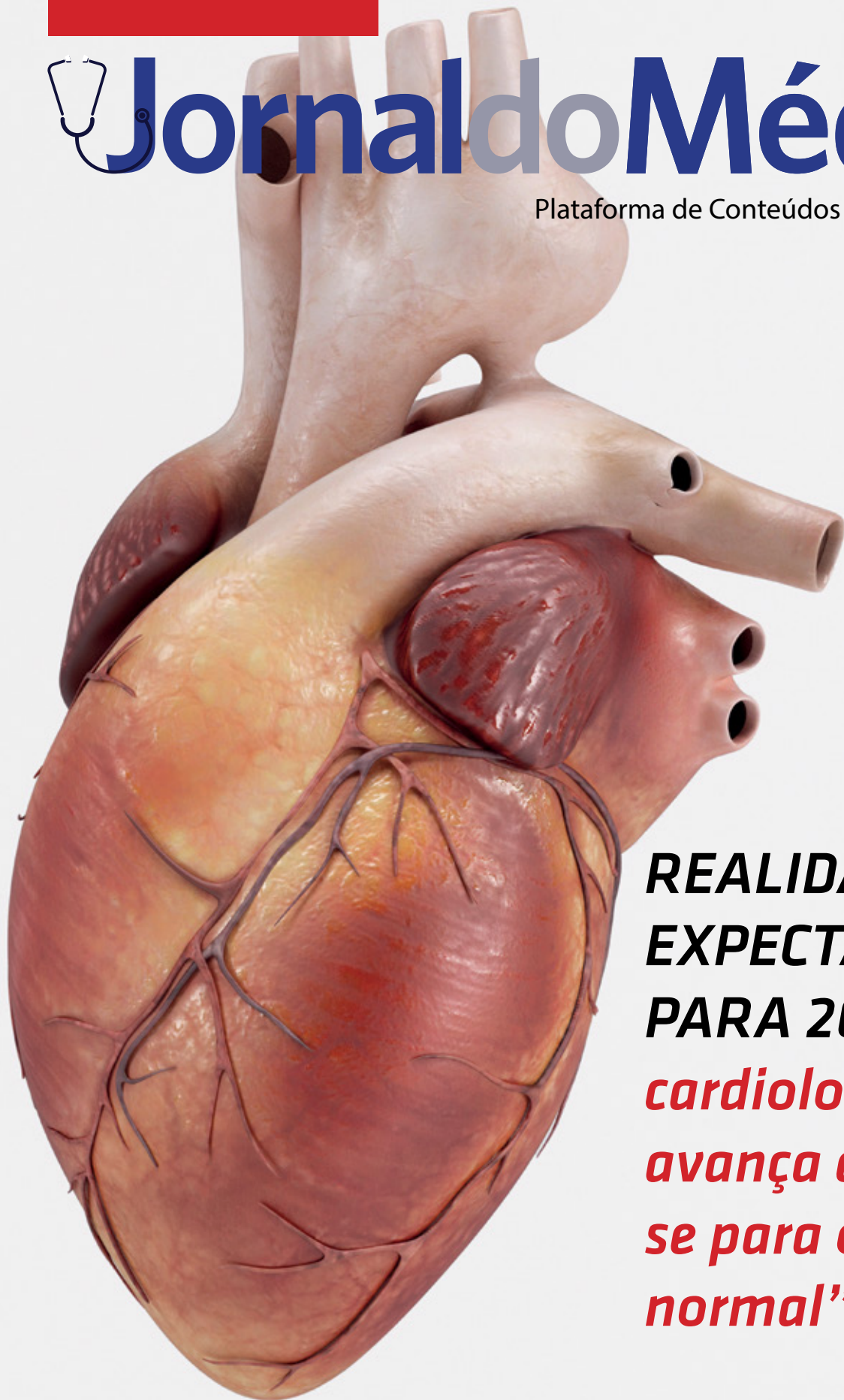


# **Jornal do Médico**®

Plataforma de Conteúdos da Medicina e Saúde



**REALIDADES E  
EXPECTATIVAS  
PARA 2021:  
*cardiologia  
avança e prepara-  
se para o “novo  
normal”***

ENTRE NA NOSSA LISTA

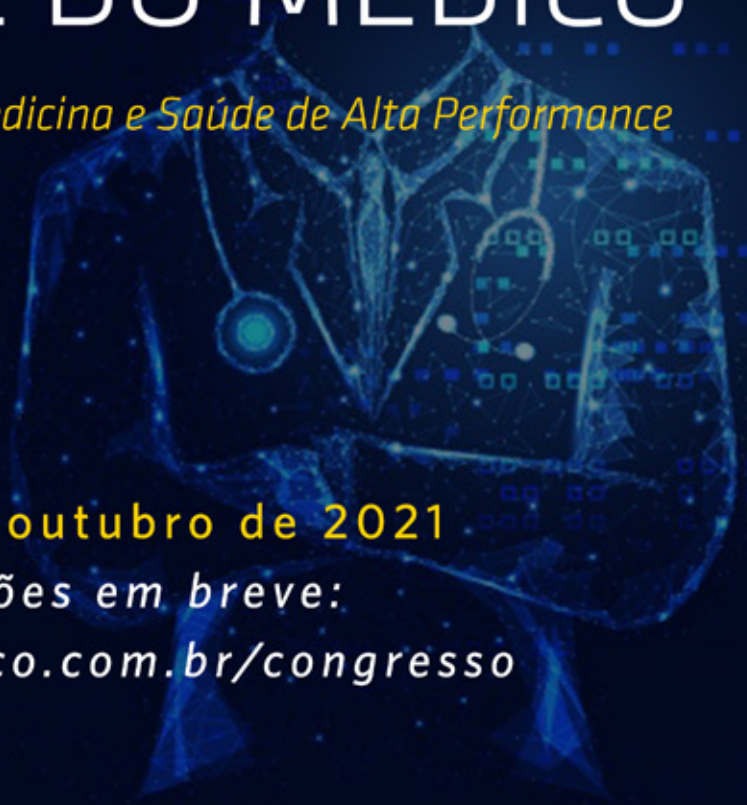




3º Congresso

# JORNAL DO MÉDICO®

*Atualizações em Medicina e Saúde de Alta Performance*



**18 a 23 de outubro de 2021**

*Inscrições em breve:*

[jornaldomedico.com.br/congresso](http://jornaldomedico.com.br/congresso)

 **Jornal do Médico®**

## MENSAGEM AO LEITOR

No último mês do ano vem aquela pergunta: O que será do próximo ano? Como a medicina se comportará?

Respondendo a questões como estas, o diretor da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Dr. Harry Correa Filho, traz todo seu conhecimento e opinião em um conteúdo exclusivo destacando a realidade, os avanços, expectativas e preparativos para 2021.

A temática Direito Médico tem dois artigos, sendo um voltado para a Cirurgia Plástica e outro destacando sobre os Direitos dos Médicos com a autoria dos renomados especialistas, Dra. Caroline Parahyba e Dr. Renato Evando.

Quanto a atualização técnica, trazemos um artigo de revisão sobre “Hamartoma Pulmonar”, de autoria do pneumologista Dr. Dylvardo Costa (CE).

Sobre os recentes acontecimentos na medicina, você pode conferir a notícia da posse da nova presidente da Sociedade Cearense de Oftalmologia, Dra. Hissa Tavares biênio 2020-2022.

Garantindo uma revista ainda mais plural e qualificada, vale a sua leitura nos conteúdos sobre a SOBRAMES Ceará, Radiologia, Movimento Médicos Atletas, Saúde do Idoso, Saúde Vasculuar, História da Medicina e Academia Cearense de Medicina.

Caro(a) usuário(a), tenha uma ótima experiência com os nossos conteúdos, próximo ano estaremos de volta com muitas novidades e novas editorias para agregar mais conhecimento e informação qualificada pra você ter uma carreira com mais sucesso, onde temas sobre Marketing em Saúde, Gestão, Carreira, Finanças, Tecnologia e Inovação far-se-ão presentes nos próximos números com grandes especialistas da área.

Para mais conteúdos e números anteriores, baixe o app Jornal do Médico® na AppleStore ou GooglePlay para ser o primeiro, ou se preferir, acesse o blog [jornaldomedico.com.br](http://jornaldomedico.com.br) e assine a newsletter .

Até o próximo número, Feliz Natal e Próspero 2021 com vacinas! Cuide-se! #usemáscara



### **Josemar ARGOLLO**

*CEO Jornal do Médico*

*Profissional de Marketing*

*MBA em Comunicação e Marketing em Mídias Digitais*

*Membro Honorário da SOBRAMES/CE*

**atendimento@jornaldomedico.com.br**

**Skype: argollomarketing**



## FUNDADORES:

Jornalista Juvenal Menezes (DRT-CE 1947)

*In Memoriam 1935-2017*

Sra. Nahimi Argollo de Menezes

## CEO:

Josemar ARGOLLO

Jornal do Médico® Digital, Ano I,  
No 08/2020 [Dezembro] Cardiologia 2021  
[Publicação Mensal]

Marca registrada junto ao INPI,  
Instituto Nacional da Propriedade Industrial.  
Josemar Argollo Ferreira de Menezes-ME  
CNPJ: 24.780.958/0001-00.

PRODUTORA DE CONTEÚDO: Érika Grecy

SOCIAL MEDIA: Edson Silva

ASSESSORIA EDITORIAL:

Jor. Anatalice Rodrigues (DRT-CE 3548)

REVISÃO E COPY-DESK:

Profa. Márcia Linhares Rodrigues

CONSULTORIA EM ARTE/DIAGRAMAÇÃO:

Vailton Cruz

CONTRIBUIÇÃO FOTOGRÁFICA/IMAGENS

Banco de Imagens Jornal do Médico, Pexels e  
FREEPIK

## QUEREMOS SUAS SUGESTÕES

Sua opinião pode ser o nosso próximo  
conteúdo.

atendimento@jornaldomedico.com.br

## BAIXE NOSSO APP JORNAL DO MÉDICO®

disponível na Apple Store e Google Play e  
tenha mais conteúdos qualificados  
e números anteriores.

## PUBLICAÇÃO RECONHECIDA:

**Câmara Municipal de Fortaleza**

(Requerimento N° 2240/2014

Vereador Dr. Iraguassú Teixeira)

**Assembleia Legislativa do Ceará**

(Requerimento N° 860/2019

Deputado Dr. Guilherme Landim)

**Academia Cearense de Medicina**

# Argollo

Marketing

## CONTATOS:

Whats App: +55 85 996673827

atendimento@jornaldomedico.com.br

Skype: argollomarketing

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

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

## CONFIRA NESTA EDIÇÃO



# 06

Realidade e  
expectativas para  
2021: cardiologia  
avança e  
prepara-se para  
o "novo normal"

10 Hissa Tavares assume  
nova gestão da Sociedade  
Cearense de Oftalmologia

18 Direitos dos Médicos  
Institutos Éticos e Jurídicos

22 Atividade Física e saúde do  
corpo e da mente

24 Análise da prática de  
atividade física realizada por  
médicos brasileiros e os impactos  
da pandemia causada pela Covid-19

26 orientações nutricionais  
para o HIV

**30** Hamartoma Pulmonar artigo de revisão

**36** o idoso em situação de vulnerabilidade: Algumas considerações

**42** Diagnóstico por imagem seguro e sem riscos precisa ser feito por médico com registro de especialista (RQE) na área de imagem

**46** Oswaldo Cruz as doenças pestilenciais e a tuberculose

**50** Novos membros da SOBRAMES Ceará e homenagens marcam confraternização

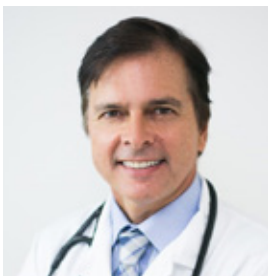
**54** Sexta Sessão Remêmora da Academia Cearense de Medicina

**56** Sétima Sessão Remêmora da Academia Cearense de Medicina

# 14

Direito Médico na Cirurgia Plástica





**AUTOR: HARRY CORREA FILHO**

Cardiologista e diretor de Comunicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia  
CRM/SC 4 101, RQE1132

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

[www.portal.cardiol.br](http://www.portal.cardiol.br)

# REALIDADE E EXPECTATIVAS PARA 2021: **CARDIOLOGIA AVANÇA E PREPARA- SE PARA O “NOVO NORMAL**

**D**urante os últimos 70 anos, a cardiologia brasileira vem lutando bravamente para o desenvolvimento do conhecimento e o acesso da população a todo esse arsenal de estratégias e procedimentos aos mais diferentes recônditos do nosso imenso país.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), por sua vez, tem sido a difusora desse conhecimento, por meio de uma agenda científica extremamente diversificada e de alta qualidade.

