

Jornal do Médico®



FREDERICO **ARNAUD**



DR. RENATO EVANDO
Direito Médico na
Medicina de Família
e Comunidade



DR. ERICH LISBOA
Endocrinologia no
mês de setembro



DR. MATHEUS VERAS
Colisão entre
veículos deixa 32
vítimas fatais




**DR. DYLVARDO
SULIANO**
Equilibrando riscos
e benefícios do uso
de cannabis

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**

SETEMBRO DA SAÚDE

Em setembro, o Jornal do Médico traz informações cruciais para a área da saúde na Edição 43/2023. Na capa, destacamos o Dr. Frederico Arnaud, um emergencista cearense de renome, com uma caricatura elaborada pelo artista plástico Dr. Lúcio Flávio.

Endocrinologia e Saúde

Mental: Destacamos artigos do Prof. Dr. Erich Lisboa e da Dra. Lilian Chehade do Movimento Médicos Atletas sobre Endocrinologia. Além disso, o Dr. Matheus Veras aborda questões importantes relacionadas ao Setembro Amarelo.

Cannabis Medicinal e

Outros Tópicos: O colunista Dr. Dylvar do Suliano explora a Cannabis Medicinal. Também apresentamos o Método Padovan® com a Profa. Lillian Pereira e Profa. Sandra Padovan, além de uma discussão sobre Direito Médico com o Prof. Dr. Renato Evando.

Perspectivas e

Reconhecimento: Dra. Ana Margarida explora “O Massacre de São Bartolomeu”, e o Dr. Marcelo Gurgel destaca os

urologistas membros na Academia Cearense de Medicina, e outros tópicos relevantes.

Educação Médica em Destaque:

Não podemos deixar de mencionar o Curso de Medicina do UNICHRISTUS, que conquistou o selo inédito de acreditação SAEME-CFM, um avanço notável na qualidade da educação médica.

Agradecemos a todos, incluindo patrocinadores, colaboradores e autores, por tornarem esta edição uma fonte rica de conhecimento. Aproveite a leitura!



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

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 43/2023 [Setembro] Emergência, Endocrinologia e 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

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 11

CURSO DE MEDICINA DO UNICHRISTUS É PIONEIRO COM O SELO DE ACREDITAÇÃO SAEME-CFM DE ESCOLA MÉDICA PRIVADA NO CEARÁ

PÁGINA 06

EMERGÊNCIA:
INTUBAÇÃO
OROTRAQUEAL NA
PEDIATRIA

PÁGINA 13

ENDOCRINOLOGIA NO
MÊS DE SETEMBRO



PÁGINA 16

IMPORTÂNCIA DA
ENDOCRINOLOGIA NO
ESPORTE

PÁGINA 20

“COLISÃO ENTRE
VEÍCULOS DEIXA 32
VÍTIMAS FATAIS”



PÁGINA 23

MEDICINA
DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE:
BIODIREITO E
BIOÉTICA

PÁGINA 27

A IMPORTÂNCIA DA
LINHA DE CUIDADO
NO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DA
ENDOMETRIOSE



PÁGINA 30

MÉTODO PADOVAN®,
UMA ABORDAGEM
DE REORGANIZAÇÃO
NEUROFUNCIONAL
PARA O TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA



PÁGINA 39

EQUILIBRANDO
RISCOS E BENEFÍCIOS
DO USO DE CANNABIS

PÁGINA 47

O MASSACRE DE SÃO
BARTOLOMEU

PÁGINA 49

UROLOGISTAS
TITULARES DA
ACADEMIA CEARENSE
DE MEDICINA

PÁGINA 54

PAULO MARCOS
LOPES: DO CENTRO
CIRÚRGICO À
ACADEMIA CEARENSE
DE MEDICINA

PÁGINA 58

SELECTA LITERÁRIA

A close-up photograph of a doctor's hands holding a red stethoscope. The doctor is wearing a white lab coat and a gold watch. The background is a soft, light blue gradient.

A C&C

Contabilidade
cuida das suas
finanças para você
cuidar de quem
mais importa: **seus
pacientes!**

 (85) 9.9117.7969

 @cecontabilidadegerencial

 coutinhoecarvalhocontabilidade

 carvalho@coutinhoecarvalho.com.br

 www.coutinhoecarvalho.com.br



EMERGÊNCIA: INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL NA PEDIATRIA

ATENDER A POPULAÇÃO PEDIÁTRICA NA EMERGÊNCIA É SEMPRE UM DESAFIO A MAIS, E NÓS, COMO EMERGENCISTAS,

ADORAMOS UM DESAFIO. Quando falamos desta faixa etária, percebemos o quanto a maioria dos profissionais tem dificuldade e medo de atendê-las. Nossa formação

engloba, dentre outras especialidades, a pediatria, para tentar suprir esta demanda e assim nos dar segurança para atender as emergências pediátricas

>>>

AUTOR: YURY TAVARES DE LIMA

Residência em Medicina de Emergência pela ESP-CE, Preceptor das residências de Medicina de Emergência da ESP-CE e IJF-CE, Diretor do Núcleo de Educação em Urgências, SAMU Ceará, Mestrando em Ciências Médicas pela UNIFOR e docente de medicina UNINTA Campus Sobral.

CRM/CE 17787 RQE 11317
Instagram @yurytavares_1



mais comuns (e incomuns). O manejo da via aérea é uma habilidade definidora da nossa especialidade, e não seria diferente na população infantil. Porém, assim como situações de parada cardiorrespiratória, por exemplo, a intubação orotraqueal também é uma situação que traz insegurança e receio por parte de muita gente, já que são procedimentos pouco realizados em geral na pediatria, mesmo em hospitais de referência, se comparado ao número de intubações realizadas numa emergência referência para o público adulto. Assim como todo procedimento, são necessários domínio teórico e prático para que a segurança esteja presente. Treinar é lei.

Existem algumas diferenças importantes entre a intubação da população adulta e pediátrica. A mais óbvia, por exemplo, é a dose das drogas utilizadas. No adulto costumamos “arredondar” este número e de forma instintiva predizer se usaremos uma ampola, meia ampola ou duas ampolas. Na pediatria

devemos obedecer às fórmulas da dose pelo peso. Nossa atitude de deduzir o peso de uma criança pode induzir a um erro de dose (maioria das vezes para subdose) e assim não obtermos uma adequada visualização das cordas vocais. Assim como nos adultos, o número de vias aéreas pediátricas realmente difíceis é pequeno, mas o equívoco nas doses pode aumentar este índice (e assim o número de complicações durante o procedimento). Outra diferença importante é a anatomia, o que implica no posicionamento correto da criança no momento da laringoscopia. Crianças abaixo de 2 anos tem uma protuberância occipital proporcionalmente grande com relação a cabeça, o que, na posição supina, acaba deixando a via aérea obstruída, necessitando de uma compensação que pode ser feita, por exemplo, por um coxim na região interescapular, elevando o tronco e assim alinhando os eixos e facilitando a visualização das cordas vocais. Diferenças anatômicas internas também devem ser consideradas,

como o tamanho da língua proporcionalmente maior nas crianças e a epiglote maior e mais maleável, fazendo-se necessário sua manipulação direta por meio de uma lâmina reta durante a laringoscopia direta.

Quanto aos sedativos utilizados, em geral, são os mesmos conhecidos da técnica de intubação de sequência rápida (I.S.R.), método mais utilizado na emergência, validado e comprovado ser o mais seguro para este fim. Na pediatria não é diferente. Também temos vários artigos que provaram que a I.S.R. é o método mais seguro nesta população. Lembrando que, assim como no adulto, temos indicações e contra-indicações para este procedimento, e assim, métodos alternativos devem ser utilizados, quando necessário. Importante lembrar que, devido a constituição corporal das crianças ser proporcionalmente maior em porcentagem hídrica, algumas doses podem ser maiores que nos adultos. Por exemplo, a dose da ketamina, ótimo sedativo para

situações de instabilidade hemodinâmica, no adulto é 1.5mg/kg para que haja uma sedação satisfatória para o procedimento. Nas crianças, preconiza-se uma dose de até 2mg/kg, devido esta alteração de constituição corporal. O mesmo princípio aplica-se para a succinilcolina, bloqueador neuromuscular despolarizante. A dose no adulto é 1.5mg/kg e na criança esta dose pode ser extrapolada para 2mg/kg, segundo uma de nossas maiores referências na emergência, o livro texto Rosen's.

O uso de equipamentos e materiais específico é mandatório, como máscaras de pré-oxigenação, bolsa-válvula-máscara, tubos endotraqueais e laringoscópios. A escolha do tamanho destes materiais nem sempre é extintiva. Existem dicas para facilitar esta tarefa, e uma delas é a fita de Broselow, uma

fita métrica composta de cores e marcações que auxilia de maneira rápida o atendimento de uma criança. Coloca-se a fita ao lado do paciente, e pelo tamanho, a fita estima o peso e assim o tamanho dos materiais a serem utilizados, assim como a dose das medicações e até mesmo os parâmetros da ventilação mecânica. Instrumentos como esta fita ajudam a tomada de decisão em momentos de pico de estresse, e evitam erros que podem aumentar a morbimortalidade do paciente no ambiente do departamento de emergência. Nós que, assim como a maioria dos pediatras, não temos manejo diário com este tipo de emergência, devemos utilizar dispositivos que evitem erros de cálculo, que são facilmente cometidos, quando se trata de crianças graves. Assim, podemos notar que apesar de existirem diferenças fisiológicas

e anatômicas nas vias aéreas adulta e pediátrica, a essência é a mesma para as duas. Um detalhe é importante ser frisado: ter uma grande experiência com vias aéreas adultas facilita o aprendizado com vias aéreas pediátricas, porém o contrário nem sempre é verdadeiro. Na prática isto se torna mais evidente.

No Brasil, temos uma subespecialidade (ou R4) em emergências pediátricas em algumas capitais como São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS), e mais recentemente tivemos a sinalização da abertura para Fortaleza, com início previsto para 2024. A área ainda é bastante carente e necessária no país. Com o constante aumento da demanda, esperamos que as emergências pediátricas sejam cada vez mais ocupadas por profissionais capacitados e assim esta população também seja bem assistida. ●



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)



Frederico Arnaud é médico cearense graduado na Universidade Federal do Ceará. Coursou Residência Médica em Anestesiologia no Hospital Universitário Walter Cantideo e Curso de Especialização em Neurointensivismo no Hospital Siris Libanês, São Paulo.

Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza.

Foi líder nacional do movimento que criou a especialidade de Medicina de Emergência no Brasil.

Nas palavras do dr José Lindemberg Costa Lima, hematologista cearense: “Machado de Assis criou em ‘O Alienista’ a Casa Verde do dr. Bacamarte; Vargas

Llosa criou a Casa Verde de dom Alselmo, em seu livro “A Casa Verde”. Eles são expoentes da dramaticidade dos dois romances.

Frederico Arnaud criou na dramaticidade da Pandemia da COVID-19 a Sala Verde no Parque dos Eucaliptos do Hospital de Messejana. Em uma área bem arejada, com menor risco de transmissão do vírus, aromatizada pelos odores dos Eucaliptos, ele pode continuar suas aulas sobre IOT/Intubação endotraqueal; o que o fez na sua Sala Verde para mais de 400 médicos.

Hoje a Sala Verde do dr Frederico Arnaud é cenário de aulas práticas no Hospital do Coração e Pulmão de Messejana.



CURSO DE MEDICINA DO UNICHRISTUS É PIONEIRO COM O SELO DE ACREDITAÇÃO SAEME-CFM DE ESCOLA MÉDICA PRIVADA NO CEARÁ

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

SEMPRE COLOCANDO EM PRIMEIRO LUGAR E DE MANEIRA INEGOCIÁVEL A QUALIDADE DO SEU CURSO MÉDICO OFERTADO, O CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS LOGROU ÊXITO RECENTEMENTE, 17/08, COMO A PRIMEIRA INSTITUIÇÃO DE ENSINO MÉDICO PARTICULAR NO CEARÁ A SER RECONHECIDA PELO SISTEMA DE ACREDITAÇÃO DE ESCOLAS MÉDICAS DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (SAEME-CFM).

A iniciativa do CFM tem o propósito de reafirmar os compromissos com o exercício profissional ético e a formação de médicos competentes e adequados às necessidades do país. Com um longo período de avaliação padronizada por um organismo independente, a conquista desse selo veio a coroar que a instituição UNICHRISTUS atende plenamente aos

requisitos previamente definidos e que tem plena competência para realizar o seu papel de modo eficaz e seguro na formação médica.

“Nosso curso sempre primou pelo fator qualidade e, ao longo dos anos, temos nos esforçado na conquista de grandes resultados nas residências médicas mais disputadas no país e esse reconhecimento por parte da nossa entidade nacional, Conselho Federal de Medicina, nos traz muito orgulho e renova nossas forças para manter e otimizar ainda mais a qualidade do ensino do curso de medicina UNICHRISTUS”, destaca o coordenador do curso, Prof. Grijalva Costa”.

