



Jornal do Médico®

Plataforma com conteúdos de alto nível

ARTROPLASTIA CERVICAL

Um avanço no
tratamento da
Hérnia de Disco
Cervical

#VAIDARCERTO

Seja VIP Grátis



CONFIRA AINDA:

- Direito Médico • Evento
 - Presidente Eberval Gadelha fala sobre os desafios do Neurocirurgião
 - Homenagem In Memoriam Conselheiro Prof. Eusébio Rocha
- e muito mais!

Se precisar de exames de imagem

CONTE COM A CLÍNICA UDI



Marque seus exames via Whatsapp:
(85) 9 8902.5429



**Velocidade
e Agilidade**



Tecnologia



**Corpo Clínico
Diferenciado**

Para a realização dos seus exames de imagem conte com a UDI. Rapidez e eficiência em exames para o seu diagnóstico correto.

Diretor Técnico: Dr. Pablo Picasso de Araújo Coimbra
CRM-CE: 6806 - RQE: 4403



udi

Siga nossas redes sociais:   @clinicaudi

Acesse: clinicaudi.com.br

MENSAGEM AO LEITOR

Na edição deste mês da nossa RD, registramos nossos agradecimentos e o pesar pela perda inestimável do nosso conselheiro Eusébio Rocha para a COVID-19 em Fortaleza (24/04). O distinto conselheiro foi um fiel apoiador e entusiasta dos nossos projetos e você pode conferir uma homeagem produzida pelo nosso conselheiro Dr. Sebastião Diógenes.

Além da homenagem, trazemos como de praxe, conteúdos de alto nível com grandes especialistas, onde destacamos na capa o artigo de atualização sobre: Artroplastia Cervical: Um avanço no tratamento da Hérnia de Disco Cervical, de autoria do renomado neurocirurgião, Dr. Samuel Moura, CRM: 16705-PE - RQE N°: 8425.

Falando ainda em neurocirurgia, nossa equipe realizou uma entrevista exclusiva com o presidente da SBN, Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, Prof. Eberval Gadelha, que nos contou muito sobre os desafios na carreira do neurocirurgião em face da digitalização na saúde, pandemia de COVID e muito mais.



Josemar ARGOLLO

CEO Jornal do Médico

MBA em Comunicação e Marketing em Mídias Digitais

Membro Honorário da SOBRAMES/CE

atendimento@jornaldomedico.com.br

Skype: argollomarketing

Com relação a Tecnologia, nosso conselheiro Prof. João Ananias Machado Filho, traz um artigo bem conceitual sobre "Neurocirurgia e Tecnologias a serviço da humanidade."

A editoria Direito Médico tem dois conteúdos espetaculares com os especialistas Prof. Renato Evando e Dra. Livia Siebra, para ajudar a blindar ainda mais juridicamente a carreira do profissional médico.

Com relação a Eventos, trazemos reportagem sobre o Atualiza 21, além dos destaques na programação da XIX Bienal da Academia Cearense de Medicina, que será também on-line.

Mantendo a pluralidade da RD, trazemos outros conteúdos sobre: Neuroimagem, Carreira Saudável, História da Medicina, Infectologia e outros mais.

Tenha uma ótima experiência com os nossos conteúdos, próximo número estaremos falando sobre Mães e Oftalmologia e muito mais!

Até lá! Cuide-se e #VAIDARCERTO

FUNDADORES:

Jornalista Juvenal Menezes (DRT-CE 1947)

In Memoriam 1935-2017

Sra. Nahimi Argollo de Menezes

CEO:

Josemar ARGOLLO

Revista Digital Jornal do Médico, Ano II, Nº 12, ABRIL 2021, Neurocirurgia e os desafios da carreira na saúde [Publicação Mensal]
Marca registrada junto ao INPI, Instituto Nacional da Propriedade Industrial.
Josemar Argollo Ferreira de Menezes-ME
CNPJ: 24.780.958/0001-00.

PRODUTORA DE CONTEÚDO: Érika Grecy

SOCIAL MEDIA: Edson Silva

ASSESSORIA EDITORIAL:

Jor. Anatalice Rodrigues (DRT-CE 3548)

CONSULTORIA EM ARTE/DIAGRAMAÇÃO:

Vailton Cruz

CONTRIBUIÇÃO FOTOGRÁFICA/IMAGENS

Banco de Imagens Jornal do Médico, Pexels e FREEPIK

QUEREMOS SUAS SUGESTÕES

Sua opinião pode ser o nosso próximo conteúdo.

atendimento@jornaldomedico.com.br

BAIXE NOSSO APP JORNAL DO MÉDICO®

disponível na Apple Store e Google Play e tenha acesso prioritário nas novas revistas com conteúdos de alto nível

PUBLICAÇÃO RECONHECIDA:

Câmara Municipal de Fortaleza

(Requerimento Nº 2240/2014)

Vereador Dr. Iraguassú Teixeira)

Assembleia Legislativa do Ceará

(Requerimento Nº 860/2019)

Deputado Dr. Guilherme Landim)

Academia Cearense de Medicina

Argollo

Marketing

CONTATOS:

Whats App: +55 85 996673827

atendimento@jornaldomedico.com.br

Skype: argollomarketing

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

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

CONFIRA NESTA EDIÇÃO



08

Dr. Eusébio
Rocha:
Requiescat In
Pace

16

Artroplastia Cervical um
Avanço no Tratamento da
Hérnia de Disco Cervical

22

Lesões Cerebrais com
Realce Anelar, Desafio
Diagnóstico da Neuroimagem

32

Neurocirurgia e
Tecnologias a Serviço da
Humanidade

35

Neurocirurgia e Carreira
Saudável

12

Professor
Eberval Gadelha
Fala Sobre os
Desafios do
Neurocirurgia

37 Harvey Williams
Cushing (1869-
1939) Pioneiro da Cirurgia
Cerebral

40 Pesquisa
Envolvendo Seres
Humanos: Perigo de
Retrocesso em Tempos de
Pandemia

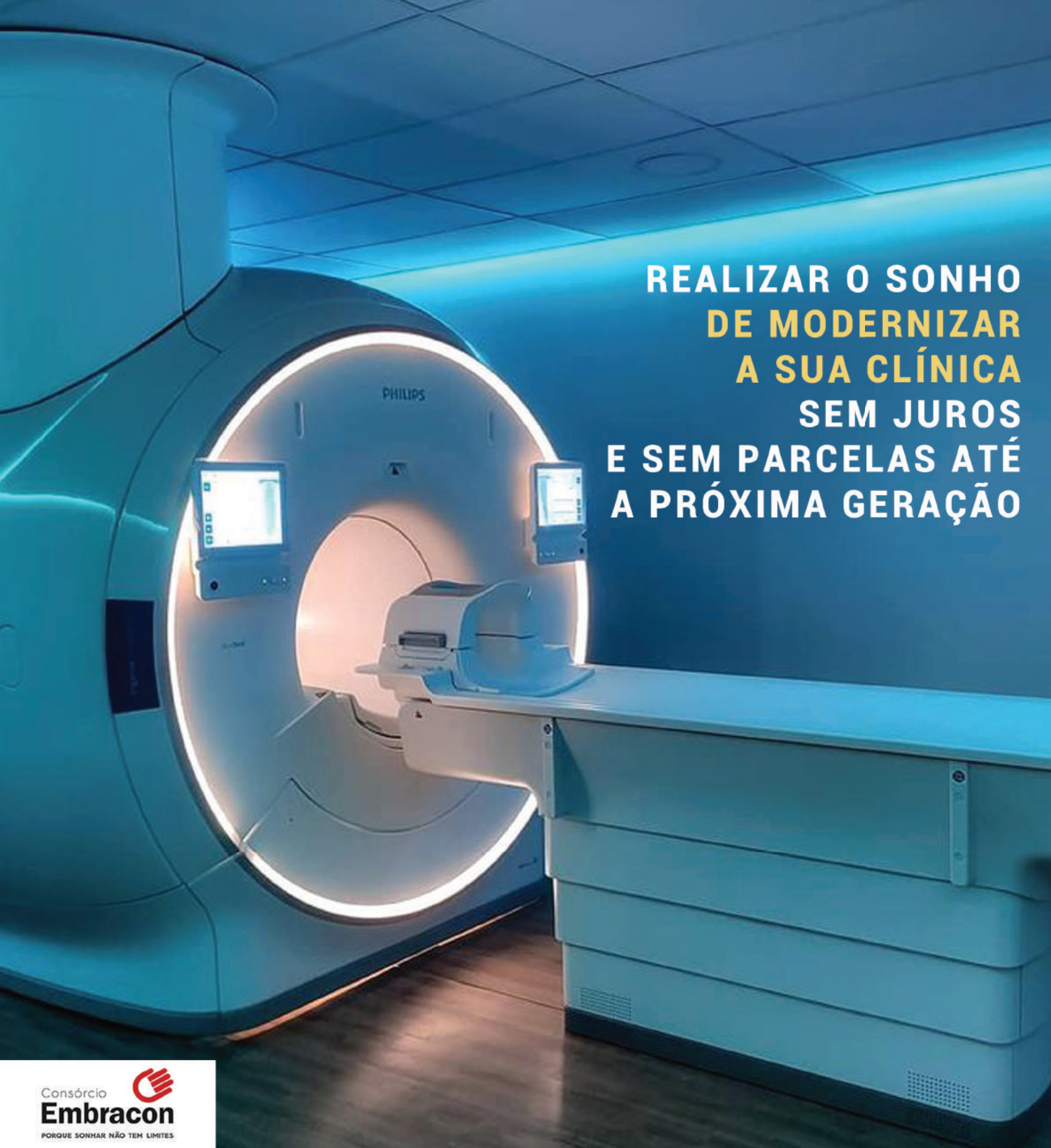
43 Prevenção Jurídica
na Neurocirurgia

46 Infecção pelo
HIV: Bioética e
Direito Médico

50 Incorporação do
Tavi no Rol de
Procedimento e Eventos
em Saúde da ANS é uma
Grande Conquista para
os Idosos Brasileiros

53 O Programa
Científico da
XIX Bienal da Academia
Cearense de Medicina





**REALIZAR O SONHO
DE MODERNIZAR
A SUA CLÍNICA
SEM JUROS
E SEM PARCELAS ATÉ
A PRÓXIMA GERAÇÃO**

Consórcio
Embracon
PORQUE SONHAR NÃO TEM LIMITES

CONSULTORA LÍDIA LISBOA

Atendimento Personalizado para todo o Brasil

 **Simule agora: (85) 99709-7002**

CONTEÚDOS DE ALTO NÍVEL COM GRANDES ESPECIALISTAS PARA CARREIRA DE ALTO NÍVEL

Baixe o aplicativo
Jornal do Médico® nas lojas



 **Jornal do Médico®**





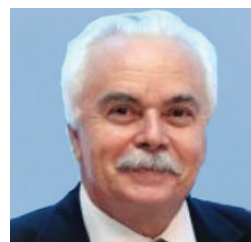
Esq/Dir: Ana Manuela Diógenes Teixeira (filha), Eusébio Rocha (in memoriam), Antônio Eusébio Diógenes Teixeira (filho) e esposa Simara

DR. EUSÉBIO ROCHA:

REQUIESCAT IN PACE

AUTOR: SEBASTIÃO DIÓGENES

*Da Academia Cearense de Medicina,
Quixadaense de Letras, Sobrames-CE
e Conselheiro do Jornal do Médico.
CRM 1932-CE*



Dr. Antônio Eusébio Teixeira Rocha (CREMEC 4774 RQE 1909) foi um homem pleno de virtudes. Possuía o dom de cativar as pessoas com sua alegria, sua verve poética, com o seu bem-estar com a vida. Era uma pessoa feliz, via-se nas suas atitudes, no exercício da profissão e no amor à família. Por onde passava, com ele transitava a luz, e em todos os lugares manifestava o dom da benevolência.

