos que possuem carga horária

quase que integral em campo se beneficiarão dessa nova metodologia, uma vez que os hospitais e campos de prática possuem papel crucial na formação de novos médicos? Haverá redistribuição dos serviços para compensar os meses perdidos? Alguma atividade ou prática deverá ser sacrificada a fim de atenuar a carga horária?

Diversos são os questionamentos e incertezas. O anseio do retorno às aulas e a possibilidade da retomada das atividades geram uma série de novas reflexões e sugestões que promovem avanços nas perspectivas de ensino e modifica o que se entende atualmente por padrões educacionais.

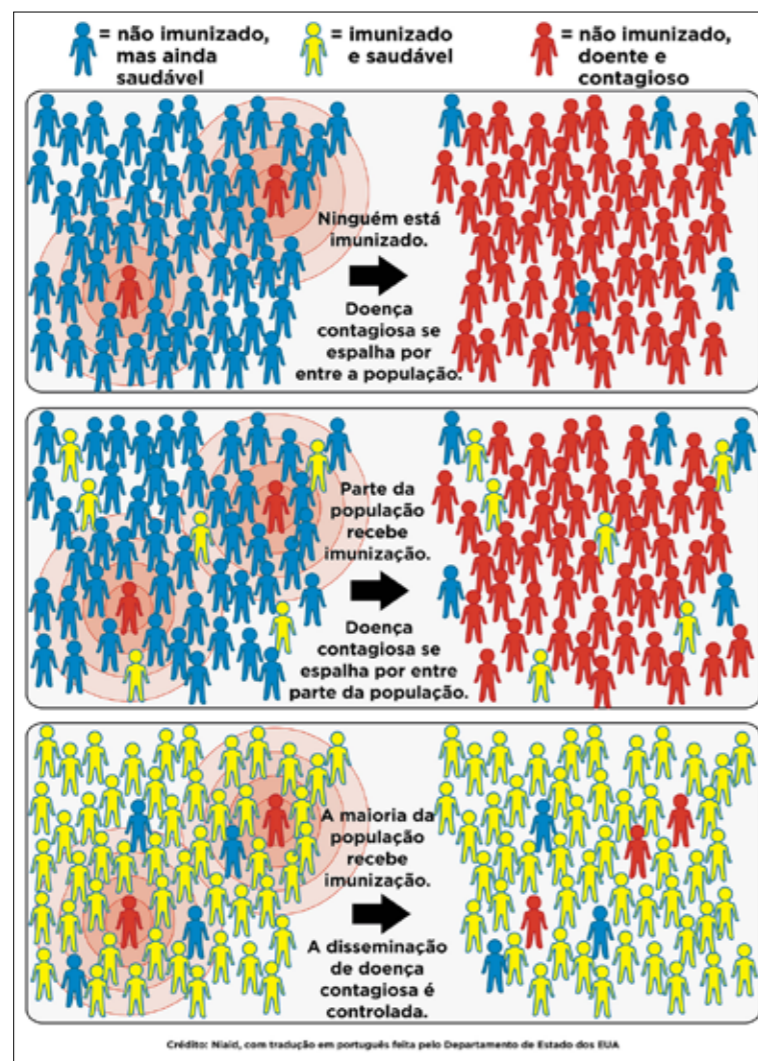
Desejo que os impactos à comunidade acadêmica sejam minimizados da melhor forma possível. Mesmo diante de tanta instabilidade é preciso manter a esperança e utilizar esse momento com o objetivo de nos aprimorarmos intelectualmente agregando a nossa formação a maior carga de conhecimento teórico possível através da leitura de bons livros, artigos e jornais com o objetivo de sairmos fortalecidos e sedentos para enfrentar os desafios que estão por vir. •

PUBLICAÇÃO VALIDADA E RECOMENDADA POR RENOMADOS ESPECIALISTAS DA MEDICINA E SAÚDE

SEJA PARCEIRO E CRIE OPORTUNIDADES
WWW.JORNALDOMEDICO.COM.BR/PARceria



IMUNIDADE DE REBANHO na COVID-19



Quando a pandemia causada pelo coronavírus estendia o seu caminho pelo Reino Unido, na primeira quinzena de março, as autoridades médico-sanitárias daqueles países subestimaram a capacidade destrutiva do vírus e não adotaram medidas efetivas de proteção a população. Com uma linha de orientação aos cidadãos britânicos de “mantenha a calma e siga em frente”, a doença logo se alastrou e muitos pacientes passaram a procurar as unidades de saúde e lotar os hospitais. As Unidades de Tratamento Intensivos (UTIs) ficaram congestionadas e as mortes começaram a se multiplicar.

Era a busca pela imunidade coletiva que sucederia após a exposição de uma grande parcela da população britânica ao agente infeccioso. Como se esperava, o resultado não foi exitoso e logo uma mudança radical da postura governamental foi instituída. Passaram então a aplicar medidas de prevenção – isolamento e distanciamento sociais, fechamento de atividades não essenciais, uso de EPIs etc. – que, por fim, trouxeram um melhor controle da situação.

A imunidade de rebanho ou efeito manada é uma forma indireta de proteção a uma doença infecciosa de alta contagiosidade. Ocorre

quando um elevado percentual da população se torna imune àquela infecção o que pode ser obtida através da vacinação ou por meio de uma infecção anterior. Quando uma grande parcela da população for infectada e/ou imunizada, é provável que essas pessoas deixem de infectar outras, quebrando assim as cadeias de transmissão da doença e interrompendo a sua propagação.

Incluídos no benefício da imunidade de rebanho, estão aqueles que não podem ser imunizados, como pacientes imunossuprimidos, crianças muito pequenas e até mesmo pessoas mais idosas. Eles ficam protegidos por essa barreira de pessoas imunizadas e a proteção à infecção se estende a toda população.

Dependendo do vírus, existe uma variação no percentual da população que precisa estar afetada para que a imunidade de rebanho seja, efetivamente, atuante. Uma maior contagiosidade da doença exige que uma maior proporção da população esteja imune a ela para que se impeça a sua propagação. No sarampo, uma infecção com elevadíssima taxa de contágio, espera-se que 94% da população deva estar imune para interromper a cadeia de transmissão.

A Covid-19 também tem grande contagiosidade e estima-se que

em torno de 70% da população teria que ser imunizada para se alcançar a imunidade de rebanho. Existem opiniões que acreditam num percentual menor (43%), mas, mesmo assim, muitas pessoas precisariam ser infectadas para se chegar ao limiar de imunidade de rebanho. Tomando como exemplo o Brasil, com uma população de 211 milhões de habitantes, precisaríamos que 90 milhões de pessoas fossem recuperadas da infecção para bloquear a epidemia. Isso traria um risco muito grande e um número elevado de pessoas estaria sujeito a sérias complicações e mortes, além dos enormes transtornos que ocorreriam no sistema de saúde.

Como um fenômeno ocorrendo naturalmente, a imunidade de rebanho foi reconhecida pela primeira vez em 1930 durante uma epidemia de sarampo na cidade de Baltimore nos EUA. Observou-se que após muitas crianças terem se tornado imunes ao sarampo, houve, temporariamente, uma redução significativa no número de novas infecções, mesmo em crianças suscetíveis a contrair o vírus.

Sobre a imunidade natural na Covid-19, um recente trabalho desenvolvido na Espanha, um país intensamente atingido pela pandemia, revelou uma seronegatividade ao

vírus na maioria da população. Ou seja, foi encontrado uma taxa baixa de pessoas com anticorpos (IgG) no sangue voltados contra o coronavírus. O estudo observa que a prevalência da infecção na Espanha ainda é muito pequena e conclui que a imunidade de rebanho está longe de ocorrer naquele país.