É importante ressaltar que o SAEME-CFM é uma iniciativa norteadada pela ética, transparência, independência, qualidade e responsabilidade social que deriva de um projeto concebido por um grupo de pesquisadores que criaram

um conjunto de ferramentas e um guia para a avaliação dos cursos de medicina no país. Essa avaliação considera fatores, como o ambiente institucional e político, o plano de ensino, o currículo, o corpo docente e estudantil, bem como o ambiente de aprendizado.

“A instituição UNICHRISTUS se orgulha por alcançar mais esse grande reconhecimento conferido ao nosso curso de medicina e todos estão de parabéns: corpo docente, discente e colaboradores”, relata o Magnífico Reitor, Prof. José Rocha.

Com mais esse reconhecimento atestando a qualidade ímpar do curso de medicina do UNICHRISTUS, a instituição se mantém firme na sua trajetória com alto padrão de qualidade para a formação de profissionais médicos altamente capacitados e comprometidos com a sociedade.





ENDOCRINOLOGIA NO MÊS DE SETEMBRO

O MÊS DE SETEMBRO COMEÇA JÁ COM UMA DATA MUITO IMPORTANTE PARA A ENDOCRINOLOGIA BRASILEIRA, POIS NO DIA PRIMEIRO DE SETEMBRO,

COMEMORA-SE O DIA DA ENDOCRINOLOGIA E DO ENDOCRINOLOGISTA NO BRASIL. A DATA É ALUSIVA À FUNDAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE

ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, EM 1950.

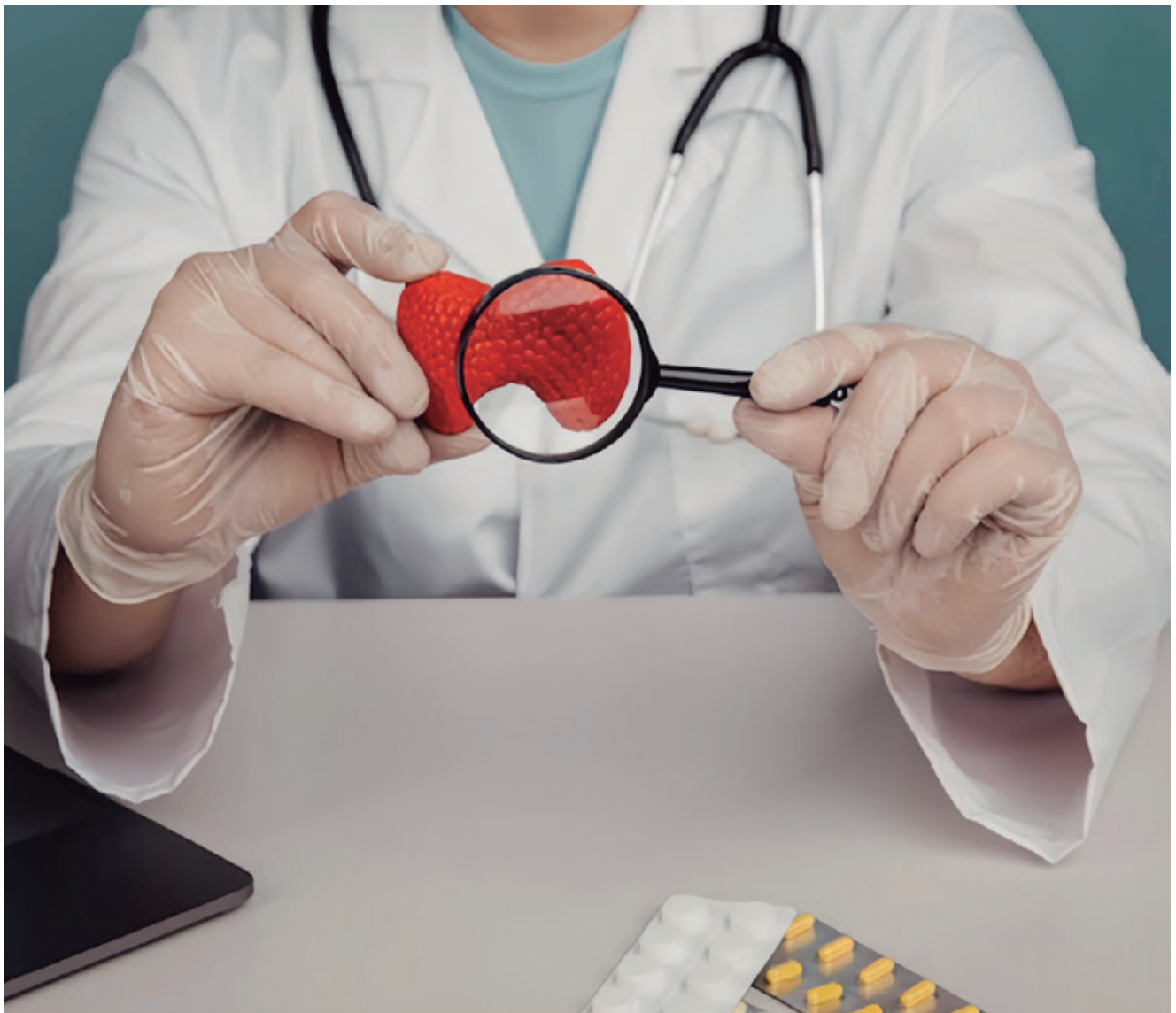
A Endocrinologia é uma especialidade multiorgânica, onde estuda, diagnostica



AUTOR: PROF. ERICH PIRES LISBOA

Conselheiro do Jornal do Médico
Professor-Assistente da Universidade Federal do Cariri - UFCA
Faculdade de Medicina
Mestre em Medicina pela UFCA
CREMEC 6466
RQE 2040 (Clínica Médica)





e trata doenças de várias glândulas do corpo, como a adrenal, a hipófise, o pâncreas endócrino, a tireoide e paratireoides, gônadas, além do metabolismo lipídico e ósseo. Intrincadas com várias outras estruturas do corpo, o conhecimento médico muitas vezes extrapola os limites já tão extensos da especialidade.

E dentro deste amplo

espectro de imbricações, no setembro amarelo, a Endocrinologia pode também se fazer importante nos diversos aspectos da doença psiquiátrica, com a busca de tratamento de distúrbios depressivos secundários. Neste mês, onde abordamos com mais ênfase estes distúrbios que podem levar ao suicídio, conhecer as etiologias endócrinas pode ajudar e evitar estágios mais avançados da depressão.

Doenças tireoidianas, como o hipotireoidismo (a diminuição da função da tireoide) podem apresentar sintomas depressivos, principalmente quando ocorre letargia de pensamento e déficit cognitivo na doença. Além disso, estágios iniciais do coma mixedematoso, uma condição rara e grave do hipotireoidismo descompensado, pode-se apresentar com sintomas



depressivos, como sonolência e letargia.

Assim também pode ser a apresentação do hipercortisolismo na síndrome de Cushing, especificamente na doença de Cushing, onde há níveis elevados de ACTH.

Os pacientes costumam apresentar-se, por vezes agressivos, outras vezes mais apáticos. Além disso, estes pacientes tem mais chances de desenvolverem Diabetes mellitus e hipertensão arterial, o que agrava seu estado de saúde, pois precisam também medicar-se para tais doenças.

Já a hiperprolactinemia tem sido associada a distúrbios depressivos, com relatos de casos e estudos clínicos, sendo as implicações do excesso

da prolactina associada à depressão. Por outro lado, há autores da psiquiatria que relacionam o fato de que a hiperprolactinemia ser decorrente de uma produção tumoral hipofisária, isto por si só já seria um motivo de angústia e de depressão.

No aspecto metabólico, a Diabetes mellitus e a obesidade corroboram para um espectro modal onde a depressão está intrinsicamente associada. A obesidade é uma doença metabólica grave, que faz parte do contexto fisiopatológico da Diabetes mellitus, e que o cenário socioambiental desempenha um papel importante na alimentação, nas escolhas muitas vezes limitadas ou geradoras de comportamentos compulsivos, em busca de

prazeres oníricos ou pessoais. Deste modo, a depressão favorece ao estilo de vida sedentário, compulsivo e obesogênico, desencadeando a Diabetes mellitus como produto mais elaborado.

Portanto, não nos esqueçamos que a Endocrinologia pode contribuir em muito nos vários aspectos patológicos onde a depressão possa surgir como um espectro de suas doenças, cabendo a todos nós, médicos, especialistas ou não, buscar uma abordagem mais holística e complacente daqueles que nos procuram, neste setembro amarelo, como também no restante do ano, independente da cor a ser enfatizada, pois logo ali vem o novembro azul, que também é o mês do Diabetes mellitus!



IMPORTÂNCIA DA ENDOCRINOLOGIA NO ESPORTE

A ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA É A ESPECIALIDADE CLÍNICA QUE CUIDA DAS ALTERAÇÕES HORMONAIS E

DISFUNÇÕES METABÓLICAS DO NASCIMENTO ATÉ A MATURIDADE VISANDO PROPORCIONAR BEM ESTAR FÍSICO E MENTAL,

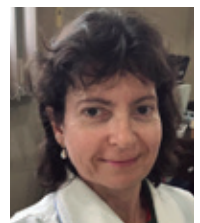
QUALIDADE DE VIDA E PRIORIZANDO SEMPRE A SAÚDE DAS PESSOAS.

As áreas de atuação do Endocrinologista são:



AUTORA: DRA. LILIAN ELIAS CHEHADE

Integrante e parceira vip do Movimento Médicos Atletas
CRM-BA 13144, Clínica Médica RQE 5194, Endocrinologia RQE 5561
Instagram @dralilianchehade





Obesidade, tireoide ,
Diabetes, Osteoporose,
dislipidemia, hipófise,
adrenais, hipogonadismo
masculino e feminino,
síndrome dos ovários
policísticos, libido,
deficiências vitamínicas
e de minerais, sarcopenia
(redução de força e massa
muscular), distúrbios do
crescimento.

**E qual a importância do
endocrinologista para os
praticantes de esportes?**

Este especialista ajuda o
praticantes de esportes
, sejam recreativos ou atletas
amadores ou profissionais ,
no diagnóstico , prevenção
e tratamento de doenças
crônicas como obesidade ,
diabetes e hipertensão bem
como no acompanhamento
dos distúrbios hormonais
como hipo/ hipertireoidismo,
nódulo , hipogonadismo
masculino e feminino ,
hiperprolactinemia ,
ovários Policísticos, e nas
alterações metabólicas. E
atua ao lado de uma equipe

multidisciplinar como
nutricionista, profissionais
de educação física,
Fisioterapeuta, psicólogo
e outros profissionais
buscando melhora no
desempenho esportivo,
no emagrecimento, na
hipertrofia e melhora da
qualidade de vida e do bem
estar. Realiza uma avaliação
geral dos hormônios do
paciente como os da tireoide,
testosterona, estrogênio,
hormônio do crescimento,
dentre outros e do perfil
metabólico (colesterol,

>>>

vitaminas e minerais, etc) e prescrição de reposição hormonal e suplementação alimentar adequada conforme a necessidade de cada pessoa.

Hoje sabemos que o músculo é um órgão Endócrino pois produz hormônios como miocinas e irisina que agem em vários tecidos do corpo que trazem vários benefícios para nossa saúde geral E para que haja a liberação desses hormônios é preciso que o músculo seja estimulado e ocorra a contração muscular.

O exercício físico traz vários benefícios para a nossa saúde física e mental. Promove o emagrecimento, melhora na composição corporal com ganho de massa muscular e redução de massa gorda, melhora o condicionamento cardio respiratório, melhora o controle metabólico, os níveis pressóricos, a auto estima, a insônia, ansiedade, alivia o estresse, melhora os sintomas depressivos.

Existem 2 tipos de exercício: o Aeróbico e o resistido. O aeróbico é aquele que exige maior consumo de oxigênio e gasto calóricos



e muita movimentação. São exemplos: caminhada, corrida de rua e corrida na esteira, bike, natação, vôlei, basquete, dança, hidroginástica, pular corda, subir e descer escadas, triatlon, esportes de luta como boxe, Muay tai, jiu jison. Ajuda na perda da massa gorda. O resistido é aquele em que utilizamos peso , carga com o objetivo

xr ganhar massa muscular. Como exemplo temos a musculação, pilates, yoga para pacientes com obesidade e /ou diabetes a recomendação e o treino combinado (aeróbico + resistido) sendo no mínimo 150 min na semana de exercício de moderada intensidade e 2 a 3 vezes na semana exercício resistido.

Os grandes desafios da prática clínica do endocrinologista em relação as práticas esportivas são ajudar e motivar o paciente com obesidade a iniciar um programa de exercícios para perda de peso junto com dieta e medicação antiobesidade e a manter o peso perdido evitando o reganho de peso onde exercício físico tem papel crucial nesta fase. Orientamos 300 minutos na semana! Isso vale também para os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Outro desafio é quanto a conscientização do atleta

profissional ou amador ou praticantes r de musculação ou corrida ou alguma modalidade esportiva quanto ao perigo do uso indevido e indiscriminado de anabolizantes esteróides muitas vezes adquiridos sem nenhuma indicação clínica e devida orientação médica levando a sérios efeitos colaterais , como hipogonadismo funcional, danos no coração cérebro, fígado, e risco até de mortalidade.