Dr. Eusébio Rocha ingressou na Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Regional Ceará em 11/04/2016. Tive a fortuna de fazer a saudação ao notável recipiendário na solenidade de posse. Afirmar que era uma aquisição muito importante para a nossa agremiação, como provaria com suas primorosas contribuições literárias. Participou regularmente de todas as antologias, a partir do ingresso, com poemas que exaltam a cultura popular e o amor à família, a exemplo de “Saudades de meu pai: Estou em Dubai / Aqui são sete horas a mais / Armário em Dubai / Forró Cutuca a burra é mais / Ai que saudade de meu pai.” (In: Sopro de Luz, 2020). Era um cidadão de bem, muito agradável, cumprimentava a todos com o sorriso franco e cordial. À minha pessoa, reservava tratamento especial, e era com apreço que me chamava de padrinho. Saudades!

Dr. Eusébio deixou uma biografia memorável: Traumatologista, Ortopedista, Médico do Trabalho, Administrador Hospitalar, Professor Universitário,

Conselheiro do Jornal do Médico e obreiro no reino da Música e da Literatura. Publicou vários livros: Luto e Prossigo Minha Caminhada; Receitas de uma nova Poesia; Saga de Antônio da Piçarra; Ceará do DEIC e Dicionário Sabedoria do Matuto. Gravou quatro CDs: Água Ardente, Anjos, Sabedoria do Matuto e Cutuca a Burra lá de nós.

A morte do Dr. Eusébio tem causado tristeza, mesmo que se tenha a esperança de ele alcançar a vida eterna. Ele lutou muito contra a SARS-Cov-2, porque era da sua natureza lutar e vencer. Acompanhei ►



Contudo, percebia que o Dr. Eusébio era um homem de muita fé, mantinha ao seu lado a Bíblia Sagrada e os mimos de casa: da amada esposa Simara Diógenes Pinheiro Teixeira Rocha, da filha Ana Manuela Diógenes Teixeira e do filho Antônio Eusébio Diógenes Teixeira. Que Deus seja louvado!





Sua esposa Simara acompanha a solenidade de posse em 11/04/16, como sócio da SOBRAMES Regional Ceará, tendo como padrinho o sobramista Sebastião Diógenes.

a evolução da doença através dos áudios diários da filha Manuela. A boa filha, acadêmica de Medicina, com fé na Trindade, rogava ao Espírito Santo que soprasse os pulmões do amado pai, que ele tinha compromisso de professor de Medicina com a sua turma na Unichristus. Os áudios de Manuela me comoviam e eu me associava à parente família em orações.

Não menos comovente foi o depoimento da médica que havia ficado na mesma UTI

do Dr. Eusébio. Compadecida, ela disse que não chegou ver a sua face, o biombo não permitia. Contudo, percebia que o Dr. Eusébio era um homem de muita fé, mantinha ao seu lado a Bíblia Sagrada e os mimos de casa: da amada esposa Simara Diógenes Pinheiro Teixeira Rocha, da filha Ana Manuela Diógenes Teixeira e do filho Antônio Eusébio Diógenes Teixeira. Que Deus seja louvado!



Conteúdo, Informação e Promoção da Saúde

No Blog da Plataforma Jornal do Médico você tem acesso aos principais conteúdos, informações e promoção da saúde com grandes especialistas da área.



www.jornaldomedico.com.br

 **Jornal do Médico®**



Dr. Eberval Gadelha em procedimento cirúrgico

PRESIDENTE EBERVAL GADELHA FALA SOBRE OS DESAFIOS DO NEUROCIRURGIÃO

AUTORA: ÉRIKA GRECY
Produtora de Conteúdo

A Neurocirurgia é uma especialidade que requer muita dedicação por parte do especialista. Diante de todas as evoluções na medicina, a saúde cada vez mais digital e as novas tecnologias que estão à disposição, são alguns dos elementos somados por maior exigência dos especialistas que buscam uma carreira bem sucedida na área.

Em entrevista exclusiva para a nossa Revista Digital, o Presidente da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, Prof. Dr. Eberval Gadelha, CRM: 74826-SP - RQE Nº: 56779, que é PhD em Neurocirurgia e também Professor de Neurocirurgia da Universidade de São Paulo (USP), comenta sobre a série de desafios que são enfrentados diariamente pelo neurocirurgião desde a sua formação. “Primeiro, para se ter uma carreira bem sucedida na neurocirurgia, é preciso ter uma boa formação, requer um elevado grau de empenho, de esforço, estudo e de prática.”, explica o especialista. “Prática essa tanto quanto atividade de treinamento em laboratório quanto atividade em sala operatória, no cuidado diário com seus pacientes e no relacionamento com o hospital, colegas, professores, mentores... enfim.”. Além desses requisitos, Dr. Gadelha também afirma que todo esse esforço e empenho após a formação e residência, deve acompanhar o neurocirurgião durante toda sua vida e carreira.

Ainda segundo Dr. Eberval, para ser um

neurocirurgião de destaque, é necessário ter um complemento além do que a residência oferece. “Essa complementação, é normalmente dado por Fellowship, o estágio de complementação especializada, que permite uma concentração maior do neurocirurgião numa determinada área da Neurocirurgia.”, ressalta o especialista. “Então a subspecialização dentro do campo vasto que é a Neurocirurgia moderna também é um indicativo para se ter uma carreira bem sucedida. Todo empenho e estudo dedicado a formação ainda não é o suficiente para o sucesso, mas é necessário.” De acordo com o presidente da SBN, além desse esforço durante a formação, é preciso também ter outros atributos, como aproveitar oportunidades trazidas pela tecnologia, ter uma reputação ética e o cuidado em uma relação médico e paciente, e também com os colegas.

Mas vale lembrar também que a Neurocirurgia é uma das áreas da medicina que está correlacionada com outras especialidades a exemplo da ortopedia e outras, onde o presidente ressalta que “A Neurocirurgia se relaciona, dentro do contexto médico, com várias especialidades. Uma delas é a Neurologia clínica. As duas especialidades tratam de doenças neurocirúrgicas em crianças e temos alguns diagnósticos em comum que são feitos tanto por neuroclínico ou neurocirurgião... Outra especialidade que se coloca muito próxima da neurocirurgia é a Ortopedia, que trata de problemas de coluna vertebral assim como nós também tratamos; então



nós ensinamos algumas coisas pra eles e eles nos ensinam também.”, explica Dr. Eberval Gadelha. “Essa convivência é muito positiva para ambas especialidades.”. Ainda de acordo com o presidente, especialidades como a Fisiatria e a Cirurgia Plástica também possuem uma conexão positiva e que refletem em uma série de resultados e aprendizados na carreira do neurocirurgião.

Com relação ao atual cenário vivo de uma ampla digitalização na saúde, mudanças no comportamento da sociedade,

bem como os avanços tecnológicos impactando na carreira do neurocirurgião, Dr. Eberval ressalta que a SBN tem acompanhado todas essas mudanças tecnológicas que repercutem em diversos campos da neurocirurgia. “A tecnologia tem dois lados; os avanços tecnológicos sempre trazem duas consequências – as que podem ser consideradas positivas, que somam e ampliam o conhecimento, e aquelas não tão positivas que às vezes são informações que não condizem com a prática científica, são as notícias falsas.”, aponta o presidente. ►

“Vemos por aí uma série de fake News e isso tem um lado negativo. Estamos vivendo um momento em que a informação é muito necessária no enfrentamento da pandemia e o que vemos é o compartilhamento de notícias falsas devido ao avanço tecnológico.”

Quanto a COVID-19, Dr. Eberval Gadelha comenta sobre os principais obstáculos enfrentados pelos neurocirurgiões durante o momento atual. “De uma forma geral, a especialidade tem perdido espaço para o atendimento de Covid-19, assim como outras áreas também. Alguns hospitais dedicaram espaços cirúrgicos ao tratamento de pacientes com coronavírus e outros hospitais suspenderam as cirurgias eletivas e estão realizando só cirurgias de urgência.”, diz o presidente da SBN. “Um outro impacto é o deslocamento do profissional, então alguns neurocirurgiões estão sendo requisitados para trabalhar diretamente com pacientes com Covid-19. Ou seja, agora ele precisa aprender a cuidar desse paciente para prestar um bom serviço nesse segmento.”, complementa.

Com isso, o presidente Eberval Gadelha reafirma que os desafios na carreira do neurocirurgião não são poucos, ainda mais nesse momento em que o mundo está lutando contra a pandemia, porém, diante de muito esforço e dedicação pela carreira e principalmente pelo bem estar de seus pacientes, esses especialistas estão superando todos os obstáculos impostos a Neurocirurgia.



*Prof. Dr. Eberval Gadelha Figueiredo
– PhD em Neurocirurgia, Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo – USP*

*Professor de Neurocirurgia da
Universidade de São Paulo,
Presidente da Sociedade Brasileira
de Neurocirurgia 2021 – 2022
Fellowship em Neurocirurgia –
Barrow Neurological Institute, EUA
Professor Livre-Docente em
Neurocirurgia, Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo*

*Associate Member of Harvard
University and Harvard Medical
School Alumni, Especialista em
Neurocirurgia Minimamente Invasiva*



ARTROPLASTIA CERVICAL

UM AVANÇO NO TRATAMENTO DA HÉRNIA DE DISCO CERVICAL

AUTOR DR. SAMUEL MOURA

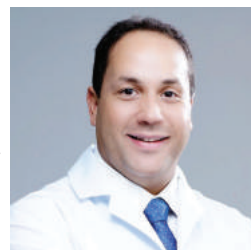
Membro da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

CRM: 16705-PE - RQE Nº: 8425,

*Instagram: @neurosenior_*

Facebook: NeuroSenior

E-mail: drsamuelmoura@hotmail.com



A doença degenerativa do disco (DDD) cervical pode causar dor axial, dor radicular, perda sensorial ou fraqueza motora devido à compressão neural e dor de cabeça (Grob 1998a). A maioria dos pacientes responde bem às opções de tratamento conservador, como fisioterapia, tração, uso de colar e analgésico ou antiinflamatórios (Kuijper 2009). Até 60% dos pacientes estão satisfeitos ou muito satisfeitos em seis semanas com tal regime de tratamento; até 83% dos pacientes submetidos ao tratamento conservador relatam resultados bons ou excelentes em um seguimento médio de dois anos (Saal 1996). O tratamento cirúrgico pode ser considerado em casos de alívio insuficiente dos sintomas com tratamento conservador. Embora a cirurgia seja aceita em casos de radiculopatia ou mielopatia, a controvérsia existe em casos de dor cervical axial, dor de cabeça ou ambos (Wieser 2007). Portanto, as melhores indicações para intervenção cirúrgica são em caso de radiculopatia, mielopatia ou uma combinação. Os objetivos primários da intervenção cirúrgica são aliviar a dor irradiada no braço em caso de radiculopatia e prevenir a progressão do déficit neurológico em caso de mielopatia.

