

Jornal do Médico®

TENDÊNCIA EM SAÚDE HOME CARE

- ▶ **Direito Médico**
- ▶ **Apneia Obstrutiva do Sono**
- ▶ **Imunologia e a vacina Anti-COVID-19 ideal**



**Você não vai
ao médico,
o médico vai
até você.**

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



TIPOS DE ATENDIMENTO:



Consulta médica domiciliar



Internação domiciliar



Assistência em cuidado paliativos



Curativos



Procedimentos de enfermagem



Assistência materna domiciliar



Medicações injetáveis



Procedimentos de medicamentos



SAIBA MAIS: 📞 (85) 3039-3030
www.coaph.com.br | homecare@coaph.com.br



MENSAGEM AO LEITOR

Mesmo com a pandemia de COVID-19 ainda em curso, observamos uma forte tendência na saúde com o home care que tem se destacado na qualidade dos serviços ofertados pela COAPH Saúde, conceituada e cooperativa reconhecida no mercado de saúde.

Além de destacarmos sobre as tendências em saúde com a COAPH, outros conteúdos exclusivos estão sendo abordados na nossa revista digital a exemplo do projeto inovador e pioneiro no Ceará no Programa Social Visão Cidadã liderado pela Sociedade Cearense de Oftalmologia para facilitar ainda mais o acesso da população à consulta com um oftalmologista qualificado, além de óculos.

Um importante tema técnico para a atuação dos especialistas está com o artigo sobre apneia do sono de autoria do qualificado pneumologista Dr. Dylvaro Costa que traz

atualização de importantes pontos sobre esse tema.

Conteúdos conceituais sobre COVID-19, colesterol e outros mais podem ser conferidos na nossa revista digital, além da temática direito e saúde com o conselheiro e presidente da Comissão de Direito e Saúde da OAB Ceará o Dr. Renato Evando, qualificado médico e advogado.

Produzimos esta revista com muita dedicação e esperamos de coração que você goste!

Para mais conteúdos e números anteriores, acesse o nosso blog www.jornaldomedico.com.br e assine a newsletter ou, se preferir, baixe o aplicativo Jornal do Médico na AppleStore ou GooglePlay.

Até o próximo número e tenha uma ótima experiência com os nossos conteúdos! Cuide-se! #usemáscara!



Josemar ARGOLLO
CEO Jornal do Médico
Profissional de Marketing,
MBA em Comunicação e Marketing em 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, Nº 04/2020
[Agosto] Tendência em Saúde, Home Care
[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: Edson Golinha

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 números anteriores, acesse agora:
www.jornaldomedico.com.br

PUBLICAÇÃO RECONHECIDA:

Câmara Municipal de Fortaleza
(Requerimento Nº 2240/2014
Vereador Dr. Iraguassú Teixeira)

Assembleia Legislativa do Ceará
(Requerimento Nº 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.**



20
Ceará é pioneiro
no Programa
Social Visão
Cidadã

06 Tendência em saúde,
Home Care alia praticidade
e conforto no atendimento
médico em casa

10 Apneia obstrutiva
do sono

22 Direito Médico

26 Prontuário do paciente:
Bioética e Biodireito

30 Colesterol:
qual é a sua vilania?

34 Cardiologista:
protagonista no desafio
de evitar mortes por doenças
cardiovasculares

38 Eleições
AMC e AMB

46 Pesquisa alerta
para danos que
coronavírus pode causar
nos órgãos de reprodução

50 Pessoas com
Deficiência e
pandemia da COVID-19

54 A demanda de
cuidados de saúde
após a COVID-19

60 Hospital Veterinário
Dr. Sylvio Barbosa
Cardoso na luta contra a
COVID-19

64 Sobre a
interiorização
dos casos de COVID-19
em municípios com a
presença de unidades
acadêmicas da UECE

68 As Terras
de Zoar

72 O romantismo
francês da
tuberculose nas obras
literárias

76 Atraso da
linguagem falada

42
Imunologia e
a vacina anti-
COVID-19 ideal



TENDÊNCIA EM SAÚDE, HOME CARE ALIA PRATICIDADE E CONFORTO NO ATENDIMENTO MÉDICO EM CASA



Forte tendência em saúde, o Home Care 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 que acompanha o paciente, mantendo o nível de qualidade realizado no hospital. 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. 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 os custos de internação hospitalar, além de reduzir o tempo de internação.

Segundo Dra. Lara Santiago, diretora técnica do Home Care da COAPH Saúde, a modalidade 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. O Home Care é um serviço indicado para pessoas com diversas patologias ou em processo de recuperação, mediante recomendação médica.

Por meio do Home Care, é possível fazer ainda diversos procedimentos e exames com mais praticidade e conforto, como eletrocardiograma, raio-x, ultrassom, aplicação de medicação, teste da covid-19, curativos, dentre muitos outros serviços.

Home Care contra a covid-19

O serviço de Home Care é alternativa para consultas multidisciplinares, cuidados paliativos e exames médicos em casa, inclusive de prevenção e tratamento da covid-19.

"Com os serviços domiciliares, é possível identificar a gravidade de cada caso e encaminhar para a melhor forma de tratamento - tudo isso sem precisar passar por filas e esperas. O atendimento é realizado sem exposição a riscos tanto para o cliente quanto para os profissionais de saúde", destaca Dra. Lara Santiago, responsável pelo Home Care da COAPH Saúde.



O atendimento é realizado sem exposição a riscos tanto para o cliente quanto para os profissionais de saúde,

Home Care da COAPH Saúde

Buscando ampliar seu catálogo de serviços, a COAPH Saúde (Cooperativa de Atendimento Pré e Hospitalar) passa a realizar novos exames e procedimentos em seu Home Care. A cooperativa, referência em atendimento médico, começa a oferecer em domicílio os exames de eletrocardiograma, raio-x, ultrassom, ultrassom com

doppler e eletroencefalograma; e os procedimentos de aplicação de medicação intramuscular, aplicação de medicação endovenosa, cateterismo vesical de demora, cateterismo vesical de alívio, troca de gastrostomia, troca de traqueostomia, sondagem nasoenteral, sondagem nasogástrica e curativo.

Para mais informações, basta procurar o estande da COAPH Saúde no Shopping RioMar Papicu, em Fortaleza, ou ligar para (85) 3039-3030.

A COAPH Saúde realiza atendimento domiciliar em todas as regiões de Fortaleza e conta com outros serviços

de excelência no seu catálogo de serviços: ambulâncias para remoção domiciliar em casos de emergências, delivery de equipamentos médicos, além da venda de equipamentos focados em biossegurança e bem-estar.

Sobre a COAPH Saúde

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. ●



AUTOR: DR. DYLVARDO COSTA LIMA

Pneumologista, CREMEC 3886 RQE 8927

@dylvardo

dylvardofilho@hotmail.com

APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO



INTRODUÇÃO

A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um distúrbio respiratório comum, caracterizado por colapso repetitivo das vias aéreas superiores durante o sono, que causa a sua fragmentação, a queda na saturação de oxigênio e a sonolência diurna excessiva. Esse distúrbio também está associado a um aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares e a eventos cerebrovasculares; e esse risco de mortalidade aparentemente aumenta com a gravidade da AOS.

Além disso, a AOS também está associada negativamente à qualidade de vida, com comprometimento cognitivo e associada a maior risco de acidentes de trabalho e com veículos automotores. A associação entre Apneia Obstrutiva do Sono e Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Hiperlipidemia é muito forte.

Em adultos de meia-idade, a prevalência estimada da AOS é 10% para doença leve, 3,8% para a doença moderada e de 6,5% para a doença severa. No entanto, dada a baixa conscientização no público em geral e nos profissionais de saúde, estima-se que 80% a 90% das pessoas com AOS permaneçam sem diagnóstico. Dados os grandes impactos potenciais para a saúde

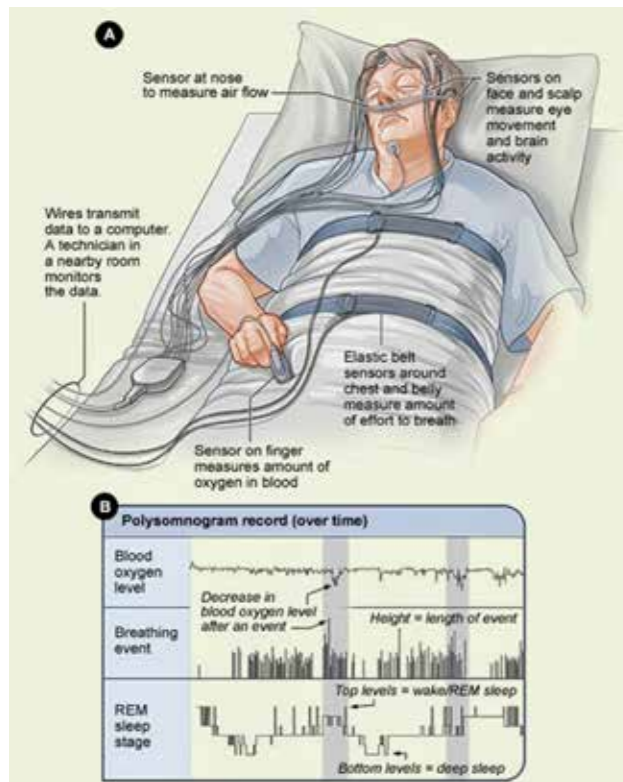
da AOS não tratada, especialmente nas formas moderada a severa, são essenciais um diagnóstico correto e um tratamento eficaz.

A obesidade contribui para AOS por depositar gordura nas paredes laterais da faringe posterior e na base da língua, levando a um estreitamento da via aérea, a uma redução do tônus muscular e a uma compressão mecânica da parede abdominal e torácica, reduzindo a tensão na traqueia (levando a um maior colapso na VAS) e reduzindo os volumes pulmonares.

Os sinais, sintomas e conseqüências da AOS são resultado direto dos distúrbios que ocorrem devido ao colapso repetitivo das vias aéreas superiores: fragmentação do sono, hipoxemia, hipercapnia, marcadas oscilações na pressão intratorácica e no aumento da atividade simpática. Clinicamente, a AOS é definida pela ocorrência de sintomas como sono não relaxante, sonolência diurna, fadiga ou insônia, ronco alto, interrupções respiratórias testemunhadas ou despertares ofegantes ou asfixia; na presença de pelo menos 5 eventos respiratórios obstrutivos (apneias, hipopneias ou despertares relacionados ao esforço respiratório) por hora de sono.

DIAGNÓSTICO

A presença e gravidade da AOS é geralmente determinada pela polissonografia (PSG), uma análise multimodal que mede parâmetros neurológicos (eletroencefalograma), cardíacos e respiratórios durante o sono. Os sensores respiratórios detectam reduções na ventilação, que são classificadas como apneias (cessação quase completa do fluxo



de ar por 10 segundos), hipopneias (diminuição parcial do fluxo de ar por 10 segundos) ou excitações relacionadas ao esforço respiratório (mudanças sutis no fluxo de ar devido à resistência aumentada das vias aéreas superiores que resultam em excitações). O índice de apneia-

hipopneia (IAH), que é a medida padrão da respiração desordenada do sono, é definido como o número de apneias ou hipopneias que ocorrem durante o sono, dividido pelo tempo de sono em horas.

A Academia Americana de Medicina do Sono (AAAM) classifica a gravidade da AOS de acordo com o IAH como: AOS leve (5-15 eventos por hora), AOS moderada (15-30 eventos por hora) ou AOS acentuada (> 30 eventos por hora). Mas o IAH, quando tomado isoladamente, é uma métrica rude e imprecisa, e qualquer medida da gravidade da AOS deve considerar a diversidade fisiopatológica do processo da apneia.

Portanto, o IAH por si só, não deve ser suficiente para prever com precisão os resultados adversos da AOS, e vários parâmetros clínicos e funcionais diferentes são necessários para refletir a complexidade da doença. Existem outros eixos potencialmente independentes de gravidade do evento (por exemplo, a profundidade e a duração da queda da saturação do oxigênio no sangue, a extensão e duração da excitação, o nível de ativação simpática) que podem afetar a gravidade da síndrome clínica geral; mas até o momento ainda não há um consenso, mas apenas pesquisas limitadas sobre a sua utilidade. ▶

O que é necessário hoje não é descartar totalmente o IAH, mas sim rebaixá-lo do nível de “padrão-ouro” como medida de severidade e usá-lo mais racionalmente. Os valores de 5 e 15/h estão presentes como pontos de corte acima dos quais dizemos que a AOS está presente. Um IAH intermediário (ou seja, entre 5 e 30/h) não confere um diagnóstico, mas uma probabilidade crescente de doença definida pelos resultados clínicos. Já um IAH alto (> 30/h) é claramente um marcador de doença.

Embora a Polissonografia convencional (PSG) realizada em laboratório (estudo de sono nível 1) ou a Polissonografia domiciliar (estudo de sono nível 2) permaneçam o “padrão ouro” para o diagnóstico de AOS, alguns métodos de diagnóstico mais simples foram propostos. Por exemplo, as medidas baseadas no fluxo de ar nasal e o esforço respiratório e/ou eventos de queda na saturação de oxigênio no sangue durante o sono (estudos de sono de nível 3 ou 4), também demonstraram uma precisão diagnóstica aceitável.

Os questionários de triagem, como por exemplo o STOP BANG, às vezes são usados para detectar os pacientes com alto risco de AOS, e detectam quais pacientes são candidatos a se submeterem a estudos do sono mais

completo posteriormente. Antes do início do tratamento, entretanto, uma avaliação detalhada da AOS deve ser realizada para identificar pacientes com risco de complicações da apneia do sono e para fornecer uma linha de base para medir a eficácia do tratamento subsequente.

A endoscopia do sono induzido por drogas (DISE) envolve o exame endoscópico das vias aéreas superiores durante a sedação inconsciente, identificando estruturas que contribuem para a obstrução das vias aéreas. Os achados do DISE referentes à parede lateral da orofaringe e à língua, podem ser os achados mais importantes dessa técnica de avaliação. No entanto, uma revisão sistemática e um estudo de corte multicêntrico mostraram que os estudos disponíveis carecem de evidências da associação entre o impacto da DISE e os resultados cirúrgicos.

TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM ADULTOS

Os tratamentos para AOS incluem modificação comportamental, o uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), o uso de aparelhos orais (AO) e os procedimentos cirúrgicos. Mais recentemente, e ainda em estudo clínico, existe a perspectiva do uso de medicação oral▶

mas o papel da farmacoterapia para AOS ainda permanece incerto, e a eficácia do tratamento proposto para AOS ainda não foi estabelecida.

