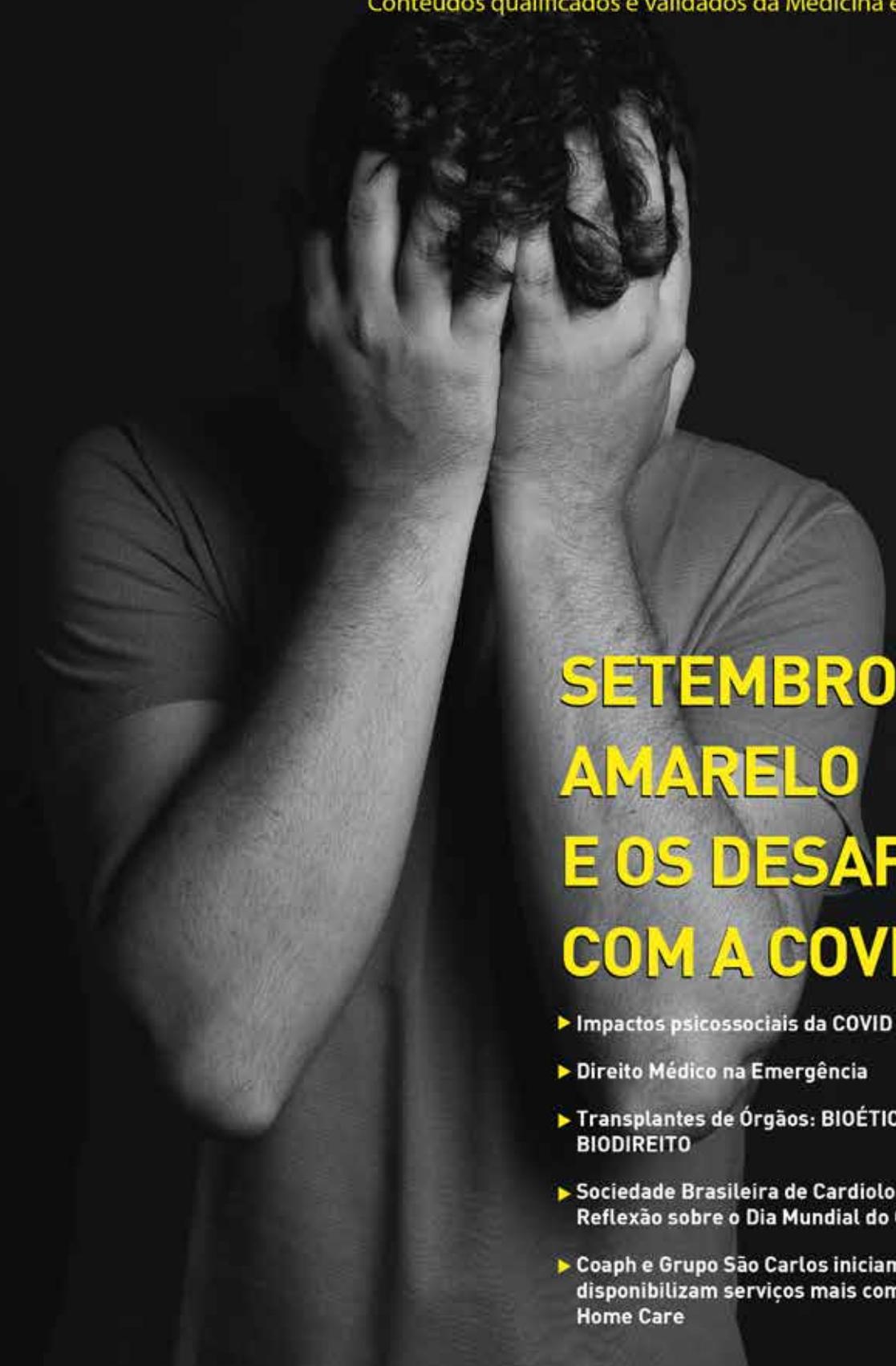




Jornal do Médico®

Conteúdos qualificados e validados da Medicina e Saúde



SETEMBRO AMARELO E OS DESAFIOS COM A COVID

- ▶ Impactos psicossociais da COVID
- ▶ Direito Médico na Emergência
- ▶ Transplantes de Órgãos: BIOÉTICA E BIODIREITO
- ▶ Sociedade Brasileira de Cardiologia: Reflexão sobre o Dia Mundial do Coração
- ▶ Coaph e Grupo São Carlos iniciam parceria e disponibilizam serviços mais complexos via Home Care

**Paciente
Acamado**

**Sequela
de AVC**

Diabetes



TIPOS DE ATENDIMENTO:



Consulta e avaliação por equipe multidisciplinar



Internação domiciliar



Procedimentos médicos



Avaliação Odontológica



Gerenciamento de crônicos



Procedimentos de enfermagem



Medicações injetáveis



Antibioticoterapia



Assistência materna domiciliar



Curativos



Acupuntura



Ecocardiograma e ECG

Dr. Ricardo Pereira - Professor Titular de Cardiologia da FM-UFC



Exames de imagem



Exames laboratoriais

Parceria



SAIBA MAIS: (85) 3039-3030

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

MENSAGEM AO LEITOR

A saúde mental da população e profissionais da saúde está sendo uma preocupação extra com o setembro amarelo por conta dos impactos da pandemia de COVID.

Diante da importância deste tema, reunimos renomados especialistas da área de saúde mental para discorrerem sobre os desafios do Setembro Amarelo em tempo de COVID.

Nos editoriais da revista é possível conferir ainda a destacada atuação da COAPH Saúde que em parceria com o respeitado grupo São Carlos passam agora a oferecer serviços mais complexos via Home Care.

Outros conteúdos exclusivos estão sendo abordados na nossa revista digital a exemplo do artigo de atualização na área de pneumologia com o Dr. Dylvarado Costa acerca da Síndrome do Pulmão Encolhido.

No mês de setembro temos

também destaques as especialidades de nutrologia, urologia e ortopedia, onde nas páginas seguintes é possível atualizar o seu conhecimento com artigos de qualificados especialistas de renome nacional das respectivas áreas.

Com relação a COVID, a revista traz artigos sobre a Vacina Russa, além da média móvel estatística de casos da COVID-19.

Atualize seu conhecimento também na área de Direito Médico com os especialistas Dra. Caroline Parahyba e Dr. Renato Evando com artigos conceituais e de suma importância pra você médico e profissional da saúde.

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 05/2020
[Setembro] Saúde Mental, Setembro Amarelo
[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

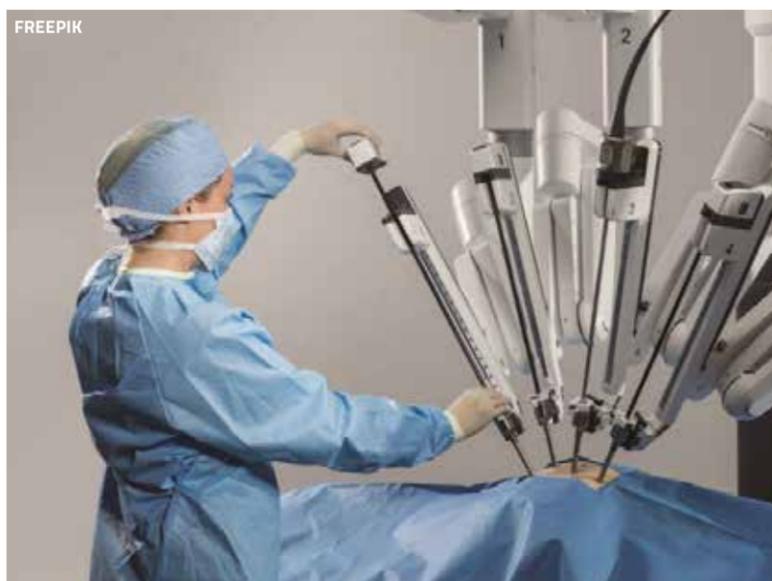
CONTATOS:

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.**

CONFIRA NESTA EDIÇÃO



32

A cirurgia robótica no tratamento dos cânceres urológicos

06 COAPH e Grupo São Carlos iniciam parceria e disponibilizam serviços mais complexos via home care

10 Setembro amarelo e os desafios com a COVID

14 Impactos psicossociais da COVID

18 Psicoterapia e Psicoterapia

20 Reflexão sobre o Dia Mundial do Coração

24 Em época de pandemia, evite dietas restritivas

28 Práticas esportivas e lesões ortopédicas na pandemia

36 Síndrome do pulmão encolhido revisão de literatura

44 A propósito do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29/08)

48 Transplantes de órgãos: Bioética e Biodireito

54

Direito médico na emergência

58 Dr. Martinho: clínico de renome na Academia Cearense de Medicina

60 Revivendo a corrida espacial em tempos da COVID-19

66 Imunidade de rebanho e média móvel da COVID-19 em Fortaleza-ce: motivo das incongruências entre afirmações da mídia e do governo



COAPH E GRUPO SÃO CARLOS INICIAM PARCERIA E DISPONIBILIZAM SERVIÇOS MAIS COMPLEXOS VIA HOME CARE



Com o objetivo de trazer mais conforto e serviços para a casa dos pacientes, dois gigantes do setor de saúde, o Grupo São Carlos e a Coaph (Cooperativa de Atendimento Pré e Hospitalar), firmaram uma parceria para levar serviços mais complexos aos atendimentos realizados via home care. Dentre o leque disponibilizado aos cooperados exames de imagens como raio-x, ultrassom, ultrassom com doppler e eletroencefalograma, além de exames laboratoriais que podem ser feitos em casa.

De acordo com a responsável técnica pelo Home Care da COAPH, Lara Santiago, 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. "O atendimento em casa é muito bom para a família também que

fica mais próxima do paciente e não precisa se deslocar todos os dias para o Hospital. Agora, com a possibilidade desses procedimentos mais complexos também em casa, ficou muito mais fácil ter esse cuidado amplificado", reforça.

Os exames de imagens e laboratoriais serão disponibilizados 24h pela equipe do Grupo São Carlos, referência no Estado do Ceará. Os conveniados já terão os serviços inclusos no seu plano, mas ele também estará disponível para quem desejar contratar a parte. "São inúmeros benefícios que essa parceria vai trazer aos pacientes: eles poderão ser tratados dentro de casa, com uma equipe totalmente qualificada e os melhores profissionais do Estado. Podemos esperar com certeza um tratamento mais rápido e humanizado de quem adquirir esse serviço", disse.

O objetivo da parceria entre o Grupo ►

São Carlos e Coaph é promover uma assistência hospitalar especializada com resolutividade, humanização e tecnologia diferenciada. "Somos um dos primeiros do Nordeste a realizar esse atendimento mais especializado e com tantos serviços na casa das pessoas. Nesse período delicado em que vivemos, de pandemia, é essencial ter uma equipe qualificada a postos para atender os pacientes dentro de suas casas", disse o presidente da Coaph, Newton Lacerda.

O Home Care consiste ainda em dar continuidade ao tratamento hospitalar na residência do paciente quando não há mais necessidade de internação. O processo é feito a partir do trabalho de uma equipe multidisciplinar - médicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas - que acompanha o paciente, mantendo o nível de qualidade realizado no hospital. Além disso, esse modelo de atendimento tem se tornado opção principal das pessoas devido a pandemia da Covid-19.

Além dos novos serviços mais complexos ofertados pela Coaph e Grupo São Carlos no atendimento Home Care, a Cooperativa também oferece 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.

Segundo Dra. Lara, o Home Care também é um instrumento essencial 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. É importante também ampliar esses serviços para que o tratamento já se inicie de casa e para que a enfermidade seja descoberta o quanto antes, sem que seja necessário ir até a emergência de um hospital para saber o que está acontecendo", completa.

A COAPH Saúde realiza atendimento domiciliar em todas as regiões de Fortaleza e conta com outros serviços fundamentais de combate ao coronavírus, além de outras doenças em casa. Dentre eles, testes rápidos de covid-19 em domicílio, e ambulâncias para remoção domiciliar em casos de emergências. A COAPH Saúde também oferece um serviço de delivery de equipamentos médicos, como termômetros, medidores de pressão e oxímetros, tudo entregue na porta da sua casa. Mais informações em: www.coaph.com.br. entrar em contato pelo telefone (85) 3039.3030. domiciliar em casos de emergências.

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



AUTORA: JULIANA ALCÂNTARA ALVES ROMÃO CRUZ

Psiquiatra da Infância e Adolescência
CREMEC 11123 RQE 9778 e 9837
E-mail: jubsalcantara@yahoo.com.br

SETEMBRO AMARELO E OS DESAFIOS COM A COVID

PEXELS DANIEL RECHE



Semana passada, logo cedo, recebi uma mensagem de uma paciente que dizia: “Depois da quarentena, meus pensamentos de morte voltaram...”. Infelizmente, este não é um relato isolado. O ano de 2020 nos trouxe circunstâncias inesperadas e desafiadoras devido ao enfrentamento da pandemia de Covid-19. O impacto do novo coronavírus afetou o bem-estar de todos, especialmente a saúde mental.