Com a chegada da pandemia do novo coronavírus, um grande desafio se colocou para que pudéssemos manter ►



esse contato da ciência com a prática, exigindo a incorporação das mais diversas técnicas de comunicação como as redes sociais, webinars, podcast e congressos virtuais. O cardiologista e todas as outras especialidades afins puderam então ter acesso a produção científica nacional e internacional da forma mais rápida e a chance de discutir com especialistas no assunto para incorporar esse conhecimento à prática clínica do dia a dia.

Não podemos esquecer que a despeito da imensa morbimortalidade originada pela Covid-19, as mortes cardiovasculares continuaram ceifando a vida de 380 mil brasileiros todos os anos. Com a dificuldade gerada pelo acesso aos serviços tanto de prevenção primária quanto secundária, certamente esses números, ainda

não contabilizados, se multiplicarão, e enfrentaremos, no ano que vindoura, muitas dificuldades para os nossos pacientes.

No aspecto estrutural, tivemos conquistas importantes nesse segundo semestre. A primeira foi o reconhecimento da Residência Médica em Cardiointensivismo, já publicada no Diário Oficial da União, tornando oficial como uma especialidade dentro da cardiologia. Ainda nesse tema, conseguimos a criação via Ministério da Educação (MEC), na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), do reconhecimento da residência em cardio-oncologia como um terceiro ano depois de concluído o programa oficial de residência em cardiologia. Por último, foi aprovada também a Matriz de Competência da Residência ►



em Ecocardiografia, criando todo um regramento para a garantia de uma qualidade padrão nos serviços que oferecerem essa subespecialidade.

Cabe ressaltar a importância da cardio-oncologia visto que a oncologia trouxe notável evolução no tratamento e na sobrevida dos pacientes, mas, muitas vezes, as custas de piora na morbidade cardiovascular.

Com o aumento da longevidade em todo o mundo, fica claro que essa especialidades iriam acabar convergindo no sentido de se avaliar a doença como um todo e incorporar estratégias comuns em benefício do paciente.

Seria importante ressaltar aqui a verdadeira revolução científica que a pandemia nos proporcionou, com o aumento da cooperação entre vários centros de pesquisa pelo país, com instituições menores, permitindo a expansão da investigação científica, culminando com vários papers publicados em revistas internacionais de ponta, como foram os estudos feitos com a hidrocloroquina e um recente estudo usando um anticoagulante direto da trombina em próteses biológicas.

Esses estudos randomizados controlados (RCTs) inauguram uma nova era na pesquisa brasileira de mais cooperação e menos competição, são capitaneadas pelos mais destacados investigadores nacionais e, certamente, renderão muito mais frutos em futuro próximo. Quanto mais pacientes


randomizados, mais informações e mais pacientes bem tratados, já que todo trial acaba oferecendo um tratamento mais vigiado e melhor seguido.

Apesar do anúncio próximo das vacinas para Covid-19, teremos um caminho longo até a vacinação em massa da população e não podemos baixar a guarda no sentido de afrouxar as medidas de isolamento e higienização. Portanto, ainda temos um caminho longo de educação médica a distância pelas mais diferentes ferramentas disponíveis.

A volta das antigas práticas provavelmente incorporarão muitas das tecnologias modernas de informação que vieram para ficar. Nós, da SBC, continuaremos a expandir o conhecimento pelas mais variadas tecnologias já citadas aqui, e a todas as futuras que aparecerem. Certamente, muito colegas sentem a falta de um congresso presencial, que permite o conagraçamento e a proximidade que tanto caracteriza o nosso povo. Esses eventos voltarão a existir, mas com formatos mais enxutos e permitindo que a informação alcance também aqueles que optarem pelas mídias eletrônicas. Devemos nos preparar para o “novo normal” sem ainda ter a completa compreensão do que essa palavra significará.

E que esse ano que finda, acabe logo, para que tenhamos novas perspectivas. Bom fim de ano a todos e a esperança de um ótimo 2021. ●





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

**ACESSE AGORA NOSSOS CANAIS**

 **blog**

[jornaldomedico.com.br/blog](http://jornaldomedico.com.br/blog)

 **revista digital**

[jornaldomedico.com.br/revistadigital](http://jornaldomedico.com.br/revistadigital)

 **aplicativo**



 **Jornal do Médico®**

# HISSA TAVARES ASSUME NOVA GESTÃO DA SOCIEDADE CEARENSE DE OFTALMOLOGIA

**E**leita por aclamação entre os oftalmologistas cearenses durante o 31º congresso da entidade, a renomada doutora Hissa Tavares assume a nova gestão da SCO com o

propósito de fazer uma gestão ainda mais ativa, unir os oftalmologistas e garantir maior valorização da classe.

A pandemia de COVID trouxe inúmeros desafios para os serviços

oftalmológicos tanto para os especialistas atuarem, quanto também para a população cuidarem da sua saúde ocular. Diante deste cenário, historicamente a SCO tem tido um importante papel para minimizar os impactos, além de propor soluções junto as instituições de saúde e poder público, garantindo melhores condições aos oftalmologistas, bem como qualidade no acesso para o atendimento oftalmológico da população.

Durante seu discurso de posse, a presidente destaca sobre as "responsabilidades e dos desafios que isso representa, mas estou disposta, conjuntamente com essa notável diretoria que assume no dia de hoje os destinos de nossa entidade, a fazer tudo para não decepcionar nossa categoria". Afirma Hissa Tavares.

Ciente dos novos tempos, a presidente ressalta a necessidade de avanços e ousadia para desbravar outros caminhos, ampliar horizontes. Visto que com os novos desafios para a medicina, por conta da covid-19, tudo mudou. O mundo mudou e há a necessidade de nos reinventarmos com os novos paradigmas estabelecidos com os novos tempos.

Ao fim de seu discurso de posse, a presidente destacou que "a nossa gestão tenha como marca principal a solidariedade, assim como foi com Dr. George Carneiro na presidência, na última gestão".



### **Gestão SCO 2020-2022**

Presidente: Hissa Tavares

Vice-presidente: David Almeida

1º Tesoureiro: Felipe Carvalho

2º Tesoureiro: Cláudio Sérgio

Secretário Geral: Thiago dias

1ª Secretária: Juliana Lucena

2º Secretário: Pedro Yugar

Representantes

Região Norte: André Mont'Alverne

Região Central: Iêda Barreira

Região do Cariri: João Correia Filho





## QUEM É HISSA TAVARES?

Mestre e Doutora em oftalmologia; Preceptora da Residência de Oftalmologia da UFC Universidade Federal do Ceará e do Curso de Especialização em Oftalmologia do Hospital de Olhos Leiria de Andrade (CE).

## SOBRE A SCO

Fundada em 1º de março de 1963, a Sociedade de Oftalmologia do Ceará é filiada à Associação Médica Brasileira através da Associação Médica Cearense, que desempenha um papel fundamental na formação e capacitação dos oftalmologistas com a realização de Congressos, Jornadas, Ação Social em prol da população e a defesa intransigente da classe oftalmológica.



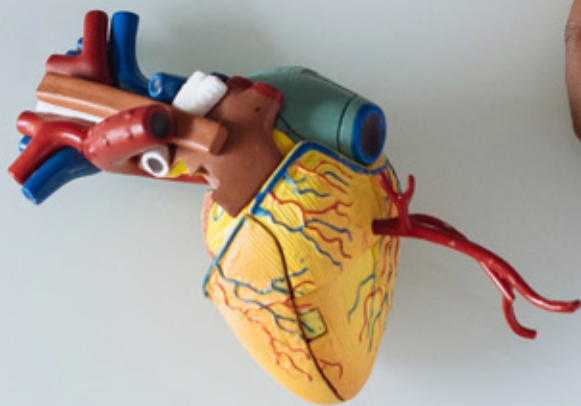
**Informe-se e fortaleça  
a sua carreira**

**Conteúdos  
Exclusivos  
e Validados  
por grandes  
especialistas**

**GRATUITO PELO APP  
ou lista VIP**

[jornaldomedico.com.br/revistadigital](http://jornaldomedico.com.br/revistadigital)

 **Jornaldo 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](mailto:carolinedepaulacparahyba@gmail.com)

# DIREITO MÉDICO

## NA CIRURGIA PLÁSTICA



**E**m homenagem ao dia 07 de dezembro, dia do cirurgião plástico, a temática do presente artigo versa sobre os aspectos jurídicos, especialmente no campo da responsabilidade civil do médico cirurgião plástico.

Neste contexto, no ramo da responsabilidade civil, a cirurgia plástica pode ser dividida em cirurgia plástica estética ou reparadora. Mas o que isto implica para os efeitos jurídicos? Tudo. Entende-se a cirurgia plástica estética como uma obrigação de resultado, ou seja, o cirurgião se compromete com o resultado de melhorar a aparência de determinada região do corpo da paciente que não a agrada por motivos intrínsecos, leia-se, até mesmo, psicológicos. Nestes casos, o posicionamento firmado nos Superiores Tribunais é no sentido de que, por a paciente ter se submetido a uma cirurgia eletiva, encontrando-se saudável no momento da mesma, o cirurgião plástico responde, juridicamente, pelo resultado, e, sendo assim, sua culpa (quando o profissional age com negligência, imprudência ou imperícia) é presumida, bastando a prova que o resultado não foi atingido.

Já quando se trata de uma cirurgia plástica reparadora, a obrigação é de meio, e, em assim sendo, o profissional se compromete a utilizar todos os seus conhecimentos técnicos, a fim de obter o melhor resultado, mas não se responsabiliza

pelo efetivo alcance dele, são os casos, por exemplo, quando o paciente quer retirar o excesso de pele após a perda de muito peso em uma cirurgia bariátrica ou quando a mulher deseja realizar uma mamoplastia redutora para diminuir as dores nas costas ocasionado pelo peso da mama.

Em outras palavras, a cirurgia plástica reparadora tem como fim a correção dos mais diversos tipos de deformidade física congênita (o defeito que nasce com a pessoa) ou traumática, como queimaduras e acidentes, neste tipo de cirurgia plástica, nestes casos, o entendimento dos Superiores Tribunais de Justiça é no sentido de que para ser auferida a responsabilidade do cirurgião plástico, é imperiosa a comprovação não só do resultado, mas que os meios usados tenham sido inadequados, ou, também, que, mesmo adequados, o profissional tenha agido com negligência, imprudência ou imperícia.