1- Tratamentos comportamentais

Os tratamentos comportamentais abordam fatores que podem exacerbar o potencial de AOS. Evitar o uso de álcool e de sedativos antes de dormir é recomendado para todos os pacientes com AOS. Para alguns pacientes, a perda de peso afeta favoravelmente a manutenção das vias aéreas pérvias, minimizando os eventos apneicos e o ronco. Evitar a posição supina durante o sono também pode reduzir a frequência de eventos de apneia do sono em alguns pacientes.

2- Tratamentos não cirúrgicos para AOS em adultos

2.1- Pressão positiva contínua nas vias aéreas O tratamento de primeira linha para AOS é a pressão positiva contínua (CPAP) nas vias aéreas, na qual a via aérea superior é aberta para melhorar a permeabilidade durante o sono. O uso regular e adequado de CPAP reduz efetivamente os sintomas de sonolência e melhora as medidas de qualidade de vida. O CPAP é considerado a opção de tratamento preferencial para AOS moderada a grave, e tem uma taxa de sucesso de



aproximadamente 75%. Infelizmente, as taxas relatadas de não adesão (em que a adesão é definida como o uso de CPAP por 4 ou mais horas à noite) variam de 46% a 83% em diferentes estudos. Por isso são necessárias alternativas de tratamento para pacientes que recusam ou não toleram o CPAP.

2.2- Aparelhos orais

Aparelhos orais (AO) são bem tolerados na maioria dos pacientes. A maioria dos pacientes prefere o tratamento com AO ao invés de cirurgia ou CPAP, e a taxa de adesão ao AO é declaradamente maior, variando entre 40% a 80%. Comparado aos AO, o CPAP produz melhores resultados na Polissonografia, especialmente na redução do IAH. Portanto, o CPAP é mais eficaz para melhorar a respiração em distúrbios do sono, mas em

termos práticos de resultados clínicos, AO e CPAP acabam tendo resultados semelhantes. De acordo com os parâmetros da AAAS, o AO é a terapia preferida para AOS, independentemente da gravidade, quando o CPAP é ineficaz ou não tolerado.

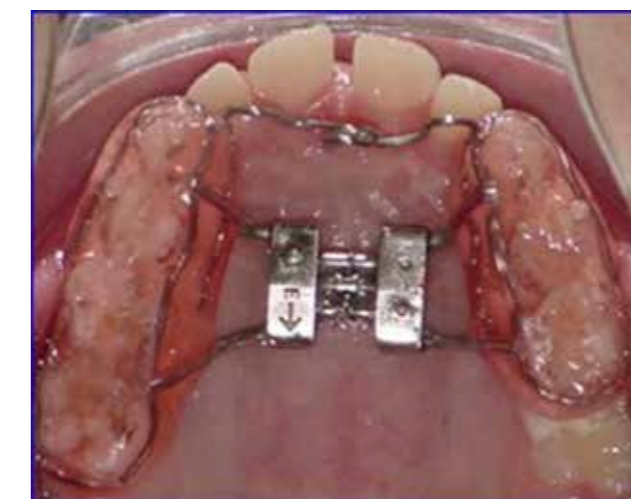
Vários dispositivos e modelos de AO foram usados para tratar a AOS. Os dois modelos mais comuns, são os dispositivos de retenção de língua e os aparelhos de avanço ortodôntico ou mandibular. Um AO melhora a abertura das vias aéreas superiores, modificando a posição da língua e de estruturas associadas das vias aéreas superiores.

O monitoramento das alterações dentárias e esqueléticas causadas pelo uso prolongado de AO é essencial. No entanto, uma recente revisão sistemática e metanálise mostraram que os AO não causam

alterações significativas. Embora alguns efeitos colaterais possam parecer substanciais, eles são superados pelos benefícios do uso de um AO, especialmente considerando a natureza potencialmente fatal de uma AOS severa. Portanto, também é imperativo que os pacientes sejam informados dos possíveis efeitos colaterais a longo prazo antes do início da terapia.

2.3- Expansão rápida da maxila assistida por mini-implantes (MARPE)

A Expansão Rápida da Maxila Assistida por Mini-implantes (MARPE) é uma técnica que utiliza um expansor esquelético maxilar (EME) ancorado no palato com mini-implantes para permitir a expansão do osso basal subjacente e minimizar os efeitos colaterais sobre os dentes posteriores. O EME pode aumentar o tamanho da cavidade nasal e



umentar substancialmente o fluxo de ar através das vias aéreas nasais, reduzindo assim a resistência das vias aéreas superiores. Portanto, o MARPE pode ser uma modalidade de tratamento eficaz para adultos com AOS em casos selecionados.

3- Tratamentos cirúrgicos para AOS em adultos

3.1 Uvulopalatofaringoplastia

Um dos tratamentos cirúrgicos mais comuns da AOS é a uvulopalatofaringoplastia (UPPP), que envolve a remoção das amígdalas, úvula e velum posterior. Múltiplas variações de UPPP foram descritas. Como o UPPP não alcança consistentemente a normalização do IAH, no entanto, o AAAS não recomenda o UPPP como um único procedimento para o tratamento da AOS moderada a grave.

3.2- Traqueostomia

Embora a traqueostomia tenha a vantagem de contornar as obstruções das vias aéreas superiores e possa melhorar substancialmente a AOS, ela é considerada um procedimento cirúrgico de último recurso. Os candidatos ideais à traqueostomia são pacientes cujos tratamentos médicos falharam, que não são candidatos à cirurgia de tecidos moles

e/ou recusaram a cirurgia de avanço maxilomandibular.

3.3- Cirurgia de avanço maxilomandibular

A taxa de sucesso relatada da Cirurgia de avanço maxilomandibular (CAM) varia de 75% a 100%, o que torna o tratamento cirúrgico mais eficaz para AOS (depois da traqueostomia). A maioria dos pacientes com IAH residual alto, após falha no tratamento cirúrgico da AOS, provavelmente se beneficia do CAM. Alguns pesquisadores agora consideram o CAM o padrão-ouro no tratamento ortodôntico cirúrgico da AOS. ▶



Uma revisão sistemática mostrou que o CAM é um tratamento eficaz para AOS, não apenas porque amplia as vias aéreas superiores nas dimensões anteroposterior e lateral, mas também porque eleva o osso hióide. A base da língua e o palato mole são atraídos para a frente, o que aumenta o espaço das vias aéreas e reduz a resistência das vias aéreas superiores.

O CAM modificado é um tratamento eficaz para AOS moderada a grave, porque não tem efeitos negativos na aparência facial ou na oclusão dentária. Para melhores resultados, é necessária a integração ortodôntica-cirúrgica.

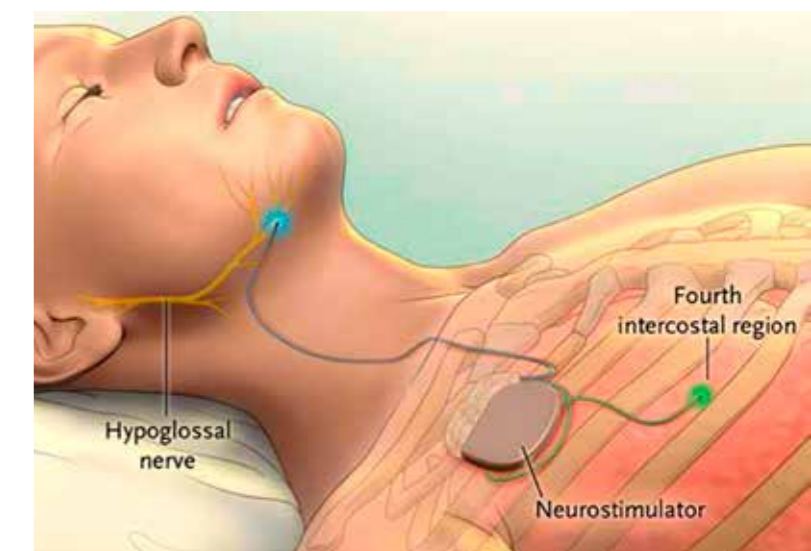
3.4- Estimulação do nervo hipoglosso por marcapasso

O tratamento cirúrgico da AOS evoluiu na era da neuroestimulação, incluindo o advento da estimulação do nervo hipoglosso. Em 2014, a Food and Drug Administration dos EUA aprovou o uso do estimulador do nervo hipoglosso no tratamento da AOS. Os cirurgiões do sono implantam cirurgicamente um dispositivo de estimulação das vias aéreas superiores em pacientes com AOS que têm dificuldade em tolerar ou aderir à terapia com CPAP. A neuroestimulação para a estabilidade das vias aéreas superiores durante o

sono foi proposta como uma opção menos invasiva e mais eficaz para pacientes selecionados. A taxa de sucesso da estimulação do nervo hipoglosso é aparentemente mais alta em pacientes com baixo índice de massa corporal, IAH menor que 50, e padrão anteroposterior do colapso palatal.

3.5- Cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica pode ser indicada como uma via indireta e alternativa, após a falha de sucesso terapêutico com medidas médicas conservadoras para uma efetiva e sustentada redução de peso (dieta, medicamento e atividade física), e deve ser considerada quando o IMC ≥ 35 e exista pelo menos uma comorbidade como o DM, a HAS ou uma AOS severa; ou quando IMC > 40 mesmo sem estas complicações. Na AOS, cerca de 27% dos pacientes ▶



operados alcançam um IAH < 15 em 2 anos, mas quase 90% permanecem com IAH >5, embora haja uma melhora na qualidade de vida, na redução do ronco, na escala de sonolência e no teste de caminhada de 6 minutos.

4- Farmacoterapia para AOS

Combinação de medicamentos mostra promessa para o tratamento da Apneia do Sono

Recentemente, uma equipe de pesquisadores de Boston liderada por Luigi Taranto-Montemurro, identificou um par de medicamentos (aprovados para outros usos e já com sólidos registros de segurança), que parecem funcionar em conjunto durante o sono, para ativar os músculos que dilatam as vias aéreas superiores. Em um estudo com 20 pacientes, os cientistas descobriram que uma combinação de atomoxetina e oxibutinina, tomadas como duas pílulas na hora de dormir, reduziu a frequência de obstrução das vias aéreas dos pacientes, o chamado índice de apneia-hipopneia (IAH), de uma mediana de 28,5/h no placebo para 7,5/h com uso da medicação, com uma redução mediana de 74%, e mínima de 50% em todos os pacientes testados. Além disso, a oxigenação do sangue dos pacientes também melhorou bastante, segundo o grupo.

Os cirurgiões do sono implantam cirurgicamente um dispositivo de estimulação das vias aéreas superiores em pacientes com AOS que têm dificuldade em tolerar ou aderir à terapia com CPAP.

O ensaio clínico está em fase final de testes e resultados promissores são aguardados para breve.

FENOTIPAGEM NA AOS

A patogênese da AOS e a abordagem terapêutica mudaram consideravelmente ao longo do tempo. Existem múltiplas causas ou características fenotípicas que contribuem para a patogênese da AOS. Essas características incluem componentes anatômicos (vias aéreas superiores estreitas/colapsáveis) e não-anatômicas (acordar com muita facilidade durante o estreitamento das vias aéreas, atividade muscular dilatadora da faringe ineficaz ou reduzida durante o sono e controle ventilatório instável).

Embora os conceitos iniciais enfatizassem a necessidade de suporte mecânico das vias aéreas

superiores, a ênfase atual está em identificar qual dos vários mecanismos possíveis é ou são responsáveis em pacientes individuais (fenotipagem), com o objetivo terapêutico de direcionar os mecanismos agressores específicos por meios não-mecânicos, ou seja, uma terapia individualizada.

A identificação das características e o desenvolvimento de terapias que visam seletivamente uma ou mais das características tratáveis, em vez de uma abordagem de tamanho único, tem o potencial de personalizar o gerenciamento dessa condição crônica de saúde, para otimizar os resultados dos pacientes de acordo com a precisão dos princípios da medicina.

CONCLUSÃO

Apesar da crescente compreensão da Apneia Obstrutiva do Sono, muitas questões permanecem não respondidas, e problemas não

resolvidos com os tratamentos propostos. Equipes multidisciplinares, compostas por pneumologistas com formação em Medicina do Sono, dentistas, ortodontistas e cirurgiões maxilofaciais orais, podem estabelecer as bases para abordar essas questões, facilitando a prestação da máxima qualidade de assistência médica para pacientes com AOS. A comunicação e o acompanhamento constantes entre os membros da equipe são essenciais para o gerenciamento eficaz da AOS. ●

 **Parceiro autorizado
Embraccon**


PARCERIA EMBRACCON


- Segurança
- Taxas atrativas
- Benefícios exclusivos

 **JornaldoMédico®**

Realize seus sonhos com
o Consórcio

Contato: Lídia Lisboa

 (085) 99709-7002 / 98823-8585

 lidialisboaconsorcios



CEARÁ É PIONEIRO NO PROGRAMA SOCIAL VISÃO CIDADÃ



O Ceará é o primeiro Estado brasileiro a participar do Programa social Visão Cidadã. O serviço social facilita o acesso ao atendimento oftalmológico à população de baixa renda (aposentados, assalariados e pensionistas que comprovem receber até R\$ 1.200), assim como desempregados e beneficiários do Bolsa Família, e filhos menores e cônjuges do titular.

A iniciativa disponibiliza consultas com condições acessíveis ou gratuitas por meio de uma plataforma online e já recebeu a adesão da Sociedade Cearense de Oftalmologia (SCO) e da Sociedade Norte e Nordeste de Oftalmologia (SNNO).

O programa iniciou em maio de 2019. O acesso a plataforma é simples. Para marcar o atendimento, basta acessar o site do Visão Cidadã (www.visaocidada.org.br), cadastrar-se na “Área do Paciente”, e buscar um médico oftalmologista mais próximo. A partir daí, é preciso marcar a data e a hora da consulta, e realizar o agendamento.

Muitos médicos e clínicas disponibilizaram vários horários para esse grupo carente de pacientes. Para os profissionais que vão atender, o processo de cadastramento é parecido: bastan entrar no mesmo endereço online, acessar a aba de “Área Médica” e efetuar seu cadastro, seguindo as orientações para indicação de horários

disponíveis.