A incidência da Hérniadiscal cervical é de 85/100 mil habitantes e 2.000/100 mil habitantes, respectivamente. Os dados do IBGE de abril de 2018 informam que 5,4 milhões de brasileiros apresentam hérnia de disco, principalmente na região lombar. Em 2010, a prevalência estimada era de 4,8% da

população masculina e 2,5% da feminina, ambos acima de 35 anos de idade.

A discectomia e artrodese cervical via anterior (ACDF, do inglês Anterior cervical discectomy and fusion) são atualmente consideradas o padrão de tratamento definitivo para DDD cervical sintomática em um nível. Ainda que esse procedimento possua altas taxas de sucesso, está associado a algumas complicações como: soltura dos parafusos, fratura e deslocamento da placa e disfagia e aumento do movimento nos níveis adjacentes ao local da fusão. Este estresse adicional pode levar a distúrbios secundários, como uma incidência significativa de degeneração dos segmentos adjacentes, e a taxa de morbidade relacionada a essa complicação pode exigir novas intervenções. Os procedimentos de fusão, como a ACDF, alteram a biomecânica normal da coluna, resultando em aceleração da degeneração do segmento adjacente e, por conseguinte, em necessidade de reoperação. Alguns autores reportam uma taxa de 7,8-10,4% de reintervenções após 2-10 anos da submissão à ACDF.

Devido essas observações foi proposto uma nova técnica cirúrgica que pudesse diminuir essas complicações e não alterasse tanto a biomecânica da coluna vertebral. Diante desse cenário surgiu o procedimento de artroplastia cervical.

O objetivo primário do procedimento é restaurar a altura do disco e preservar

o movimento do segment tratado, após a remoção da fonte de compressão da raiz nervosa ou da medula. Os objetivos secundários são a preservação do movimento normal nos níveis cervicais adjacentes ao operado, que supostamente retarda a degeneração tardia destes níveis. A artroplastica cervical (TDA) também evita a morbidade causada pela retirada de enxerto ósseo, usada na ACDF e complicações como pseudo artrose e aquelas relacionadas à imobilização cervical no pós-operatório.

TÉCNICA CIRÚRGICA.

O procedimento cirúrgico para discectomia simples, fusão e artroplastia é quase idêntico com relação ao primeiro componente da operação: a discectomia. Uma incisão é feita no lado esquerdo ou direito da parte frontal do pescoço, após a qual o subcutâneo e o platisma são abertos. Isso é seguido por uma dissecação romba dos músculos, esôfago, traquéia e artérias para atingir a face anterior da coluna vertebral. Os músculos longuscolli são dissecados e um afastador é colocado para garantir uma boa visualização. O nível correto é identificado, geralmente por meio de fluoroscopia. O ligamento longitudinal anterior e o disco intervertebral são incisados, após o que o conteúdo do espaço do disco é removido. Se necessário, a descompressão adicional das raízes nervosas e da medulla espinhal é realizada com a remoção de material de disco, osteófitos ou ambos, geralmente com o auxílio de um microscópio cirúrgico. Na discectomia simples, a ferida é então

fechada. Na fusão, alguma forma de material de interposição é colocado dentro do espaço do disco para promover a fusão das vertebra adjacentes. Os procedimentos mais comum ente executados são variações das técnicas descritas por Smith e Robinson e por Cloward (Cloward 1958; Emery 1994; Smith 1958). Essas variações são baseadas principalmente na quantidade e tipo de ressecção óssea, na origem, forma e material do enxerto de interposição e no uso de revestimento anterior adicional. Vários tipos de material de interposição estão disponíveis, incluindo auto enxerto, aloenxerto ou xenoenxerto ósseo e PEEK, fibra de carbon ou gaiolas de titânio.

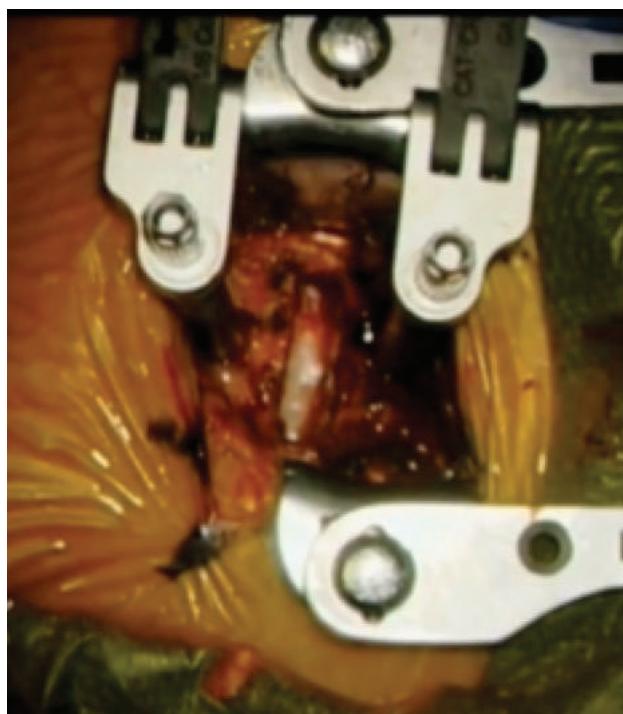
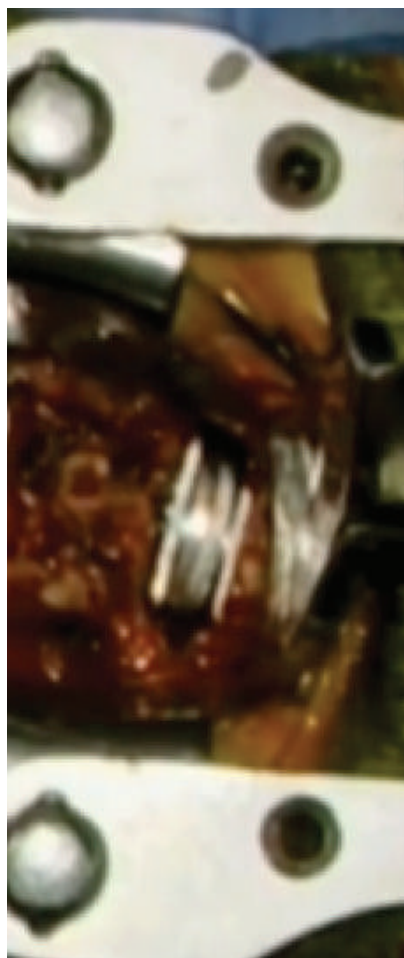
Na artroplastia, ao invés de um material de interposição rígido, é inserida uma prótese de disco móvel. Desde sua introdução na década de 1980 (Cummins 1998), vários tipos, com diferentes materiais e características de movimento, foram desenvolvidos. Eles podem ser divididos em designs restritos, semi-restritos e não restritos. A diferença mais significativa entre esses grupos é a quantidade de mobilidade permitida (rotação e translação).

- Paciente sexo feminino, 36 anos, com quadro de cervicobraquialgia intensa direita associado a falta de força. Realizou RNM de coluna cervical evidenciando hérnia discal extrusa C6-C7. Foi submetida a tratamento cirúrgico de artroplastia C6-C7 com resultado pós operatório acima. Paciente com melhora total da dor e recuperação da força no pós operatório imediato.

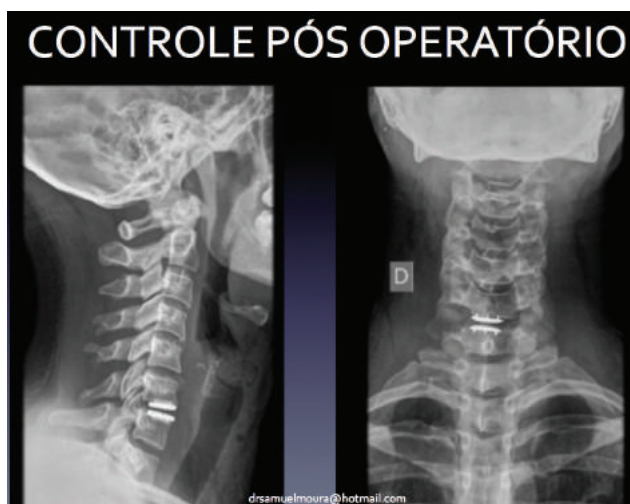
MODELOS DE DISCO ARTIFICIAL



EXEMPLO INTRA-OPERATÓRIO



EXEMPLO PÓS OPERATÓRIO



ESTUDOS CIENTÍFICOS

Vários estudos foram feitos para comparar os reais benefícios da artroplastia com a fusão (ACDF) como resumo dessas meta-análises, a taxa de curto prazo de operação de nível adjacente foi semelhante com TDA ou ACDF. No entanto, por volta de 5 anos, surgiu uma divergência estatisticamente significativa, em que a taxa de cirurgia de nível adjacente aumentou drasticamente para o ACDF. As reoperações em nível de índice foram menos frequentes com CDA tanto no curto quanto no longo prazo. Esses dados indicam que o TDA pode ter uma longevidade superior ao ACDF no que diz respeito à necessidade de operação de nível adjacente subsequente.

Recentemente tivemos a aprovação da ANS nesses tipos de procedimentos e com isso esperamos ter melhores resultados nos nossos pacientes.



DR SAMUEL MIRANDA DE MOURA

- Coordenador do serviço de Neurocirurgia do Hospital Neurocardio em Petrolina-PE.

- Residência médica em Neurocirurgia no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo-SP.

- Research Fellowship em Neurocirurgia de base de crânio no Brigham and Womens Hospital da Harvard Medical School em Boston/MA nos EUA.

- Research Fellowship em Neurocirurgia vascular e base de crânio no Arkansas Neuroscience Institute em Little Rock/AR nos EUA.

- Fellowship no Barrow Neurological Institute em Phoenix/AZ nos EUA.

- Especialização em cirurgia de coluna vertebral no serviço de Neurocirurgia da equipe CENNA no Hospital da Beneficência Portuguesa em São Paulo-SP.