A vacina seria a nossa melhor saída para conter o vírus e induzir uma imunidade de rebanho segura. Porém, não a teremos brevemente e existem dúvidas quanto a sua efetividade e durabilidade na proteção. Um trabalho realizado na China revelou que os anticorpos na Covid-19 podem desaparecer em 2 a 3 meses. Há também questões quanto ao grau de proteção desses anticorpos fabricados pelo organismo. Não sabemos se a infecção pelo vírus da Covid-19 induz imunidade a infecções futuras, pois, existem relatos de casos de reinfecção nesta doença. Sabemos também que outros tipos de coronavírus que transitam normalmente entre nós, reinfectam pessoas em períodos de até alguns meses entre uma infecção e outra.

Enquanto tivermos tantas dúvidas e não dispusermos de medicamentos específicos no tratamento do coronavírus, devemos continuar mantendo e aplicando, racionalmente, o conjunto das medidas de proteção ►

para conter a circulação do vírus. Com isso, manteremos nossas unidades de saúde mais preparadas para receber pacientes com e sem Covid-19. Com medidas preventivas aplicadas na China, EUA, França, Iran, Coreia do Sul e Itália, estima-se que 530 milhões de pessoas deixaram de contrair a doença e, conseqüentemente, 2,65 milhões de vidas foram salvas.

Estamos num momento de grande intensidade e movimentação científicas onde inúmeras pesquisas se desenvolvem na busca de soluções às várias dificuldades impostas pela Covid-19. A ciência e nossos destemidos profissionais da saúde,

notadamente, os que atuam na linha de frente, são o nosso bem maior, mas é necessário que os gestores se alinhem a esses atores e não meçam esforços para fortalecer o sistema de saúde. Ainda não temos o passaporte da imunidade e, por isso, estamos sujeitos a um destino imprevisível. Devemos, portanto, nos proteger e estender essa proteção aos que estão, fisicamente, próximos a nós. Ainda não é o momento de relaxamento. Por isso, façamos então a nossa parte! ●

FONTES PESQUISADAS: OMS, NEJM, Lancet, Mayo Clinic, Science, Wikipédia



AUTORA: CONSELHEIRA DRA. ANA MARGARIDA ARRUDA ROSEMBERG

Médica, Historiadora e Membro da Academia Cearense de Medicina

CREMEC 1782

anamargarida50@uol.com.br

[@anamargaridaarrudarosemberg](https://www.instagram.com/anamargaridaarrudarosemberg)

[/anamargarida.arrudarosemberg](https://www.facebook.com/anamargarida.arrudarosemberg)

Tuberculose e COVID-19: A BUSCA PELA CURA

Tuberculose e Covid-19



Segundo Stefan Cunha Ujvari, os agentes infecciosos já circulavam no animal ancestral comum que deu origem ao Homo sapiens e ao chimpanzé. Portanto, as doenças causadas por vírus, bactérias e parasitos acompanham a nossa espécie desde que surgimos, há 200 mil anos, na África Oriental. Adquirimos outros microrganismos, enquanto caçadores e coletores, e outros mais quando descobrimos a agricultura e domesticamos os animais. Os microrganismos se espalharam pelo globo nas migrações dos humanos. Hoje, sabemos como eles surgiram e o percurso que fizeram na carona dos sapiens, através do estudo do DNA e RNA.

A tuberculose (tísica) já acometia ancestrais humanos antes do nosso surgimento. Descobertas em Djibouti, um pequeno país da África Oriental, revelam que formas de bactérias que causam a tuberculose foram precursoras da atual Mycobacterium tuberculosis. Era senso comum que o M. bovis, presente no gado, havia infectado os humanos com a domesticação desses animais. Hoje, essa teoria caiu por terra com a descoberta das bactérias de Djibouti, e com trabalhos que comparam a sequência genética das micobactérias, colocando o M. bovis como umas das últimas a evoluir.

A tuberculose, diferentemente da Covid-19, é doença milenar. Sua origem se perde nas noites do tempo, como dizia Rosemberg. Cientistas encontraram em múmias egípcias o DNA do bacilo da tuberculose. Conhecida como tísica, ela já atingia os egípcios desde a unificação do Alto e Baixo Egito.

Referências históricas mostram que, há três mil anos, havia tentativas de tratamento para a tuberculose, nas civilizações hindu e persa. Hipócrates, Galeno e as escolas de Cós e Cnide, na Grécia; de Alexandria, no Egito; de Salerno, na Itália e Montpellier, na França, preconizavam o repouso e a alimentação para curar a tísica. Até a primeira metade do século XX, esse tipo de tratamento, com o nome de higienodietético, foi fartamente utilizado.

Avicena e Averoes tratavam os tísicos com rosas vermelhas moídas e espalhadas no quarto. Outra receita era forrar o chão com pétalas de rosas vermelhas e ramos de plantas aromáticas, sobre os quais o tísico deveria passear o maior tempo possível. Galeno propôs aos tuberculosos viverem em quarto subterrâneo, de temperatura amena, sendo o assoalho coberto de rosas. (Rosemberg, 1999).

A hemoptise, sintoma mais

dramático da tuberculose, era tratada com infusões de: repolho, pó de casca de caranguejo, pulmão de raposa, fígado de lobo em vinho tinto, entre outras bizarrices. Avicena (c.980-1037) receitava infusão de rosas vermelhas em mel, por via traqueal. Erasistro e Europhilus receitavam, para as grandes hemoptises, garrotes nos braços e coxas. (Rosemberg, 1999).

O leite foi preconizado durante quase três mil anos. Desde as civilizações antigas, hindu e persa, até o século XIX, o leite preferido foi o de jumenta, mas também o leite de cabra, de fêmea de elefante e de camelo eram usados. Para Avicena, os homens tísicos deveriam tomar leite de mulher jovem e bela. Na renascença, Petrus Forestus preconizava leite fresco de mulher. O ideal era ser sugado diretamente da mama de uma jovem lactante. Não havia nada mais erótico e romântico. Na mesma época, indicava-se temporadas em Veneza, com passeios diários de gôndola ao som de canções eróticas.

Para dispneia e tosse crônica, há receitas persas recomendando comer crocodilo cozido. Por volta de 75 d.C., Dioscórides receitava resina de múmias egípcias com mel. Esse tratamento, que foi empregado por séculos, era caríssimo e só pacientes

muito ricos tinham acesso. Os reis da França Luís XIII e Luís XV, tuberculosos, foram assim tratados.

Do “septeto da panaceia”, sangria, purgativos, ventosas, vesicatórios, eméticos, sanguessugas e clisteres, indicados para todos os males, somente o sétimo não fez parte do tratamento usado na tuberculose. A sangria, preconizada por Galeno, foi fartamente praticada até o final do século XIX.

Bayle e Sydenham recomendavam alterar o repouso com cavalgadas. Louis XIII foi submetido ao tratamento em voga. O filho de Napoleão Bonaparte, L'Aiglon, foi consumido pelo bacilo de Koch, aos 21 anos, no Palácio de Schönbrun, em Viena-Áustria. Ele era obrigado a montar a cavalo por horas e, depois, tomar banho em emulsão de tripas de porco. A favorita de Luís XV, a famosa marquesa de Pompadour, imortalizada em uma magnífica tela de Natier, que pode ser apreciada no museu do Louvre-Paris, era tuberculosa. Tratou-se com sangrias, exercícios violentos e leite de jumenta.