Os pensamentos e comportamentos suicidas estão associados ao isolamento social e à solidão. Portanto, pensando em prevenção do suicídio, é preocupante que a estratégia de saúde pública mais enfatizada para a crise do COVID-19 seja o distanciamento social. Além disso, familiares e amigos permanecem isolados dos indivíduos hospitalizados, mesmo quando sua morte é iminente, o que pode favorecer sintomas ansiosos e depressivos, que podem culminar com pensamentos de morte. É possível ainda que a cobertura de notícias 24 horas por dia, 7 dias por semana desses eventos sem precedentes possa servir como um estressor adicional, especialmente para indivíduos com problemas de saúde mental preexistentes

Outra queixa frequente deste período de pandemia é a falta de diálogo dentro de casa, situação aprofundada pela

crise, com famílias sendo obrigadas a conviver o tempo inteiro, muitas vezes em residências muito pequenas. Divergências familiares que antes passavam despercebidas, tornaram-se grandes questões e o conflito passou a surgir com muito mais frequência. Aliado a isto, temos ainda a maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde mental, pois muitos médicos foram afastados, clínicas tiveram que interromper seus atendimentos e CAPS passaram a atender apenas urgências. Lembro também que a população passou a ter medo de procurar uma emergência por ela estar repletade casos de síndromes gripais, o que se soma ao tabu ainda frequente de procurar um psiquiatra.

Em suma, o estresse econômico e a incerteza sobre a própria subsistência; a solidão e a desconexão social; a dificuldade no tratamento da saúde mental devido à sobrecarga do sistema pelos pacientes da pandemia; o medo diante de doenças pré-existentes; e o aumento na ansiedade diante da doença são todos fatores que contribuem para o surgimento ou agravamento de quadros psiquiátricos que são 1 dos 2 principais fatores de risco para o suicídio (o outro é a tentativa prévia de suicídio). Estes dados foram retratados por uma análise publicada no Journal of the American Medical Association—JAMA Psychiatry, em abril deste ano, chamada

“Suicide Mortality and Coronavirus 19 Disease—A Perfect Storm?” (“Mortalidade por Suicídio e Covid-19 - Uma Tempestade Perfeita?”), que trata dos efeitos colaterais das necessárias medidas de isolamento e distanciamento social por conta da covid-19 que podem aumentar o risco de suicídio.

Diante de tudo que foi exposto, nada mais oportuno que, neste ano, trabalheemos juntos para prevenir o suicídio e reforçemos a campanha Setembro Amarelo que é organizada nacionalmente desde 2014 pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, em parceria com o Conselho Federal de Medicina – CFM, sendo o dia 10 de Setembro, oficialmente, o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, desde 2003. A origem da escolha da cor amarela remonta a um jovem americano de apenas 17 anos, chamado Mike Emmeque, em 1994, tirou a própria vida em seu Mustang 1968 amarelo. No funeral, seus familiares e amigos distribuíram cartões com fitas amarelas e mensagens de apoio para pessoas que estivessem vivenciando a mesma situação e a iniciativa foi se espalhando pelo mundo.

Segundo dados da OMS de 2019, uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, totalizando 800.000 mortes/ano. O Brasil, que hoje lidera o ranking de depressão na América

Latina, está entre os países que apresentam o maior número, com mais de 12 mil casos por ano. Reconhecer os fatores de risco e fatores protetores para o suicídio é papel do profissional de saúde e fundamental para o estabelecimento de estratégias para sua redução.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a maioria dos suicídios acontece após a pessoa sinalizar os pensamentos de morte através de falas como as seguintes: querer morrer, sentir grande culpa ou vergonha ou sentir-se um fardo para os outros. Outros sinais importantes são sensação de vazio, desesperança, aprisionamento ou falta de razão para viver; sentimento intenso de estar triste, ansioso, agitado, cheio de raiva ou com dor insuportável. Também estão relacionadas alterações comportamentais, tais como pesquisar maneiras de cometer suicídio, afastar-se de amigos e família, dizer adeus, fazer testamento, distribuir bens, fazer coisas arriscadas, mudanças extremas de humor, comer e dormir pouco e usar drogas e álcool com maior frequência.

Aproximar as pessoas de um tratamento adequado é a forma mais correta de prevenir o aumento do risco de suicídio. Se alguém fizer algum comentário que mostre que não está bem, dê atenção a essa pessoa. Não ignore pedidos de ajuda, não critique,

nem julgue pelo que for relatado. Ou seja, não é porque aquele sofrimento parece insignificante e despropositado para você que é para outro. Falar sobre suicídio, não induz a ele! Em caso de detecção de sinais de suicídio em si mesmo ou em alguém, a recomendação é procurar ajuda de um profissional o mais rápido possível.

Não podemos esquecer que muitos estudos documentam taxas elevadas de suicídio entre profissionais médicos. Este grupo já de risco está agora atuando na linha de frente da batalha contra a Covid-19. Temos que refletir sobre as preocupações dos profissionais de saúde sobre infecção, exposição de familiares, colegas doentes, escassez de equipamentos de proteção individual necessários, instalações sobrecarregadas e estresse no trabalho. Somos uma população especial que merece apoio e serviços de

prevenção.

Em tempos de Covid-19, as recomendações devem prosseguir, que seja tempo de distanciamento, não de isolamento. Que as pessoas não deixem de ter uma rede de apoio por perto, com atenção adequada. As reflexões sobre os resultados secundários negativos dos esforços de prevenção da Covid-19 não devem implicar que ações de saúde pública não devam ser tomadas. No entanto, a implementação das mesmas também deve incluir uma abordagem ampla que considere várias outras prioridades de saúde pública, incluindo a prevenção do suicídio. Que o Setembro Amarelo nos recorde de que sempre existem oportunidades para melhorar os serviços de prevenção do suicídio, inclusive durante esta crise. E que todos os meses possam ser amarelos também.



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

IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DA COVID



Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, como camelos, gados, gatos e morcegos. Normalmente, os coronavírus que infectam animais não podem infectar pessoas (é o caso, por exemplo, do MERS-CoV e do SARS-CoV). Recentemente, no entanto, em dezembro de 2019, houve a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), identificado em Wuhan, na China, que causou a disseminação da chamada Covid-19, uma doença disseminada e transmitida de pessoa para pessoa, via coronavírus (Ministério da Saúde, 2020a).

De acordo com os dicionários, a palavra “pandemia” tem sua origem no grego, pandemias, que significa “todo o povo”. É também representada pela junção dos elementos gregos “pan” (todo, tudo) e “demos” (povo).

Podemos perceber que, quando falamos em vírus, não existe nem idade, nem raça que esteja imune. Todos precisam redobrar seus cuidados.

A psicologia pode facilitar o indivíduo a atravessar esse processo sem tantas perdas na sua rotina, visando assim a menores impactos

Devemos ressaltar que a Covid-19 pode ter graves consequências em pessoas que já possuem uma predisposição a algum transtorno mental.

negativos a curto, médio e longo prazo. Saúde mental é saúde, também.

Percebemos que temos uma saúde mental quando nos faltam maneiras para ter um bom enfrentamento de situações para as quais ainda não adquirimos um vasto repertório de experiências em que possamos nos basear.

A pandemia de Covid-19 impacta os seres humanos de maneiras específicas, dadas as suas características:

- Desconfiança no processo de gestão e coordenação dos protocolos de biossegurança;
- Necessidade de se adaptar aos novos protocolos de biossegurança;
- Falta de equipamentos de proteção individual em algumas estruturas sanitárias;

- Risco de ser infectado e infectar outros;

- Sintomas comuns de outros problemas (febre, por exemplo) podem ser confundidos com Covid-19;

- Preocupação de seus filhos ficarem sem as referências de cuidado e as trocas sociais, isto é, sem a convivência nas escolas, com distanciamento da rede socioafetiva (avós, amigos, vizinhos) etc. (Ministério da Saúde, 2020b).

Lima (2020) ressalta: "Os documentos institucionais incorporam diversas prescrições de condutas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e atenuar os efeitos psicológicos do isolamento. De um modo geral, as orientações se repetem, com pequenas variações: evitar hábitos que possam gerar sofrimento, como a desinformação e o consumo de notícias sensacionalistas; evitar igualmente os excessos de informação, sendo sugerido filtrar as fontes e reduzir o número de vezes da procura por atualização sobre a Covid-19; fornecer aos idosos, especialmente aqueles com declínio cognitivo/demências, informações claras sobre a pandemia e orientações objetivas sobre medidas de higiene; buscar reduzir o estigma e a rotulação das pessoas que foram infectadas;

evitar o ócio, mas também a falta de pausas e descansos no home office; organizar uma rotina que equilibre atenção a si, ao trabalho e à família; manter atividades físicas, em ambientes protegidos ou em espaços abertos sem aglomerações; praticar atividades de relaxamento e meditação; manter contato telefônico ou online com familiares e amigos; ter iniciativas solidárias em relação a vizinhos ou outras pessoas ou famílias na comunidade, especialmente pessoas idosas morando sozinhas (...). Uma situação especial diz respeito a falecimentos de parentes ou amigos próximos devido a Covid-19, sendo recomendado mobilizar estratégias culturalmente sensíveis para que o luto possa ser experimentado, mesmo quando os enterros tradicionais não forem possíveis (...)"

As cartilhas e as informações já divulgadas tendem a reforçar o nosso comportamento de autocuidado e maximizar os laços afetivos, até como uma maneira de prevenir danos mentais futuros. As sensações de ócio, tristeza, tempo perdido e medos são comuns nesse período.

Devemos ressaltar que a Covid-19 pode ter graves consequências em pessoas que já possuem uma predisposição a algum transtorno mental. O alerta em que ficamos ▶

constantemente, o medo do vírus, o tédio e a sensação de tempo perdido são alguns gatilhos a que devemos nos atentar.

Precisamos, como profissionais da saúde, estar preparados para uma possível nova pandemia na Saúde Mental.

Referências

Lima, R. C. (2020). Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental.

Physis, 30(2), 1-10.

Ministério da Saúde. Brasil. (2020a). O que é Covid-19. Recuperado de <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>

Ministério da Saúde. Brasil. (2020b). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19. Recuperado de http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04.pdf



AUTOR: DR. RUSSEN MOREIRA CONRADO

Médico e psicoterapeuta
CREMEC 5255

@russenconrado

PSICOTERAPIA E PSICOTERAPIA



Desde o fim do primeiro trimestre desse ano de 2020, quando a pandemia na China estava sendo vencida, já se vislumbrava um pandemônio do efeito das inquietações psíquicas, por lá e por onde mais ela haveria de passar; isto é, aqui e em todo lugar. Por variados motivos que florescem dos seus inconscientes e de suas novas realidades, muitas pessoas viveram ou viverão mudanças indesejadas no seu

psiquismo.

O domínio do inconsciente (que é o principal ator, diretor e personagem dos bastidores de nossas ações e pensamentos), curiosamente, pode representar o domínio da própria mente, e da vida propriamente dita.

Precisamos retirar a máscara do medo e enfrentá-lo. Esse momento exige o aprimoramento de nossa

responsabilidade e da capacidade de ressignificação e adaptação. Passando a pandemia da dor, necessitamos disseminar com fervor e sem temor, a pandemia do amor.

Gandhi sempre dizia que “o amor é a energia mais sutil do mundo”. Com ele, enraizado no cerne das ações e no centro da tempestade da dor, até mesmo as pessoas que ingressassem no inferno do sofrimento, nele, pelo demônio serão expulsas. Existem mais de 400 tipos de psicoterapia.

Cada uma tem seu valor e indicação. Nem todo paciente é para toda terapia; nem toda terapia é para todo paciente. Lembro da ciência maior que busca o inconsciente, a psicanálise, que foi criada por Freud em 1896, cuja sublime essência representa a cura pelo amor e que etimologicamente significa decomposição do psiquismo em partes - psyche (psiquismo), aná (partes) e lise (decomposição).

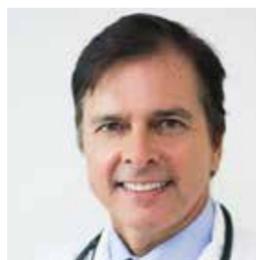
Algumas pessoas, que sofrem cisões na mente, atribuem a existência da psicanálise como uma “ciência pequena”, pois os resultados da melhora de paciente para paciente e em tempos variados não são absolutamente similares; entretanto, sempre questiono, como se outorga a ela esse codinome de “ciência pequena”, se a psicanálise trabalha com o inconsciente, o objeto mental mais

precioso e importante de qualquer pessoa (do mais simples ser ao mais sublime cientista conhecedor do saber)?

