

OUTUBRO ROSA

NOHC E ONCOVIE: Paixão e propósito em cuidar!
Por você, pela vida!



1ª
clínica de onco
hematologia
acreditada
no Ceará



Combate e Prevenção
NOHC ONCOVIE



DR. RENATO EVANDO
Lei do Ato Médico,
algumas reflexões



**DR. DYLVARDO
SULIANO**
Tuberculose
Miliar, Revisão
2023



**DRA RENATA
CANGUSSU**
A Importância do
Esporte no Câncer



**DR. MARCELO
GURGEL**
Antologia especial
dos 40 anos da
SOBRAMES Ceará



Gestafácil

SOLUÇÕES FINANCEIRAS

Descubra o Poder da Gestão Financeira
Descomplicada com a Gestafácil!

Médicos, **simplifiquem suas
finanças** com a Gestafácil!



Controle Total:

Gerencie suas finanças de forma eficiente, focando no que realmente importa: seus pacientes.



Economize Tempo e Dinheiro:

Adeus complicações! A Gestafácil automatiza processos para você se dedicar ao que ama.



Cresça com Confiança:

Planeje seu sucesso financeiro com uma gestão sólida e transparente.



Parceira de Confiança:

Mais que uma empresa, somos sua aliada no caminho do sucesso profissional.

Conecte-se com a **Gestafácil** hoje mesmo.

@gestafacil 85 9117-7969 85 9153-4120

OUTUBRO ROSA

Salve Salve leitoras e leitores, damos destaque ao tão significativo "Outubro Rosa" com a importante colaboração da NOHC e Oncovie, clínicas de referência no tratamento multiprofissional do câncer.

Além disso, temos o privilégio de compartilhar um artigo do Movimento Médicos Atletas, escrito pela renomada médica oncologista e atleta, Dra. Renata Cangussu (CRM/BA 15149 RQE 7523), que aborda "A Importância do Esporte no Câncer".

Outubro também é marcado pelo Dia do Médico e pela celebração dos 19 anos do Jornal do Médico. Recentemente, reunimos algumas das mais expressivas lideranças da medicina e saúde cearense em uma mesa redonda dedicada aos 10 anos da Lei do Ato Médico. Este assunto é inclusive tema do significativo artigo do Prof. Dr. Renato Evando do CREMEC.

Em nossas próximas páginas, oferecemos uma variedade de artigos sobre saúde, com contribuições valiosas dos conselheiros Dr. Marcelo

Gurgel, Dra. Ana Margarida e nossos convidados especiais, Dr. Dylvarado Suliano e David Arnaud da LIEGI.

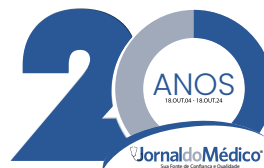
A caricatura deste mês é uma homenagem ao respeitado Dr. José de Aguiar Ramos, uma figura admirável da medicina cearense.

À comunidade médica e a todos os leitores, desejamos um Feliz Dia do Médico. Aguardamos ansiosamente a celebração dos 20 anos do Jornal do Médico, em 18 de outubro de 2024. Agradecemos a você, nossos leitores, e a nossos patrocinadores, apoiadores e parceiros por fazerem parte desta jornada contínua em prol da saúde e do conhecimento médico.



ARGOLLO DE MENEZES
CEO JORNAL DO MÉDICO®
MBA em Comunicação e Marketing em Mídias Digitais
Membro Honorário da SOBRAMES/CE
atendimento@jornaldomedico.com.br

CONTAGEM REGRESSIVA



FUNDADORES:

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

CEO: Argollo de Menezes

Revista Digital Jornal do Médico®, Ano III,
Nº 44/2023 [Outubro] Outubro Rosa & Saúde.

Marca registrada junto ao INPI, Instituto Nacional da Propriedade Industrial.
Argollo | CNPJ: 24.780.958/0001-00
Phygital | CNPJ: 47.950.226/0001-17

ASSESSORIA EDITORIAL:

Jor. Anatalice Rodrigues (DRT-CE 3548)

CONTRIBUIÇÃO FOTOGRÁFICA/IMAGENS

Banco de Imagens Jornal do Médico,
Pexels e FREEPIK

SUGESTÕES DE CONTEÚDOS

atendimento@jornaldomedico.com.br

MAIS CONTEÚDOS EM NOSSO BLOG

www.jornaldomedico.com.br

REDES SOCIAIS

[instagram.com/jornaldomedico](https://www.instagram.com/jornaldomedico)
[facebook.com/jornaldomedico](https://www.facebook.com/jornaldomedico)
[tiktok.com/@jornaldomedico](https://www.tiktok.com/@jornaldomedico)

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
SOBRAMES Ceará

Argollo
Marketing

CONTATOS:

Whats App: 85 996673827
atendimento@jornaldomedico.com.br
Skype: [argollomarketing](https://www.skype.com/en/contacts/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.



PÁGINA 18

A IMPORTÂNCIA DO ESPORTE NO CÂNCER

PÁGINA 06

PREVENÇÃO SALVA VIDAS! NOHC E ONCOVIE: PAIXÃO E PROPÓSITO EM SEMEAR O CUIDADO! POR VOCÊ, PELA VIDA!



PÁGINA 10

“LEI DO ATO MÉDICO”
ALGUMAS REFLEXÕES

PÁGINA 14

EM CELEBRAÇÃO
AO DIA DO MÉDICO,
JORNAL DO MÉDICO
REALIZA MESA-
REDONDA SOBRE OS
10 ANOS DA LEI DO
ATO MÉDICO

PÁGINA 22

AGETS CONFERENCE
2023: GRANDE
ENCONTRO DE
JOVENS E LÍDERES DA
SAÚDE OCORRE EM
NOVEMBRO

PÁGINA 26

A SAGA DO BACILO DA
TUBERCULOSE



PÁGINA 28

LAMPEJOS DE
MEMÓRIA:
ANTOLOGIA ESPECIAL
DOS 40 ANOS DA
SOBRAMES/CE

PÁGINA 31

POSSES DE JOSÉ
MILTON LIMA E
LUIZ MOURA NA
ACADEMIA CEARENSE
DE MEDICINA



PÁGINA 33

DOUTOR HONORIS
CAUSA DA UECE AO
PROF. DR. ADIB JATENE

PÁGINA 36

TUBERCULOSE MILIAR
ARTIGO DE REVISÃO
2023



A tall, modern white building with many windows and balconies, identified by a 'U' logo and 'Unichristus' text on its upper facade. The building is set against a blue sky with scattered white clouds. Palm trees and other greenery are visible in the foreground and to the sides of the building.

Medicina Unichristus recebe acreditação com reconhecimento internacional



A Unichristus é *uma das duas escolas médicas do Ceará* e uma das cinco do Nordeste reconhecidas pelo Sistema Acreditação de Escolas Médicas (SAEME).

A qualidade do curso Unichristus agora tem, além do reconhecimento pelo Conselho Federal de Medicina, o internacional pela **World Federation of Medical Education**. Esse é o diferencial que permite os estudantes e profissionais Unichristus serem aceitos em residências fora do Brasil – como nos Estados Unidos – que, a partir de 2024, só aceitarão residentes provenientes dessas escolas.

 PARA SABER MAIS SOBRE A CERTIFICAÇÃO E QUALIDADE DO ENSINO UNICHRISTUS **ACESSE:**

www.unichristus.edu.br

 **Unichristus**



PREVENÇÃO SALVA VIDAS! NOHC E ONCOVIE: PAIXÃO E PROPÓSITO EM SEMEAR O CUIDADO! POR VOCÊ, PELA VIDA!

**TORNAR-SE UMA
CLÍNICA DE REFERÊNCIA
NO TRATAMENTO DE
CÂNCER ENVOLVE
UMA ABORDAGEM**

**MULTIPROFISSIONAL
QUE COMBINA A
EXCELÊNCIA CLÍNICA,
CUIDADO AO PACIENTE,
PESQUISA INOVADORA E**

**A COLABORAÇÃO COM A
COMUNIDADE MÉDICA E
CIENTÍFICA.** O atendimento
multiprofissional é um dos
diferenciais das clínicas

>>>

**AUTOR: ARGOLLO DE MENEZES,
MEMBRO HONORÁRIO SOBRAMES REGIONAL CEARÁ**

NOHC e ONCOVIE, onde o cuidado com a saúde envolve a participação e colaboração de profissionais de diferentes áreas e especialidades para oferecer uma assistência mais completa e abrangente ao paciente com foco em nosso propósito de semear o cuidado.

O Câncer de Mama:

Em estudo recente realizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) comprova aumento de cerca de 26% nos casos de câncer de mama nos estágios mais graves da doença. Em referência ao estudo, a Dra. Tallita Pinheiro, Mastologista da clínica ONCOVIE alerta “O câncer de mama é o mais prevalente em mulheres, exceto pelo de pele e é o que causa mais mortalidade. Infelizmente não podemos prevenir o câncer de mama em sua totalidade, mas podemos diagnosticá-lo de forma precoce.”

Em virtude da campanha abordada durante o mês de Outubro, muito se associa o cuidado com as mamas apenas com o autoexame. O autoexame é indicado



Dra. Tallita Pinheiro

pelos especialistas apenas como autoconhecimento, uma busca para conhecer o próprio corpo e manter a saúde mamária, ele deve ser feito sete dias após o início da menstruação. Após a menopausa, deve-se escolher um dia por mês para fazê-lo. Sobre o rastreamento a mastologista Tallita Pinheiro informa, “O melhor exame para o rastreamento do câncer de mama é a Mamografia, que deve ser feito todos os anos a partir dos 40 anos de idade. Em casos especiais podemos antecipar ou associar outros exames.”

“Em relação aos fatores de risco para o câncer de mama, conseguimos classificá-los como fatores



Dr. Rafael Cruz

evitáveis e não evitáveis. Dentre os não evitáveis, destacamos; Primeira menstruação antecipada, menopausa tardia, nunca ter engravidado ao longo da vida, não amamentação após o parto e histórico familiar. Já os fatores que podemos modificar, destacamos; não fazer uso de bebida alcoólica e do cigarro, ter uma vida mais ativa evitando o sedentarismo, não estar acima do peso, dentre outros. Todos esses são fatores que podemos evitar ao longo da vida.”, ressalta o Dr. Rafael Cruz, Oncologista das clínicas NOHC e ONCOVIE, que também traz o alerta para o exame de rastreio, “É indiscutível a importância do exame de rastreio, a mamografia, a ressonância

das mamas ou Ultrassom de Mama para identificação precoce dessa doença. O câncer de mama tem cura!"

Qualidade nos serviços e Segurança da vida:

As certificações de segurança e qualidade de serviço são fundamentais e norteadoras para as clínicas NOHC e ONCOVIE, pois garantem que as instituições adotem práticas de cuidados seguros e eficazes, oferecendo serviços de qualidade de forma consistente. As clínicas tornaram-se as Primeiras Clínicas de Oncologia e Hematologia creditas em Nível 2 (Pleno) pela ONA - Organização Nacional de Acreditação, no Ceará.