“Esse programa social oferece uma grande oportunidade a milhares de pessoas que hoje não recebem atendimento oftalmológico adequado, seja pela dificuldade do acesso ou até mesmo pela demora em conseguir uma consulta pela rede pública. Sem falar dos profissionais da saúde, que estarão engajados numa causa nobre, doando seu tempo e conhecimento em prol da correção visual”, comenta o Dr. George Carneiro, presidente da Sociedade Cearense de Oftalmologia (SCO).

“Quando uma pessoa tem uma boa visão, ela também tem mais qualidade de vida. Muitos problemas de visão podem ser resolvidos, em sua maioria, se diagnosticados a tempo pelo médico oftalmologista. Por isso, esperamos que, a cada dia, mais médicos participem do Visão Cidadã. Além disso, os usuários com uma receita médica de óculos, poderão contar com o serviço social Ótica Cidadã que disponibiliza óculos em condições acessíveis através de óticas credenciadas, fechando assim o ciclo da correção visual”, afirma Sandra Abreu, diretora do Instituto Ver & Viver, um dos apoiadores da iniciativa junto às Sociedades Médicas.

O Programa social Visão Cidadã é contínuo, vai ser lançado agora, mas continuará ampliando a sua rede de médicos credenciados.



AUTOR: CONSELHEIRO DR. RICARDO MADEIRO

Médico, Advogado e presidente da Comissão de Saúde da OAB Ceará

CREMEC: 4556 OAB/CE 17932

ricardomadeiroadvassociados@yahoo.com.br

DIREITO MÉDICO



A Constituição Federal do Brasil de 1988, é considerada como a Constituição Cidadã, vez que trouxe muitos direitos com garantias fundamentais aos cidadãos brasileiros e até mesmo aos estrangeiros, à exemplo do direito à saúde, em que garante a todos os brasileiros e estrangeiros no Brasil, o direito ao acesso ao SUS, através da prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

Outras grandes garantias asseguradas pela Carta Magna de 1988, foi o acesso gratuito à justiça, o direito a indenização de danos morais, o direito do idoso, a criança e do adolescente, regulados pelos estatutos do idoso e da criança, entre outros direitos.

Todas essas garantias de direitos asseguradas pela Constituição brasileira, somados a poucos recursos financeiros destinados à saúde; a alarmante deficiência do quantitativo necessário de profissionais de saúde para atender a demanda reprimida, as péssimas condições de atendimento médico em que são submetidos os médicos na atenção primária e secundária; a facilidade de acesso a informação e o crescimento do número de defensores públicos também levaram ao aumento de demandas judiciais, bem como a criação das Promotorias

especializadas em Saúde Pública. Tais atuações vieram com a finalidade de resolver os problemas advindos das relações do usuário com o SUS e dos usuários com os planos de saúde, além da relação dos usuários com os profissionais de saúde, em especial com os médicos.

Assim é que, com o advento de todos estes direitos e problemáticas relatadas alhures, passou a ser necessário a criação de normas que regulassem todas estas relações, e assim surgiu uma vasta legislação específica. Desta forma é que foi surgindo a necessidade do aprofundamento dos estudos por parte dos operadores do direito, vez que se passou a exigir um conhecimento técnico mais específico da matéria, e assim surgiu o Direito Médico e o direito a Saúde.

O Direito Médico então, é um ramo do direito que exige conhecimento técnico específico da atuação, da habilidade do médico e dos demais profissionais de saúde nas suas mais diversas relações.

Assim é que o Direito Médico compreende toda e qualquer matéria que advenha da relação médico paciente, médico empregador/público e privado.

O Direito Médico, enquanto ciência▶

jurídica, exige conhecimento de vários ramos do Direito, a exemplo do Direito Constitucional, no que diz respeito às garantias fundamentais individuais e coletivas, o Direito civil, no que diz respeito ao instituto da reparação do dano moral/Estético e material provocado culposamente pelo médico, em que o paciente busca uma reparação financeira em virtude de um suposto erro médico alegado; o Direito Penal, em que o Estado ou o Privado busca uma punição de privação de liberdade, em função de um acometimento de ato ilícito como homicídio doloso ou culposo por ato negligente, imperito ou imprudente, gerando resultado morte; a lesão corporal, eutanásia, mistanásia, além

de outros acometimentos de atos ilícitos como Peculato (utilização de bem público em benefício próprio); corrupção ativa ou passiva (recebimento de complementação financeira do paciente SUS); emissão de atestado médico gracioso; Omissão de Socorro em atendimentos de urgência/emergência; não notificação compulsórias às autoridade sanitárias de doenças transmissíveis; estelionato através de emissão de relatórios ou atestados médicos falsos com intuito de trazer danos a terceiros, como seguradoras e empresas particulares e públicas, entre vários outros possíveis crimes que possam ocorrer relacionados com o exercício da profissão médica. ▶

O direito Médico também exige conhecimento na esfera trabalhista, no direito administrativo (conflito na relação do servidor público médico e o Estado), na deontologia médica e na ética médica, quando há indícios de lesão ao Código de Ética Médica, quando se torna possível a abertura de sindicância/Processo Ético Profissional, movido junto ao Conselho Regional do profissional em questão..

Enfim, o Direito Médico é um novo ramo do Direito, altamente específico, que exige conhecimento jurídico e técnico da medicina, daí a necessidade de muitos operadores do direito do direito necessitem de um médico perito para embasar tecnicamente uma defesa ou uma acusação. Não é por menos que a disciplina de Direito Médico já faz parte da grade curricular, seja como

disciplina obrigatória seja como disciplina opcional, tanto nos Cursos de Direito como nos cursos de Medicina.

Desde muito temos incansavelmente lutado junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, pela criação de varas cíveis e penais específicas voltadas para o Direito Médico, o que certamente iria exigir dos promotores e juízes com atuações nestas varas, de um aprofundamento em busca do conhecimento de normas específicas, ou seja, passaria a exigir de todos os operadores do direito atuando nesta área, um conhecimento jurídico e um conhecimento real da realidade com que atuam os profissionais de saúde, afim de que os casos concretos possam ser julgados com uma maior segurança jurídica. ●





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

PRONTUÁRIO DO PAÇIENTE: **BIOÉTICA E BIODIREITO**



Entre os registros da assistência prestada pelo médico, destaca-se o “Prontuário do Paciente” (PP). Trata-se, nos termos do Conselho Federal de Medicina (CFM), do “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

Nos postos de enfermagem dos hospitais, nos arquivos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas emergências pré-hospitalares das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), nos consultórios das clínicas privadas ou, hodiernamente, nos arquivos digitais em suas diversas plataformas – entre tantos espaços físicos ou virtuais – são dispostas inúmeras informações que abordam aspectos relevantes no cuidado do enfermo, eventualmente anotadas no passar de décadas. De fato, alguns desde a infância até propecta idade. Naturalmente, tais anotações são confidenciais e abrigadas pelo sigilo médico, que se mantém mesmo no pós-morte do paciente.

Etimologicamente, nasce do latim *Prontuarium*: lugar onde se guarda

algo que deve estar ao alcance das mãos. Nesta perspectiva; os esculápios e tantos outros profissionais que assistem o paciente, devem anotar, de forma lógica e cronológica (incluindo data e horário), todos os fatos e circunstâncias que envolveram o amparo prestado. Sendo assim, de pronto é perceptível a relevância de adequadamente assentar as informações produzidas ao transcorrer desta relação médico(a)-paciente.

Neste cenário, alguns dispositivos legais e da Ética Médica, disciplinarão o tema. Assim, assume destaque a Resolução CFM 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Nesta alentada normativa, são descritos os itens compulsórios que devem compor o prontuário. São estes:

- Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o Estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, Estado e CEP);
- Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado. Evolução diária do paciente, com data ▶

e horário, discriminação de todos os procedimentos aos quais foi submetido;

- Identificação, com assinatura, dos profissionais que realizaram cada ato assistencial. Se armazenados eletronicamente, devem ser assinados digitalmente (com a adequada certificação);

- Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente. São também obrigatórios o respectivo número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), além do número de Registro de Qualificação de Especialista (RQE), se constar a especialidade médica exercida;

- Em situações de urgência/emergência, nas quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade de saúde.

O PP também se encontra regido por meio dos artigos 85, 87, 88, 89 e 90 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2018). Estes, compõem o Capítulo X, que aborda o tema dos “Documentos Médicos”. Nestes dispositivos, destacamos algumas

orientações: manuseio do prontuário somente por pessoas autorizadas, a letra legível ao confeccioná-lo, a guarda institucional do documento, além do dever de fornecer cópia quando solicitado pelo assistido, por seu representante legal, por determinação judicial, para defesa própria do médico ou por solicitação do CRM.

Acrescente-se que, na mesma perspectiva do ético preenchimento do prontuário do assistido, deve-se evitar rasuras, uso de corretivos, abreviações ou siglas (por mais consagradas que possam parecer). Destaque-se que, também se trata de meio utilizado em pesquisas científicas, sempre no horizonte do aperfeiçoamento e da qualidade dos serviços assistenciais.

Outro cuidado a se observar é a preservação adequada deste documento, sob pena de expor os responsáveis, por eventuais danos ao prontuário, as responsabilidades legais (art. 25 da lei 8.159/91), in verbis:

Art. 25 - Ficarà sujeito à responsabilidade penal, civil e administrativa, na forma da legislação em vigor, aquele que desfigurar ou destruir documentos de valor permanente ou considerado como de interesse público e social.

Mantém-se tal zelo, mesmo na modalidade de “Prontuário



Eletrônico”, que deve observar os moldes apontados na Resolução CFM 1.821/2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Oportuno lembrar que o prontuário também é um meio de prova utilizado em diversas lides processuais, a exemplo das instauradas nos CRM e varas do Poder Judiciário (Criminais, Trabalhistas ou Cíveis). É o que preleciona o art. 225 do Código Civil (Lei 10.406/2002):

Art. 225. As reproduções fotográficas, cinematográficas, os registros fonográficos e, em geral, quaisquer outras reproduções mecânicas ou eletrônicas de fatos ou de coisas fazem prova plena destes, se a parte, contra quem forem exibidos, não lhes impugnar a exatidão.

In fine, consentâneo destacar o pensamento do notável escultor francês Alexandre Lacassagne: o prontuário do paciente representa segurança para os médicos cultos e conscienciosos, ameaça constante para audazes sem escrúpulos, ignorantes e incorrigíveis, barreira intransponível contra reclamações e caprichos de clientes descontentes.



AUTOR: CONSELHEIRO PROF. DR. ERICH PIRES LISBOA

Professor-Assistente dos módulos de Endocrinologia e Nutrologia, Coordenador do internato de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Mestre em Medicina pela UFC
CREMEC 6466 RQE 2040.
✉ echpl39@gmail.com

COLESTEROL: QUAL É A SUA VILANIA?



Como é sabido por todos que desejam ter boa saúde, a recomendação de uma alimentação balanceada e nutritiva é a base para se atingir este objetivo. Desde a antiguidade já se sabe que a alimentação desempenha um papel importante na manutenção de uma vida saudável.

Porém, apenas quando a produção alimentar tornou-se uma indústria próspera e acessível é que a preocupação com seus excessos passaram a permear a seara da medicina. A descoberta dos lipídeos e do colesterol no século passado, nos trouxe um vasto conhecimento sobre a estrutura molecular e suas funções fisiológicas nos seres vivos. Sim, as gorduras e o colesterol desempenham um papel importante no nosso organismo, servindo como estrutura fundamental para várias células e formação de hormônios, chamados de esteroides.

Por ser tão importante, boa parte do colesterol circulante do nosso organismo é produzido por ele, e apenas uma pequena parte provém da alimentação. Portanto, comer a quantidade certa de colesterol não irá fazer seu colesterol subir, ou se deixá-lo de comer também não irá baixar significativamente. O colesterol é classificado de acordo com sua densidade e sua composição química,

sendo estas substâncias chamadas de lipoproteínas. Dessa forma, temos as lipoproteínas de muito baixa densidade (do inglês, VeryLowDensityLipoprotein) – a VLDL, as lipoproteínas de baixa densidade (LowDensityLipoprotein) – a LDL, e por fim a lipoproteínas de alta densidade (High DensityLipoprotein) a HDL.

Essas proteínas compõem o perfil do colesterol total, e como pode ser visto, a concentração do colesterol total não tem um papel específico dentro do organismo, mas sim, cada uma dessas moléculas que desempenham papel importante do metabolismo corporal. O colesterol surge do processo do metabolismo das gorduras ingeridas, que são ricas em outra substância do metabolismo lipídico, os triglicerídeos, e a produção endógena de colesterol, sendo o VLDL o principal substrato produzido e que será metabolizado pelos tecidos para comporem suas estruturas moleculares e suas substâncias essenciais como os hormônios e algumas vitaminas (como a vitamina D, por exemplo). Esse colesterol só chega aos tecidos a partir das moléculas da LDL que são efetivamente utilizadas para tais funções. Já a HDL, também é produzido em sua maior parte pelo organismo, e uma pequena parte do processo intestinal, e elas são as responsáveis por fazerem a “limpeza” das sobras da LDL que estão circulando e devolvê-

las para o fígado para seguir todo o processo novamente.

É a partir daí que começam os problemas com o colesterol como doença. Muitas pessoas nascem ou desenvolvem problemas neste metabolismo endógeno, de modo que acabam provocando um acúmulo destas partículas da LDL, que acabam circulando em quantidades excessivas, provocando dessa forma uma inflamação nos vasos sanguíneos, que gera uma resposta de absorção desta lipoproteína para dentro das suas paredes, especialmente as artérias, que são os vasos que levam o sangue para ser distribuído no nosso organismo, surgindo daí o que se chama de aterosclerose.

A aterosclerose é a principal causa de doenças cardiovasculares no mundo em geral, como o infarto do miocárdio e os acidentes vasculares cerebrais, mas também as obstruções de vasos periféricos em membros, que podem levar a amputações destes. E estas doenças são comuns no nosso país. Pessoas que tem os níveis elevados de colesterol e da sua fração aterogênica não devem consumir colesterol em excesso, pois facilitam a formação de tal patologia mortal. Da mesma forma, há pessoas que nascem com problemas genéticos para metabolizar o colesterol, são as dislipidemias primárias ou familiares, extremamente agressivas e que levam a problemas

cardiovasculares muito precocemente.

