



Jornal do Médico®

Plataforma de Conteúdos da Medicina e Saúde

ERRO DE DIAGNÓSTICO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA:

Aspectos Jurídicos



ENTRE NA NOSSA LISTA





3º Congresso

JORNAL DO MÉDICO®

Atualizações em Medicina e Saúde de Alta Performance

18 a 23 de outubro de 2021

Inscrições em breve:

jornaldomedico.com.br/congresso

Jornal do Médico®

MENSAGEM AO LEITOR

O mês de novembro destaca-se pelo apelo com a campanha sobre o câncer de próstata, entretanto, a nossa revista digital complementa ainda mais essa importante campanha com qualificados conteúdos sobre: “Pé Diabético, um gigante silencioso”; “Diabetes Mellitus”; “A saúde plena do homem passa pelo coração saudável”; “Novembro Azul e o papel da psicologia”; Cuidados especiais no câncer de próstata na ortopedia”; “Novembro Azul e o Dia Internacional de combate ao Diabetes”.

Observando ainda a importância do Novembro Azul para a sociedade, trouxemos com exclusividade uma importante atualização para esclarecer os especialistas sobre os aspectos jurídicos no que se referem ao erro de diagnóstico em pacientes com câncer de próstata, de autoria da renomada advogada, especialista em direito médico e membro da Comissão de Saúde da OAB Ceará, Dra. Caroline Parahyba. Está imperdível!

Com relação ao conteúdo de

atualização técnica, trouxemos um importante artigo referente a pneumologia com o tema “Cigarro Eletrônico e a EVALI (Lesão Pulmonar Associada ao uso de E-Cigarro ou Vaporização) de autoria do renomado pneumologista Dr. Dylvardo Costa (CE);

Deixando a publicação ainda mais plural e qualificada, vale a conferência nos conteúdos sobre Radiologia, Perícia Médica, COVID-19 e muito mais.

É objetivo da nossa plataforma, levar conteúdo qualificado para que os especialistas tenham cada vez mais uma melhor performance na saúde em benefício do sistema e claro, dos pacientes.

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

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
Sra. Nahimi Argollo de Menezes

CEO:
Josemar ARGOLLO
.....
Jornal do Médico® Digital, Ano I, Nº 07/2020
[Novembro] Saúde do Homem e Novembro Azul [Publicação Mensal]
Marca registrada junto ao INPI,
Instituto Nacional da Propriedade Industrial.
Josemar Argollo Ferreira de Menezes-ME
CNPJ: 24.780.958/0001-00.

.....
PRODUTORA DE CONTEÚDO: Érika Grecy
SOCIAL MEDIA: Edson Silva
ASSESSORIA EDITORIAL:
Jor. Anatalice Rodrigues (DRT-CE 3548)
REVISÃO E COPY-DESK:
Profa. Márcia Linhares Rodrigues
CONSULTORIA EM ARTE/DIAGRAMAÇÃO:
Vailton Cruz
CONTRIBUIÇÃO FOTOGRÁFICA/IMAGENS
Banco de Imagens Jornal do Médico, Pexels e
FREEPIK

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

.....
BAIXE NOSSO APP JORNAL DO MÉDICO®
disponível na Apple Store e Google Play e
tenha mais conteúdos qualificados
além de números anteriores.

.....
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
Perícia Médica
a medicina em
auxílio a justiça

06 Erro de diagnóstico em
pacientes com câncer de
próstata aspectos jurídicos

10 Cuidados especiais no câncer
de próstata na ortopedia

12 Novembro Azul e o papel da
psicologia

16 Transformação Tecnológica
a visão de futuro para os
radiologistas

19 Vale a pena o Marketing
Médico?

24 A saúde plena do homem
passa pelo coração
saúdável

28

Cigarro
Eletrônico e a
EVALI (Lesão
Pulmonar
Associada ao uso
de e-Cigarro ou
Vaporização) -
Artigo de Revisão

40 Pé diabético um
gigante silencioso

42 Novembro Azul e
dia internacional de
combate ao diabetes

46 Diabetes Mellitus

50 reinfecção de
casos de covid-19:
evidências e incertezas

54 Estamos na
segunda onda da
COVID-19?

58 A tuberculose na
poesia de Castro
Alves e Manoel Bandeira

62 Despedidas do
Acadêmico José
Vieira de Magalhães





AUTORA: CAROLINE DE PAULA CAVALCANTE PARAHYBA

advogada associada do escritório Madeiro & Gifoni, membro da comissão de saúde da OAB/CE e mestranda pela Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará. OAB/CE 40.297.

carolinedepaulacparahyba@gmail.com

ERRO DE DIAGNÓSTICO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA ASPECTOS JURÍDICOS



Considerando que Novembro é o mês da conscientização a respeito de doenças masculinas, com ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de próstata, sendo esta a segunda causa mais comum de morte entre os homens. No presente artigo, trata-se, a seguir, sobre dois exemplos de erro médico no diagnóstico de um paciente com câncer de próstata e as repercussões jurídicas de cada caso.

Antes de adentrar nos dois casos práticos, ressalta-se que, com exceção dos cirurgiões plásticos em cirurgias estéticas, o médico possui uma obrigação de meio, o que significa que ele deve se comprometer a aplicar as técnicas corretas, para alcançar uma

possível cura, mas jamais poderá prometer o resultado desta.

Em outras palavras, o médico somente poderá ser responsabilizado por erro médico, quando agir com imperícia (falta de técnica necessária para realização de certa atividade), negligência (o profissional não impõe ao paciente a atenção devida, o cuidado exigido e finda por não fazer o que deveria fazer) ou imprudência (o profissional que executa atos sem cautela, de forma injustificada e precipitada).

Do mesmo modo, o erro de diagnóstico por ser tratar de uma modalidade de erro médico, o profissional somente poderá ser

Parceiro autorizado
Embracon

Jornal do Médico

PARCERIA EMBRACON

- Segurança
- Taxas atrativas
- Benefícios exclusivos

Realize seus sonhos com
o Consórcio

Contato: Lídia Lisboa

(085) 99709-7002 / 98823-8585

[lidialisboaconsorcios](https://www.instagram.com/lidialisboaconsorcios)



Consórcio
Embracon
POSSUIR SONHOS NÃO TEM PREÇO

responsabilizado se ficar comprovado que, no caso concreto, agiu com imprudência, imperícia ou negligência no processo de diagnosticar a doença ou os sintomas do paciente.

Em contrapartida, se no processo de diagnosticar a doença ou os sintomas do paciente, o médico agiu com zelo e adotou os protocolos e as medidas tecnicamente corretas para descobrir qual a doença do paciente, deforma a permitir o adequado tratamento, não se pode falar de erro de diagnóstico.

Isto porque, como se sabe, o médico habitualmente fica diante de casos em que o paciente está com sintomas que são características de várias doenças. O seu dever, portanto, a partir desta constatação, é elencar os possíveis diagnósticos, dando prioridades para as doenças que mais coincidem com os sintomas apresentados pelo paciente, de modo que, à medida que ele vai realizando exames e procedimentos, elimina-se possíveis diagnósticos.

Assim, o critério a ser levado em consideração, será como o médico chegou aquele diagnóstico, se usou todos os meios possíveis e cuidados, para depois ser falado em responsabilidade.

Retornando aos dois exemplos de erro médico, quando da fixação no diagnóstico de um paciente com câncer de próstata, tem-se que o primeiro caso foi de um paciente, que realizou exame de sangue para dosagem do PSA (?Prostate Specific Antigen?), em 5 de

abril de 2019, obtendo como resultado os valores acima dos parâmetros de referência.

No laudo do exame laboratorial apresentava a seguinte nota de esclarecimento: "Apenas a dosagem do PSA não é conclusiva para diagnóstico de neoplasia prostática. Diversas condições clínicas benignas podem elevar transitoriamente o PSA. Este resultado deve ser interpretado pelo médico em conjunto com outros achados clínicos".

Todavia, o médico urologista, ao visualizar o exame laboratorial, não procedeu a realizar um exame de toque, nem muito menos em solicitar um exame complementar para firmar o diagnóstico, de forma que, imprudentemente, disse ao paciente que o mesmo estava com câncer de próstata e marcou a cirurgia para retirada da próstata, ao submeter o paciente a cirurgia, o médico observou que o mesmo não possuía o tumor.

Neste caso, o paciente ingressou com uma ação de danos morais contra o médico, pois além de ter lhe fixado um diagnóstico de câncer de próstata somente com o PSA, ele ainda lhe submeteu a uma cirurgia de forma desnecessária. Ao final, o Juiz entendeu que o médico agiu com negligência e o condenou ao pagamento de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

No segundo caso de erro de diagnóstico, trata-se de um paciente que procurou um médico urologista

no ano de 2018, com sintomas de micção excessiva durante a noite e incontinência, tendo o médico lhe dito que se tratava de uma infecção urinária, não procedendo em requisitar exames complementares.

Após um ano, após o avanço dos sintomas, o paciente descobriu que a infecção urinária se tratava de um câncer de próstata que já estava em estágio avançado, em virtude do seu diagnóstico ter sido tardio, impossibilitando sua cura.

Neste caso, o juiz, ao condenar o médico ao pagamento de R\$60.000,00 (sessenta mil reais) ao paciente, reconheceu e aplicou a teoria da perda de uma chance, na qual consiste em

responsabilizar quem retira uma chance de benefício de outrem, tal como no presente caso, já que se o câncer tivesse sido diagnosticado em 2018, possivelmente, por se encontrar em estágio menos avançado, o paciente teria uma chance de cura.

Diante do exposto, entende-se que o diagnóstico é um momento extremamente importante tanto para o paciente, como para o médico, pois é por meio deste que irá estabelecer a melhor conduta a ser adotada, por esta razão, o erro de diagnóstico pode ser passível de indenização, mas lembrando, desde que o médico tenha agido com imprudência, imperícia e negligência. ●



CONSELHEIRO: PROF. DR. HERCULANO SILVA

Médico – Ex-Prof. Faculdade de Ciências Médicas da UPE (Disciplina de Ortopedia e Traumatologia) -Ex-Prof. Assistente da Faculdade de Medicina – FMJ / CE (Disciplina de Reumatologia). – CRM – 5948 - SBOT 7615-CFM(RQE) 5574

consultoriordherculano@gmail.com

CUIDADOS ESPECIAIS NO CÂNCER DE PRÓSTATA NA ORTOPEDIA



O câncer de próstata é o tumor mais comum entre homens com mais de 50 anos, sendo crescente pela própria idade. De acordo com estatísticas americanas, UM em cada SEIS homens desenvolverá câncer de próstata no decorrer da vida. No entanto, somente um homem em cada 35 morrerá da doença desde que, não seja diagnosticado e tratado precocemente. Ele é responsável por 10% de todas as mortes provocadas por câncer, e muitas vezes, compromete os ossos com metástase para coluna vertebral e quadril, ficando atrás dos tumores de pulmão e intestino. Em tumores mais volumosos, o paciente sente dificuldade para urinar, ardor, e jato urinário fraco, acorda à noite várias vezes para urinar, apresenta gotejamento de urina após completar a micção e, mais raramente, queixa-se de dor e da presença de sangue na urina assim como no esperma. Atenção esses sintomas estão presentes na Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) que NÃO É CÂNCER. Saibamos que, os tumores malignos da próstata são representados por Adenocarcinomas, que pode apresentar graus diferentes. Porém 5% felizmente é raro. O tratamento preconizado para o Câncer de Próstata, em pacientes jovens, é cirurgia com prostatectomia radical, tendo objetivo geral, eliminar completamente o câncer, mas, segue um protocolo,

comumente utilizado com escore de Gleason, consequentemente, o mesmo estágio do câncer de próstata, determinando estratégias terapêuticas diferentes, dependendo da expectativa de vida individual de cada paciente. Podendo ser Cirúrgico, Radioterapia ou caso de não operados, Quimioterapia por Ablação Hormonal, com terapia de bloqueio androgênico adjuvante, promovendo não o crescimento celular para avanço tumoral. Onde se denomina TERAPIA DE DEPRIVAÇÃO DE ANDROGÊNIO (TDA), que se apresenta associada à efeito deletério na saúde óssea, levando assim, a mais temível da Osteoporose, com um aumento crescente mundial das Fraturas Osteoporóticas no homem. A osteoporose é uma doença que pode acarretar um enorme prejuízo na qualidade de vida dos pacientes e morte precoce. Sabendo-se que, o homem no início da 7ª. década, apresenta o pico máxima para as fraturas e quedas. Pesquisas no Canadá mostra que 28% das mulheres assim como 37% dos homens, que teve Fraturas de quadril, teve morte no ano seguinte pelas comorbidade. Você sabia que, devemos ter uma atenção especial em todo paciente do sexo masculino na 5ª década em diante? (ABLAÇÃO HORMONAL), como conduta farmacológica no tratamento do Câncer de Próstata é MAIOR FATOR DE RISCO para *FRATURA PRÉVIA*.