Essas certificações são uma demonstração tangível do compromisso das clínicas com a excelência e o aprimoramento contínuo, e trazem uma série de benefícios importantes. Ambas as clínicas estão comprometidas com a conformidade dos mais altos padrões de segurança estabelecidas por órgãos reguladores e organizações de saúde.



Isso ajuda a minimizar falhas e demais riscos associados ao tratamento do câncer, proporcionando um ambiente seguro para pacientes, visitantes e colaboradores.

Ambiente seguro, paciente seguro:

Proporcionar um ambiente seguro para pacientes oncológicos é de extrema importância, considerando a complexidade e a sensibilidade dos tratamentos e condições enfrentadas por eles. Uma localização mais acessível e conveniente facilita a acomodação de pacientes, especialmente aqueles que podem estar fisicamente debilitados devido ao tratamento.

Com o protagonismo do paciente e com o propósito

de semear cuidado, a clínica ONCOVIE possui uma localização privilegiada, sendo sediada na Av. Sen. Virgílio Távora, no bairro Aldeota, contando com cerca de 800 metros quadrados de área construída, amplos consultórios, centro de infusão, centro cirúrgico de baixa complexidade, diagnóstico por imagem e muito mais. Já o Núcleo de Oncologia e Hematologia do Ceará, o NOHC que já conta com ambiente e localização privilegiada na Av. Santos Dumont, no terceiro andar da Torre Office do Edifício São Mateus também inaugurou recentemente a clínica que fica na Av. Dr. José Lourenço no bairro Aldeota, com infraestrutura de alta qualidade e o compromisso de cuidar da vida como norteador.



1ª
CLÍNICA DE
ONCO-HEMATOLOGIA
ACREDITADA
NO CEARÁ

**NOSSA EXCELÊNCIA
NO CUIDADO**

AMBIENTE SEGURO

Nosso Endereço:

Av. Senador Virgílio Távora, 1070 A,
Aldeota Fortaleza-CE



ONCOVIE.COM.BR

DIFERENCIAL ONCOVIE



**PACIENTE NO
CENTRO DO CUIDADO**



**EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL**



**ACREDITAÇÃO
ONAT**





“LEI DO ATO MÉDICO” ALGUMAS REFLEXÕES

A LEI 12.842/2013 DISPÕE SOBRE O EXERCÍCIO DA MEDICINA, NO BRASIL. RECONHECIDA COMO “LEI DO ATO MÉDICO”, ALCANÇA

SUAS EFEMÉRIDES DE 01 DECÊNIO DE VIGÊNCIA, EM 2023. Marco legislativo, foi um longo trilhar até atingir o texto atual. Como se sabe, faz-se necessário que

cada categoria profissional disponha de normas que a norteie, assegure seu âmbito de atuação, prerrogativas, direitos e limites. Seguramente, a Medicina

AUTOR: DR. RENATO EVANDO MOREIRA FILHO
Médico e Advogado - CRM CE 6921 OAB CE 22667
RQE em Ginecologia e Obstetrícia - 2744
RQE em Medicina Legal e Perícia Médica - 6016
Prof. Dr. de Medicina Legal, Ética Médica e Direito Médico da UFC





se insere entre as de prática mais antiga no mundo (desde a pré-história), em que pese o início da regulamentação brasileira ocorra somente em 1808, com a chegada da família real portuguesa e fundação dos primeiros cursos de “Medicina e Cirurgia”, na Bahia e no Rio de Janeiro. Já na República, o Decreto 20.931/32 foi dos primeiros a legislar sobre as atividades correlatas da denominada “área da saúde”: Medicina, Odontologia, Farmácia, Medicina Veterinária e atuação da parteira.

Com a lei 3.268/57 e a criação do atual sistema conselhal (CFM/CRM), conduziu-se a regulamentação Ética e fiscalização da profissão sem especificar o campo de atuação dos profissionais. Em 1989, houve apresentação, na Câmara dos Deputados, de um projeto de lei tentando delegar ao Conselho Federal de Medicina (CFM) a função de definir o que seria o “Ato Médico”. A tentativa foi frustrada por falta de apoio. De toda forma, o CFM aprovou, em dezembro de 2001, a resolução 1.627/2001, que definia o ato profissional do médico. Em seguida

(2002), surge no Senado Federal o Projeto de Lei (PL) do “Ato Médico”. Na ocasião, houve forte pressão de profissões da saúde, que se mobilizaram contra o projeto, sendo concedida “vista coletiva”. O PL foi aprovado, com emendas, após receber inúmeras críticas, incluindo as contidas em ofício protocolado pelos Presidentes dos Conselhos profissionais de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia,

Serviço Social, técnicos em radiologia e Psicologia, que encaminharam um abaixo-assinado de 500 mil assinaturas contra a “Lei do Ato Médico”. Tanto assim que, em 2004, surgiu a Frente Nacional Contra este PL, com representação de 13 profissões da área da saúde, em contraposição à Comissão Nacional em Defesa do PL, organizada pelo CFM. Foram realizadas audiências públicas para a discussão, antes da votação no Senado Federal. Seguindo o processo legislativo, o PL foi encaminhado à Câmara dos Deputados, com novas discussões. Os principais campos de divergência versavam sobre chefias, ensino, diagnóstico e prevenção de doenças. Em síntese; após diversos embates, emendas, vedações e legislaturas – garantiu-se o livre exercício das profissões de saúde observando os termos das legislações específicas - sendo publicada a “Lei da Medicina”, em 10 de julho de 2013.

A lei possui texto relativamente curto, sendo composta por 8 artigos. Nesta, destacamos:

- Informa o escopo da atuação do médico assistente, com desenvolvimento profissional voltado para promoção, proteção e recuperação da saúde; prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, além de reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências. Deverá atuar em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde (arts. 2º e 3º);

- Elenca as atividades privativas do médico. Exemplificativamente: indicação/execução da intervenção cirúrgica e cuidados médicos pré/pós-operatórios; indicação/execução de procedimentos invasivos, como acessos vasculares profundos, biópsias, endoscopias e intubação traqueal; coordenação das estratégias ventilatórias iniciais e as invasivas, incluindo a desintubação traqueal; execução de procedimentos anestésicos (sedação, bloqueios e geral); produção de laudos dos exames endoscópicos, de imagem e dos exames anatomopatológicos;

indicação de internação/alta médica nos serviços assistenciais; realização de perícia médica, auditoria 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 em que não haja médico. Coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico; ensino de disciplinas especificamente médicas; coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos (arts. 4º e 5º).

- Evidencia as ações não-privativas do médico, a exemplo de aspiração nasofaringeana/orotraqueal; realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico; atendimento à pessoa sob risco de morte iminente; realização e laudos de exames citopatológicos; coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;

>>>

procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual, além da direção administrativa de serviços de saúde (art. 4º, § 5º);

Oportuno destacar que as doenças, para os efeitos desta lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Outro ponto: a denominação “Médico” é privativa do

graduado em curso superior de Medicina reconhecido pelo Ministério da Educação (art. 6º).

Ressalte-se ser competência do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos. O sistema conselhal deve fiscalizar tais procedimentos, bem como aplicar as sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo CFM (art. 7º).

In fine; sem olvidar o humanismo, evidenciamos que é obrigação do médico se atualizar tecnicamente, eticamente e normativamente (a exemplo do apontado no art. 3º da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro – Decreto-lei 4.657/42: “Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece”). Sempre na perspectiva do melhor atuar em favor do cidadão e da sociedade, recorde-se a lição de Hipócrates de Cós (“Pai da Medicina Ocidental”), em 400 a.C.: “Onde houver amor pela arte da Medicina, também haverá amor pela humanidade”.



EM CELEBRAÇÃO AO DIA DO MÉDICO, JORNAL DO MÉDICO REALIZA MESA-REDONDA SOBRE OS 10 ANOS DA LEI DO ATO MÉDICO

COM UM TEMA SIGNIFICATIVO PARA A CLASSE MÉDICA, OS EDITORES DO JORNAL DO MÉDICO CELEBRARAM A PASSAGEM DO DIA DO MÉDICO - 18 DE OUTUBRO

-, DEBATENDO ACERCA DA IMPORTANTE LEI DO ATO MÉDICO, A QUAL JÁ SE PASSARAM 10 ANOS DE SUA SANÇÃO. Essa lei foi escolhida como pauta para que a categoria

possa discutir sobre o exercício da medicina no Brasil, estabelecendo como atividade exclusiva dos profissionais formados em medicina e não por profissionais em atividades

>>>

AUTORA: CYNTHIA FORTUNA
Jornalista

técnicas ou similares.

O CEO do Jornal do Médico, Argollo de Menezes, na oportunidade lançou oficialmente a revista impressa do Jornal do Médico em homenagem do Dia do Médico e também os 60 anos da Sociedade Cearense de Oftalmologia. Pontua logo no começo do evento que, por conta de uma lei que atinge não só a classe médica, mas toda a sociedade, é necessário que os debates surjam mesmo depois de tanto tempo, já que, como as leis estão em constante mudança e aprimoramento, a Lei do Ato Médico não deve ficar de fora, pois ela regulamenta o exercício pleno dos médicos em quaisquer casos em que seja exigido muito mais conhecimento de causa do que simplesmente por questões sócio econômicas, a escolha por um não especialista em saúde torna-se danosa para quem o procura. Portanto, um debate sobre esse sensível tópico faz-se fundamental.

Foram convidados para a mesa de debates os mais renomados profissionais

da área médica, bem como jurídica; as principais lideranças envolvidas e interessadas pelo assunto, a saber:

Moderador:

Dr. Ricardo Madeiro
(Conselheiro do Jornal do Médico e Presidente da Comissão de Direito e Saúde da OAB/CE)

Debatedores:

Dr. Alberto Farias Filho
(Conselheiro do CREMEC – Conselho Regional de Medicina do Ceará);

Dr. André Alencar
(Presidente do Comitê de Defesa Profissional da ABORL – CCF);

Dra. Juliana Lucena
(Presidente Sociedade Cearense de Oftalmologia);

Dr. Leonardo Alcântara
(Presidente do Sindicato dos Médicos do Ceará);

Dr. Ricardo Pessoa
(Presidente da Associação Médica Cearense - AMC).

Dra. Isabel Porto
(Procuradora de Justiça do MPCE, Vice-Ouvidora

do MPCE, Coordenadora Auxiliar do Centro de Apoio Operacional de Saúde - CAOSAÚDE/MPCE e Coordenadora da Comissão Permanente de Defesa da Saúde - COPEDS/GNDH);

Em uma noite agradável e de encontros, cada convidado apresentou o seu ponto de vista sobre a temática e logo após, houve um coquetel para celebrar a contagem regressiva pelos 20 anos do Jornal do Médico, o qual ocorrerá em 18 de outubro de 2024.



O Presidente da mesa de debates, Dr. Ricardo Madeiro, iniciou os trabalhos falando sobre a importância do Jornal do Médico como instrumento de disseminação do bom jornalismo, com foco na área médica, bem como situa o trabalho do CEO Argollo como exemplo de

profissionalismo visto a longevidade da publicação, inaugurada por seu pai Jornalista Juvenal Menezes em 18 de outubro de 2004.