Apesar do entendimento firmado nos Tribunais Superiores, no tocante a responsabilidade do cirurgião plástico nas cirurgias estéticas, importante ressaltar que o Conselho Federal de Medicina na Resolução de nº 1.621/2001 já resolveu que o objetivo do ato médico na Cirurgia Plástica como em toda a prática médica constitui obrigação de meio, de forma que busca trazer benefício à saúde do paciente, seja física,



psicológica ou social, e sendo assim, não pode ser considerado uma obrigação de resultado, devendo o médico informar ao paciente, de forma clara, os benefícios e riscos do procedimento, bem como não prometer ou garantir resultados.

Nada obstante a Resolução do Conselho Federal de Medicina, a dúvida que paira entre os cirurgiões plásticos é de como se proteger juridicamente, quando da realização de uma cirurgia plástica estética, uma vez que, nestes casos, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que o médico cirurgião plástico se compromete com o resultado.

Pois bem. Inicialmente, o melhor remédio, sem dúvidas, é a prevenção, com isso, para se prevenir, é de extrema importância que o médico disponha a atenção ao paciente desde do pré até o pós-operatório, especialmente para aprimorar a relação de confiança entre médico/paciente ou se for o caso detectar, ainda no início, os pacientes que estão mal-intencionados.

Ressalta-se ainda a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois além de se tratar de uma relação de consumo, no qual o prestador de serviços possui o dever de informar, sendo tal termo a prova que prestou às informações ao paciente, a falta de esclarecimento prévio é uma das principais razões de insatisfação e causa de litígios.

Aliado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todo e qualquer médico no exercício da profissão, é indispensável que o cirurgião plástico escreva no prontuário, de forma organizada e detalhada, descrevendo todas as informações relativas ao paciente.

Todavia, caso o cirurgião plástico adote toda estas condutas e ainda assim venha o seu paciente a ingressar com uma Ação de indenização alegando erro médico por um mau resultado, o que deve procurar alegar na sua defesa?

Em sua defesa, o médico cirurgião plástico, quando se tratar de cirurgias estéticas, deve buscar as excludentes do nexo de causalidade entre sua conduta e o suposto mau resultado alegado, quais sejam: Culpa exclusiva da vítima, culpa exclusiva de terceiro, caso fortuito e força maior, sendo, segundo o doutrinador Flávio Tartuce, o caso fortuito um evento totalmente imprevisível e a força maior como evento previsível, mas inevitável.

Assim, é oportuno considerar que nem todo "mau resultado" é sinônimo de erro médico. Muitas vezes, o profissional age com todo o cuidado esperado, mas as próprias condições do organismo do paciente resultam em alterações na cicatriz da paciente, como alargamento, cicatriz hipertrófica, quelóide, até mesmo infecção. Estes estão relacionados à qualidade da pele, genética da



paciente e do pós-operatório, não decorrendo do modo como foi realizada a cirurgia, o que configura a álea presente em toda e qualquer intervenção cirúrgica, e imprevisíveis as reações de cada organismo à agressão do ato cirúrgico.

Com efeito, na grande maioria das vezes, o mau resultado que surge, longe de representar erro médico, apenas ratifica a dificuldade e o problemas inerentes às próprias patologias que, independentemente da perícia e da técnica empregada pelo profissional da medicina, podem evoluir de modo insatisfatório, até mesmo nos mais modernos centros de terapia do mundo civilizado.

Desta feita, constata-se que as reações do organismo humano, inerentes a toda intervenção cirúrgica, são extremamente imprevisíveis, ficando sempre dependentes de particularidades próprias do paciente, o que

caracteriza o caso fortuito, já que não tem como o médico cirurgião plástico prever as reações orgânicas de cada paciente, e assim, rompe o nexo causal o que desobriga o dever de indenizar.

Por fim, é indubitável que o entendimento do Superior Tribunal de Justiça deve evoluir na direção de firmar posicionamento que toda e qualquer cirurgia plástica se trata de obrigação de meio, já que deve se considerar, além da saúde física, a saúde psíquica do paciente, porque, entendimento ao contrário, significa deixar de acreditar em casos de depressão e/ou de pacientes com transtornos dismórfico corporal, e sendo assim, ao julgar a obrigação do cirurgião plástico como obrigação de resultado, impõe-se limites a “devaneios” de pacientes com visões distorcidas a respeito da beleza subjetiva, de autoestima e de sua própria imagem. ●



Parceiro autorizado  
Embracon

## PARCERIA EMBRACON

- Segurança
- Taxas atrativas
- Benefícios exclusivos

Jornaldo Médico®

Realize seus sonhos com  
o Consórcio

Contato: Lídia Lisboa

(085) 99709-7002 / 98823-8585

@lidialisboaconsorcios



Consórcio  
**Embracon**  
POSSUIR SEMPRE NÃO TEM LIMITE



**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](mailto:renatoevandom@secrel.com.br)

# DIREITOS DOS MÉDICOS INSTITUTOS ÉTICOS E JURÍDICOS



**C**omo se sabe, diversas são as obrigações que o médico deverá observar no exercício do seu mister. Não obstante, não é corriqueiro que se divulgue, com o mesmo empenho, os direitos que estes profissionais dispõem na execução de suas atividades. De início, é possível dividir a Diceologia Médica (estudo dos Direitos dos esculápios) em 02 grupos: os jurídicos e os Éticos.

No tocante a este último, assume relevo o descrito no Capítulo II do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2018), ao asseverar em onze incisos, que é direito do médico: exercer a Medicina sem ser discriminado por qualquer razão; indicar procedimento cientificamente adequado ao paciente; apontar falhas em práticas das instituições em que trabalhe; recusar-se a exercer sua profissão em instituição, pública ou privada, onde as condições de trabalho não sejam dignas (comunicando sua decisão ao diretor técnico, ao CRM e à Comissão de Ética da instituição); suspender suas atividades quando a instituição onde labora, pública ou privada, não o remunerar digna e justamente (ressalvadas as situações de urgência e emergência); requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão; decidir o tempo a ser dedicado ao paciente, sem permitir que

o acúmulo de encargos ou de consultas venha prejudicar seu trabalho; recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência, dentre outros. Na mesma toada, o médico com deficiência física ou com enfermidade, nos limites de suas capacidades e da segurança dos pacientes, exercerá a profissão sem ser discriminado.

Normas conselhais suplementares também importarão aos direitos dos facultativos. Entre estas, destacamos: parecer 1/2010 do Conselho Federal de Medicina/CFM ao estabelecer que nenhum órgão ou instituição tem competência para determinar o tempo de avaliação médica ou estabelecer o número de atendimentos para qualquer carga horária ou atividade médica; resolução CFM 1.451/95 ao apontar que os estabelecimentos de Prontos Socorros, públicos e privados, deverão ser adequadamente estruturados para prestar atendimento; resolução CFM 1.642/02 aplicável as empresas que atuam sob a forma direta ou intermediação de serviços médicos e que devem respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições. Somam-se, ainda, as condutas frente ao aborto legal com objeção de consciência, a transfusão de sangue em face da religião do médico e as isenções de pagamento da anuidade ►

junto ao CRM nas hipóteses do médico maior de 70 anos ou os que estiverem exercendo a Medicina exclusivamente na condição de médico militar, ou seja, que não estejam desenvolvendo qualquer atividade médica na área civil.

De isonômica relevância, a legislação comum prevê diversos dispositivos de interesse diceológico. De início, destaca-se a denominada “Lei do Ato Médico” (Lei 12.842/2013). Desta norma salientamos as atividades privativas do médico, é dizer, a que somente o profissional de Medicina tem o Direito de exercer. Em síntese: indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré/pós-operatórios; indicação/execução de procedimentos invasivos - sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias (entende-se como invasivos os que atingem órgãos internos); intubação traqueal; coordenação da estratégia de ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal; execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral; emissão de laudo dos exames endoscópicos/imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos; indicação de internação/alta médica nos serviços de atenção à saúde; realização de perícia médica e exames médico-legais;

atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas; atestação do óbito (exceto em casos de morte natural em localidade que não haja médico); perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas às atividades privativas de médico; ensino de conteúdos especificamente médicos; coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Oportuno destacar o disciplinado na “Carta da República” - a Constituição Federal (CF) – ao mencionar a excepcional possibilidade de acúmulo de cargos públicos aplicáveis ao médico. É dizer, nos termos do art. 37, XVI da CF; é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, havendo compatibilidade de horários: a de dois cargos de professor (o médico poderá dispor de 02 empregos como docente em instituições públicas); de um cargo de professor com outro científico (o médico poderá cumular um emprego público para exercício da assistência/perícia médica e um outro como docente) ou, ainda, poderá acumular 02 empregos públicos no exercício da Medicina assistencial/pericial. Naturalmente, em cada cargo público que exercer aplicar-se-ão as garantias laborais relacionadas a situações de insalubridade, periculosidade, estabilidade, licenças, férias e descanso ►



semanal remunerados, auxílio funeral, dentre outros.

Notoriamente de relevo a situação do médico empregado, com o necessário registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Entre as atividades e garantias trabalhistas sobressaem-se: direito a repouso e intervalos, remuneração de horas extras e plantões, gratificações em situações de risco, licença-maternidade e estabilidade da médica gestante, licença-paternidade e licença adoção, estabilidade por acidente de trabalho ou doença ocupacional, aviso-prévio e plantões pré-agendados, formato diferenciado do exercício do direito

de greve, observação as convenções coletivas de trabalho, hipóteses de aposentadoria especial, além dos direitos no momento da possível demissão (por solicitação ou pelo empregador). Oportuno destacar a vigente lei 3.999/1961, que altera o salário-mínimo dos médicos.

Pelo exposto, é possível perceber que, a exemplo do "Sistema de freios e contrapesos" (checks and balance) proposto pelo filósofo francês Montesquieu; obrigações e direitos devem incidir sobre a atividade médica de forma equalizada e justa a fim de que o profissional possa exercer sua atividade com zelo, boa técnica e Ética.●



**AUTOR: DR. BRUNO NAVES**

*Presidente Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular*

# ATIVIDADE FÍSICA

## e saúde do corpo e da mente



**R**ecentemente em uma publicação da revista Veja li um artigo realizado pela USP, que dizia que atividade física regular diminui a possibilidade de internação em casos de Covid em 34%. Não me surpreende. Atividade física é vida. Melhora o bem estar físico e mental.

Acho que uma mensagem que ficou bem clara nessa pandemia é que conseguimos viver sem viagens, restaurantes lojas e shopping, mas não vivemos sem saúde. Para nós da área de saúde isso sempre foi muito claro, mas as vezes esquecemos de agir conforme as informações que temos.

Muito se fala em grupos de risco para Covid. Na verdade, fumantes, sedentários, obesos, diabéticos descompensados, hipertensos mal conduzidos são grupo de risco para adversidades, como Zica, dengue, apendiciteou qualquer enfermidade inclusive Covid. Sempre foram. O termo ficou conhecido agora, mas no meio médico já sabemos e utilizamos de longa data.

Se conseguirmos ao sair desta pandemia divulgar ainda mais o conceito que saúde é uma questão de atitude e que todos devemos cuidar, já teremos uma boa lição deste ano diferente. Trocar a farmácia pela academia.

Sempre motivo meus pacientes a manter um peso equilibrado, uma

alimentação saudável, que tenham um boa noite de sono, a lidar bem com estresse, meditar, não falar mal de ninguém, saber perdoar e fazer atividade física aeróbica e resistida, pelo menos 30 minutos, 30 dias por mês.