Inconsciente é um termo que deriva do alemão e que significa desconhecido. Nesse momento de crise (esse termo deriva da palavra grega krisis e que significa decisão) qual a nossa ação e intervenção para transformar o mundo interno e externo, que queremos para todos?

Misturo a filosofia japonesa com a Russeniana que afirmam: nada dura (tudo passa), nada é completo (tudo é faltante) e nada é perfeito (tudo tem algo a ser feito). Qual o segredo para atravessar a parede da dor? Para encontrar a chave, a fechadura e até mesmo a porta que nos encaminha para o paraíso da quietude psíquica? Na luta do luto, ou do momento de perda e mudança indesejada, decerto, a vida, os afetos e a magia do tempo participam de forma importante da superação.

Que algumas dessas palavras cortem mentes sofridas e diminuam o risco de desumanização, que norteia o dilacerante abismo ou o paraíso mental de muitos seres nesse momento. Que nesse novo tempo aprimoremos coragem e esperança; todas elas banhadas num profícuo mar de amor.



AUTOR: HARRY CORREA FILHO

Cardiologia

CRM/SC 4101 - RQE1132

@sbc.cardiol

www.portal.cardiol.br

REFLEXÃO SOBRE O DIA MUNDIAL DO CORAÇÃO



Dia 29 de setembro é comemorado o Dia Mundial do Coração, data essa determinada pela World Heart Federation. O objetivo da criação dessa celebração foi criar um dia em que possamos refletir sobre como estamos lidando com esse órgão que é o mais vital do nosso corpo, e o que estamos fazendo na prática para prevenir as doenças cardiovasculares. Tanto em nós mesmos, médicos, quanto no nosso dia a dia profissional.

Antes de entrar no mérito da relevância dessa campanha, é importante lembrar que o coração por muito tempo na história da medicina não era compreendido e nem valorizado como fundamental para a sobrevivência do ser humano. Até o início do século XX, antes dos controles das endemias e pandemias, por meio do desenvolvimento de vacinas, antibióticos e estratégias sanitárias, eram os vírus e bactérias os maiores inimigos da longevidade.

Com o controle das doenças infectocontagiosas, a migração do homem do campo para grandes centros urbanos, gerando estresse, sedentarismo e abuso alimentar, o homem moderno passou a viver mais, mas ficou refém das doenças crônicas, que geraram fatores de risco cardiovascular.

Controle de fatores de riscos e hábitos saudáveis podem evitar as doenças cardiovasculares

A compreensão desses fatores de risco em pacientes ainda jovens, levou a campanhas acertadas contra os níveis elevados de pressão e gordura saturada, mas, por muito tempo, ignoraram a migração da dieta com gorduras para outra, com excesso de carboidrato e o ganho de peso, levando a uma epidemia de obesidade e diabetes.

Em 1943, em plena segunda Guerra Mundial, um grupo de médicos cardiologistas liderados pelo Dr. Dante Pazzanese, criou a Sociedade Brasileira de Cardiologia, sendo ele o seu primeiro presidente. Nessa época, ainda a cardiologia lidava principalmente com os pacientes portadores de febre reumática e suas consequências, com a Doença de Chagas e com a insuficiência cardíaca em geral, mas ainda com recursos limitados.

A partir da década de 1960, a cardiologia sofreu uma verdadeira revolução, com a criação das Unidades Coronarianas, a disseminação dos procedimentos invasivos de hemodinâmica, inicialmente apenas diagnósticos,

com as primeiras cirurgias de by pass, e, por fim, com os transplantes cardíacos.

Depois disso, nada mais segurou a cardiologia. Quando o Dr. De Wood mostrou que o infarto se devia a formação de um trombo na artéria envolvida, logo surgiram técnicas ou para dissolver esse coágulo, ou para empurrá-lo com uma corda guia e expandir o balão e desobstruir a artéria.

Todos esses avanços foram muito importantes, mas quando vai se olhar as estatísticas atuais, a realidade ainda é muito preocupante. Meio bilhão de pessoas no mundo e 14 milhões no Brasil são acometidas por doenças cardiovasculares. Essas doenças são responsáveis por mais de 30% das mortes no país. São mais de 380 mil mortes, cerca de mil mortes por dia no Brasil.

Isso se deve pelo curso incidioso e assintomático da aterosclerose, que ilude o paciente a acreditar que “como nada sente”, não tem necessidade de se preocupar com o seu coração. Agora, em que vivemos uma época de pandemia, muitas pessoas, já com fatores de risco manifesto, não estão dando a devida importância a suas doenças. E aqueles que apresentam sintomas agudos de doença cardíaca retardam

a sua ida aos hospitais, perdendo tempo precioso para a tomada de conduta, que pode custar a sua vida, ou comprometer a sua recuperação.

Dados recentes divulgados pelo Conselho nacional de Secretarias de Saúde (Conass) atestam que houve excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil e que a infecção pelo SARS-CoV-2 não é a única responsável, mas também pela sobrecarga nos serviços de saúde, pela interrupção do tratamento de doenças crônicas ou pela resistência dos pacientes em buscar assistência à saúde, pelo medo de se infectar com o novo coronavírus.

A pandemia vai passar e certamente a Covid-19 será mais uma doença infectocontagiosa que teremos que lidar no nosso dia a dia. Mas, infelizmente, os fatores de risco cardiovascular vão continuar existindo e ainda temos muito o que fazer para conseguirmos um controle adequado seja da hipertensão, do tabagismo, das dislipidemias, da obesidade, do diabetes, do sedentarismo e do estresse. E daqueles que já convivem com a doença cardíaca, que consigam aderir e manter não só a tomada de medicamentos, mas, também, hábitos saudáveis.

Por todos os motivos abordados ▶

aqui, conclamo a todos os colegas, cardiologistas ou não, a encararem O Dia Mundial do Coração como um momento de reflexão, para pensarmos juntos de que modo, seja na nossa prática no dia a dia, seja no convívio familiar, participando de

campanhas de prevenção ou dando exemplos como praticar esportes, ou tendo hábitos alimentares saudáveis, podemos colaborar para diminuir esses números que ceifam a vida de tantos brasileiros, seja em meio a pandemia ou fora dela. ●



AUTORA: DRA. MÁRCIA BERETTA

Especialista em Nutrologia pela Faculdade de Medicina da USP (São Paulo)
CREMEC 20335 RQE 10275



EM ÉPOCA DE PANDEMIA, EVITE DIETAS RESTRITIVAS

Estamos em uma pandemia mundial de uma doença infectocontagiosa. Milhões de pessoas continuam trabalhando, estudando, buscando entretenimento sem sair de casa. Todos ansiosos pela chegada de um medicamento ou vacina que possibilite a resolução positiva desse quadro. Neste momento, é ainda mais essencial cuidar da imunidade do corpo e a alimentação tem papel fundamental nisso.

Quando estamos sob forte desgaste emocional, o corpo produz uma grande quantidade de cortisol e adrenalina, que são hormônios que geram alta demanda do organismo. Situações como essa associadas a uma alimentação baseada em cafeína, álcool, doces e sal em excesso podem piorar a situação de estresse metabólico.

Manter uma dieta equilibrada, rica em frutas, verduras, grãos e cuidar da hidratação do corpo são dicas primordiais. Também é importante evitar o consumo excessivo de ultraprocessados e açúcares, itens que comprometem a saúde do intestino, órgão importante para a manutenção de um famoso neurotransmissor, a serotonina. Ela é benéfica em diversos âmbitos, tais como equilíbrio do sono, apetite, memória e aprendizagem.

A ingestão regular de boas fontes de gordura, como castanhas, salmão e abacate, além de carboidratos de fontes integrais, e proteínas com baixo teor de gordura saturada (como carnes brancas) contribuem para amenizar os efeitos desse estresse metabólico no corpo.

Além disso, a literatura médica tem avançado no incentivo à adesão de alimentação rica em vegetais. Os compostos bioativos presentes nas hortaliças e frutas exercem atividade antioxidante, estimulam a criação de anticorpos, e ainda atuam na atividade antibacteriana e antiviral, além de auxiliarem no equilíbrio hormonal.

Nesse momento, aderir a dietas restritivas sem acompanhamento médico pode ser mais prejudicial que benéfico ao corpo. Abrir mão de carboidratos, como prega o regime cetogênico, ou low carb, ou dieta altamente hipocalóricas como a detox, provoca uma drástica redução energética e podem cursar com quedas de importantes vitaminas e minerais, podendo baixar a guarda da imunidade.

Outro aspecto primordial a ser levado em conta é o emocional. Se em um contexto com menos pressão social já é desafiador perder peso,

agora, em casa, pode ficar ainda mais complicado. E, o sentimento de falha se transforma em frustração e ansiedade. Podendo ainda essa culpabilidade ganhar níveis mais preocupantes, levando a um grau de transtorno alimentar.

Dessa forma, a indicação mais adequada para perda de peso neste período é com acompanhamento

profissional. Trocar a dieta restritiva por um consumo consciente de todos os grupos de alimentos. Isso serve, inclusive, para pessoas diabéticas ou obesas, que fazem parte do grupo de risco para a covid-19. O equilíbrio na alimentação é o caminho menos doloroso para a manutenção da saúde física e emocional no atual contexto.

COMISSÃO CIENTÍFICA QUALIFICADA



ARRUDA BASTOS
Ex-Secretário da Saúde do Ceará



RICARDO MADEIRO
Pres. Comissão Saúde DAB Ceará



RENATO EVANDO
Médico e Advogado



RIANE AZEVEDO
Gestora Hospitalar



JOCILEIDE CAMPOS
Pediatra



LEONARDO CABRAL
Presidente ACEMT



GLEYDSON BORGES
Mestre do CBC Ceará



PAOLA TÓRES
Onco-Hematologista



NAIRTON CRUZ
Psiquiatra Geral e Psicogeriatra



2º Congresso On Line

JORNAL DO MÉDICO®

Atualizações e Promoção da Saúde em tempo de pandemia

Jornal do Médico®

18 a 23 de outubro, gratuito e 100% digital

Vagas limitadas: jornaldomedico.com.br/congresso



AUTOR: DR. ADRIANO MARQUES DE ALMEIDA

Membro da comissão científica da SBRATE

Médico ortopedista do Grupo de Medicina do Esporte HCFMUSP

PRÁTICAS ESPORTIVAS E LESÕES ORTOPÉDICAS NA PANDEMIA



O ano de 2020 foi marcado na história da humanidade pela pandemia do coronavírus, talvez a maior pandemia da história da humanidade. A tentativa de controle da pandemia exigiu modificações nas rotinas e estilo de vida das pessoas com uma intensidade e rapidez sem precedentes, atingindo todas os aspectos de nossas vidas.

Sem dúvida, uma das práticas mais afetadas foi a prática esportiva, seja profissional, competitiva ou de lazer. Torneios esportivos foram cancelados por meses e os atletas afastados dos seus treinos coletivos. As partidas, retomadas recentemente, disputadas sem público presente. As Olimpíadas de 2020, no Japão, foram adiadas. As academias foram fechadas. Durante a fase mais rigorosa, foi instituída a quarentena, até mesmo compulsória em algumas partes do mundo. De qualquer maneira, em todo o mundo foi recomendado que as pessoas evitassem sair às ruas por qualquer motivo.

A quarentena

Durante a fase mais rigorosa foi recomendado, ou mesmo obrigatório, o isolamento social. Desta forma, pessoas que praticavam exercícios de rotina não puderam mais fazê-lo e pessoas que não praticavam exercícios ou esportes tiveram seu gasto calórico e atividades físicas ainda mais

reduzidos. A pandemia do coronavírus foi agravada pela pandemia do sedentarismo. Estima-se que, em trinta dias de repouso, sem atividade física, haja uma perda do VO2 máximo e da força muscular superiores a 20%, aumento da dislipidemia e redução da sensibilidade à insulina.

Home office

A pandemia da COVID-19 acelerou mudanças na sociedade, que talvez fossem implementadas de qualquer forma devido a inovações tecnológicas, mas ocorreram em velocidade impressionante. Uma dessas principais mudanças é o trabalho remoto ou home office. Muitos trabalhadores passaram a exercer suas funções nas suas próprias casas, e a falta de ergonomia adequada causou uma grande quantidade de problemas como dores posturais, lombalgias, cervicalgias, entre outras. O home office com o uso do computador, sem uma mesa de trabalho e cadeira apropriadas, foi o responsável por estes casos. Aos poucos, empresas e funcionários se conscientizaram disso e investiram nestes recursos para si ou seus funcionários, da mesma maneira que o fazem nos escritórios.