Em seguida, sua fala sobre os anos da Lei do Ato Médico deu-se a partir da compreensão que o número abundante de universidades e faculdades de medicina abertas absorvendo quantidade generosa de alunos e profissionais entrando no mercado todos os anos, abrindo precedentes para que profissionais técnicos se apropriarem de uma área as quais não tem a especialidade. No tocante à lei, demonstrou alguns trechos os quais foram vetados e as razões dos vetos, explanando cada ponto. Logo após, a mesa esteve aberta no primeiro bloco para as entidades convidadas e seus pontos de vista e no segundo bloco, subindo ao púlpito, as sociedades médicas discutiram sobre as implicações que vem ocorrendo com essa importante lei para a segurança do exercício da medicina e da própria sociedade.



No campo do judiciário, a Procuradora de Justiça do MP-CE, Dra. Isabel Pôrto, falou sobre ter acompanhado toda a trajetória do debate que foi travado no Congresso Brasileiro em relação ao Ato Médico e vai além do conteúdo histórico, que também foi apresentado pelos outros debatedores, bem como a disputa entre os próprios profissionais das áreas de saúde que é algo de se lamentar. Uma discussão que ainda não se esgotou.

Dr. Alberto Farias, representando o CREMEC, falou sobre o fato histórico, "da lei que completa 10 anos, contudo, a discussão é anterior ao ano de 2013, que insiste em não querer terminar e se prolonga. O ato médico tem o entendimento de que a medicina tem um papel claro, diante da sociedade, contudo necessitava de um documento explicitador, até

porque já existiam leis na década de 30(...)". Um olhar histórico, onde sabe-se que é preciso que a lei seja mais elucidada.



Dr. André Alencar, da ABORL - CCF destacou sobre a invasão dos não-médicos também dentro da área de otorrinolaringologia. A nossa sociedade tem um departamento de defesa profissional muito atuante e tem cerca de 250 processos na justiça comum e a maioria é contra essa invasão de profissionais que atuam na área, sem serem médicos: são dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, isso nos últimos 10 anos, pois houve uma espécie de autorização com a questão dos vetos do Ato Médico. Exemplificando, na otologia: a fonoaudiologia é extremamente importante trabalhando conjuntamente com a medicina, mas alguns profissionais nessa área apresentam-se como audiologistas clínicos, o que é danoso para o paciente.

>>>



Dra. Juliana Lucena, presidente da Sociedade Cearense de Oftalmologia, elencou sobre alguns profissionais oftalmologistas que sofrem assédio de falsos médicos, que de forma deliberada querem aumentar a lucratividade de seus estabelecimentos comerciais, no ato da prescrição de óculos. A presidente explana que o perigo de se contratar um profissional não habilitado para desempenhar o papel do médico é constante, pois muito melhor estar cercado pela certeza do profissional que está certificado e conhece o corpo humano, que meramente um que está apto e é contratado pelo paciente apenas para aumentar a adaptação dos óculos que foi prescrito pelo médico, porque prescrever óculos é um ato médico. Então a lei protege o médico nessas questões.

Dr. Leonardo Alcântara, presidente do Sindicato dos Médicos do Ceará, lembrou sobre o ano de 2002, época em que foi proposto o PL da lei e onde, estudante de medicina, enveredou pelas fileiras dos centros acadêmicos, as quais já existiam as discussões acaloradas acerca desse assunto. A normatização do Ato Médico, que é recente (apenas 10 anos) começa mesmo na medicina hipocrática, em relação ao curandeirismo, depois as escolas médicas e a ciência chegando mais forte corrobora com esses atos, e quando no séc., XIX, com a chegada com os procedimentos invasivos como a anestesia, que se começa a cirurgia como procedimento médico. Isso já tinha sido pensado muito antes, imagine-se nos dias atuais.

Dr. Ricardo Pessoa, presidente da Associação Médica Cearense, falou sobre ser um assunto polêmico, mas a lei é vaga. É preciso respeito pelas outras profissões, mas é necessária uma definição no quadro de atuação. A AMB entende que os médicos se submetem a uma matriz muito bem definida com carga horária, compromissos, residência médica e nada feito ao léu ou sem critérios definidos. Uma matriz curricular é obedecida, protegendo a boa prática médica e a sociedade. Foi criado pela AMB o NUPAM (Núcleo de Proteção do Ato Médico) e está no site da instituição para melhor amparar o profissional médico e sua atividade.

Lembramos que todo o conteúdo dessa noite memorável foi transmitido pelo ao vivo Canal do Jornal do Médico e encontra-se disponível para quem quiser assistir www.youtube.com/jornaldomedico.



A IMPORTÂNCIA DO ESPORTE NO CÂNCER

**O CÂNCER É
UMA DOENÇA
EXTREMAMENTE
PREVALENTE, SENDO
A SEGUNDA CAUSA DE
MORTALIDADE NO BRASIL**

**PERDENDO APENAS
PARA AS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES E
ACOMETENDO MAIS DE
600.000 PESSOAS POR
ANO.**

É uma doença que exige uma abordagem multidisciplinar para o tratamento e a recuperação.

Com os avanços na

>>>

AUTORA: DRA. RENATA CANGUSSU

Médica oncologista especializada em tumores femininos e oncologia integrativa da rede D'Or em Salvador; Graduada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Residência de Oncologia Clínica pelo Hospital do Câncer de Barretos e Fellowship em Oncologia Integrativa pelo Metabolic Medical Institute
CRM/BA 15149 - RQE 7523



oncologia, o prognóstico da doença passou a ser muito melhor, e com isso, passamos a ter um olhar especial para a qualidade de vida dos sobreviventes. Nesse sentido, nas últimas duas décadas houve um crescimento explosivo do número de estudos avaliando o benefício da atividade física e sua relação com o câncer.

Até muito pouco tempo se atribuía aos benefícios da

atividade física a prevenção de hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose e outras doenças crônicas. Um estudo notável foi publicado em 1927 por Papanikolaou e Traut, trazendo alguns aspectos que levantaram a curiosidade sobre a relação entre o exercício e o câncer. Embora esse estudo não tenha explorado essa relação da maneira como entendemos hoje, ele lançou as bases para a investigação

posterior sobre o assunto e hoje sabemos que a atividade física pode desempenhar um papel vital na prevenção, no tratamento e na qualidade de vida dos pacientes.

Prevenção do Câncer:

Estima-se que cerca de 40% dos casos de câncer possam ser evitados com a adesão a um estilo de vida saudável e se esse estilo de vida saudável for incorporado desde a



>>>



infância, seria possível evitar até 50% dos casos. Por isso, o esporte desempenha um papel importante nesse aspecto. A atividade física regular está associada a uma redução significativa do risco de desenvolver pelo menos 13 tipos de câncer incluindo câncer de mama, cólon, pulmão e próstata. Estima-se que um a cada 8 casos de câncer poderiam ser evitados se a população realizasse a quantidade de atividade física recomendada. Isso ocorre porque o exercício ajuda a manter um peso saudável, fortalece o sistema imunológico, melhora a função metabólica e reduz a

inflamação celular crônica - todos fatores que podem diminuir a probabilidade de câncer.

Para a prevenção de câncer, a recomendação é praticar atividade aeróbica de moderada intensidade entre 150-300 minutos por semana ou 75-150 minutos de atividade vigorosa. O benefício é proporcional ao tempo e intensidade. Somados a isso, recomenda-se também o estímulo à prática de um exercício de resistência 2x/ semana.

Além disso, a prática de esportes promove a saúde mental, reduzindo o estresse

e a ansiedade, fatores que também podem contribuir para a prevenção do câncer. A atividade física regular também está associada a hábitos mais saudáveis, como uma dieta equilibrada e a redução do consumo de tabaco e álcool, que são fatores de risco bem conhecidos para o câncer.

Durante o Tratamento:

Para os pacientes que já estão em tratamento oncológico, o esporte desempenha um papel igualmente importante. Durante o tratamento, os pacientes muitas vezes enfrentam efeitos colaterais, como



fadiga, dor articular, insônia, perda de massa muscular e óssea, além de ansiedade e depressão. A atividade física pode ajudar a atenuar esses efeitos negativos de várias maneiras.

O esporte pode melhorar os níveis de energia e reduzir a fadiga, permitindo que os pacientes enfrentem o tratamento com mais força e resistência. Além disso, a atividade física ajuda a manter e a recuperar a massa muscular e óssea, o que é essencial para a mobilidade e a qualidade de vida durante e impacta no prognóstico após o tratamento.

Praticar atividade física também é a principal estratégia capaz de amenizar as dores articulares induzidas tanto pela quimioterapia quanto pela terapia endócrina.

A prática esportiva também é uma ferramenta valiosa

para o gerenciamento do estresse e da ansiedade que muitas vezes acompanham o diagnóstico e o tratamento do câncer. A liberação de endorfinas durante o exercício pode melhorar o estado de ânimo e proporcionar uma sensação de bem-estar, contribuindo para a saúde mental dos pacientes. Além de ser possível melhorar a qualidade do sono

Qualidade de Vida e Recuperação:

Após o tratamento, o esporte continua a desempenhar um papel fundamental na vida dos sobreviventes de câncer. A atividade física pode ajudar a promover a recuperação, a melhoria da qualidade de vida e a redução do risco de recorrência do câncer. Manter-se ativo pode ajudar a prevenir o ganho de peso após o tratamento, o que é comum e pode aumentar o risco de recorrência.

Além disso, o esporte proporciona uma sensação de comunidade e apoio emocional. Grupos de apoio a pacientes com câncer que praticam esportes juntos podem criar laços fortes e incentivar uns aos outros durante a jornada de recuperação.

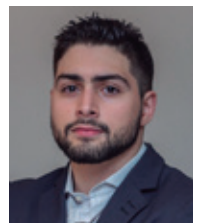
Em resumo, o esporte desempenha um papel significativo no câncer, desde a prevenção até a recuperação. A atividade física regular pode reduzir o risco de câncer, ajudar os pacientes a enfrentar os desafios do tratamento e melhorar a qualidade de vida após a recuperação. É essencial que os pacientes, os profissionais de saúde e a sociedade em geral reconheçam e promovam os benefícios do esporte no enfrentamento do câncer, garantindo assim uma abordagem mais abrangente e eficaz no combate a essa doença ainda tão prevalente no nosso meio.