Em meados do Século XIX, receitava-se para tuberculose opiácios, ferruginosos, creosoto, pomada de iodeto de potássio nas axilas, exercícios, sanguessugas, ▶

sangrias, bálsamo de Peru e musgo da Islândia. A Dama das Camélias e Chopin foram submetidos aos tratamentos descritos acima. Surgiu também, no século XIX, a mística do ar das montanhas. Sanatórios foram criados em toda Europa, EUA e no Brasil, entre outros países. Um dos mais famosos foi o Sanatório de Davos, na Suíça, imortalizado no livro “A Montanha Mágica”, de Thomas Mann. No Brasil, os Sanatórios de Campos do Jordão-SP foram enaltecidos no livro de Dinah Silveira de Queiroz, “Floradas na Serra”.

Todos esses tratamentos eram inócuos. Muitos bárbaros e nocivos, mas nenhum causou a mortandade que causou, por ironia, a tuberculina (cultura do bacilo da tuberculose), de Robert Koch, o descobridor do agente causal da doença. Em 1891, Koch publicou o artigo “Sobre um remédio para a cura da tuberculose”. A notícia de um medicamento milagroso espalhou-se por toda a Europa e EUA

com uma rapidez estonteante. O preço foi para as alturas. Cobrava-se mil dólares por centímetro cúbico do novo medicamento. Logo percebeu-se que a tuberculina causava agravamento das lesões e mortes. Koch foi massacrado. Desculpou-se dizendo que havia sofrido pressão do governo alemão para anunciar suas pesquisas. Em 1882, Carlo Forlanini, italiano, criou a colapsoterapia (pneumotórax). Foi o primeiro tratamento racional até a descoberta da moderna quimioterapia, na década de 1940.

A Covid-19, com apenas sete meses de vida, já coleciona uma lista de medicamentos. Até que surja um tratamento comprovado cientificamente, muitas pessoas usarão, em vão, fármacos antimaláricos e ou vermífugos sem comprovada eficácia, na busca insana de curar essa nova doença que assola a humanidade. ●



AUTOR: CONSELHEIRO ACAD. PROF. DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Médico e membro das Academias Cearenses de Medicina e de Saúde Pública

CREMEC Nº 2412, RQE Nº 589

marcelo.gurgel@uece.br

A COVID-19 e a INDÚSTRIA DA SAÚDE no Brasil



Mostraram-se infundadas as previsões esboçadas no começo do ano de 2020 por autoridades e infectologistas, divulgadas nas mídias, de que não se reproduziriam em nosso País as preocupantes taxas de incidência e de letalidade por Covid-19, verificadas em alguns países europeus (Bélgica, Itália, França, Espanha e outros). Para eles, atuavam a nosso favor o clima da Terra Brasilis, inóspito ao aconchego do novo coronavírus, e a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado, de forma ufana, o maior e o mais abrangente sistema de saúde entre as nações com mais de cem milhões de habitantes.

Pesarosamente, esse otimismo inicial não se concretizou. A Covid-19, que nos idos de julho em curso já acumula uma cifra que se aproxima de dois milhões de casos e de mais de 70 mil óbitos no Brasil, afetou duramente a economia nacional, quando esta se encontrava em processo de recuperação, e exibiu a vulnerabilidade da prestação de cuidados de saúde, tanto públicos como privados, ao tempo em que se assistiu a um ingente esforço de superação das dificuldades para o enfrentamento da pandemia.

A presente pandemia foi uma situação atípica, que nenhum

país do mundo estava preparado para enfrentá-la, mesmo os mais desenvolvidos. Porém, ela ganhou contornos mais graves no Brasil, dentre outros motivos, em função da deficiência da indústria da saúde brasileira, ainda muito à mercê do mercado internacional.

A dependência de insumos produzidos no exterior, a insuficiência de um parque industrial voltado para a saúde, a inexistência de uma rede de atendimentos para suprir a contento a demanda usual e as desigualdades, geográfica e social, na distribuição de recursos de saúde figuram no rol dessas dificuldades.

Diante da inusitada e súbita pressão de demanda, com a crescente avalanche de pacientes procurando atendimentos na rede de saúde, de certo modo estagnada, porquanto os tíbios investimentos em saúde dos últimos decênios sequer acompanharam o pouco crescimento demográfico experimentado, ao tempo em que o SUS precisou, gradualmente, acomodar parte da nossa população então marginalizada da assistência médica. Essa penúria foi agravada pela mudança do perfil epidemiológico dos brasileiros, retratado no avanço de doenças de maior complexidade e de custos mais exacerbados.

O montante de leitos ativos disponíveis, que já não era suficiente para cobrir as necessidades de internamentos antes da pandemia, requeria a sua pronta ampliação, sendo premente a expansão dos leitos de Unidades de Terapia Intensivo (UTI), cujo histórico de carência era bem sabido, uma vez que se estimava que cerca de 5% dos pacientes com a Covid-19 que chegassem aos hospitais necessitariam ocupar um leito de UTI.

Os gestores de saúde, ancorados na recomendação de se buscar o achatamento da curva epidêmica, protraindo a chegada volumosa e simultânea de casos, precisavam engendrar mecanismos para expandir a oferta de serviços e de leitos especificamente destinados aos cuidados de pacientes acometidos de Covid-19.

Essa expansão de oferta fez-se pela incorporação de leitos, novos ou habilitados, e pela realocação do estoque de leitos existentes, reservando-os, com exclusividade, à Covid-19. O Ceará vem reagindo de maneira rápida e eficiente, na medida do possível, mas também soma alguns equívocos, como a criação do hospital de campanha em estádio de futebol. O Município de Fortaleza gastou uma dinheirama em algo que demorou a ficar pronto,

não é definitivo e vai demandar mais recursos para recuperar o que era antes. Melhor seria ter requisitado mais hospitais que estavam ociosos, como o governo estadual fez com o Hospital Leonardo da Vinci que, inclusive, vai ajudar a reforçar o atendimento no pós-pandemia.

No caso dos leitos de UTI, a complicação era amplificada, não se limitando a espaço físico e instalações, uma vez que determinava a aquisição de equipamentos médicos mais sofisticados e caros e se cobrava a contratação de pessoal qualificado para operar esses instrumentos.

Ainda que a Covid-19 seja uma enfermidade de repercussão sistêmica em pacientes mais graves, a insuficiência respiratória era aspecto clínico dominante e indicativo de gravidade, sendo um forte fator preditivo para o desenlace fatal. Para isso, era mandatário dispor de respiradores para assegurarem a ventilação mecânica dos pacientes, concedendo-os mais chances de sobrevivência se recebessem esse tipo de assistência médica.

Como não havia suficiência de estoques de respiradores para pronta entrega no mercado nacional e a fabricação desse produto demanda tempo, as autoridades dos poderes executivos e os gestores

de saúde do Brasil apelaram para a importação de respiradores no mercado internacional, bastante oligopolizado e concentrado, em uma acirrada e desigual disputa entre países assustados com o avançar da Covid-19 em seus cidadãos, quando se parecia evocar o suposto adágio bíblico “Mateus, primeiro os teus”, com retenção de equipamentos comprados pelos concorrentes ao pousarem em seus territórios, bem como abusar de outras práticas comerciais nada recomendáveis, a exemplo de ágio para garantir a preferência de compra.

A situação brasileira era ainda mais constrangedora por razões internas, dado que a intermediação comercial feita, em parte, por certos “atravessadores” inescrupulosos e, talvez, até em conluio com alguns gestores públicos, redundou em preços com enormes variações e em aquisições de respiradores com valores exorbitantes, com claros indícios de superfaturamento. Tal anomalia resultou do “aproveitamento” da decretação da calamidade pública, quando temporariamente foram suspensos mecanismos criteriosos de controle das compras públicas, flexibilizando e simplificando os processos licitatórios, o que inclusive permitiu o acolhimento de propostas que tiveram pagamentos antecipados e



sem a contrapartida do recebimento da mercadoria adquirida.