O overtraining também é outro desafio onde o indivíduo treina demais e

come de menos levando a um quadro de RED - S, ou seja: Deficiência de energia relativa no esporte devido a um desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético e o tratamento é treinar menos e comer mais e melhor.

Exercício é remédio! E o endocrinologista que pratica alguma modalidade esportiva e exercício físico regularmente serve de exemplo aos seus pacientes e outras pessoas ao seu redor e pode ser uma inspiração para eles iniciarem um programa de treinamento. ●



“COLISÃO ENTRE VEÍCULOS DEIXA 32 VÍTIMAS FATAIS”

O TÍTULO CHOCA,
AS ESTATÍSTICAS DO
SUICÍDIO TAMBÉM. A
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL
DE SAÚDE (OMS) ESTIMA
QUE 700 MIL SUICÍDIOS

SEJAM ANUALMENTE
REGISTRADOS EM
TODO O MUNDO. NO
BRASIL, A ESTIMATIVA
PREVÊ 14 MIL NOVOS
CASOS POR ANO; UMA

MÉDIA DE 32 NOVOS
EVENTOS POR DIA (TAL
QUAL O ACIDENTE QUE
INTITULA ESSE ARTIGO
- QUE CERTAMENTE
SERIA DESTAQUE DA

>>>

AUTOR: DR. MATHEUS VÉRAS ARAÚJO SOARES
Médico, CRM/CE 23918
Psiquiatra, RQE 13236, Psiquiatra Forense, RQE 14338
Instagram @drmatheusveras



MÍDIA NÃO APENAS EM SETEMBRO), A DESPEITO DA SUBNOTIFICAÇÃO QUE SUGERE ATÉ 38 SUICÍDIOS DENTRO DE 24 HORAS NO TERRITÓRIO NACIONAL.

Ora, como explicar um fenômeno que já alcança o posto de segunda causa mais frequente de morte entre jovens de 19-25 anos e exibe tão vasta diversidade regional? Seria como tentar encontrar semelhanças entre os eventos registrados no Rio Grande do Sul (cujo coeficiente de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes é de 9,7 – o maior do país) e o Mato Grosso do Sul (coeficiente de 8,5 – segundo colocado) ou o Piauí (coeficiente de 7,5 – quarto colocado, inferior ao observado no Estado de Santa Catarina).

Nenhum fator, isoladamente, explica o suicídio. Uma combinação de condicionantes socioculturais, econômicos e psicobiológicos parece justificar os elevados índices em amostras tão heterogêneas, que vai desde agricultores gaúchos (cujos

coeficientes chegam à casa de 15 a 30 por 100 mil habitantes – ultrapassando em muito a média nacional de 5,7) até mesmo indígenas sul matogrossenses que chegam a cometer um terço dos suicídios registrados no Estado.

O intuito do presente artigo, contudo, não é se debruçar sobre números e estatísticas, afinal de contas, caro leitor, o impacto causado pelo título possivelmente se esvaiu em meio a leitura burocrática. Nada mais justo então que falar sobre Mike Emme e seu Mustang 68 amarelo (você pode nunca ter ouvido sobre eles afinal, mas os desdobramentos a partir daí impactam até hoje na forma como a sociedade enxerga o suicídio).

Sem mais delongas, o jovem norte-americano – amante do automóvel cuja cor fora escolhida por ele – cometeu o suicídio aos 17 anos, em meados de 1994. A família enlutada, impactada pela supostamente incapacidade de prever o desfecho fatal, distribuiu cartões com fitas amarelas que continham frases de apoio para

pessoas que pudessem estar enfrentando problemas emocionais. Pois bem, a simbologia das fitas amarelas desencadeou um movimento que rompeu tabus históricos e disseminou o debate acerca da crise suicida.

Eis que no mês de setembro, em alusão à celebração do Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio [10 de Setembro], valendo-se das fitas amarelas de Mike e sua família, estruturou-se a principal campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio: o Setembro Amarelo. O movimento traz à tona informações acerca da temática (rompendo o estigma vigente) e fomenta, nos mais diversos âmbitos sociais, discussões para a promoção de ações que possam efetivamente prevenir tal desfecho.

Tal movimento configura um marco no avanço da abordagem à crise suicida. O Setembro Amarelo deixa de lado a previsão do fenômeno e sugere a prevenção, reconhecendo a complexidade por trás das estatísticas. Não



basta que o profissional esteja apto a reconhecer estereótipos; é preciso estar preparado para manejar situações de crise e tomar para si responsabilidades cotidianamente negligenciadas.

O(s) próximo(s) passo(s) invariavelmente aponta(m) para a transição da

conscientização em criação de competências para lidar com pessoas em risco de suicídio. Lembre-se: o suicídio é apenas a ponta do iceberg. Faz-se necessário implementar programas de capacitação que contemplem não apenas profissionais de saúde, mas professores, representantes das forças públicas de segurança,

ministros religiosos e demais autarquias que possam intervir de maneira precoce.

Cabe a você, caro leitor, independente de sua formação disseminar conhecimento. Falar sobre suicídio é preciso e necessário! Não se exima dessa responsabilidade. ●



MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: BIODIREITO E BIOÉTICA

A POSSIBILIDADE DE
PRESTAR ASSISTÊNCIA
MÉDICA A TODOS OS
MEMBROS DA FAMÍLIA,
DESDE A CONCEPÇÃO ATÉ
OS ANOS DERRADEIROS

COM FOCO NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE,
ENCONTRA REGISTROS
DESDE A ANTIGUIDADE
HISTÓRICA, COM
DESTAQUE PARA O

INSTITUTO DO PATER
FAMILIAS, NA ROMA
ANCESTRAL. A Medicina
de Família e Comunidade
(MFC) iniciou no Brasil
em 1974, como projeto

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



de um Centro de Saúde-Escola, no Estado do Rio Grande do Sul. Este, em 1976, também encetou um dos três primeiros Programas de Residência Médica nesta área (os demais foram implantados nos Estados do Rio de Janeiro e Pernambuco). Oportuno destacar todo o périplo percorrido pelas políticas públicas, assistenciais e educacionais, no viés da promoção integral à saúde familiar. Em 1986, foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Fortalecida pela implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no SUS, passou a ser denominada “Medicina de Família e Comunidade”, em 2002. No Ceará, destaca-se o pioneiro trabalho do prof. Joaquim Eduardo de Alencar e o Instituto de Medicina Preventiva (IMEP) da Universidade Federal do Ceará, nos anos 1960, com impacto na Medicina Sanitária e na Medicina de Família e Comunidade.

Sob o prisma do BIODIREITO, constata-se a incidência de normas aplicáveis

aos médicos de família e comunidade. Destacamos:

(1) Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro (GM). Portaria 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ao abordar as atribuições específicas do médico, orienta: realizar atenção à saúde, consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), além de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. Também deverá encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico

do usuário; indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário. Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

(2) Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro (GM). Portaria 3.147/2012, que institui as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Objetiva identificar os médicos residentes e seus preceptores no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins de pagamento dos incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família e acompanhamento das atividades desempenhadas no âmbito da residência





médica. Torna obrigatório o cadastramento no SCNES, pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais, dos médicos residentes e preceptores nas diversas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na PNAB;

(3) Ministério da Saúde - Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos

Essenciais (Rename) 2022. Relevante documento institucional que orienta o rol de medicamentos indispensáveis, incluindo a disponibilidade destes nas Unidades Básicas de Saúde.

Na abordagem BIOÉTICA, os Conselhos de Medicina estabelecem normas que devem ser observadas pelos que exercem a especialidade. Exemplificativamente:

(1) Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM-SC) – Consulta 06/2020: aborda

a realização de consultas de Puericultura, em grupo, em face do médico do Programa de Saúde da Família. Orienta que se trata de atendimento multidisciplinar, mas não há obrigatoriedade de realização de consulta coletiva. Cita a Resolução CFM 1.958/2010 que regulamenta a consulta médica e a possibilidade de sua complementação, destacando o respeito à autonomia profissional;

(2) Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO) – Consulta 05/2019, que trata



do papel do médico da ESF em relação a implantação do e-social nos municípios, que tem por objetivo desenvolver um sistema de coleta de informações trabalhistas, previdenciárias e tributárias, armazenando-as em um Ambiente Nacional Virtual. Ao médico assistente (dentre estes, o médico responsável pela ESF), independentemente de sua especialidade ou local de atendimento, caberá fornecer atestado para afastamento do trabalho, considerando que o repouso faz parte do tratamento, bem como o afastamento dos agentes agressivos. O médico também deverá fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamentos em benefício do assistido e, quando requerido por este, pôr à disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e do prontuário médico. Destaque-se, ainda, que o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) deverá ser realizado por

médicos dos serviços de Medicina do Trabalho, sendo executado por coordenador responsável. Assim, o médico de família e comunidade tem como uma de suas atribuições a saúde ocupacional, porém, não é de sua responsabilidade, a realização do PCMSO;

(3) Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CREMIG) – Parecer 160/2017. Disciplina que o profissional médico, efetivo ou contratado, no desenvolvimento de suas funções em Estratégia de Saúde da Família, possui autonomia para prescrever e realizar sondagens vesicais de alívio e demora, quando existir indicação. Entretanto, na hipótese de, por qualquer motivo, entender que o assistido deva ser encaminhado ao especialista focal, deverá dispor desse recurso. Sendo assim, o médico da ESF pode decidir quanto à indicação da sondagem vesical do paciente ou encaminhá-lo a um especialista, caso avalie essa necessidade.

In fine; salienta-se o trabalho da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Nascida em 05 de dezembro de 1981, como Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária, a denominação foi mantida até 15 de outubro de 2001, quando adotou a hodierna designação. As efemérides em homenagem aos especialistas são: 19 de maio (Dia Mundial do Médico de Família e Comunidade. Instituído em 2010 pela World Organization of Family Doctors/Organização Mundial dos Médicos de Família) e o 05 de dezembro (Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade). Na perspectiva do auspicioso foco na integralidade do ser humano; trazemos a memória a lição de um dos ícones das Ciências Médicas, o canadense William Osler: “a prática da Medicina é uma arte, não um comércio; um chamado, não um negócio; um chamado em que seu coração será exercitado, igualmente com sua cabeça”.





A IMPORTÂNCIA DA LINHA DE CUIDADO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

A ENDOMETRIOSE É UMA DOENÇA CARACTERIZADA PELA PRESENÇA DE TECIDO DO ENDOMÉTRIO FORA DA

CAVIDADE UTERINA, O QUAL PODE SE ALOJAR TANTO NA PELVE, COMO EM ÓRGÃOS ADJACENTES.

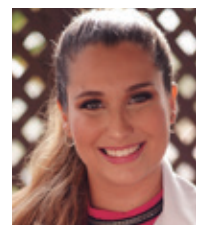
Ela é bastante prevalente,

acometendo cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva, sendo a principal causa de infertilidade feminina no



AUTORA: LETÍCIA BEZERRA DE OLIVEIRA

Acadêmica Medicina UNIFOR (5º semestre), integrante da Ligas de Empreendedorismo, Gestão e Inovação em Saúde (LIEGI) e Ginecologia, Obstetrícia e do Recém-Nascido (LGORN) ambas da UNIFOR
Instagram @_leticiabezerraa





mundo.

Apesar do quadro clínico ser bastante variável, muitas vezes a dor pélvica crônica se manifesta com caráter debilitante, associando-se não só a redução na produtividade no trabalho, mas também a restrição de mobilidade. Tal fato implica em licenças médicas e atestados frequentes, ou até, simplesmente, na incapacidade de executar o trabalho de forma adequada.

Estudos mostram ainda que cerca de 30% das mulheres

com dor crônica evitam ter relações sexuais. Nesse viés, o afastamento sexual ocasiona a redução da libido, autoestima, e gera grande sentimento de culpa, impactando negativamente não só a vida dos indivíduos afetados pela doença, mas também a de seus parceiros.

Ademais, é válido ressaltar que as alterações do sono e os distúrbios emocionais são sintomas bastante frequentes. Eles também podem comprometer a qualidade de vida das mulheres e, portanto, não

devem ser negligenciados.

No Brasil, foram registradas cerca de 120 mil internações por endometriose entre os anos de 2013 e 2022. Em vista disso, percebe-se que, além de apresentar implicações ocupacionais, emocionais e na saúde sexual e reprodutiva, a endometriose é uma doença relevante no cenário de saúde nacional por também cursar com impactos socioeconômicos.

Nessa perspectiva, considerando que se trata





de uma doença crônica, sem cura conhecida, de alta prevalência e que compromete significativamente a qualidade de vida das mulheres acometidas, torna-se pertinente o desenvolvimento de uma Linha de Cuidado Assistencial para a endometriose no estado do Ceará.

As linhas de cuidados são ferramentas utilizadas para descrever as rotinas do

itinerário do paciente. Elas explicitam informações relativas às atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de cada serviço de saúde. Além disso, elas expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários de acordo com suas necessidades.