Por conta desta situação, várias entidades promovem um dia para o combate ao colesterol, como a sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia (SBEM) no dia 8 de agosto. Este ano, foi realizada uma campanha durante os 8 primeiros dias de agosto, orientando sobre os mitos e as verdades sobre o colesterol. Vale a pena dar uma olhada neste folheto (https://www.endocrino.org.br/media/folder_dia_nacional_do_combate_ao_cholesterol_2019.pdf) e passar nas redes sociais da sbem no youtube (<https://youtu.be/NBmywUV83k>), no instagram (@sbemnacional) ou facebook (www.facebook.com.br/sbemnacional).

Ter acesso a informação de qualidade, de modo a evitar que informações sem embasamento científico possam continuar se disseminando para a população, é um papel crucial para todos os que praticam a boa medicina baseada em ciência.

Ainda não tem o app Jornal do Médico?

Baixe agora na Apple Store ou Google Play
e acesse conteúdos validados e opinados
por renomados especialistas da medicina e saúde!



Aplicativo Jornal do Médico.
Conteúdo Qualificado
por renomados especialistas!



www.jornaldomedico.com.br

Jornal do Médico



AUTOR: MARCELO QUEIROGA

médico formado pela Universidade Federal da Paraíba, especialista em Cardiologia com atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, doutor em Bioética e presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

@sbc.cardiol

www.portal.cardiol.br

CARDIOLOGISTA: protagonista no desafio de evitar mortes por doenças cardiovasculares

O dia 14 de agosto foi a data escolhida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) para celebrar o Dia do Cardiologista, especialista responsável por cuidar de um órgão tão vital e prioritário para se ampliar a longevidade da população com

qualidade de vida.

E as histórias da cardiologia e da SBC se fundem. Foi nessa mesma data que, há 77 anos, a entidade foi fundada sob a liderança de Dante Pazzanese. Uma trajetória longa e, ao mesmo tempo, de dinamismo e



modernidade, que a tornou a maior sociedade de cardiologia latino-americana e a terceira maior do mundo, atualmente com mais de 13 mil associados.

Além de homenagear e parabenizar o médico que cuida do coração, a SBC reforça a necessidade de que cada cardiologista deve empregar o melhor da ciência em favor do paciente, com ênfase no cuidado humanizado para salvar vidas.

O grande desafio hoje é reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares e esse tem sido o foco de atuação societária, que transcende as fronteiras estaduais, integrando o Brasil, de norte a sul, para atingir as metas mundiais, preconizadas pela Organização

Mundial da Saúde (OMS). Devemos nos manter mobilizados para atingir esses objetivos.

Também é a oportunidade de lembrar a todos os brasileiros sobre a importância da cardiologia como especialidade médica e sua missão de cuidar da saúde do coração.

Aproximadamente 14 milhões de brasileiros têm alguma doença cardiovascular e mais de 380 mil morrem por ano em decorrência dessas enfermidades, o que corresponde a 30% de todas as mortes no país. São cerca de mil óbitos por dia, são números expressivos e preocupantes, sobretudo diante de doenças que poderiam ser prevenidas e tratadas. É um assunto de absoluta relevância, ▶

que precisa ser encarado pelas autoridades públicas como prioritário.

A maioria das doenças cardiovasculares pode ser prevenida, evitando o uso do tabaco e o consumo nocivo de álcool, com dieta saudável e atividade física. Quem já tem essas doenças deve ser acompanhado por um cardiologista, seguir o tratamento e fazer o uso regular dos medicamentos conforme prescrição.

Com a pandemia do novo coronavírus, as autoridades sanitárias do Ministério Saúde têm mostrado que a cardiopatia é a comorbidade mais associada com a mortalidade em decorrência da Covid-19. No entanto, o receio da contaminação também tem motivado os portadores de doenças cardiovasculares negligenciarem a rotina de cuidados à saúde.

A SBC vem acompanhando a situação atentamente e já detectou a redução de atendimentos cardiológicos de urgência em todo o país.

Essa redução de atendimentos nas urgências, em pesquisa realizada pela SBC na base de dados da Associação dos Registradores de Pessoas Naturais do Brasil (Arpen-Brasil), com o apoio de pesquisadores da

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), verificou-se aumento dos óbitos em domicílio por doenças cardiovasculares inespecíficas.

Informações disponíveis no Portal da Transparência (transparencia.registrocivil.org.br) mostram que houve redução de 11,4% das notificações de óbitos por infarto e acidente vascular cerebral (AVC) desde o início da pandemia, e aumento de quase 50% dos óbitos domiciliares por doenças cardíacas inespecíficas (morte súbita e parada cardíaca).

É fundamental, portanto, que a população não fique sem atendimento, principalmente os portadores de doenças cardiovasculares, que devem estar atentos aos cuidados para evitar o contágio pelo novo coronavírus e manter o acompanhamento clínico adequado, pois o risco de morte para esse grupo de pessoas é três vezes maior quando comparado à população geral.

Agir de maneira preventiva e antecipar o atendimento é a melhor solução para que os resultados sejam mais satisfatórios aos pacientes.

A cardiologia enfrenta muitos desafios e, diante do cenário ▶

da pandemia, os cardiologistas precisam estar atentos às possíveis complicações da Covid-19 e ser proativos no fortalecimento do SUS, pois 75% dos brasileiros são assistidos pelo sistema público de saúde, que é quem socorre em um momento de fragilidade como o atual e é a mais importante ferramenta para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus e todos os outros males que afetam as pessoas.

Temos que pugnar pela sustentabilidade desse sistema e pela consecução de políticas públicas capazes de mudar os indicadores, inclusive das doenças cardiovasculares. Cabe-nos o desafio de propor soluções. Os problemas já sabemos, e as respostas passam por

melhorias da eficiência do sistema, principalmente do público. Não temos um tratamento eficaz, pelo menos cientificamente comprovado, contra a Covid-19, mas aqueles doentes mais graves precisam de terapia intensiva de qualidade.

A eficiência do sistema de saúde está relacionada ao fortalecimento da atenção primária, assim como a uma mudança do modelo de remuneração dos procedimentos médicos da assistência à saúde do país. Isso significa dar cada vez mais espaço à remuneração baseada em valor, cujo pagamento ao profissional não se dá pelo volume de trabalho, e sim pela qualidade do que é oferecido aos pacientes. ●

ELEIÇÕES DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA CEARENSE E ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ELEIÇÕES AMB/AMC 2020

21 à 31 de agosto



As eleições da Associação Médica Cearense (AMC) e Associação Médica Brasileira (AMB) ocorrerão das 09hs do dia 21 de agosto de 2020 às 18:30 horas do dia 31 de agosto de 2020, através do site: <https://eleicaoamb.com.br/>. Os eleitores poderão votar para as Diretorias da AMC e AMB, respectivamente, de forma virtual ou física, respeitando os protocolos de biossegurança. Caso o associado não tenha condições de acessar a plataforma, a Associação Médica Cearense disponibilizará terminais para votação eletrônica na sua sede.

Os eleitores receberão uma senha, através do e-mail ou celular cadastrado junto a Associação Médica Cearense. Caso não receba sua senha, entre no site da eleição e faça a atualização dos seus dados.

A eleição da AMC, é encabeçada por uma única chapa "Somos Todos AMC", presidida por Doutor José Aurillo Rocha, médico oncologista, com mestrado em Farmacologia Geral pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Farmacologia Clínica pela Universidade Federal do Ceará; Membro da SBOC (Sociedade Brasileira de Cancerologia Clínica) e da ASCO (American Society of Clinical Oncology). Atua como investigador no Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos (NPDM) unidade de Farmacologia

Clínica da Universidade Federal do Ceará (UFC) em pesquisas envolvendo biologia molecular, farmacogenética do câncer e/ou receptores de imunomarcação do câncer e pesquisa clínica envolvendo câncer de mama e pulmão. Diretor da Oncovie e NOHC- Núcleo de Oncologia e Hematologia do Ceará, e desde 2013, faz parte da Diretoria da Associação Médica Cearense, sendo atual Diretor de assuntos profissionais da entidade.

A eleição da AMB, conta com o pleito de duas chapas, sendo a Chapa 1 "Juntos Podemos Mais", presidida pelo doutor Diogo Leite Sampaio, Graduado em medicina na Faculdade Souza Marques, tendo anesthesiologia como especialidade, com residência feita no Hospital Federal do Andaraí, no Rio de Janeiro, e também possui Título de Especialista da AMB/ SBA. Ingressou no movimento do associativismo médico na AMERERJ (Associação dos Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro), que presidiu entre 2004 e 2005. Logo a seguir, em 2005/2006, também presidiu a Associação Nacional de Residência Médica (ANMR). Em Cuiabá, é diretor clínico do Hospital Beneficente Santa Helena e diretor do Hospital de Câncer de Mato Grosso, coordenador do Programa de Residência Médica em Anesthesiologia. Vice-presidente da AMB desde 2017, entre 2014 e 2017 ocupou o ▶

cargo de diretor de Comunicação. E a chapa 2 "Nova AMB", presidida pelo doutor César Eduardo Fernandes, Professor Titular de Ginecologia da FMABC - Faculdade de Medicina do ABC (Santo André-SP) desde 2011. Presidente atual da FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia para o mandato 2016-2019. Graduado em Medicina pela FCMSCSP - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1975). Residência médica em ginecologia e obstetrícia na SCSP - Santa Casa de São Paulo concluída em 1979. Mestrado em Medicina (Tocoginecologia) pela FCMSCSP (1994) e doutorado em Medicina (Tocoginecologia) pela mesma instituição (1996). Livre-Docente pela Universidade Federal da Bahia, UFBA. Presidiu a SOGESP (Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo) por dois mandatos (2010-2011 e 2012-2013).

QUEM PODE VOTAR

Médicos admitidos como associados até dia 30/03/2020 e em dia com suas contribuições referentes ao primeiro semestre de 2020. A quitação deste período pode ocorrer até o dia 31/08. Lembrando que é necessário estar com seus dados cadastrais atualizados para receber a senha eletrônica.

REGULARIZAÇÃO FINANCEIRA E DÚVIDAS

Para regularizar a situação financeira ou tirar dúvidas ligue para a AMC, (85) 3092.0401, whatsapp (85) 99640.1001 ou para AMB, (11) 3178-6800, das 09h às 17h, inclusive sábados e domingos, até o término das eleições. Ou pelos e-mails amc@amc.med.br e

[/ eleicoes2020@amb.org.br](mailto:eleicoes2020@amb.org.br).

Saúde em Pauta

Toda Sexta, às 18h, no YouTube

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





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](https://www.instagram.com/therezammagalhaes)

Imunologia e a vacina ANTI-COVID-19 IDEAL



Como sabemos, o sistema imunológico é nosso sistema de proteção. Em uma virose comum, as células de defesa lançam Imunoglobulinas (Ig) na fase aguda (IgM) e crônica (IgG), que se ligarão aos antígenos (Ag), constituindo os Anticorpos (Ac), que bloquearão as unidades virais e, em sete dias, tudo tende a se normalizar.

Já na Covid-19, quando o SARS-CoV-2 começa a se multiplicar dentro do corpo, o sistema imunológico se atenta à presença dele e passa

a agir também. Uma das reações do organismo humano tem sido a “tempestade de citocinas”, instigando forte reação inflamatória. Para controlar essa tempestade, pesquisadores estudam o uso de fármacos e o tratamento com anticorpos.

Mas, para prevenir a Covid-19, a grande corrida é mesmo pela melhor vacina anti-Covid-19. O caminho tradicional para desenvolver uma vacina tem, pelo menos, seis fases: 1) estudo do patógeno, escolha do tipo de vacina mais viável e fabricação da

Quadro 1: Principais vacinas mundiais anti-SARS-CoV-2. Fortaleza-Ceará, Ago./2020.

Pais de origem	Nome da vacina	Material utilizado	Fase atual	Previsão de conclusão	Descrição
China	Empresa Cansino	Adenovirus geneticamente modificado (vetor viral)			Neuralizou 11 cepas do Sars-CoV-2 em cobaias. Aumentou em 10 vezes a produção de anticorpos (Ac), comparando com curados, em roedores. Protegeu da Covid-19 um grupo de macacos, ratos e camundongos. Realizando testes clínicos.
China (Em teste no Brasil)	Coronavac	Virus inativado	Fim da fase 3. Testes no Brasil autorizados pela Anvisa em jul./20		Da Sinovac, testada na China e Brasil. Finda sua fase 3 e aprovada na 4, sua tecnologia será cedida ao Instituto Butantã-Brasil. Vacina mais avançada.
Japão	Universidade de Osaka	Virus inativado			
Estados Unidos da América (EUA)	mRNA-1273	RNA mensageiro do vírus codifica sua proteína Spike (S)	Fase 3	12/20-01/21	A Moderna Therapeutics anunciou em 12/05/20 avanço na pesquisa e informou que Food and Drug Administration-FDA concedeu “fast track”, atestando experimento acelerado. Sua fase 3 começou em junho. Parceira do Instituto Nacional de Saúde dos EUA. Sua fase 2 foi aprovada pelo FDA (equivalente à Anvisa no Brasil). É uma das mais avançadas.
EUA	INO-4800	DNA sintético, que espera induzir o corpo a produzir a proteína S	Fase 3	12/2020	
EUA (Com autorização para teste no Brasil)		vetor viral (usa vírus inofensivo modificado geneticamente, que produzirá proteína S)	Simultaneidade de fases 1 e 2		Da empresa Janssen, braço farmacêutico da Johnson & Johnson, teve seus estudos iniciados em julho de 2020 com suas fases 1 e 2 iniciadas simultaneamente e em dois países - EUA e Bélgica. Foi autorizada em agosto de 2020 pela ANVISA para testagem de sua fase 3 no Brasil a partir de setembro de 2020, após finalizar suas fases 1 e 2.
Inglaterra Reino Unido (Em teste no Brasil)	ChAdOx1 (Oxford)	vírus modificado	Fim da fase 3. Brasil receberá lotes desta e Fiocruz poderá produzi-la.	Dez/2020	Partiu de pesquisa anterior com outro coronavírus (causador do Mers, família do SARS-Cov-2). Realizou teste em macaco rhesus com bom resultado (1 dose imunizou 18 animais), publicados na Science Advances. Usa adenovirus como vetor e introduz nele a proteína Spike (S) do SARS-Cov-2 para induzir produção de Imunoglobulinas (Ig) anti proteína S. Na Fase 3 no Brasil, autorizado pela Anvisa em 06/2020.
Alemanha (Em teste no Brasil)	CureVac	RNA	Fase 3, com Testes no Brasil autorizados pela ANVISA em julho/20		Pfizer e BioNTech prometem “milhões de doses” de vacina até 12/20. Testaram 45 voluntários e conseguiram mais anticorpos anti-SARS-Cov-2 que a doença. Promete fase 5 curta, pois usarão várias fábricas para produção simultânea dos frascos de vacina.
Austrália	BCG	bacilo			Usada desde 1921 (quase 100 anos), estudada para combater o SARS-CoV-2. A vacina bacilo Calmette-Guérin (BCG) é famosa por ser eficaz contra tuberculose e reduzir risco de morte por diferentes vírus e bactérias. Estudada pelo Instituto Telethon Kids.
Brasil	virus-like particles (VLP)	Partícula do vírus sem material genético			Desenvolvida pelo Instituto do coração-Hospital das Clínicas da USP.
Rússia	Sputnik V	2 doses, com intervalo de 21 dias. Contêm 2 vetores adenovirus: AD.26 e AD.5	Fase 3		Já possuem os resultados dos testes clínicos das fases 1 e 2, mas que esses dados só serão compartilhados com os países “parceiros”. Aprovada em 11 de agosto pelo governo russo. Sofre desconfiança de pesquisadores e líderes mundiais pela falta de transparência na divulgação dos resultados prévios de fases anteriores dos testes.
Itália	GRAd-COV2		Fim da fase 2		Instituto Lazzaro Spallanzani, um hospital de Roma especializado em doenças infecciosas. Empresa ReiThera.