Esses entraves relativos à incorporação de respiradores foram parcialmente contornados pelos ingentes esforços para incrementar a produção desses aparelhos, quando os fabricantes aumentaram a capacidade produtiva e outras empresas fizeram adequações em suas linhas de produção e passaram também a fabricar respiradores.

A associação entre a academia e os serviços de saúde tem suscitado respostas animadoras, tanto em simplicidade como em custos de produção e, de forma criativa, tem resultado em protótipos de respiradores, que podem entrar em linha de produção em escala industrial, a exemplo do “Elmo”, um respirador fruto da parceria envolvendo a Universidade de Fortaleza, o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará e a Escola de Saúde Pública do Ceará. Houve também um avanço principalmente na articulação para soluções caseiras de produtos, sobretudo, os mais simples, como EPIs (máscaras, aventais etc.).

No atual cenário cearense da Covid-19, em que prevalece o declínio da ocorrência epidêmica em Fortaleza concomitante à sua expansão

interiorana, as compras de novos respiradores já são prescindíveis, comportando mais, no presente, pôr em marcha processos de referência e de contra-referência de pacientes e/ou a efetivação de remanejamento desses aparelhos da capital para locais compatíveis e onde se façam mais necessários.

Nesse tocante, é oportuno salientar que a singular Unimed Fortaleza, tendo ultrapassado os momentos mais críticos da pandemia, cedeu, à guisa de empréstimo, respiradores para a sua congênere de Teresina, que ora vem se deparando com o avanço do novo coronavírus entre os seus beneficiados do Piauí.

Embora de menor visibilidade pública, aconteceram transtornos na disponibilidade de testes diagnósticos e de medicamentos complementares (antibióticos, anti-inflamatórios, miorrelaxantes, anestésicos etc.) usados no tratamento da Covid-19, posto que a fabricação endógena dos mesmos depende do fornecimento de insumos e sais que são importados, sendo a eles impingidos dissabores decorrentes da competição internacional em que a escassez frente à demanda hiperbólica por esses bens contamina seriamente a livre concorrência do mercado.

Para uma reestruturação mais ►

sólida da indústria da saúde há um longo caminho pela frente, porém algumas mudanças já podem ser verificadas na cadeia produtiva da saúde no Ceará. Com efeito, uma maior articulação entre Governo, pesquisadores e empresas também tem viabilizado o desenvolvimento de novos produtos. Assim é que a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap) lançou, recentemente, um edital com uma linha emergencial específica para Covid-19, ofertando investimento

da ordem de R\$ 2,4 milhões, para projetos que contemplem soluções para área da saúde.

Está-se, na verdade, distante de uma solução definitiva, porém já não se permanece no mesmo patamar anterior. Há muito ainda a progredir para diminuir essa dependência, notadamente de insumos; contudo a pandemia evidenciou, com certeza, a importância de se ter um foco mais apurado para indústria da saúde no Brasil. ●



AUTOR: DR. RENATO EVANDO MOREIRA FILHO

Médico e Advogado, Especialista em Direito Médico
e Professor Doutor da Universidade Federal do Ceará
CREMEC 6921 OAB-CE 22667

renatoevandom@secrel.com.br

Pesquisa Científica Médica e a COVID19: **QUAIS OS NORTES ÉTICOS?**



O enfrentamento a pandemia da COVID19 tem servido, entre outros aspectos, para modificar alguns paradigmas do conhecimento médico em face da virologia, do diagnóstico clínico-epidemiológico, da assistência domiciliar, da terapia intensiva e mesmo no lidar junto aos pacientes graves, com potencial de evoluírem com sequelas e ao óbito (exitus letalis). Tal cenário, em que pese as dificuldades imediatas na tomada de decisões e organização do sistema assistencial (público e privado), também apresentou uma face positiva ao alavancar estudos e pesquisas que, possivelmente, não teriam se desenvolvido com a celeridade vista nestes últimos meses, no que concerne a certos temas da infectologia, da microbiologia e da imunologia clínicas.

Algumas controvérsias têm se fortalecido. Infindáveis são as discussões, nas redes sociais, mídia televisiva, radiofônica e impressa (não raro movidas por paixões ideológicas), a propósito das ações e posturas das políticas públicas (federal, estaduais, municipais e distritais) no tocante a melhor conduta terapêutica para os acometidos com esta enfermidade viral. Qual o melhor teste diagnóstico? Que droga ou quais drogas deve(m) ser indicada(s)? Qual a posologia?

Em que fase da evolução clínica do doente deverão ser prescritas? Há um protocolo único, que atenda as diversas faixas etárias e comorbidades que o paciente possa apresentar?

Um aspecto é uniforme: não há consenso neste contexto. Muito se deve em consequência a ausência de estudos e publicações científicas, que explicitem segurança e confiabilidade para médicos, hospitais e demais instituições assistenciais. Alguns podem perquirir: por que a ciência demora para oferecer uma medicação antiviral satisfatória? Por que a morosidade em tornar disponível uma vacina efetiva? Tais indagações podem ser melhor compreendidas pelo viés histórico e pela perspectiva da Ética aplicável a pesquisa com seres humanos.

Sob o horizonte da historiografia, não faz muito tempo que pesquisas médicas com o ser humano (anima nobili) registraram copiosas situações que merecem uma análise refinada a ser constantemente (re)visitada. São exemplares as experiências executadas por Stubbins Ffirth e a Febre Amarela (1790-1800), o experimento Tuskegee/Estados Unidos (1932-1972), as pesquisas nos campos de concentração da Alemanha nazista (1933-1945), a Unidade 731/Japão (1937-1945),

o cultivo das células HeLa/Estados Unidos (1951), o Experimento de Milgram (1961), dentre tantos. Tais situações, justificadas por meio da “boa intenção” (compreender a doença para descobrir a cura de certas enfermidades, por exemplo), foram executadas com a rapidez dos experimentos e a omissão da aplicação dos princípios da Ética médica, o que desaguou em sofrimento para inúmeros, em prol da “boa ciência e das necessidades do mundo”.

Contraditando-se a tais ações, oportuno distinguir o disposto em diversos documentos, nacionais e alienígenas, que abordam o tema da pesquisa com seres humanos, alertando sobre as cautelas necessárias. São exemplares: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração de Helsinque de 1964 e suas revisões, o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos/ONU (1966), as Denúncias de Beecher (1966), o Relatório Belmont (1978) e as Diretrizes Éticas Internacionais para pesquisas Biomédicas envolvendo

Seres Humanos/OMS (1982 e 1993), dentre outros. Destacam-se, também, as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 01/88, 196/96, 466/12 e 510/2016, que, dentre tantas modificações, criou o denominado sistema CEP/CONEP, disciplinando a necessária atuação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, responsáveis por avaliar, sob o prisma Bioético, os projetos de pesquisa médica, autorizando ou não sua execução.

Na mesma toada, oportuno destacar o disposto no capítulo XII do Código de Ética Médica (resolução CFM 2.217/2018), que aborda o tema do “Ensino e pesquisa médica”. Destacamos, de interesse, os seguintes dispositivos, *ipsisima verba*:

É vedado ao médico:

Art. 99: Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100: Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101: Deixar de obter do paciente ou de seu representante

legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

§ 1º No caso de o paciente participante de pesquisa ser criança, adolescente, pessoa com transtorno ou doença mental, em situação de diminuição de sua capacidade de discernir, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

§ 2º O acesso aos prontuários será permitido aos médicos, em estudos retrospectivos com questões metodológicas justificáveis e autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Art. 102: Deixar de utilizar a terapêutica correta quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.