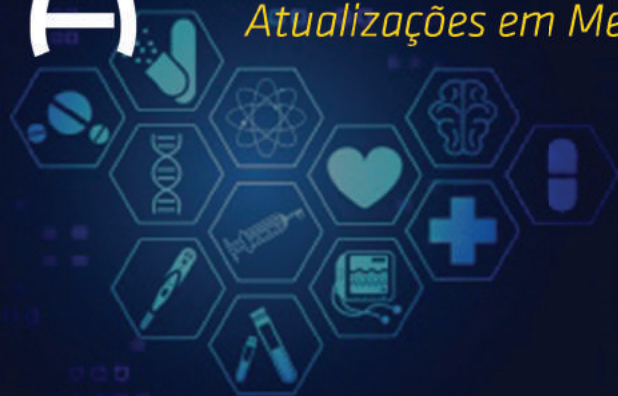




3º Congresso

JORNAL DO MÉDICO®

Atualizações em Medicina e Saúde de Alta Performance

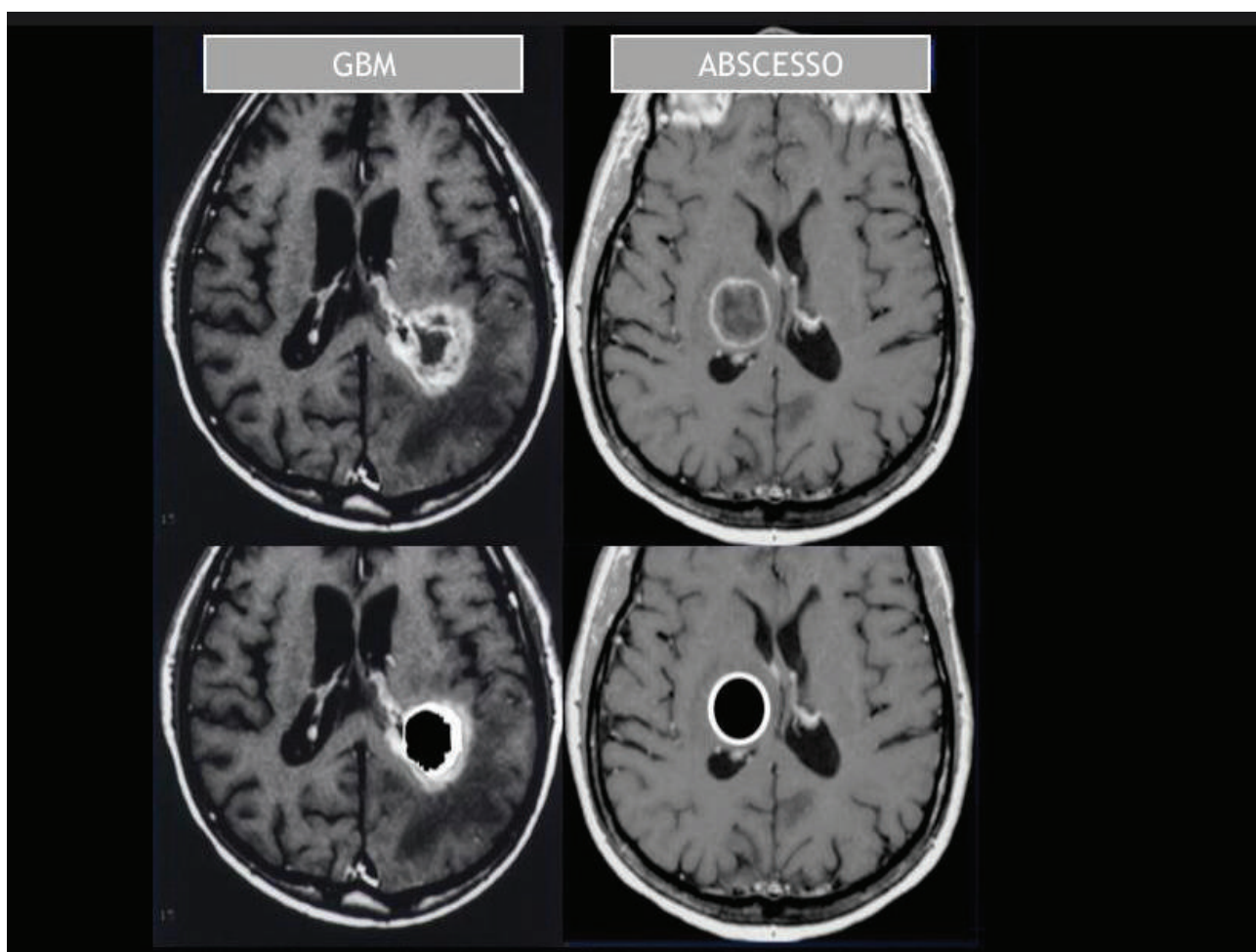


18 a 23 de outubro de 2021

Inscrições em breve:

jornaldomedico.com.br/congresso

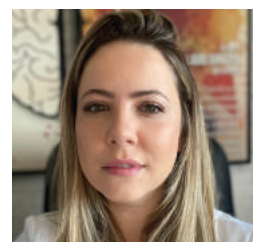
 **Jornal do Médico®**



LESÕES CEREBRAIS COM REALCE ANELAR, DESAFIO DIAGNÓSTICO DA NEUROIMAGEM

AUTORA: DRA. NINA ABREU

*Neurorradiologista pela UNIFESP e
Membro titular do CBR, Colégio Brasileiro de
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM: 15817-CE RQE N°: 10292*



As lesões cerebrais múltiplas ou únicas que realçam em formato anelar (periférico), após a injeção do meio de contraste paramagnético ou iodado endovenoso, são uma das anormalidades mais comumente encontradas na neuroimagem.

Estes podem ser causados por uma variedade de doenças infecciosas, neoplásicas, inflamatórias, desmielinizantes ou vasculares.

Distinguir causas não neoplásicas de lesões neoplásicas é extremamente importante porque um diagnóstico incorreto pode levar a neurocirurgia injustificada, exposição a quimioterapia tóxica e/ou irradiação cerebral potencialmente prejudicial.

Avaliação clínica diligente e uma bateria de testes são necessários para fazer um diagnóstico definitivo, por vezes, até é necessário procedimento cirúrgico para biópsia.

Novas técnicas avançadas de diagnóstico, como imagem por ressonância magnética com sequências de difusão, estudo de perfusão cerebral T2, espectroscopia por ressonância magnética e a tomografia computadorizada podem ajudar a estabelecer a etiologia.

Clinicamente, possuem uma grande variedade de sintomas e sinais, como convulsões recorrentes, deficiência visual,

déficit neurológico focal e aumento da pressão intracraniana (cefaleia intensa, vômitos e papiledema). Se o edema cerebral for grave, os pacientes podem desenvolver perda de sensório e postura dos membros devido à herniação cerebral transtentorial. Cefaléia intratável, déficits neurológicos focais e perda de visão são sequelas de longo prazo dos pacientes sobreviventes.

Devido ao grande espectro da etiologia de lesões que se apresentam com realce anelar aos exames de neuroimagem, foi sugerido um MNEUMÔNICO para auxiliar o raciocínio clínico e imaginológico dos possíveis diagnósticos diferenciais.

DR MAGICAL, assim especificado:

D: doença Desmielinizante (classicamente borda incompleta de realce)

R: necrose por Radiação ou hematoma em Reabsorção/Resolução (Subagudo)

M: Metástase

A: Abscesso

G: Glioblastoma

I: Infarto (fase subaguda) e/ou Inflamatório (neurocisticercose (NCC), tuberculomas)

C: Contusão

A: AIDS



L: Linfoma (esta aparência é mais comum em pacientes imunocomprometidos)

Schwartz et al. revisou 221 lesões com realce do anel observadas em estudos de ressonância magnética e relatou que 40% eram gliomas, 30% metástases, 8% abscessos e 6% doença desmielinizante. Na maioria dos casos, os gliomas e lesões metastáticas eram únicos, enquanto os abscessos e as lesões de esclerose múltipla eram múltiplos. Os depósitos metastáticos são frequentemente lesões nodulares sólidas que podem apresentar realce anelar, possivelmente devido à necrose central. Neste estudo, múltiplas lesões corticais ou subcorticais com realce anelar também foram encontradas em pacientes com endocardite bacteriana subaguda, cateteres de demora ou outros dispositivos implantados, como válvulas cardíacas. Lesões profundas da substância branca

que realçam de maneira anelar/periférica, especialmente aquelas com efeito de massa e edema vasogênico circundante, são mais frequentemente tumores cerebrais primários ou abscessos. Em países emergentes e em desenvolvimento, o espectro de etiologias de múltiplas lesões do cérebro que apresentam realce anelar tende a ser diferente, pois as patologias infecciosas são encontradas com mais frequência.

A avaliação da história do paciente, os achados do exame físico e os dados laboratoriais são cruciais para fazer o diagnóstico em pacientes com múltiplas lesões cerebrais com realce. O diagnóstico diferencial de múltiplas lesões de realce anelar depende da idade e do estado imunológico do paciente. No hospedeiro imunocompetente, as doenças malignas (primárias e metastáticas) e os abscessos piogênicos permanecem os diagnósticos mais prováveis em pacientes com lesões de grande porte. Abscessos causados

por microrganismos atípicos e doenças desmielinizantes também devem ser considerados no diagnóstico diferencial de lesões múltiplas de realce anelar do cérebro. Em países tropicais, o granuloma por cisticercose freqüentemente precisa ser diferenciado de tuberculoma intracraniano. Os tuberculomas tendem a ser maiores que 20 mm de diâmetro, têm contorno irregular, causam mais efeito de massa e têm um déficit neurológico focal progressivo, enquanto os cistos por neurocisticercose tendem a ter <20 mm de diâmetro, têm contorno regular suave e raramente causam neurologia focal progressiva déficits.

Em geral, os abscessos são caracterizados por um anel fino e uniforme, que é mais fino na margem medial e com margem externa mais lisa; lesões satélites estão freqüentemente presentes. Um realce espesso e irregular em forma de anel sugere um tumor cerebral necrótico. Alguns tumores cerebrais de baixo grau são “secretores de fluido” e podem formar lesões que realçam de maneira heterogênea. Esses tumores cerebrais de baixo grau podem se apresentar com um sinal de anel incompleto e podem revelar a morfologia clássica de “cisto com nódulo”. Lesões múltiplas com realce podem ser vistas em pacientes com glioma multifocal. No entanto, a presença de mais de três lesões distintas é incomum para um paciente com tumor cerebral primário. As considerações radiológicas diferenciais para um tumor cístico com um nódulo mural intensificado incluem

astrocitomapiolocítico, hemangioblastoma, xantastrocitomapiomórfico, meningioma e ganglioglioma. Esses tumores cerebrais benignos raramente se apresentam como lesões múltiplas com realce. Lesões desmielinizantes, incluindo tanto a esclerose múltipla clássica quanto a desmielinização tumefativa, podem se apresentar com um anel aberto ou sinal de anel incompleto (“em ferradura”) e muitas vezes são diagnosticadas erroneamente como neoplasias cerebrais.