Exercícios em casa

Sentindo os efeitos deletérios do sedentarismo (ganho de peso, ▶

perda de condicionamento e de força muscular) as pessoas começaram a fazer atividades físicas em casa. Pessoas que já tinham a orientação de um personal passaram a ter aulas online, mas pessoas que não tinham esta orientação começaram a fazer exercícios por conta própria. Certamente é uma atitude benéfica na maior parte dos casos, mas em alguns pacientes pode observar lesões por sobrecarga ou mesmo fraturas por stress, relacionadas à retomada muito intensa das atividades físicas após um período prolongado de inatividade.

A retomada

Com retomada dos esportes, principalmente profissionais ou competitivos, há uma grande preocupação com relação ao aumento do número de lesões ou efeitos adversos. Especialistas de diversas áreas, incluindo cardiologistas, pneumologistas e ortopedistas apontam para estes riscos. Após meses de treinamento insuficiente, atletas e equipes estão muito preocupados com possível aumento

do número de lesões. Todavia, não há dados até o momento que nos permitam conclusões. Além disso, medidas de higiene e testes em massa foram aplicados para tentar reduzir a possibilidade de contaminação entre os atletas. Embora a eficácia dessas medidas seja incerta, realmente foram tomadas precauções extremas.

Conclusão

A pandemia de COVID-19 trouxe grandes transformações na nossa sociedade. Pessoas que tiveram que deixar compulsoriamente de praticar atividades físicas ao ar livre ou em academias, perceberam o efeito deletério do sedentarismo em sua capacidade física. Pessoas que já tinham o hábito sedentário, deixaram o pouco de atividade que exerciam nas suas rotinas e sentiram ainda mais o efeito, devido a má postura, home office, entre outras causas. Quais das transformações trazidas pelo COVID-19 serão temporárias, quais serão permanentes, apenas o tempo dirá.

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

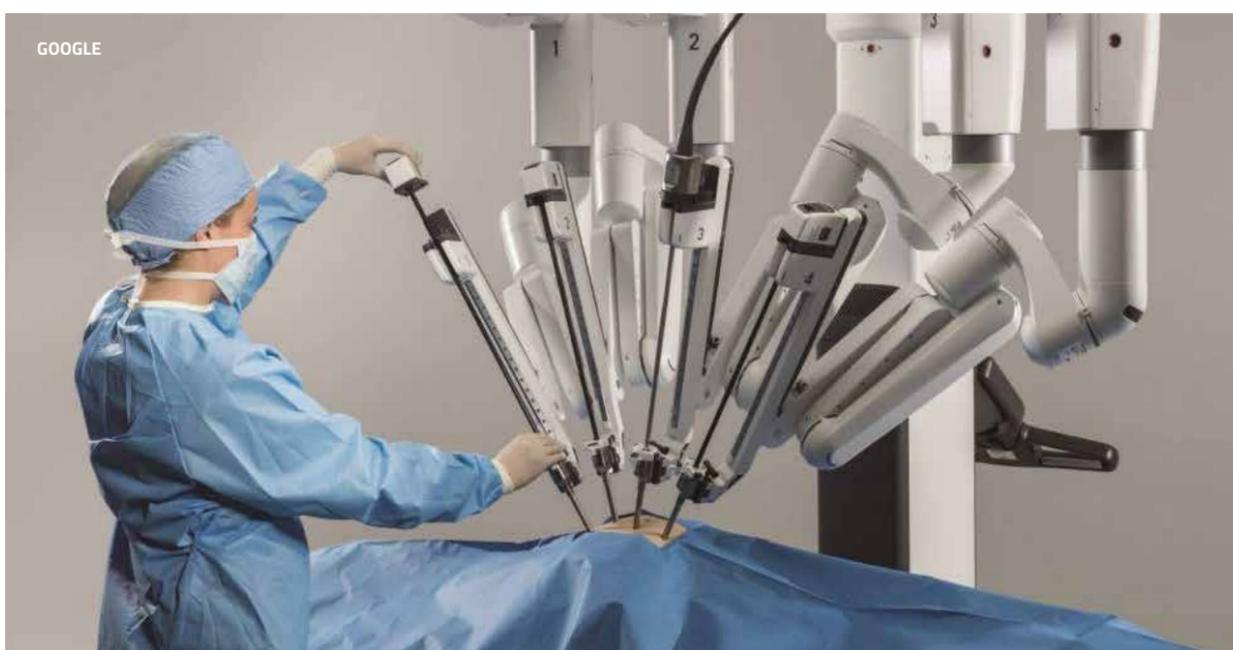
Jornal do Médico



AUTOR: DR. MARCOS FLÁVIO HOLANDA ROCHA

Diretor do Departamento de Terapia Minimamente Invasiva da Sociedade Brasileira de Urologia, chefe do Serviço de Urologia do Hospital Geral de Fortaleza e coordenador de Cirurgia Robótica do Hospital Monte Klinikum

A CIRURGIA ROBÓTICA NO TRATAMENTO DOS CÂNCERES UROLÓGICOS



A medicina caminha na direção de curar o paciente, propiciando qualidade de vida, diminuindo as sequelas do tratamento. Uma das áreas em que essa busca fica evidenciada é a urologia cirúrgica. Nos anos 1980, as cirurgias endoscópicas (feitas através de orifícios naturais) permitiram avanços na capacidade diagnóstica e possibilidades terapêuticas de pacientes com hiperplasia de próstata, tumores de bexiga superficiais e cálculos urinários sem a necessidade de qualquer incisão. Ainda na mesma década, a cirurgia laparoscópica (realizada via pequenas incisões no abdômen ou tórax e associada a microcâmeras) proporcionou a realização de procedimentos mais elaborados.

Esse novo cenário exigiu a adaptação de centros cirúrgicos, equipes médicas e de enfermagem. Em especial, a assimilação das novas técnicas demanda profunda dedicação dos cirurgiões. Procedimentos mais complexos exigem grande curva de aprendizado para a realização com segurança e efetividade. Houve necessidade de aprender a trabalhar olhando agora para uma tela bidimensional e realizar gestos cirúrgicos com um instrumental diferente e sem a mobilidade do punho. Por serem

realizadas através de pequenas incisões ou vias naturais, as novas técnicas proporcionaram aos pacientes importantes vantagens: diminuição no uso de analgésicos; menor tempo de internamento hospitalar; retorno do paciente mais rapidamente à sua rotina e resultado estético mais harmonioso.

Com o tempo, o termo “cirurgia minimamente invasiva” passou a denominar as cirurgias endoscópicas e laparoscópicas. Nesse novo contexto, a cirurgia laparoscópica com assistência de robô (cirurgia robótica) se desenvolve. Na segunda metade dos anos 1990, e principalmente nos anos 2000, esse método minimamente invasivo passa a ser adotado na prática clínica e em alguns procedimentos. Com a aprovação das agências reguladoras na Europa e nos EUA da prostatectomia radical robótica (cirurgia para o tratamento do câncer de próstata), a urologia passou a ser a principal especialidade a utilizar a cirurgia robótica.

No Ceará, a primeira cirurgia urológica com instrumental robótico ocorreu em 2005. O sistema adotado foi o AESOP. Nesse equipamento, o braço que conduzia a câmera era robótico. Na época, realizamos, no Hospital Geral de Fortaleza, uma pieloplastia para tratamento de uma má-formação renal. ▶

Em 2015, a plataforma Da Vinci, com quatro braços robóticos, foi adquirida pelo Hospital Monte Klinikum (HMK). As primeiras cirurgias realizadas em Fortaleza (CE) visavam ao tratamento do câncer de próstata. Desde então mais de 700 cirurgias robóticas já foram realizadas no HMK. O Brasil já ultrapassou a marca de 45.000 cirurgias robóticas, e 57% de todos os procedimentos foram urológicos. A técnica é utilizada principalmente para tratamento de cânceres de próstata, rim e bexiga.

A cirurgia assistida por robô manteve as vantagens da laparoscopia, como maior preservação dos tecidos e ser minimamente invasiva, pois também é feita por pequenas incisões abdominais. Porém a utilização de uma dupla câmera garante ao cirurgião a possibilidade de operar com imagens em três dimensões. Ademais o especialista conta com mais recursos para a articulação das pinças, algo importante para os gestos cirúrgicos. Além de permitir gestos similares aos que o instrumental cirúrgico realiza nas técnicas tradicionais, a cirurgia robótica desempenha movimentos que o punho humano não consegue. Na cirurgia robótica, o cirurgião controla quatro braços e opera junto a um console em posição sentada

e confortável. Apesar de exigir um rigoroso treinamento, a adaptação dos cirurgiões tem sido maior, principalmente para as cirurgias mais complexas relacionadas ao tratamento dos cânceres urológicos.

Ao longo das últimas duas décadas, a prostatectomia radical robótica tornou-se o tratamento de escolha, nos locais onde há disponibilidade da plataforma robótica e equipes treinadas, para o tratamento do câncer de próstata. A retirada total da próstata tem o objetivo de curar os pacientes, mas está tradicionalmente relacionada ao risco de incontinência urinária e disfunção erétil como sequelas. A utilização da ferramenta robótica tem ajudado na precisão cirúrgica e na melhora dos resultados de continência e manutenção de função erétil.

Outro grupo beneficiado pela técnica são os pacientes com câncer de rim. Nessa doença, o risco de disseminação do câncer e a insuficiência renal, decorrente da retirada do rim, são dois pontos importantes. Diversos estudos clínicos já demonstraram que a nefrectomia parcial, com a retirada apenas do tumor e preservando grande parte do rim, é segura no contexto da cura do câncer. Além disso, há menor risco de ocorrer insuficiência renal, quando

comparadas à nefrectomia radical e à retirada total do rim. A maior facilidade das suturas com o instrumental robótico torna a reconstrução mais rápida nos casos mais complexos em relação à cirurgia laparoscópica não robótica. Esse é um fator importante na manutenção da função renal no pós-operatório.

A cirurgia robótica vem sendo adotada também para o tratamento do câncer de bexiga, quando há necessidade de cistectomia radical e reconstrução urinária. A linfadenectomia retroperitoneal nos casos de tumores de testículos é outro procedimento realizado com cirurgia assistida por robô.



AUTOR: DR. DYLVARDO COSTA LIMA

Pneumologista, CREMEC 3886 RQE 8927

@dylvardo

dylvardofilho@hotmail.com

SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO

REVISÃO DE LITERATURA

Descrita pela primeira vez em 1965, a Síndrome do Pulmão Encolhido (ou em inglês, Shrinking Lung Syndrome -SLS) é uma complicação rara do lúpus eritematoso sistêmico (LES). Com uma prevalência consistente com a do LES, a SLS foi relatada numa proporção de mulheres para homens de 20:1. A SLS não é exclusiva do LES; foi relatado em outras doenças do tecido conjuntivo, incluindo a síndrome de Sjgren,

esclerodermia e artrite reumatóide. Embora a porcentagem precisa de pacientes com LES que apresentam SLS seja desconhecida, a literatura relatou uma variação de 0,5% a 1,1%, embora um outro estudo mais recente envolvendo 1439 pacientes com LES tenha relatado uma prevalência de SLS de até 1,5%.

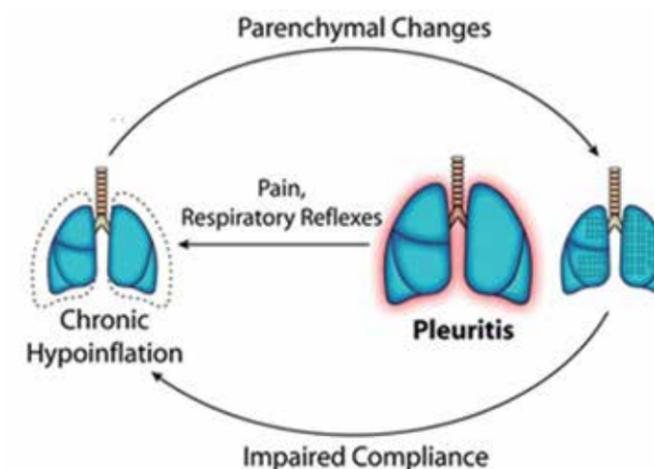
A síndrome do pulmão encolhido (SLS) é uma complicação pulmonar rara ▶

do lúpus eritematoso sistêmico (LES), e por isso deve ser pensada como um diagnóstico de exclusão. É caracterizada por dispneia progressiva, elevação do diafragma, dor torácica pleurítica, diminuição dos volumes pulmonares em exames de imagem e padrões restritivos observados nos testes de função pulmonar.