Fonte: OMS, 2020; NIHCT, 2020.

vacina; 2) testes em animais (ensaios pré-clínicos); 3) testes em humanos para verificar segurança, resposta imunológica e capacidade protetora (ensaios clínicos); 4) resultados das pesquisas com a vacina são checados por agências sanitárias regulatórias; 5) produção e distribuição da vacina para consumo; 6) acompanhamento e fiscalização dos resultados obtidos em larga escala. A Coronavac chinesa é uma das vacinas mais adiantadas, junto com a m-RNA-1273 Norte-Americana, com o adicional da primeira ser feita com o próprio vírus, enquanto a m-RNA-1273 é de RNA, normalmente com menor efeito. Embora existam mais de 100 vacinas em desenvolvimento, as principais estão listadas no quadro 1.

Desde que o mundo é mundo, conhecimento é poder! Atualmente, cada país tenta correr mais para lançar primeiro a vacina ideal anti Covid-19, mas nenhuma delas já está disponível. Assim, na ausência de fármaco específico ou vacina, #PERMANEÇA EM CASA!!!

REFERÊNCIAS:

NIHCT – U. S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Clinical Trials. [2020]. Disponível em <https://clinicaltrials.gov/>. Acesso em: 26 ago. 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. [2020a]. Disponível em: <https://www.who.int/ith/diseases/sars/en/>; <https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>. Acesso em: 26 ago. 2020.

CONTEÚDOS EXCLUSIVOS E VALIDADOS POR QUALIFICADOS ESPECIALISTAS DA MEDICINA E SAÚDE

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





PESQUISA ALERTA PARA DANOS QUE CORONAVÍRUS PODE CAUSAR NOS ÓRGÃOS DE REPRODUÇÃO

A mesma substância que “atrai” o vírus para os pulmões, também está presente no sistema reprodutor feminino.

Ele causa a destruição da célula. No ovário, a mesma enzima que atrai o vírus, também ajuda na produção dos hormônios, na ovulação. Neste caso, se existe uma infecção destruindo essa enzima, afeta tudo isso. Se a infecção acontece na placenta, aumenta o risco do bebê nascer prematuro, ter sofrimento fetal e romper a bolsa antes do tempo.

Infertilidade, distúrbio na menstruação e sofrimento fetal durante a gestação. Essas são as consequências mapeadas pelos pesquisadores do Departamento de fisiologia da Universidade de Medicina de Jining, China. A pesquisa foi publicada na revista científica de Oxford, em parceria com a Sociedade Europeia de Reprodução humana e embriologia. Os pesquisadores sugerem que, todas as pessoas que tiveram COVID, façam uma avaliação de fertilidade, depois de curado. Quem puder adiar a gestação, melhor. Lembrando que essa mesma enzima está presente nos testículos e pode afetar também a fertilidade nos homens.

INFERTILIDADE

A infertilidade atinge

aproximadamente 15% da população Mundial, de acordo com a Organização Mundial da Saúde. Um em cada cinco casais tem problemas para engravidar.

As causas da infertilidade são diversas e podem ser femininas, masculinas ou devidas à associação de dificuldades dos dois componentes do casal. Atualmente, é estimado que cerca de 35% dos casos de infertilidade estão relacionados à mulher, cerca de 35% estão relacionados ao homem, 20% a ambos e 10% são provocados por causas desconhecidas. No entanto, a maior parte é perfeitamente tratável. Com a assistência adequada, a maioria dos casais pode vencer esses obstáculos e realizar o sonho de formar uma família, além de reduzir o desgaste emocional.

10% das mulheres inférteis são portadoras de endometriose. Esta doença se caracteriza por um crescimento do revestimento interno do útero, que acontece fora do seu local original (na cavidade uterina). Se espalha para fora do órgão, pode atingir o intestino, bexiga, trompas e ovários, causando dor e infertilidade. Nas portadoras dessa doença, a chance de engravidar diminui de 36% para 12%.

Os principais sintomas da endometriose são dor e infertilidade. Aproximadamente 20% das mulheres têm apenas dor, 60% têm dor e



infertilidade, e 20% apenas infertilidade.

Existem mulheres que sofrem dores incapacitantes e outras que não sentem nenhum tipo de desconforto. Entre os sintomas mais comuns estão:

- Cólicas menstruais intensas e dor durante a menstruação;
- Dor pré-menstrual;
- Dor durante as relações sexuais;
- Dor difusa ou crônica na região pélvica;
- Fadiga crônica e exaustão;
- Sangramento menstrual intenso ou irregular;
- Alterações intestinais ou urinárias durante a menstruação;
- Dificuldade para engravidar e infertilidade.

A dor da endometriose pode se manifestar como uma cólica menstrual intensa, ou dor pélvica/abdominal na

relação sexual, ou dor “no intestino” na época das menstruações, ou, ainda, uma mistura desses sintomas.

Existem dois tipos principais de tratamento para combater as dores da endometriose: medicamentos ou cirurgia.

“A endometriose não tem cura. É uma doença crônica. O objetivo do tratamento é aliviar a dor e amenizar os outros sintomas, como favorecer a possibilidade de gravidez e diminuir as lesões”, afirma KarinneAzin, Ginecologista.

SERVIÇO:

Cientistas alertam para infertilidade causada por Covid

Fonte: KarinneAzin - Ginecologista
Assessoria de Imprensa – Mariana Sasso – marianasasso@outlook.com

Contato: (85)99931.3013

CONTEÚDOS EXCLUSIVOS 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

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA e pandemia da COVID-19



O conceito de pessoas com deficiência não é unívoco. Dentre as possibilidades do descritor em português existe uma infinidade de termo(s) alternativo(s) para definir as pessoas que vivem com deficiência, qual sejam: deficiente físico, deficiência física, deficiências físicas, limitação física, pessoa com deficiência física, pessoa com desvantagem, pessoa com incapacidade, pessoa com incapacidade física, pessoa com limitação física, pessoa com necessidade especial, pessoas com deficiência física, pessoas com deficiências físicas, pessoas com desvantagens, pessoas com incapacidade, pessoas com incapacidade física, pessoas com incapacidades, pessoas com limitação física, pessoas com limitações físicas, pessoas com necessidade especial e pessoas com necessidades especiais. O conjunto de termos apresentados definem pessoas com deficiência como: “pessoas com deficiência física ou mental que afeta ou limita suas atividades de vida diárias e que podem requerer acomodações especiais” (BIREME/OPAS, 2020).

Os termos utilizados para definir pessoas com deficiência apresentam amplos conceitos que devem ser compreendidos no contexto social, pois congregam em seu contexto aspectos diversos como: limitação,

desvantagem e incapacidade. Tais conceitos refletem as vulnerabilidades sociais as quais estão expostas as pessoas com deficiência, não só pelas desvantagens e limitações ocasionadas pela doença/deficiência do ponto de vista biológico, mas pelas condições sociais e econômicas impostas historicamente pela sociedade a estes indivíduos e suas famílias. Em tempos de pandemia, tais vulnerabilidades, limitações e desvantagens se exacerbam.

Os impactos sociais, econômicos e epidemiológicos causados pela COVID-19 constitui um fato histórico de magnitude expressiva. Os indivíduos e grupos que vivem com maior vulnerabilidade social têm aumentado o risco de serem impactados de modo mais contundente pelos efeitos diretos e indiretos da epidemia. As pessoas com deficiência configuram um conjunto de indivíduos que não necessariamente apresentam maior risco de complicação pela COVID-19, desde que não apresentem “restrições respiratórias, dificuldades nos cuidados pessoais, condições autoimunes, tenham idade acima de 60 anos, doenças do coração, pulmão e rim, doenças neurológicas ou estejam em tratamento de câncer” (BRASIL, 2020). Tais condições aumentam o risco de desenvolver a forma grave da doença e evoluir para o óbito. ▶

Dentre as ações de prevenção e promoção da saúde destaque-se aquelas recomendadas para a população em geral como a etiqueta respiratória, cuidados de higiene, isolamento social e uso de máscaras. No que tange aos “cuidadores, atendentes pessoais e equipe de Home Care destaca-se a necessidade de que familiares, cuidadores e enfermeiros, quando chegarem da rua, devem higienizar-se antes de qualquer contato, usar máscara e se apresentarem sintomas de gripe, evitar contato” (BRASIL, 2020).

Dentre as pessoas que vivem com doenças raras são recomendadas as seguintes ações: “pessoas que apresentem baixa imunidade ou que tomem remédios imunossupressores devem tomar cuidado especial, isolando-se o máximo que puder; doentes crônicos não podem descuidar dos tratamentos em andamento: caso utilize medicamento de uso contínuo, procure seu médico ou unidade de saúde para buscar uma receita com validade ampliada para reduzir o trânsito desnecessário nos postos de saúde e farmácias; para as pessoas que utilizam ventilação mecânica e/ou traqueostomizadas precisam cuidar muito bem da higienização dos equipamentos; tratamentos no exterior podem ser mais arriscados, principalmente em países com alta incidência de casos e, se possível

e a critério médico, suspender idas a clínicas de reabilitação” (BRASIL, 2020).

Dentre as diversas formas que a deficiência se apresenta, merece destaque a deficiência física, pois recomenda-se que: “pessoas com lesões medulares podem ter dificuldade respiratória e enquadrarem-se no grupo de risco; assim, devem limpar objetos que tocam com frequência, incluindo o aro de impulsão de cadeira de rodas, o joystick, as órteses e próteses e os meios de locomoção como bengalas, muletas e andadores; caso não seja urgente, evite ir a hospitais, à fisioterapia ou atividades com equipamentos compartilhados” (BRASIL, 2020).

Para as pessoas que necessitam se comunicar por meio de Libras, devem evitar tocar o rosto durante a conversação e manter as mãos limpas. Aquelas que são surdo-cegas e dependem do contato físico para se comunicar devem higienizar as mãos e antebraços regularmente. Quanto aos deficientes visuais, que necessitam do tato como sentido devem lavar frequentemente as mãos “após tocar em mapas táteis, corrimãos, maçanetas, entre outros, e utilize álcool em gel 70%; limpe objetos que toca com frequência, incluindo a bengala longa, com água ▶

e sabão e com álcool 70%; ao receber ajuda, procure segurar no ombro evitando tocar nas mãos ou cotovelo de quem irá te guiar, uma vez que a recomendação é de que ao tossir ou espirrar, as pessoas o façam no meio do braço” (BRASIL, 2020). Estas ações não dispensam a lavagem adequada das mãos. As pessoas com deficiência visual, cegas e com baixa visão, devem ser treinadas para a lavagem oportuna e seguindo as recomendações dos órgãos de saúde. Tal treinamento requer que os cuidadores e familiares possam desempenhar o papel de facilitador, haja vista o fechamento das escolas regulares e escolas de cegos, por tempo indeterminado no Brasil e no mundo, impossibilitar a atuação dos professores. Quando julgar não estarem aptos para o desempenho da capacitação da pessoa com deficiência visual e surdas, podem recorrer a aulas, atividades remotas ou chamadas de vídeo a serem realizadas junto a docentes e profissionais de saúde.

Pessoas com deficiência intelectual corresponde a um grupo que apresenta necessidades especiais de cuidado e monitoramento quanto aos hábitos de vida diária. A condição de saúde pode dificultar a compreensão das recomendações universais aplicadas a população geral. Assim, recomenda-se que a pessoa com deficiência intelectual possa ter acesso a maior

supervisão, bem como “redobrar o cuidado com a higiene pessoal; pessoas com Síndrome de Down podem ter uma incidência maior de disfunções da imunidade, cardiopatias congênitas e doenças respiratórias, portanto, devem ser consideradas grupo de risco” (BRASIL, 2020).

A despeito da nomenclatura adequada de tratamento da pessoa com deficiência no transcurso da pandemia do COVID-19, deve-se atentar a realização de ações que visem mitigar as vulnerabilidades e a injustiça social que atingem historicamente essa população. Esse grupo é impactado em seus direitos fundamentais pelas desvantagens ou restrições impostas pela sociedade atual. No contexto atual de pandemia, discutir e descrever ações de prevenção e promoção da saúde, específicas para as pessoas com deficiência, constitui ato de reafirmação dos direitos sociais e de cidadania de parte da população que vive em situação de exclusão. Assim, debater as necessidades de saúde, medidas de cuidado e prevenção de pessoas com deficiência frente a pandemia de COVID-19 significa reafirmar o direito a vida e a diversidade e, contribuir para dirimir a incapacidade da sociedade em incluir aqueles que vivem com algum tipo de deficiência. ●



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 DEMANDA DE CUIDADOS DE SAÚDE APÓS A COVID-19



A pandemia da rotulada gripe espanhola, que grassou entre nós nos anos 1918-20, teve taxas de mortalidade e de letalidade bem superiores às observadas pela Covid-19, porém não se disseminou nos vastos rincões nacionais, poupando várias unidades federativas, tanto que, na terra alencarina, há pouco registro documental da passagem da “bailarina”, um dos epítetos aplicados a essa pandemia, associando-a a uma pretensa origem nas ilhas Baleares pertencentes à Espanha.