AUTORA: ZITA RIBEIRO GADELHA
Psicóloga Hospitalar, CRP 11/09722
E-mail: zitagadelha@gmail.com

NOVEMBRO AZUL E O PAPEL DA PSICOLOGIA



O câncer de próstata, tipo mais comum entre os homens, é a causa de morte de 28,6% da população masculina que desenvolve neoplasias malignas. No Brasil, um homem morre a cada 38 minutos devido ao câncer de próstata, segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional do Câncer (Inca).

Sintomas:

Na fase inicial, o câncer de próstata não apresenta sintomas e quando alguns sinais começam a aparecer, cerca de 95% dos tumores já estão em fase avançada, dificultando a cura. Na fase avançada, os sintomas são:

- dor óssea;
- dores ao urinar;
- vontade de urinar com frequência;
- presença de sangue na urina e/ou no sêmen.

Fatores de risco:

- histórico familiar de câncer de próstata: pai, irmão e tio;
- raça: homens negros sofrem maior incidência deste tipo de câncer;
- obesidade.
(fonte : ministério da saúde)

Uma das formas mais eficazes em combater o câncer seria a prevenção, porém neste caso infelizmente há um grande preconceito para a realização de exames, principalmente o de toque.

Com a ampla divulgação da importância do novembro azul faz que alcancemos mais homens e que isso venha a diminuir a resistência. Não se trata de " ferir a masculinidade" como culturalmente é repassado na sociedade. Vamos desconstruir esse obstáculo.

Nessa perspectiva, entendemos que na construção da identidade de ser homem com enfoque nos cuidados à saúde, muitos reprimem suas necessidades e recusam-se a admitir a dor e o sofrimento, negando vulnerabilidades e fraquezas constituintes de todo ser humano. (fonte <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0942.pdf>)

A Psico-Oncologia, área de intersecção entre a Psicologia e a Oncologia, que cabem o estudo das variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas no processo de adoecimento e cura e as intervenções ao longo de todo ele. A Psico-Oncologia aprofundou e refinou técnicas de potencialização ▶



dos efeitos dos tratamentos médicos, capacitando cada doente a utilizar seus recursos mentais de maneira focal, para reforçar os efeitos dos medicamentos que recebe. Desenvolveu também recursos de apoio aos cuidadores, profissionais ou não, para que atuem como co-participantes de todo o tratamento, ao mesmo tempo em que lhes proporciona estratégias de auto cuidado e fortalecimento, visando também a manutenção de sua própria saúde física e mental.

Necessidades do paciente, frequentemente desconsideradas ou pouco identificadas, são atendidas

de modo a preservar a qualidade de vida enquanto esta existir. Qualquer elemento da equipe interdisciplinar, devidamente preparado, estará apto a reconhecer e a encaminhar para atendimento especializado as manifestações de sofrimento físico, moral, social ou espiritual do paciente oncológico. E não se limitam às necessidades do paciente. Sua visão sistêmica de um processo que não é vivido de maneira isolada os faz conhecedores dos indicativos de luto complicado, por exemplo. (fonte : Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer - 526a530.pdf (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net))

Concluindo, a Psico-Oncologia faz-necessário para identificar demandas dos pacientes e familiares e o seus processos de enfrentamento da doença em si, sabendo que o paciente é um indivíduo com crenças, valores e opiniões, ou seja, integral e complexo que devem ser levadas em consideração durante o seu tratamento assim ele se torna um paciente com autonomia e ativo.

Referências:

INCA, Instituto Nacional do Câncer – Acessado em : 09/11/2020 Publicado : INCA - Instituto Nacional de Câncer

Ministério da Saúde - Novembro Azul: mês mundial de combate ao câncer de próstata (saude.gov.br) Acessado em : 08/11/2020



AUTOR: DR. GUSTAVO MEIRELLES

radiologista e membro do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TRANSFORMAÇÃO TECNOLÓGICA

A visão de futuro para os radiologistas



Desde 1895, com a descoberta dos raios X, até hoje, a radiologia é uma das especialidades que lideram o ranking na evolução e inovações na medicina. Além de as novas tecnologias favorecerem ainda mais o diagnóstico e tornarem a prática profissional do radiologista cada vez mais útil e eficaz, associadas a exames em altíssima definição e ultrarrealistas, novos métodos e protocolos de aquisição de imagens, equipamentos modernos e até o uso de inteligência artificial, nós médicos radiologistas somos convidados diariamente à reinvenção, encarando o desafio de estarmos sempre um passo à frente no conhecimento para acompanhar os avanços da área.

Inseridos no sistema de saúde, os radiologistas são fundamentais para dar respostas que impactem positivamente a saúde da população, sobretudo quando falamos em gerar evidências e dados clínicos, por meio de uma interpretação profunda e complexa de uma série de informações em múltiplas camadas fornecidas pelos exames de imagem. Quando encaramos essa abordagem diante da revolução digital, entendemos a expansão do papel da área e dos profissionais radiologistas.

Com a velocidade das inovações

tecnológicas, é necessário nos redescobrirmos como médicos e torná-las aliadas à nossa prática. O olhar positivo sobre a transformação digital a configura como uma oportunidade de expandir a atuação do radiologista, nos inserindo de maneira gratificante nesse futuro emergente.

Entendemos que nosso ecossistema precisa incorporar os recentes avanços e convertê-los em soluções significativas, com potencial de impactar a saúde brasileira, como fizemos ao criar o projeto IMais – em parceria com a empresa Allm –, que utiliza a tecnologia do aplicativo Join para fornecer uma segunda opinião clínica para casos suspeitos de Covid-19 tratados em instituições públicas, pelo compartilhamento on-line de imagens de raios X e tomografia, acelerando o diagnóstico e a otimização do tratamento e a internação dos pacientes.

A Covid-19 é também outro grande desafio para os radiologistas que trouxe um protagonismo à área, uma vez que os exames de imagem do tórax têm sido muito importantes para apoiar o diagnóstico da doença, pois mostra o grau de comprometimento do sistema respiratório, e a tomografia, por exemplo, possui altas taxas de sensibilidade e especificidade, ▶

requerendo de nós, radiologistas, ainda mais habilidade interpretativa.

Além disso, exames de imagem também auxiliam no entendimento do comportamento do novo coronavírus no organismo, por meio do procedimento conhecido como virtópsia ou autópsias virtuais minimamente invasivas, realizadas pela fusão de exames de imagem e biópsias, que têm desempenhado um importante papel, possibilitando o melhor estudo da doença, com respostas rápidas sobre como o vírus acomete o corpo humano.

Mais uma vez vemos que os radiologistas ainda são pioneiros em abraçar tecnologias ou utilizá-las de modo criativo para colaborar com o sistema de saúde, e é sob uma perspectiva positiva que avaliamos o futuro da profissão aliado às novas tecnologias, que são utilizadas para agregar ainda mais eficiência e qualidade ao trabalho, promovendo troca de conhecimento, novas conexões, intercâmbio científico para maximizar a formação de novos profissionais e produzir cada vez mais evidências nesse amplo espectro que é a radiologia. •



AUTOR: ARGOLLO

CEO *Jornal do Médico*, MBA em Comunicação e Mídias Digitais e Membro Honorário da SOBRAMES, Sociedade Brasileira de Médicos Escritores, Regional Ceará
atendimento@argollomarketing.com.br

VALE A PENA O MARKETING MÉDICO?

Promover e divulgar o trabalho do profissional médico, além de comunicar e entregar valor para os pacientes tem se tornado cada vez mais essencial para competir no mercado de saúde.

Segundo o CFM, Conselho Federal de Medicina, para 2020, havia uma estimativa de que o Brasil atingisse a marca de 2,20 médicos por 1.000 habitantes, logo esses profissionais devem promover seus diferenciais para o público na internet através do marketing para trabalhar a sua imagem, alcançar mais pacientes, bem como fidelizá-los.

Além de um mercado competitivo, a pandemia impulsionou bastante o mundo digital, onde as redes sociais e as ferramentas mobile tem tido um aumento significativo de usuários na procura por soluções em serviços de saúde, inclusive via Telemedicina.



Na hora de escolher por onde começar suas ações de promoção da sua imagem, observe as regras estabelecidas pelo CFM, pois há situações impeditivas como por exemplo a divulgação de fotos de pacientes nas ações de marketing, mesmo que autorizado por eles.

Um planejamento/estratégia de marketing bem definidos irão certamente alavancar sua imagem/autoridade junto ao público, convertendo em pacientes e até mesmo defensores do seu nome. Será que vale a pena esse trabalho?



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

PERÍCIA MÉDICA

A MEDICINA EM AUXÍLIO A JUSTIÇA



A perícia médica acompanha a vida em sociedade. Desde a Idade Antiga histórica, quando o Direito e as Ciências Jurídicas perceberam a necessidade que tinham do conhecimento médico para bem decidir e nortear a vida dos cidadãos, os profissionais de Medicina já eram convocados para opinar e informar se certa situação jurídica guardaria correspondência com o conhecimento médico, a luz do seu tempo.

O termo perícia deriva do latim peritia (de peritus, "experto"). Trata-se da análise técnica de uma situação lavrada por especialista em certa disciplina. O perito é alguém que dispõe de certo conhecimento que esclarecerá o Poder Judiciário, o Ministério Público, as autoridades policiais, o administrador público (civil ou militar) - em situações específicas - amparando-os na melhor decisão a ser assumida.