AGETS CONFERENCE 2023: GRANDE ENCONTRO DE JOVENS E LÍDERES DA SAÚDE OCORRE EM NOVEMBRO

AUTOR: ACADÊMICO DAVI ARNAUD

Acadêmico de medicina do 7 semestre da UNIFOR,
membro da liga de Empreendedorismo gestão e
inovação em saúde (LIEGI)



NO PRÓXIMO MÊS DE NOVEMBRO, DIA 25, A ASSOCIAÇÃO NACIONAL PELA GESTÃO, EMPREENDEDORISMO, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (AGETS), JUNTO DO INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE (ICOS) E DO INOVAHC, reúne palestrantes de renome nacional e internacional no campo da liderança em saúde contemporânea. Com o objetivo de esclarecer os desafios e principais tendências do setor e oferecer aos participantes a visão privilegiada daqueles que já moldam o futuro do saúde. O evento ocorrerá no Espaço de Eventos do InRad, da Universidade de São Paulo, e já recebe inscrições. (link aqui)

A associação visa formar os novos líderes da saúde, congregando centenas de acadêmicos interessados em desenvolver habilidades de gestão e liderança. Segundo o presidente da AGETS, Matheus Bresser, o Brasil vive um momento especial: "A sediar o próximo encontro do G20 e a COP30 o Brasil entra na cena mundial com grande evidência, após o

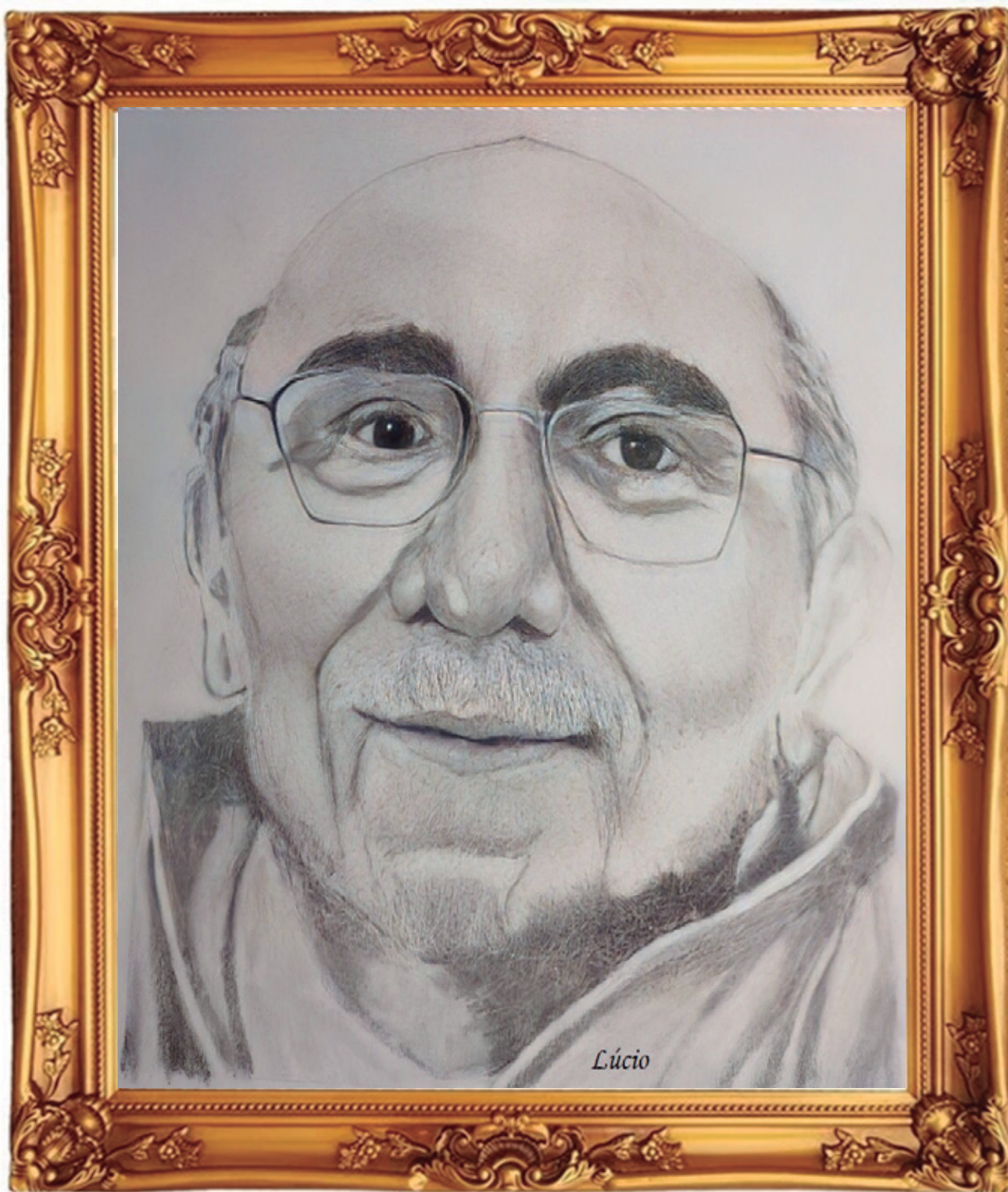


apelo de líderes globais por maior engajamento jovem nos grandes desafios contemporâneos, como a saúde e a questão climática. Nesse cenário, o evento é uma grande oportunidade para compreender essas novas tendências."

A contarem com o apoio de grandes instituições da saúde brasileira, o Vice-Presidente de Mobilização Davi Arnaud enfatiza sua perspectiva quanto à segunda edição do evento: "Vemos uma grande sede dos jovens médicos por uma formação atualizada, conteúdo relevante e

conexões. O evento já tem mobilizado as entidades acadêmicas das principais escolas médicas do país, como a própria FMUSP, Einstein e a Santa Casa de São Paulo."

A AGETS CONFERENCE 2023 ocorrerá no espaço de eventos do InRad-FMUSP em São Paulo, dia 25 de novembro, priorizando os eixos temáticos de Saúde Digital, Políticas em Inovação, Clima e Saúde, Global Health e desenvolvimento. Maiores detalhes na conta @agents.br do Instagram. ●



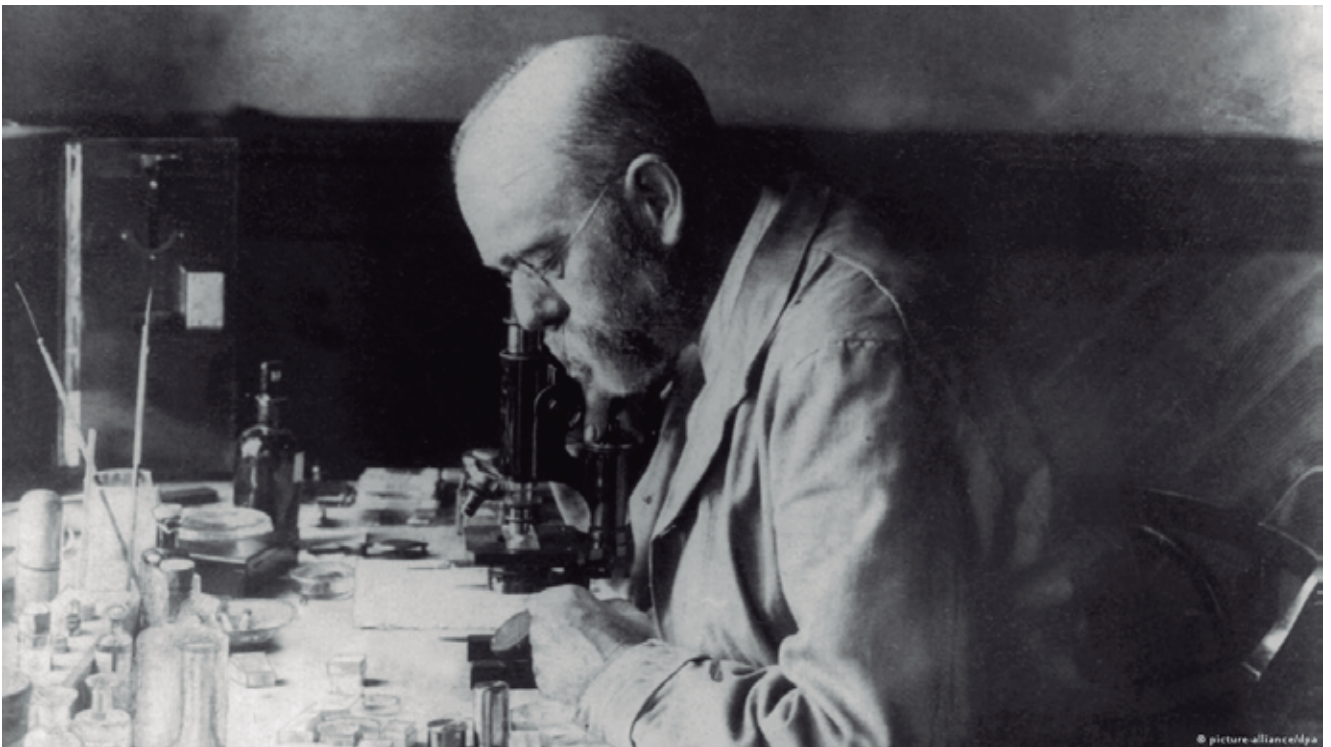
AUTOR: DR. LÚCIO FLÁVIO GONZAGA SILVA

Artista plástico e membro titular da SOBRAMES Ceará
Médico Urologista (CRM/CE: 2455 | RQE Nº: 865)

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



Dr. José de Aguiar Ramos, médico cearense; atuou intensamente na cirurgia geral e na cirurgia oncológica (com destaque para a Mastologia). Exerceu suas atividades médicas na Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, no Hospital Geral de Fortaleza e na Casa de Saúde São Raimundo. Ocupou vários cargos públicos: superintendente do Instituto Dr. José Frota, Secretário de Saúde de Fortaleza e presidente do Centro Médico Cearense. Recebeu a medalha comemorativa dos 150 anos da fundação da Santa Casa de Fortaleza, como reconhecimento a sua ação humanística, e a Medalha Barca Pellon, pelos relevantes serviços prestados ao Estado do Ceará. Colhemos do seu discurso de Paraninfo da Turma de Medicina da UFC de 1982: “Cada paciente é uma realidade existencial, mais do que cura-lo você deve ajudá-lo a viver. Vocês encontrarão no exercício da ‘Arte Sublime’ como há ocorrido, vezes sem conta, comigo - dificuldades imensas, agruras penosas, razão porque neste instante de tanto júbilo para todos nós, suplico luz, muita luz, como implorava moribundo Goethe, para iluminar a inteligência de vocês, a fim de que possam com bondade, desprendimento, competência e dignidade exercer a profissão que abraçaram.”



A SAGA DO BACILO DA TUBERCULOSE

A TUBERCULOSE, DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA, EXISTE DESDE “PRISCAS ERAS”. LESÕES ÓSSEAS COMPATÍVEIS COM O “MAL DE POTT” – TUBERCULOSE DE COLUNA – FORAM ENCONTRADAS EM

ESQUELETOS DE MÚMIAS EGÍPCIAS E DE ÍNDIOS NORTE-AMERICANOS, DATANDO O MAIS ANTIGO DE CERCA DE 5000 ANOS A.C. (DATAÇÃO COM O CARBONO 14).

A descoberta no Peru, há poucas décadas, da múmia de uma mulher que viveu a cerca de 1100 anos, comprovou a existência da tuberculose no continente americano na era pré-colombiana. No pulmão da referida

AUTORA: DRA. ANA MARGARIDA

Conselheira do Jornal do Médico
e membro da Academia Cearense de Medicina
CRM/CE 1782

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



múmia foi encontrado um nódulo linfático com o DNA do bacilo preservado. Com a técnica da biologia molecular identificou-se a inserção sequencial “IS 6110”, específica do *Mycobacterium tuberculosis*.