Desse modo, com uma Linha de Cuidado para a endometriose, será possível

padronizar o manejo da doença, assim como aprimorar a atenção às pacientes, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado contínuo. Por fim, diante de um melhor gerenciamento da doença em longo prazo, poderão ser minimizados os impactos negativos da doença, visando uma melhora na qualidade de vida de muitas mulheres que convivem com a endometriose ●



MÉTODO PADOVAN®, UMA ABORDAGEM DE REORGANIZAÇÃO NEUROFUNCIONAL PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

AUTORA: LILIANNY MEDEIROS PEREIRA

Presidente da Regional Cariri da SOCEP, Residência em Pediatria e Neonatologia pela UFRN, Pós-Graduação em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Neuropediatria e Pediatria Integrativa, Mestranda em Neurociências, Professora Estácio IDOMED Juazeiro do Norte-CE e Orientadora da Liga Acadêmica de Neurodesenvolvimento Infantil.

CRM-CE 7018 - RQE 2931 - Instagram @dra.liliannypereira



AUTORA: SÔNIA PADOVAN CATENNE

Médica pela PUC/SP, especialização em Psiquiatria e Psicoterapia de Crianças e Adolescentes pelo IPPIA (Credenciado pela ABP), especialista em Neuropsicologia pela Escola Paulista de Medicina e especialista no Método Padovan de Reorganização Neurofuncional.

CRM/SP 55.536 - Instagram @neurobiomimetic



O TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) É O MAIS PREVALENTE TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO DA INFÂNCIA. AS ESTATÍSTICAS GLOBAIS SOBRE A INCIDÊNCIA VARIAM, MAS A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2022) RELATOU A INCIDÊNCIA GLOBAL DO TEA EM CERCA DE 1,0%. O

Brasil ocupa o oitavo lugar no mundo, relatando 27 casos por 10.000 crianças, ou 1,5 a 2,0 milhões de pessoas no Brasil, cerca de 1,0% da população^{1,2}. Em 2023 o CDC (Centro de Controles de Prevenção e Doenças dos Estados Unidos) publicou uma incidência de 1:36 naquele país e resultados de uma pesquisa que aponta uma incidência de 26,7% de autismo severo ou 1 em cada 135 pessoas em geral³.

De acordo com o DSM-5, para receber um diagnóstico de TEA, um indivíduo deve atender a uma série de critérios em duas categorias principais: Deficiências Persistentes na Comunicação Social e Padrões Restritos e Repetitivos de

Comportamento, Interesses ou Atividades. Além disso, os sintomas devem estar presentes desde a infância, mesmo que possam não ser completamente aparentes até que o desenvolvimento social e comunicativo do indivíduo exija mais interações sociais⁴.

A abordagem proposta para intervenção e avaliação no autismo é uma abordagem baseada em evidências, de cuidados escalonados e personalizada. Envolve vários provedores e encaminhamento para suporte e serviços necessários conforme a necessidade. Esta abordagem reconhece as diferentes necessidades e contextos de crianças, adolescentes, adultos e suas famílias autistas ao longo do tempo. O objetivo é melhorar o atendimento às pessoas autistas e suas famílias, fornecendo serviços que atendam às suas necessidades e garantam equidade, igualdade, diversidade e inclusão⁵⁻⁸.

Porém, existem várias barreiras para melhorar os serviços de autismo

como recursos limitados e prioridades de saúde concorrentes podem resultar numa distribuição desigual de serviços para o autismo; capacidade insuficiente do sistema de saúde, falta de pessoal qualificado, capacidades de diagnóstico e consenso sobre diretrizes clínicas para diagnóstico e intervenções; falta de evidências científicas relevantes que possam orientar e fortalecer políticas e programas viáveis e sustentáveis; acesso limitado ao diagnóstico; normas e crenças socioculturais influenciando o reconhecimento dos sintomas, conduzindo ao estigma e à discriminação social e impedindo a intervenção precoce; custos elevados e instabilidade financeira funcionando como uma barreira ao acesso a serviços. Isto é agravado pelo apoio governamental inadequado às famílias e cuidadores. Também a comunicação e envolvimento limitado sobre diagnósticos e intervenções, e envolvimento limitado de indivíduos autistas e pais ou cuidadores na tomada de decisões sobre serviços



para autismo; ceticismo e desconfiança em relação ao sistema de saúde, o que pode levar à subutilização dos serviços⁵⁻⁸.

A resolução destas barreiras exige a melhoria das infra-estruturas, o desenvolvimento de políticas e diretrizes relevantes, o aumento da investigação e das evidências, o reforço da sensibilização e da educação e a promoção da colaboração entre as partes interessadas⁵⁻⁸.

Investir na investigação sobre o autismo em

ambientes com poucos recursos é essencial para garantir o acesso equitativo a cuidados de qualidade, melhorar os resultados para os indivíduos autistas e enfrentar os desafios únicos enfrentados por estas populações. É um passo crucial para alcançar a equidade global, a diversidade e a inclusão nos serviços para o autismo⁵⁻⁸.

Sabemos que, independente da causa, o paciente diagnosticado como fazendo parte do TEA, apresenta um conjunto de sintomas que incidem de maneira

mais drástica ou menos no neurodesenvolvimento, nas aquisições esperadas no desenvolvimento normal, impedido o indivíduo de seguir o curso normal das suas aquisições¹⁰.

Mesmo que os sintomas no TEA nos pareçam mais sensoriais, por constataremos muitas hipersensibilidades ou hiposensibilidades não podemos deixar de notar as alterações motoras que são muitas (Ex: andar nas pontas dos pés, marcha em bloco, estereotípias diversas, falta de coordenação motora, falta de controle da motricidade



dos olhos, falta de coordenação dos músculos da fala, dificuldades posturais, dificuldades na manipulação de objetos, equilíbrio, postura, hipermotricidade, etc.)^{11,12}

Sendo assim preferimos dizer que estes pacientes apresentam circuitos sensório- motores inadequados, desregulados, desarmônicos ou desajustados, não existindo harmonia e coerência entre vias de entrada e de saída, entre estímulo e resposta. A harmonização desses circuitos sensório-motores chamamos de Integração Sensorial. A integração sensorial é um processo complexo que envolve a recepção e o processamento de informações sensoriais de diferentes modalidades, como visão, audição, tato e equilíbrio, pelo sistema nervoso central¹³.

A partir desse conceito de Integração Sensorial surgiu o conceito de Terapia de Integração Sensorial proposto por Jean Ayres e, segundo revisão sistemática realizada por Kilroy et al 2019, é uma terapia eficaz

para o TEA, principalmente para pacientes com QI maior que 65 e entre 4 e 12 anos¹⁴.

Também embasado nesses conceitos de maturação, neuroplasticidade, de ontogênese e sua experiência na fonoaudiologia a Dra Beatriz Padovan criou seu método, na década de 70, o qual chamou de Método Padovan® de Reorganização Neurofuncional, que consiste em exercícios corporais que são movimentos próprios do desenvolvimento ontogenético, que recapitulam todas as fases do desenvolvimento do ser humano, fase por fase, até a idade em que se encontra a criança e de exercícios para as funções reflexo-vegetativas orais (respiração, sucção, mastigação e deglutição), para estimulação dos 12 pares de nervos cranianos, acompanhados de músicas ou versos recitados durante toda a terapia para dar ritmo aos movimentos, criar uma consciência fonológica, estimular atenção e concentração e a elaboração do pensamento. A Reorganização

Neurofuncional (RNF) atua facilitando assim uma melhor âncora para todas as aquisições, a aprendizagem e as atividades diárias da vida. É uma aplicação direta da neuroplasticidade^{15,16}.

Pereira et al, 2021 publicou um artigo relacionando o Método Padovan® à Integração sensorial e explicando como o método atual fazendo essa integração sensório-motora. De acordo com o artigo, a Integração Sensorial é uma abordagem terapêutica que busca melhorar a capacidade do cérebro em processar informações sensoriais e integrá-las de forma eficiente. Já o Método Padovan® é uma técnica de reorganização neurofuncional que utiliza exercícios específicos para estimular o desenvolvimento do sistema nervoso central e aprimorar a integração sensorial. Portanto, o Método Padovan® se relaciona com a Integração Sensorial ao utilizar exercícios que visam melhorar a capacidade do cérebro em processar e integrar informações sensoriais¹⁷.



A terapia com o Método Padovan® pode trazer benefícios para o desenvolvimento infantil, principalmente em casos de comprometimento neurológico. A técnica pode ajudar bebês com

dificuldades para se alimentar e manter o crescimento corporal, melhorando sua sobrevivência e facilitando a alta hospitalar daqueles que se encontram. Além disso, o início precoce da terapia

aumenta as chances de cura e melhores respostas, principalmente nos casos de comprometimento neurológico¹⁸⁻²¹. O Método Padovan® trabalha a integração sensorial, que é importante para

>>>

o desenvolvimento de habilidades visuais, motoras, táteis e auditivas, e pode ajudar a melhorar a coordenação motora, a comunicação e a interação social das crianças¹⁷.

O Método Padovan® utiliza a neuroplasticidade como base para a reorganização neurofuncional. A técnica se baseia na sequência do desenvolvimento neurológico, com execução dos movimentos básicos, que em crianças com lesões cerebrais, não conseguiam realizar. A neuroplasticidade é a capacidade do cérebro de se adaptar e mudar em resposta a estímulos externos e internos, e o Método Padovan® utiliza exercícios específicos para estimular essa capacidade de adaptação do cérebro. A técnica busca criar novas conexões neurais e fortalecer as já existentes, melhorando a capacidade do cérebro em processar e integrar informações sensoriais. Isso pode ajudar na reabilitação de pacientes com distúrbios sensoriais, pois a técnica busca estimular o cérebro a criar novas conexões neurais e aprimorar a capacidade

de processar e integrar informações sensoriais, melhorando a qualidade de vida desses pacientes. No entanto, é importante ressaltar que cada caso é único e que a terapia deve ser adaptada às necessidades individuais de cada paciente¹⁶.

Conforme muitos artigos nos mostram atualmente, o exercício físico promove neuroplasticidade, neurogênese, astrogênese (produção de astrócitos) e aumento de fatores neurotróficos. Sabemos também que quando o exercício se une a ritmicidade, levando o SNC a uma ordem temporal sincronizada, todos estes resultados são potencializados^{12,22}. Na terapia Padovan usamos estas ferramentas para induzir e levar estímulo de neurodesenvolvimento ao paciente.

Na minha prática clínica, conheço e indico o Método Padovan há 15 anos e em 2023 publiquei resultados de 30 crianças com TEA submetidos ao Método, fazendo só terapia

Padovan ou associado a outras terapias como Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e ABA (Análise de Comportamento Aplicado) e, mesmo os que só receberam o Método Padovan® melhoraram em vários aspectos do desenvolvimento, como foco, atenção, comunicação verbal e não verbal, nível de consistência da resposta intelectual, relação com pessoas, resposta ao paladar, olfato e tato, entre outros, o que são objetivos desejados no tratamento do TEA. Também os pacientes que já vinham em tratamentos convencionais de fonoaudiologia, psicologia ABA e terapia ocupacional agregaram mais resultados após iniciada a terapia com o Método Padovan®. Como, em geral, há uma grande melhora da organização dos olhos, automaticamente podemos esperar que tudo que necessite ancoragem visual como atenção compartilhada, comunicação verbal e não verbal, relação com pessoas, interesse e imitação tem a tendência de virem juntos, conforme visto no estudo apresentado.²³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo das terapias atuais é melhorar a comunicação e interações sociais, a concentração, oferecer programas de educação especial, treinamento dos pais, técnicas de mudanças do comportamento e incentivar o autista em sua independência.

Pelo exposto vê-se que o Método Padovan® dentro sua abordagem de reorganização neurofuncional e tendo como apoio a neuroplasticidade, poderá fazer parte do arsenal terapêutico, lembrando que, quanto mais precoce iniciado melhores os resultados no estímulo do neurodesenvolvimento pois, o desenvolvimento de uma criança se baseia num mecanismo complexo, mas natural, de intensa neuroplasticidade, que é a construção de circuitos neurais de forma acelerada e volumosa nos primeiros anos de vida, (continua por toda a vida mas de forma mais branda) conectando níveis e estruturas do SNC entre si, além de conectar

áreas cerebrais entre si, e estruturas do corpo como músculos, articulações, órgãos, etc.

Esperamos, assim, contribuir com a literatura acerca do método, tornando-o mais conhecido e estimulando o interesse de mais profissionais para estudos em larga escala e, assim, termos mais uma abordagem em benefício dos pacientes Autistas.

REFERÊNCIAS

1-ZEIDAN J, FOMBONNE E, SCORAH J, IBRAHIM A, DURKIN MS, SAXENA S, YUSUF A, SHIH A, ELSABBAGH M. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022 May;15(5):778-790. doi: 10.1002/aur.2696. Epub 2022 Mar 3. PMID: 35238171; PMCID: PMC9310578.

2-WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2022). Autism. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders#:~:text=Epidemiology,prevalence%20varies%20substantially%20>

across%20studies

3-HUGHES MM, SHAW KA, DIRIENZO M, et al. A prevalência e características de crianças com autismo profundo, 15 locais, Estados Unidos, 2000-2016. *Relatórios de Saúde Pública*. 2023;0(0). doi: 10.1177/00333549231163551

4-American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. 5-KAKOOZA-MWESIGE A, BAKARE M, GADDOUR N, JUNEJA M. The need to improve autism services in lower-resource settings. *Lancet.* 2022 Jan 15;399(10321):217-220. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02658-1. Epub 2021 Dec 6. PMID: 34883050.