Não há tratamento padronizado para SLS, embora a maioria desses pacientes seja tratada com esteróides em doses médias a altas. Anticorpos monoclonais para antígeno de linfócitos B CD (cluster de diferenciação) 20 também estão sendo estudados como um possível tratamento. Apesar da falta de terapia padronizada e disponível, a mortalidade geral parece ser baixa.

A falta de revisão sistemática e de pesquisa devido à raridade dos casos relatados, continua a ser um desafio na compreensão da fisiopatologia e no desenvolvimento do manejo baseado em evidências para essa condição.

A fisiopatologia subjacente do SLS é mal compreendida, embora várias teorias tenham sido apresentadas, incluindo complicações como pleurite e/ou aderências pleurais, fraqueza muscular respiratória, miopatia e/ou fibrose do diafragma, neuropatia do nervo frênico com disfunção e/ou paralisia, e alterações microatelectáticas devido à deficiência



de surfactante e aumento da tensão superficial.

Há um caso de elevação bilateral do hemidiafragma e atelectasia bibasilar em paciente com parada respiratória original. O paciente foi posteriormente diagnosticado com LES e demonstrou ter neuropatia frênica com eletromiografia e estudos de condução nervosa. Foi também relatada paralisia diafragmática e miopatia no LES.

Os sinais e sintomas presentes de SLS incluem dispneia progressiva aos esforços, dor torácica pleurítica com volume pulmonar reduzido, hemidiafragma elevado e presença de defeito ventilatório restritivo. Foi relatado que a SLS pode se manifestar em qualquer ponto durante o curso da doença de LES, incluindo aqui os pacientes com doença inativa e, frequentemente, em pacientes sem envolvimento anterior de órgãos ou com envolvimento concomitante. ▶

Além da elevação do hemidiafragma direito, o padrão pulmonar restritivo também pode ser causado pela pleurisia. Junto com sua falta de ar progressiva, pacientes relatam dor torácica pleurítica na apresentação. Foi demonstrado que a função da musculatura respiratória é regulada em parte por arcos reflexos neuronais, incluindo reflexos frênicos intercostais e do nervo frênico.

A inflamação pleural pode então estar associada à ativação do reflexo pleural-frênico levando à expansão torácica limitada. O estado inflamatório crônico devido ao LES mal controlado provavelmente pode causar o desenvolvimento progressivo de pleurisia, o que poderia ter contribuído para o padrão restritivo grave que levou a SLS.

Em uma coorte de pacientes, a doença ocorreu principalmente durante o primeiro ano após o diagnóstico de LES, um achado então considerado a manifestação inicial de LES. No entanto, dado que o LES pode permanecer sem diagnóstico por vários anos após o início da doença, é possível que a SLS também possa persistir por vários anos após o início da doença.

Os mecanismos subjacentes a esta condição pulmonar restritiva com volumes pulmonares diminuídos,

não estão claros. Os mecanismos imunológicos envolvidos no envolvimento de outros órgãos importantes no LES não são óbvios nesta manifestação, embora a resposta aos esteróides possa ser muito boa.

Quando a SLS é prontamente diagnosticada e tratada com eficácia, o prognóstico em longo prazo é bom e as taxas de mortalidade são baixas, com alguns pacientes atingindo remissão clínica e com recuperação completa da função pulmonar na espirometria. Se não for tratada, a SLS pode comprometer gravemente os volumes respiratórios e, portanto, a SLS deve ser tratada imediata e agressivamente para estabilizar a função pulmonar.

O desafio com o tratamento da SLS é duplo:

(1) reconhecer a SLS como parte do diagnóstico diferencial e

(2) implementação precoce de tratamento baseado em evidências.

A exclusão de manifestações pulmonares comuns, como doença pulmonar intersticial, em vez de uma suspeita clínica da SLS, costuma ser o foco da abordagem diagnóstica em pacientes com LES que apresentam dispneia progressiva.

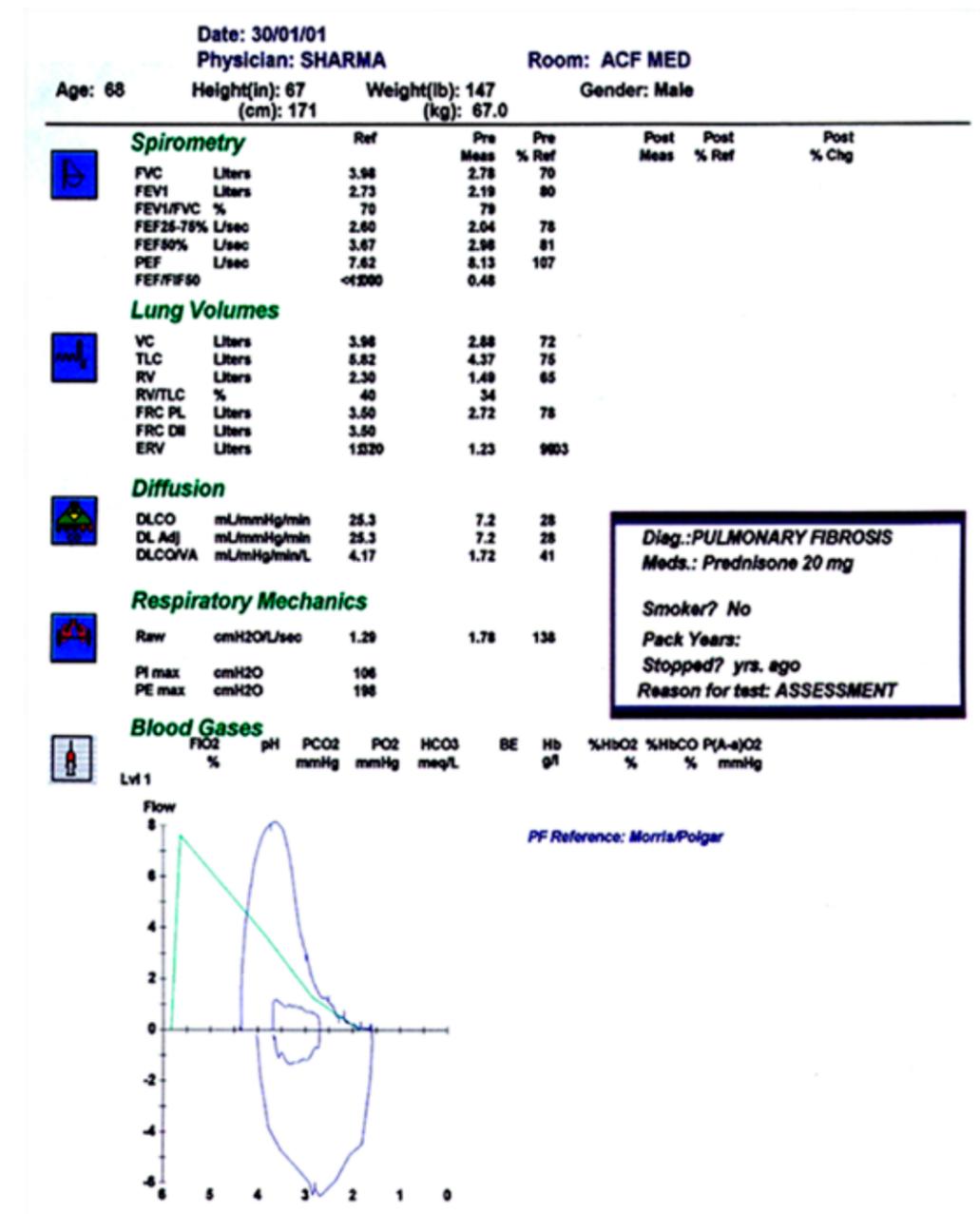
Além disso, em muitos casos,

os testes de função pulmonar (Espirometria padrão) não incluem parâmetros como pressão inspiratória máxima e pressão expiratória máxima, ambos os quais revelariam alterações nos músculos respiratórios que são consistentes com SLS.

Embora usado em alguns casos como uma única ferramenta de

diagnóstico para SLS, o DLCO por si só é um achado inespecífico, e tanto o coeficiente de transferência de monóxido de carbono (KCO), quanto os dados de volume alveolar devem ser obtidos para o diagnóstico da SLS.

Os valores de DLCO e KCO simultaneamente reduzidos se correlacionam com um transtorno



restritivo intrínseco e devem levantar a suspeita clínica da SLS em pacientes com LES. Desconhecer esses desafios podem resultar em sub-reconhecimento e atraso ou diagnóstico incorreto da SLS.

Resultados dos testes de função pulmonar de um paciente com doença pulmonar restritiva.

Atrasos no diagnóstico de 11 ± 20 meses foram relatados. A SLS, apesar de ser rara, deve ser considerada como uma possibilidade diagnóstica quando pacientes com diagnóstico de LES apresentam dispneia sem insuficiência cardíaca, anemia ou doenças do parênquima pulmonar.

Mas é importante descartar todas as outras causas de falta de ar primeiro. A SLS é uma manifestação incomum em

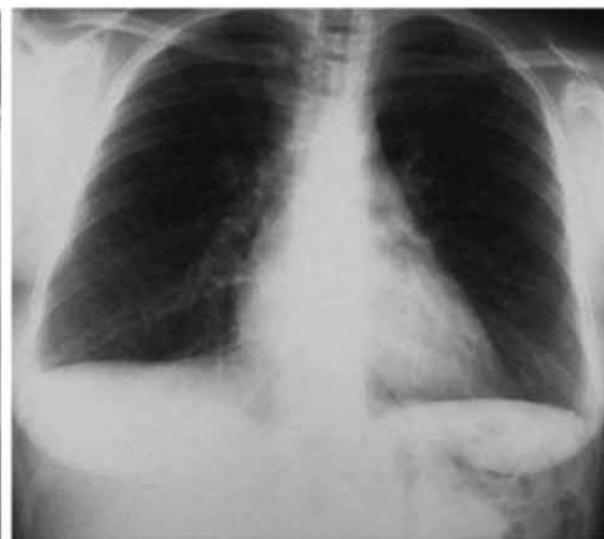
uma doença multissistêmica complexa e, portanto, pode ser negligenciada como causa de dispneia nesses pacientes. O conhecimento da condição levará ao teste de função pulmonar adequado e pode levar a uma terapia eficaz.

Apesar das evidências limitadas, vários agentes terapêuticos estão sendo usados para tratar a SLS, incluindo glicocorticoides e agentes imunossupressores. É importante notar que a posologia e a estratégia terapêutica carecem de recomendação consensual e muitas vezes ficam a critério do médico assistente. Prednisona, azatioprina e ciclofosfamida são os agentes imunossupressores mais comumente usados, enquanto o metotrexato e o micofenolatomofetile são menos comumente usados.

Case# 1



Before treatment
Antes do tratamento



After treatment
Após o tratamento

Teofilina, rituximabe, belimumabe e beta-agonistas são frequentemente reservados para casos difíceis de tratar ou refratários.

Não há diretrizes claras para o manejo dessa condição. A maioria dos casos de SLS associados ao LES foi tratada com esteróides com melhora significativa sintomática e pulmonar. Outras terapias imunossupressoras, como azatioprina, ciclofosfamida e rituximabe, mostraram ter algum sucesso no tratamento de SLS.

Belimumab é um anticorpo monoclonal G1 de imunoglobulina humana que bloqueia a ligação de estimuladores de linfócitos B solúveis às células B. É uma injeção subcutânea uma vez por semana e é o único agente biológico atualmente aprovado para o tratamento do LES não renal. Estudos têm mostrado que geralmente é bem tolerado como terapia complementar para pacientes com LES. Outros estudos que investigaram o perfil de segurança do belimumabe mostraram que ele tem resultados favoráveis no tratamento da nefrite lúpica e ajuda na terapia de resgate com esteróides em pacientes com LES. No entanto, os estudos não avaliaram o papel do belimumabe em pacientes com SLS.

Se for hipertenso ou diabético, o paciente se torna um péssimo candidato ao uso prolongado de

esteróides. Pode-se usar inicialmente com hidroxiquina e azatioprina para efeitos imunomoduladores e eventualmente usar a belimumabe como terapia de manutenção.

A literatura científica sugere que o prognóstico a longo prazo é bom, com melhora ou estabilização da função pulmonar ao longo do tempo. A terapia imunossupressora também pode ser útil para estabilizar a SLS e melhorar os sintomas respiratórios e a função pulmonar em alguns casos. Rituximabe e corticosteroides também podem ser eficazes no tratamento da SLS. Embora essas opções de tratamento sejam eficazes, a variação no tratamento e nas dosagens é ampla.