A tuberculose, identificada como doença pelos judeus, foi escolhida para castigar os transgressores das Escrituras Sagradas. Ela está citada no Deuteronômio, cap. 28, ver 22 “O Senhor te ferirá com a tísica e com a febre”.

Os gregos (Escola de Cós) a descreveram como supuração pulmonar. Hipócrates classificou seus sintomas e Galeno os detalhou. A Escola de Salerno, as universidades da Idade Média e toda a medicina da Renascença desenvolveram estudos da tísica, como era conhecida a

tuberculose.

A transmissibilidade da doença foi controversa secular, pois a doutrina hipocrática da hereditariedade chegou a constituir dogma.

Somente em 1855, o francês Jean Antoine Villemin (1827-1892) provou a sua transmissibilidade inoculando material de animais tuberculosos em outros sadios, tuberculizando-os. Em 1882, o alemão Robert Koch (1843-1910) identificou seu agente causal, o *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de Koch.

A tuberculose se propagou no mundo pelo contágio inter-humano. Sua transmissão se dá através da tosse, canto, fala, espirro do tuberculoso que expelle gotículas microscópicas

carregadas de bacilos. Após ressecadas essas gotículas são inaladas, sendo a via respiratória a porta de entrada mais frequente. Entretanto, outras vias são possíveis, como: digestiva, cutânea, ocular, genital, amigdaliana, auditiva, todas, enfim, que possam ter contato direto com o bacilo.

Do continente Europeu, o bacilo propagou-se às demais regiões da terra fazendo enormes devastações nas aglomerações humanas. No século XIX, a tuberculose foi responsável por altas taxas de mortalidade na Europa. Com o advento da moderna quimioterapia, em meados do século XX, as taxas de mortalidade caíram drasticamente no mundo rico, mas a tuberculose continuou sendo um sério problema de saúde pública no mundo pobre.



LAMPEJOS DE MEMÓRIA: ANTOLOGIA ESPECIAL DOS 40 ANOS DA SOBAMES/CE

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Conselheiro do Jornal do Médico
Membro titular da ACM – Cadeira 18
CRM/CE 2412



EM NOVEMBRO DO ANO PRETÉRITO, APÓS O LANÇAMENTO DA 39ª ANTOLOGIA ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MÉDICOS ESCRITORES – REGIONAL CEARÁ (SOBRAMES/CE), DEU-SE INÍCIO A DISCUSSÃO DA FEITURA DE UMA ANTOLOGIA ESPECIAL PARA MARCAR OS 40 ANOS DE FUNDAÇÃO DE NOSSA REGIONAL DESSA SOCIEDADE.

Em reunião anterior, ficou deliberado que, pelo caráter histórico, essa antologia especial seria uma compilação selecionada do que fora publicado em edições precedentes, sendo estabelecido que os convidados a participar seriam aqueles sobramistas, que tivessem tomado parte em, pelo menos, cinco das antologias dos últimos dez anos.

Com fundamento nesse critério se fez um levantamento que foi disposto em uma planilha do Excel que constatou um bom número de sobramistas que, em princípio, preencheria a condição acima.

Considerando que a presente proposta de coletânea não contaria com recursos adicionais oriundos de anúncios de patrocinadores, foi estabelecido que dela deveriam integrar somente os estivessem ativos e adimplentes com a tesouraria da Sobrames/CE, o total de elegíveis.

Com a aplicação desse filtro, os quase quarenta sobramistas inicialmente elegíveis foram convidados, tendo em conta o momento financeiro de cada associado, quantidade essa que foi ampliada por inclusão daqueles que, em tempo hábil, se tornaram quites em suas obrigações financeiras definidas em estatuto e regimento da nossa entidade.

Paralelamente, para garantir a maior operacionalidade editorial, foi conduzido um esforço de se buscar na Expressão Gráfica e Editora os arquivos finais das antologias editadas desde 2012, o que foi possível rastrear e salvar, no sentido de se evitar duplicidade do trabalho de diagramação e de edição.

Na reunião da Sobrames/CE, ocorrida em 9/01/2023, ficaram definidas as seguintes deliberações a serem aplicadas aos que aderirem à proposição em comento: 1. Cada participante participaria com três composições, em verso ou prosa, sem limite de caracteres; 2. O participante, de preferência, indicaria os seus três trabalhos dentre os publicados a partir de 2012, bastando mencionar os títulos e as páginas das antologias em que se encontravam; 3. No caso, de se escolher algum trabalho publicado em antologia anterior a 2012, o sobramista deveria o encaminhar em times new roman do word em arquivo único; 4. Os trabalhos indicados deveriam ser enviados, por e-mail, para a Sobrames com cópia ao editor; 5. A data-limite para envio dos trabalhos era 31 de janeiro de 2023.

Esta obra enfeixa um total de 102 (cento e duas) contribuições resultantes de 34 (trinta e quatro) sobramistas que se habilitaram e aderiram à proposta do lançamento

da antologia especial
comemorativa das quatro
décadas da instalação da
Sobrames/CE. Comporta
realçar que, para alcançar tão
elevada adesão, a Sobrames/
CE se valeu do prestimoso
empenho dos sócios
Sebastião Diógenes e Walter

Miranda.

O título escolhido,
“Lampejos de Memória”,
foi, mais uma vez, fruto da
engenhosidade criativa do
colega Walter Miranda e
a capa é uma montagem
das capas anteriores, todas

elas produzidas pelo exímio
artista plástico e cirurgião
plástico Isaac Furtado,
que, de novo, prontamente
acolheu o pleito da
Sobrames/CE.

In finis, carpe diem!





Mesa diretora e acadêmicos na solenidade de posse da ACM em 29/09/23. (Foto cedida por Angelita de Castro).

POSSES DE JOSÉ MILTON LIMA E LUIZ MOURA NA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Conselheiro do Jornal do Médico
Membro titular da ACM – Cadeira 18
CRM/CE 2412



A ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA (ACM) REALIZOU NA NOITE DE 29 DE SETEMBRO DE 2023, NO AUDITÓRIO REITOR MARTINS FILHO DA REITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC), A SOLENIDADE DE POSSE DOS SEUS NOVOS MEMBROS TITULARES: OS MÉDICOS JOSÉ MILTON DE CASTRO LIMA, GASTROENTEROLOGISTA E PROFESSOR DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFC, E LUIZ GONZAGA MOURA JUNIOR, cirurgião

especialista em cirurgia bariátrica e professor aposentado do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará e atualmente docente do Curso de Medicina da Unichristus, nas Cadeiras 27 e 36, patroneadas pelos médicos Augusto Hyder Correia Lima e Manoel Duarte Pimentel, respectivamente.

As Cadeiras 27 e 36 foram, correspondentemente,

ocupadas anteriormente pelos acadêmicos Martinho Rodrigues Fernando e Francisco Valter da Justa Freitas, que passaram para a categoria de membro titular honorável.

Antecedendo as posses dos noveis membros titulares, a ACM conferiu a outorga do título de membro honorável aos médicos José Wilson Accioly e Francisco Valter da Justa Freitas, sendo saudados pelo Acad. Renan Magalhães Montenegro, comportando ao Acad. Valter Justa fazer uma fala de agradecimento pela outorga do título em epígrafe em nome de ambos homenageados.

Os novos acadêmicos foram recepcionados, em nome da nossa arcádia médica, pelo Acad. Ivan de Araújo Moura Fé, que concentrou o seu pronunciamento na biografia dos noveis Membros Titulares e até listou algumas coincidências existentes, entre eles, que nasceram no mesmo mês de dezembro de 1955 e foram egressos da

mesma turma de médicos da UFC.

Coube, então, aos recipiendários proferirem os seus discursos de posse, os quais, em estilos próprios, trouxeram a lembrança dos feitos de seus respectivos patronos e antecessores em suas Cadeiras e findaram compartilhando, com a seleta audiência, fatos pessoais que culminaram na chegada aos umbrais da ACM.

A solenidade, sob a presidência do Acad. Janedson Baima Bezerra, foi conduzida pelo experiente Acad. Vladimir Távora Fontoura Cruz, como mestre de cerimônia.

Após a conclusão dos trabalhos da concorrida sessão solene, os recipiendários José Milton de Castro Lima e Luiz Gonzaga Moura Junior propiciaram aos confrades e seus convidados um coquetel de conagração nos agradáveis jardins da Reitoria da UFC. ●



DOUTOR HONORIS CAUSA DA UECE AO PROF. DR. ADIB JATENE

**A UNIVERSIDADE
ESTADUAL CEARÁ (UECE)
É MUITO CRITERIOSA E
FAZ COM PARCIMÔNIA
A OUTORGA DOS SEUS
PRINCIPAIS TÍTULOS
HONORÍFICOS, COMO OS
DE PROFESSOR EMÉRITO,
PROFESSOR HONORIS**

CAUSA E DE DOUTOR HONORIS CAUSA.

O título de professor emérito, por exemplo, tem que se originar de um programa de pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado) que aprova a proposição inicial e

somente pode ser concedido pelo Conselho Universitário (CONSU) se o aquinhado tiver aprovado um amplo projeto de atividades a exercer na pós-graduação, nos anos seguintes, e sem qualquer retribuição monetária adicional da Uece,

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Conselheiro do Jornal do Médico
Membro titular da ACM – Cadeira 18
CRM/CE 2412



exceto a que já percebe como docente aposentado.

Ao longo do seu quase meio século de existência, posto que criada em março de 1975, a Uece somente outorgou quatro títulos de professor honoris causa e 34 de doutor honoris causa. A Uece pode inclusive conceder o título de doutor honoris causa em caráter póstumo, como foi o do historiador Capistrano de Abreu.

No caso específico do Professor Dr. Adib Domingos Jatene a aprovação da concessão não foi póstuma, mas em vida, exatamente em 4 de março de 2013 e até se pretendia que a outorga fosse ao ensejo das comemorações dos dez anos de instalação do Curso de Medicina da Uece, cuja aula inaugural fora por ele ministrada em 25 de março de 2003.

Essa solenidade não fora concretizada naquele momento em decorrência de problemas da coluna vertebral do homenageado, que o impediam de se deslocar em viagens mais longas de avião, para cobrir o

trajeto São Paulo-Fortaleza-São Paulo.

Em outubro de 2014, tendo recebido a autorização do seu ortopedista para vir à Fortaleza, o Dr. Adib Jatene pediu para agendar a data para receber a outorga em epígrafe.

No entanto, acometido por problemas cardíacos, ele foi subitamente retirado do nosso convívio em 14 de novembro de 2014.

O Professor Manassés Claudino Fonteles, nos anos seguintes, fez algumas tratativas, junto ao Prof. Dr. Fábio Jatene, para trazer para Fortaleza um dos quatro filhos do Professor Adib Jatene, a fim de realizar a sessão solene da entrega do galardão acadêmico.

Quando se estava prestes a um acordo de agendas entre as partes envolvidas, as negociações foram interrompidas pela chegada da pandemia de Covid-19, o que postergou a devida entrega do título honorífico.