Tradicionalmente, vincula-se o exercício da Medicina a sua prática assistencial, é dizer, aquela modalidade na qual certa pessoa busca auxílio médico em decorrência de um agravo a sua saúde. Não obstante, esta não é a única forma que as Ciências Médicas atuam. Sob outro prisma, a "Medicina Pericial" é também forma de se exercer a atividade médica. Nesta seara, os médicos peritos atuarão trazendo informações que, não raro, definirão

se certo direito que o cidadão pleiteia lhe é, de fato, devido. Sendo assim, a perícia se traduz como um meio de prova científica que demonstrará a autoridade se o direito cabe a certa pessoa. Neste cenário, é possível vislumbrar diversos espaços nos quais estes profissionais atuarão de forma irrecusável. São exemplos:

- Perícia médico-legal: típica da atuação do médico perito legista, produz provas que fundamentarão inquéritos policiais e ações criminais no Poder Judiciário. São exemplos de crimes que necessitam das ponderações assinaladas nos laudos dos legistas: homicídio, participação em suicídio, infanticídio, aborto, lesões corporais, estupro; violência contra a mulher, idosos, doentes mentais ou crianças; embriaguez ao conduzir veículos, além da identificação de pessoas e avaliação de danos corporais para fins de pagamento do seguro DPVAT;

- Perícia médica cível: frequente nas varas judiciais, aborda temas como a responsabilidade dos profissionais, dos planos/seguros e das instituições de saúde, com o respectivo ressarcimento financeiro a título de danos morais e patrimoniais; além dos temas próprios da denominada "judicialização da saúde": aquisição de órteses, próteses e medicações de alto custo; determinação de internações e ▶

intervenções cirúrgicas, dentre tantos;

- Perícia médica previdenciária: tradicionalmente, há avaliação inicial pelos médicos peritos federais. Na sua atuação, entre outras, analisa situações que envolvem a concessão de benefícios ao segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a exemplo de: auxílio-doença; auxílio-acidente; aposentadoria por incapacidade e aposentadorias especiais;

- Perícia médica trabalhista: o perito se debruçará sobre temas como os acidentes e danos corporais que ocorreram no trabalho, com o respectivo grau de incapacidade, estabelecendo ou afastando o nexo de causa/efeito/concausa, análise da insalubridade/periculosidade de determinado local, além das doenças ocupacionais;

- Perícia médica administrativa: realizada nos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (v.g. comprovação e gradação de lesões/doenças incapacitantes; gestação/puerpério, licenças, aposentadorias e admissões); avaliação para aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) junto aos Departamentos de Trânsito (DETRAN), cotas de deficientes em concursos públicos, dentre outras;

- Perícia médica militar: o perito militar discorrerá sobre temas como seleção e dispensa do serviço militar obrigatório; admissão, licenças e expulsões, além de alguns crimes militares.

Pelo explanado, são exemplos de locais de trabalho do médico perito: Instituto Médico-Legal (IML), postos do INSS, DETRAN, instituições da administração pública (civis e militares), varas judiciais cíveis (Estaduais e Federais) e varas judiciais do trabalho. Quanto ao tipo de médico perito, há os oficiais/de carreira (v.g. médico legista e médico perito federal) e os ad hoc, nomeados ou louvados.

Oportuno destacar que o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1.973/2011, reconhece a especialidade "Medicina Legal e Perícias Médicas", congregando os médicos especialistas nesta seara e que atuam em seus diversos ramos, conforme exposto. Como consequência, nasce a Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica (ABMLPM), que, a exemplo de outras associações de especialidades, visa, principalmente, aperfeiçoar o conhecimento científico inerente a este campo médico, além de aplicar a prova de título de especialista. Na mesma toada, em 2018, é fundada a ABMLPM/Regional Ceará visando ao contínuo aperfeiçoamento científico do médico perito cearense. ►

Sob o horizonte da Bioética aplicada a perícia, sobressai-se o Código de Ética Médica (resolução CFM 2.217/2018) que apresenta, em seu capítulo XI, o tema da "Auditoria e perícia médica" (artigos 92 a 98). Neste, são tratados, entre outros, os seguintes aspectos: a impossibilidade de ser perito do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou, ainda, ser perito de empresa em que atue ou tenha atuado, além da vedação de intervir nos atos profissionais de outro médico. Também há proibição de realizar exames médico-periciais de corpo de delito no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios. Destaque-se que o médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial. Também

não merecem ser olvidadas as manifestações do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará sobre o tema, como se observa no parecer CREMEC 09/2015 que aborda a "atividade médica pericial".

Em síntese, a perícia médica é meio de prova indispensável para se alcançar a verdade real que se busca em diversas lides processuais, sempre em proveito da sociedade. Conforme leciona o médico perito argentino Nerio Rojas - "A função pericial requer duas condições ao perito: preparação técnica e moralidade. Não se pode ser bom perito se falta uma destas condições. O dever de um perito é dizer a verdade; no entanto, para isso é necessário: primeiro saber encontrá-la e, depois querer dizê-la. O primeiro é um problema científico, o segundo é um problema moral!" ●



AUTORA: DRA. CARLA J. B. LANTIERI

médica assistente da disciplina de Cardiologia da Faculdade de Medicina do ABC, médica do Hospital do Coração- Sanatório Sírio/SP, coordenadora do Programa SBC vai à Escola da Sociedade Brasileira de Cardiologia, membro da Diretoria de Promoção de Saúde da SBCe do Departamento de Aterosclerose da SBC - CRM/SP 99875

www.portal.cardiol.br

@sbc.cardiol

A SAÚDE PLENA DO HOMEM PASSA PELO CORACÃO SAUDÁVEL



A conscientização pelo cuidado com a saúde masculina também está no controle dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares

A conscientização pelo cuidado com a saúde masculina também está no controle dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares

Neste mês, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) vem ressaltar a importância do cuidado com a saúde do homem. Indiscutivelmente a prevenção contra o câncer de próstata faz-se necessária e esforços neste sentido, como a ampla divulgação da medicina baseada em evidências, que aponta cada vez mais para a necessidade dos exames preventivos e o acompanhamento médico periódico, assim como as campanhas frente à população, organizadas pelas sociedades médicas, têm contribuído para a maior conscientização da relevância do cuidado da saúde masculina.

Entretanto, dentro do contexto de saúde plena, é urgente que façamos uma alusão à saúde cardiovascular (CV) do homem. Publicado recentemente, no Lancet Diabetes Endócrino, em novembro de 2020, o artigo "A saúde metabólica no Brasil: tendências e desafios", mostra que 36,1% dos homens têm estilo de vida sedentário, isto é praticam menos de 150 minutos/semana de atividade física, de moderada intensidade; ou menos de 75 minutos/semana de

atividade física, de alta intensidade; somente 27,9% consomem regularmente (≥ 5 dias/semana) frutas e vegetais e 21,8% consomem alimentos ultraprocessados regularmente. Entre os anos de 2009 e 2019 houve um aumento na prevalência de obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) na população brasileira de 13,9% para 19,8%, sendo da ordem de 20,9% entre a população de 45-64 anos e de 8,7% nas pessoas com idade entre 18 e 24 anos.

Estes dados corroboram para que a SBC traga um alerta sobre a importância do controle dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), como a obesidade, o diabetes, o sedentarismo, o tabagismo, a dislipidemia, a hipertensão arterial e o estresse. Nesta direção, a SBC, junto à comunidade como um todo, tem elaborado programas de prevenção das DCV e promoção da saúde, de forma intersetorial e interprofissional com o intuito de conscientizar e sensibilizar a população a adotarem um estilo de vida saudável, com a prática da atividade física regular, alimentação saudável e manter o acompanhamento médico periódico, mesmo em tempos de pandemia.

Adicionado a esses dois fatores protetores para a saúde, o Departamento de Espiritualidade



em Medicina Cardiovascular da SBC contempla a importância da espiritualidade na vida. Cultivar sentimentos positivos como gratidão, perdão, altruísmo, solidariedade, empatia tem se mostrado como fatores protetores para a saúde cardiovascular.

Vale esclarecer que espiritualidade não é sinônimo de religião ou religiosidade. Neste ano, a pandemia de Covid-19 nos impôs alterações de comportamento, com uma carga maior de estresse para a maioria da população, e a ciência nos demonstra

que fatores estressores da vida estão ligados à hiperativação dos eixos simpático-adrenal e hipotálamo-hipófise- adrenocortical, que podem promover e acelerar uma doença cardíaca por várias vias. O coração submetido à ação adrenérgica intensa, deflagra aumento intermitente da frequência cardíaca e da pressão arterial, sobrecarregando o sistema CV. A atividade inflamatória sistêmica facilitada pela hiperatividade adrenérgica se traduz com o aumento da produção de citocinas inflamatórias. A atividade inflamatória exacerbada ativa a

cascata da coagulação, intensifica a agregação plaquetária, promove a ruptura de placas de ateroma e leva à formação de trombos intravasculares.

O atual aumento dos eventos cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, tem gerado preocupação aos cardiologistas. Orientar a população que busquem atendimento médico quando da presença de sinais ou sintomas cardiovasculares torna-se mandatário para salvarmos vidas. Devemos incentivar os portadores de

doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, que mantenham seus tratamentos e sigam as normas preventivas contra o novo coronavírus. Não podemos minimizar o grave impacto negativo que as doenças CV causam à saúde do homem, seja no aspecto individual ou populacional. Por isso, vamos estimular os homens e toda a população a mudar a forma de pensar sobre a sua saúde, cuidando-se e prevenindo-se, para que não façam parte das estatísticas das doenças cardíacas.



AUTOR: DR. DYLVARDO COSTA LIMA

Pneumologista, CREMEC 3886 RQE 8927

@dylvardo

dylvardofilho@hotmail.com

CIGARRO ELETRÔNICO E A EVALI (LESÃO PULMONAR ASSOCIADA AO USO DE E-CIGARRO OU VAPORIZAÇÃO) - ARTIGO DE REVISÃO

INTRODUÇÃO

Os sistemas eletrônicos de entrega de nicotina, também conhecidos como cigarros eletrônicos (e-cigarros) foram introduzidos pela primeira vez nos Estados Unidos em 2007, como produtos alternativos de tabaco para entregar nicotina sem a fumaça do tabaco.

São aparelhos que produzem um aerossol ao aquecer um líquido que contém um solvente (glicerina vegetal, propilenoglicol) em um ou mais aromas, com ou sem nicotina. A evaporação do líquido no elemento de aquecimento seguida por resfriamento rápido forma o aerossol, que é inalado ou “vaporizado”.

Os cigarros eletrônicos têm sido tradicionalmente considerados menos nocivos em comparação com o uso do cigarro, pois não estão associados à inalação de produtos combustíveis do tabaco, que são mais cancerígenos e têm efeitos deletérios em comparação com a nicotina isolada. Os cigarros eletrônicos, entretanto, têm sido associados a uma variedade de efeitos na saúde; efeitos cardiovasculares incluindo aumento da probabilidade de enfarte do miocárdio; lesões térmicas devido a explosões, causando lesões significativas nos tecidos moles e faciais; e efeitos psicossociais secundários ao comportamento viciante.

Complicações pulmonares foram relatadas raramente e esporadicamente. No entanto, desde março de 2019, um surto contínuo de lesão pulmonar associada a cigarros eletrônicos ou vapores com múltiplas fatalidades foi relatado em todos os Estados Unidos.