Muitos me questionam por que todos os dias? Eu respondo que todos os dias a gente, toma banho, escova os dentes, se alimenta, se cuida, porque não fazer atividade física diariamente. E para aqueles que dizem que não tem tempo, eu argumento que tempo é uma questão de prioridade, se você não tem 30 minutos no dia para cuidar do que tem de mais importante, a saúde, sua vida está desorganizada e pode melhorar.

Acho que após este tempo inusitado de pandemia que vivemos vai ficar mais fácil convencer os nossos pacientes a cuidarem bem da saúde.

Por fim, gostaria de deixar uma pergunta aos colegas, leitores do jornal do médico: E os senhores caros colegas, tem feito seu “para casa” e estão cuidando bem de sua saúde física e mental, com regularidade e devida prioridade? Espero que sim.

Um fraterno abraço, um Feliz Natal e um Ano Novo com muita saúde e vacinas. Bruno Naves. Médico que ama o que faz.





**AUTORA: DRA. MICHELLY WADA MONTEIRO**

Médica | Especialização em Anestesiologia

CRM/RJ 862088 RQE N°: 31342

E-mail: [medicosatletas@gmail.com](mailto:medicosatletas@gmail.com)

@medicosatletas

Parceria: [vitallogy.com](http://vitallogy.com)



# ANÁLISE DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

REALIZADA  
POR MÉDICOS  
BRASILEIROS E  
OS IMPACTOS DA  
PANDEMIA CAUSADA  
PELA COVID-19



**S**egundo um estudo publicado em 2018 na revista Lancet, que avaliou padrões de atividade física em 358 populações de diferentes países ao longo de 2001-2016, 47% dos adultos brasileiros não seguem os padrões de atividade física recomendados pela OMS para manter um bom estado de saúde. E isso se torna preocupante quando notamos nesse estudo que o Brasil está entre os países com maiores taxas de sedentarismo no mundo.

Os médicos, independente da especialidade, tem papel fundamental no combate ao sedentarismo, pois estão no comando do plano de cuidados e na elaboração de estratégias de prevenção e tratamento de doenças crônicas relacionadas ao comportamento sedentário.

Como os hábitos de saúde dos médicos tem papel importante como argumento de autoridade para as recomendações de mudanças de estilo de vida, montamos um estudo para avaliar os padrões de atividade física entre médicos brasileiros, com base em um questionário com perguntas sobre frequência da prática de exercícios físicos, tipo de exercício praticado, intensidade e outras perguntas que vão comparar qual impacto da pandemia de COVID-19 nesses padrões de atividade pré-estabelecidos.



Nosso estudo é parte do projeto “Exercício é remédio” (@exercicioeremedio), ligado ao “American College of Sports Medicine”, em parceria com o Movimento Médicos Atletas (@medicosatletas) sob coordenação da fundadora Dra Michelly Wada Monteiro e da diretora científica Dra. Valeska Beatrice Ferreira, sob orientação do Dr. Paulo Kertzman.

Em breve publicaremos nossos resultados parciais. Não deixem de acompanhar na nossa página do Clube Científico do Movimento Médicos Atletas!

**Fonte:**

Lobelo, F., Duperly, J., & Frank, E. (2008). Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *British Journal of Sports Medicine*, 43(2), 89–92. doi:10.1136/bjism.2008.055426

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19019898/>



**AUTORA: DRA. JORGIANE SILVA DO NASCIMENTO**

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

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

*CRN 6 21159*

*[jorgysilva9@gmail.com](mailto:jorgysilva9@gmail.com)*

# ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA O HIV



**A**IDS é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus HIV, o qual afeta a função e os números de linfócitos T e CD4 +, tendo como característica mais marcante à alteração imunológica. E destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes, pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações do mundo todo, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral. É uma doença degenerativa, crônica e de caráter progressivo.

A epidemia de infecção pelo HIV é hoje, no Brasil um fenômeno de grande magnitude e extensão. O aumento é crescente entre os jovens, mulheres, idosos. Os maus hábitos alimentares do paciente com HIV/AIDS, muitas vezes apresentam os perfis lipídicos alterados como colesterol, triglicérides, mas também pode ser causado pelo efeito colateral dos medicamentos do tratamento.

A nutrição tem alcançado nos últimos anos o reconhecimento mundial por enfatizar a importância da alimentação saudável na promoção da saúde das populações, mostrando fornecer subsídios para o planejamento estratégico da alimentação e a utilização dos alimentos adequados promovendo a saúde, reduzindo o risco de agravos

e buscando a melhoria do estado nutricional.

### **Fatores de risco que influenciam as condições de alimentação / nutrição do indivíduo com AIDS:**

- Social: Escolaridade;
- Condições de habitação: número de moradores do domicílio, preparo e local da alimentação;
- Econômico: Trabalho, renda e acesso a alimentos.
- Cultural: Religião, hábitos/tabus
- Antecedentes familiares: Patologias.
- Patologias prevalentes: Tuberculose, infecções oportunistas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis.

### **Medicamentos em uso:**

- ARV, anti-tuberculostáticos, medicamentos para infecções oportunistas, suplementos e/ou vitaminas, outros medicamentos, interação drogas x nutrientes, interação com outros medicamentos, adesão.
- Capacidade Funcional: Locomoção, visão, audição, necessidades e disponibilidade de cuidado.
- **Uso de drogas: Álcool, fumo, não lícitas.**
- Condição emocional Distúrbios emocionais (depressão, ansiedade, compulsão, anorexia), aceitação da soropositividade, abertura do ▶

diagnóstico no ambiente social e familiar.

- Condições do aparelho digestivo: Boca, mastigação, deglutição, náuseas/vômitos, diarreia, excreção.

A deficiência de vitaminas e minerais envolvidos no sistema imunológico podem exacerbar a síndrome. Assim sendo atenção especial deve ser dada as vitaminas A, B, C, E, B12; bem como os minerais zinco, selênio, ferro e ácido fólico. Pois deveriam ser monitorados, muitos dos medicamentos usados na terapia clínica da AIDS, através de mecanismos diversos, conduzem à anemia.

A mudança de hábitos alimentar e estilo de vida saudável é uma corresponsabilidade do paciente que estão ao seu alcance, basta o mesmo procurar seguir as orientações médicas e nutricionais prescritas para obter sucesso ao tratamento.

### **As metas de intervenção nutricional são as seguintes:**

- Manter o peso corporal adequado para faixa etária ou o mais próximo da normalidade;
- Preservar ou manter a massa muscular;
- Prevenir as deficiências ou excessos de nutrientes que sabidamente comprometem a função imunológica;
- Tratar ou minimizar as complicações relacionadas ao HIV que interferem na ingestão ou

absorção de nutrientes;

- Corrigir anormalidades metabólicas;
- Apoiar os níveis de drogas terapêuticas.
- Procurar ingerir os alimentos integrais, legumes, frutas e verduras;
- Evitar alimentos industrializados, processados,ultraprocessados. Pois os mesmos possuem alto teor de gordura saturada e sódio. Contribuindo para o aumento de peso e das doenças crônicas não transmissíveis;
- Ingerir muita água para hidratar o organismo;
- Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas;
- Ter uma boa qualidade de sono;
- Praticar uma atividade física regularmente.

### **No caso de os pacientes apresentarem náuseas e vômitos o que deverão fazer?**

- Não deixar de comer, porque o estômago estando vazio poderá piorar as náuseas;
- Fazer pequenas refeições e se possível de 3 em 3 horas;
- Se acordar com náusea e/ou vômito, comer alimentos secos como: biscoito de água e sal e torradas;
- Não beber líquidos ao mesmo tempo em que estiver comendo. Beber líquidos meia hora antes ou meia hora após as refeições;
- Evitar alimentos gordurosos ▶



- (inclusive frituras), condimentos, doces, bebidas gaseificadas;
- Conversar com o médico a respeito das náuseas e vômitos que poderão ser controlados através de medicação.

### **No caso do paciente com HIV/AIDS apresentar falta de apetite (inapetência) e perda de peso?**

- É importante alimentar-se mesmo sem apetite;  
Modificar o tempero, a consistência da comida.  
Acrescentando as ervas naturais aromáticas como: alecrim, tomilho, louro, manjerição, cominho, salsinha, cúrcuma, para que fique mais saborosa e apetitosa;
- Adicionar aos alimentos leite, mel, xarope de groselha, geleia (SOMENTE PARA OS PACIENTES NÃO DIABÉTICOS), queijo ralado;
- Caso não tenha vontade de comer uma das refeições, substituí-la por suco, vitaminas, sopa ou salada de fruta;
- Ter sempre algum alimento disponível para quando sentir fome (fruta, biscoito integral ou uma barrinha de cereal integral ou oleaginosas).

Quando o paciente com HIV/AIDS apresentar feridas na boca e /ou dor ao deglutir (engolir)?

- Evitar alimentos ácidos, muito condimentados, muito quentes;
- Possuir uma dieta branda ou pastosa ou líquida para facilitar

- a mastigação e deglutição e caso seja necessário pedir ao médico um creme anestésico;
- Preferir os alimentos frios e à temperatura ambiente.

Uma nutrição adequada e equilibrada são elementos essenciais para um sistema imunológico saudável. No entanto, um indivíduo com HIV/AIDS pode ter dificuldades em conseguir uma boa nutrição por um conjunto de razões. Tanto pelo próprio vírus HIV, medicamentos utilizados para combatê-lo podem causar uma multiplicidade de problemas que em última instância afetam a saúde nutricional. Também tem a questão social, econômico e etc. ●



**AUTOR: DR. DYLVARDO COSTA LIMA**

Pneumologista, CREMEC 3886 RQE 8927

@dylvardo

dylvardofilho@hotmail.com

# HAMARTOMA PULMONAR

## ARTIGO DE REVISÃO

### DEFINIÇÃO

Lesão descrita pela primeira vez pelo patologista alemão Eugen Albrecht em 1904, os hamartomas são geralmente tumores benignos que podem ocorrer nos pulmões, pele, coração, mama e outras regiões do corpo. A palavra hamartoma deriva de “hamartia”, a palavra grega para “errôneo” ou “defeituoso”. A composição celular de um hamartoma é a de uma mistura anormal de componentes de tecido comuns no órgão de origem, embora a arquitetura do órgão geralmente não seja preservada dentro da lesão.

Os hamartomas pulmonares podem, portanto, ser vistos como

malformações benignas do tecido pulmonar comum, incluindo cartilagem, epitélio, gordura ou músculo. São as neoplasias pulmonares benignas mais comuns em adultos. No entanto, eles são muito mais raros em crianças. Essas lesões geralmente estão localizadas no parênquima periférico, mas, em casos raros, estão presentes na parede torácica central. As lesões tendem a crescer na mesma proporção que o tecido circundante. Portanto, a erosão por pressão neoplásica de estruturas adjacentes normalmente não é observada.

### ETIOLOGIA

Historicamente, nenhum fator

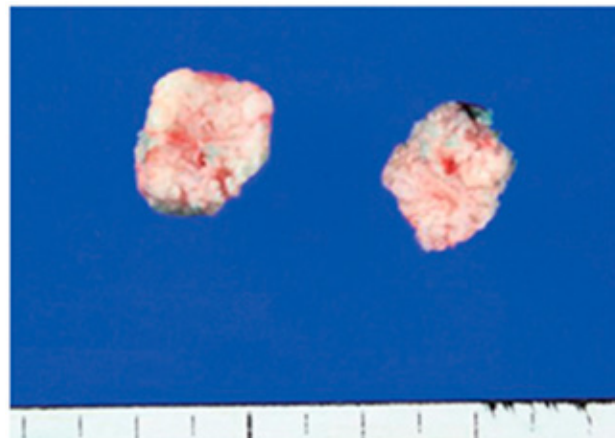
de risco específico foi identificado para hamartoma pulmonar. Ocasionalmente, uma relação entre lesões que sofreram transformação sarcomatosa e alterações genômicas específicas foi descrita, mas atualmente não há diretrizes de triagem elaboradas especificamente para o diagnóstico precoce de hamartoma pulmonar.