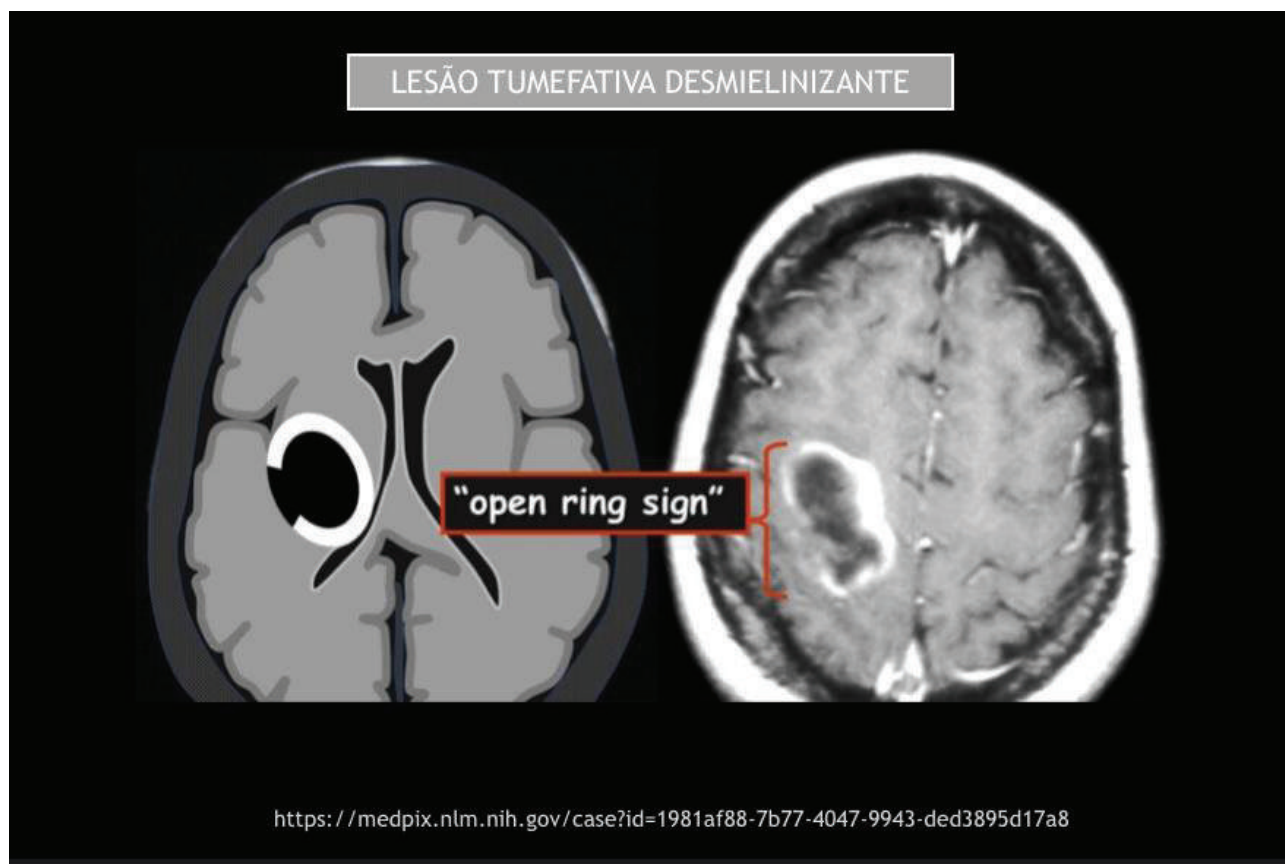
Em pacientes infectados pelo HIV, as principais causas de múltiplas lesões com realce são a toxoplasmose e o linfoma primário do SNC. As características de imagem que são úteis para distinguir a toxoplasmose do linfoma do SNC incluem a localização da substância cinzenta subcortical das lesões de toxoplasmose, sua multiplicidade, presença de sinal de alvo excêntrico e realce da parede das lesões mais fina do que aquela observada em linfomas. O realce periventricular espesso e irregular é típico do linfoma primário do SNC. O envolvimento do corpo caloso é infrequente no linfoma primário do SNC. Além disso, os pacientes imunocomprometidos apresentam risco de abscessos, tanto de organismos piogênicos quanto atípicos, e tumores. Tuberculomas e abscesso cerebral tuberculoso devem ser considerados em regiões endêmicas em hospedeiros imunocompetentes e imunocomprometidos. Por causa da baixa sensibilidade de Culturas de *Mycobacterium tuberculosis* ou detecção de reação em cadeia da

polimerase de DNA micobacteriano do líquido cefalorraquidiano, o diagnóstico de tuberculoma intracraniano é freqüentemente difícil. Vários pacientes podem permanecer sem diagnóstico, apesar de extensa avaliação.

Vários algoritmos foram projetados com o objetivo de diferenciar etiologias variadas de lesões com realce anelar do cérebro. Infelizmente, a maioria deles é de utilidade limitada para os pacientes de países com poucos recursos. A utilidade limitada desses algoritmos deve-se, em primeiro lugar, ao fato de que se baseiam em técnicas diagnósticas mais recentes, escassamente disponíveis. Em segundo lugar, o espectro da etiologia é diferente em cada país.

Muitos estudos recentes mostraram que a sequência de difusão da ressonância

magnética é um método sensível e específico para diferenciar abscessos cerebrais de tumor cerebral. A cavidade do abscesso cerebral mostra um sinal hiperintenso nas imagens de difusão e um sinal hipointenso nas imagens de mapa com coeficiente de difusão aparente, indicando a presença de uma área de difusão restrita. O pus na cavidade do abscesso está associado a alta celularidade e viscosidade, o que contribui para uma diminuição na mobilidade de prótons da água, resultando em restrição da difusão. Ao contrário, os tumores cerebrais císticos têm áreas centrais de sinal hipointenso na imagem de difusão, a menos que haja um componente hemorrágico ou proteico, que pode aparecer como uma área de sinal heterogêneo ou brilhante.



A perfusão por ressonância magnética é outro método de imagem não invasivo frequentemente usado no diagnóstico de lesões cerebrais múltiplas com realce em anel. Vários estudos apoiam a utilidade desse método, sozinho ou em combinação com outros, para diferenciar várias lesões de massa focal. Por exemplo, altos valores de volume sanguíneo cerebral regional nas áreas periféricas parecem indicar a possibilidade de um tumor cerebral necrótico, enquanto valores baixos indicam um abscesso, exceção rara de alguns abscessos crônicos.

A espectroscopia de ressonância magnética determina a concentração de metabólitos cerebrais como N-acetil aspartato, colina, creatina e lactato no tecido cerebral. Essa técnica pode ser útil na diferenciação de tumor de patologias infecciosas e abscessos (por exemplo, presença de pico de colina no tumor, pico de aminoácido em abscessos, picos de acetato e succinato em abscessos e cistos parasitários) quando considerados juntamente com outros achados de ressonância magnética. Este método também pode ajudar na identificação do organismo causador das lesões do cérebro. Tuberculoma e abscesso tuberculoso mostram picos lipídicos proeminentes sem elevações significativas de outros picos. Outro achado importante em estudos espectroscópicos de ressonância magnética são os picos de glutamato / glutamina em distúrbios desmielinizantes. Como a elevação desses picos normalmente não é observada em processos neoplásicos intra-axiais, ela ajuda

a diferenciar neoplasia de desmielinização. Este ponto é importante porque as lesões desmielinizantes tumefativas frequentemente mimetizam a neoplasia intracraniana.

Freqüentemente, o desafio do diagnóstico é mais difícil do que o esperado, e o diagnóstico exato não está disponível, mesmo após a avaliação clínica e uma bateria de testes. Na maioria desses casos, a biópsia cerebral das lesões cerebrais continua sendo a única opção para estabelecer o diagnóstico precoce.

Concluimos esse artigo, com a missão de abranger o conhecimento de diagnósticos diferenciais existentes em um paciente com lesões múltiplas ou únicas com realce periférico e anelar na Neuroimagem e destacar a importância da clínica juntamente com os testes laboratoriais e de neuroimagem no auxílio diagnóstico.

Referências Bibliográficas

- > Omuro AM, Leite CC, Mokhtari K, Delattre JY. Pitfalls in the diagnosis of brain tumours. *Lancet Neurol* 2006;5:937-48. [PUBMED] [FULLTEXT]
- > Cunliffe CH, Fischer I, Monoky D, Law M, Revercomb C, Elrich S, et al. Intracranial lesions mimicking neoplasms. *Arch Pathol Lab Med* 2009;133:101-23. [PUBMED] [FULLTEXT]
- > Smirniotopoulos JG, Murphy FM, Rushing EJ, Rees JH, Schroeder JW.

Patterns of contrast enhancement in the brain and meninges. Radiographics 2007;27:525-51. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Garg RK, Desai P, Kar M, Kar AM. Multiple ring enhancing brain lesions on computed tomography: an Indian perspective. J Neurol Sci 2008;266:92-6. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Schwartz KM, Erickson BJ, Lucchinetti C. Pattern of T2 hypointensity associated with ring-enhancing brain lesions can help to differentiate pathology. Neuroradiology 2006; 48:143-9. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Eichler AF, Plotkin SR. Brain metastases. Curr Treat Options Neurol 2008;10:308-14. [PUBMED]

> Weisberg LA. Computerized tomography in intracranial metastases. Arch Neurol 1979;36:630-4. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Young RJ, Sills AK, Brem S, Knopp EA. Neuroimaging of Metastatic Brain Disease. Neurosurgery 2005;57:S4-10-S4-23.

> Wasay M, Khealani BA, Moolani MK, Zaheer J, Pui M, Hasan S, et al. Brain CT and MRI findings in 100 consecutive patients with intracranial tuberculoma. J Neuroimaging 2003;13:240-7. [PUBMED]

> Gupta RK, Kathuria MK, Pradhan S. Magnetization transfer MR

imaging in CNS tuberculosis. Am J Neuroradiol 1999;20:867-75. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Garg RK. Diagnostic criteria for neurocysticercosis: some modifications are needed for Indian patients. Neurol India 2004;52:171-7. [PUBMED]

> Del Brutto OH, Rajshekhar V, White AC Jr, Tsang VC, Nash TE, Takayanagi OM, et al. Proposed diagnostic criteria for neurocysticercosis. Neurology 2001;57:177-83. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Maarouf M, Kuchta J, Miletic H, Ebel H, Hesselmann V, Hilker R, et al. Acute demyelination: diagnostic difficulties and the need for brain biopsy. Acta Neurochir (Wien) 2003;145:961-9. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Masdeu JC, Quinto C, Olivera C, Tenner M, Leslie D, Visintainer P. Open-ring sign: highly specific for atypical brain demyelination. Neurology 2000;54:1427-33. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Ramsey RG, Gean AD. Neuroimaging of AIDS. I. Central nervous system toxoplasmosis. Neuroimaging Clin N Am 1997;7:171-86.

> Bhagavathi S, Wilson JD. Primary central nervous system lymphoma. Arch Pathol Lab Med 2008;132:1830-4. [PUBMED] ▶

[FULLTEXT]

> Fine HA, Mayer RJ. Primary central nervous system lymphoma. *Ann Intern Med* 1993;119:1093-104. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Gabelmann A, Klein S, Kern W, Krüger S, Brambs HJ, Rieber-Brambs A, et al. Relevant imaging findings of cerebral aspergillosis on MRI: a retrospective case-based study in immunocompromised patients. *Eur J Neurol* 2007;14:548-55.