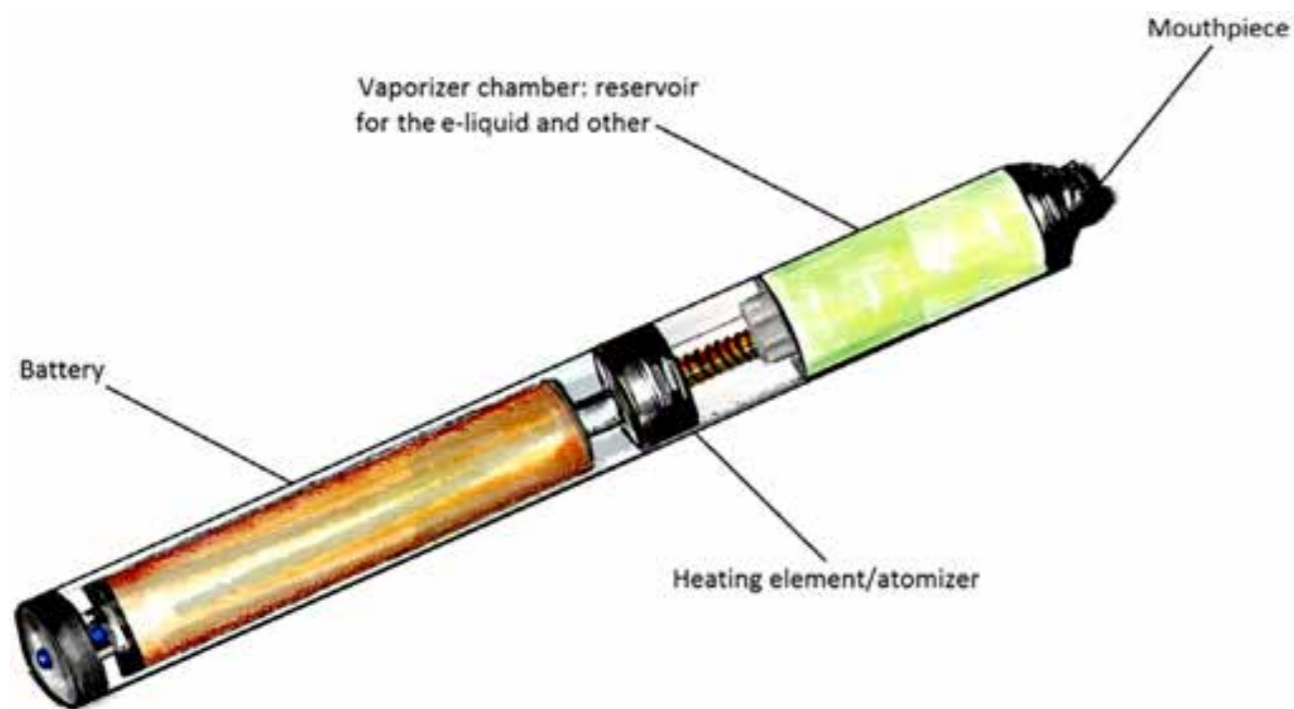
Este artigo de revisão tem como objetivo descrever a lesão pulmonar associada ao cigarro eletrônico ou vaping, sua patogênese presumida, características clínicas, investigação e tratamento.

ESTRUTURA DOS SISTEMAS ELETRÔNICOS DE ADMINISTRAÇÃO DE NICOTINA

Os sistemas eletrônicos de entrega de nicotina são um grupo diversificado de dispositivos que são estruturalmente projetados para aerossolizar um líquido, que é então inalado ou “vaporizado”. Eles incluem uma variedade de produtos, incluindo cigarros eletrônicos, vapes, canetas vape, canetas de narguilé ou cigarros.

Cada dispositivo compreende estruturalmente 4 componentes: uma bateria, um reservatório com a formulação líquida e uma câmara de vaporização com um elemento de aquecimento, juntamente com um bocal para inalação.

Embora a maioria dos sistemas



Bateria, elemento de aquecimento, reservatório com a formulação líquida e um bocal para inalação.

eletrônicos de entrega de nicotina contenha nicotina junto com um agente aromatizante, muitos desses dispositivos contêm compostos à base de cannabis que são usados como substitutos da maconha tradicional. A composição do aerossol gerado depende dos ingredientes do líquido e das características elétricas do elemento de aquecimento, bem como da temperatura atingida.

Desde sua introdução, os sistemas eletrônicos de liberação de nicotina passaram por várias modificações com relação à forma, tamanho e agentes aromatizantes múltiplos, resultando em popularidade crescente entre adolescentes e adultos jovens. Na verdade, desde a mais recente iteração de cigarros

eletrônicos na forma de dispositivos baseados em cápsulas (por exemplo, Juul; Juul Labs Inc, San Francisco, Califórnia), que são menores e têm o formato de uma unidade USB, o uso de cigarros eletrônicos tem aumentado tremendamente entre os alunos do ensino fundamental e médio. Em 2019, 28% dos alunos do ensino médio relataram o uso de cigarros eletrônicos, contra 12% em 2017.

EPIDEMIOLOGIA

No início de 2019, uma doença semelhante à gripe associada ao uso de cigarros eletrônicos foi identificada nos Estados Unidos. Desde então, mais de 2.800 casos de EVALI, e-cigarette, or vaping, ▶

product use—associated lung injury, ou em tradução literal, lesão pulmonar associada ao uso do cigarro eletrônico ou vaporização do produto, foram relatados aos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, resultando em pelo menos 68 mortes, bem como em diferentes partes do mundo, com a maioria dos casos em adolescentes e jovens adultos do sexo masculino. A ampla distribuição de casos e relatos de apresentações de casos semelhantes em outras partes do mundo apoiam a possibilidade de que outras apresentações de lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização existiram antes deste surto, e injúrias pulmonares associadas a vaporização, foram sub-reconhecidas pelos profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO

Embora os critérios diagnósticos uniformes não tenham sido acordados, a definição de caso original para lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização na primeira série de 53 casos de Illinois e Wisconsin permanece a base para a definição desta entidade:

- 1) Uso de e- cigarros e produtos relacionados 90 dias antes do início dos sintomas;
- 2) Infiltrados pulmonares nas imagens; e
- 3) Ausência de outras causas

conhecidas, como infecção, condições cardíacas, imunológicas ou neoplásicas.

PATOGÊNESE

Um mecanismo patológico claro que explica o processo de doença de lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização ainda não foi identificado. Como afirmado antes, uma variedade de aromatizantes é usada em cigarros eletrônicos, com mais de 7.000 aromatizantes e 450 marcas disponíveis. A heterogeneidade dos produtos usados torna a avaliação dos efeitos biológicos difícil de discernir.

Novos métodos de inalação, como “Dabbing”, mudaram o conteúdo e as propriedades dos compostos administrados aos pulmões quando inalados. Dabbing refere-se à inalação da combustão de concentrados de canabinóide, que resulta em um efeito alucinógeno mais rápido devido à maior concentração de tetrahydrocannabinol (THC), e é particularmente comum entre estudantes do ensino médio. Os agentes aromatizantes líquidos usados incluem aldeídos, como diacetil e acetilpropionil, que foram implicados na bronquiolite, quando inalados durante os processos de fabricação.

Além disso, quando expostos ▶

a altas temperaturas, a glicerina vegetal e o propilenoglicol contido no solvente dos

e-cigarros se decompõem, gerando compostos carbonílicos prejudiciais, como formaldeídos, acroleína e acetaldeído, que têm sido implicados no desenvolvimento de estresse oxidativo e liberação de mediadores inflamatórios que causam lesão epitelial das vias aéreas. Além disso, a mistura de vários ingredientes e outros contaminantes pode gerar mais produtos tóxicos não identificados.

Cerca de 80% dos casos relatados de lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores envolveram cigarros eletrônicos contendo THC, enquanto cerca de 58% dos casos relatados usaram produtos contendo nicotina com THC ou canabinoides; no entanto, 13% dos casos relatados usaram apenas nicotina.

Além disso, em um estudo de amostras de lavagem broncoalveolar de broncoscopias feitas entre 51 casos com lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização para avaliar tóxicos prioritários, acetato de vitamina E foi encontrado em 48 deles (94%). Assim, embora isso não implique uma ligação causal à lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização, ele tem sido fortemente associado à sua patogênese.

O acetato de vitamina E foi encontrado em vários cartuchos contendo THC falsificados, de baixo custo, onde são usados ilegalmente como diluentes para modificar a viscosidade e imitar os cartuchos de THC mais caros e regulamentados. Na verdade, "DankVapes", uma classe de cartuchos de THC falsificados de origem desconhecida, foi a marca mais comumente usada nos Estados Unidos em casos de lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores. Outras marcas de THC falsificados supostamente usadas incluem "TKO" e "SmartCart".

De acordo com a US FoodandDrugAdministration, o conteúdo de acetato de vitamina E nessas marcas falsificadas varia de 23% a 88%; com concentração média de 50%. O uso ilícito de acetato de vitamina E como diluente começou a surgir em 2019, o que se alinha com a epidemia de lesão pulmonar associada a cigarros eletrônicos e vapores.

Além disso, o acetato de vitamina E, quando aquecido e aerossolizado, pode produzir ceteno, que pode ser um irritante para as vias aéreas e ainda propagar uma cascata inflamatória. O acetato de vitamina E também pode afetar a função do surfactante, predispondo a formação de atelectasia. Estes dados favorecem a hipótese

de que a vitamina E pode ser o principal agente causador de lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos e vapores com sabor de THC. Ressalta-se que o acetato de vitamina E não foi encontrado nos cartuchos exclusivamente de nicotina usados, sugerindo outros agentes que podem ser patogênicos. Novas pesquisas para outros produtos biológicos causais estão sendo conduzidas.

Padrões de lesão pulmonar causada por vapores

1. Pneumonia lipoídica
2. Pneumonia eosinofílica aguda
3. Pneumonite de hipersensibilidade
4. Hemorragia alveolar difusa
5. Síndrome da dificuldade respiratória aguda
6. Bronquiolite respiratória-doença pulmonar intersticial (RB-ILD)
7. Pneumonia fibrinosa em organização aguda
8. Pneumonitegranulomatosa
9. Organizando pneumonia

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Com base nos dados disponíveis, a maioria dos casos de lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores relatados, ocorreu em homens jovens (provavelmente relacionados ao uso mais frequente deles), com idades médias em diferentes séries de casos variando entre 19 e 27 anos, e em

16% dos pacientes com menos de 18 anos, com uma apresentação clínica caracterizada por uma constelação de fatores constitucionais, e sintomas respiratórios e gastrointestinais.

Os sintomas respiratórios comuns descritos incluem falta de ar, tosse, dor torácica pleurítica e, raramente, hemoptise. Os sintomas gastrointestinais de náusea e dor abdominal, bem como sintomas constitucionais de febre e calafrios, foram relatados na maioria dos pacientes (70% -80% em diferentes séries de casos).

No exame físico, a maioria dos pacientes apresenta taquipneia e taquicardia, com febre observada também em uma proporção significativa de pacientes. A progressão para insuficiência respiratória hipoxêmica é a complicação mais temida, com a saturação de oxigênio caindo para menos de 88% em pelo menos 40% a 50% dos casos, e com a necessidade de ventilação mecânica em 15% a 30% dos pacientes relatados. Pelo menos 65% a 70% dos pacientes também precisaram ser internados em unidades de terapia intensiva, necessitando de oxigênio de alto fluxo ou ventilação mecânica.

RADIOLOGIA

A maioria dos casos com lesão pulmonar associada a

cigarro eletrônico ou vaporizador tem opacidades bilaterais ou consolidações no estudo de Raio-x de tórax ou tomografia



(A) Radiografia de tórax de um paciente com lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou produto Vaping, mostrando opacidades alveolares bilaterais significativas.