## EPIDEMIOLOGIA

Os hamartomas pulmonares ocorrem com uma incidência de 0,025 a 0,032% na população adulta. Eles geralmente se manifestam na quinta e sexta década de vida, com os homens sendo quatro vezes mais propensos a serem afetados do que as mulheres. Embora ainda sejam uma ocorrência incomum, essas lesões são as neoplasias pulmonares benignas mais comuns, sendo responsáveis por cerca de 77% dos nódulos pulmonares benignos e 8% das lesões pulmonares solitárias. A maioria dos hamartomas ocorre no parênquima periférico, com exceções observadas na parede torácica central. Além disso, aproximadamente 10% das lesões apresentam-se endobrônquicamente. Na população pediátrica, os hamartomas pulmonares são significativamente mais raros.

## HISTOPATOLOGIA

Também conhecido como hamartoma condroide, a composição



**Histopatológico mostra nódulos brilhantes de cartilagem separados por fendas.**

histológica desses tumores é uma mistura de tecido mesenquimal maduro, como tecido adiposo, cartilagem, osso ou feixes de músculo liso e tecido fibromixóide, com proporções variáveis de cada componente. São lesões nodulares não invasivas, de crescimento lento, às vezes exibindo espaços semelhantes a fendas, revestidos por epitélio respiratório.

## HISTÓRIA E EXAME FÍSICO

Em adultos, a maioria dos hamartomas parenquimatosos não produz sintomas, sendo frequentemente achados acidentais. Dependendo da localização e do tamanho da lesão, no entanto, os pacientes ainda podem desenvolver uma série de queixas, incluindo tosse ou sibilância persistente, dispneia, hemoptise, roncosp, maior probabilidade de pneumonia,

atelectasia ou mesmo pneumotórax. Além disso, as massas endobrônquicas representam o perigo de obstrução das vias aéreas. Hamartomas que se tornaram sintomáticos requerem uma abordagem diagnóstica completa e a ressecção cirúrgica pode se tornar necessária.

## AVALIAÇÃO

Os hamartomas costumam ser achados incidentais em exames de imagem e podem mimetizar malignidades pulmonares. Uma vez encontrado, ou no caso de hamartoma assintomático, existem várias estratégias de diagnóstico disponíveis para determinar a natureza da lesão. Na imagem, por exemplo, radiografia de tórax ou tomografia computadorizada, as massas se apresentam em forma de moeda e solitárias, com bordas bem definidas, geralmente medindo menos de 4 cm de diâmetro. A calcificação está presente em 25% a 30% dos pacientes. A aparência de "pipoca" ou "em forma de vírgula" da calcificação é patognomônica para hamartomas.

Embora a TC continue sendo o padrão-ouro, outras medidas diagnósticas podem se tornar necessárias. A varredura com FDG-PET pode ser útil para determinar a taxa de captação de FDG e, portanto, a taxa metabólica de lesões com risco indeterminado de malignidade.

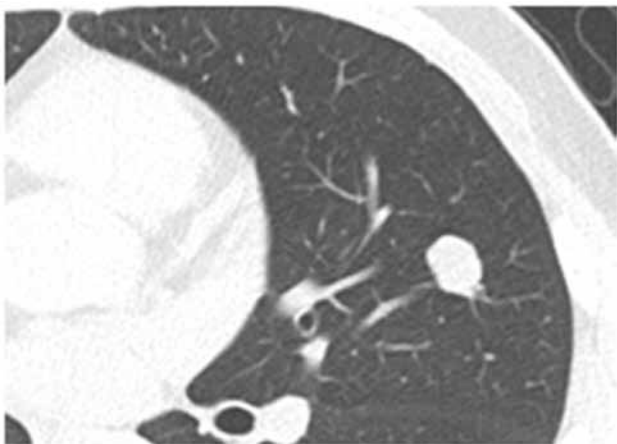
Especialmente no caso de lesões com componente adiposo ausente ou sem o padrão característico de calcificação, a biópsia torna-se obrigatória para descartar malignidade subjacente. A broncoscopia com aspiração por agulha fina (PAAF) é comumente a estratégia de escolha, embora as aspirações possam ser escassas devido à densidade das lesões.

Massas com aparência típica de moeda que preenchem os critérios da TC para hamartoma (menos de 4 cm de tamanho, bordas bem definidas, calcificação detectável ou componente gorduroso) devem permanecer sujeitas



**Radiografia de tórax mostrando um nódulo solitário em formato de moeda sobre o lobo superior esquerdo.** ▶





**TC mostra um nódulo de 13 mm com uma margem lobulada no lobo superior esquerdo**

ao acompanhamento conservador com observação periódica. A ressecção é reservada para massas de crescimento rápido ou sintomáticas ou aquelas nas quais a possibilidade de malignidade não pode ser excluída.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

A consideração mais significativa ao encontrar uma possível lesão hamartomatosa deve ir para distinguir a lesão e excluir a possibilidade de malignidade subjacente. Após a exclusão da malignidade, outros tumores pulmonares benignos devem ser considerados ao se deliberar sobre a natureza de um nódulo pulmonar solitário, incluindo granuloma infeccioso, lipoma, pneumonia lipoide ou papiloma pulmonar. Além disso, embora 90% sejam ocorrências solitárias, os hamartomas pulmonares também podem aparecer associados a síndromes genéticas. Vários hamartomascondromatosos

pulmonares foram observados como manifestações da tríade de Carney ou da síndrome de Cowden. O primeiro é observado predominantemente em mulheres jovens e caracterizado pelo aparecimento simultâneo de leiomioblastoma gástrico, hamartoma pulmonar e paragangliomaextra-adrenal. Pacientes com doença de Cowden geralmente apresentam vários hamartomas, manifestando-se como lesões mucocutâneas, vários tumores benignos de órgãos internos e um risco aumentado de várias formas de câncer, incluindo malignidades da mama e do trato digestivo.

### **TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO**

A cirurgia continua sendo a única opção curativa definitiva disponível. No caso de cirurgia, a preservação do tecido pulmonar funcional é o objetivo principal. Portanto, enucleação e ressecções em cunha são a escolha cirúrgica mais comum, com lobectomia mais radical ou pneumonectomia total reservada para lesões particularmente profundas, lesões múltiplas ou grandes que estão impossibilitando a ressecção em cunha ou lesões aderindo severamente ao hilo do pulmão. Para evitar ignorar o potencial maligno subjacente, a obtenção de seções congeladas intraoperatórias geralmente é recomendada.



## PROGNÓSTICO

O prognóstico para pacientes com hamartoma pulmonar geralmente é excelente. As lesões têm crescimento lento e, nos casos em que os sintomas estão presentes e persistentes, a cirurgia é curativa. Transformação maligna ou malignidade subsequente são ocorrências raras e, se os pacientes aderirem a um esquema de observação conservador, provavelmente serão diagnosticados precocemente.

## COMPLICAÇÕES

Além da possibilidade de obstrução das vias aéreas, com subsequente atelectasia ou pneumonia recorrente, hamartomas pulmonares, em casos raros, têm potencial para transformação sarcomatosa. Os sinais comuns de alteração maligna são o rápido crescimento da lesão e sintomas sistêmicos como perda de peso, fraqueza ou fadiga. Histologicamente, essa alteração maligna pode nem sempre ser aparente, porém sinais macroscópicos, como invasão de tecido adjacente ou metástases à distância, podem estar presentes.

Em alguns casos, foi observada uma possível relação entre a presença de anormalidades genômicas de 12q14 e 6q21, codificando o grupo de alta mobilidade A (HMGA), e a ocorrência de hamartoma pulmonar. Além disso, foi relatado que as taxas de incidência de câncer de pulmão são seis vezes mais

altas em pacientes com hamartomas pulmonares do que em indivíduos saudáveis, tornando a predisposição genética para alteração maligna ou desenvolvimento subsequente de malignidade uma possibilidade.

## OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

Não há fatores de risco associados ao desenvolvimento de hamartomas pulmonares, nem diretrizes de rastreamento definidas, considerando o caráter predominantemente esporádico das lesões. Considerando o risco, embora pequeno, de alteração maligna e desenvolvimento de malignidade subsequente, os pacientes devem ser orientados a aderir a um cronograma de observação conservadora na forma de imagens periódicas e comparação com resultados anteriores.

Como sempre existe a possibilidade de malignidade, esses pacientes devem ser encaminhados a uma equipe interprofissional que inclui oncologista, cirurgião torácico, radiologista e pneumologista. Se a observação for considerada um plano de tratamento, a faceta mais importante é garantir que a lesão não seja maligna. Por mais habilidoso técnico que seja o radiologista na interpretação das lesões pulmonares, o diagnóstico definitivo só é possível com uma biópsia. Se a observação for o curso escolhido, tomografias seriadas são recomendadas para garantir que a lesão não esteja crescendo.

# ***Ainda não tem o App Jornal do Médico?***

*Baixe agora na Apple Store ou Google Play para ter  
conteúdos exclusivos sobre Direito Médico, Atualizações  
e muito mais com grandes especialistas em saúde!*



Aplicativo Jornal do Médico.  
**Conteúdos Exclusivos**  
com grandes especialistas!



[www.jornaldomedico.com.br](http://www.jornaldomedico.com.br)

Jornal do Médico



**AUTOR: DR. SAMIR GABRIEL VASCONCELOS AZEVEDO**

*Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva (UECE)*

 E-mail: [samirueva@gmail.com](mailto:samirueva@gmail.com)

# O IDOSO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES



**A** população idosa tem demandado aos sistemas de saúde universais uma assistência diferenciada e específica. Isso porque o envelhecimento é diferente para cada tipo de pessoa e envolve uma combinação de fatores desde características peculiares do próprio envelhecimento até questões sociais, além de que países, inclusive o Brasil, estão envelhecendo rápido. ▶



Com isso, os desafios aos sistemas de saúde mundiais são maiores uma vez que a população está envelhecendo, e esse envelhecer, por vezes, traz consigo comorbidades que exigem um pensar mais abrangente dos profissionais da saúde visto que ter uma longevidade saudável requer uma abordagem integral do cuidado ao idoso, além de políticas públicas envolvendo diferentes setores da sociedade que permitam as pessoas, ainda que durante jovens, de envelhecer com condições dignas de acesso a saúde, educação, moradia e lazer.

Nesse sentido, os estudos de vulnerabilidade em saúde têm contribuído para essa parte da população no sentido de trazer evidências para o um cuidado mais voltado a seara de questões sociais que permeiam a vida de idosos que se encontram em cenários desfavoráveis que não permitem desfrutar o envelhecer com qualidade. Dessa forma, o enfoque dado à vulnerabilidade no contexto da atenção ao idoso se justifica pela possibilidade de minimizá-la com medidas mais assertivas por meio de práticas promotoras do envelhecimento saudável.

Confundida com o risco, precariedade, suscetibilidade e até mesmo como probabilidade de um sujeito vir a desenvolver ou ter complicações quando há outras

condições crônicas e agudas de saúde, a vulnerabilidade em saúde, na verdade, não é sinônimo destas. Não existe relação de causa e efeito quando se trata desse tema. Vimos isso na atual pandemia.