6-CANDON M. Spending on Autism Services: Promising Trends and Continuing Questions. *Psychiatr Serv.* 2021 Jan 1;72(1):96-97. doi: 10.1176/appi.ps.202000726. PMID: 33384001.

7-FRANKISH H, HORTON R. A way forward to improve the lives of autistic people. *Lancet.* 2022 Jan 15;399(10321):215-217. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02735-5. Epub 2021 Dec 6. PMID: 34883055.

>>>

- 8-LORD C, CHARMAN T, HAVDAHL A, CARBONE P, ANAGNOSTOU E, BOYD B, CARR T, DE VRIES PJ, DISSANAYAKE C, DIVAN G, FREITAG CM, GOTELLI MM, KASARI C, KNAPP M, MUNDY P, PLANK A, SCAHILL L, SERVILI C, SHATTUCK P, SIMONOFF E, SINGER AT, SLONIMS V, WANG PP, YSRRAELIT MC, JELLETT R, PICKLES A, CUSACK J, HOWLIN P, SZATMARI P, HOLBROOK A, TOOLAN C, MCCAULEY JB. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet*. 2022 Jan 15;399(10321):271-334. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01541-5. Epub 2021 Dec 6. Erratum in: *Lancet*. 2022 Dec 3;400(10367):1926. PMID: 34883054.
- 9-RANDELL E, WRIGHT M, MILOSEVIC S, GILLESPIE D, BROOKES-HOWELL L, BUSSE-MORRIS M, HASTINGS R, MABOSHE W, WILLIAMS-THOMAS R, MILLS L, ROMEO R, YAZIJI N, MCKIGNEY AM, AHUJA A, WARREN G, GLAROU E, DELPORT S, MCNAMARA R. Sensory integration therapy for children with autism and sensory processing difficulties: the SenITA RCT. *Health Technol Assess*. 2022 Jun;26(29):1-140. doi: 10.3310/TQGE0020. PMID: 35766242.
- 10- KUMAR, S et al. Impaired neurodevelopmental pathways in autism spectrum disorder: a review of signaling mechanisms and crosstalk. *Journal of neurodevelopmental disorders*, v. 11, n. 1, p. 1-14, 2019.
- 11-JUST, MA et al. "Autismo como um distúrbio do sistema neural: uma teoria da subconectividade frontal-posterior." *Neurociência e revisões biocomportamentais* vol. 36,4 (2012) 1292-313. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.02.007
- 12- KAUR, M; SRINIVASAN, S; BHAT, A. Comparing motor performance, praxis, coordination, and interpersonal synchrony between children with and without Autism Spectrum Disorder (ASD). *Res Dev Disabil*. 2018 Jan; 72: 79-95. doi: 10.1016/j.ridd.2017.10.025.
- 13-SCHOEN SA, LANE SJ, MAILLOUX Z, MAY-BENSON T, PARHAM LD, SMITH ROLEY S, SCHAAF RC. A systematic review of ayres sensory integration intervention for children with autism. *Autism Res*. 2019 Jan;12(1):6-19. doi: 10.1002/aur.2046. Epub 2018 Dec 12. PMID: 30548827; PMCID: PMC6590432.
- 14-KILROY E, AZIZ-ZADEH L, CERMAK S. Ayres Theories of Autism and Sensory Integration Revisited: What Contemporary Neuroscience Has to Say. *Brain Sci*. 2019 Mar 21;9(3):68. doi: 10.3390/brainsci9030068. PMID: 30901886; PMCID: PMC6468444.
- 15-PADOVAN BAE. REORGANIZAÇÃO NEUROFUNCIONAL (Método Padovan). *Temas sobre Desenvolvimento*. 1994; 17(3): 13-21.
- 16- BENDER NA. Myofunktionelle Therapie in der Padovan-Methode® Neurofunktionelle Reorganisation. *Sprachtherapie Aktuell: Forschung - Wissen - Transfer*. 2017; 4(1): 1-18.
- 17-PEREIRA L, FROTA ARAGÃO G, MESQUITA PONTE D, SILVA ALENCAR A, LUCAS ROMÃO R. RELAÇÃO ENTRE A INTEGRAÇÃO SENSORIAL E O MÉTODO PADOVAN®. *RSM [internet]*. 8º de outubro de 2021; 10(2). Disponível em:

- http://revistas.famp.edu.br/revistas_audemultidisciplinar/article/view/229
18- PEREIRA, LM; et al. Padovan Method of Neurofunctional Reorganization As a Way for Neurological Recovery in Newborns. *International Archives of Medicine*, 2015, sep. V:8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/1829> .
- 19-PEREIRA LM, VILEICAR DC, UCHÔA MMA. Neuroreabilitação com o método Padovan em recém-nascidos com síndrome alcoólica fetal: relato de 2 casos. *J Health Biol Sci*. 2018 Abr-Jun; 6(2):214-216.
- 20-DELMONDES, EL; ALBUQUERQUE, LTC; Pereira, LM. Neurorehabilitation with Padovan Method in a Newborn with Treacher Collins Syndrome: A Case Report. *Am. In. Mult. J.*, Oct. 2018 (5) 3, 01-07.
- 21-MENESES MIN et al. Avaliação dos efeitos do método Padovan® no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com microcefalia: série de casos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health | ISSN 2178- 2091*. Out 2019. Vol.Sup.34 | e1509 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1509.2019>
- 22-CASSILHAS, RC.; TUFIK, S; DE MELLO, MT. Exercício físico, neuroplasticidade, aprendizagem espacial e memória. *Ciências da vida celular e molecular*, v. 73, n. 5, pág. 975-983, 2016.
- 23- PEREIRA LM; CATENNE SP; DIAS PS; SIQUEIRA MKSM; SOUZA MCG; LOPES SMF; MENEZES MIN; MENEZES MNN; NOGUEIRA IA; CAVALCANTE GME; MAGALHÃES KA; SOUZA RC; SANTANA VPS. MÉTODO PADOVAN® DE REORGANIZAÇÃO NEUROFUNCIONAL COMO ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA SÉRIE DE CASOS. In: *Transtorno do espectro autista [livro eletrônico]: concepção atual e multidisciplinar na saúde / organização Gislei Frota Aragão*. -- Campina Grande : Editora Amplla, 2022. 114 p. Formato: PDF ISBN: 978-65-5381-038-9



EQUILIBRANDO RISCOS E BENEFÍCIOS DO USO DE CANNABIS

ARTIGO PUBLICADO
NA BRITISH MEDICAL
JOURNAL EM 30/08/2023,
EM QUE PESQUISADORES
DE DIFERENTES PAÍSES
FAZEM UMA REVISÃO

ABRANGENTE DE
META-ANÁLISES DE
ENSAIOS CLÍNICOS
RANDOMIZADOS
E ESTUDOS
OBSERVACIONAIS.

A cannabis contém mais de
100 canabinóides, dos quais
 Δ^9 -tetrahydrocannabinol
e canabidiol, são os mais
relevantes clinicamente. O
tetrahydrocannabinol (THC) é

>>>

AUTOR: DR. DYLVARDO SULIANO

Colunista do Jornal do Médico
e Pneumologista

CRM/CE 3886 RQE 8927

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



um agonista parcial do CB1, e liga-se aos receptores CB2. O CB1 é amplamente expresso por neurónios centrais e periféricos, mas também por células imunitárias e outros tipos de células no cérebro e na periferia, e quando se liga ao tetrahydrocannabinol, é induzida uma chamada euforia, que é responsável pelo potencial uso indevido.

Os receptores CB2 também são expressos pelos neurônios, mas menos que o CB1, e são mais abundantemente expressos nas células do sistema imunológico. O canabidiol, no entanto, não produz a euforia e, portanto, não carrega o mesmo potencial para o uso indevido de substâncias. Além disso, o canabidiol não parece promover efeitos indutores de psicose. O uso de cannabis pode evoluir para transtorno por uso de cannabis, amplamente definido como uma incapacidade de parar de usar cannabis, uso contínuo apesar das consequências prejudiciais (por exemplo, síndrome de hiperêmese por canabinoide) ou comprometimento funcional.

De acordo com o estudo Global Burden of Disease 2019, mais de 23,8 milhões de pessoas têm transtorno por uso de cannabis em todo o mundo, e o uso de cannabis ocupa o terceiro lugar mundial entre as substâncias consumidas de uso indevido, depois do álcool e do tabaco. O transtorno por uso de cannabis é mais comum em homens e em países de alto rendimento. A prevalência do transtorno por uso de cannabis nos EUA foi estimada em cerca de 6,3% ao longo da vida e 2,5% durante 12 meses, e na Europa, cerca de 15% das pessoas com idade entre 15 e 35 anos relataram uso de cannabis no ano anterior. Daqueles que usam cannabis, um em cada três desenvolveu problemas relacionados ao uso de cannabis que prejudicavam o seu desempenho, e 10% usavam cannabis diariamente. O transtorno por uso de cannabis pode afetar até 50% das pessoas que usam cannabis diariamente.

Na Europa, ao longo da última década, o consumo autorrelatado de cannabis no último mês, aumentou

quase 25% em pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos, e mais de 80% nas pessoas entre os 55 e os 64 anos. Cannabis ou produtos contendo tetrahydrocannabinol (canabinóides) estão amplamente disponíveis, e têm um teor cada vez mais elevado de tetrahydrocannabinol. Por exemplo, na Europa, o teor de tetrahydrocannabinol aumentou de 6,9% para 10,6% de 2010 a 2019.

As evidências sugerem que a cannabis (THC) pode ser prejudicial, para a saúde mental e física, bem como a segurança na condução de automóveis, em estudos observacionais, mas também em ambientes experimentais. Por outro lado, há mais de uma década, o canabidiol foi proposto como medicamento candidato para o tratamento de doenças neurológicas, como a epilepsia infantil, resistente ao tratamento. Além disso, foi proposto que esta substância pode ser útil para ansiedade e distúrbios do sono, e até mesmo como tratamento adjuvante para psicose.

>>>



Além disso, medicamentos à base de cannabis (isto é, medicamentos que contêm componentes de cannabis) foram investigados como tratamentos putativos para vários diferentes condições e sintomas.

A natureza multifacetada dos principais componentes ativos da cannabis, contrastando as evidências provenientes de estudos observacionais, que relatam os efeitos prejudiciais da cannabis e as conclusões terapêuticas dos medicamentos à base de cannabis provenientes de

estudos intervencionais, reflete-se em diferentes abordagens legislativas. Assim, na maioria dos países o consumo de cannabis é ilegal, mas num pequeno e crescente número de países, a cannabis é vendida legalmente sem necessidade de receita médica.

A publicação de meta-análises que investigam os efeitos dos canabinóides na saúde e outros resultados aumentou substancialmente. No entanto, a maioria dos resultados meta-analíticos sintetizaram dados de estudos observacionais,

e são propensos a várias fontes de viés. Até o momento, nenhuma revisão abrangente avaliou sistematicamente as evidências sobre cannabis, canabinóides e medicamentos injetados com cannabis, e os resultados de saúde em humanos a partir de meta-análises, abrangendo estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados. Assim, este trabalho teve como objetivo avaliar sistematicamente a amplitude, qualidade, credibilidade e certeza das associações entre cannabis,

canabinóides, medicamentos à base de cannabis e saúde humana. Nosso objetivo foi usar critérios quantitativos estabelecidos, levar em conta diversas fontes de viés, e identificar resultados convergentes de diferentes desenhos de estudo.

Principais descobertas

Esta revisão abrangente classifica a credibilidade e a certeza das evidências sobre o efeito do uso de canabinóides, abrangendo evidências observacionais e intervencionistas.

No que diz respeito aos resultados prejudiciais, entre todas as associações meta-analíticas, apoiadas por pelo menos evidências sugestivas em estudos observacionais e certeza moderada em ensaios clínicos randomizados, as evidências convergentes apoiam um risco aumentado de psicose associada aos canabinóides na população em geral. Especificamente, o consumo de cannabis foi associado à psicose em adolescentes e adultos; e à recaída da psicose em pessoas com transtorno psicótico. O

uso de canabinóides em populações clínicas e não clínicas adultas, foi associado a sintomas psicóticos positivos e negativos, respectivamente, em ensaios clínicos randomizados.

Evidências de estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados, mostram uma associação entre cannabis e sintomas psiquiátricos gerais, incluindo depressão e mania, bem como efeitos prejudiciais na memória prospectiva, recordação verbal retardada, aprendizagem verbal e recordação visual imediata. Em diferentes populações clínicas e não clínicas, a evidência observacional sugere, uma associação entre o consumo de cannabis e acidentes com veículos motorizados.

Além disso, evidências de ensaios clínicos randomizados mostram uma associação com sonolência (canabinóides e canabidiol) a medicamentos à base de cannabis e deficiência visual, desorientação, tontura, sedação e vertigem, entre outros.