(B) Tomografias computadorizadas em vista axial mostrando opacidades em vidro fosco bilaterais e consolidações dependentes com um padrão de preservação subpleural.

computadorizada. Embora uma variedade de padrões radiográficos em imagens de tomografia computadorizada tenha sido descrita, o padrão mais comum encontrado é o de vidro fosco, predominante no lobo inferior bilateralmente e opacidades consolidativas com preservação subpleural.

Derrames pleurais são vistos raramente. Outros padrões radiográficos descritos incluem opacidades consolidativas densas na base (como visto na síndrome do desconforto respiratório agudo); opacidades consolidativas difusas e confluentes (como visto na pneumonia criptogênica em organização), ou opacidades de vidro fosco do lobo superior com aprisionamento de ar (como visto na pneumonite por hipersensibilidade). Dependendo da intensidade dos esforços de inalação associados à vaporização, já foram vistos raramente o pneumotórax e pneumomediastino.

DIAGNÓSTICO

A lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização é um diagnóstico de exclusão e consiste numa história de vaporização nos 90 dias anteriores, presença de opacidades pulmonares bilaterais e exclusão de diagnósticos alternativos e infecções pulmonares.

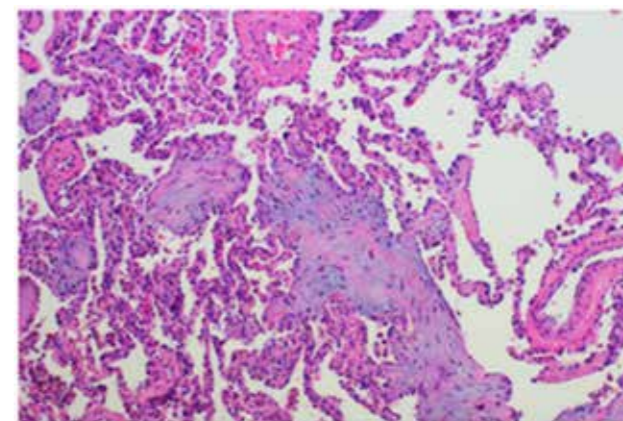
A avaliação deve incluir exames ►

para a exclusão de outros processos infecciosos pulmonares, com painel viral respiratório, teste de antígeno na urina para estreptococos e legionela, escarro e hemoculturas e testes sorológicos para antígenos fúngicos, se clinicamente indicado.

A broncoscopia com lavagem broncoalveolar e, se possível, biópsias transbrônquicas, devem ser realizadas, a menos que a gravidade clínica o impeça, pois são especialmente úteis para excluir outras causas alternativas de insuficiência respiratória hipoxêmica e causas infecciosas.

Além disso, a lesão pulmonar associada ao cigarro eletrônico ou vaping, tem sido associada a hemorragia alveolar pulmonar difusa, pneumonite por hipersensibilidade e pneumonia eosinofílica aguda, que podem ser diagnosticadas com broncoscopia; portanto, levando a mudanças potenciais no manejo e no prognóstico. Assim, uma vez que haja suspeita de lesão pulmonar associada ao cigarro eletrônico ou ao produto vaporizador, uma abordagem multidisciplinar com envolvimento de especialistas em doenças infecciosas pulmonares pode ser útil.

Não há anormalidades laboratoriais específicas para o diagnóstico de lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaping. A maioria das séries descreve leucocitose junto com



Amostra pulmonar obtida por cirurgia toracoscópica vídeo-assistida. Coloração de hematoxilina e eosina x200 mostrando plugues de fibromixóide (corpos de Masson) consistindo em materiais exsudativos incluindo componentes de tecido conjuntivo, fibrina e fibroblasto dentro de espaços alveolares e dutos consistentes com pneumonia em organização.

elevação leve dos testes de função hepática e elevação significativa de marcadores inflamatórios, incluindo proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação, que são inespecíficos.

PATOLOGIA

Biópsias feitas em casos de lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização mostraram lesão pulmonar aguda, manifestando-se como pneumonia em organização, dano alveolar difuso, pneumonia lipóide, pneumonite fibrinosa aguda ou uma combinação desses padrões.

A avaliação citopatológica dos ►

espécimes do lavado broncoalveolar revelou macrófagos espumosos e vacuolização de pneumócitos, que corou positivamente para OilRed O, consistente com acúmulo de lipídios, que pode estar relacionado à glicerina contida nos líquidos aerossolizados, produzindo assim um padrão semelhante a lesão pulmonar induzido por amiodarona com fosfolipidose endógena. Mas a relevância deste achado não é clara, dada a lesão térmica secundária devido à inalação de um ou mais produtos tóxicos gerados durante a vaporização.

TRATAMENTO

Dado que a pneumonia adquirida na comunidade é uma causa muito mais comum de insuficiência respiratória hipoxêmica, antibióticos são fortemente recomendados e devem ser administrados a todos os pacientes, com diminuição sequencial, se nenhuma evidência de infecção pulmonar ou da corrente sanguínea for encontrada.

Os corticosteroides têm sido amplamente usados no tratamento de lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores, embora sua eficácia não tenha sido bem estudada. Na maioria das séries, entretanto, a maioria dos pacientes mostrou uma excelente resposta aos corticosteroides, com metilprednisolona variando de 0,5-1 mg / kg a doses mais altas de 125-500 mg.

No entanto, houve exceções, com alguns pacientes não respondendo aos esteroides e exigindo medidas de suporte mais agressivas, como oxigenação por membrana extracorpórea. Alguns pacientes morreram apesar do uso de esteróides e cuidados de suporte máximos. A resposta clínica pode estar hipoteticamente ligada à patologia da lesão pulmonar aguda causada, com pacientes exibindo dano alveolar difuso, provavelmente não respondendo aos glicocorticoides, e pacientes com pneumonia em organização, mais propensos a responder a eles.

Assim, parece plausível, em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica, iniciar corticoides, além de antibióticos, dada a acuidade do quadro. No entanto, em pacientes com apresentações menos graves, seria razoável manter esteroides até que outras causas infecciosas sejam excluídas, de preferência após uma broncoscopia.

A maioria dos pacientes requer cuidados de suporte com oxigênio, com uma proporção considerável de pacientes necessitando de internação na unidade de terapia intensiva. Com base na gravidade da apresentação, instituição de oxigenoterapia de alto fluxo ou a ventilação não invasiva pode ser utilizada para

reduzir o trabalho respiratório. Até 35% dos pacientes podem acabar necessitando de ventilação mecânica.

PROGNÓSTICO

Em geral, o prognóstico é excelente, especialmente em pacientes jovens, com a maioria dos pacientes melhorando eventualmente em uma semana após a apresentação. Os esteróides devem ser reduzidos gradualmente com base na melhora clínica e geralmente não são necessários além de um curso de 2 semanas. Embora não haja diretrizes bem definidas sobre a duração dos esteróides em lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores, dado que a maioria dos pacientes responde dentro de uma semana de tratamento, e considerando o perfil desfavorável de efeitos colaterais dos esteróides, um curso de no máximo 2 semanas de esteróides é recomendado.

Além disso, extrapolando as evidências sobre a duração dos esteróides na pneumonia eosinofílica aguda, que compartilha uma patogênese semelhante, a terapia além de 2 semanas seria desnecessária. Houve 60 mortes secundárias a lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores relatadas até agora nos Estados Unidos; com os dados indicando que condições

crônicas cardíaca e pulmonar, incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, apneia obstrutiva do sono e diabetes mellitus, bem como o aumento da idade, podem ser fatores de risco e prognóstico, que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade entre alguns pacientes com lesão pulmonar associada a cigarros eletrônicos ou vapores.

A idade média dos pacientes falecidos era de 51 anos. Além disso, 1 cada de 7 mortes ocorreu após a alta hospitalar dentro deste grupo, com até 25% das hospitalizações ocorrendo dentro de 48 horas após a alta. Esses dados sugerem que um acompanhamento de no mínimo de 48 horas em pacientes com lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização, especialmente aqueles com condições médicas crônicas, seriam benéficos para diminuir o risco de morbidade e mortalidade.

As consequências a longo prazo de lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores não são claras. No entanto, acompanhamentos em pacientes em curto prazo, mostraram anormalidades respiratórias e radiográficas persistentes, juntamente com redução na capacidade de difusão em testes de função pulmonar em 2 semanas, enquanto outra

série descreve a depuração clínica e radiográfica completa em um acompanhamento de 2 semanas. Mas o acompanhamento em 2 meses revelou resolução clínica e radiológica completa em sua maioria.

DIREÇÕES FUTURAS

Embora o acetato de vitamina E tenha sido considerado um papel significativo na lesão pulmonar associada ao cigarro eletrônico ou vaporização, especialmente em usuários de produtos à base de THC, a busca por outros agentes possíveis continua, como óleo de coco, por exemplo.

Além disso, são necessários estudos para avaliar fatores de risco desconhecidos e compreender mais mecanismos de lesão pulmonar associada a cigarros eletrônicos ou vapores. Pesquisas adicionais para entender os efeitos de longo prazo da vaporização, bem como resultados de longo prazo em pacientes com lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização, são de suma importância em face do uso cada vez maior desses dispositivos.

É imperativo que os profissionais médicos continuem a relatar casos de lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores aos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e às autoridades estaduais. Além disso, o estabelecimento de

um banco de dados que registre a natureza diversa dos produtos de vaporização facilitaria uma avaliação epidemiológica da magnitude do problema.

Finalmente, a educação dos jovens para fornecer informações importantes sobre as consequências negativas da vaporização e regulamentos que tornam os cigarros eletrônicos indisponíveis para as crianças e adolescentes deve ser realizada dentro da comunidade e pelas autoridades de saúde locais.

CONCLUSÃO

Os sistemas eletrônicos de entrega de nicotina, embora inicialmente desenvolvidos como um meio de entrega de nicotina, em comparação com o fumo de cigarros convencionais, e considerados menos perigosos do que eles, agora são vistos como associados a uma variedade de complicações, incluindo lesões térmicas, efeitos cardiovasculares, efeitos colaterais psicossociais e, mais tarde, complicações pulmonares graves com risco de vida.

Enquanto continue a busca por diferentes agentes que podem ser responsáveis por lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores, o acetato de vitamina E foi identificado como um agente causador potencial. ▶

Dado o uso desenfreado de cigarros eletrônicos entre os jovens, os médicos devem identificar e considerar lesão pulmonar associada a cigarros eletrônicos ou vapor, ao avaliar pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica. Todos os esforços devem ser empreendidos por médicos para relatar casos de lesão pulmonar associada a cigarro eletrônico ou vaporização aos centros de Controle e Prevenção de Doenças e outras autoridades estaduais.