Em 2022, já tendo findado o reconhecimento da

Covid-19 como pandemia, a Uece passou a discutir, internamente, os eventos que poderiam acontecer para marcar as celebrações dos 20 anos da criação e do funcionamento do seu Curso de Medicina, a MedUece, sendo, de pronto, vislumbrada a possibilidade de resgatar a homenagem ao Prof. Dr. Adib Jatene, cuja outorga não fora materializada, conforme se desejara ao tempo dos dez anos da MedUece.

Como estava em tramitação a proposta da concessão pela Uece do título de doutor honoris causa ao Prof. Dr. Manassés Claudino Fonteles, que, como reitor da Uece, teve um papel crucial na criação e na instalação da MedUece, considerou-se oportuna agregar em uma única sessão solene do Conselho Universitário as outorgas dos títulos honoríficos, o do Dr. Adib Jatene, que estava em falta e aquele que se encontrava prestes de aprovação, o do Dr. Manassés Fonteles, efetivado pela Resolução do CONSU Nº 1.878, de 30 de junho de 2023.

>>>

Conclusos os aspectos burocráticos, foi marcada, para a noite de 6 de outubro de 2023, a reunião extraordinária do CONSU, de caráter solene, com o fito exclusivo de outorga do título de Doutor Honoris Causa ao Prof. Dr. Manassés Claudino Fonteles e de entrega (in memoriam) do título de Doutor Honoris Causa ao Prof. Dr. Adib Domingos Jatene.

Infelizmente, apesar do claro interesse dos filhos do Dr. Adib Jatene, não foi possível contar com a presença física de um deles, que decidiram se fazer representar na solenidade por intermédio de um colega médico que guardava muita identificação profissional e de laços de amizade com o homenageado e seus desdobramentos celulares,

indicando o Prof. Dr. José Glauco Lobo Filho, um cirurgião cardiovascular de nomeada e professor da Universidade Estadual Ceará.

Eis o e-mail com a devida autorização da família Jatene que me foi enviada por WhatsApp pelo Prof. Dr. Fábio Jatene, filho e continuador da obra do Prof. Dr. Adib Jatene.

“Caro Prof Marcelo Gurgel, bom dia.

Muito obrigado pela sua gentil mensagem e pelo reconhecimento ao trabalho e trajetória do meu pai, Prof. Adib Jatene.

Infelizmente não conseguirei comparecer na solenidade e seria muito oportuno se o

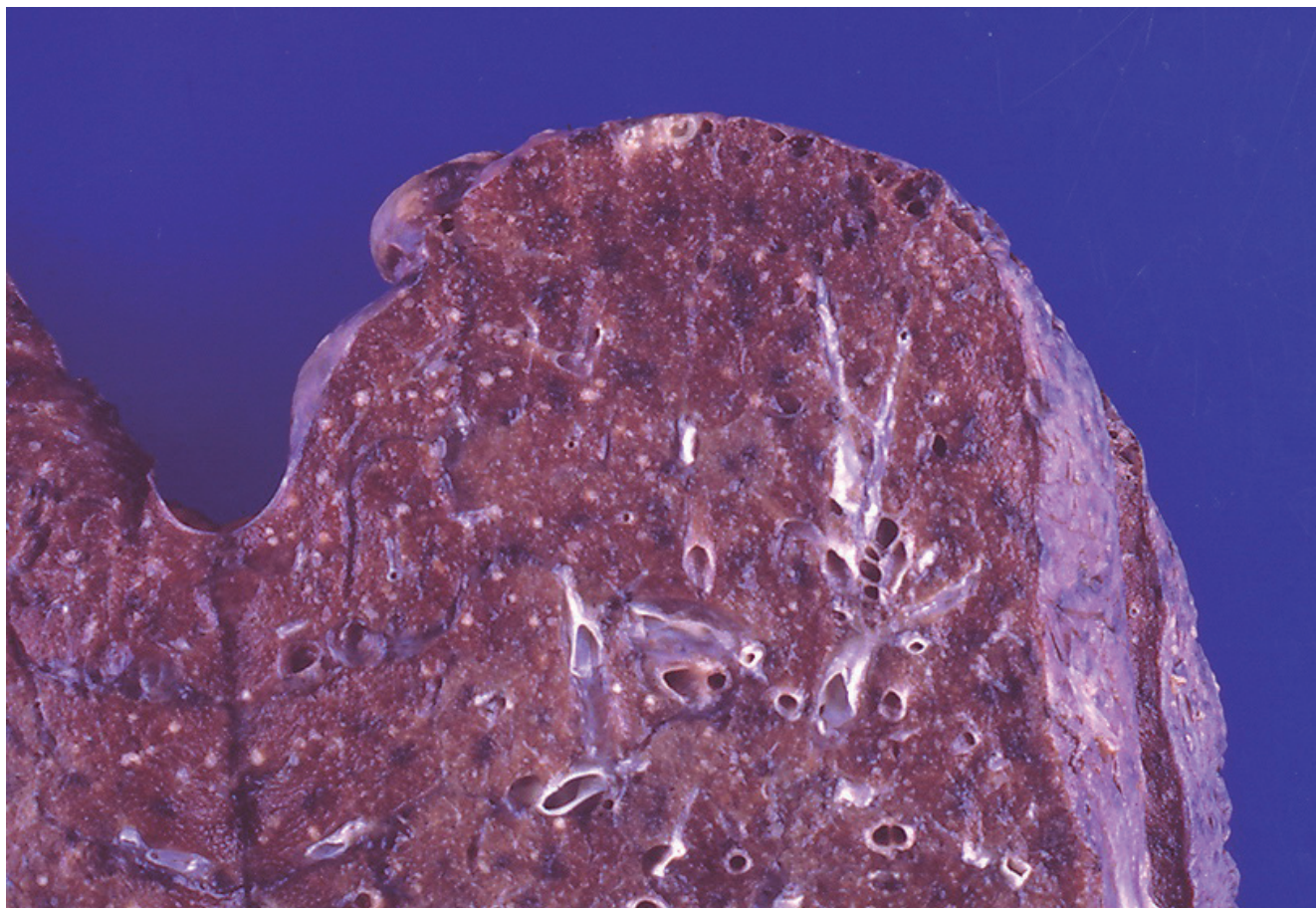
Prof. Glauco Lobo pudesse nos representar, recebendo essa tão significativa homenagem.

O Prof. Glauco é um grande amigo e era pessoa que tinha uma grande e recíproca estima pelo meu pai.

Assim, essa homenagem poderia ser efetivada, na mesma oportunidade a que será outorgada ao Prof. Manassés, seu amigo.

Estou à disposição para futuros entendimentos e tratativas, até a data estipulada, para que tudo possa correr da melhor maneira possível. Muito obrigado. Fábio Jatene.”

Assim foi feito... e assim foi escrito.



TUBERCULOSE MILIAR

ARTIGO DE REVISÃO 2023

INTRODUÇÃO

A TUBERCULOSE MILIAR É UMA FORMA POTENCIALMENTE FATAL DE DOENÇA

DISSEMINADA, DEVIDO À DISSEMINAÇÃO HEMATOGÊNICA DO BACILO DA TUBERCULOSE PARA OS PULMÕES E OUTROS

ÓRGÃOS. RESULTA NA FORMAÇÃO DE FOCOS TUBERCULOSOS DO TAMANHO DE SEMENTES DE MILHO (1 A 2 MM).

O termo tuberculose

>>>

AUTOR: DR. DYLVARDO SULIANO

Colunista do Jornal do Médico
e Pneumologista

CRM/CE 3886 RQE 8927

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



miliar foi cunhado pela primeira vez por John Jacobus Manget em 1700, ao descrever um espécime patológico com minúsculos tubérculos, semelhantes a sementes de milho na aparência. Originou-se da palavra latina miliarius, relacionada à semente de milho. A tuberculose disseminada é definida como o envolvimento simultâneo de pelo menos dois órgãos não contíguos do corpo ou infecção do sangue, medula óssea ou fígado. Manchas miliares em uma radiografia de tórax são a marca clássica que apoia o diagnóstico de tuberculose miliar. A tuberculose miliar é classificada como tuberculose pulmonar e extrapulmonar.

Etiologia

A tuberculose miliar é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. O hospedeiro humano serve como um reservatório natural. *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti*, juntamente com a *M. tuberculosis*, são conhecidos como complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Outros organismos micobacterianos

são classificados como organismos micobacterianos não tuberculosos ou atípicos. *M. tuberculosis* é uma bactéria intracelular, não formadora de esporos, não móvel, aeróbica obrigatória, facultativa, catalase negativa. É coloração de Gram neutra e corada pela coloração de Ziehl-Neelsen. A presença de ácidos micólicos na parede celular, confere solidez aos ácidos quando descolorados com ácido-álcool e são, portanto, conhecidos como álcool e bacilo ácido-resistente (AARB).

Epidemiologia

Os padrões epidemiológicos da tuberculose militar foram alterados devido ao uso generalizado de imunossuppressores, agentes biológicos e quimioterapia, além do aumento da prevalência de diabetes mellitus, doença renal crônica, alcoolismo, transplante de órgãos, surgimento da pandemia de HIV/AIDS, e imigração de países altamente endêmicos. Em 2018, o Relatório Global sobre Tuberculose da Organização

Mundial da Saúde estimou, que dez milhões de pessoas desenvolvem TB e 1,3 milhões morrem da doença em todo o mundo, anualmente.

De acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças, 8.920 novos casos de tuberculose foram relatados nos Estados Unidos no ano de 2019.

A tuberculose miliar é responsável por cerca de 1 a 2% de todos os casos de tuberculose, e até 20% de todas as formas de tuberculose extrapulmonar, em indivíduos imunocompetentes. Antes do advento dos antibióticos, pensava-se que a tuberculose miliar era uma doença de bebês e crianças. No entanto, atualmente, a doença tem distribuição etária bimodal, com um pico ocorrendo em adultos jovens e adolescentes, e o segundo pico ocorrendo em idosos, com leve preponderância masculina.

Histopatologia

Quando examinada grosseiramente, a tuberculose miliar é

caracterizada por lesões pequenas, pontilhadas, cinzentas a marrom-avermelhadas e arredondadas, de tamanho mais ou menos uniforme, observadas nos pulmões e em vários outros órgãos. Em um indivíduo imunocompetente, microscopicamente, cada foco representa um tubérculo típico com necrose caseosa no centro, com bacilos da tuberculose cercados por células gigantes típicas do tipo Langerhans, células epitelióides, linfócitos e fibrócitos. No entanto, em indivíduos imunossuprimidos, os focos mostram caseação com bacilos da tuberculose sem formação de granuloma, conhecida como TB miliar não reativa.

História e Exame Físico

As características clínicas da TB miliar são geralmente inespecíficas, multiformes e permanecem obscuras até o final do curso da doença. São tipicamente subagudos ou crônicos, e muito raramente podem apresentar-se de forma aguda. Os sintomas do paciente geralmente

variam desde sintomas constitucionais inespecíficos na forma de febre, fraqueza generalizada, perda de peso, cansaço e tosse, até disfunção específica de órgão, secundária ao envolvimento tuberculoso.