Art. 103: Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104: Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105: Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106: Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas em seres humanos que usem placebo de maneira isolada em experimentos, quando houver método profilático ou terapêutico eficaz.

Art. 107: Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir a si mesmo autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108: Utilizar dados, ►

informações ou opiniões ainda não publicadas, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109: Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesse, ainda que em potencial.

In fine, resta claro que a pesquisa médica pretende sim, responder aos anseios da sociedade, tão pronto quanto possível, no que afeta a saúde dos seres humanos. Não obstante, a necessária cautela se impõe com escopo de atingir o melhor do bem-comum, sem significar prejuízo, neste caminho, aos que participam dos estudos da Medicina. De fato, ações açodadas podem gerar maior detrimento que benefício. Nas palavras do destacado prof. Dirceu Greco, da Sociedade Brasileira de Bioética: “Tudo que é cientificamente correto, deve ser eticamente adequado e vice-versa”.



AUTOR: CONSELHEIRO DR. IDELFONSO CARVALHO

Médico Mastologista do Serviço de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo (Barbalha-CE)

CREMEC 9198 RQE 5403

idelfonsomastologia@gmail.com

[@idelfonsocarvalho](https://www.instagram.com/idelfonsocarvalho)

O que o mastologista tem feito para ajudar **NA PREVENÇÃO DA COVID-19**



FREEPIK

A infecção pelo coronavírus surgiu na China no final de 2019. De lá para cá já ocorreram milhões de pessoas infectadas e inúmeras mortes. Devido a grande capacidade de disseminação todas às pessoas, principalmente os profissionais da saúde têm realizado mudanças em suas rotinas para minimizar às possibilidades de contágio. Os mastologistas também estão nesta luta diária. A Sociedade Brasileira de Mastologia foi ágil em sugerir suas recomendações na hora de dar início ao tratamento de um câncer de mama. Veja a seguir, na íntegra.

Cuidados para atendimento de consultório aos pacientes assintomáticos:

Cuidados relacionados ao ambiente:

– Higienizar todo ambiente com álcool 70%.

– Toda equipe de atendimento deverá utilizar máscara cirúrgica.

Cuidados relacionados aos pacientes:

– Realizar uma triagem prévia, inicialmente por telefone, e depois no momento de chegada da(o) paciente, em relação ao seu estado de saúde e queixas gripais específicas.

– Organizar um intervalo entre as consultas para que não haja aglomerações.

– Desestimular a presença de acompanhantes sempre que possível.

– Solicitar o uso de máscaras.

– Oferecer álcool gel na entrada e na saída do consultório.

– Realizar a limpeza de todos os locais de contato do paciente, com álcool 70%, entre uma consulta e outra.

Cuidados para o médico:

– Utilizar máscara cirúrgica (máscaras de pano não são consideradas EPIs e não devem ser utilizadas por profissionais de saúde em trabalho).

– Utilizar roupa privativa.

– Realizar lavagem das mãos ou limpeza com álcool gel antes e depois de examinar um paciente e sempre entre consultas.

– Não remover a máscara até o final dos atendimentos.

– Em caso de se fazer necessária oroscopia, recomenda-se o uso de face shield.

– Em procedimentos ambulatoriais como punções e biópsias em pacientes assintomáticos recomenda-se o uso de máscaras cirúrgicas pelo médico e pelo paciente sendo que o médico só removerá seu EPI após o término do atendimento ao último paciente.

Cuidados para atendimento de consultório para pacientes sintomáticos:

O paciente sintomático deve ser triado, sempre que possível, por ferramentas de atendimento a distância, para avaliar a necessidade urgente de uma consulta presencial. Caso seja possível postergar o atendimento presencial, recomenda-se esperar 7 dias a partir do desaparecimento dos sintomas.

Caso não seja possível aguardar o término dos sintomas, o atendimento deverá ocorrer no último horário disponível, sendo necessário o uso de máscara cirúrgica pelo paciente e EPI completo pelo médico assistente (máscara N95 ou PFF2, gorro, avental cirúrgico impermeável, luvas, óculos e face shield) considerando os protocolos para paramentação e desparamentação.

Cuidados para procedimentos cirúrgicos em pacientes assintomáticos:

Cuidados para o paciente:
– Utilizar máscara cirúrgica em todo o trajeto do hospital.

Cuidados para equipe médica:

Para cirurgia sem risco de aerossolização*

- Gorro
- Máscara cirúrgica
- Protetor facial ou óculos
- Avental cirúrgico
- Luvas estéreis

Para cirurgia com risco de aerossolização*

- Gorro
- Máscara N95/PFF2 ou equivalente
- Protetor facial
- Avental cirúrgico (impermeável)
- Luvas estéreis

* São consideradas cirurgias ou procedimentos com potencial risco para aerossolização com partículas infectantes: intubação orotraqueal; cirurgias de cavidade oral, faringe, laringe e tórax; cirurgias abdominais abertas ou laparoscópicas. Demais EPIs podem ser necessários considerando o quadro clínico e o diagnóstico do paciente.

Cuidados para procedimentos cirúrgicos em pacientes sintomáticos:

Pacientes sintomáticos devem ter sua

cirurgia adiada por no mínimo 7 dias do final dos sintomas, a não ser em casos de extrema urgência.

Na impossibilidade de adiamento, o paciente deverá permanecer com máscara cirúrgica a todo o momento e a equipe médica com paramento completo (máscara N95 ou PFF2, gorro, protetor facial, óculos, avental cirúrgico impermeável e luvas estéreis).

Em um estudo recente, pacientes com Covid-19 submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentaram maior morbimortalidade no período pós-operatório, sendo que a análise demonstrou que 44,1% dos pacientes necessitaram de UTI e a taxa de mortalidade após admissão na UTI foi de 20,5% (Lei S. et col, 2020). Esses dados geraram muita polêmica em relação a procedimentos cirúrgicos neste período, mas vale lembrar que esse artigo chinês avaliou diversos tipos de cirurgias em muitos pacientes com comorbidades. Não há na literatura dados sobre cirurgias mamárias ou estruturas superficiais exclusivamente. Contudo, toda cirurgia deve ser avaliada e indicada cautelosamente considerando os potenciais riscos envolvidos.

Testagem de pacientes para avaliação pré-operatória

Não há consenso para realização de teste como rotina pré-operatória do paciente assintomático no cenário da pandemia de Covid 19. Com a facilidade de obtenção de testes PCR por aumento da oferta no mercado, há uma tendência dessa rotina ser incorporada na prática clínica.

A SBM ressalta a importância de seguir as normas no manejo de pacientes oncológicos em tempos de Covid-19, respeitando as características locais, os recursos disponíveis, e as recomendações institucionais.

Como você pode perceber, os mastologistas estamos na luta contra o câncer de mama e também contra o COVID-19. E certamente teremos muitos aprendizados quando essa onda de infecção causada por esta pandemia passar. E que passe logo. ●



AUTOR: CONSELHEIRO PROF. DR. HERCULANO SILVA
Médico ortopedista, ex-prof. Faculdade de Ciências Médicas da UPE
CREMEC N° 5948, RQE N° 5574
✉ amigosdaciencia@bol.com.br
📧 [@drherculanosilva](https://www.instagram.com/drherculanosilva)
📘 [/joseherculano.dasilva.7](https://www.facebook.com/joseherculano.dasilva.7)

ISOLAMENTO SOCIAL

Lockdown na Pandemia



Diante do isolamento social e ou Lockdown é exatamente um período crítico para toda sociedade levando para um grande momento de ansiedade, aos nossos pacientes, assim com todos profissionais da saúde.