> Ashdown BC, Tien RD, Felsberg GJ. Aspergillosis of the brain and paranasal sinuses in immunocompromised patients: CT and MR imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 1994;162:155-9. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Jain KK, Mittal SK, Kumar S, Gupta RK. Imaging features of central nervous system fungal infections. *Neurol India* 2007;55:241-50. [PUBMED]

> Luthra G, Parihar A, Nath K, Jaiswal S, Prasad KN, Husain N, et al. Comparative evaluation of fungal, tubercular, and pyogenic brain abscesses with conventional and diffusion MR imaging and proton MR spectroscopy. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007;28:1332-8. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Cortese I, Nath A. Case 11: a young woman with ring-

enhancing brain lesions. *Med Gen Med* 2006;8:3.

> Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Evaluation and management of intracranial mass lesions in AIDS. *Neurology* 1998;50:21-6. [PUBMED]

> Fertikh D, Krejza J, Cunqueiro A, Danish S, Alokaili R, Melhem ER. Discrimination of capsular stage brain abscesses from necrotic or cystic neoplasms using diffusion-weighted magnetic resonance imaging. *J Neurosurg* 2007;106:76-81. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Kastrup O, Wanke I, Maschke M. Neuroimaging of infection of the central nervous system. *Semin Neurol* 2008;28:511-22. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Kim YJ, Chang KH, Song IC, Kim HD, Seong SO, Kim YH, et al. Brain abscess and necrotic or cystic brain tumor: discrimination with signal intensity on diffusion-weighted MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:1487-90. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Krabbe K, Gideon P, Wagn P, Hansen U, Thomsen C, Madsen F. MR diffusion imaging of human intracranial tumours. *Neuroradiology* 1997;39:483-9. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Muccio CF, Esposito G, Bartolini A, Cerase A. Cerebral abscesses and necrotic cerebral

tumours: differential diagnosis by perfusion-weighted magnetic resonance imaging. Radiol Med 2008;113:747-57. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Cianfoni A, Niku S, Imbesi SG. Metabolite findings in tumor active demyelinating lesions utilizing short echo time proton magnetic resonance spectroscopy. AJNR Am J Neuroradiol 2007;28:272-7. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Kita T, Hayashi K, Yamamoto M, Kawauchi T, Sakata I, Iwasaki Y, et al. Does supplementation of contrast MR imaging with thallium-201 brain SPECT improve differentiation between benign and malignant ring-like contrast-enhanced cerebral lesions? Ann Nucl Med 2007;21:251-6. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Kang K, Lim I, Roh JK. Positron emission tomographic findings in a tuberculous brain abscess. Ann Nucl Med 2007;21:303-6. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Floeth FW, Pauleit D, Sabel M, Reifemberger G, Stoffels G, Stummer W, et al. 18F-FET PET differentiation of ring-enhancing brain lesions. J Nucl Med 2006;47:776-82. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Langleben DD, Segall GM. PET in differentiation of recent brain tumor from radiation injury. J Nucl Med 2000;41:1861-7. [PUBMED] [FULLTEXT]

> Garg RK, Sinha MK. Multiple ring-enhancing lesions of the brain. J Postgrad Med. 2010;56 (4): 307-16. doi:10.4103/0022-3859.70939 - Pubmed citation

> <https://radiopaedia.org/articles/cerebral-ring-enhancing-lesions-mnemonic?lang=us> ●



Finanças em Saúde é com especialista

- Setor de Legalização ▪ Setor Pessoal
- Setor Fiscal ▪ Setor Contábil

 (85) 9.91177969

 /cecontabilidadegerencial

 /coutinhoecarvalhocontabilidade

 carvalho@coutinhoecarvalho.com.br

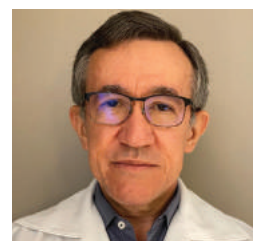
www.coutinhoecarvalho.com.br



NEUROCIRURGIA E TECNOLOGIAS A SERVIÇO DA HUMANIDADE

AUTOR: CONSELHEIRO DR. JOÃO ANANIAS MACHADO FILHO

*Neurocirurgião, CREMEC 5211, RQE Nº: 9047, professor auxiliar de
neuroanatomia-neurocirurgia da Universidade Federal do Cariri*



Genericamente, podemos considerar inovações tecnológicas em saúde como a introdução de nova tecnologia capaz de propiciar mudança na prática clínica. Quase sempre nos restringimos a novas tecnologias, a abordagens cirúrgicas, ou a técnicas. O foco fica restrito ao desenvolvimento desses aspectos. Tangenciamos, quando o fazemos, sobre como essas novas modalidades de forma efetiva proporcionarão evolução de modelos de pensamento e de atitudes a ponto de transformar o real cuidado aos pacientes, até mesmo proporcionando acesso indiscriminado a todo ser humano que necessite dessas inovações.

Marcados por essas observações, diversos grupos de novas tecnologias tem fornecido avanços nos cuidados a pacientes neurocirúrgicos. Entre os anos de 1960 e 2010, mantendo-se quase estável desde então, aqueles que tiveram maior registro de patentes ou de publicações foram os equipamentos de imagem; os de neurofisiologia clínica (para MEPs e SSEPs); os de neuromodulação (DBS, estimulação medular e de nervo periférico); microscópios cirúrgicos; e endoscópios.

A título ilustrativo, citamos alguns dos equipamentos de neuromodulação patenteados no período mencionado: aparelhos multicanais para estimulação epidural da medula espinhal; estimulação encefálica transcraniana; sistema e método de estimulação adaptativa encefálica;

eletrodos encefálicos; métodos e sistemas de monitorização minimamente invasivos; técnicas de estimulação de campo magnético; estimulação elétrica do tronco simpático; dentre outros. O grupo de inovações em neuromodulação foi o que apresentou o maior avanço entre os demais, no período observado. A aplicação clínica desses equipamentos é ampla, incluindo tratamento de distúrbios do marcapasso cardíaco, visuais, da motilidade gástrica, epilepsia, cefaleia, audição, distúrbios do movimento, neuralgia occipital, dor crônica, distúrbios psiquiátricos, espasticidade, doenças cerebrovasculares, dentre outras. Percebe-se o amplo emprego da neuromodulação, alcançando tratamento de distúrbios de várias áreas do conhecimento médico.

De grande impacto e com aspecto transformador e de qualificação da neurocirurgia, talvez o marco mais importante seja a implementação do uso do microscópio cirúrgico. O neurocirurgião turco Gazi Yasargil é considerado o “popularizador” do microscópio, com técnicas microneurocirúrgicas que permitem ressecção mais radical de lesões do sistema nervoso central, o que compreende encéfalo e medula espinhal, mas também com emprego em cirurgias do sistema nervoso periférico e da coluna vertebral.

Tecnologias outras, diversas tem sido desenvolvidas para abordagem de pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico. Dispositivos de moldagem ►

transoperatória para cranioplastia, sendo feita a confecção durante o procedimento, diminuindo complicações e permitindo melhor resultado estético funcional já são empregados. Equipamentos que permitem avaliar, no local do trauma, a possibilidade de formação de hematomas intracranianos, tem seu uso iniciado em alguns centros, permitindo que equipes médicas ou paramédicas já forneçam previsão de distúrbios a serem acompanhados logo na chegada a centros de atendimento especializado.

Vemos, assim, a amplitude do arsenal de tecnologias que podem ser empregados em neurocirurgia. A visão sintética desse texto apenas pontua generalidades, a serem especificadas em artigos futuros.

Deixamos os ensinamentos de Yasargil, ainda atuando nos seus 90 anos, quando diz: “De um lado há o equipamento (microscópio e os instrumentos especializados). Do outro lado, a inteligência do neurocirurgião, que deve desenvolver a nova coordenação indireta olho-mão.”. Complemento: a serviço do bem da humanidade.

> JOHNSON R. D., STACEY R. J. The Impact of New Imaging Technologies in Neurosurgery. *Surgeon*. 2008; 6 (6):344-349

> FASNO V. A., LOMBARD G. F., URCIUOLI R., BENECH F., PONZIO R. M. New Technologies in Neurosurgery: Effects on the Conventional Techniques and Anaesthesiological Considerations. *Nuclear*

Instruments and Methods in Physics Research. 1985. A239: 414-417

> MARCUS H. J., HUGHES-HALLET A., KWASNICKI R. M., DASRZI A., YANG G. Z., NANDI D. Technological Innovation in Neurosurgery: a Quantitative Study. *J Neurosurgery*. 2015. 123:174-181

> BOGACIU N. S., TELANU D., CIUREA A. V. New technologies for low-grade glioma surgery. *Romanian Neurosurgery*. 2019. XXXIII (2):122-126

> ZISAKIS A. K., VARSOS V., EXADAKTYLOS. What is New and Innovative in Emergency Neurosurgery? Emerging Diagnostic Technologies Provide Better Care and Influence Outcome: a Specialist Review. *Emergency Medicine International*. 2013, 1-8.

> Potapov A. A., Konovalov A. N., Kornienko V. N., Kravchuk A. D., Likhtermann L. B., Pronin I. N., Zakharova N. E., Aleksandrova E. V., Gavrilov A. G., Goryainov S. A., Danilov G. V. Current Technologies and Basic Research in Neurosurgery. *Herald of the Russian Academy of Sciences*, 2015. 85 (2): 112-121. •



Dr. Euler realizando procedimento cirurgico

NEUROCIRURGIA E CARREIRA SAUDÁVEL

AUTORA: ÉRIKA GRECY
Produtora de Conteúdo

A medicina sempre foi uma área cheia de desafios, exigindo assim muita dedicação do médico, que deve estar sempre atualizado e preparado para as novidades e dificuldades da profissão. Além das atividades do dia a dia, que consistem em conflitar vida pessoal e profissional, muitos especialistas da saúde estão presos a uma rotina de exaustão, estresse, ansiedade entre outras turbulências, o que resulta na pouca, ou nenhuma, prática de atividades físicas.

Na neurocirurgia, o Dr. Euler Nicolau (CRM: 6348-MA- RQE:4430) é uma das exceções a regra. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Dr. Euler fez residência em Neurocirurgia pelo HGF - Hospital Geral de Fortaleza e possui Doutorado em Biotecnologia pelo RENORBIO - Rede Nordeste de Biotecnologia, além de atuar como professor de Medicina na UNICEUMA. Diante de uma rotina cheia e repleta de obstáculos, o neurocirurgião não dispensa a prática diária de exercícios, trazendo resultados visíveis no seu bem estar físico e profissional.

Segundo o neurocirurgião, mesmo com uma rotina atribulada devido a sua profissão que traz uma série de confrontos para o seu dia como médico, ele não dispensa a prática diária de exercícios e desde muito cedo, já era um amante dos esportes. “O esporte é algo que eu sempre pratiquei durante a adolescência, e também na universidade. Atualmente não abro



Prof. Dr. Euler Nicolau Sautia Filho
Graduação em medicina pela Universidade
Federal do Maranhão - UFMA
Doutorado em Biotecnologia pelo RENORBIO
- Rede Nordeste de biotecnologia
Residência em Neurocirurgia pelo HGF -
Hospital Geral de Fortaleza

mão de ter uma qualidade de vida ao fazer exercício físico.”, explica o especialista. “Uma vez que praticar exercícios físicos e estar bem preparado fisicamente permite que eu consiga exercer melhor ainda a minha profissão”.