Todos esses estudos carecem de clareza sobre a dosagem do tratamento, evolução, duração e redução gradual, especialmente para esteróides. Dados os riscos associados ao uso de glicocorticoides em longo prazo, diretrizes de tratamento padronizadas ou recomendações de consenso, são necessárias para orientar o uso ideal desses agentes.

Embora seja uma síndrome rara, os médicos devem considerar a SLS no diagnóstico diferencial de LES em pacientes que apresentam dispneia ou dor torácica pleurítica. A orientação sobre as melhores práticas para o diagnóstico diferencial ►

imediatamente, bem como uma síntese das evidências disponíveis sobre as opções e estratégias de tratamento, é fundamental para melhorar o manejo da SLS em pacientes com LES.

Embora mais luz tenha sido lançada sobre SLS e melhorado a compreensão das práticas atuais em torno do seu diagnóstico e tratamento, maiores ensaios clínicos multicêntricos são necessários para definir com mais precisão, as melhores práticas a serem adotadas para os pacientes com a Síndrome do Pulmão Encolhido.

Exames complementares:

ANA, Anti-Smith, Anti-dsDNA e Anti-RNP: positivos

TCAR: elevação de diafragma e atelectasias laminares, sem doença intersticial pulmonar

Espirometria: distúrbio ventilatório restritivo

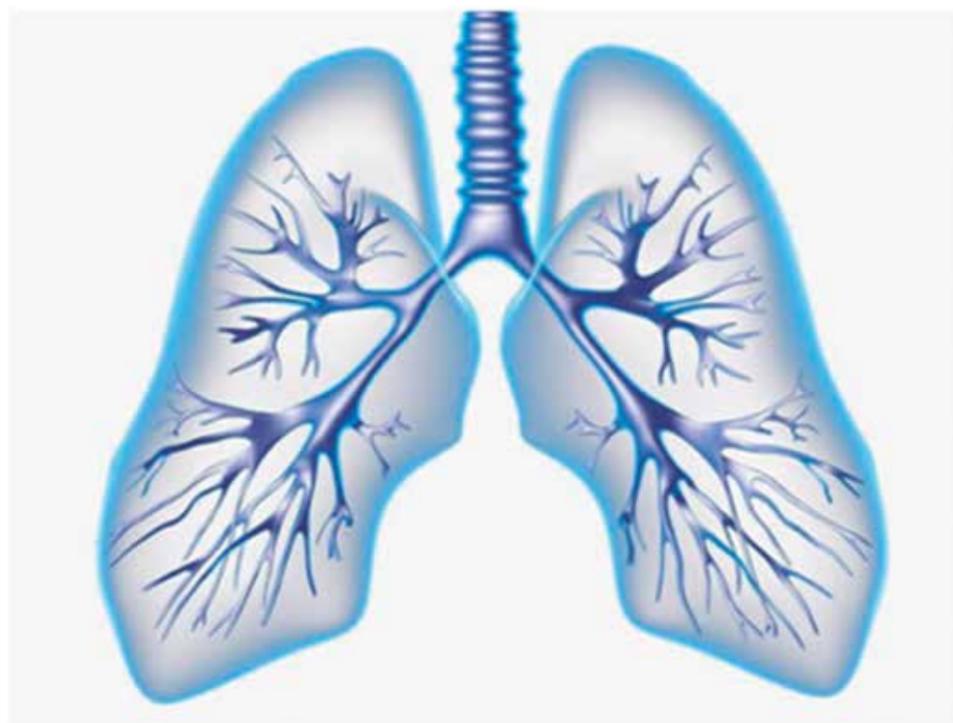
Pletismografia: capacidade pulmonar total e capacidade de difusão do monóxido de carbono reduzidas

PI e PE máximas: reduzidas

Teste Cardiopulmonar de exercício: reduzida

Fluoroscopiae/ou US do diafragma: reduzidas

EMG do nervo frênico: normal (para afastar miopatia primária ou por uso crônico do corticoide)



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



 **Jornal do Médico®**



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 PROPÓSITO DO DIA NACIONAL DE COMBATE AO FUMO (29/08)

Até a década de 1970 as ações de combate ao tabagismo no Brasil foram incipientes, circunscritas e desencadeadas, em sua maioria, por médicos. Alguns pioneiros, como: Mário Rigatto, do Rio Grande do Sul, José Rosemberg, de São Paulo, e Jaime Zlotnik, do Paraná, tornaram-se grandes líderes desta luta.

Em 1976, o Professor José Rosemberg publicou o livro “Tabagismo - Sério Problema de Saúde Pública” e realizou, no ano seguinte, a Primeira Semana Antitabagismo da PUC-SP. Como desdobramento da referida semana, o tema tabagismo foi incluído no currículo médico da Faculdade de Medicina daquela instituição.

Também, em 1976, a Associação Médica do Rio Grande do Sul, através do Professor Mário Rigatto, instituiu o primeiro Programa Estadual de Combate ao Tabagismo do Brasil. Nos anos seguintes, as Sociedades Médicas criaram programas em diversos estados da federação e, somente, na década de 1990 os programas de combate ao fumo passaram para o âmbito dos governos estaduais.

Em janeiro de 1979, Antônio Carlos Campos Junqueira, Antônio Pedro Mirra, Almério de Souza Machado, Glacilda Telles Menezes Stewien,

José Rosemberg, Luiz Carlos Calmon Teixeira, Mário Rigatto, Mozart Tavares de Lima, Roberto Bibas e Ruth Sandoval Marcondes lançaram a semente para a concretização de um Programa Nacional de Combate ao Fumo, que foi oficializado, em 12 de agosto de 1979, pela Associação Médica Brasileira.

Em março de 1979, sob a coordenação do Dr. José Silveira, o Instituto Brasileiro de Investigação Torácica – IBIT, na Bahia, realizou um Seminário sobre Tabagismo que resultou na histórica “Carta de Salvador”. Documento de extrema importância, a carta alertava os poderes públicos, às instituições médicas e à população sobre os malefícios do tabaco. Foram signatários da “Carta de Salvador” os seguintes doutores: Angelo Rizzo, Antônio Carlos Peçanha Martins, Antônio Pedro Mirra, Edmundo Blundi, Jaime Santos Neves, José Rosemberg e José Silveira.

Em 29 de agosto de 1980, a Sociedade Médica do Paraná lançou a “Greve do Fumo”, sob a liderança do Dr. Jayme Zlotnik. Em homenagem ao evento, esta data passou a ser o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”. Nas primeiras décadas, depois de sua criação, era comemorado em inúmeros municípios do Brasil com uma corrida rústica, cujo slogan, “Largue o Cigarro ▶

Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil com o ex-presidente Sarney quando foi criada a primeira Lei Federal referente ao tabagismo

Lei nº 7.488 que instituiu o dia 29 de agosto como o dia Nacional de Combate ao Fumo

Senador Lourival Batista
José Rosemberg
Mario Rigatto
Antônio Pedro Mirra
Edmundo Blundi
Geniberto Paiva Campos.
Germano Gerhardt
Jaime Santos Neves
Luis Carlos Romero
Vera Luiza da Costa e Silva e outros



Correndo”, inspirou centenas de fumantes a abandonarem o vício.

As comunidades religiosas participaram da luta, desde 1979, através da Igreja Adventista do Sétimo Dia, Igreja Presbiteriana Independente do Brasil, Igreja Católica e Centros Espíritas. O Rotary Club, Lions Club e Associação Cristã de Moços abraçaram, também, a causa.

Em 1984, foi criado o Comitê Coordenador do Controle do Tabagismo no Brasil tendo a frente o Professor Mário Rigatto, que foi o seu primeiro presidente. O Comitê esteve durante muitos anos sob a presidência do Professor Rosemberg e desdobrou-se em vários capítulos, nos estados, e, em subcapítulos, nos municípios.

Finalmente, em 1985, o Ministério da Saúde assumiu oficialmente a luta criando um Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil. Grupo eclético, composto por diversos representantes da sociedade, atuou junto ao governo para a criação da primeira lei federal de combate ao fumo. A referida Lei de nº7.488 instituiu o dia 29 de agosto como o Dia Nacional de Combate ao Fumo. Este grupo era composto pelo Senador Lourival Baptista, José Rosemberg, Mário Rigatto, Antônio Pedro Mirra, Edmundo Blundi, Geniberto Paiva Campos, Germano Gerhardt Filho,

Guaracy da Silva Freitas, Jayme Santos Neves, Luiz Carlos Romero, Maria Goretti Pereira Fonseca, Paulo Roberto Guimarães Moreira, Pedro Calheiros Bonfim, Regina Celi Nogueira, Roberto Azambuja, Thomas Szego, Vera Luíza da Costa e Silva e Vitor Manuel Martinez.

Em 1991, a ação do MS foi transferida para o INSTITUO NACIONAL DE CÂNCER-INCA sob a coordenação da Dra. Vera Luiza da Costa e Silva. Divisor de águas na luta contra o tabaco no Brasil, o INCA instalou uma ampla rede de ações com abrangência nacional, concretizando, finalmente, a fase vitoriosa da luta.

Com a municipalização das ações de controle do tabagismo, o programa penetrou nas Empresas, Escolas e Unidades de Saúde em mais de 80% dos municípios brasileiros. Além dessas ações o INCA realizou, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e o Comitê Coordenador de Controle do Tabagismo no Brasil, vários Congressos Brasileiros sobre Tabagismo.

O I Congresso foi realizado no Rio de Janeiro-RJ, em maio de 1994, sob a presidência de José Rosemberg; o II Congresso foi em Fortaleza-CE, em junho de 1996, sob a nossa presidência; o III Congresso foi em Porto Alegre-RG; o IV Congresso foi ▶

em Brasília-DF, e o V Congresso foi em Belo Horizonte-MG.

Além desses congressos inúmeros eventos científicos e esportivos foram realizados, em todo o Brasil, para comemorar o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e do dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto).

A inserção do tabagismo na sociedade brasileira, consequência de um processo histórico e social associado a capacidade da nicotina de causar dependência, teve graves consequências para a saúde pública da população.

As representações do tabagismo no imaginário social, sempre tiveram associadas, por um lado, as propagandas enganosas das multinacionais fumageiras e, por outro, pelas campanhas de saúde pública desencadeadas pelas Ongs e órgãos de saúde/educação do governo. Enquanto as multinacionais fumageiras associavam o vício de fumar à saúde, beleza, sucesso, status etc, os órgãos de saúde pública mostravam outra realidade associando-o a doença e a morte.

Como consequência deste embate, houve uma acentuada mudança das representações do tabagismo no imaginário social, evidenciada pela queda significativa da prevalência de

fumantes no Brasil.

Em 1989, segundo pesquisa realizada pelo IBGE, 33% da população adulta brasileira fumava. De 2006 a 2009 o percentual de fumantes caiu de 15.7% para 14.3%, segundo inquéritos realizados pelo INCA. Continuou em queda progressiva, chegando em 2019 a 9.8%.

Os resultados destes inquéritos nos mostram que a semente lançada pelos desbravadores desta luta não foi perdida em solo estéril. Custou a medrar. Foi lento o seu crescimento, porém floriu e frutificou para o bem e alívio das vítimas do tabaco.

Abriu-se, finalmente, a perspectiva auspiciosa de dias mais promissores e de triunfos sobre a grande pandemia.

Referências

ROSEMBERG, José. Tabagismo – Sério Problema de Saúde Pública. São Paulo: Almed, 1987, p. 321.
<https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-fumo/2019/tabaco-ou-saude-pulmonar-o-uso-do-narguile>
<https://actbr.org.br/rede-act>
<https://www.inca.gov.br/en/node/1415>
https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files_documento/2020-04/ap_livro_alertafumo_ok4.pdf



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

Transplantes de órgãos: **BIOÉTICA E BIODIREITO**



Já se insere no calendário anual: “Setembro verde”, o mês de especial estímulo a doação para fins de transplante. De fato, em nossos dias, diversos órgãos são admissíveis para tal, podendo-se destacar os realizados em maior quantitativo, a exemplo dos renais, hepáticos, cardíacos, medula óssea e de córneas. Outros são de menor incidência: face, ovário, útero e o de múltiplas vísceras. Todos com característica comum: alívio as dores e benefício aos enfermos. Destaque-se que o Brasil dispõe de um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo.

Em que pese a contemporaneidade histórica do domínio das técnicas que permitiram a substituição de partes corporais e prolongaram a qualidade de vida de tantos, esta pretensão não é recente. Há relatos que se tornaram mitológicos a exemplo dos médicos chineses, Itoua To e Pien Tsio, gêmeos nascidos em 287 d.C. Esses esculápios teriam transplantado a perna de um soldado, que acabara de falecer, em um homem, que houvera perdido parte do membro inferior. No mesmo esteio se relata que, na Idade Média, os médicos Cosme e Damião teriam realizada intervenção em um homem com a perna gangrenada, amputando-a e substituindo-a por outra advinda de um cadáver. Desde então, muito

evoluíram as Ciências Médicas até alcançar, no século XX, os primeiros transplantes bem-sucedidos de córnea (1905). Não obstante, a Era Moderna dos Transplantes toma corpo nos anos 1950, com o paulatino aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e dos imunossuppressores. Na década de 60, iniciam-se os transplantes no Brasil, sendo pioneiro o de rim, em 1964.