Além disso, à luz da epidemia em curso de lesões pulmonares associadas a cigarros eletrônicos ou vapores, os cigarros eletrônicos

não devem ser recomendados como uma ferramenta para parar de fumar; pelo contrário, os médicos devem aconselhar os pacientes a não usá-los e fazer mais esforços em conjunto com os órgãos governamentais locais para aumentar a conscientização sobre as complicações potenciais que esses dispositivos apresentam. O uso de cigarros eletrônicos contendo THC, particularmente de fontes informais, deve ser fortemente desencorajado. Deve-se enfatizar que a abstinência de todos os produtos de cigarros eletrônicos e vaporização continua a ser a melhor maneira de prevenir lesões pulmonares primárias e recorrentes secundárias a esses dispositivos. ●





AUTOR: DR. BRUNO NAVES

Presidente Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

PÉ DIABÉTICO UM GIGANTE SILENCIOSO



Novembro é o mês de conscientização do diabetes. De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), uma média de 25% dos pacientes diabéticos terá,

ao menos uma vez na vida, feridas nos membros inferiores, decorrentes de complicações, aos quais 50% acabam infeccionando. Os números impressionam: essa doença silenciosa já atinge cerca de 16 milhões de brasileiros. ▶

Na especialidade Vascular, o diabetes se manifesta com um acometimento nas artérias mais finas e nas extremidades, o que reduz o fluxo de sangue para os pés. Além disso, pode haver redução de sensibilidade devido aos danos que a falta de controle da glicose causa aos nervos. Essas duas condições fazem com que seja mais fácil sofrer com úlceras e infecções, que podem levar à amputação. Chamamos de pé diabético as feridas que podem ocorrer no pé das pessoas com diabetes e têm difícil cicatrização devido aos níveis elevados de açúcar no sangue e/ou circulação sanguínea deficiente. É uma das complicações mais comuns do diabetes mal controlado. Aproximadamente um quarto dos pacientes com diabetes desenvolvem úlceras nos pés e 85% das amputações de membros inferiores ocorre em pacientes com diabetes. Além disso, quem tem diabetes tem mais chance de ter pele seca, coceira e infecções por fungos e/ou bactérias, uma vez que a hiperglicemia favorece a desidratação – a glicose em excesso rouba água do corpo.

Agora que sabemos a gravidade do problema, uma informação extremamente importante: a maioria das amputações são evitáveis com cuidados regulares.

1- Alimentação saudável- Comer diariamente verduras, legumes e frutas. Reduzir o consumo de sal, açúcar, gorduras e farinha branca.

- 2- Parar de fumar.
- 3- Atividade física no mínimo 30 minutos, 30 dias por mês.
- 4- Manter o peso controlado.
- 5- Cuidar bem da pele.
- 6- Usar os medicamentos prescritos pelo seu médico. Controle rigoroso da glicemia e pressão arterial.
- 7- Cuidados com os pés: Evite sandálias de tiras, lave e seque bem os pés, use sapatos confortáveis, use cremes para hidratar os pés e não ande descalço. Faça o auto exame diário e procure por micoses, escoriações ou pequenos ferimentos. Se necessário coloque um espelho no chão para ver a planta do pé. Checar se não existe nenhuma irregularidade na sola ou palmilha do calçado. Sempre colocar a mão dentro do calçado para checar se não existe qualquer objeto onde o pé será calçado.
- 8- Procure conhecer o diabetes e obtenha informações de qualidade. Evite notícias sensacionalistas que prometem milagres, cremes maravilhosos e cura.
- 9- Faça um acompanhamento médico regular.
- 10- Cuide bem de você e de sua saúde vascular.



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*

NOVEMBRO AZUL E DIA INTERNACIONAL DE COMBATE AO DIABETES



O dia internacional de combate do Diabetes foi criado em 1991 pela federação internacional de Diabetes (IDF, da sigla em inglês), que foi acatada pela organização mundial da saúde (OMS) neste mesmo ano, em homenagem ao Dr. Frederick Banting, que descobriu e isolou a insulina, em 1921, sendo o médico laureado com o Nobel mais rápido desde a sua existência, juntamente com Dr. Charles Best, em 1922.

Todos os anos, em todo o mundo se celebra esta data que no Brasil começou a ser comemorada em 2006, após a organização das nações unidas (ONU) ter formalizado a campanha novembro Diabetes azul para todas as nações que a compõe. Desde então, o Brasil, com as sociedades brasileira de Diabetes (SBD) e a de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) fazem a divulgação sobre a importância da doença sobre o sistema de saúde público brasileiro (SUS). Embora o mês de novembro também seja de ações ao combate ao câncer de próstata, cujo dia de combate mundial surgiu na Austrália em 2003 (ou seja, muito depois do dia mundial do Diabetes), o impacto socioeconômico e de morbimortalidade da Diabetes e o câncer de próstata são incomparáveis, e infelizmente, a campanha do Diabetes em novembro acabou sendo colocada em segundo plano no Brasil. Sem tirar a importância da doença

neoplásica nos homens, o governo e o ministério da saúde devem focar de modo mais premente aos impactos das complicações e os custos da Diabetes na mesma visibilidade que atualmente de dá ao câncer de próstata.

Este são os dados: a Diabetes é a terceira maior causa de mortalidade no Brasil (só perde para as causas cardiovasculares às quais a própria diabetes tem impacto, em torno de 40%, e para todas as causas de morte por neoplasias juntas, ou seja, o impacto na redução de gastos econômicos na saúde poderiam ser menores se houvesse mais visibilidade para a Diabetes no nosso país), o Brasil é o quinto país com maior gasto com a Diabetes no mundo, o que sobrecarrega em muito o sistema público de saúde brasileiro. A Diabetes é uma doença incapacitante que leva a perda de anos de vida, mas também nos dias de trabalho naqueles que sofrem com as complicações e sequelas da Diabetes, gerando custos incalculáveis ao país.

Dito isso, joga luz à campanha deste ano, que enfoca a importância da enfermagem no acompanhamento do diabetes. Vale lembrar que a Enfermagem surgiu da necessidade da Medicina em ampliar e aplicar de forma adequada a humanização dos tratamentos, trazendo luz e conhecimento a ambas as áreas da saúde, se tornando interdependentes ▶

e se complementando de forma harmônica e essencial até hoje. No Diabetes não seria diferente, desde ao primeiro contato na atenção primária da saúde, ao atendimento secundário nos centros especializados, até o nível terciário de atendimento, a Enfermagem ocupa papel de destaque no manejo ao Diabetes.

A Enfermagem tem um forte papel protagonista na educação do diabetes, informando, ensinando e aprendendo com o paciente diabético a lidar com sua condição, a usar adequadamente as medicações, inclusive orientando de modo fundamental ao uso correto da insulina, hormônio essencial ao tratamento do Diabetes mellitus tipo 1, cuja maior população são crianças e jovens. E esse contato, com humanismo e dedicação, quando realizado com a dedicação que os profissionais de saúde

da enfermagem sabem fazer, faz toda a diferença na adesão e conscientização do tratamento junto ao paciente diabético.

Portanto, a campanha deste ano, mais que merecida à enfermagem, busca resgatar a importância da atenção básica da saúde na diabetes, com ênfase na importância dos profissionais de enfermagem que lidam diretamente com nossos pacientes no âmbito educacional e terapêutico, mudando de modo consistente o impacto da doença nas vidas dos diabéticos.

Referências e mais informações:

www.diabetes.org.br

<https://www.diabetes.org.br/publico/dados-epidemiologicos>

CONTEÚDOS EXCLUSIVOS qualificados e validados por grandes especialistas DA MEDICINA E SAÚDE

ACESSE AGORA NOSSOS CANAIS

 **blog**

jornaldomedico.com.br/blog

 **revista digital**

jornaldomedico.com.br/revistadigital

 **aplicativo**





AUTORA: DRA. JORGIANE SILVA DO NASCIMENTO

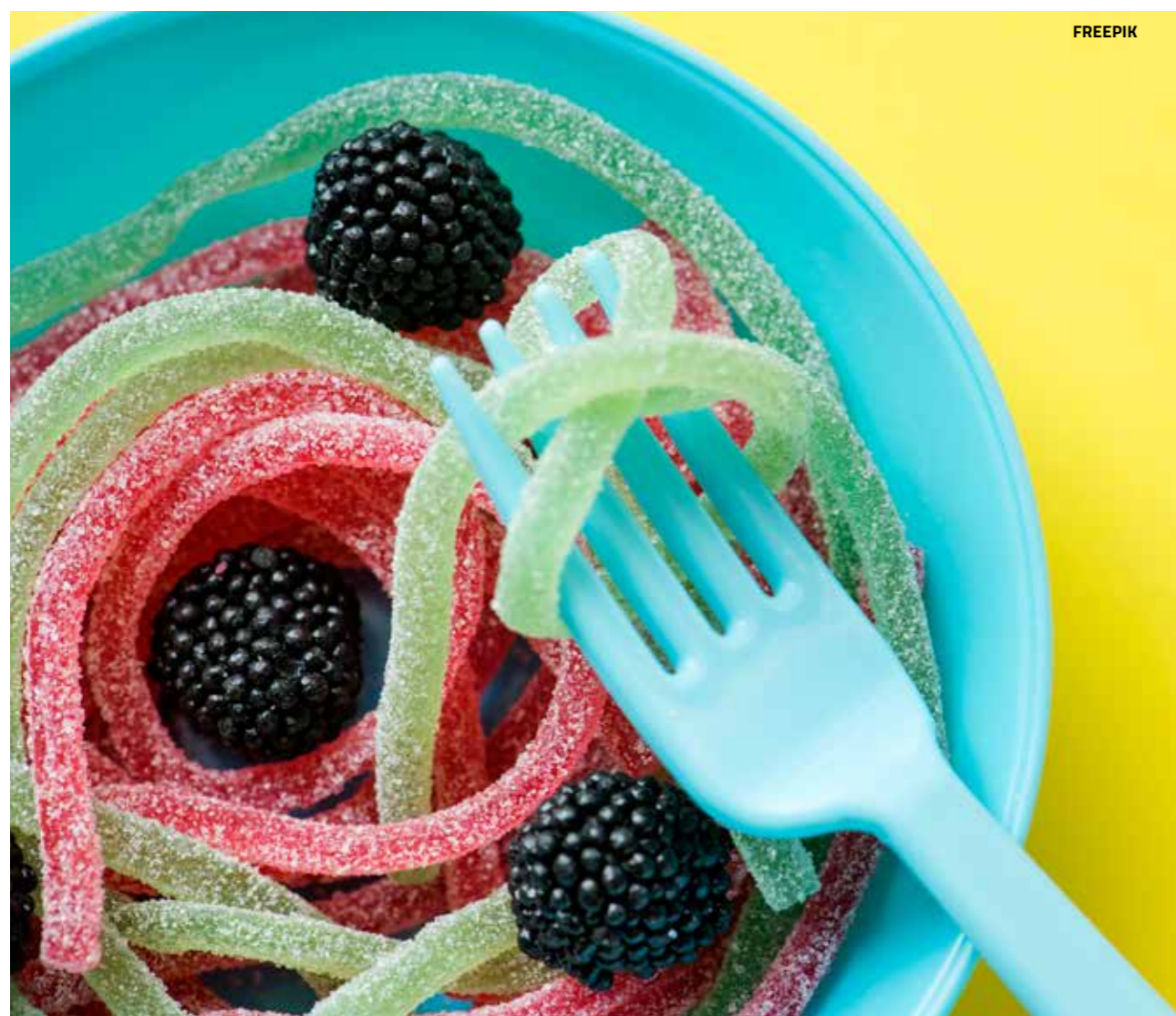
Graduada em Nutrição (2016) pelo Centro Universitário Estácio do Ceará

Pós-graduada em nutrição clínica funcional e fitoterapia em 2018 pela Universidade de Fortaleza.

CRN 6 21159

jorgysilva9@gmail.com

DIABETES MELLITUS



1. INTRODUÇÃO

A terapia nutricional é a parte fundamental do cuidado do diabetes tipo I e tipo II. Apesar de ser um grande desafio para o paciente. Ressaltando que a adesão ao plano alimentar é um componente essencial para o sucesso. O trabalho em equipe multidisciplinar é de fundamental importância para obtenção do êxito. Lembrando que 90% é responsabilidade do paciente em ter esse comprometimento com a saúde dele e aderir o tratamento corretamente.