Causas do isolamento involuntário. Epidemias e pandemias apresentam-se quando há uma situação emergencial em um país, por exemplo, os governos estão impondo quarentenas e distanciamento social, que opera por meio do fechamento de comércio, do transporte público e de escolas, por exemplo. Nos casos mais severos, há a imposição de uma tática chamada lockdown horizontal, que é o isolamento total da população em suas casas com o fechamento quase total do comércio e dos serviços assim como de sua vida. ▶

Causas do isolamento involuntário. Epidemias e pandemias apresentam-se quando há uma situação emergencial em um país, por exemplo, os governos estão impondo quarentenas e distanciamento social, que opera por meio do fechamento de comércio, do transporte público e de escolas por exemplo. Nos casos mais severos, há a imposição de uma tática chamada lockdown horizontal, que é o isolamento total da população em suas casas com o fechamento quase total do comércio e dos serviços assim como de suas vidas.

O isolamento social, voluntário ou forçado, pode ter consequências graves para o estado mental de quem é submetido a ele. Para quem já sofre de depressão ou outras doenças, o isolamento social pode causar o agravamento. Em casos extremamente graves, a depressão e outras doenças psiquiátricas, como o transtorno de ansiedade, podem levar até ao suicídio, outrossim às consequências desse isolamento, se não forem cuidadas, podem ser catastróficas. Além das consequências isoladas e individuais, quando imposto por motivo de força maior, pode também acarretar crise financeira, quando a população deixa de circular nas ruas e consumir, assim como o comércio e a prestação de serviços também param de funcionar. Isso provoca a queda extrema nas



vendas e a falta de arrecadação. O Brasil, que ainda depende fortemente do comércio e da prestação de serviços, é um dos países que podem ser drasticamente afetados por um isolamento social grupal que provoque a queda no consumo. Além das consequências isoladas e individuais quando imposto por motivo de força maior, pode também acarretar crise financeira à população ▶

por não circular nas ruas e consumir, o comércio e a prestação de serviços também param de funcionar, levando então, queda extrema nas vendas e a falta de arrecadação. Os nossos pacientes adultos não jovens (idoso) geralmente apresentam doenças extremamente incapacitantes para o sistema músculo esquelético, representada inicialmente pela osteoporose, osteoartrite, assim como, Sarcopenia por ser, uma doença mortal. Diante do isolamento social e ou Lockdown é exatamente um período crítico para toda sociedade levando para um grande momento de ansiedade aos nossos pacientes, assim com todos profissionais da saúde, podendo desenvolver invariavelmente doença mental e outras complicações. Inevitavelmente o sedentarismo vai ter vez no dia a dia das pessoas, conseqüentemente com agravamento da saúde global. A atividade física diminui o risco de uma gama de doenças, e o exercício pode ser prescrito como remédio para distúrbios relacionados ao estilo de vida, como diabetes tipo 2, demência, doenças cardiovasculares e câncer. Nas duas últimas décadas, ficou evidente que o sistema músculo-esquelético funciona como um órgão

vivo e endócrino que, pode produzir e secretar centenas de (substâncias) mioquinas e outras que exercem seus efeitos de maneiras autócrinas, parácrinas ou endócrinas. Segundo avanços recentes mostram então que o sistema músculo esquelético produz substâncias em resposta ao exercício, o que permite a interferência entre o músculo e outros órgãos, incluindo cérebro, tecido adiposo, osso, fígado, intestino, pâncreas, sistema vascular e pele, além de comunicação dentro do corpo do próprio músculo. Embora apenas poucas mioquinas tenham sido alocadas em humano para uma função específica. Substância essas identificadas que os papéis biológicos, incluem efeitos sobre, por exemplo, cognição, metabolismo lipídico e glicose, escurecimento da gordura branca, formação óssea, função das células endoteliais, hipertrofia, estrutura da pele e crescimento de tumores. Isso sugere que podem ser também biomarcadores úteis para monitorar a prescrição de exercícios para pessoas com por exemplo, câncer, diabetes ou doenças neurodegenerativas. Onde proponho: Restabelecimento multidisciplinar e (NÃO FIQUE EM CASA). •

CONTEÚDOS EXCLUSIVOS

*em multiplataforma
com a participação de
renomados especialistas*

DA MEDICINA E SAÚDE

 **revista digital**

jornaldomedico.com.br/revistadigital

 **blog**

jornaldomedico.com.br

 **canal youtube**

youtube.com/jornaldomedico

 **aplicativo**

gratuito na AppleStore e GooglePlay



AUTORA: DRA. EVANIRA RODRIGUES MAIA

Enfermeira, docente dos cursos de graduação, Mestrado Acadêmico e Saúde da Família da Universidade Regional do Cariri (URCA) e do curso de medicina e Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Cariri (UFCA).

evanira.maia@urca.br

O “NOVO NORMAL” para enfermeiros e docentes de enfermagem



Não há nada de normal! Está fora do normal no sentido explícito do termo epidemia. O que vivenciamos trata-se da maior pandemia da história recente da humanidade. Nossas vidas e cotidiano foram arrancadas de nós pelas restrições impostas pela pandemia de COVID-19.

No que compete ao trabalho da enfermagem este é regulamentado pela Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem no país. Cabe privativamente ao enfermeiro planejamento, organização, coordenação, execução, avaliação dos serviços da assistência de enfermagem e atividades de ensino e, como membro da equipe de saúde, participar do desenvolvimento de ações que visem a “prevenção e controle sistemático de doenças transmissíveis em geral”, o que inclui atenção e cuidado em todos os níveis assistenciais as pessoas acometidas pelo SARS-Cov-2 e suas complicações.

Do ponto de vista ético legal, a enfermagem, assim como os demais profissionais de saúde, estão exercendo o que prega as leis do exercício profissional e os códigos de ética das profissões de saúde. No entanto, o que não é novo e nem pode ser normal,

normalizada ou naturalizada, são as precárias condições de trabalho dos profissionais da saúde, o que inclui a enfermagem brasileira, que sofre com a sobrecarga de trabalho somando as dificuldades enfrentadas pela profissão como desvalorização, baixos salários e múltiplas jornadas.

Ademais, questiona-se a normalidade das mortes ocorridas entre os profissionais de enfermagem pela Covid-19 no Brasil. Publicação do Conselho Federal de Enfermagem de 06/05/2020 revelou que o país perdeu mais vidas de profissionais de enfermagem que a soma da Espanha e Itália. Foram 98 pessoas até esta data, 25 são enfermeiros, 56 técnicos de enfermagem e 17 auxiliares de enfermagem em sua maioria mulheres, com 3 mil profissionais infectados, sem contar a subnotificação de casos e óbitos.

Muitos profissionais de enfermagem deixaram seus lares e suas famílias para ofertar os cuidados aos pacientes nos serviços de saúde, com ética, dedicação e compromisso, honrando sua profissão, mesmo ▶

“falta de equipamentos de proteção e manutenção de idosos em atendimentos de doentes, o que contribuiu para a alta mortalidade”



sabendo dos riscos iminentes proporcionados pela Covid-19, e não recebendo o reconhecimento legítimo de alguns gestores de saúde.

Se a questão central a ser discutida neste artigo de opinião é o “novo normal para a enfermagem”, do ponto de vista do contexto observado e vivenciado não se pode afirmar a existência de um “novo normal” além da existência da pandemia, mas o aprofundamento das desigualdades e das condições insalubres de trabalho dos profissionais de enfermagem, pois a maioria dos óbitos foi causada por “falta de equipamentos de proteção e manutenção de idosos em atendimentos de doentes, o que contribuiu para a alta mortalidade” (COFEN, 2020).