A pandemia da COVID-19 acentuou, em contexto mundial, discussões voltadas para o campo da vulnerabilidade em saúde, que é contextualizada como uma relação constante entre pessoas e o meio social na qual vivem, apresenta dimensões individuais, sociais e programáticas a depender do referencial teórico que você busque ler. A dimensão individual representa aspectos inerentes às pessoas. A social diz respeito a forma que o território contribui para ajudar pessoas e a programática reflete como os serviços de saúde interferem no processo de adoecimento, cura ou reabilitação de uma condição de saúde. Esses, são aspectos interdependentes e surgem quando pessoas ou grupos são expostos a fatores que em algum grau modificam o processo saúde-doença. Com isso, o conhecimento sobre vulnerabilidade em saúde é essencial para o enfrentamento da COVID-19, uma vez que pode agravar, por questões inerentes à aspectos individuais, a doença.

Há publicações científicas de âmbito interdisciplinar sobre a vulnerabilidade em saúde em diversos contextos de ciclos de vida e níveis de saúde, mas poucos envolvendo o impacto causado ►

pela pandemia em idosos. Diante dos aspectos relacionados à mortalidade e fatores de risco da COVID-19, os idosos tornaram-se o foco das discussões. Durante a pandemia, instituições e governos tomaram uma série de medidas com o intuito de diminuir a propagação do vírus, como isolamento e distanciamento social.

Tais medidas acarretaram problemas, principalmente os relacionados à saúde mental em os idosos visto que muitos se sentem “abandonados”. Além disso, os arranjos familiares são vistos com mais atenção nesse período, visto que há idosos que cuidam de outros idosos, que moram sozinhos ou que vivem em Instituições de Longa Permanência. O isolamento ou distanciamento social destes indivíduos podem provocar perdas cognitivas e motoras graves.

Problemas relacionados a saúde mental, perdas cognitivas e motoras graves são de extrema pertinência quando pensamos em autonomia e dependência das pessoas idosas. Quaisquer fragilidades desses aspectos resultam em perdas irreparáveis na vida de uma idoso. Com isso, as situações de vulnerabilidade em saúde da pessoa idosa, tanto com “poderes” agenciadores ou fragilizadores, permitem visualizar na prática elementos que podem ser enfrentados juntos à doença propriamente dita, bem como em nível de sociedade.

Por serem considerados indivíduos que podem estar em situação de vulnerabilidade (erroneamente colocados como população vulnerável), a cultura familiar, a situação socioeconômica, a violência, o acesso aos direitos fundamentais, redes e suporte social, o gênero, crenças, valores, relações interpessoais, relações profissionais, comportamento, liberdade de pensamento e expressão e até mesmo aspectos programáticos da saúde caracterizam situações de vulnerabilidade em saúde que podem ser fatores que ajudam a agenciar ou potencializar esse contexto.

Observa-se que há uma relação importante entre os elementos da vulnerabilidade a vida de idosos, não por serem vulneráveis, mas por causa das próprias caracterizações dos conceitos e subconceitos que se cruzam no contexto de vida e vulnerabilidade.

Quando discutidos, as análises desses conceitos trazem levantamentos sociais muito importantes que ajudam no entendimento das necessidades de saúde que as pessoas idosas demandam, em diferentes níveis de saúde, especialmente quando são tratadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Além de que rompe com os estigmas e paradigmas que limitam tanto a sociedade, profissionais da saúde e gestores em estereotipar esse público levando a fazerem ações centrada em modelos biomédicos, ▶

que não condizem com o modelo de atenção que se tem hoje no Brasil e relatado mundialmente como positivo.

Diante disso, o olhar mais crítico para as questões que envolvem vulnerabilidade em saúde deve ser aprimorado, específico, reflexivo para entender como esta vai refletir no cuidado aos idosos como forma de potencializar o cuidado da equipe multidisciplinar para esses sujeitos. Trazer esses itens é crucial para que a vulnerabilidade não seja apenas mais um “problema” a ser resolvido na vida do idoso.

Não há como resolver definitivamente a vulnerabilidade nas nossas vidas, da mesma forma acontece com a pessoa idosa. Ser humano é estar susceptível a entrar em contextos que irão trazer a vulnerabilidade em saúde ora ou outra, e nessas relações de poder, como é sempre na sociedade, cabe conseguirmos agenciarmos, ou caso-contrário a vulnerabilidade em saúde se potencializa, tanto em aspectos individuais, sociais ou que se dizem respeito aos serviços de saúde em relação ao idoso.

Adotar como base a vulnerabilidade em saúde para discutir sobre os cuidados em saúde traz de certa forma inovação quando pensamos em ações, programas e políticas de saúde onde se almeja a transformação da sociedade e a realização de uma

análise dos determinantes de saúde, principalmente agora na pandemia quando vimos escancaradamente as desigualdades exacerbadas no Brasil. Isso é preocupante quando colocamos a luz questões socioeconômicas de idosos.

Assim, com as perspectivas de uma vacinação em massa, o olhar ao idoso em situação de vulnerabilidade em saúde não deve parar. A pandemia ainda não acabou e levantou inquietações que, inclusive, ajudaram a criar intervenções em saúde que, apesar de limitações, fizeram diferença na vida de idosos em situação de vulnerabilidade no contexto da COVID-19.

As possibilidades criadas para ajudar no enfrentamento longe de familiares deu-se da necessidade de mostrar que o cuidado pode se tornar eficaz mesmo de longe. Que o enfrentamento à condição estabelecida, como na COVID-19, trouxe a vulnerabilidade em saúde em seus mais diversos contextos, tanto em casa, como nos serviços e que nenhum profissional da saúde deixou de ser humanizado quando levou questões por meio de redes sociais como facebook, compartilhando informações certas e com evidência científica e divulgando suas pesquisas via o aplicativo de mensagens whatsapp.

Outras intervenções nesse contexto que ajudaram a agenciar



a vulnerabilidade em saúde foram encontros virtuais que promoviam discussões do combate ao Sars-Cov-2. Encontros rápidos, mas que foram essenciais para propagar conhecimentos básicos de como se prevenir durante a pandemia que refletem diretamente nas condições de vulnerabilidade individual, por exemplo.

Mas, deve-se reconhecer que nem todos os idosos tiveram acesso. O Brasil ainda não é desenvolvido e as oportunidades não são distribuídas de forma igual para todos. Como já disse antes, o escancarar da desigualdade só mostrou que a vulnerabilidade em saúde está presente no dia-a-dia de idosos, mas a mídia e a ciência começaram a enxergar, de fato, que isso já existia apenas o contexto que mudou.

A vulnerabilidade em saúde, apesar de ter seu sentido negativo já ressignificado para um conceito que leve a promoção da saúde, nos faz pensar como nossas práticas ainda não estão centradas no sujeito. Vemos isso quando buscamos, por exemplo, encontrar respostas a demandas sociais que um estudo clínico talvez não responda. Só daí então partimos para a saúde coletiva, ciências sociais e humanas que dão significado para números que, muitas vezes, viram estatísticas, quando na verdade ali tem uma pessoa idosa por trás do dado coletado.

A estatística informa, mas esconde o nome do idoso negro, da periferia,

que mora sozinho ou que se encontram em situação de rua, que passou a vida se escondendo por ser da comunidade LGBTQIA+, que sofre violência, que tem acesso limitado à saúde, que passa fome, que sofre racismo, que tem seus direitos negados, que tem suas vozes caladas por pensarem que ali não há mais nada para opinar, que tem a vida condicionada a lutas diárias para (sobre)viver. Todas essas questões são pertinentes à vulnerabilidade em saúde que é um conceito complexo, que envolve relações, e por isso é tão presente em contextos do envelhecimento.

Com base nisso, para enfrentar adequadamente as vulnerabilidades as quais os idosos estão sujeitos, os profissionais da saúde que atuam nos serviços precisam ser capazes de analisar criticamente tal conceito e identificar entre os idosos aqueles que podem estar em situação de vulnerabilidade em saúde em diferentes situações presentes que podem interferir no processo saúde-doença.

A discussão sobre a vulnerabilidade em saúde (individual, social e programática) tem gerado reflexões novas e em construção dentro dos serviços de saúde. Com isso, deve-se perceber o idoso como um sujeito inserido em um meio social que estará em constante relação de poder com outras pessoas e com os próprios serviços de saúde onde a identificação da vulnerabilidade pode ajudar a



quebrar ciclos que enfraquecem o cuidado ao idoso.

A reflexão sobre como a vulnerabilidade em saúde foi vista nesse contexto atual de pandemia da COVID-19 tem que gerar olhares sobre o potencial da promoção da saúde no conceito de vulnerabilidade. O debate sobre as nuances e sentimentos atribuídos a vulnerabilidade não apenas no campo da saúde, mas em meio a circunstâncias interdisciplinares não se esgota aqui. O conceito cada vez mais é campo de reflexões importante na saúde coletiva e oportunos quando trabalhado em seu sentido mais profundo.

Desta maneira, é importante considerar a consciência, preparo e o compromisso profissional e institucional para um cuidado ampliado ao idoso, reconhecendo aspectos individuais e coletivos da população em questão visando à promoção de saúde de forma ampliada e contextualizada.

A vulnerabilidade em saúde é um conceito que amplia a compreensão de agravos à saúde e ações para intervir pois busca sintetizar contextos de realidades específicas, nas diversas caracterizações do fenômeno, e que além disso é uma ferramenta para definir estratégias de promoção da saúde, sobretudo na população idosa.

Por fim, cabe-me aqui trazer um ponto de reflexão das minhas leituras

acerca da vulnerabilidade em saúde e da pessoa idosa. O intuito é fazer refletir sobre o momento atual. O idoso é um ser vulnerável em seu sentido mais amplo no campo da saúde, ou apenas condicionamos a essa população limitantes que talvez não existem para nos abstermos da nossa culpa de um cuidado fragilizado?

Acredito veemente que o idoso é um ser capaz. Capaz de muitas coisas. Capaz de tudo. O traço da vulnerabilidade é uma questão inerente ao viver. Torná-lo objeto puramente condicionado a vulnerabilidade em saúde é um erro que eu, quando estiver mais velho, não gostaria de estar associado por simplesmente ter limitações. Mas, ao mesmo tempo, acredito que a vulnerabilidade em saúde é um caminho que trará possibilidades e resultados muito importantes quando se tratando de aspectos do envelhecimento.

Ademais, gostaria de destacar aqui que o campo da saúde não é único e exclusivo quando tratamos de vulnerabilidade. A filosofia, a bioética e o direito, por exemplo são áreas que também abordam e discutem sobre esse tema. Mas não é meu local de fala argumentar sobre os aspectos que tangem a cada uma dessas áreas. Mas é de extrema importância que essas discussões sejam feitas interdisciplinarmente para seguir com melhorias que realmente impactem em cuidado eficiente para pessoas idosas. ●



**AUTORA: CIBELE ALVES DE CARVALHO**

*Diretora de Defesa Profissional do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem*

# DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

SEGURO E SEM  
RISCOS PRECISA SER  
FEITO POR MÉDICO  
COM REGISTRO DE  
ESPECIALISTA (RQE)  
NA ÁREA DE IMAGEM



**P**ara o exercício da medicina, é de conhecimento público que nós, médicos, precisamos ter um número de CRM ativo. O registro – que fazemos logo após a formação acadêmica – normalmente é encontrado em laudos, receituários e cartões de visita, o que passa segurança ao paciente e mostra que somos legalmente autorizados a exercer a atividade médica. No entanto, para anunciar-se como especialista, existe outro registro

importante e indispensável: o Registro de Qualificação de Especialista (RQE). Na prática, é como uma certificação que nos dá legitimidade para atuar em áreas que exigem especialização, como a radiologia.