Integrante do movimento Médicos Atletas, Dr. Euler é mais uma prova de que é possível conciliar a carreira médica com a prática esportiva, elevando assim sua qualidade de vida e refletindo no seu dia a dia como neurocirurgião, pois isso traduz em médico saudável, paciente saudável. ●



HARVEY WILLIAMS CUSHING (1869-1939) PIONEIRO DA CIRURGIA CEREBRAL

AUTORA: CONSELHEIRA DRA. ANA MARGARIDA ARRUDA ROSEMBERG

Médica, Historiadora e Membro da Academia Cearense de Medicina

CREMEC 1782

 anamargarida50@uol.com.br

 [@anamargaridaarrudarosemberg](https://twitter.com/anamargaridaarrudarosemberg)

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



Harvey Williams Cushing nasceu em Cleveland-Ohio, USA, em 8/4/1869, e faleceu em New Haven, Connecticut, USA, em 7/10/1939, de infarto do miocárdio, com 70 anos. Décimo filho do casal Elizabeth Maria (1828-1903) e Henry Kirke (1827-1910), Cushing nasceu em uma família de gerações de médicos, cujos ancestrais vieram, no século XVII, como “puritanos”, para Hingham, Massachusetts.

Cushing, pioneiro da cirurgia cerebral, foi neurocirurgião, patologista, escritor e desenhista. Ficou conhecido por descrever a “Doença de Cushing” e escrever a biografia, em três volumes, de William Osler (1849-1919). Em 1895, elecolou grau em medicina na “Harvard Medical School” e, posteriormente, estudou, durante quatro anos, na “Johns Hopkins Hospital”, em Baltimore.

Em 1900, Cushing fez pós-graduação, em Berna, Suíça, trabalhando com alguns dos principais cirurgiões e fisiologistas do Velho Mundo, como: Charles Scott Sherrington, Theodore Kocher e Hugo Kronecker que o direcionaram para a neurocirurgia.

Em 1902, casou-se com Katharine Crowell (1870-1949), uma amiga de infância de Cleveland, e foi pai de cinco filhos: William, Mary, Betsey, Henry e Barbara. Trabalhou como neurocirurgião na “Johns Hopkins”, recebendo influência de William Welch e William Osler. Essa influência despertou nele a paixão pela História da

Medicina e pelos livros, levando-o a ser um grande bibliófilo.

Em 1912, sua pesquisa sobre o “corpo pituitário” o fez conhecido e aclamado mundialmente. Ele foi o primeiro a atribuir ao mal funcionamento da hipófise um tipo de obesidade do rosto e do tronco que passou a ser chamada, em sua homenagem, de “Doença de Cushing”.

Cushing foi cirurgião chefe do “Peter Bent Brigham Hospital”, em Boston, onde aprendeu cirurgia moderna com William S. Halsted (1852-1922) e foi professor de cirurgia na “Harvard Medical School”. Estudou tumores cerebrais e publicou muitos livros “de peso” sobre o assunto, como: Tumors of the Nervus Acusticus and the Syndrome of the Cerebellopontile (1917); Uma Classificação dos Tumores do Glioma (1926), com P. Bailey; Tumores que surgem dos vasos sanguíneos do cérebro: malformações angiomas e hemangioblastomas (1928), com Bailey; Intracranial Tumors (1932); e Meningiomas: sua classificação, comportamento regional, história de vida e resultados cirúrgicos finais (1938).

Em 1926, recebeu o “Prêmio Pulitzer”, por sua obra “Vida de Sir William Osler” (1925). Muitas técnicas operacionais, que ainda são básicas para a cirurgia do cérebro, foram desenvolvidas por ele. Seu trabalho reduziu as altas taxas de mortalidade associadas à cirurgia cerebral. Além disso, Cushing tornou-se o principal especialista

em diagnóstico e tratamento de tumores intracranianos.

Em 31 de agosto de 1931, ao discursar na abertura do 1º Congresso Neurológico Internacional, destacou as quedas significativas na mortalidade ocorridas em: gliomas (30,9 a 11,1%), adenomas hipofisários (13,5 a 5,7%) e meningiomas (21,0 a 7,7%), em 2023 tumores que operou.

Em 1937, Cushing dirigiu os estudos de História da Medicina, em Yale, legando sua excelente coleção de livros históricos para a biblioteca que organizou. A morte ceifou sua vida, em 1939, quando ele estava escrevendo a Bio-Bibliografia de Vesalius. A obra foi concluída por seus amigos e publicada em 1943.

REFERÊNCIAS

<https://biography.yourdictionary.com/harvey-williams-cushing>

Harvey Williams Cushing (1869-1939) (historiadelamedicina.org)

William Osler – Wikipédia, a enciclopédia livre (wikipedia.org)

<https://www.britannica.com/biography/Harvey-Williams-Cushing>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2384244/>



Cushing, pioneiro da cirurgia cerebral, foi neurocirurgião, patologista, escritor e desenhista. Ficou conhecido por descrever a “Doença de Cushing” e escrever a biografia, em três volumes, de William Osler (1849-1919). Em 1895, ele colou grau em medicina na “Harvard Medical School” e, posteriormente, estudou, durante quatro anos, na “Johns Hopkins Hospital”, em Baltimore.





PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS: PERIGO DE RETROCESSO EM TEMPOS DE PANDEMIA

AUTOR: ROBERTO DA JUSTA PIRES NETO

Médico Clínico e Infectologista - CRM 5976-CE; RQE 2886 e 2887

Professor e Pesquisador da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Membro do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, FAMED/UFC

Coordenador do GEADI - Grupo de Estudos e Ações em Doenças Infecciosas, FAMED/UFC

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1887685326618139>



A capacidade de observar, refletir, questionar e investigar os fenômenos da natureza é o que difere o ser humano dos demais seres vivos. A curiosidade e a observação levam à formulação de hipóteses. E o método científico, a pesquisa, obtém dados qualificados que permitirão testar se uma hipótese é verdadeira ou não.

John Snow, através do método científico, observou e comprovou que a epidemia de cólera em Londres, em 1854, era causada pelo consumo de água contaminada com fezes. O conhecimento auxiliou na descoberta posterior da bactéria causadora da doença e de tratamentos eficazes. Assim nasceu a ciência dita moderna, tendo o método científico como ferramenta estruturante. A paternidade do método científico moderno é atribuída a vários pensadores e cientistas, Isaac Newton, Galileu Galilei, René Descartes, Emmanuel Kant entre eles.

O método científico evoluiu até os dias de hoje, não sem antes passar por seu período mais sombrio. Nas décadas de 1930-40, o método científico foi desvirtuado por pesquisadores colaboracionistas do nazismo. O ser humano foi algoz do próprio ser humano tendo como justificativa a ciência (pseudo-ciência). Experiências científicas foram realizadas tendo o ser humano como cobaia. Perpetraram-se crimes contra a humanidade camuflados como pesquisas. Os exemplos não caberiam neste artigo. Para citar apenas um, o médico

Josef Mengele realizou experiências em mais de 1.500 gêmeos, dos quais apenas cerca de 200 sobreviveram.

Depois da Segunda Guerra, alguns experimentos nazistas foram revelados, muitos coordenados por médicos colaboracionistas, o que assombrou o mundo. Nasceu deste contexto o código de ética médica de Nuremberg (1947) e a ética em pesquisas envolvendo seres humanos. Os avanços civilizatórios foram significativos, mas ainda precisamos estar vigilantes quanto a retrocessos. Ainda mais em tempos de pandemia de COVID-19.

Como identificar uma pseudo-pesquisa? Como não ser feito de cobaia em pleno Século XXI? No Brasil, qualquer tratamento ou profilaxia experimental deve ocorrer estritamente no contexto de uma pesquisa clínica, havendo obrigatoriedade de aprovação prévia do protocolo de pesquisa pelo sistema regulatório ético nacional. É fundamental que este conceito seja ensinado já nos cursos de graduação em medicina. E, já no exercício da medicina, é fundamental que o médico continue aprimorando sua formação através de cursos de aprofundamento em ética em pesquisa envolvendo seres humanos e em medicina baseada em evidência. Isso certamente será um diferencial em sua carreira.

Desde 1996, o Brasil implementou um robusto sistema de análise ética em pesquisa envolvendo seres humanos

composto pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e por mais de 800 Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) presentes em todos os estados. O sistema CEP/Conep permite à sociedade o acesso aos dados públicos de todas as pesquisas aprovadas. Confira na Plataforma Brasil (<http://plataformabrasil.saude.gov.br/>) se a pesquisa e o pesquisador estão registrados e se o projeto foi aprovado, antes do seu início, pelo sistema CEP/Conep. Se não estiver, denuncie. A instância de denúncia deve ser o Ministério Público Federal.

Certifique-se de que você está sendo convidado para participar de uma pesquisa. Não aceite participar por coação, força, fraude, mentira, astúcia, nem mediante condicionantes. A decisão de participar ou não de uma pesquisa deve ser livre, espontânea. Exija ser esclarecido sobre todos os detalhes da pesquisa, duração, riscos, efeitos colaterais, suporte em caso de complicações. Exija a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo sistema CEP/Conep antes do início da pesquisa e guarde uma cópia consigo. Esta é uma recomendação explícita da Resolução CNS 466/2012. A autonomia e a dignidade humana do sujeito da pesquisa devem ser resguardadas como paradigmas.

Tenha consciência de que você pode desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus. Exija que seus dados pessoais sejam mantidos sob sigilo. O direito inalienável ao sigilo também é paradigmático. Denuncie se seus dados pessoais forem expostos.

Desconfie de “campanhas” com promessas de resultados. “Campanha” para tomar determinado medicamento com promessa de resultado (profilaxia ou cura) não é pesquisa. É crime. Denuncie. E muita atenção quando esse tipo de “campanha” se dá em período eleitoral. A antiga prótese dentária como moeda de troca por votos vem sendo substituída por medicamentos sem eficácia reconhecida no contexto de pseudo-pesquisas. Não caia nessa farsa. Não vire cobaia de políticos e pseudo-cientistas mal intencionados. Não troque seu voto por dentadura, dinheiro ou poções mágicas ofertadas por pseudo-cientistas.

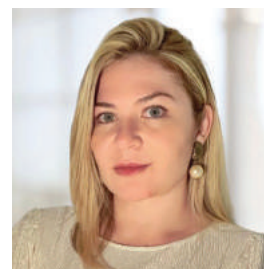
Em tempos de pandemia, a ciência e a pesquisa séria e ética é o único caminho para a produção de conhecimento e avanços terapêuticos e diagnósticos. A boa ciência é laboriosa e requer tempo. Não abra mão de sua autonomia e liberdade de escolha. E confie na verdadeira ciência. Ela não falhará. ●



PREVENÇÃO JURÍDICA NA NEUROCIRURGIA

AUTORA: LÍVIA SIEBRA F. CALLOU

Advogada Especialista em Defesa Médica



Em recente levantamento realizado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), restou demonstrado que a neurocirurgia é uma das especialidades médicas mais demandadas judicialmente no país, circunstância esta que recomenda aos neurocirurgiões a adoção de protocolos habituais como forma de monitorar o risco desta atividade profissional, visando afastar desgastes não só de ordem financeira, mas também de danos à sua honra, nome e imagem.