Os locais extrapulmonares mais comuns incluem o sistema linfático, ossos e articulações, fígado, sistema nervoso central (SNC) e glândulas supra-renais. Os achados físicos incluem hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia.

Clinicamente, são relatadas duas variantes principais de TB miliar, dependendo do perfil demográfico e das características clínicas, a saber: TB miliar aguda clássica e a TB miliar criptogênica.

TB Miliar Aguda

A TB miliar aguda é observada abaixo dos 40 anos de idade. A maioria dos pacientes apresenta sintomas constitucionais, ou pode apresentar sinais e sintomas relacionados a um órgão, devido à natureza sistêmica da

doença. Aumento noturno da temperatura e suores noturnos com duração de 1 a 2 semanas, são classicamente descritos, embora o paciente possa apresentar picos de febre no início da manhã. Tosse seca com expectoração escassa e dispneia, são outros sintomas comuns e, às vezes, os pacientes podem apresentar hemoptise. A SDR é uma apresentação fatal rara da tuberculose miliar.

Os tubérculos coróides, se observados no exame de fundo de olho, fornecem uma pista valiosa para o diagnóstico. Os tubérculos coróides são lesões bilaterais, pálidas, branco-acinzentadas ou amareladas, geralmente com menos de um quarto do tamanho do disco óptico, e estão localizadas a 2 cm do nervo óptico. Quando presentes, os tubérculos coróides são considerados patognomônicos de TB miliar. Eles ocorrem mais comumente em crianças.

O envolvimento da pele pode ocorrer na forma de máculas e pápulas eritematosas (tuberculose miliária cutânea).



O envolvimento neurológico ocorre na forma de cefaleia secundária à meningite tuberculosa (TBM), com ou sem formação de tuberculoma, e anormalidade motora ou sensorial devido à mielopatia transversa torácica. A TBM foi descrita em 10% a 30% dos pacientes adultos com TB miliar.

O envolvimento musculoesquelético é responsável por 10% dos casos de TB extrapulmonar. Seu local mais comum é o envolvimento vertebral, na forma de espondilite tuberculosa (Mal de Pott), seguida de artrite séptica. Também pode ocorrer na forma de osteomielite, tenossinovite, bursite e piomiosite. O Mal de Pott apresenta-se clinicamente como sintomas constitucionais, dor nas costas, sensibilidade, paraplegia ou paraparesia e deformidades cifóticas ou escolióticas.

A TB abdominal ocorre após disseminação hematogênica a partir de foco pulmonar, ou por disseminação local, a partir do trato gastrointestinal ou abdômen,

como fonte primária. A TB abdominal pode ocorrer como envolvimento hepático, intestinal ou peritoneal. O envolvimento hepático apresenta-se como dor abdominal localizada no quadrante superior direito, náuseas, vômitos, febre e fadiga generalizada. Icterícia e hepatoesplenomegalia são observadas clinicamente.

A TB intestinal geralmente se apresenta com febre, retardo de crescimento, deficiências de micro e macronutrientes, hábitos intestinais alterados, e obstrução intestinal subaguda a aguda. Deve-se suspeitar de peritonite tuberculosa, em um paciente que apresenta queixas de febre, fadiga, dor abdominal e ascite. Às vezes, a apresentação pode ser confundida com abdome agudo. Os tubérculos miliares podem ser encontrados no omento e nas superfícies peritoneais. A biópsia e a histopatologia fornecerão o diagnóstico.

A TB miliar pode se manifestar como insuficiência adrenal evidente (doença de

Addison) no momento da apresentação inicial, ou durante o tratamento antituberculoso.

O envolvimento cardíaco e renal, clinicamente significativo, é incomum; entretanto, pode causar miocardite, insuficiência cardíaca congestiva, endocardite, aneurismas micóticos e lesão renal aguda, diretamente ou como uma constelação síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (SDMO).

Embora a apresentação clínica da TB miliar em crianças seja semelhante à dos adultos, elas apresentam diferenças importantes. A TB miliar desenvolve-se com menos frequência em crianças que receberam a vacinação BCG. Em crianças com TB miliar, calafrios, sudorese noturna, hemoptise e tosse produtiva foram relatados com menos frequência, enquanto linfadenopatia periférica e hepatoesplenomegalia, são mais comuns em comparação com adultos. A TBM é observada com mais frequência em crianças com TB miliar (20%–40%), em

comparação com adultos (15% a 30%).

A apresentação clínica da TB em pacientes HIV, depende da contagem de CD4+. Pacientes com contagem de CD4+ >200 células/mm, apresentam evolução da doença semelhante à de indivíduos imunocompetentes. Quando a contagem de CD4+ é < 200 células/mm ou imunossupressão profunda por qualquer causa, ocorrem manifestações atípicas de TB miliar na forma de envolvimento cutâneo, linfadenopatia intratorácica e anergia tuberculínica.

TB miliar criptogênica

Ocorre principalmente em pacientes com mais de 60 anos de idade. A apresentação clínica envolve ausência de febre, perda progressiva de peso e debilidade geral, como características clínicas dominantes, mimetizando um carcinoma metastático, juntamente com hepatoesplenomegalia leve. Os pacientes apresentam radiografia de tórax normal e teste tuberculínico cutâneo

negativo, causando atraso no diagnóstico.

Avaliação

Resultados de Laboratório

As alterações hematológicas observadas na TB miliar, são geralmente inespecíficas. O paciente pode ter pancitopenia, anemia, leucopenia, leucocitose predominantemente linfocitose, trombocitopenia ou trombocitose. A anormalidade hematológica mais comum encontrada na TB miliar, é a anemia de doença crônica. Reagentes de fase aguda elevados, na forma de velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), são frequentemente encontrados. A reação leucemóide também é descrita, e pode ser confundida com leucemia. A coagulação intravascular disseminada (CID) é rara, e observada no contexto de MODS e SDRA.

Os painéis bioquímicos podem ser normais ou apresentar distúrbios sutis. A hiponatremia, secundária ao envolvimento meníngeo

ou a níveis anormais de hormônio antidiurético, é frequentemente encontrada e é um indicador de envolvimento neurológico. Hiperbilirrubinemia, hipoalbuminemia (reagente de fase aguda negativo) e fosfatase alcalina elevada, também são observadas. Hipercalcemia, embora rara, também foi relatada.

Diagnóstico

Devido à alta morbimortalidade associada à doença, é pertinente que o clínico tenha um alto índice de suspeita da doença, mesmo no cenário de apresentações clínicas variadas. Uma abordagem multifacetada que compreende anamnese meticulosa, exame clínico completo, investigação radiológica e laboratorial, é necessária para o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Não existem diretrizes uniformes para o diagnóstico da tuberculose miliar. Os seguintes critérios foram sugeridos para o diagnóstico de TB miliar: (i) apresentação clínica consistente com

>>>

um diagnóstico de TB, como pirexia com aumento noturno de temperatura, perda de peso, anorexia, taquicardia e sudorese noturna com duração superior a seis semanas responsivo ao tratamento antituberculose; (ii) padrão miliar clássico na radiografia de tórax; (iii) lesões pulmonares reticulonodulares difusas bilaterais em um fundo de sombras miliares demonstráveis na radiografia simples de tórax ou na TCAR; e (iv) evidências microbiológicas, citopatológicas, histopatológicas ou moleculares de TB.

A radiografia de tórax mostra manchas miliares típicas, ou seja, lesões discretas e uniformes (1 a 2 mm) em formato de milheto, distribuídas homogeneamente em todas as zonas pulmonares, o que também é a marca registrada para fazer o diagnóstico de TB miliar. Entretanto, nos estágios iniciais da doença ou na TB criptogênica, o mesmo não pode ser observado, para os quais a tomografia de tórax

de alta resolução (TCAR) é aconselhável para lesões parenquimatosas, enquanto a TC com contraste detecta melhor a linfadenopatia, calcificação e doença pleural. Em localizações extrapulmonares, a ultrassonografia, a TC com contraste e a ressonância magnética, são úteis para diagnosticar a extensão do envolvimento de órgãos. Recentemente, a tomografia computadorizada por emissão de pósitrons tem sido uma ferramenta de investigação para avaliação de suspeita de TB.



Radiografia do tórax em PA que mostra depósitos miliares que aparecem como nódulos de 1 a 3 mm de diâmetro, de tamanho uniforme e distribuídos uniformemente.



TCAR do Tórax mostra múltiplas densidades nodulares de ramificação centrolobular e peribroncovascular minúsculas, observadas espalhadas difusamente e igualmente nos pulmões bilaterais, tanto nos lobos superiores quanto nos inferiores.

O teste cutâneo tuberculínico (PPD) mostra anergia na TB miliar com mais frequência do que na TB pulmonar, mas pode se tornar positivo durante a terapia antituberculose. Um ensaio de liberação de interferon gama (IGRA) positivo indica unicamente a infecção, e não significa doença ativa; portanto, seu uso é limitado em áreas altamente endêmicas. Na fundoscopia, a presença de tubérculos coróides é diagnóstica de TB miliar.

Procedimentos diagnósticos invasivos são indicados para pacientes com suspeita

de TB extrapulmonar. Além de testar amostras dos locais envolvidos (por exemplo, LCR para meningite tuberculosa, líquido pleural, líquido ascítico, aspirado gástrico, urina e pus de um abscesso frio), a biópsia e a cultura da medula óssea e do tecido hepático, proporcionam um bom diagnóstico com alto rendimento em TB miliar. Procedimentos radiológicos guiados por imagem, como aspiração com agulha fina para exame citológico (PAAF) e biópsia guiada por tomografia computadorizada ou ressonância magnética, são úteis para obter tecidos e fluidos corporais para testes diagnósticos.

O diagnóstico definitivo da TB, depende do isolamento e detecção de isolados micobacterianos de uma amostra clínica (expectoração, fluidos corporais, tecidos e amostras de biópsia) e da inoculação em meio à base de ágar (por exemplo, Lowenstein-Jensen) ou detecção em meio líquido com fluorescência. As amostras são avaliadas para visualização direta

de bacilos álcool-ácido resistentes usando coloração com ZN ou coloração com auramina-rodamina (corante fluorocromo), que é mais sensível que a coloração convencional com ZN. A amostra deve ser cultivada em meio LJ sólido padrão, juntamente com a inoculação em meio líquido (por exemplo, BACTEC MGIT 960). A vantagem de usar meios de base líquida reduziu o tempo de diagnóstico de 6 a 8 semanas em meios sólidos para 1 a 3 semanas em meios líquidos, juntamente com testes simultâneos de sensibilidade aos medicamentos para resistência aos medicamentos.

O exame de hemocultura não é empregado para isolamento de micobactérias. Geralmente são negativos, embora resultados positivos possam ser observados em indivíduos imunocomprometidos com disseminação hematogênica. *M. tuberculosis* pode ser diferenciada de micobactérias não tuberculosas, isoladas por hibridização usando sondas de ácido nucleico ou métodos bioquímicos ou por

espectrometria de massa de tempo de voo de dessorção/ionização a laser assistida por matriz (MALDI-TOF).