Estas associações são particularmente preocupantes, dada a epidemiologia e o padrão etário dos transtornos por uso de cannabis, e a fração populacional atribuível de cannabis à esquizofrenia, que é de quase 10%. De acordo com a Carga Global de Doenças de 2019, os transtornos por uso de cannabis estão associados a 690.000 anos de vida, ajustados por incapacidade por 100 000 indivíduos em todo o mundo. A prevalência e a incapacidade relacionadas à cannabis começam a ser mensuráveis nas idades de 10 a 14 anos (11 900 anos de vida ajustados por incapacidade), pico nas idades de 20 a 24 anos (163.000 anos de vida ajustados por incapacidade), depois diminui gradualmente.

O padrão de idade dos transtornos por uso de cannabis coincide com a idade máxima de início dos transtornos de saúde mental. De acordo com a maior meta-análise sobre a idade de início dos transtornos mentais publicada até o momento, que reuniu



192 estudos e 708561 indivíduos, cerca de 34,6% dos transtornos de saúde mental começaram aos 14 anos, 48,4% aos 18 anos e 62,5% até 25 anos; a idade em que qualquer perturbação de saúde mental atinge o pico é aos 14,5 anos.

No caso das perturbações por consumo de cannabis, 66% das pessoas terão início aos 25 anos de idade, com a idade de pico de início aos 20,5 anos. É digno de nota que a idade de início máximo dos transtornos do espectro da esquizofrenia também ocorre no início dos 20 anos, com uma proporção ligeiramente menor de pessoas com início aos 25 anos (47,8%). Além da associação entre cannabis e psicose, a cannabis também está associada a um pior resultado após o início da doença, incluindo pior cognição, menor adesão a antipsicóticos e maior risco de recaída.

Em outras palavras, uso de cannabis quando o transtorno psicótico ainda não ocorreu, aumenta o risco do seu aparecimento, e o uso de cannabis, após o seu

início, piora os resultados clínicos. Os transtornos de humor também têm seu pico de início próximo ao do uso de cannabis, o que é preocupante, dadas as associações mostradas neste trabalho, entre cannabis e depressão, mania e tentativa de suicídio.

Além disso, a cannabis com elevado teor de tetra-hidrocanabinol, poderia servir como uma chamada porta de entrada para outras substâncias, especialmente em pessoas mais jovens: este efeito foi demonstrado em humanos e em modelos animais, reforçando a recomendação de evitar o consumo de cannabis em adolescentes e jovens adultos.

As evidências sugerem efeitos prejudiciais na cognição, uma associação com acidentes automobilísticos, juntamente com o padrão etário do consumo de cannabis (distúrbio) e a carga relacionada, o que levanta duas questões adicionais.

Em primeiro lugar, dados os efeitos adversos da cannabis

na recordação verbal retardada, na aprendizagem verbal, na recordação visual imediata e na saúde mental, são razoavelmente esperados efeitos negativos no desempenho escolar ou acadêmico, especialmente em pessoas que consomem intensamente.

Em segundo lugar, sintomas psiquiátricos como ideação e tentativa de suicídio, mania e má cognição, entre outros eventos adversos (por exemplo, sonolência, desorientação, tontura, sedação, vertigem e deficiência visual) podem mediar a associação entre cannabis e aumento no risco de acidente com veículo motorizado.

De acordo com o projeto DRUID na Europa (dirigir sob a influência de drogas, álcool e medicamentos), o tetrahydrocannabinol, medido como tetrahydrocannabinol ou carboxi-tetrahydrocannabinol, no fluido oral ou no sangue), é o segundo composto mais frequentemente detectado em motoristas gravemente feridos, depois do álcool, seguido depois da cocaína e das anfetaminas.

Relativamente ao potencial terapêutico dos medicamentos à base de canábis, o canabidiol foi benéfico na redução de convulsões, em certas formas de epilepsia em crianças e adultos, incluindo a síndrome de Lennox-Gastaut, a síndrome de Dravet e outros tipos de epilepsia. Os medicamentos à base de cannabis também foram benéficos para a dor e a espasticidade na esclerose múltipla, bem como para a dor crônica em diversas condições e em cuidados paliativos, mas não sem efeitos adversos.

No entanto, o canabidiol e outros medicamentos à base de cannabis, foram associados a uma menor aceitabilidade e tolerabilidade do que o placebo em crianças e adultos, e os medicamentos à base de cannabis também foram associados a acontecimentos adversos psiquiátricos, como afirmado anteriormente.

Estas descobertas devem ser colocadas numa perspectiva clínica para serem totalmente apreciadas

e comparadas, com as alternativas disponíveis. Em relação à epilepsia, os anticonvulsivantes estabelecidos não estão isentos de eventos adversos, incluindo sedação, ganho de peso, comprometimento cognitivo e sintomas psiquiátricos.

Em relação à dor crônica, o uso excessivo de medicamentos opioides prescritos, contribuiu para a crise de opioides, indicando a necessidade de novos medicamentos farmacológicos, e opções de tratamento não farmacológico, para dor crônica para reduzir o abuso de medicamentos opioides prescritos.

No que diz respeito à esclerose múltipla, a toxina botulínica parece ser a única alternativa farmacológica aos medicamentos à base de canábis para a espasticidade.

Finalmente, as populações clínicas incluídas nas meta-análises elegíveis, tinham condições crônicas ou resistentes ao tratamento, ou estavam a ser tratadas no contexto de cuidados

paliativos e em curso de quimioterapia e outras opções de tratamento, que não se mostraram eficazes. Assim, os medicamentos à base de cannabis, podem ser opções razoáveis para a dor crônica em diferentes condições, para a espasticidade muscular na esclerose múltipla, para as náuseas e vômitos em populações clínicas mistas, e para o sono em pessoas com câncer.

É importante ressaltar que em pacientes com dor crônica, a avaliação dos efeitos clínicos considerando toda a apresentação clínica e os efeitos do uso prolongado de canabinóides, ainda precisam ser testados, porque os resultados atuais vêm apenas de curto prazo. ensaios clínicos randomizados. Além disso, são necessárias comparações ativas entre o canabidiol e as opções disponíveis para a epilepsia, bem como entre medicamentos à base de canábis e outros medicamentos para a dor, outros tratamentos para a espasticidade muscular na esclerose múltipla, ou tratamentos para o sono



em pessoas com câncer, com foco em na eficácia e segurança, para informar diretrizes futuras.

Globalmente, manifesta-se um descompasso entre a legislação, que rege o consumo de canabinóides versus o consumo de álcool, considerando tanto os conhecidos malefícios do álcool para a saúde física e mental, em qualquer faixa etária, como os números epidemiológicos. De acordo com a Global Burden of Disease 2019, os transtornos por uso de álcool foram associados a 17.000.000 (intervalo de incerteza de 95%) anos de vida ajustados por incapacidade por 100.000 indivíduos, aproximadamente 25 vezes maior do que para o uso da cannabis.

Além disso, a incapacidade relacionada com a cannabis foi largamente limitada a indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos, enquanto o álcool está associado à incapacidade desde as primeiras fases da vida, aumentando continuamente para 2.120.000 anos

de vida ajustados para incapacidade aos 35-39 anos de idade, e diminuindo muito lentamente para menos de 200.000 anos de vida ajustados por incapacidade, após os 80 anos de idade.

Se a prevalência do consumo de cannabis aumentasse na parcela mais jovem da população devido à legalização em grande escala, não é claro se a lacuna descrita anteriormente diminuiria. Além disso, tanto quanto sabemos, o álcool não tem qualquer papel como tratamento médico, enquanto a nossa investigação mostra que os canabinóides podem ter efeitos benéficos em condições clínicas específicas.

O raciocínio científico por trás de abordagens legislativas extremas ou ideológicas, nomeadamente a legalização e comercialização completa da cannabis, mesmo em jovens adultos, versus a proibição total, e os diferentes requisitos legislativos entre a cannabis e o álcool, na divulgação aos consumidores dos riscos associados, permanece

pouco claro.

Conclusões

Evidências convincentes ou convergentes sustentam, que o consumo de cannabis está associado a problemas de saúde mental e cognição, aumenta o risco de acidentes de direção automobilística, e pode ter efeitos prejudiciais para os recém-nascidos, se for consumido pela mãe durante a gravidez.

O consumo de cannabis deve ser evitado em adolescentes e adultos jovens (quando o neurodesenvolvimento ainda está em curso), quando a maioria dos distúrbios de saúde mental se inicia, e a cognição é fundamental, para otimizar o desempenho acadêmico e a aprendizagem, bem como em mulheres grávidas e condutores de veículos.

Por outro lado, o canabidiol pode ser considerado uma opção de tratamento potencialmente benéfico na epilepsia em todas as faixas etárias, para reduzir as convulsões. Os medicamentos à base de cannabis também

podem ser considerados para a dor crônica em diferentes condições, como a esclerose múltipla, para a espasticidade na esclerose múltipla, para as náuseas e vômitos em pessoas com doenças diversas, e para o sono no câncer. Contudo, a relevância clínica deve ser considerada antes de uma possível incorporação nas diretrizes clínicas; por exemplo, incluindo números necessários para tratar em busca de benefícios, relações risco-benefício, eficácia e segurança comparativas, com opções de tratamento existentes

e no desenvolvimento de informações ao paciente sobre possíveis eventos adversos.

O canabidiol parece ser seguro em relação aos sintomas psiquiátricos, mas é necessário realizar mais pesquisas antes que este medicamento possa ser recomendado para o tratamento de qualquer transtorno psiquiátrico. As restantes associações entre a cannabis e os resultados de saúde, não são apoiadas por evidências convergentes ou convincentes.

Os pesquisadores, os legisladores e os políticos com poder decisão na saúde pública, devem considerar esta síntese de evidências ao tomarem decisões políticas sobre a regulamentação do uso de canabinóides, e ao planejarem uma futura agenda de investigação epidemiológica ou experimental, com especial atenção ao teor de tetra-hidrocanabinol dos canabinóides. Diretrizes futuras são necessárias para traduzir as descobertas atuais na prática clínica, envolvendo ao mesmo tempo todas as partes interessadas. ●





Foto - Wikimedia Commons

Descrição - Catarina de Médicis observa os cadáveres dos protestantes no dia seguinte ao massacre de São Bartolomeu, na porta do Louvre.

Autor - Édouard Debat-Ponsan (1847-1913)

Título - Un matin devant la porte du Louvre (Uma manhã na porta do Louvre)

Data - 1880

Técnica - óleo sobre tela

Dimensões - 318 cm × 400 cm

Localização - Musée d'art Roger-Quilliot de Clermont-Ferrand - France

O MASSACRE DE SÃO BARTOLOMEU

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)



O "MASSACRE DO DIA DE SÃO BARTOLOMEU" É O NOME QUE SE DÁ A UM EPISÓDIO TENEBROSO DA HISTÓRIA DA FRANÇA. NO DIA 24 DE AGOSTO DE 1572, DIA DE SÃO BARTOLOMEU, MILHARES DE PROTESTANTES FORAM MASSACRADOS POR CATÓLICOS, EM PARIS, EM CONSEQUÊNCIA DAS "GUERRAS RELIGIOSAS".

O referido massacre foi prolongado por vários dias na cidade-luz e, depois, estendido a mais de vinte cidades da França, durante semanas e meses.

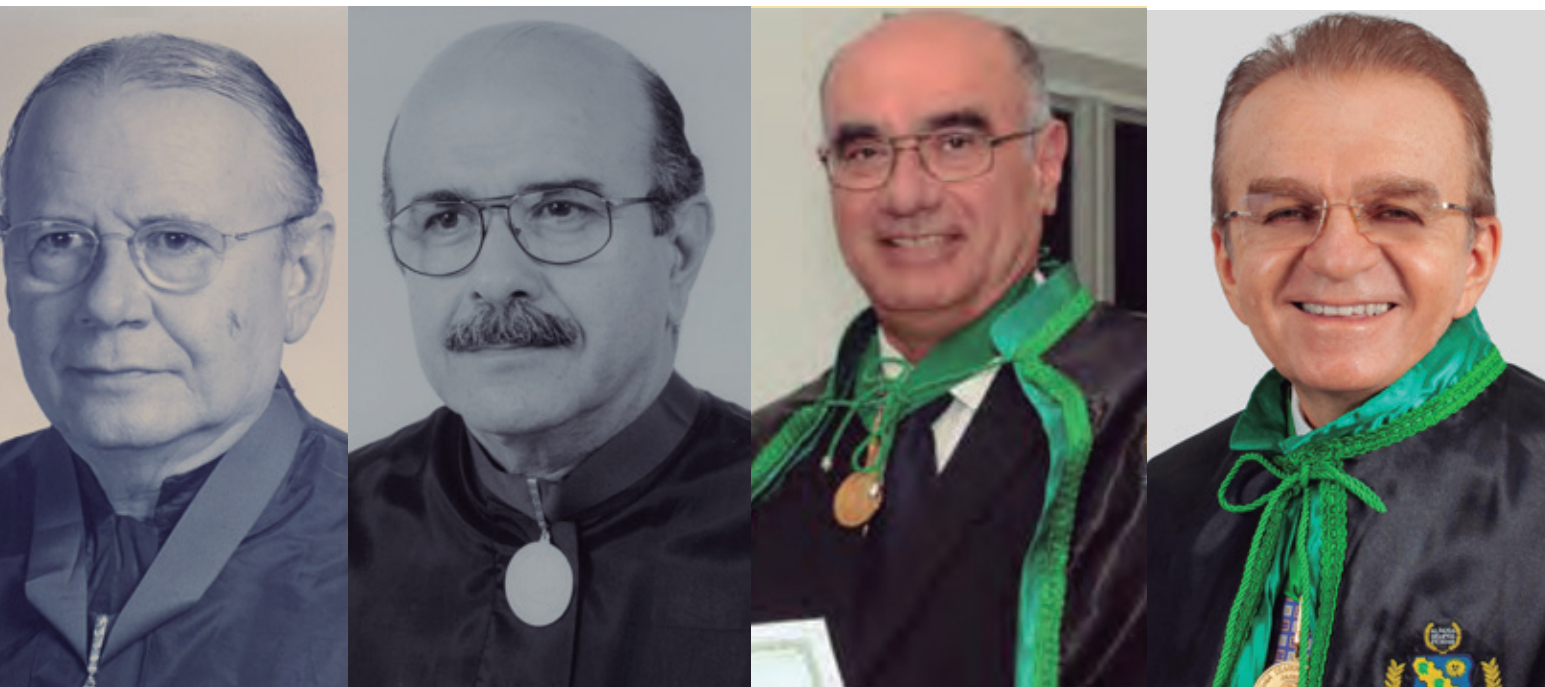
Este evento das "Guerras Religiosas" resultou de um

complexo emaranhado de fatores religiosos, políticos e sociais. Um dos fatores desencadeantes foi a divisão da nobreza francesa entre católicos e protestantes, em particular a vingança entre a "Casa de Guise", católica, e o clã de Châtillon-Montmorency, católicos moderados e protestantes.