A fim de que os necessários procedimentos de captação de órgãos e execução das cirurgias ocorressem de maneira adequada; sem olvidar a dignidade, isonomia e autonomia asseguradas ao cidadão, certas normas jurídicas foram, a pouco e pouco, sendo publicadas, na perspectiva de regulamentar práticas comuns na realização dos transplantes, sem se afastar dos princípios Bioéticos que regem tais condutas.

Em face do Biodireito, assumem destaque os seguintes regramentos que merecem especial leitura pelo cidadão e por profissionais assistentes:

- Constituição Federal de 1988 - art. 199 § 4º:

- § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que

facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (grifamos)

- Lei 9.434/1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Esta norma, de aplicação nacional e já alterada algumas vezes, orienta o procedimento e prevê tipos penais/ criminais para os que cometem crimes no contexto dos transplantes, a exemplo de remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições da lei, além dos crimes de comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, o de deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou, ainda, o de deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados.

- Decreto 9.175/2017 que disciplina o Sistema Nacional de Transplante (SNT) responsável pela captação e distribuição de tecidos e órgãos com fins terapêuticos, a partir do reconhecimento de morte encefálica em qualquer região do país, bem como o destino do

material colhido, com o conhecimento prévio do serviço médico-legal ou do Serviço de Verificação de Óbito responsável pela investigação, e os dados pertinentes com relatório de encaminhamento do corpo para necropsia;

- Lei 10.211/2001 que altera dispositivos da Lei nº 9.434/1997 determinando que o transplante ou enxerto somente se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento e que, nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento será dado por um de seus pais ou responsáveis legais;

- Código Civil (Lei 10.406/2002), em seu artigo 13 orienta que, salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.

§ único. O ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial. (destacamos)

- Lei 11.521/2007 que determina ►

que os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional necessário às equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante;

- Lei 11.633/2007 que altera a lei 9.434/1997 e assegura a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto;

- Ministério da Saúde - Portaria 2.600/09 que aprova o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes destacando o planejamento da rede de assistência, o processo de autorização de estabelecimento de saúde e da equipe especializada.

No mesmo horizonte, alguns dispositivos da Ética Médica disciplinarão o tema, entre os quais destacamos:

- Código de Ética Médica - Resolução CFM 2.217/2018: onde faz constar como o único procedimento médico que dispõe de capítulo

exclusivo no código deontológico dos escúlianos (Capítulo VI – Doação e transplante de órgãos e tecidos), espalhado nos artigos 43 a 46, de onde se insculpe ser vedado ao médico:

- Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

- Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplante de órgãos.

- Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

- Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

Destacamos entre outras tantas resoluções publicadas pelo CFM inerentes aos transplantes:

- a) Resolução CFM 2.173/2017: define os critérios do diagnóstico de ►

morte encefálica. Tema relevante para a captação de órgãos para fins de transplante;

b) Resolução CFM nº 1.623/2001: determina que o funcionamento dos serviços onde são desenvolvidos a captação, processamento, armazenamento, distribuição e efetivação de transplante de tecidos e células para fim terapêutico deve estar condicionado à aprovação da Comissão de Ética Médica da instituição a que estão vinculados;

c) Resolução CFM 1.544/99: orienta que a obtenção de amostras de sangue de cordão umbilical e

placenta será de natureza gratuita e voluntária, mediante esclarecimento da finalidade, da técnica e demais itens dispostos na Resolução, sendo vedada a comercialização com fins lucrativos.

In fine, oportuno mencionar que o tema dos transplantes de órgãos permeia os interesses eminentes do paciente e da equipe transplantadora. Nada mais natural que seja realizado, com a máxima dignidade possível, sem esquecer o caráter humano de quem está sendo submetido ao procedimento, como doador ou receptor.

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: 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

DIREITO MÉDICO na emergência



Com o aumento da judicialização da medicina, os médicos estão sendo foco de ações judiciais e ético-disciplinares decorrentes de acusações, por maioria das vezes, infundadas em um suposto erro médico. Uma das áreas de atuação médica que está sujeita de ser responsabilizada

civilmente, penalmente e administrativamente por danos ocasionados a pacientes é a do médico emergencista, especialmente por laborarem em regime de plantão hospitalar, atendendo casos de emergências, quando há um risco iminente de morte e necessita de um atendimento imediato, relativos a todas as áreas das especialidades médicas, que o torna mais suscetível de ser atribuída uma suposta culpa por danos alegados pelos pacientes.

Aliado ao tipo de trabalho prestado pelo médico emergencista, considera-se ainda as condições de trabalho na saúde pública no Brasil, que não incomum, além de faltar infraestrutura, medicamentos e materiais para realizar procedimentos, conta com poucos ou somente com único médico emergencista, principalmente, nas cidades do interior, para atender uma alta demanda de emergência, o que dificulta o atendimento ágil, rápido e necessário do paciente, fato que a espera pode findar por ocasionar

Além da importância de um prontuário médico detalhado, destaca-se que o médico não pode deixar de atender em setores de urgência e emergência ...

algun dano ao paciente, podendo a responsabilidade recair sobre o médico, se este não adotar algumas condutas que lhe resguardem juridicamente.

Dentre as condutas que o médico emergencista pode adotar para resguardar seus direitos, quando da prestação de seus serviços, ressalta-se a importância de escrever no prontuário, de forma organizada e detalhada, descrevendo todas as informações relativas ao paciente, nos casos emergenciais, quando não for possível a colheita da história do paciente, a Resolução do CFM de nº 1.638/2002 prevê que o médico deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos ▶

 **Parceiro autorizado
Embraccon**

 **Jornal do Médico®**

PARCERIA EMBRACCON

- 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)





realizados, os quais tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

O prontuário, além de ser um documento essencial para permitir a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, é uma ferramenta fundamental para resguardar a conduta do médico diante de um suposto dano causado ao paciente, tendo em vista que é por meio dele que tanto a polícia, o Judiciário e o Conselho Regional de Medicina apuram se o dano alegado pelo paciente é decorrente de culpa médica, ou seja, se o profissional agiu com imprudência, imperícia ou negligência contribuindo para o dano.

Além da importância de um

prontuário médico detalhado, destaca-se que o médico não pode deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, mesmo que respaldado por decisão majoritária da categoria, bem como é proibido deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência quando não houver outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Menciona-se ainda que, o médico emergencista não pode se ausentar do plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo antes da chegada do seu substituto, salvo justo impedimento. Em outras palavras, mesmo que já tenha acabado o horário do seu serviço, o médico emergencista somente poderá deixar o plantão, quando ele for substituído por outro médico emergencista, e, em caso de ausência deste, aquele deve comunicar a direção técnica do estabelecimento de saúde para que esta possa providenciar a substituição.

Outra conduta que os médicos da emergência devem adotar para proteger seus direitos, é repassar, ao final de seu turno, o quadro clínico dos pacientes que estavam sob sua responsabilidade para o médico substituto, e se possível, registrar no prontuário dos pacientes a passagem▶

de plantão.

Na mesma linha, a Resolução do CFM de nº 2.077/14 estabelece que quando o médico emergencista detectar condições inadequadas de atendimento, constatar a inexistência de leitos vagos para a internação de pacientes, averiguar superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, perceber que há pacientes que necessitam da unidade de terapia intensiva, mas não há leito disponível, bem como receber pacientes encaminhados na condição de “vaga zero”, quando do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, deverá acionar imediatamente o coordenador de fluxo, e na inexistência deste, o diretor técnico do hospital, cabendo ainda a este último, no caso de superlotação, notificar essa circunstância ao gestor responsável e ao Conselho Regional de Medicina, para que as medidas necessárias sejam adotadas.

Nada obstante as condutas já expostas que devem ser adotadas pelo médico emergencista, é necessário também ressaltar, em síntese, que este deve manter o sigilo, não delegar atos exclusivos da prática médica a outros profissionais de saúde e sempre agir com perícia, prudência e diligência em todos os seus atos praticados para com os paciente.

Por fim, é indubitável a relevância do ofício desenvolvido pelos médicos emergencista, sendo inclusive muito evidenciado sua importância no combate contra a pandemia do Covid-19, uma vez que de acordo com a agilidade e qualidade dos serviços prestados por estes profissionais, muitas vidas que se encontram em situação grave com risco iminente de morte, são salvas, e por esta razão da essencialidade de um bom serviço de emergência, é que estes profissionais possuem direitos que devem ser resguardados. ●



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

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

CREMEC Nº 24 12, RQE Nº 589

marcelo.gurgel@uece.br

DR. MARTINHO: CLÍNICO DE RENOME NA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA



Martinho Rodrigues Fernando nasceu em Camocim-CE, em 29/05/1940, tendo como pais Fernando Rodrigues e Maria Coelho Rodrigues.

Seus primeiros estudos foram em casa, com os próprios pais. Completou o curso primário no Instituto São Raimundo e no Grupo Municipal; o secundário no Ginásio Municipal de Fortaleza. Fez o curso científico no Liceu do Ceará.

Em 1961 foi aprovado no vestibular de Medicina, concluindo a graduação médica na ▶

Universidade Federal do Ceará (UFC) em 1966. Quando fazia o curso médico, lecionou biologia em Cursos Pré-universitário e foi Monitor-bolsista da disciplina de Anatomia Patológica.

Concluída a graduação, Martinho iniciou a Residência Médica (RM) no então Hospital das Clínicas da UFC, atual Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Quase ao fim da RM, foi incumbido de coordenar o Internato (estágio rural) da turma de graduandos de 1968, em Quixeramobim-CE.

Começou a trabalhar no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), ainda em fase pré-inaugural, no final de março de 1969. No HGF, Martinho trabalhou como plantonista da Emergência e no ambulatório de Clínica Médica. Dois anos depois passou a integrar a equipe de médicos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) recém-inaugurada.

Em 1970, aprovado em concurso, assumiu como Professor de Semiologia Médica da Faculdade de Medicina da UFC (FMUFC). Em 1975, Martinho assumiu a chefia do Serviço de Clínica Médica do HUWC, onde permaneceu até 1988. Em 1980 obteve a progressão para Professor Adjunto IV.

Em 1979, teve a honra de ser eleito Patrono da trigésima turma de médicos formados pela UFC. Foi homenageado pelo CREMEC, com a Medalha de Honra ao Mérito Profissional.

Por muitos anos, Martinho foi Coordenador Geral da RM e do Internato, tendo participação ativa nas Sessões Anátomo-Clínicas do HUWC. Como Professor Adjunto, várias vezes fez parte de Banca Examinadora em concursos para Professor de Clínica Médica na UFC.

Após aposentar-se do serviço público, instalou consultório no Hospital Gênese, onde atende clínica privada e atua como Diretor Clínico.

É membro licenciado da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores - Regional Ceará e acadêmico fundador vitalício da cadeira 25 da Academia Cearense de Médicos Escritores, tendo publicado os livros: Em Tempo de Poesia, A Poética do Afeto, Manhãs de Sábado e Medicina: a última profissão romântica?

Ingressou na Academia Cearense de Medicina, em 25/10/19, como ocupante da Cadeira 27, patroneada pelo médico Hyder Correia Lima. ●



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

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

CREMEC Nº 24 12, RQE Nº 589

marcelo.gurgel@uece.br

REVIVENDO A CORRIDA ESPACIAL EM TEMPOS DA COVID-19

Há mais de uma centena de vacinas sendo desenvolvidas em laboratórios de vários países e algumas delas já vêm sendo testadas em estudos multicêntricos de fase avançada conduzidos em muitos países, a exemplo do Brasil...

A quase bicentenária revista médica *The Lancet*, cuja credibilidade científica fora duramente arranhada recentemente, a reboque de um polêmico e malfadado artigo sobre o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento da Covid-19, publicou em 4 de setembro de 2020 um trabalho contendo os ▶



achados iniciais de um estudo com uma vacina russa, denominada Sputnik V, testada contra o novo coronavírus.

O imunizante em apreço encontra-se em desenvolvimento no Instituto Gamaleya de Epidemiologia e Microbiologia pertencente ao Ministério da Saúde da Rússia, cujo governo prometeu começar em outubro próxima a vacinação em massa dos seus cidadãos.