O exame histopatológico de uma amostra de biópsia de tecido é característico, e mostra inflamação granulomatosa com necrose caseosa central, com ou sem bacilos da tuberculose. A demonstração de granuloma tuberculoso na amostra de biópsia, em um cenário clínico típico, é sugestiva de tuberculose; entretanto, é necessária a demonstração de bacilos por coloração ou cultura para confirmar o diagnóstico.

A aplicação de métodos moleculares como PCR, Gene Xpert MTB/RIF e ensaios de sonda de linha (LPA) podem ser úteis para o diagnóstico precoce da TB pulmonar e extrapulmonar, juntamente com a detecção de resistência aos medicamentos no bacilo da tuberculose. Essas técnicas são vantajosas porque os resultados dos testes podem estar disponíveis em poucas horas, e podem ser usados em uma ampla variedade de amostras para o diagnóstico de TB e

>>>

resistência a medicamentos.

Os testes sorológicos não são recomendados para a detecção da TB, devido à baixa sensibilidade e especificidade. No entanto, a adenosina desaminase (ADA) e o interferon-gama (IFN- γ), podem ser usados como adjuvantes para o diagnóstico de tuberculose em fluidos pleural, pericárdico e ascítico.

A ADA também encontrou utilidade no diagnóstico de meningite tuberculosa. O valor de corte da ADA para derrame pleural e derrame pericárdico é 40 U/L, para ascite tuberculosa 39 U/L, e para LCR é 10 U/L. Os níveis de ADA podem estar falsamente elevados em casos de empiema, derrames parapneumônicos e doenças malignas, como linfoma, endometriose e distúrbio vascular do colágeno. ADA elevada no LCR, também pode ser observada na malária cerebral, brucelose, neurossarcoidose, meningite piogênica fulminante, AIDS e linfoma do LCR.

Tratamento e Acompanhamento

O uso de um regime medicamentoso antituberculose padrão para TB pulmonar, também é aplicável ao tratamento da tuberculose miliar. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um regime de tratamento padrão de 6 meses consiste em dois meses de tratamento de fase intensiva com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, e quatro meses de fase de continuação com isoniazida e rifampicina.

A duração do tratamento pode ser modificada, de acordo com a faixa etária afetada e a localização da doença primária. Uma duração mais longa do tratamento é aconselhável para crianças, indivíduos imunocomprometidos, pacientes com resposta clínica lenta, meningite tuberculosa, linfadenite tuberculosa e TB esquelética. A duração mínima geralmente recomendada da terapia é de nove meses para TB esquelética, e 12 meses para TBM. Para a TB abdominal, nove meses de terapia costumavam ser a abordagem convencional.

No entanto, um estudo randomizado multicêntrico recente mostrou que 6 meses e 9 meses de terapia são equivalentes.

É importante suspeitar e documentar o envolvimento neurológico (particularmente TBM), em todos os casos de TB miliar, por dois motivos: Para garantir a duração adequada da terapia (que geralmente é de 12 meses na TBM) e a necessidade de terapia concomitante com esteróides.

Para pacientes previamente tratados, as diretrizes da OMS defendem, que amostras para cultura e teste de suscetibilidade a medicamentos (TSA), sejam obtidas de todos os pacientes com TB previamente tratados, no início ou antes do início do tratamento. O TSA deve ser realizado pelo menos para isoniazida e rifampicina e, em locais onde estão disponíveis, TSA moleculares rápidos, porque os resultados do TSA devem orientar a escolha do regime. A duração do tratamento também pode ser individualizada de acordo com o cenário clínico

encontrado.

É aconselhável fazer o rastreio da diabetes e do status HIV do doente com suspeita de TB miliar, antes da administração do tratamento antituberculose e vice-versa. Tratamento antirretroviral (TARV) para todos os pacientes com TB HIV-positivos, nas primeiras oito semanas após o início do tratamento para TB, e dentro de duas semanas em pacientes com TB HIV-positivos profundamente imunossuprimidos com baixas contagens de CD4 inferiores a 50, por receio de resposta inflamatória de reconstituição imunológica (ÍRIS).

As intervenções médicas e cirúrgicas necessárias, são aconselháveis tanto para fins diagnósticos quanto terapêuticos. Ventilação mecânica para complicações de SDRA, cirurgia gastrointestinal para perfuração do intestino delgado e cirurgia de derivação ventriculoperitoneal para TBM, podem ser realizadas para diminuir as complicações da TB.

Embora faltem evidências substanciais, o uso de corticosteróides na TB miliar demonstrou eficácia clínica em alguns cenários, nomeadamente na insuficiência adrenal, meningite tuberculosa, grande derrame pericárdico ou pleural, síndrome inflamatória de reconstituição imunológica (IRIS), síndrome de desconforto respiratório agudo (SDRA), nefrite de imunocomplexos e síndrome hemofagocítica secundária.

Os testes de função hepática (TFH) devem ser realizados no início da terapia antituberculose e durante o tratamento. Testes de função hepática seriados devem ser realizados, para verificar se há hepatite induzida por drogas. Os critérios para hepatite induzida por drogas evoluíram ao longo do tempo. É considerada quando, na ausência de sintomas, há elevação das transaminases em até 5 vezes o limite superior da normalidade (LSN) e na presença de sintomas até 3 vezes o LSN, ou a bilirrubina sobe duas vezes o LSN,

desde que causas como hepatite viral aguda, hepatite autoimune e outras doenças hepáticas sejam descartadas.

Uma vez descoberto que o paciente tem hepatite induzida pela terapia antituberculose, todos os medicamentos hepatotóxicos (isoniazida, rifampicina e pirazinamida) devem ser interrompidos, e o paciente deve receber tratamento modificado, para evitar maiores danos ao fígado. A reexposição da terapia padrão pode ser feita de acordo com as diretrizes da British Thoracic Society ou da American Thoracic Society, uma vez que os testes da função hepática tenham normalizado. Eles defendem um aumento incremental de medicamentos da terapia ou a reintrodução na dosagem completa.

Diagnóstico diferencial

Etiologias clínicas variadas podem apresentar-se como um padrão miliar na radiografia de tórax e na TC e, portanto, é necessária uma investigação minuciosa para se chegar a

>>>

uma conclusão etiológica. Além da tuberculose miliar, outras causas de nodulação miliar incluem histoplasmose, blastomicose, coccidioidomicose, nocardiose, sarcoidose, carcinoma pulmonar com linfangite, carcinomatose, carcinoma metastático, disseminação de infecção piogênica de um local remoto, hemossiderose pulmonar e pneumonite de hipersensibilidade.

Prognóstico

A tuberculose miliar apresenta alta morbidade e mortalidade, se não for tratada adequadamente. O atraso no diagnóstico e a falta de início do tratamento antituberculose específico, parecem ser o fator mais importante responsável pela mortalidade. A mortalidade relacionada à TB miliar é de cerca de 15 a 20% em crianças, e é ligeiramente maior em adultos, entre 25% a 30%.

Em pacientes com SDRA devido à TB miliar, um Pontuação Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II)

maior que 18, ou pontuação menor ou igual a 18, na presença de hiponatremia e relação entre tensão arterial de oxigênio (PaO₂) e fração inspirada de oxigênio (FIO₂) menor ou igual a 108,5, foram identificados como preditores de morte.

Complicações

Devido ao extenso espectro clínico da tuberculose, agravado pela carga do HIV, juntamente com o uso de medicamentos imunossupressores, qualquer atraso no diagnóstico, pode causar estragos ao paciente. A administração tardia do tratamento, pode levar a diversas complicações, nomeadamente:

ARDS
Síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (MODS)
Empiema tuberculoso
Síndromes de vazamento de ar (pneumotórax e pneumomediastino)
Derrame pericárdico tuberculoso e pericardite
Síndrome inflamatória de reconstituição imunológica (IRIS)
Miocardite, endocardite de válvula nativa e protética e

massas intracardíacas
Aneurisma micótico da aorta
Meningite tuberculosa com déficits neurológicos focais
Amiloidose sistêmica
Glomerulonefrite por imunocomplexos
Supressão da medula óssea, coagulação intravascular disseminada (DIC)

Dissuasão e educação do paciente

A educação e o aconselhamento dos pacientes, são os pilares do tratamento da tuberculose. Devem ser fornecidos materiais educativos adequados à população em risco, para aumentar a detecção precoce da tuberculose. Uma vez diagnosticado um paciente com tuberculose, deve-se dar importância ao fato de que o paciente recebe informações adequadas sobre a doença que sofre, e as formas que pode adotar para prevenir a transmissão da doença aos seus familiares. O paciente deve ser ensinado sobre o regime medicamentoso adequado, a importância da adesão ao tratamento e os sintomas de qualquer

toxicidade medicamentosa, e comunicá-los ao profissional de saúde para a otimização adequada do regime medicamentoso.

Prevenção e outras questões

O desenvolvimento da vacina BCG e a sua utilização em países subdesenvolvidos ajudaram a diminuir a tuberculose pediátrica. No entanto, ainda precisamos de desenvolver novos medicamentos e formas de combater a doença e a sua crescente resistência aos medicamentos e complicações associadas. As campanhas de sensibilização sobre os sintomas da doença e o seu tratamento adequado, visando sensibilizar a população em geral, juntamente com o manejo adequado dos pacientes e das suas amostras pelos profissionais de saúde, são de extrema importância para o manejo eficaz da carga da doença. O rastreio adequado da tuberculose latente é necessário para que as populações susceptíveis diminuam a incidência da doença. Novas estratégias precisam ser previstas para detecção precoce,

tratamento adequado e manejo adequado das complicações.

Melhorando os resultados da equipe de saúde

Uma equipe interprofissional, que forneça uma abordagem holística e integrada para o diagnóstico e tratamento precoce da tuberculose miliar, pode ajudar a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. A anamnese bem estruturada e o reconhecimento precoce dos sintomas pelos médicos, o manejo adequado do paciente pelas enfermeiras, e as precauções adequadas tomadas pelo pessoal do laboratório para as amostras fornecidas para detecção da tuberculose, são essenciais para impedir a propagação da doença no hospital e na comunidade.

A administração precoce da terapia antituberculose sob orientação, também descrita como DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração), é vital para a resolução da doença, e o reconhecimento imediato de qualquer efeito colateral

da terapia antituberculose é essencial. O papel do farmacêutico torna-se vital no manejo das complicações induzidas pelo tratamento antituberculose e no uso de doses modificadas e outros medicamentos, para continuar o tratamento com mínimos efeitos adversos da terapia.

Colaboração, tomada de decisão compartilhada e comunicação, são elementos críticos para um bom resultado. O cuidado interprofissional prestado ao paciente deve utilizar um caminho de cuidado integrado, combinado com uma abordagem baseada em evidências para avaliação e manejo da doença.

Fonte: National Library of Medicine de abril/2023

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562300/> ●

Jornal do Médico®

Sua Fonte de Confiança e Qualidade



Nosso propósito é **valorizar a medicina** e entregar o **melhor conteúdo** em vários formatos até você!

**CONTAGEM
REGRESSIVA**



Fundado em
18 Outubro 2004



@jornaldomedico |



| jornaldomedico.com.br