Após a graduação em medicina, passamos pela etapa da especialização ou da residência médica. Para obtermos o RQE, é necessário concluir a residência credenciada pelo MEC ou ser aprovado em prova de título da



respectiva sociedade de especialidade e, posteriormente, solicitar o registro no Conselho Federal de Medicina (CFM) como especialista na área escolhida. Para a radiologia, por exemplo, o trâmite é administrado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR).

Na radiologia, estamos trabalhando constantemente com radiação ionizante em exames de imagem. Manuseá-la da forma adequada e sem riscos para o paciente requer conhecimento específico e formação apropriada. Por isso, o Conselho Federal de Medicina determina que os serviços em radiologia tenham um responsável técnico com o título de especialista na área.

A formação de um radiologista envolve conhecimentos que vão além de aprender apenas a técnica de como realizar um exame. Sendo assim, é fundamental que a população entenda a importância do título de especialista em radiologia e verifique o nome, o registro e a titulação no site do Conselho Federal de Medicina quando for realizar um exame de radiologia. Isso demonstra que aquele médico passou por uma formação adequada, e exibir o RQE torna-se uma forma de diferenciá-lo entre diversos profissionais, pois, por trás desse título, há estudo e dedicação integrais.

Além disso, os pacientes também podem checar se, nas clínicas de radiologia, existe o nome do diretor técnico, seu registro do CRM e o respectivo RQE. Isso é obrigação desses estabelecimentos. Caso contrário, se houver denúncia, pode ser caracterizado ilícito ético perante o Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição por falta de responsabilidade técnica, pois a comprovação da especialização é indispensável.

Quando um profissional sem título de especialização exerce a função para a qual deveria ser habilitado, se houver algum erro médico, existirá cobrança tanto na esfera administrativa quanto na jurídica. Nos últimos anos, temos visto o número de denúncias contra médicos aumentar consideravelmente por causa da realização de exames por profissionais que se intitulam especialistas, mas que não têm o RQE, bem como pelo uso indiscriminado de publicidade médica em mídias sociais, que possui claras normativas, de acordo com o Conselho Federal de Medicina.

Realizar um exame de imagem em um local sem um especialista ou com um profissional não médico pode representar um risco à segurança e à saúde do paciente. Como exemplo, podemos citar a ultrassonografia, ►

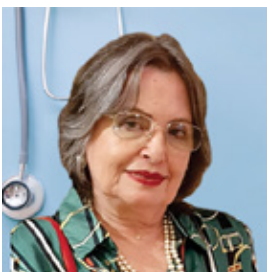


que é um exame dinâmico que requer conhecimento anatômico apurado para que a varredura da área do corpo que deve ser analisada seja feita corretamente. Como as imagens geradas pelo exame representam pequenas frações do todo, uma execução malfeita ou errada realizada por um profissional sem título de especialista ou não médico leva, conseqüentemente, a uma interpretação equivocada.

A formação médica e a especialização em radiologia possibilitam o conhecimento dos diagnósticos possíveis e o

direcionamento adequado do exame. Sendo assim, a prática de exames de ultrassonografia, bem como a emissão de laudos, é um ato médico.

O CBR recomenda que os pacientes confirmem previamente se há titulação de especialista antes de fazer exames. Um diagnóstico por imagem preciso e seguro só pode ser executado por um médico especialista na área e que possua RQE. A medicina diagnóstica, por meio da imagem, vai nortear a terapêutica necessária para cuidar da saúde dos pacientes e salvar vidas. ●



**AUTORA: CONSELHEIRA DRA. ANA MARGARIDA ARRUDA ROSEMBERG**

*Médica, Historiadora e Membro da Academia Cearense de Medicina*

CREMEC 1782

[anamargarida50@uol.com.br](mailto:anamargarida50@uol.com.br)

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

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

# OSWALDO CRUZ

## AS DOENÇAS PESTILENCIAIS E A TUBERCULOSE



Oswaldo Cruz (1872-1917)

O advento do regime republicano, em 1889, incentivou debates no meio médico e político com a finalidade de elaborar projetos modernos para o Brasil. No início do século XX, o Rio de Janeiro, com o avanço das epidemias como: febre amarela, varíola, febre tifóide, peste do oriente, entre outras, era conhecido como “Túmulo dos Estrangeiros.

Diante deste cenário, a saúde pública foi contemplada para as intervenções da administração governamental, já que o padrão sanitário era lamentável ▶

e depunha contra a qualidade da “raça” do povo brasileiro. No entanto, essa intervenção só ocorreu nas principais cidades como: Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Recife e Porto Alegre, em relação às doenças que eram mal vistas pelos imigrantes e comerciantes estrangeiros.

O Presidente Rodrigues Alves (1848-1919) convidou o engenheiro Francisco Pereira Passos (1836-1913) para a Prefeitura do Rio de Janeiro e o sanitarista Oswaldo Cruz (1872-1917) para a Diretoria Geral de Saúde Pública. Oswaldo Cruz conseguiu, a duras penas, conter o avanço das principais doenças pestilenciais como: febre amarela, peste bubônica e varíola.

Em 1904, ele enfrentou grande desafio, quando um devastador surto de varíola assolou o Rio de Janeiro. O presidente Rodrigues Alves, orientado por Oswaldo Cruz, decretou a vacinação obrigatória e isso foi o estopim para o fato histórico que ficou conhecido como a “Revolta da Vacina”. A imprensa e o Congresso foram contra a medida de obrigatoriedade da vacina. A população se rebelou durante uma semana e Oswaldo Cruz acabou derrotado. Alguns anos mais tarde, em um novo surto da doença, foi a população que buscou os postos de vacinação por conta própria.

A tuberculose, apesar de ser reconhecida como uma das doenças de maior mortalidade, não teve o seu combate priorizado pelo governo.

Sidney Chalhoub, em seu livro “Cidade Febril – Cortiçose Epidemias na Corte Imperial”, levanta esta questão:

“É claro, por exemplo, que havia motivos, digamos, nada óbvios ou “neutros”, na opção em priorizar o combate à febre amarela em detrimento da tuberculose – uma doença que, como já foi mencionado, os próprios médicos associavam à nutrição e às condições de trabalho e de vida em geral da população. Durante todos esses anos de crise aguda da saúde pública na cidade do Rio (entre aproximadamente 1850 e 1920), a tuberculose matou muito mais do que quaisquer das outras doenças epidêmicas. A tuberculose, porém, parecia atacar indiferentemente brancos e negros, nacionais e estrangeiros e, desculpa suprema, era doença extremamente grave até mesmo em Paris, o que nos eximia de qualquer culpa por abrigar a peste. A febre amarela significava basicamente o oposto: além de não acometer Paris e deflagrar o Rio anualmente, era um verdadeiro flagelo principalmente para os imigrantes”.

Oswaldo Cruz, Diretor Geral da Saúde Pública, tentou iniciar um programa para combater a tuberculose. Em 1907, ele havia debelado a febre amarela e achava que era hora de enfrentar a tuberculose. Escreveu o artigo “Prophylaxia da tuberculose” que foi publicado na revista da Liga Paulista contra a Tuberculose, “Defesa contra a ▶

Tísica”, explicitando seu plano de ação. Abaixo, suas palavras introdutórias:

Finda hoje o prazo dentro do qual a Directoria Geral da Saúde Pública se comprometteu, perante o Governo, a extinguir no Rio de Janeiro a febre amarella sob a fôrma epidemica desde que lhe fossem concedidos os elementos que julgava indispensaveis. O governo do exmo. sr. dr. Rodrigues Alves forneceu, depois de ter solicitado e obtido do Congresso, todos os elementos pedidos pela Diretoria de Saúde, e, hoje, folgo em levar ao conhecimento de v. exc. que, graças á vontade e firmeza do Governo, a febre amarella já não mais devasta sob a fôrma epidêmica a Capital da Republica. Alenta-nos, além disso, a esperança de que num futuro mui próximo possamos riscar por completo da nossa estatística nosologica a moléstia que durante tantos annos constituiu o maior óbice ao nosso progresso (...). Se examinarmos detalhadamente os factores constitutivos da curva das chamadas moléstias evitáveis, veremos que quase todas soffreram uma sensível diminuição; uma, porém, permanece inalterada, por assim dizer, continuando a ceifar vidas na maior pujança de sua actividade productiva: a tuberculose quase não foi influenciada pelas medidas sanitárias postas em pratica. E não o foi, porque não foi feita sua prophylaxia especifica(...). De todas as molestias evitaveis, a de prophylaxia mais difficil é, indubitavelmente, a tuberculose

Oswaldo Cruz arquitetou um plano baseado nas causas da doença que chamou de: determinante e predisponentes. O bacilo era a causa determinante e as condições que levavam a diminuição da resistência orgânica eram as predisponentes.

Nestas condições predisponentes estavam: habitações e locais de trabalhos insalubres, alimentação deficiente, predisposição hereditária, alcoolismo, esgotamento físico e moral, entre outras.

A estratégia de luta de Oswaldo Cruz era: combater o bacilo e fortalecer as defesas orgânicas. Para colocá-la em campo eram necessários: a notificação compulsória de todos os casos de tuberculose e não só da “tuberculose aberta”, como acontecia até então; encaminhamento para os sanatórios dos casos passíveis de tratamento; educação profilática com o afastamento dos tuberculosos das coletividades; leis de aposentadoria temporária ou definitiva que garantissem a subsistência do tuberculoso e de sua família; seguro obrigatório para os operários e empregados do comércio e da indústria.

Além disso, o plano preconizava a construção de sanatórios, colônias sanitárias agrícolas, casas de pensão e hospitais de isolamento para os doentes inválidos. Para a profilaxia direta: fiscalização dos produtos alimentícios, normatização dos serviços ►



de varredora a fim de que as poeiras não carreassem os bacilos, fiscalização das lavanderias públicas etc.

O plano deveria ser de iniciativa do Estado através de um departamento ligado à administração pública. Dependia, portanto, das várias instâncias dos poderes executivo e legislativo que, naquele momento, não estavam priorizando o controle da tuberculose. A falta de uma decisão política nesse sentido fez com que o referido plano não fosse implantado.

A luta contra a tuberculose no Brasil foi organizada e efetivada por associações filantrópicas. O Estado só a assumiu a partir da década de 1920, no Distrito Federal, com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose e, na década de 1930, em São Paulo, com a criação da Secção de Profilaxia da Tuberculose.

Portanto, coube às ligas o início da luta contra a tuberculose no Brasil e a Liga Paulista saiu na frente sob o comando de Clemente Ferreira, o Patriarca da Tisiologia no Brasileira.

## REFERÊNCIAS

CHALHOUB, Sidney. Cidade Febril: cortiços, epidemias na corte imperial. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

CRUZ, Dr. Oswaldo Gonçalves. "Prophylaxia da tuberculose". In: Defesa Contra a Tísica. 6 (1): 19-29. jan/jul. de 1907.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. Tuberculose: de questão pública a questão de Estado. A Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, URJ, 1991.

ROSEMBERG, Ana Margarida F. Arruda. Guerra à peste branca: Clemente Ferreira e Liga Paulista Contra a Tuberculose (1899-1947). Dissertação de Mestrado em História Social, PUC-SP, 2008.