A Sputnik V é uma vacina de vetor em que o material genético do vírus é transportado por um vírus inócuo, que não consegue se replicar, com o propósito de estimular a produção de anticorpos contra o Sars-CoV-2. Ela usa dois vetores de adenovírus: um é

o adenovírus humano recombinante tipo 26 (rAd26-S) e o outro é o adenovírus humano recombinante tipo 5 (rAd5-S), que foram alterados para expressar a proteína S do novo coronavírus, uma proteína utilizada pelo vírus para ingressar nas células e infectá-las.

As vacinas foram elaboradas em formato congelado, já considerando a necessidade da produção e da distribuição em larga escala, e na versão liofilizada, para permitir que a vacina seja remetida a locais remotos e se mantenha estável em baixas temperaturas.

A investigação foi aplicada em dois grupos de 38 adultos saudáveis, perfazendo 76 sujeitos, com idades ▶

entre 18 e 60 anos, acompanhados durante 42 dias, sendo um para medir a segurança da vacina e outro para avaliar a sua eficácia.

Os indivíduos assim que se voluntariaram a receber a vacina isolaram, para evitar contágio prévio por coronavírus. Após a inoculação, eles foram seguidos, ao longo dos dias de acompanhamento, em dois hospitais russos. A versão congelada foi administrada no Hospital Burdenko, uma unidade do Ministério da Defesa, e incluía militares. A versão liofilizada foi testada na Universidade Sechenov, apenas com voluntários civis.

Os autores do estudo afirmaram ter identificado a eficácia da Sputnik V, interpretando que os resultados sugerem que a vacina produz uma resposta das células T dentro de 28 dias e que a produção de anticorpos no plasma foi maior nas amostras dos inoculados quando comparada com a de pessoas infectadas.

Cumprido salientar que o “n” amostral do estudo russo foi de pequeno tamanho, condição também reconhecida pelos próprios autores e ainda sofreu vício de seleção, perceptível na sua proeminência de pessoas jovens, bem como pela presença de muitos militares entre os recrutados do estudo.

Para esses autores, a segurança foi comprovada porque não teriam acontecido resultados adversos nas pessoas testadas, como consequência da Sputnik V. Contudo, essa vacina não ficou livre de efeitos colaterais, posto que, entre os investigados, cerca de metade deles teve febre alta (50%) ecefaleia (42%); além disso, aproximadamente um quarto se queixou de adinamia (28%) e de artralgias / mialgias (24%).

A bem da verdade, nenhum dos efeitos colaterais acima reportados é qualificado como efeito adverso grave, sendo eles usualmente semelhantes aos que são detectados no processo de desenvolvimento de vacinas similares.

Sabe-se que efeitos adversos graves de fármacos em estudo são, frequentemente, eventos de ocorrência rara, sendo, por conseguinte, muito baixa a sua probabilidade de ocorrerem em pequenas amostras. Em geral, quando eles existem, apenas são verificados em estudos de fase III, como o que se constatou, recentemente, com a vacina ora em desenvolvimento, fruto da parceria entre a Universidade de Oxford e a farmacêutica britânica AstraZeneca, quando se diagnosticou um caso de mielite transversa, o que desencadeou a suspensão temporária da pesquisa, para se dirimir a

causalidade, associando-a ou não ao uso dessa vacina. Por vezes, os efeitos adversos graves somente são aflorados quando o fármaco já está liberado para amplo emprego populacional e se acha em processo de vigilância pós-comercialização.

Os resultados do estudo russo foram acolhidos de modo entusiástico por governantes e pelo público em geral, porém apenas discretamente encorajadores na comunidade científica, diante da velocidade na realização da pesquisa e da sua subsequente publicação na *The Lancet*, e por ser ainda um estudo de fase II.

Há mais de uma centena de vacinas sendo desenvolvidas em laboratórios de vários países e algumas delas já vêm sendo testadas em estudos multicêntricos de fase avançada conduzidos em muitos países, a exemplo do Brasil, no esforço internacional de se dotar a humanidade de uma vacina que seja, ao mesmo tempo, eficaz e segura, e igualmente acessível e de baixo custo.

Há, claramente, uma disputa de mercado, marcado não tanto para gerar um benefício para a Humanidade, mas para garantir um lucro exacerbado aos fabricantes que se assenhoreiam dessa cadeia

de produção, comercialização, distribuição e aplicação da vacina contra o novo coronavírus. Dificilmente, o mundo se deparará com o altruísmo perpetrado por Albert Sabin, que renunciou ao seu inerente direito de patente da vacina antipoliomielite oral, para tornar a sua invenção algo inteiramente acessível aos povos e nações. A ele, no entanto, foi-lhe negado o Prêmio Nobel de Medicina, apesar de sucessivas indicações do seu nome para auferir essa honraria; entretanto, a despeito dessa injustiça, o cientista Albert Sabin figura no rol dos grandes benfeitores da humanidade.

Desperta especial atenção o fato do Instituto Gamaleya de Epidemiologia e Microbiologia nada ter publicado sobre os resultados laboratoriais com o patógeno e os ensaios pré-clínicos dessa pesquisa, tornando público os resultados da sua fase II.

Alguns elementos dessa investigação desencadeiam severas críticas e dúvidas sobre o presente projeto do Instituto Gamaleya. Um deles, naturalmente, é a pressa com que os russos buscaram se projetar nesse campo científico, mormente quando se desconhece uma contribuição de proa e de veras inovadora no âmbito da pesquisa



imunológica oriunda das frias estepes russas.

Considerando o ambiente de concorrência, às vezes até um pouco inóspito, entre a Rússia e países do Ocidente, muitos acreditam que etapas possam ser suprimidas ou mitigadas para se anunciar um retumbante sucesso, antes mesmo que a eficácia vacinal seja ratificada.

Com efeito, o Instituto Gamaley informou que o estudo da fase III da vacina foi aprovado em 26 de agosto passado e envolverá 40 mil voluntários, com idades e estados de saúde variados. Mas, por outro lado, o Presidente Putin anunciou

que a vacinação em massa dos russos transcorrerá, paralelamente, à aplicação da fase III, e não na sequência desta, como seria o cientificamente recomendado.

Observa-se que diversos países ingressaram em uma espécie de corrida contra a Covid-19, assemelhada à corrida espacial, em que se busca exibir a supremacia científica e tecnológica sobre países rivais ou competidores.

A maneira como os russos se lançaram nessa disputa de mercado traz à mente a lembrança da corrida espacial, no período da guerra fria, do pós-II Grande Guerra, vencida ▶

pelos países aliados, quando os norte-americanos enfrentaram os soviéticos no campo do espaço, e os últimos assinalaram um tento à frente ao lançarem, em 4 de outubro de 1957, na órbita terrestre o primeiro satélite artificial, o Sputnik I, que culmina com o Sputnik V, quando em 1957 se projetou no espaço a cadela Laika. Pelo visto, não foi obra do mero acaso nomear de Sputnik V a vacina russa contra a Covid-19.

Parece estranho que governadores brasileiros se antecipem na adesão à vacina russa em epígrafe, como o estado do Paraná, que assinou um memorando de cooperação para ter acesso à Sputnik V, e o da Bahia, cuja

Secretaria de Saúde fechou acordo com a Rússia para o fornecimento de 50 milhões de doses da vacina Sputnik V ao Brasil. O estranhamento ganha visibilidade quando não se sabe da real validade externa do estudo publicado em *The Lancete*, de igual modo, se desconhece tanto o grau como a duração da imunidade proporcionada pelo produto russo.

Por fim, é recomendável não incorrer em maiores riscos e gastos impróprios ao se utilizar essa vacina russa, antes da mesma vir a ser submetida a um protocolo de fase III, no qual se comprove uma saudável relação custo-benefício. ●



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)

IMUNIDADE DE REBANHO E MÉDIA MÓVEL DA COVID-19 EM FORTALEZA-CE: MOTIVO DAS INCONGRUÊNCIAS ENTRE AFIRMAÇÕES DA MÍDIA E DO GOVERNO



Imunidade de rebanho é forma indireta de proteção individual, que acontece quando porcentagem significativa da população já teve ou foi vacinada para uma doença, nos dois casos produzindo imunidade específica. Neste caso, haveria menos susceptíveis (não doentes e não vacinados) do que recuperados e imunizados. A competição entre vírus vacinal e sua forma selvagem e a presença de menos susceptíveis favorece a diminuição da transmissão pessoa-pessoa (R), protegendo aqueles que ainda não adoeceram ou foram vacinados, que nesse ponto terão menor probabilidade de se infectar.

Este ponto ocorre quando a doença mostra estado contínuo de endemia, no qual o número de infectados sofre alteração linear, ou seja, não mais aumenta ou diminui exponencialmente. Para calcular os susceptíveis (S), tem-se que $R \cdot S = 1$. Assim, quanto menor o número de susceptíveis (S) ou quanto mais pessoas imunes, menor a transmissão da doença e menos ela se espalha. Mas qual o R que representaria imunidade de rebanho no caso da Covid-19? Essa proporção depende do quão infecciosa é a doença, sendo de 95% para o sarampo e 35% para a gripe. Ora, o SARS-Cov-2, vírus causador ▶

da Covid-19 é um vírus respiratório, como o da gripe. Qual seria seu percentual para gerar imunidade de rebanho? A atual estimativa de R para a Covid-19 em Fortaleza é 0,79, o que levaria ao nível de imunidade de rebanho correspondente a 26,7% de todos os susceptíveis. Ainda não temos vacina. A população de Fortaleza em 2020 é de 2.686.612 pessoas. Assumindo a premissa de todos são susceptíveis, teríamos a necessidade de 717.325 casos de Covid-19 em Fortaleza para induzir imunidade de rebanho.

Até agora têm-se 224.847 casos de Covid-19 no Ceará. Assumindo a premissa de que metade desses casos do Estado é em Fortaleza, seriam 112.434 casos da doença na cidade. Assumindo, ainda, subnotificação de 50% (pessoas que adoeceram e não procuraram o sistema de saúde nem foram identificadas como casos da doença pela vigilância epidemiológica), haveria total de casos em Fortaleza de 224.847 doentes/ recuperados. Assim, atualmente ocorreu apenas um terço dos casos necessários para se alcançar a imunidade de rebanho em Fortaleza. E ainda há que se considerar a aparente transitoriedade da imunidade produzida com o adoecimento pela Covid-19, o que aumentaria a necessidade de doentes, pois a imunidade de rebanho

dura enquanto perdurar a titulação de anticorpos nos recuperados/ vacinados, neste último caso ainda inexistentes.

Deseja-se, além dos casos atuais, mais 500 mil casos de Covid-19 em Fortaleza ou é mais prudente adotar medidas protetivas? Considerando a escolha da segunda opção, use máscara, proteja os olhos e mantenha o distanciamento social. A Covid-19 não acabou só porque você cansou de ficar em casa! Bom, então inexistente condição de imunidade de rebanho na Covid-19 em Fortaleza, sendo relevante acompanhar a média móvel da doença para verificar seu estágio atual em nossa capital.

A média móvel é a média aritmética simples em um período x , feita para suavizar oscilações e facilitar visualizar a tendência da curva de casos/óbitos. Ela é chamada de média móvel porque não é fixa, ou seja, todo dia o cálculo é refeito, somando-se o valor dos casos/óbitos daquele dia com o dos 6 dias anteriores, tudo isso somado e depois dividido por 7, no caso da média móvel de 7 dias, que é a mais usada pela imprensa no caso da Covid-19. Dessa forma, diminuem-se as distorções causadas pelos plantões de fim de semana e feriados, quando há menos registros, e os picos de registros no início da ►

semana, quando o registro de casos/óbitos é retomado.

Como Fortaleza teve pico cedo (maio/2020), atualmente, os casos na cidade estão baixos, mas, como em todo o mundo, são flutuantes, com micro-ondas da doença, então o percentual já não é mais a melhor medida para o nosso caso, porque a proporção entre número absoluto e percentual já é grande, dando uma falsa ideia de que estamos vivenciando uma situação ruim aqui no Estado, o que não é verdade. Ademais, Fortaleza está melhor que o Ceará, por ter sido o primeiro município do Estado a ter iniciado sua

curva epidemiológica, o que a deixa com maior decaimento (descida) da curva que o resto do Estado, mas o Ceará também já está quase finalizando o decaimento (descida) da curva. Assim, a melhor forma de cálculo para Fortaleza e o Ceará, bem como para todos aqueles municípios/ Estados com poucos casos diários da doença, seria usar números absolutos no cálculo da média móvel junto de seu desvio padrão, ou outra medida mais adequada, para que a matemática realmente possa representar a realidade da Covid-19 nos estados mais evoluídos em sua curva epidemiológica. ●

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

WWW.JORNALDOMEDICO.COM.BR

 **Jornal do Médico**