Os católicos franceses estavam divididos entre os defensores da tolerância religiosa e os defensores da repressão. Os católicos tolerantes aceitavam a liberdade de consciência do humanismo erasmiano, e os defensores da repressão consideravam uma heresia, o protestantismo.

A gota d'água que desencadeou o massacre de "Saint-Barthélemy" foi a repulsa dos católicos parisienses ao espetáculo da nobreza protestante que tinha vindo assistir ao casamento do "herege" "protestante, Henri de Navarre, futuro rei Henrique IV (1553-1619), com a católica Marguerite de Valois (1553-1615), futura rainha Margot. Henri foi forçado a renunciar ao protestantismo para escapar do massacre. Porém a renúncia foi da boca para fora.

É dele a famosa frase "Paris vale bem uma missa"



UROLOGISTAS TITULARES DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

A ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA (ACM) FOI CONCEBIDA TENDO POR MODELO PRINCIPAL A ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM).

Para fins de admissão, espelhando-se na sua

congênere nacional, os acadêmicos são distribuídos, segundo a proeminência em seus campos de atuação, em três grupos: Medicina, Cirurgia e Ciência Aplicada à Medicina.

No total, entre os Membros

Titulares (MT), consoante levantamento de maio de 2022, havia 35 especialidades distintas, o que espelhava a grande diversidade da atividade médica atual. Em termos quantitativos, os MT estavam assim alocados:

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

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



Ciências (10), Cirúrgicas (21) e Clínicas (29).

Nas especialidades Cirúrgicas, a Urologia se encontrava em primeira posição, com quatro MT. São eles, a perfilar por ordem de posse na ACM: Ary da Silva Ramalho, Francisco Salvio Cavalcante Pinto e Paulo Henrique de Moura Reis.



Ary da Silva Ramalho nasceu em Beberibe-CE, em 10 de junho de 1935.

Ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (FM-UFC) em 1956, na qual concluiu o curso médico em 1961.

Optou pela Urologia, como especialidade, cumprindo a Residência Médica (RM) de Urologia no Hospital das Clínicas da USP em 1962/63.

Voltou a Fortaleza em janeiro de 1964, onde montou consultório e passou a realizar cirurgias na Casa de Saúde e Maternidade São Raimundo. Ainda em 1964, iniciou a sua carreira docente como Professor Auxiliar de Ensino da FM-UFC e começou a trabalhar médico assistente do Serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

Foi contratado em 1966 como médico do IAPC, depois INPS, função que lhe permitiu criar o Serviço de Urologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) em 1968 e depois instituir a RM de Urologia em 1974.

Complementou a sua formação especializada com os estágios de aperfeiçoamento no Serviço de Urologia da Wayne State University (USA), em 1974, e no Serviço de Urologia Pediátrica do Alder Hey

Children's Hospital em Liverpool, na Inglaterra, em 1979/80.

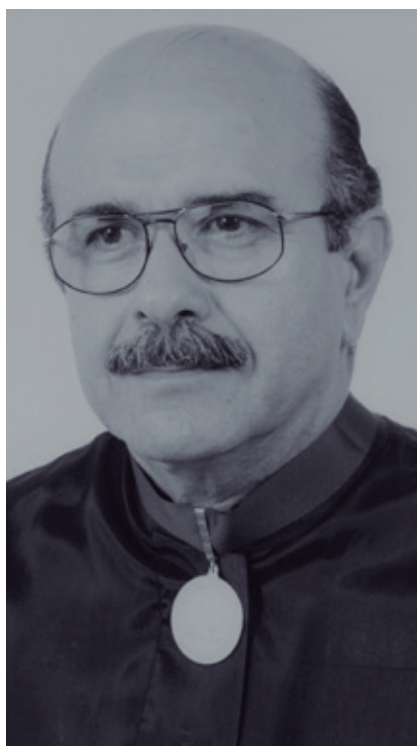
Quando da sua permanência na Inglaterra também estagiou no Serviço de Urologia no Broadgreen Hospital, onde adquiriu o domínio da ressecção endoscópica da próstata e de outras práticas endourológicas. Ao retornar à Fortaleza, instalou a enfermaria de Urologia Pediátrica do HGF.

É membro fundador da Sociedade Brasileira de Urologia-Secção Ceará e foi seu presidente no biênio 1976/77.

Aposentou-se, após mais de 36 anos de efetiva docência, como Professor Adjunto IV da FM-UFC, em 2001.

Em 4 de fevereiro de 2000 foi empossado como Membro Titular da Academia Cearense de Medicina (ACM), passando a ocupar a Cadeira 45, que tem como Patrono o Dr. José de Pontes Neto.





Fernando Vasconcelos Pombo nasceu em Fortaleza-CE em 23 de abril de 1942.

Iniciou o curso médico na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará em 1961, vindo a concluí-lo em dezembro de 1966.

Ainda em dezembro de 1966, partiu para o Rio de Janeiro, para fazer Residência Médica na 14ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, no Serviço do Prof. Paulo Albuquerque.

Complementou a sua formação de urologista cursando a pós-graduação

nessa especialidade na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) em 1967.

De volta à Fortaleza, após o término da Residência Médica, Dr. Fernando Pombo assumiu o Serviço de Urologia do IPEC (Instituto de Previdência do Estado do Ceará, o atual ISSEC) e também o chamado na época SAMDU, como era conhecido o serviço de pronto-atendimento e urgência pública da capital.

Com a inauguração do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), em 1969, como hospital federal do antigo INAMPS, fez parte do “Staff” que iniciou a Urologia naquele nosocômio.

O Dr. Fernando Pombo permaneceu, então, no ISSEC e no HGF/INAMPS até sua aposentaria, estando atualmente em seu consultório particular

realizando consultas e agendando cirurgias.

Obteve o Título de Especialista em Urologia conferido pela Sociedade Brasileira de Urologia em 1978. É filiado também à Confederação Americana de Urologia (CAU) e Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

Exerceu por dois biênios a Presidência da Sociedade Brasileira de Urologia – Seção Ceará (1984-85 e 2006-07) e foi o 1º Secretário da Sociedade Brasileira de Urologia em 1983.

O Acad. Fernando Pombo é Membro Titular da Academia Cearense de Medicina (ACM), empossado em 14/05/1999, ocupando a cadeira 43, patroneada por José Ossian de Aguiar; nessa academia exerceu os cargos de 1º e de 2º Tesoureiro em duas gestões.

>>>

De volta à Fortaleza, após o término da Residência Médica, Dr. Fernando Pombo assumiu o Serviço de Urologia do IPEC (Instituto de Previdência do Estado do Ceará, o atual ISSEC) e também o chamado na época SAMDU, como era conhecido o serviço de pronto-atendimento e urgência pública da capital.



Francisco Salvio Cavalcante Pinto nasceu em Ipu-CE, em 26 de junho de 1959.

Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) em dezembro de 1982. Fez Residência Médica em Cancerologia no Hospital A.C. Camargo, em São Paulo, de janeiro de 1983 a janeiro de 1986. cursou Especialização em Cirurgia Oncológica, no National Cancer Center, em Tóquio-Japão, de julho a dezembro de 1988, e em Urologia Oncológica, no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em New York-USA, de dezembro de 1988 a abril de 1989.

Completo a sua formação acadêmica com o Mestrado em Cirurgia, pela Faculdade de Medicina da UFC, de março de 1993 a março de 1996, e o Doutorado na área de Concentração em Oncologia Urológica, da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, de agosto de 2006 a março de 2010.

Exerceu as seguintes atividades acadêmicas e médicas: titular e preceptor da Residência do Serviço de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo, de janeiro de 1986 a janeiro de 1988; titular e preceptor da Residência do Serviço de Cirurgia do Hospital Heliópolis, em São Paulo, de julho de 1985 a janeiro de 1988; titular e preceptor da Residência do Serviço de Urologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), desde janeiro de

1992; chefe do Serviço de Urologia do HGF, de 2001 a 2004; titular em Cirurgia de Urgência do Instituto Dr. José Frota, de 1988 a 1993; titular do Serviço de Oncologia da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, de janeiro 1988 a 2000.

Foi Presidente da Sociedade Cearense de Cancerologia e da Sociedade Brasileira de Urologia - Secção Ceará, e Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Cancerologia e da Associação Médica Brasileira.

Foi empossado na Academia Cearense de Medicina (ACM) em 31/07/2015, como ocupante da cadeira 40, patroneada pelo Dr. José Moreira da Rocha, anteriormente ocupada pelo Acad. Geraldo Pinheiro. Nessa academia exerce atualmente o cargo de 2º Secretário.

>>>

Completo a sua formação acadêmica com o Mestrado em Cirurgia, pela Faculdade de Medicina da UFC, de março de 1993 a março de 1996, e o Doutorado na área de Concentração em Oncologia Urológica, da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, de agosto de 2006 a março de 2010.



Paulo Henrique de Moura Reis nasceu em Oeiras-PI, em 23 de abril de 1957.

Paulo Reis ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) em 1976, diplomando-se em março de 1982.

Cumpriu, no Hospital Geral de Fortaleza, Residência Médica (RM) em Cirurgia Geral, (março/1982 a

fevereiro/1984) e em Urologia (março/1985 a fevereiro/1987), obtendo os Títulos de Especialista em Cirurgia Geral e em Urologia.

Completoou a sua formação pós-graduada com a especialização em Sexualidade Humana, na Universidade de São Paulo (maio/2006 a fevereiro/2008).

Iniciou a sua vida profissional como médico cirurgião do Hospital Universitário Walter Cantídio em 1984 depois como urologista.

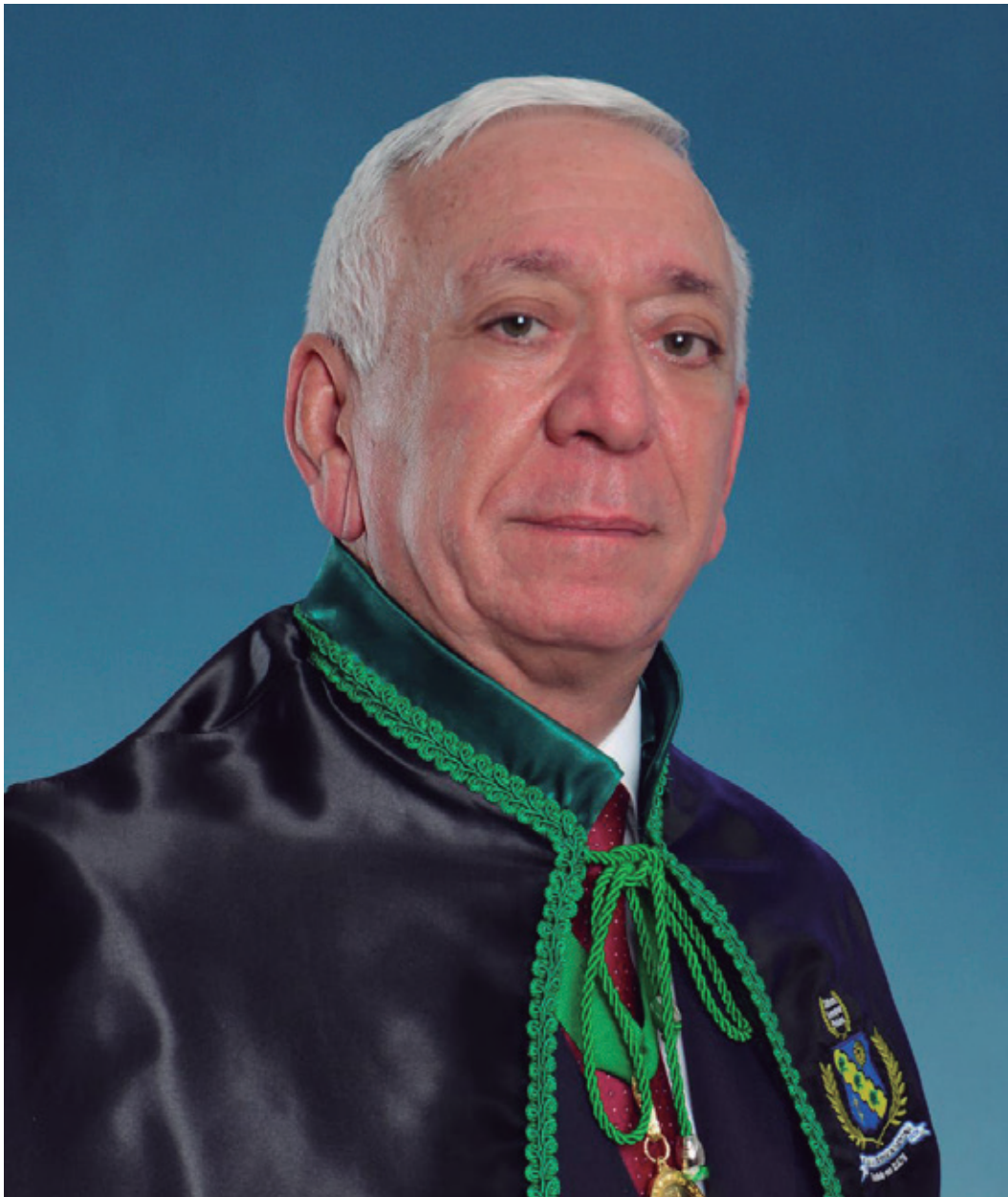
Dentre as suas atividades profissionais, foi médico da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, de julho de 1986 a novembro de 1987, e do Ministério da Saúde, lotado inicialmente no Hospital de Maracanaú e depois transferido para o Hospital Universitário

Walter Cantídio (HUWC) da UFC, onde continua exercendo urologia como médico assistente.