<https://portal.fiocruz.br/trajetoria-do-medico-dedicado-ciencia>

<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>

ana margarida furtado arruda  
rosemberg

Fortaleza, 12 de dezembro de 2020 ●

# NOVOS MEMBROS DA SOBRAMES CEARÁ E HOMENAGENS MARCAM CONFRATERNIZAÇÃO

**A** Sociedade Brasileira de Médicos Escritores do Ceará realizou nesta segunda-feira (14/12), de forma virtual, a Solenidade de Congraçamento Anual. Durante o evento foi realizada a posse dos novos sobramistas; são eles: 



## JOTABÊ

João Batista Fortaleza de Araújo, sendo conhecido principalmente como Jotabê. Nascido e residente em Fortaleza. Cirurgião plástico e mestre em Cirurgia. Médico do Instituto Dr. José Frota. Advogado inscrito na OAB-CE. Ex-diretor da Universidade Corporativa da Unimed Fortaleza, cargo em cujo exercício redigia todos os principais

documentos, impressos ou eletrônicos. Ao longo dos anos, publicou vários textos – artigos, crônicas, poemas, e um conto, em periódicos da própria Unimed Fortaleza, do Centro Acadêmico do Curso de Direito da Unifor e nos jornais O Povo, Diário do Nordeste e Tribuna do Ceará. Recém-admitido na Sobrames/CE, faz a sua estreia como participante desta série de Antologias.

### **JONAS MARINHO ARAÚJO**



Inscrito no CREMEC nº 79, nasceu no dia 10 de Junho de 1930, em Monsenhor Tabosa-Ce, casado com Maria Tereza Cavalcante Marinho de Araújo, professora, natural de Pedra Branca-Ceará. Jonas frequentou o Seminário de Sobral, dos 12 aos 14 anos, e dos 15 aos 17 anos estudou no Liceu do Ceará. Estudou na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, concluindo o curso em 1956. Especialista em Otorrinolaringologista, continua em plena atividade na clínica que fundou há

sessenta anos (Instituto de Assistência Médica Geral). Sempre foi um amante dos livros. Com essa pandemia de Covid-19, o afastamento obrigatório dos familiares, amigos e pacientes, o estimulou a escrever suas memórias da infância e a filosofar, com contos que tem encantado e divertido familiares e amigos. E tudo indica que a inspiração para escrever está só no início. Dr. Jonas, participa da sua primeira Antologia da Sobrames-CE, como recém-admitido.

### **FERNANDO MELO**



Antônio Fernando Melo Filho médico pela UFC em 1985, com Residência Médica em Cirurgia Oncológica, há bastante dedica-se exclusivamente à mastologia, já tendo exercido a presidência da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Ceará, exerceu alguns cargos na SBM Nacional e atualmente é vice-presidente da Regional Ceará. Participou na qualidade de colaborador das seguintes obras: ▶



Auto avaliação em cancerologia (1991), Cirurgia da Mama – Estética e Recontrutora (2007) e Tratado de Mastologia da SBM (2011). Fugindo da produção científica, em novembro de 2019 lançou “Quase Cem”, pela editora Sarau das Letras, obra esta de estreia, que conta com 99 crônicas, tendo apresentação do Professor Martinho Rodrigues e orelha do sobramista e professor Fernando Siqueira. Ingressou na Sobrames em abril de 2020, fazendo sua estreia nesta antologia.

Durante a cerimônia virtual, o Dr. Arruda Bastos, presidente da SOBAMES – CE e presidente eleito da SOBAMES Nacional realizou a saudação em nome de todos os sobramistas do Ceará. Além disso, houve também o lançamento do livro “Fora de Forma”, apresentado pelo Dr. Sebastião Diógenes e que teve os agradecimentos realizados pelo Dr. Marcelo Gurgel.

“No decorrer da atividade, foram realizadas homenagens póstumas ao sobramista falecido recentemente, poeta renomado aqui do Ceará, Dr. Francisco Pessoa.”, diz o presidente da entidade, Dr. Arruda. “Tivemos também a homenagem ao Capitão, escritor e músico, Francisco Nunes, que de forma voluntária sempre apresentava números musicais durante as solenidades da SOBAMES.”

O encerramento da Solenidade de Congraçamento Anual ficou por conta do Dr. José Maria Chaves com mensagens de congratulações de natal e próspero 2021 com saúde e paz.

## **SOBRE A ENTIDADE**

SOBRAMES, Sociedade Brasileira de Médicos Escritores, Regional Ceará foi fundada em 24 de agosto de 1982, tendo a primeira diretoria tomado posse em 4 de novembro do mesmo ano. Seu primeiro presidente foi o médico escritor Emmanuel de Carvalho Melo.

Dentre as regionais da SOBAMES, a do Ceará é uma das mais profícuas, pela diversidade de suas ações e produções literárias, com o Semeando Cultura, Antologia (edição anual) e outros projetos.

Ocupa uma posição de relevo no cenário nacional, tendo sido responsável pela realização, em Fortaleza, dos Congressos Brasileiros de Médicos Escritores, ano de 1996, 2008 e o próximo a ser realizado em 2021 também em Fortaleza.

Em três momentos especiais, a entidade-mãe foi presidida por cearenses: Dr. Pedro Henrique Saraiva Leão, Dr. José Maria Chaves, e recentemente eleito o Dr. Arruda Bastos para a gestão 2021-2022.



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

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

*CREMEC Nº 2412, RQE Nº 589*

[✉ marcelo.gurgel@uece.br](mailto:marcelo.gurgel@uece.br)

# SEXTA SESSÃO REMÊMORA DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA



**A** Diretoria da Academia Cearense de Medicina (ACM), em sua reunião ordinária de agosto de 2014, aprovou a proposta do seu presidente Ac. Vladimir Távora de se fazer anualmente a Sessão Remêmora, uma solenidade única para se render homenagens póstumas aos acadêmicos falecidos no ano em curso e comemorativas de centenários de nascimento dos seus acadêmicos.

Isto posto, cumprindo a tradição, a ACM realizou na tarde de 4 de dezembro de 2019, no Auditório da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC), a sua quinta Sessão Remêmora, quando foram prestadas homenagens a quatro confrades, sendo dois por centenários natalícios e dois outros por perdas sofridas em seu quadro associativo.

Em 2019, se vivos fossem, estar-se-ia celebrando o centenário os acadêmicos Haroldo Gondim Juaçaba e Heládio Feitosa de Castro, os quais foram reverenciados por Ac. Marcelo Gurgel Carlos Silva e Ac. Elias Geovani Boutala Salomão, respectivamente. Por coincidência, ambos homenageados viveram 90 anos e suas datas de nascimento e de falecimento foram muito próximas: Heládio Feitosa nasceu em Tauá-

CE em 8/04/1919 e faleceu em Fortaleza em 17/06/2009, enquanto Haroldo Juaçaba veio ao mundo em Fortaleza em 31/03/1919 e da capital cearense partiu 1º/06/2009.

Os dois foram professores desde a 1ª turma da Faculdade de Medicina do Ceará e, após a institucionalização da UFC, seguiram no corpo docente da novel universidade, tendo Heládio Feitosase dedicado ao ensino da área da Clínica e Haroldo Juaçabaa da Cirurgia.

Em 18/01/2019, logo no começo do ano, a ACM sentiu-se duramente desfalcada com o desaparecimento terreno do Ac. Raimundo Hélio Cirino Bessa, falecido aos 89 anos de idade, e três meses depois, quando ainda se estava muito ressentida por essa perda, viu-se diante do falecimento súbito, aos 72 anos, do Ac. Sérgio Gomes de Matos, na manhã de 24/04/2019.

Para lembrar o primeiro, o Ac. Hélio Bessa, coube ao Ac. Ricardo Pereira Silva traçar o perfil daquele que fora seu colega de especialidade, a cardiologia, e com quem compartilhara funções docentes no Departamento de Medicina Clínica da UFC; para reavivar as recordações do segundo companheiro, competiu ao Ac. João Evangelista Bezerra Filho, um grande amigo de extinto colega, ►



discorrer sobre a trajetória de vida do médico intensivista e pneumologista Ac. Sérgio Gomes de Matos.

Hélio Bessa e Sérgio Gomes de Matos eram confrades muito

presentes e atuantes na ACM, sendo eles pessoas queridas e alvo da estima de seus colegas e detentores de créditos profissionais pelo tanto que dignificaram a Medicina do Ceará. ●



# 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](http://www.jornaldomedico.com.br)

 **Jornal do Médico**





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

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

*CREMEC Nº 2412, RQE Nº 589*

*[marcelo.gurgel@uece.br](mailto:marcelo.gurgel@uece.br)*

# SÉTIMA SESSÃO REMÊMORA DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA



Como acontece desde 2014, a Academia Cearense de Medicina (ACM) realiza, na primeira quarta-feira de dezembro de cada ano, a Sessão Remêmora do sodalício quando se prestam homenagens aos acadêmicos que se tornariam centenários, caso seguissem vivos, e aos confrades que pereceram no ano em curso.

Essa solenidade sempre tinha lugar no Auditório da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará; no entanto, em função da vigência da pandemia por Covid-19, que impõe restrição à feitura de solenidades presenciais, a Diretoria da ACM determinou que a sétima Sessão Remêmora do silogeuseria conduzida

de forma virtual em 2 de dezembro de 2020.

O evento em tela foi coordenado pela confreira Aca. Ana Margarida Arruda Rosemberg, utilizando a Plataforma Zoom, que abriu a sala às 18h30 e assumiu as funções de gerenciar o acesso dos participantes e de ser mestre de cerimônias, ao tempo em que projetava os audiovisuais e liberava as falas dos expositores.

As saudações (in memoriam) aos acadêmicos centenários Edilson Gurgel Santos, José Carlos da Costa Ribeiro, José Edísio da Silva Tavares e Luís Braga França Ferreira foram proferidas, respectivamente, pelos seguintes acadêmicos: Aca. Maria Zélia Petrola Bezerra, Ac. Marcelo Gurgel

Carlos da Silva, Ac. Vladimir Távora  
Fontoura Cruz e Ac. Fernando Pombo.

As homenagens (in memoriam) aos confrades Gilmário Mourão Teixeira, José Vieira de Magalhães e Thomaz de Araújo Corrêa, falecidos em 2020, ficaram sob a responsabilidade dos colegas: Aca. Ana Margarida Arruda Rosenberg, Ac. George Magalhães de Oliveira e Ac. João Martins de Sousa Torres, na mesma ordem.


A sessão solene em apreço, com duração de aproximadamente duas horas, foi acompanhada por mais de sessenta acessos de pessoas especialmente interessadas, como os familiares dos homenageados e muitos confrades e confreriras, todas inseridas em uma atmosfera preta de lembranças e de afetos.

Após as exposições dos panegíricos, foi concedido espaço para manifestação de agradecimento dos familiares dos homenageados e vários aproveitaram a oportunidade para se irmanarem nas recordações devotadas aos seus entes queridos que não mais convivem conosco.

A gravação integral da solenidade foi segmentada nos seus diferentes pronunciamentos, os quais foram postados no Blog da ACM (<http://academiacearensedemedicina.blogspot.com/>) e continuam disponíveis aos que desejam assistir ou rever a recente Sessão Remêmora, ou acessando diretamente In: <http://academiacearensedemedicina.blogspot.com/2020/12/sessao-rememora-online-da-academia.html>. ●

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

[WWW.JORNALDOMEDICO.COM.BR](http://WWW.JORNALDOMEDICO.COM.BR)

 **Jornal do Médico**