A epidemia de meningite meningocócica, que açoitou o Brasil de 1972 a 1974, atingiu boa parte do Brasil, produzindo elevadas taxas de incidência, de mortalidade e de letalidade; contudo, não causou tanta comoção nacional à conta do estado de exceção, na vigência do regime castrense que nos governava, quando então não se poderia divulgar na imprensa a ocorrência dessa epidemia, por suposta questão de segurança nacional.

A maneira como a Covid-19 chegou ao Brasil, aportada nas classes sociais mais abastadas, a partir das suas conexões internacionais e depois como transmissão comunitária, assumiu uma expansão avassaladora nas periferias urbanas e entre populações economicamente

desprivilegiadas, gerando uma situação de epidemia de alcance geográfico não experimentado nos últimos cem anos.

A pandemia da Covid-19 que agora, em meados de agosto, acumula um passivo superior a cem mil mortes de mais de três milhões de casos confirmados no Brasil, desestruturou uma economia que vinha cambaleante há anos, quando esta ensaiava os seus passos em prol da recuperação do desenvolvimento nacional, e expôs fragilidades do provimento de cuidados de saúde, tanto público como o privado.

Fortaleza, a partir de março último, tomou a dianteira nas cifras de casos e óbitos de Covid-19, tendo a insólita companhia de outras capitais brasileiras, como Manaus, Belém, São Luís, São Paulo e Rio de Janeiro, alcançou o pico da pandemia na segunda quinzena de maio, experimentando um pequeno interregno de platô, e já em junho viu a sua ocorrência percorrer a alça descendente da curva epidêmica.

Essa transformação favorável transcorreu ao tempo em que se observava no Ceará a interiorização da doença, começando pelos municípios de maior porte populacional (acima de cem mil habitantes), e gradualmente avançou ▶

entre os de médio porte (de 30.001 a 100.000 habitantes) e, por fim, espalhou-se nos de pequeno porte (até 30.000 habitantes), marchando das sedes municipais aos distritos e povoados.

Transbordando as divisas cearenses, outras unidades federativas, até então relativamente poupadas pelo novo coronavírus, nos últimos dois meses passaram a sentir o gosto travoso da doença e da morte, impingindo atroz sofrimento a seus concidadãos.

O Ceará, ainda que tenha tido mais de oito mil vítimas fatais atribuídas ao novo coronavírus, por ter partido cronologicamente na frente de outros estados, sorve o arrefecimento da pandemia, patenteado no declínio da curva de contágio que se reflete na redução dos casos sintomáticos e na retração da hospitalização de pacientes, especialmente dos enfermos de maior gravidade, manifestos na menor utilização de respiradores e na diminuição da taxa de ocupação de leitos de UTI reservados à Covid-19.

A desaceleração da pressão de atendimentos por novo coronavírus na rede hospitalar que está sendo verificada no Ceará, entretanto, não significa o fim do sufoco do setor de saúde público e privado.

Em função da flexibilização das regras de isolamento social, além da preocupação de uma nova onda de contágio, que é incerta mas possível, pois se trata de um agente infeccioso de comportamento pouco conhecido e, portanto, se requer maior atenção, há uma demanda grande de atendimentos que ficou reprimida.

Por conta da demanda exacerbada de atendimentos derivados da Covid-19, houve uma decisão importante de cancelar os procedimentos elegíveis, bem como de tudo o que não fosse urgência médica. Mas uma vez debelado o pico da crise, isso volta com muito mais força. Pacientes portadores de enfermidades crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, podem ter o estado de saúde agravado por complicações subjacentes que vão exigir cuidados desdobrados e de maior complexidade técnica; cirurgias eletivas suspensas se avolumaram e estendem a lista de espera que já era inaceitável.

Até mesmo a oncologia, especialidade que não estava oficialmente prevista a suspensão de suas atividades, se ressentiu dos efeitos da pandemia em seus pacientes. A legislação vigente dispõe que o tempo decorrido entre o diagnóstico de um câncer e o início do seu tratamento não pode ser maior ►

do que sessenta dias; no entanto, incontáveis pacientes por razões pessoais ou institucionais ficaram privados de um diagnóstico em um momento mais oportuno, o que deve ter conduzido a uma proporção maior de diagnósticos em estádios mais avançados dessa doença. Por outro lado, muitos pacientes que estavam em tratamento (cirurgia, radioterapia, quimioterapia etc.), com receio de contaminação, uma vez que tinham ciência da imunodepressão que os acompanhava, deixaram de ser tratados e, como se sabe, é grande o risco de uma evolução rápida para um caso mais grave quando há descontinuidade no tratamento oncológico.

Esta pressão da demanda reprimida sobre o sistema de cuidados de saúde, público e privado, ocorre em um contexto de maior fragilidade econômica do País, quando já não há mais tantas alternativas de onde se extrair mais recursos, na sequência de uma descabida inflação de custos no setor saúde, com parte dos seus insumos injustificadamente majorados.

Os hospitais prestadores de serviços, conveniados com o Sistema de Único de Saúde (SUS) ou contratados via rede de saúde complementar, tiveram substancial retração das receitas auferidas dos

procedimentos eletivos que não foi compensada financeiramente pela receita obtida com o atendimento à Covid-19, ou mesmo como resultado da sua ociosidade operacional por não se adequarem às necessidades específicas de pessoas acometidas pela pandemia.

Os planos de saúde, por exemplo, passam presentemente por um aumento significativo de gastos que tiveram de ser feitos para atender à demanda da pandemia, simultaneamente a uma queda significativa da receita por conta da perda do poder aquisitivo da população, redundando em incremento na inadimplência dos seus afiliados e no enxugamento da sua carteira de clientes, algo que perdurará nos meses vindouros, até quando se der a estabilização e, quiçá, o soerguimento da economia do País.

Os hospitais próprios da rede pública, a despeito da crônica hipossuficiência de recursos financeiros que atravessam, foram induzidos a redirecionarem seus leitos para o atendimento da epidemia e a criarem leitos extras de UTI. Para tanto, receberam aporte de numerários, via transferências governamentais, o que pode não ter sido suficiente para o adequado atendimento de uma demanda excedente de pacientes, muitos deles ►

de maior gravidade e portadores de comorbidades, que concorreram, adicionalmente, para a exaustão de materiais de consumo hospitalar. Para esses hospitais seguirem com seus atendimentos, faz-se necessária a reposição dos seus estoques, ou seja, não de incorrer em gastos que não estariam, certamente, nas suas previsões orçamentárias.

Como os recursos humanos dos hospitais públicos eram amiúde limitados ou parcialmente inadequados, porquanto especializados para outras entidades mórbidas, os hospitais precisaram arcar com os custos da manutenção da sua força de trabalho inercial e, de igual modo, buscar recursos humanos, por meio de contratação temporária, por vezes, adotando a precarização da mão de obra, por intermediação de terceiros contratantes.

Parcela expressiva da mão de obra posicionada na linha de cuidados à Covid-19, como decorrência natural da maior exposição ocupacional, migrou da função de cuidadora para a de assistida, o que incluiu muitas baixas no quadro de pessoal dos estabelecimentos de saúde, tanto em casos como em mortes associadas à doença, resultando em perdas econômicas temporárias ou definitivas para o SUS, bem como em intangíveis custos sociais.

Também não deve ser desconsiderado o fato de que, entre os que superaram a fase aguda da Covid-19, são cada vez mais apontadas as situações de pessoas, cujo restabelecimento se faz de forma lenta ou de sobrevivência com algum grau de déficit funcional provocada por danos físicos, além de duradouras sequelas psicológicas advindas do iminente risco de morte ocorrido na vigência de um longo período de internação hospitalar.

O pouco alentador panorama traçado para as autoridades públicas brasileiras das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e dos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), diante de tão ciclópico desafio na vigência e no período pós-pandemia, cobra a união de esforços de todos contra o inimigo comum, o novo coronavírus, pois a nossa grande nau, o Brasil, precisa sobrepujar a procela e rumar para um porto seguro, de onde emergirá uma nação renovada e revigorada.

Que Deus guarde a todos os brasileiros e nos permita sobrepujar essas vicissitudes, nos tornando melhores seres humanos. ●

Conteúdo Informação Credibilidade

Acesse o Blog do Jornal do Médico e confira conteúdos de qualidade sobre Medicina e Saúde.



www.jornaldomedico.com.br

Jornal do Médico®



AUTORA: MARIA FÁTIMA DA SILVA TEIXEIRA

Médica veterinária formada pela UECE.

Profa de Microbiologia da Faculdade de Veterinária UECE / faz parte do Programa de Pós-graduação em Ciências Veterinária.

Membro do GT de enfrentamento do Coronavírus da UECE

maria.teixeira@uece.br

HOSPITAL VETERINÁRIO

Dr. Sylvio Barbosa Cardoso

NA LUTA CONTRA A COVID-19



No atual contexto de pandemia da doença Covid-19, a Organização Mundial de Saúde recomenda implementação de diversas medidas nas áreas de saúde: hospitais, clínicas, UPAS, laboratórios etc. e não podia ser diferente com o hospital veterinário.

Se existe a possibilidade de circulação do coronavírus que causa a Covid-19 em locais variados, principalmente onde há aglomeração de pessoas, um misto de sadias, doentes, aparentemente sadias mas que ainda estão transmitindo o vírus, estas pessoas podem tossir, espirrar e sobretudo algumas não usam máscaras, os que não higienizam adequadamente as mãos podem espalhar vírus onde tocam, daí temos disseminação maior nos locais públicos mais aglomerados; lojas, nas filas de bancos, nos supermercados sobre a superfície dos produtos que as pessoas tocam com as mãos, etc.

Pesquisadores já detectaram material genético do vírus por reação em cadeia de polimerase até em parques, praças públicas, no ar em ruas e prédios próximo a hospitais etc. Não só os coronavírus mais diversos outros agentes infecciosos podem estar espalhados no ambiente, cabe ao homem se prevenir, usar medidas higiênicas sanitárias e sobretudo as atuais medidas sugeridas pelas autoridades em saúde, pois neste tempo de pandemia, onde contra o agente, as vacinas, ainda estão em fase

de finalização, testes para liberação, os poucos medicamentos para combate aos vírus, são não tão eficazes e direcionados para o coronavírus como se deseja.

Resta aplicação de medidas preventivas higiênicas sanitárias, mais se usadas adequadamente fazem uma grande diferença no controle da pandemia e disseminação do agente. Existe ainda o contexto que suscita muitas dúvidas no que concerne à transmissão da Covid-19 do homem para os animais, e se estes podem funcionar como transmissores?

Os animais que se contaminam podem passar a Covid-19 para o homem? Nesta abordagem pode-se dizer que raros animais se contaminam com a doença dos seres humanos, que é causada por vírus classificados na família Coronaviridae e são de Gêneros diferentes, o atual SARS Cov-2 humano pertence ao grupo dos Beta coronavirus enquanto que os coronavírus dos cães e gatos é causada pelo Gênero Alpha coronavirus espécie-específicos para muitos animais.

Haja vista que a ligação entre o receptor celular e a proteína da espícula do vírus ocorre em cinco aminoácidos, dois dos quais são diferentes em cães e gatos, daí a explicação das poucas ocorrências. Em inoculação experimental do vírus no Instituto de Pesquisa Veterinária Harbin, na China foram utilizados furões, todos apresentaram vírus no lavado nasal e

apresentaram anticorpos contra o vírus humano, em gatos, quatro dos sete inoculados, apresentaram anticorpos contra esse vírus e em cães, dois dos sete inoculados, também apresentaram anticorpos contra o vírus humano. No que concerne ao SARS Cov-2, menos de 25 cães e gatos no mundo inteiro foram relatados ter o vírus de acordo com dados citados pela FIOCRUZ, os primeiros casos divulgados foram dois gatos apresentando leves problemas respiratórios nos Estados Unidos foram confirmados positivos pelo CDC de Atlanta; em seguida, foi uma tigresa que se contaminou no zoológico de Nova York do Bronx, contraído de um funcionário assintomático para Covid-19. Em março um outro gato contraiu coronavírus na Bélgica possivelmente pelo contato com o dono doente e houve dois casos de cães que testaram positivo para coronavírus em Hong Kong.

No Brasil não existe registro comprovado de cães positivos para SARS Coronavírus tipo 2. Como há a possibilidade dos animais se contaminarem ou carregarem coronavírus humano causando a Covid-19, recomenda-se restrições, evitar aglomerações, limitar o tempo de passeio de forma que sejam curtos suficiente para satisfazer as necessidades fisiológicas, higienizar as patas e focinhos dos animais com água e sabão ou lençinhos umedecidos

próprios para pets em geral com clorexidina, não é recomendado álcool, nem outros desinfetantes que possam ser agressivos e causar alergias.

Os animais podem ser carreadores de vírus nas patas, se eles tiveram contato com doentes que espalharam vírus no ambiente onde o animal se encontrava. É bom lembrar que não só os animais, mas o próprio tutor do animal pode carrear vírus nos calçados, nas roupas, bolsas etc.; a transmissão da Covid-19 dos animais para o homem, até o presente momento não foi demonstrada. Em estudo experimental na revista Nature, animais foram infectados e acompanhados, quanto a presença e eliminação de vírus por RT-PCR. O observado é que a cada semana que passava o vírus se replicava e diminua sua titulação sendo observado na primeira delas positivo em todos os testes, após negativa na nasofaringe, depois no sangue e finalmente nas fezes, como se tivesse havido uma atenuação do vírus. O que leva a se pensar que não existe a transmissão do coronavírus do animal para o homem. Até o momento não existe nenhuma evidencia que possa comprovar esta hipótese. Como era de se esperar o hospital veterinário é um local que apesar de atendimento aos animais, estes pacientes não se dirigem sozinhos ao atendimento, precisam ser levados por pessoas ou tutores. Acontece que os animais de estimação ►

são tão queridos pela população que passam a ser considerados uma pessoa da família, antes em várias ocasiões ia quase a família inteira consultar o pet, todos querendo acompanhar seu animal principalmente quando estavam apresentando algum sinal mais grave. Daí o hospital era um local de aglomeração de pessoas, no contexto atual de pandemia, isto não pode ocorrer necessitando de cuidados básicos para mitigar a disseminação de doenças infecciosas principalmente da Covid-19.