Porém, para ilustrar o “novo normal” para além dos imprescindíveis serviços assistenciais prestados a sociedade pela enfermagem brasileira e mundial, nos sobram experiências exitosas da enfermagem no campo da docência e formação de recursos humanos para o SUS. Neste quesito, a contribuição da enfermagem é contundente no desenvolvimento de tecnologias e de inovação educacional para e na realização de atividades síncronas, remotas e na educação à distância. Há também, pesquisas sendo desenvolvidas por enfermeiros, com ▶

o objetivo de contribuir com a ciência e com o desvelamento sobre essa doença obscura.

No entanto, vale destacar a necessidade de capacitação docente e apoio institucional para que o “novo normal” da profissão docente seja um exercício pleno e possa minimizar as desigualdades sociais e de saúde entre as populações e contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico no âmbito da sociedade em meio a pandemia do século. ●



AUTORA: ELIANE FERNANDES DE SOUZA

Enfermeira da UPA de Acaraú-CE, Coren: 583-979-ENF

elianefernandes_eventos@hotmail.com

[@elianereall](https://www.instagram.com/elianereall)

A ENFERMAGEM EM TEMPOS DE PANDEMIA

A Enfermagem, há mais de 200 anos, tem atuado como peça-chave no enfrentamento de grandes desafios que assolaram o mundo, construindo e aplicando práticas que perduram até hoje, como exemplo, a enfermagem exercida por Florence Nightingale, que, com seu altruísmo, salvou muitas vidas sendo pioneira nos modelos da enfermagem moderna que seguimos na atualidade.

Ainda no final de 2019, 2020 já era apontado pela OMS como o ano Internacional dos profissionais de Enfermagem e Obstetrícia. Somos a classe de profissionais de maior número dentro dos sistemas de

saúde, estando presente durante todo o tratamento do paciente, desde o momento de entrada até o de alta. E, nesse cenário de pandemia, não seria diferente.

Hoje, atuo na linha de frente no enfrentamento do novo Coronavírus, como Enfermeira em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), no Interior do Ceará, inaugurada em junho deste ano e que funciona como Hospital de Campanha, com uma ala exclusiva para casos confirmados de Covid e os demais setores da Unidade dão suporte aos atendimentos de urgência e emergência da região. O fluxo foi organizado de acordo com os que se apresentam sintomático quanto os assintomáticos para Covid-19 com ▶

devido encaminhamento para a ala covid, e os demais seguem o fluxo de atendimento, classificados de acordo com a prioridade de atendimento.

A Unidade conta com equipamentos novos e recebemos treinamento para manuseio dos respiradores e estamos sempre atentos a nossa proteção individual e aos procedimentos que causam maior potencial de contaminação.

Não tem sido uma tarefa fácil o convívio com o risco de contaminação e, apesar do grande número de informações que temos a respeito das formas de transmissão e contágio da doença, ainda que busquemos formas de nos proteger, convivemos diariamente com a tensão e o risco de nos contaminar a qualquer momento.

Desde o início da pandemia, vivemos uma quarentena diferente, mantendo isolamento de nossas famílias e amigos. Passamos, muitas vezes, mais tempo nos hospitais do que em nossos lares e nos comportamos o tempo todo como se estivéssemos contaminados.

Adaptamo-nos a um novo jeito de prestar cuidados aos pacientes e seus familiares e tentamos deixá-los mais calmos e confortáveis perante os dias difíceis da rotina que é um hospital. Passamos a entender o quão valiosa é



nossa profissão diante deste cenário onde todo dia significa uma nova luta.

Cuidar e fazer a diferença na vida de alguém vai muito além da obrigação de zelar pela vida. É amor pelo que faz. A profissão que escolhi e sou muito feliz nela. ●



AUTORA: PROFA. DRA. MARIA LÚCIA DUARTE PEREIRA

Docente do Curso de graduação em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora do GT de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus da UECE

maria.duarte@uece.br

Distanciamento social, medidas de prevenção e combate ao SARS-Cov-2 para a **PRESERVAÇÃO DE VIDAS**



Estudar a dinâmica das doenças infecciosas e de surtos de novas doenças é fundamental. Para isto, a modelagem matemático-epidemiológica é um recurso que permite avaliar como estas doenças irão se comportar e permite a elaboração de políticas públicas a fim de minimizar o número de casos e suas consequências.

No âmbito da doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), o artigo intitulado “Estimação e predição dos casos de Covid-19 nas metrópoles brasileiras” (SOUZA et al., 2020), publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, teve como objetivo estimar a taxa de transmissão, o pico epidemiológico e os óbitos pelo novo coronavírus.

O modelo utilizado chama-se SIR, pois considera três grupos para os surtos, os suscetíveis, os infectados e os recuperados. Cada curva epidêmica desses grupos é representada por uma equação diferencial e os termos de transição entre grupos possibilitam estimar a taxa de transmissão da doença, ou seja, quantas pessoas sadias uma pessoa doente pode infectar.

Assim, ao utilizar este método com os dados da COVID-19 das nove capitais brasileiras que apresentavam o maior número de casos nas duas

primeiras semanas de infecção comunitária no Brasil, identificaram-se taxas de transmissão da doença, número de casos e possíveis óbitos até o octogésimo dia de infecção.

A pesquisa em epígrafe trata-se de um estudo preditivo e os resultados mostraram a rápida disseminação do vírus e a sua alta mortalidade. Mas também constatou que vidas foram poupadas com o isolamento social, as medidas de prevenção e combate ao SARS-Cov-2. Gestores de saúde organizaram os serviços a partir de políticas públicas, como a criação de leitos hospitalares, a compra de equipamentos médicos e a implementação de educação em saúde, para assegurar a quarentena e distanciamento social.

Constata-se portanto que, a pesquisa e comunicação científica têm um papel fundamental no desenvolvimento e na prática da saúde. A formulação de políticas públicas e as tomadas de decisão em níveis nacional, regional e global necessitam das melhores evidências para fazer recomendações e traçar estratégias e metas para a saúde. •



AUTORA: PROFA. DRA. THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE e Pesquisadora do CNPq, Membro do Grupo de Trabalho-GT para enfrentamento à pandemia do coronavírus da UECE

thereza.moreira@uece.br

[therezammagalhaes](#)

Epidemiologia da COVID-19 NO CEARÁ



O Sars-Cov-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) é o Coronavírus causador da Covid-19 [CO=Corona, VI=Vírus e D=Disease (Doença)]. Os casos da pandemia em um plano cartesiano (x,y) são uma função com expoente > 0 e $\neq 1$, em que a base é multiplicada por ela mesma n vezes em x tempo. O número de casos (transmissores) é a base da função. É representada por uma curva em sino, cuja meta global é seu

achamento. A fácil transmissão da doença gerou grande volume de casos mundialmente, com 80% de casos leves e 20% com complicações, dos quais até a quarta parte (1-5%) requer sérias intervenções terapêuticas, incluindo uso de respirador em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI).