Paulo Reis atuou no ensino médico como professor convidado da disciplina de Urologia do Departamento de Cirurgia da UFC, no período de agosto a dezembro de 1997, e preceptor da RM em Urologia do HUWC.

Como reconhecimento dos seus méritos profissionais e de cidadão foi alvo de algumas homenagens institucionais.

Em 22/11/2019, foi empossado na Academia Cearense de Medicina (ACM) como ocupante da cadeira 58, patroneada pelo Dr. José Alves Fernandes, anteriormente ocupada pelo Acad. Maurício Cabral Benevides. Nessa academia exerce atualmente o cargo de 1º Secretário. ●



**PAULO MARCOS LOPES:
DO CENTRO CIRÚRGICO À 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



PAULO MARCOS LOPES NASCEU EM GRAÇA, À ÉPOCA ENTÃO DISTRITO DO MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO, CEARÁ, EM 4 DE NOVEMBRO DE 1951, FILHO DE MANOEL DOMINGOS LOPES E MARIA ODETE DE CARVALHO LOPES.

Iniciou seus estudos em casa, com sua mãe, já que não havia escolas na vila de Graça onde nascera. Depois, seguiu para o Município de Sobral-CE, principiando a sua formação escolar no Colégio Sobralense, durante dois anos, transferindo-se deste para o Colégio Estadual Dom José Tupinambá da Frota, onde estudou até o fim de 1970. Durante este período, de 1964 a 1970, residiu na casa dos seus tios em Sobral.

Em 1971, veio para Fortaleza, passando a residir na Casa do Estudante, situada à Rua Nogueira Acioli, na Aldeota, que albergava jovens procedentes do interior cearense e de outros estados, que buscavam prosseguir seus estudos.

Por esforço e muita determinação, preparou-

se para o exame vestibular e, em janeiro de 1972, foi aprovado para a matrícula inicial entre as vagas da Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), na época em que houve a Reforma Universitária. Essa reforma, dita traumática e malfada, implantou um Ciclo Básico, para reclassificar os calouros em uma escolha final do curso a seguir, o que o levou a concorrer, já como universitário, por mais seis meses. Mercê do seu excelente desempenho no semestre 1972.1, ele manteve a sua vaga original de Medicina.

Durante a graduação, Paulo Marcos Lopes foi um aluno aplicado e buscou complementar o seu preparo prático por meio de estágios extracurriculares: Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza (de 1974 a 1975), Instituto Dr. José Frota (de 1975 a 1976), Hospital Geral Dr. César Cals (1976). Ao cabo de seis anos, completou os créditos necessários em disciplinas obrigatórias e opcionais, e diplomou-se em Medicina, em 23 de dezembro de 1977, integrando a Turma Dr. José Carlos Ribeiro.

Após exitosa aprovação no processo seletivo da Fundação de Saúde do Estado do Ceará, o Dr. Paulo Marcos Lopes realizou a Residência Médica de Cirurgia Geral no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), nos anos 1978 e 1979, o mesmo hospital em que fizera o seu Internato.

O HGCC, onde permaneceu por 40 anos, foi o seu principal local de trabalho. Dentre os seus feitos nesse hospital, cumpre citar: foi coordenador do internato de cirurgia por aproximadamente 30 anos; foi chefe do serviço de cirurgia por quase 20 anos; supervisor e preceptor da Residência Médica em Cirurgia Geral por mais de 30 anos, período em que dobrou o número de vagas para a Residência; criou o Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica em janeiro de 2002, que ainda hoje, é o maior do estado, com mais de mil cirurgias realizadas; implantou a cultura de visitas às enfermarias aos finais de semana; criou o serviço de Nutrição Enteral e Parenteral, sob a orientação do Dr. Lino Antônio

Cavalcante Holanda, em 2005.

Além do HGCC, o Dr. Paulo Marcos Lopes foi funcionário do Instituto Dr. José Frota (IJF) por 36 anos, como médico plantonista do Setor de Emergência. No IJF, foi um dos fundadores da Residência Médica de Cirurgia Geral, presidente da Comissão de Ética Médica por seis anos. Foi reconhecido como funcionário e médico padrão.

Atualmente, ele trabalha no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA) (o antigo Hospital Geral da Polícia Militar do Ceará), no qual exerce a chefia da Clínica Cirúrgica que inclui os serviços de cirurgia: geral, urológica, cabeça e pescoço, ginecológica, proctológica, cirurgia e bariátrica e metabólica.

Nesse atual hospital em que presta o seu labor, o Dr. Paulo Marcos possui os benfazejos créditos a salientar a sua efetiva participação na criação de: Internato em Cirurgia, em 2015, em parceria com várias

universidades que mantém convênios com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará; Residência Médica em Cirurgia Geral em 2016, onde exerce o cargo de supervisor e preceptor; Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, em outubro de 2018, totalmente consolidado pela excelência dos seus resultados; Serviço de Cirurgia Laparoscópica Avançada em 2015, sendo que hoje mais de 90% das cirurgias do hospital são realizadas por laparoscopia; e Revista Científica do HMJMA, em 2019, um periódico semestral, do qual é atualmente editor científico.

Foi ainda cirurgião da equipe do transplante de fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da UFC por oito anos.

Ele tem a autoria de muitas publicações sobre vários temas de Cirurgia Geral, a exemplo de: livro de protocolo de pré-operatório, em 2006; artigos na Revista de Relatos de casos raros, em 2008; livro Temas Cirúrgicos Essenciais, em 2017; e livro

de protocolo da clínica cirúrgica do HMJMA, em 2018.

O seu reconhecimento, como profissional de escol, por seus pares pode ser ratificado por: homenagem de honra ao mérito do Centro Médico Cearense em 1999; homenageado pelo Departamento de Cirurgia da UFC, como professor colaborador, em 2000; premiado com a Medalha do Mérito Ético-Profissional concedida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, em 2011.

O seu valor, como cidadão de relevo social, se faz presente nos seguintes reconhecimentos: agraciado com a Medalha Boticário Ferreira, em conjunto com os membros do transplante de fígado do HUWC da UFC, da Câmara Municipal de Fortaleza, em novembro de 2005; homenageado com a Medalha Farias Brito, conferido pela Câmara Municipal de São Benedito-CE, em 2007; um dos médicos homenageados pela Câmara Municipal de Fortaleza, por ocasião do centenário da Associação Médica Cearense

>>>

(antigo Centro Médico Cearense), em 2013.

Por sua atividade de ensino médico, foi homenageado inúmeras vezes pelos formandos (doutorandos) de diversas Faculdades de Medicina do Ceará, tendo sido o Patrono da X Turma de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor), em 2016.2.

Casou-se, em 1982, com a enfermeira Eliane Maria Amaral Lopes, gerando dois filhos: Lívia (endocrinologista) e Gustavo (endocrinologista).

O Acad. Paulo Marcos Lopes foi empossado na Academia Cearense de Medicina (ACM), em 30/06/2023, na

Cadeira 9, patroneada por Eliezer Studart da Fonseca, e anteriormente ocupada pelo Acad. Lino Antônio Cavalcante Holanda, tornado membro honorável em 22/07/2022, sendo saudado ao ensejo da sua investidura acadêmica pelo Acad. José Henrique Leal Cardoso.



SELECTA LITERÁRIA



Marcelo Gurgel Carlos da Silva

SELECTA LITERÁRIA

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

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



**EM 2002, PUBLICAMOS
“VIA LITERARUM:
INCURSÕES
DESPRETENSIOAS NO
MUNDO DAS LETRAS”,
UMA OBRA QUE
ABRIGAVA DISTINTOS
GÊNEROS LITERÁRIOS,
REUNINDO ESCRITOS
QUE REMONTAVAM AOS
TEMPOS DE ESTUDANTE
DE MEDICINA, NA
DÉCADA DE 1970, ATÉ
O INÍCIO DO PRESENTE
SÉCULO.**

Nesses escritos se identificavam a trajetória das ideias e o espírito criativo de um autor que, despretensiosamente, incursionava na trilha literária.

Em 13 de março de 2003, no transcurso da comemoração do nosso aniversário de 50 anos de vida, fomos contemplados com o livro “Marcelo Gurgel: em verso e anverso”, organizado e escrito por generosas pessoas amigas, que serviu de pretexto para celebrar, igualmente, o nosso duplo jubileu argentino de médico e professor.

Esses dois lançamentos literários ocorreram quando estávamos com uma carreira

profissional consolidada, como médico, economista, professor universitário e pesquisador, e demarcam a incorporação de mais uma faceta do nosso viver, despontando a figura do escrevinhador contumaz, que gradualmente transforma-se em um polígrafo, passando a aliar a sua produção técnica e científica com o seu crescente fazer literário.

Entre 2003 e 2008, grande parte do nosso labor esteve concentrada na implementação do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará, mas isso não nos impediu que déssemos à estampa quase duas dezenas de livros e mais de duzentas publicações esparsas em jornais, informativos e outros veículos de divulgação.

Paralelamente, o nosso ingresso em sociedades e outras entidades associativas, com efetiva participação, concorreu para alicerçar uma produção cultural vigorosa em que se destaca a atividade editorial, tanto da própria autoria como a de colegas e de confrades,

sobretudo na forma de antologias e coletâneas institucionais.

O exercício de muitos ofícios, congregando múltiplas atividades, tem nos conduzido a construir um robusto curriculum vitae, que evidencia uma substancial produção técnica e científica, expressa em livros, capítulos, artigos, relatórios etc.

Do cômputo dos poucos mais de cinco mil itens do nosso atual currículo, em sua versão completa, já superam à casa dos mil aqueles de conotação cultural, correspondendo a cerca de 20% da nossa produção intelectual, realçando a nossa proficiente atividade cultural desabrochada em diferentes campos de atuação.

O termo “Selecta”, de raro uso presente, é da época da conhecida “Crestomatia”, de Radagásio de Taborda, quando nas escolas brasileiras de ensino primário e secundário se utilizavam de livros contendo textos selecionados de autor único ou de diversos

autores, congregando diferentes gêneros, em prosa ou em versos, para o aprendizado da língua portuguesa.

O livro “Selecta Literária” enfeixa uma amostra intencional do que publicamos em obras da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Regional Ceará (Sobrames-CE), da Academia Cearense de Médicos Escritores (Acemes), da Academia Brasileira de Médicos

Escritores (Abrames), da Associação de Jornalistas e Escritoras do Brasil (AJEB), da Associação Brasileira de Bibliófilos (ABB), dentre outras. Vale salientar que, no processo amostral, excluimos as produções já publicadas ou em vias de publicação em outras obras da nossa autoria.

São trinta trabalhos distribuídos em quatro partes, observando uma disposição adequada, acompanhados de

ilustrações apropriadas, com a intenção de deixar mais agradável a leitura. Na parte V, em apêndices e anexos, se expõem a organização e editoração de antologias da Sobrames-CE, a lista das publicações de SILVA, M.G.C. da In: veículos literários e culturais, a biografia literária do autor empregada pela Acemes em sua revista oficial e alguns registros iconográficos literários.

Carpe diem!



1º Dia do MÉDICO+

JORNAL DO MÉDICO



jornaldomedico.com.br/diadomedico2023

REALIZAÇÃO:

Jornal do Médico
Multiplataforma de Medicina e Saúde