A primeira das medidas foi uso de outro portão de acesso específico para o Hospital Veterinário Dr. Sylvio Barbosa Cardoso, a segunda foi limitar o acesso de pessoas para apenas um tutor o qual só poderá entrar usando máscara.

Os tutores deverão se dirigir ao hall do hospital com seus animais no colo ou contidos na coleira até a recepção onde receberão uma ficha. Deverão fazer a higienização das mãos com álcool gel disponível em totens ou em dispositivo manual de parede, disponíveis no hall, corredores entrada de consultórios e demais salas de circulação. Existe acesso a banheiros e disponibilização de água e sabão nas pias. O atendimento acontecerá por ordem de chegada excetuando excepcionais casos de emergência. A numeração aparecerá no painel eletrônico da sala de espera, uma sala aberta onde existem bancos com a

marcação distanciada de um metro e meio para as pessoas aguardarem seu atendimento mantendo a distância recomendada. Os veterinários e os funcionários do hospital fazem uso regular de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de acordo com a necessidade, sendo uso de jalecos, gorros, máscara, protetor facial, calçados adequados, propé; funcionários de campo, em vez de jalecos usam macacão e botas.

A higienização com substância desinfetante (hipoclorito ou similar) se faz regularmente nos corredores de circulação do hospital; nos consultórios a cada paciente, pisos, mesas de atendimento dos animais são higienizadas. O descarte de EPIs é realizado em recipiente diferente do lixo comum, em lixeiras com pedais e identificação da tampa com X e com o símbolo de infectante adesivado no recipiente.

Um funcionário usando EPIs recolherá o lixo e o levará ao container de Lixo infectante localizado externamente ao hospital a ser coletado pela prestadora de serviço contratada pela universidade para destino final de incineração. O uso das medidas de controle adequado implica no controle da disseminação da covid-19 nesse ambiente hospitalar colaborando com o estabelecimento de medida preventiva do Serviço Único de Saúde (SUS).

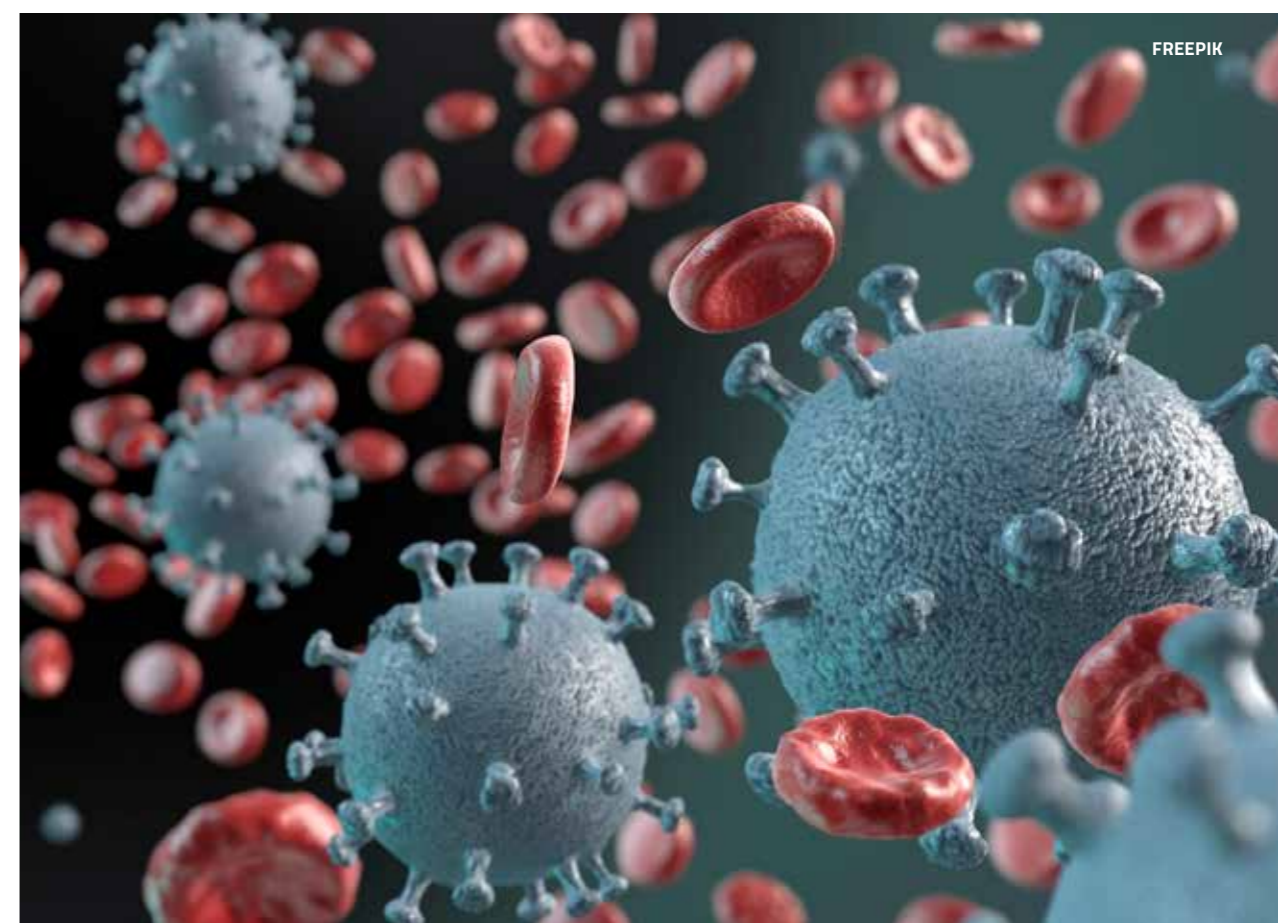


AUTOR: MARCONY SILVA CUNHA

Professor Titular do Curso de Física da UECE. Grupo de Trabalho para o enfrentamento à pandemia do coronavírus no âmbito da Fundação Universidade Estadual do Ceará - FUNECE

marcony.cunha@uece.br

SOBRE A INTERIORIZAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 em municípios com a presença de unidades acadêmicas da UECE



Segundo a disponibilidade dos dados para a epidemia de Covid-19 no estado do Ceará, o município de Fortaleza, como é sabido, é o primeiro em número de óbitos, tanto em valores absolutos quanto em valores relativos à incidência por habitante; em segundo lugar vem Sobral, maior município do interior do estado em população. Fortaleza e Sobral exibem taxas de mortalidade de 14,1 e 14,0 por 10 mil habitantes, respectivamente; em valores absolutos, Fortaleza tem quase 13 vezes mais óbitos que Sobral e, também, uma população perto de 13 vezes maior.

Como em todos os lugares, os municípios mais populosos, ou densamente povoados, sofreram mais precocemente os efeitos da pandemia. No Ceará, o caminho do novo coronavírus foi praticamente esse, começou na capital e região metropolitana e rapidamente se espalhou para o restante do Estado, atingindo os principais municípios.

Por outro lado, vale ressaltar que, durante a evolução da doença, os municípios do interior onde há um ou mais campi universitários instalados, estes possuíram em algum momento a maior parte dos casos e óbitos pelo novo coronavírus na macro ou ►

microrregião onde estão inseridos. Particularmente, os sete municípios onde a Universidade Estadual do Ceará - UECE tem campus institucional, a saber, Quixadá e Tauá (macrorregião do Sertão Central), Crateús (15ª região de saúde de Sobral), Itapipoca (6ª região de saúde de Fortaleza), Iguatu e Mombaça (macrorregião do Cariri) e Limoeiro do Norte (macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe) tiveram praticamente a primazia de casos e óbitos nos primeiros meses da pandemia, tanto em valores absolutos quanto em relativos.

É tentador se querer correlacionar os casos e óbitos à efervescência das “cidades universitárias”, por assim dizer, mas, não por coincidência, estas também são as maiores em habitantes e, por isso mesmo, é provável que tenham sido escolhidas para serem sedes de um ou mais campi universitários. Exemplo disso é Quixadá, o município mais populoso da macrorregião do Sertão Central, que possui, além de um campus da UECE, um campus avançado da Universidade Federal do Ceará (UFC), um do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) e mais alguns campi de universidades particulares. Evidentemente, um município possuir universidades não implica que este irá ter mais (ou menos) casos de Covid-19, mas sim o fato de serem mais populosos, terem

maior estrutura física para atender sua população local e servirem de sede ou polo referencial para municípios menores, que buscam seus serviços públicos, como bancos, hospitais etc.

O mesmo se pode dizer de Sobral, o maior município e o mais estruturado da região Norte do estado, com várias Instituições de Ensino Superior (IES) distribuídas entre universidades, centros universitários e faculdades e que recebe estudantes de dezenas de localidades. Pertencente à macrorregião de Sobral, na décima quinta região de saúde com onze municípios, Crateús possui um campus institucional da UECE e lidera, desde o início da pandemia, em número de casos e óbitos por Covid-19, em valores absolutos e relativos.

Não por acaso, no outro extremo do estado, na macrorregião do Cariri, Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, que também possuem várias IES, figuram entre os municípios mais afetados da macrorregião do Cariri e, juntos, possuem uma população estimada em 467 mil habitantes. Na macrorregião, entretanto, Mombaça e Iguatu, municípios com unidades acadêmicas da UECE, lideravam em taxa relativa de óbitos por habitante até o fim de junho. Atualmente, o município de Orós tem a maior taxa relativa de óbitos, 50% a mais que Mombaça e o dobro de Iguatu. Em ▶

números absolutos, Juazeiro do Norte tem, de longe, o maior número de óbitos, seguido por Crato, Iguatu, Barbalha e Mombaça.

Completando o quadro dos municípios com campus da UECE, temos Limoeiro do Norte, na macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe. Neste caso, a primazia de casos e óbitos não foi de uma “cidade universitária” da região, mas do município de Aracati, um município litorâneo bastante frequentado por turistas de dentro e fora do estado, principalmente em épocas festivas como o carnaval. A cidade de Limoeiro vinha logo em seguida, com o segundo maior número de óbitos na região. Atualmente, Aracati está em segundo lugar no número total de óbitos, superada por Russas, com Limoeiro em terceiro lugar; em valores relativos, Aracati é a quarta cidade e Limoeiro do Norte, a sexta.

Assim, pode-se dizer que,

nesse momento de diminuição ou arrefecimento de casos e óbitos de Covid-19 no estado do Ceará, depois do epicentro de casos e óbitos, Fortaleza, a situação no interior se agravou por meio de seus principais municípios, incluindo-se o litoral, que se tornaram epicentros para os outros municípios de suas respectivas regiões. Alguns desses, por sua vez, acabaram se tornando os novos epicentros na região com maior número relativo, ou até absoluto, de casos e óbitos por Covid-19.

Importante mencionar que o arrefecimento de casos não significa que se está livre do vírus nem que ele irá sumir gradativa e espontaneamente, mas que se pode atingir, eventualmente, um nível residual mínimo de casos e óbitos. Isto implica que, a qualquer momento, pode-se ter um novo aumento de casos e óbitos se não se respeitar o distanciamento social e as regras de higiene para o coronavírus. ●



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)

AS TERRAS de Zoar



“Quando Lô chegou a Zoar, o sol já havia nascido sobre a terra. Então o SENHOR, o próprio SENHOR, fez chover do céu fogo e enxofre sobre Sodoma e Gomorra. Assim ele destruiu aquelas cidades e toda a planície, com todos os habitantes das cidades e a vegetação. Mas a mulher de Lô olhou para trás e se transformou numa coluna de sal!”

Gênesis 19: 23-26

Pense bem! Parece que, de tempos em tempos, a natureza precisa fazer uma formatação no HD do mundo. Deletar programas que se tornaram obsoletos, vírus que se instalaram, sorratamentee o recolher lixo que é a borra final de todas as ações humanas. Como uma freada brusca para rearrumar as bagagens do carro. O dilúvio, Sodoma & Gomorra, guerras, pragas alternaram-se, na nossa história, desde que aquele primeiro símio resolveu descer da árvore e firmar-se em dois pés nas savanas da África. Neste início de 2020, vivemos um desses tempos intermitentes deControlAlt-Del. Basta olhar ao nosso redor e perceber, em meio à mortandade epidêmica, o fogo e o cheiro de enxofre!

O trabalho exaltado pela sociedade (“O Trabalho Liberta” lema de Auschwitz), num átimo, perdeu sua importância e o ócio, o confinamento (o oposto da liberdade) passou a ser a pedra de toque nesta nova era. As máscaras, antes ligadas ao banditismo ou à dissimulação, estranhamente passaram a ser utensílios da mais alta sofisticação: exemplo de cuidado, autopreservação e solidariedade. Dizer, hoje, para uma criatura: “Você é um mascarado!”, já não é ofensa, mas um elogio. Olhos bonitos, mesmo em bocas murchas

e banguelas (agora escondidas pelas máscaras), num instante, passaram a ter lá suas vantagens. Pessoas que se nos acercassem, com cheiro de álcool, meses atrás, viam-se, imediatamente, rechaçados com desdém e, hoje, são aceitos de bom grado, tidos como cuidadosos e saudáveis. Ninguém mais reclama, também, de amigos e amantes, com aquela frase típica e icônica das D.R.’s: “Você anda muito distante, não sei o que está acontecendo!”. Distanciamento, nestes dias covídicos, é sinal de amor, de precaução e desvelo.

Na modernidade, o uso da tecnologia da internet, do smartphone e dos computadores passaram a ser vistos como verdadeiros vilões no afastamento das criaturas da vida real e de oferecê-las um universo virtual e ilusório. Pois agora, amigos, a tecnologia passou a ser a nossa salvação contra o tédio, a possibilidade de contatar parentes e amigos, sem risco do contágio e matar um pouco a solidão das quatro paredes. E mais: namorados se amassam, nestes dias, virtualmente, (para sossego dos pais), trocando afagos e nudes pelo Whatsapp, sem o risco de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez!

Um dos mais achincalhados personagens das histórias bíblicas, ▶



Pilatos, o Moro romano, toma, hoje, ares de visionário e profeta. O ato de "Lavar as Mãos" perdeu aquela sua aura de indecisão, titubeio, do "em cima do muro" e de tirar a retaguarda da reta. Pilatos ensinava a todos, visionariamente, -- quem diabos poderia imaginar?-- a importância de se prevenir contra epidemias e moléstias! E a reviravolta, nesse mundo, foi tão grande que a gasolina baixou! Quem se lembra de uma novidade dessas? Gasolina abaixo de 3? Até aqui, que se saiba, só baixavam no Brasil: Caboclo em Terreiro e pinta de velho! Só no Crato mesmo!