No Brasil, a inexistência de unidade na condução da pandemia fez surgir múltiplas formas de controle da doença, impedindo comparação de alguns dados entre estados. No Nordeste, um pacto entre governadores firmou o Consórcio Nordeste para Combate ao Coronavírus. Inicialmente, ainda sem medidas sanitárias adotadas, Fortaleza tinha transmissão (R0) de 2,01 (uma das maiores do país), concentrava mais de 80% dos casos do Estado e tinha previsão acelerada de pico para 23 de abril. Mas, após as medidas e dois picos na capital, a transmissão baixou e houve interiorização da doença, com pico da curva nas cidades mais próximas da capital e iminência dele (próximas duas semanas) nos demais municípios cearenses. Atualmente, o Estado soma 144.058 casos e 7.139 óbitos por Covid-19. O sistema de saúde local não colapsou, mostrando adequação do modo/tempo das ações realizadas, mesmo com pressões socioeconômicas, fake news e desinformação.

Como profissional de saúde,

vi amigos doentes, conhecidos morrerem, amigos com medo largarem escalas e outros mudarem sozinhos de casa, temendo adoecer ou contaminar um ente querido, mas nada se comparou aos velórios. Foram quatro meses extenuantes. Agora, das três fases da curva/onda [1) Crescimento exponencial (subida da curva), 2) Saturação (pico e platô) e 3) Decaimento exponencial (recuperados $>$ novos infectados)], na capital estamos na última, mas precisamos acelerar a descida, e no interior, muitos municípios estão na fase 2 ou quase lá. Ainda não acabou, creio que em Fortaleza o pior já passou (dois picos e platô), mesmo com previsão de casos até final de setembro. O interior está 1-2 meses atrás do tempo epidemiológico da capital, pois nos interiores dela mais próximos já passou o pico e descem a curva, enquanto nos mais distantes o pico deve ser até o final do mês e há previsão de casos até final de outubro/novembro. Com centralização do controle das medidas tomadas, creio que teremos êxito, a despeito da não colaboração dos que se reservam o direito de contaminar outrem. Infelizmente, muitos só compreenderão a situação ao terem óbitos na família. Defendem que a pandemia acabou, lotam Shoppings e insistem pela volta às aulas. Mas proteger olhos, lavar mãos, usar máscara e distanciar-se 1,5m (mínimo) de outras pessoas ainda é fundamental!



AUTOR: CONSELHEIRO PROF. DR. JOSÉ MARIA CHAVES

Médico, escritor e presidente da ACEMES, Academia Cearense de Médicos Escritores

CREMEC 367

jmchaves37@gmail.com

HÁ MALES QUE...



Neste tempo de quarentena que, para muitos, e isto bem se explica para mim, poder-se-ia denominar “triquarentena”, inúmeras lições de vida podemos ver e aprender.

Somente a título de exemplos, significativos e necessários, agora discorrerei sobre três delas.

Como primeiro ensinamento, transcrevo o que recebi do doutor ▶

Robério Dias Leite, com o título de tempos de pandemia, poético e escoreito texto:

“A espera cansava /O tempo parava/O mundo esperava/A espera de um dia/Atrás de outro dia/E na tarde vazia/Uma música se ouvia/ Trazendo alegria./Não era cigarra/ Ninguém labutava,/Não era uma fábula,/Um músico tocava,/Sua flauta se ouvia./Como em contos de fada,/O silêncio quebrava,/O tempo encurtava,/O relógio andava,/ Movendo o tempo,/Que insistente fingia,/Que parar poderia./Esse tempo indolente, /Que nos deixa doentes,/ Tempo inclemente,/Com essa gente imprudente,/Que, sem perceber,/O seu tempo abrevia;/Nesses tempos difíceis,/Tempos de pandemia.”

A segunda lição, tirei de um cantador de viola, anônimo, que glosa o mote “PRA QUE TANTA GANÂNCIA E CORRERIA, SE NINGUÉM VEIO PARA FICAR.”

Anotei um de seus versos, que assim nos ensina:

“Se o final é normal, pra que correr/ Se morrer é ruim, mas é comum,/Se o caixão vai levar de um em um/E, se o dinheiro não pode socorrer./Eu só quero o bastante pra comer,/Pra viver, pra vestir e pra calçar./Mesmo sendo pouquinho, se não faltar,/ Eu só quero esse tanto, todo dia,/Pra que tanta

ganância e correria,/Se ninguém veio aqui pra ficar.”

Finalmente, a terceira grande aula, recebi de nosso insigne poeta da ACEMES (Academia Cearense de Médicos Escritores), Francisco José Pessoa, que assim discorre:

“Eita vida passageira/Pássaro arisco e veloz/O pré se transmuta em pós/Tal o passar da poeira,/Tal flecha ao voar ligeira/Mas confesso, meu amigo/Ao procurar ser o trigo,/Por meus atos não me queixo,/Pois tudo que tenho eu deixo,/E o que sou levo comigo.”

Em sendo assim, caríssimos e tão ilustres quão ilustrados leitores, procurei tirar ensinamentos, e agora mostrar-lhes, porque, se também servirei para orientação da vida de vocês, alegro-me, e, desejo-lhes bom proveito. •



AUTOR: DR. RUSSEN MOREIRA CONRADO

Médico e psicoterapeuta
CREMEC 5255

@russenconrado

PANDEMIA DO AMOR



Nesse processo de superação da pandemia pelo Covid, que trouxe e ainda traz alguma dor e sofrimento para muitas

pessoas, precisamos semear e divulgar a PANDEMIA DO AMOR. Sem dúvidas, o amor é a energia mais preciosa de todos os seres humanos e necessita ser realimentado, restaurado e

respeitado, a todo o momento.

A redação desse texto que possa despertar em alguém um senso transformador; de transformar a dor e resignificar a vida, de muitos seres que entraram no carrossel das perdas, dos medos e das mudanças indesejadas.

Que o bom Deus ilumine sua preciosa missão e que possamos ser agentes semeadores de luz, paz e amor na vida das pessoas (talvez seja esse o nosso maior sentido de existir)

Estamos vivenciando um momento de dor, de mudança, de transição na Terra. Que nesse instante, todos sejam contagiados pela energia do louvor maior que movimenta o mundo. Que sejamos afetados, sobretudo, pela pandemia do amor; essa, que carecemos alimentar a todo o momento, que traz a esperança desejada, que modifica a alma e a emoção, aprimora a mente e consola; que acalma e revigora o coração. Tudo passa; até mesmo o que imaginamos não ter fim. "Que sejamos grandiosos agentes transformadores do mundo; que aprimoremos nossa capacidade de servir e revigoremos nosso íntimo e

o melhor de nós no nosso existir; que sejamos semeadores de uma nobre riqueza espiritual, social, familiar e emocional". Que seja revigorada a solidariedade entre as pessoas; que a liberdade e a responsabilidade do conhecimento tornem-se um trunfo para todos, e que também utilizemos a misericórdia do colocar-se no lugar do alheio. Todas as pessoas necessitam ter um caminho a seguir, e nele, aprimorar o bem servir; além de serem vacinadas pela imunidade do amor. Imagine viver todo dia, um momento de valer à pena o existir, de insistir no agradecer e de agradar quem está a padecer. Estimulando a crença do amor hoje, mesmo na dor do amanhã, existirá o louvor do superar-se. Pelo bem do amor, no sofrer ou restaurado, consolemo-nos e aceitemos o passado que passou, e que não pode ser mudado. O semeio maior do amor perpetua e eterniza em nós o seu valor, mesmo quando estamos encravados no cerne da tempestade da dor. Alimentemos as capacidades de pensar, amar e mudar, tão minoradas e pulverizadas na mente sofrida. E continuemos avante, contaminando todos, com o valioso amor que constrói e transforma. ●

**VAI SAIR?
USE MÁSCARA
E PROTEJA-SE
CONTRA A
COVID-19.
FAÇA SUA
PARTE!**

WWW.JORNALDOMEDICO.COM.BR

 **Jornal do Médico**