A automonitoração nutricional requer uma abordagem individualizada apropriada ao estilo de vida pessoal, social e econômica. E que atinjam o controle da doença. É ter um olhar e um cuidado quanto as taxas lipídicas, glicemia de jejum, a hemoglobina glicada, a pressão arterial, a função renal e o controle do peso corporal.

2. OBJETIVO GERAL

A terapia nutricional tem o objetivo de auxiliar os diabéticos a realizar as mudanças nos padrões alimentares e estilo de vida.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Manter a glicemia mais próxima da faixa de normalidade;
- Melhorar a saúde a partir de uma nutrição adequada e equilibrada;

- Atingir os níveis adequados de lipídios séricos;

- Prevenir e tratar as complicações agudas como hipoglicemia, hiperglicemia e o surgimento de lesão por pressão.

A avaliação do estado nutricional engloba uma consulta individualizada, onde é realizada aferição de alguns parâmetros antropométricos: peso corpóreo, estatura, circunferência abdominal, circunferência do braço, circunferência do quadril. Lembrando que o peso corpóreo e a estatura são muito utilizados pela análise conjunta sobre o estado nutricional do paciente através do índice de massa corpórea (IMC). Mas ela não pode ser utilizada isoladamente para classificar o estado nutricional desse indivíduo. Devendo utilizar outros parâmetros nutricionais para concluir o diagnóstico desse paciente.

É importante salientar que um plano alimentar para o bom controle glicêmico é a consistência adequada a para idade, ter horários estabelecidos para a realização das refeições e dos tipos de alimentos apropriados principalmente em relação a ingestão de carboidratos. Procurar sempre ingerir os alimentos com baixo a moderado índice glicêmico e carga glicêmica que estão presentes nos carboidratos integrais. Reduzir ou evitar o consumo exagerado de proteína de origem animal que é rica em gordura saturada e aumentar

a ingestão de proteína de origem vegetal como: grão-de-bico, ervilha, lentilha e etc... Quanto o consumo de gordura, evitar as gorduras, trans, saturadas que estão presentes em muitos alimentos industrializados, processados e ultraprocessados. Procurar ingerir as gorduras mono e poliinsaturadas que estão presentes: no abacate, no azeite extravirgem, óleo de abacate, óleo de gergelim, nos peixes de águas profundas: salmão, atum e etc... Procurar ingerir mais fibra que ajudam no controle glicêmico e intestinal. Aumentar a ingestão de água, frutas, legumes, verduras que são ricas em vitaminas, minerais e dão mais saciedade.

A atividade física também é um fator fundamental para promover a perda de peso e manutenção das funções vitais.

Procurar uma atividade física que lhe dê prazer e realizá-la regularmente. A mudança de hábitos não é fácil, mas não é difícil de alcançá-lo. A falta de motivação do paciente dificulta o seguimento do tratamento e da terapia nutricional porque muitas vezes ele vai a procura de "milagres". E os profissionais da área da saúde só orienta, mas quem executa é o paciente. É necessária essa reciprocidade com os profissionais envolvidos e comprometimento com a saúde dele para obter o sucesso esperado.

3. CONCLUSÃO

Conclui-se que o sucesso para o controle glicêmico é a adesão do paciente ao tratamento médico e dietoterápico associado de uma atividade física.

Ainda não tem o app Jornal do Médico?

Baixe agora na Apple Store ou Google Play
e atualize-se com conteúdos validados e opinados
por grandes especialistas da medicina e saúde!



Aplicativo Jornal do Médico.
Conteúdo Qualificado
por renomados especialistas!



www.jornaldomedico.com.br

Jornal do Médico



AUTORA: NILÁ LARISSA SILVA DE ALBUQUERQUE
Enfermeira da Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem.

REINFECÇÃO DE CASOS DE COVID-19: EVIDÊNCIAS E INCERTEZAS



Desde o início da pandemia causada pela COVID-19, incertezas sobre o comportamento da imunidade contra a doença têm permeado discussões sanitárias. Estamos nos aproximando da marca de 12 meses de circulação do SARS-CoV-2 no mundo e, mesmo assim, a compreensão sobre as respostas imunológicas inatas ao vírus ainda é bastante limitada. A literatura disponível nos leva a crer que as interações vírus-hospedeiro envolvendo o SARS-CoV-2 provavelmente são similares àquelas que envolvem outros CoVs, dada a homologia de sequência compartilhada entre os CoVs.

No entanto, apesar dos esforços da ciência, ainda não estão suficientemente esclarecidos quais são os mecanismos de reação à doença e a duração dos anticorpos adquiridos na infecção por SARS-CoV-2. O comportamento da doença, até o momento atual, sugere que a duração de anticorpos e células de memória para o SARS-CoV-2 não é a mesma para todos os indivíduos e os fatores que determinam este desfecho permanecem insuficientemente esclarecidos.

Nos primeiros meses da pandemia não foram relatados casos de reinfecção por COVID-19, mas, no segundo semestre de 2020, casos de pessoas sendo diagnosticadas novamente com COVID-19

passaram a ser reportados. Isto impõe à comunidade científica o desafio de ampliar a compreensão sobre a ocorrência de reativações e reinfecções, bem como suas implicações para a produção de imunizantes eficazes contra a COVID-19.

Disponibilidade ainda incipiente de informações sobre reinfecções por COVID-19 não deve motivar a inércia de profissionais, gestores e sistemas de saúde. Uma vez que estamos lidando com uma doença nova, cursos inesperados podem surgir. O enfrentamento à COVID-19 vivenciado até o momento nos mostrou que estratégias baseadas em planejamento e preparação são as mais efetivas para reduzir a carga sanitária e social acarretada pela doença.

Com isso, as ocorrências de reativação e reinfecção reforçam o alerta para a necessidade de manutenção de hábitos individuais de higiene, distanciamento físico, uso de máscaras, priorização de contato social em espaços abertos e demais medidas para controle de disseminação da COVID-19. Os cuidados mostram-se cada vez mais necessários a todos, incluindo aqueles que já foram apresentaram a doença anteriormente.

Às instituições, incluindo aquelas ligadas ao provimento de serviços de ▶

saúde, cabe a inclusão da investigação de casos suspeitos de reativação ou reinfeção no rol de procedimentos ofertados no âmbito das ações de resposta à COVID-19. Armazenamento de amostras nasofaríngeas coletadas em testes RT-PCR, capacitação de profissionais para realização de sequenciamento viral, definição de critérios para investigação de

reinfecção e produção de guias de orientação à comunidade sobre o tema são estratégias que vêm sendo discutidas no mundo. É preponderante que a comunidade científica brasileira igualmente busque preparar-se para a ocorrência de casos de reativação e reinfeção de COVID-19 entre sua população.

Conteúdo Informação Credibilidade

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



www.jornaldomedico.com.br

 **Jornal do Médico**



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](#)

ESTAMOS NA SEGUNDA ONDA DA COVID-19?



Como membro do Grupo de Trabalho (GT) de enfrentamento da Covid-19 da UECE desde março de 2020 (GT criado pelo então Reitor da UECE, Prof. Dr. Jackson Sampaio e mantido pela atual Reitora, Profa. Dra. Josete Sales), muitos foram os desafios vivenciados durante o período pandêmico que tem se estendido de 03-11/2020. Dentre esses, destaco aqueles que mais me exigiram fé, foco e energia: internação do Prof. Jackson Sampaio e de minha tia, ambos com Covid-19, em Unidade de Terapia intensiva (UTI), ele por 54 dias e ela já há 30 dias, e a morte por Covid-19 há dez dias de meu primo de 39 anos. Home-office e lock-down nada foram comparados a esses três eventos.

Não é novidade afirmar que a Covid-19 é causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 e que o número de infectados é representado numa curva epidemiológica e que suas medidas protetivas visam lesionar irreversivelmente o envelope de gordura que envolve o vírus (usando álcool 70, sabão, detergente ou água sanitária), impedir que o vírus entre na célula (com antiparasitários), destruir os vírus que nela entraram (com antigripais), além de prevenir infecções decorrentes de sua entrada no corpo (com antibióticos). Mas como um ser invisível é capaz de gerar tanto desespero e dor às famílias? Neste cenário, revolta-me ver pessoas sem máscara ou ignorantes com seu velho

discurso minimizador dos fatos. Não, não é uma gripezinha. A transmissão do vírus é fácil, não temos remédios específicos e, apesar das vacinas em teste, ainda demorará para tomarmos a vacina. Antes da vacina chegará a segunda onda da Covid-19 ao país.

Não é segredo que a Europa já está na segunda onda e que durante a primeira esse continente nos antecedeu em 30-45 dias. Há quantos dias a Europa está na segunda onda? Você não contou porque não deseja mais falar desse assunto, pois só quer esquecer e poder sair de casa, não é mesmo? Mas você “esqueceu” de avisar ao SARS-CoV-2 que já estava no tempo dele ir embora. Eu te digo que, se o hiato temporal Europa-Ceará da primeira onda se repetir, logo chegará a segunda onda e, mesmo quem já teve a doença pode adoecer novamente. Quais as consequências disso para pessoas e sistema de saúde? Considero imprevisíveis. Casos de reinfecção já são uma constante. Confesso que me preocupo ao observar UTI lotadas de casos de Covid-19, a imprensa considerar isso assunto obsoleto e profissionais de saúde da linha de frente cansados de lutar todos os dias contra o mesmo inimigo, muitas vezes sem êxito.

A Covid-19 é doença traiçoeira, de evolução rápida da assintomaticidade ao óbito. Não é uma doença exclusiva de idosos, hipertensos e diabéticos. Nos serviços ▶

de saúde, há incerteza em achados e também em condutas. Até onde seremos vencidos por esse vírus? O que separa casos leves de óbitos, expectativa de desesperança? Até quando serão feitas recomendações impossíveis de cumprimento ou tomados fármacos inespecíficos? Serão marcadores inflamatórios e genética a grande resposta buscada? E como enfrentar a segunda onda sem dinheiro, com soldados cansados, sem reconhecimento nem medalhas e até com hospitais de campanha desmontados? Teremos na segunda onda desafio maior que na primeira. À população susceptível (grupo de risco que permaneceu em casa até agora, aqueles que adoeceram de março a agosto, funcionários de Shoppings lotados, população festeira, profissionais de saúde submetidos a altas cargas virais, escolares de 15 e mais anos de idade e professores/funcionários de escolas) deixo um conselho: Cuidem-se!

Sabe-se que, quanto mais alta e estreita a curva, mais casos em menos tempo. Quanto mais doentes há, mais rápido aumenta o número de casos no mesmo intervalo de tempo, gerando transmissão exponencial da doença. Na Covid-19, durante o pico da curva, um doente pode transmitir vírus a 2-3 pessoas, principalmente nos primeiros dez dias pós contágio, pois só terá anticorpos a partir do 6-7º dia (Imunoglobulina M), e no 14º dia terá anticorpos de

memória (Imunoglobulina G), que durarão 100 dias. Ora, primeira onda do Ceará confirmou efeito do isolamento social com crescimento mais lento de infectados e incluiu pacientes atendidos nos postos, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais; graves internados e óbitos, mas denotou subnotificação porque escaparam os casos leves. Denotou também egoísmo, ignorância e intolerância daqueles que foram às ruas antes do tempo ideal e nos colocaram na situação de limbo atual. A segunda onda também terá subida íngreme, seguida de estabilização no topo e depois de queda, que poderá ser acentuada. No Ceará, durante a primeira onda a descida começou acentuada e depois lentificou quando os fortalezenses invadiram as ruas, cenário que gerou os microsurto após cada feriadão e que podem potencializar a segunda onda.