Os indivíduos apegavam-se, até bem pouco, ao mundo externo. A

casa era um refúgio para as noites e uma pousada para os fins de semana. Súbito, passaram a se ligar no microcosmo, onde a vida até então não palpitava. Pra que tantas tralhas acumuladas em casa? O taco de beisebol pra quem nunca soube jogar; panelas de grife pra quem comia no trabalho; CDs e DVDs mofando no móvel da sala. Presentemente, já dá para ver o sorriso dos filhos, as curvas da esposa; as flores e frutos do maracujá que pendem das pérgulas da garagem.

Governos, também, afeitos ao cada um por si e o diabo por todos, descobriram que existem seres humanos totalmente invisíveis ao Estado. Tanto quanto os vírus! Eles, mera massa de manobra em palanques eleitorais, necessitam de apoio, de assistência social. Vulneráveis, estão mais susceptíveis do contágio próprio, mas também, é bom não esquecer: de levar a moléstia para os berços de ouro. Aos tantos que criaram um Estado Máximo para si mesmos e sonham com o Estado Mínimo para os outros, acordaram. Se Estado Mínimo resolvesse o problema da humanidade, o país seria o novo Shangrilá.

Ao Brasil revelou-se, nesse 2020, que existem, sim profissões essenciais: profissionais de saúde, coveiros, caminhoneiros, maqueiros, ►

socorristas, agricultores, professores, garis, cozinheiros e muitas outras. Por que estas profissões tidas como essenciais, responsáveis diretas por nossa sobrevivência, não percebem salários e proventos dignos da essencialidade do seu ofício? Merecem palmas, sim, mas por que não o reconhecimento financeiro à altura da nobreza da sua ação?

A pandemia deslindou, ainda, o malefício reiterado dos homens para com a sua Casa Planetária. Abruptamente, com o isolamento forçado, caiu a poluição, diminuí o buraco na camada de ozônio, animais passaram a circular, livremente nas ruas e alamedas. Por incrível que possa parecer, inesperadamente, o sonho de consumo de todos deixou de ser o dólar, a roupa de grife, o carro importado e fixou-se -- quem diria? -- num item simples e desapercibido até então: o Ar. É ele, no momento, o artigo de luxo mais cobiçado. E até figuras totalmente insensíveis e alheias ao sofrimento do outro começaram a ter estranhas atitudes solidárias. É como se de repente, após

a expulsão, os descendentes de Adão e Eva fossem, novamente, anistiados no paraíso. Sempre é bom lembrar que tudo aconteceu num piscar de olhos, causado pela mais elementar das formas biológicas. Um bichinho minúsculo e invisível e que teve o poder de mudar radicalmente a superfície terrestre.

Passado o susto, o mundo não será o mesmo. A madame confinada olhará desesperada para o batom que já não tem utilidade, como magenta escondido detrás da máscara. Observará as joias e os diamantes brilhantes sem significado: não tem para quem mostrar e para quem se gabar! A grã-fina sabe que um outro mundo está ardendo atrás de nós e que iremos todos para as novas terras de Zoar. Novas paisagens e costumes estão logo ali à nossa frente. Quer olhar para trás, sonhar com Sodoma & Gomorra, agora incendiadas? Cuidado madame: há sempre o risco de transformar-se em estátua de sal como um dia aconteceu com a mulher de Ló. ●



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)

O ROMANTISMO FRANCÊS DA TUBERCULOSE NAS OBRAS LITERÁRIAS:

"CENAS DA VIDA BOÊMIA" E "A DAMA DAS CAMÉLIAS"

A tuberculose, conhecida por diferentes denominações, como: shachefet, tísica, peste branca, dama branca, febre ética, grande flagelo, consunção,

velha senhora, fraqueza do peito, chaga nos bofes e sangue pela boca, dentre outras, povoou intensamente o imaginário social.

O ROMANTISMO FRANCÊS DA TUBERCULOSE NAS OBRAS LITERÁRIAS: "Cenas da Vida Boêmia" e "A Dama das Camélias"



Henri Murger



Cenas da vida boêmia



Giacomo Puccini



La Bohème



Dumas Filho



A dama das Camélias



Giuseppe Verdi



La Traviata

Por ter uma evolução arrastada (na maioria dos casos), cheia de riscos de episódios dramáticos de hemoptise e de morte iminente, inspirou a criatividade humana em obras consagradas na literatura, artes plásticas, música, teatro e cinema. Os sintomas, como: febre, tosse, emagrecimento, dispneia e hemoptise foram cantados em prosa e verso.

Segundo José Rosemberg, a tuberculose foi integrada ao romantismo por ter ferido prostitutas, escritores, pintores, músicos, literatos e poetas das altas classes sociais. Seu apogeu, através dos dramas e lirismos dos tísicos célebres, ocorreu no século XIX e primeira metade do

século XX, tendo Paris como palco.

A tuberculose teve grande impacto no pensamento de intelectuais, cientistas, artistas, poetas, escritores, pintores e escultores por terem tido a desdita ou, cruel paradoxo, ventura de sofrê-la, escreveu Gilmário Mourão Teixeira.

Muitos poetas e escritores, como Henri Murger, Byron, Musset e Alexandre Dumas Filho, exerceram influência no romantismo francês da tuberculose. Divagaremos sobre duas obras literárias que tiveram grande impacto: "Cenas da vida boêmia", de Henri Murger, e "A dama das camélias", de Alexandre Dumas Filho.

Henri Murger (1822-1861), romancista e poeta francês, tuberculoso, apaixonou-se por Cristina Roux (Mimi), que, também, era tuberculosa, e fez dela a personagem principal de seu livro "Cenas da vida boêmia" - Scènes de lavie de bohème(1847-49).

Na sequência, ele escreveu "Cenas da vida juvenil" - Scènes de lavie de jeunesse (1851). Murger escreveu diversas obras, mas nenhuma delas alcançou a popularidade de "Cenas da vida boêmia", talvez por retratar suas experiências como um escritor pobre e tuberculoso, vivendo na Paris de meados do século XIX.

Giacomo Puccini (1858-1924) transformou o livro de Murger em ópera. A famosa ópera La Bohème, que, depois, foi adaptada para o cinema, televisão e teatro, foi composta a partir da obra de Murger.

O cinema a divulgou em muitas fitas, como: em 1926, dirigida por King Vidor; em 1965, dirigida por Franco Zeffirelli; em 1988, dirigida por Luigi Comencini; em 1992, dirigida por Aki Kaurismäki; em 2009, dirigida por Robert Dornhelm. Dezenas de adaptações para a televisão e teatro foram feitas, também.

Alexandre Dumas Filho (1824-

1895) foi um romancista e dramaturgo francês. Como o seu pai, Alexandre Dumas (1802-1870), fez sucesso com sua arte de escrever. Imortalizou-se com seu celeberrimo livro "A Dama das Camélias"- La DameauxCamélias - inspirado em um caso de amor febril que teve com Rose AlphonsinePlessis (1824-1847), conhecida como Marie Duplessis, entre setembro de 1844 e agosto de 1845.

Durante sua curta vida, Marie Duplessis ficou famosa por sua beleza, inteligência, discrição e por ter sido amante espitituosa. Foi cortês e cativou muitos homens famosos, como: Alexandre Dumas Filho, Franz Liszt e o conde Édouard de Perregaux (1815 - 1898), com quem ela se casou, em janeiro de 1846, em Londres.

Tornou-se condessa Perregaux, retornou à França e afundou-se em uma vida desregrada. Terminou consumida pelo bacilo da tuberculose, com apenas 23 anos. Faleceu em sua casa, número 11, do Boulevard de la Madeleine, completamente arruinada e abandonada por todos, exceto por dois de seus ex-amantes, o Conde Gustav von Stackelberg e o Conde de Perregaux.

Inspirado em sua vida, Dumas Filho escreveu "A Dama das Camélias", em ▶

1848, poucos meses após a morte da jovem. Para contar sua breve história, depois da meteórica carreira de prostituta célebre junto a nobreza de Paris, Dumas Filho a transformou em Marguerite Gautier, que, impedida de se regenerar no amor, devido aos preconceitos sociais, morreu tísica e abandonada.

A adaptação do romance para o teatro, feita em fevereiro de 1852, foi um tremendo sucesso. Porém, sucesso maior foi, em 1853, quandoGiuseppe Fortunino Francesco Verdi (1813-1901) a adaptou para ópera com o título de "La traviata". Ela serviu de base para um grande número de obras teatrais, cinematográficas e televisivas.

Numerosas artistas encarnaram a personagem da Dama das Camélias: de Sarah Bernhardt à Isabelle Adjani e Isabelle Huppert passando por Lilian Gish e Greta Garbo. A fita dirigida por George Cukor, com Greta Garbo no papel da Dama das Camélias, arrancou muitas lágrimas do público mundo afora.

REFERÊNCIAS

BOUDET Micheline. La Fleurdu Mal VéritableHistoire de laDameaux Camélias. Paris, Albin Michel, 1993.

DUMAS, Filho, AL. A dama das camélias. São Paulo, Brasiliense,

1965
FERREIRA, Dr. Clemente. Phthisica Pulmonar. These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1880.

ISSATEL, C. Lesdamesaux Camélias. De l'histoire à la legende, Paris, Hachette, 1 v. 1981.

ROSEMBERG, Ana Margarida Furtado Arruda. Guerra à peste branca - Clemente Ferreira e a Liga Paulista Contra a Tuberculose - 1899-1947. São Paulo, Dissertação de Mestrado, PUC-SP, 2003.

ROSEMBERG, José e TARANTINO, Affonso Berardinelli. "Tuberculose". In: TARANTINO, Affonso Berardinelli (org). Doenças Pulmonares. 5ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S. A, 2002.

TEIXEIRA, Gilmário Mourão. Editorial - "Tuberculose e cultura através de tempos e espaços - Homenagem ao Professor José Rosemberg". In: Boletim de Pneumologia Sanitária, vol. 7, nº 2 julho/dezembro, 1999, p. 3.

SITES

https://pt.wikipedia.org/wiki/Henri_Murger

https://fr.wikipedia.org/wiki/La_Boh%C3%A8me

https://fr.wikipedia.org/wiki/Marie_Duplessis ●



AUTOR: CONSELHEIRO ACAD. DR. SEBASTIÃO DIÓGENES

Conselheiro do *Jornal do Médico*, Membro da Academia Cearense de Medicina e da SOBRAMES Ceará

sediogenes@yahoo.com

ATRASO DA LINGUAGEM FALADA



A consulta médica começou nestes termos:

-Boa tarde, Dr. Cassiano! A consulta é para o meu filho Diomedes.

-Pois, não, senhora! Qual é o problema do menino?

-Ele tem a língua presa, doutor. Trouxe aqui para o senhor fazer uma operação na língua dele.

- E por que a senhora acha que Diomedes tem a língua presa? – perguntou o médico.

- Porque ele tem três anos de idade, e ainda não fala, doutor. Todo mundo diz que só pode ser língua presa!

Anatomicamente, a língua possui uma prega de membranamucosa na linha média da sua face inferior. Denomina-se frênulolingual. Em algumas pessoas, este pequeno freio membranoso se estende até à ponta da língua, e, dessa forma, compromete a articulação adequada dos fonemas linguodentais e alveolares. São fonemas linguodentais, a título de ilustração: /t/ [de tardo], /d/ [de dardo], /n/ [de nada]. A tradição oral da “língua presa”, que atende pelo pomposo nome de anciloglossia, jamais impossibilitaria uma pessoa desenvolver a linguagem da fala. Quando muito, uma dislalia para os fonemas acima descritos.

Para começo de conversa, Diomedes apresentava-se normal ao exame físico. Nem a suposta anciloglossia existia. Quando uma criança não desenvolve a fala em seu tempo normal, devemos sempre questionar a acuidade auditiva. Pois, o órgão primordial da comunicação verbal é o aparelho auditivo. A audição é que faz a gente falar. A fala é apenas a reprodução mecânica, pelos órgãos fonadores, daquilo que escutamos, especialmente as línguas nativa e estrangeira.

Devido à idade, Diomedes não colaborou com a realização da audiometria. Teve de fazer um exame mais sofisticado, chamado emissões otoacústicas. Trata-se de um teste eletrofisiológico da cóclea, consabido como o “teste da orelhinha”. O resultado não foi bom, deu ausência de resposta em ambas as orelhas, confirmando a suspeita clínica de perda auditiva. Para se ter a noção aproximada do grau de perda auditiva, Diomedes fez o potencial auditivo evocado do tronco cerebral, mais conhecido como BERA. O exame confirmou o diagnóstico de deficiência auditiva neurossensorial bilateral, grau severo (em torno de 71 a 90 dBNA). Por isso, Diomedes não falava, porque Diomedes não escutava.

A causa da surdez de Diomedes foi uma agressão ao aparelho auditivo durante a embriogênese. A mãe não ►

era vacinada, e contraiu a rubéola no terceiro mês de gestação. As infecções maternas pelo vírus da rubéola, pelo citomegalovírus, pelo Treponema pallidum e pelo Toxoplasma gondii são as principais causas de deficiência auditiva congênita não genética no Brasil. Portanto, Diomedes pertencia ao grupo de risco de desenvolver deficiência auditiva congênita. Deveria ter realizado a avaliação auditiva no primeiro mês de vida. Diga-se melhor, ter realizado a triagem auditiva neonatal. Perdeu muito tempo. Somente aos três anos de idade foi diagnosticada a surdez da criança, e, por consequência, o início retardado da reabilitação auditiva.

Antes tarde do que nunca, diz o velho adágio da resignação. Diomedes passou a usar aparelho auditivo em ambas as orelhas, e faz acompanhamento fonoaudiológico regularmente. Estuda em escola de alunos com audição normal, e cursa a alfabetização. Está ainda um pouco em desvantagem com relação aos colegas da turma. Pudera! Somente aos três anos de idade nasceu para o mundo maravilhoso do som.

A mãe de Diomedes desenvolveu o hábito de cantar cantigas de ninar para ele dormir. Certa noite, ela chegou às lágrimas de infinita felicidade.

- Mãe, cê canta tão bonito!...



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

WWW.JORNALDOMEDICO.COM.BR

 **Jornal do Médico**