Na primeira onda, as ações do Estado adiaram a chegada dos casos no topo da curva, dando tempo de aumentar o número de leitos clínicos e de UTI, e de capacitar profissionais, apesar da falta de equipamentos de proteção individual (EPI) e da falta de vínculo trabalhista e má remuneração de muitos soldados da linha de frente dessa "guerra". Para a segunda onda, temos EPI e podemos reverter leitos de Covid-19 na rede de saúde. Mas muitos profissionais foram dispensados e alguns tiveram Covid-19 ou perderam a esperança, ▶

pois não querem ser heróis de uma guerra perdida, mas soldados reconhecidos por seus comandantes por terem lutado bravamente até o fim. Novamente são previstos 10% (ou agora mais?) de casos graves e 2% de óbitos (ou agora mais?). Já se sabe que deixar casos leves em casa monitorando febre, tosse e cansaço, mesmo orientados a procurar atendimento se dispneia, não adianta porque a dispneia da Covid-19 é silenciosa, e vimos isso com admiração

diante de nossos olhos, contrariando o que aprendemos na faculdade. O desafio agora é dar esperança aos olhos sem brilho dos profissionais de saúde, aumentar o letramento em saúde da população sobre a doença e fomentar uma rede de solidariedade entre os portadores do vírus no sentido de não contaminarem outras pessoas. Quem sabe as luzes do Natal não ajudam a iluminar os olhos sem brilho e os corações sombrios? Aguardemos!



AUTORA: CONSELHEIRA DRA. ANA MARGARIDA ARRUDA ROSEMBERG

Médica, Historiadora e Membro da Academia Cearense de Medicina

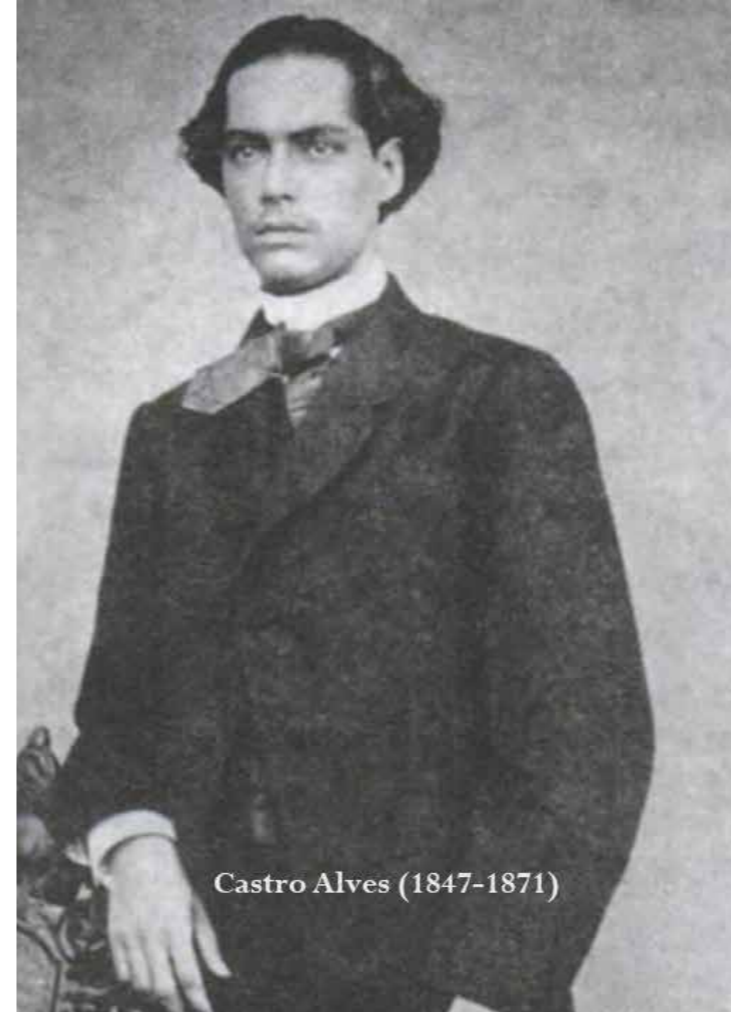
CREMEC 1782

anamargarida50@uol.com.br

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

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

A TUBERCULOSE NA POESIA DE CASTRO ALVES E MANOEL BANDEIRA



Castro Alves (1847-1871)



Manuel Bandeira (1886-1968)

Segundo José Rosemberg, passa de quarenta a relação dos poetas brasileiros que acalentaram em seus pulmões o bacilo de Koch, pois a tuberculose impregnou toda a poética no Brasil até o final da primeira metade do século XX.

Noel Rosa, que morreu tuberculoso aos 26 anos, talvez tenha sido o mais popular deles. A grande maioria morreu entre os 21 e os 35 anos ironizando a sorte e, às vezes, extravasando e romantizando os sentimentos como: Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu e Augusto dos Anjos.

Impregnando a vida e o imaginário destes poetas, a tuberculose foi representada, em versos, de diferentes formas. Para muitos, pela morte iminente, em poesias de extremo lirismo e lamentação. Para outros, pelos sintomas que causava (principalmente a hemoptise), em versos dramáticos.

Castro Alves, poeta social, lírico e abolicionista, compôs versos falando da morte. Lourival Ribeiro, que escreveu sobre o poeta e sua doença, concluiu que Castro Alves temia a tísica a qual supunha um

“legado ancestral indescritível”, pois sua mãe morreria tuberculosa aos 30 anos. Em vários de seus poemas, Ribeiro encontra traços da doença como: “Adeus”, dedicado a Eugenia Câmara; “Os Anjos da meia-noite” e “Mocidade e Morte”.

ADEUS

Quis te odiar, não pude-Quis na terra
Encontrar outro amor. - Foi-me impossível.
Então bendisse a Deus que no meu peito
Pôs o germe cruel de um mal terrível.

Sinto que vou morrer! Posso, portanto,
A verdade dizer-te santa e nua:
Não quero mais teu amor! Porém minh'alma
Aqui, além, mais longe, é sempre tua

OS ANJOS DA MEIA-NOITE

Quando a insônia, qual lívido vampiro,
Como o arcanjo da guarda do Sepulcro,
Vela à noite por nós,
E banha-se em suor o travesseiro,
E além geme nas franças do pinheiro
Da brisa a longa voz...

Quando sangrenta a luz no

alampadário
Estala, cresce, expira, após ressurgir,
Como uma alma a pena;
E canta nos guizos rubros da loucura
A febre – a meretriz da sepultura –
A rir e a soluçar...

Manuel Bandeira foi um caso raro de simbiose com o bacilo de Koch, pois conviveu com a doença durante toda a vida. Escreveu várias poesias dedicadas à tísica. A mais famosa, “pneumotórax”, apesar de não retratar a morte iminente, evidencia sua amargura por uma vida inteira que deixou de desfrutar. Para ele a tuberculose teve muitas representações: foi fiel companheira em todos os momentos de alegria e tristeza, mas, paradoxalmente, lhe roubava a vida. Na poesia intitulada “A dama branca”, Bandeira representa a tuberculose como uma figura feminina e poligâmica que se liga a qualquer um, sem preconceitos de sexo, raça ou cor.

PNEUMOTÓRAX

Febre, hemoptise, dispneia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi,
Tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico:
- Diga trinta e três.
- Trinta e três... Trinta e três...
Trinta e três...

- Respire.

.....

- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.
- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

A DAMA BRANCA

A Dama Branca que eu encontrei,
Faz tantos anos,
Na minha vida sem lei nem rei,
Sorriu-me em todos os desenganos.
Era sorriso de compaixão?
Era sorriso de zombaria?
Não era mofa nem dó. Senão,
Só nas tristezas me sorriria.

E a Dama Branca sorriu também
A cada júbilo interior.
Sorria querendo bem.
E todavia não era amor.
Era desejo? – Credo! de tísicos?
Por história... quem sabe lá?...
A Dama tinha caprichos físicos:
Era uma estranha vulgívaga.
Ela era o gênio da corrupção.
Tábua de vícios adúlteros.
Tivera amantes: uma porção.
Até mulheres. Até meninos.
Ao pobre amante que lhe queria,
Se lhe furtava sarcástica.
Com uns perjura, com outros fria,
Com outros má,
– A Dama Branca que eu encontrei,
Há tantos anos,
Na minha vida sem lei nem rei,
Sorriu-me todos os desenganos.
Essa constância de anos a fio,
Sutil, captara-me. E imaginai!
Por uma noite de muito frio
A Dama Branca levou meu pai. ●



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

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

CREMEC N° 24 12, RQE N° 589

marcelo.gurgel@uece.br

DESPEDIDAS DO ACADÊMICO JOSÉ VIEIRA DE MAGALHÃES



A Academia Cearense de Medicina (ACM) vestiu-se de luto, em 27/10/2020, diante da recente perda terrena de um dos seus membros titulares fundadores, o Dr. José Vieira de Magalhães, da qual era Membro Honorável desde 20/05/2016. ▶

Nascido em 12/01/1925, em Senador Pompeu-Ceará, ele contava com 95 anos de idade e quase 70 anos de médico, porquanto fora formado na Faculdade de Medicina do Recife em 1950, a mesma em que se graduou o seu irmão Juraci Magalhães.

Fez especialização em Pneumologia pelo Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. No início da década de 1950, sob a direção do Dr. Gilmário Mourão Teixeira, a este associou-se para organizar o Sanatório de Maracanaú, importante equipamento de saúde originalmente destinado aos portadores da tísica, então chamada de “a peste branca”.

A ele coube, juntamente com outros pioneiros, sentar os alicerces da Pneumologia cearense, por meio da criação do curso dessa especialidade médica no Sanatório de Maracanaú e da implementação da melhoria do tratamento das doenças respiratórias.

Como entusiasta do combate tuberculose no Ceará foi um grande colaborador da Campanha “Com Cristo sem Koch”, em parceria com a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, quando em 1965 a diretoria do Sanatório de Maracanaú lançou a Vacinação Oral da BCG no Batismo nas igrejas católicas locais.

O médico José Vieira de Magalhães

respondeu pela coordenação do Curso de Especialização em Tisiopneumologia, no formato de residência médica, com um ano de duração, que funcionou no então Sanatório de Maracanaú, nos anos sessenta e se estendeu até 1975, quando o estabelecimento de saúde já vinha sendo, paulatinamente, transformado em um hospital geral.


Dentre os encargos e funções desempenhadas na ACM, o acadêmico José Vieira de Magalhães ocupou o cargo de Conselheiro Fiscal na primeira e na segunda Diretoria (1978-1981) e, durante dez anos, exerceu o cargo de tesoureiro. Presidiu esse sodalício médico na sétima diretoria instalada, correspondendo ao biênio 1990-92. Foi o presidente de honra da XV Bienal da ACM realizada em maio de 2015.

Era aposentado da Universidade Federal do Ceará como professor adjunto, lotado no Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, e também aposentado do Ministério da Saúde, tendo sido, por longos anos, médico do antigo Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes.

Deixa a viúva D. Lêda, de cujo matrimônio resultou na geração de quatro filhos, e muitos amigos saudosos com a sua partida deste mundo menor. ●

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

WWW.JORNALDOMEDICO.COM.BR

 **Jornal do Médico**