Compete, portanto, a esses especialistas a adoção de medidas preventivas que proporcionem segurança suficiente para um resguardo profissional ético e consistente sem, contudo, incorrerem na medicina defensiva, que além de favorecer a ocorrência de maiores embaraços na relação médico-paciente é também ineficiente no quesito proteção jurídica do profissional.

A primeira medida efetiva que deve ser adotada pelo neurocirurgião em sua rotina é a apresentação ao paciente de todas as informações, métodos, cuidados e riscos de eventual tratamento, fornecendo estas informações de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível, tanto – e principalmente – na forma verbal durante o atendimento, como por meio da utilização de um Termo de Consentimento escrito, cumprindo, dessa forma, os fundamentos da ética e da boa-fé.

de informação adequada ao paciente como uma modalidade de negligência e, portanto, passível de reparação de danos: “O dever de informar é dever de conduta decorrente da boa-fé objetiva e sua simples inobservância caracteriza inadimplemento contratual(...) A indenização, nesses casos, é devida pela privação do paciente de sua autodeterminação, por lhe ter sido retirada a oportunidade de ponderar os riscos e vantagens de determinado tratamento, que, ao final, lhe causou danos, que poderiam não ter sido causados, caso não fosse realizado o procedimento, por opção do paciente.” (STJ-RECURSO ESPECIAL Nº 1.540.580 - DF (2015/0155174-9))

Completa ainda na mesma decisão a necessidade de um termo específico para cada procedimento: “Haverá efetivo cumprimento do dever de informação quando os esclarecimentos se relacionarem especificamente ao caso do paciente, não se mostrando suficiente a informação genérica. Da mesma forma, para validar a informação prestada, não pode o consentimento do paciente ser genérico (blanket consent), necessitando ser claramente individualizado.”

Dessa forma, o neurocirurgião em busca de segurança jurídica deve ter absoluta compreensão de que o dever de informar é uma obrigação tão importante quanto à sua obrigação de realizar uma cirurgia com diligência e prudência.

O STJ considera a falha ou falta

Outro cuidado essencial e apropriado

a ser tomado pelo neurocirurgião para evitar desconfortos e prejuízos na sua atividade é a elaboração de um Contrato de Prestação de Serviços com o paciente, onde se conste de maneira clara todos os ajustes e compromissos realizados entre ambos como o tipo de abordagem e tratamento, o local de realização do procedimento, tempo de duração, a obrigação de cumprir as recomendações médicas, o prazo de retorno pós-operatório, preço, forma de pagamento etc.

Assim, cabe ao médico reavaliar suas condutas se atentando para a nova medicina consumerista e para avalanche de processos judiciais contra médicos. Ora, não deve-se deixar de destacar os institutos aplicados pela doutrina e jurisprudência em desfavor do médico e a favor do paciente, como a inversão do ônus da prova, assim o médico já se encontra no processo em desvantagem exagerada. Não se pode deixar ao revel esta nova medicina, deve o médico se adequar, dispondo de documentos adequadamente elaborados que demonstrem o adimplemento do seu dever de informação.

Não se pode esquecer ainda o preenchimento adequado do prontuário como forma de prevenção jurídica do médico neurocirurgião, devendo este anotar todas as informações relativas ao paciente, escrevendo sempre de forma detalhada, ordenada e objetiva, evitando o uso demasiado de siglas e abastecendo este documento de informações indispensáveis

“

A primeira medida efetiva que deve ser adotada pelo neurocirurgião em sua rotina é a apresentação ao paciente de todas as informações, métodos, cuidados e riscos de eventual tratamento, fornecendo estas informações de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível.

”

a uma boa condução do caso do paciente, anexando sempre que possível fotos, informações sobre abordagens anteriores, acompanhamento do pós-operatório, troca de mensagens e orientações, prescrições etc.

A boa relação médico-paciente baseada na ética, confiança, no fornecimento de informações necessárias sobre a doença e procedimentos, acompanhada da precisa evolução no prontuário, do Contrato de Prestação de Serviços e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, são fortes aliados na prática médica segura, prevenindo transtornos que o exercício da profissão possa experimentar e servindo com proteção jurídica em demandas éticas e judiciais.



INFECÇÃO PELO HIV:

BIOÉTICA E DIREITO MÉDICO

AUTOR: DR. RENATO EVANDO MOREIRA FILHO

*Médico e Advogado, Especialista em Direito Médico
e Professor Doutor da Universidade Federal do Ceará*

CREMEC 6921 OAB-CE 22667

renatoevandom@secrel.com.br



Como se sabe; a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) promove a síndrome sintetizada na sigla inglesa AIDS, correspondente, em português, a SIDA. Foi descrita, em 1981, como Síndrome (conjunto de sinais clínicos e sintomas) da Imunodeficiência (debilidade do sistema imunológico) Adquirida (não é genética, ocorre contágio na vida intrauterina ou após o nascimento). Considerando os estigmas ainda associados a enfermidade, diversos aspectos serão de interesse na abordagem ética e jurídica sobre o tema. A própria primazia no isolamento do vírus gerou embate Ético entre grupo de pesquisadores dos Estados Unidos (liderado pelo médico Robert Gallo) e outros do Instituto Pasteur, na França - com destaque para os virologistas Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi. Estes últimos, agraciados com o prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina, em 2008.

No prisma Bioético, destacamos, em apertada síntese:

(I) Conselho Federal de Medicina (CFM)

- Resolução 1.665/2003, que aborda a responsabilidade Ética das instituições e médico(a)s na assistência a portadores do HIV

Considerando princípios insculpidos no Código de Ética Médica; o atendimento a portadores do vírus é imperativo moral da categoria. Assim, não cabe recusa pelo profissional, asseguradas as condições

de biossegurança do local de trabalho, pelo diretor técnico da instituição. Oportuno lembrar que o diagnóstico de ser portador do microrganismo não justifica potenciais confinamentos ou isolamentos, em ambiente hospitalar ou residencial. Eventuais solicitações de testes laboratoriais sorológicos para detecção do HIV (v.g. admissão em emprego, assistência pré-natal, concursos públicos) não devem ser realizadas compulsoriamente. De outra forma, devem ser garantidas, em unidades públicas e privadas, a possibilidade de realizar o teste, se assim o desejar, bem como tudo o necessário (incluindo medicamentos) para seguimento do parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido, em gestantes HIV positivo.

(II) Sigilo Profissional, Criança, Adolescente e HIV

Tema clássico da Ética Médica; há aspectos relevantes posicionados neste cenário. Destacamos:

- Código de Ética Médica – Capítulo IX.

É vedado ao médico:

Art. 74 – Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

- Conselho Regional de Medicina do

A forma com que o médico vai conduzir o diagnóstico e o tratamento de uma criança/adolescente com suspeita de HIV deve ser individualizada...Em caso de não conseguir contato com os pais ou responsáveis legais, informar ao Conselho Tutelar ou Promotoria da Infância e Adolescência do Ministério Público.

Pelo exposto, percebe-se o cuidado diferenciado relacionado à faixa etária do menor de 18 anos.

(III) CFM - Recomendação 07/2014: aborda os cuidados do profissional de Medicina vivendo com HIV ou SIDA, assim como seus direitos.

Observando o sempre necessário e adequado acompanhamento que o médico-paciente deverá receber devido sua condição clínica, são garantias do profissional vivendo com HIV ou com SIDA: sigilo e confidencialidade sobre sua condição; decidir SE e COMO serão divulgadas informações sobre sua enfermidade, ter acesso a informações e ao tratamento, NÃO ser discriminado no trabalho, em razão de sua condição de portador do vírus.

Ao analisarmos o tema sob o prisma do Direito Médico; é possível evidenciar algumas normas. Entre estas, distinguimos:



Oportuno destacar que a lei não exige que ocorra, efetivamente, o contágio ou certo dano à saúde. É suficiente promover ato capaz de conduzir ao perigo, a exemplo da relação sexual desprotegida ou compartilhamento de seringa que se sabe estar contaminada.



(a) Código Penal: no códex criminal nacional, assinalamos de interesse:

Art. 131- Perigo para a vida ou saúde de outrem

Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

Oportuno destacar que a lei não exige que ocorra, efetivamente, o contágio ou certo dano à saúde. É suficiente promover ►

ato capaz de conduzir ao perigo, a exemplo da relação sexual desprotegida ou compartilhamento de seringa que se sabe estar contaminada.

(b) Lei 12.984/2014, que define o crime de discriminação dos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e doentes de AIDS

Nos termos desta norma, a pena consiste em reclusão de 1 a 4 anos e multa. São condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de AIDS, em razão da sua condição: recusar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado; negar emprego ou trabalho; exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego; segregar no ambiente de trabalho ou escolar; divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender sua dignidade ou, ainda, recusar ou retardar atendimento de saúde.

(c) Lei 9.313/1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS

Conforme a orientação legal, os portadores do vírus e os doentes com a síndrome receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a medicação necessária a seu tratamento. O Ministério da Saúde padroniza os medicamentos utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, sendo

revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

(d) Proteção a outros direitos garantidos por Instruções Normativas (IN), Portarias e Decretos, a exemplo de: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, saque antecipado do FGTS e Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Oportuno destacar algumas efemérides associadas ao tema, a exemplo da homenagem ao profissional especialista em acompanhar tais enfermos (11 de abril - Dia do Médico Infectologista) e a data de estímulo ao combate à doença (01 de dezembro - Dia Mundial de Luta contra a AIDS).

Em palavras finais, é necessário afastar dois dos óbices ainda frequentes em face destas pessoas: desconhecimento e preconceito. O primeiro tem se reduzido com a intensificação das campanhas de esclarecimento junto a população, promovidas por órgãos da administração pública e por associações de especialistas. No que tange ao preconceito, ainda há muito a se modificar, em que pese sua mitigação se compararmos com o observado nos anos iniciais da pandemia, na década de 1980. Conforme lembra o físico alemão Albert Einstein: “É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito”.



INCORPORAÇÃO DO TAVI NO ROL DE PROCEDIMENTO E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS É UMA GRANDE CONQUISTA PARA OS IDOSOS BRASILEIROS

AUTORA: VIVIANA LEMKE

*Cardiologista intervencionista e coordenadora
da Comissão de Honorários Médicos e
Acompanhamento de Mercado na Cardiologia da
Sociedade Brasileira de Cardiologia, CRM: 11173-
PR - RQE Nº: 5777
www.portal.cardiol.br
[@sbc.cardiol](https://twitter.com/sbc.cardiol)*



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, em fevereiro, a Resolução Normativa (RN) 465/21, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, listagem mínima obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que os planos de saúde devem oferecer aos consumidores. O Rol de Procedimentos é válido para os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, os chamados planos novos, e para os usuários de planos contratados antes dessa data, mas que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde.

Entre as novas coberturas está o Implante por Cateter de Bioprótese Valvar Aórtica (TAVI) que é indicado como tratamento de escolha aos pacientes portadores de estenose aórtica considerados inoperáveis e de alto risco cirúrgico, doença que atinge de 3% a 5% dos idosos com mais de 75 anos.

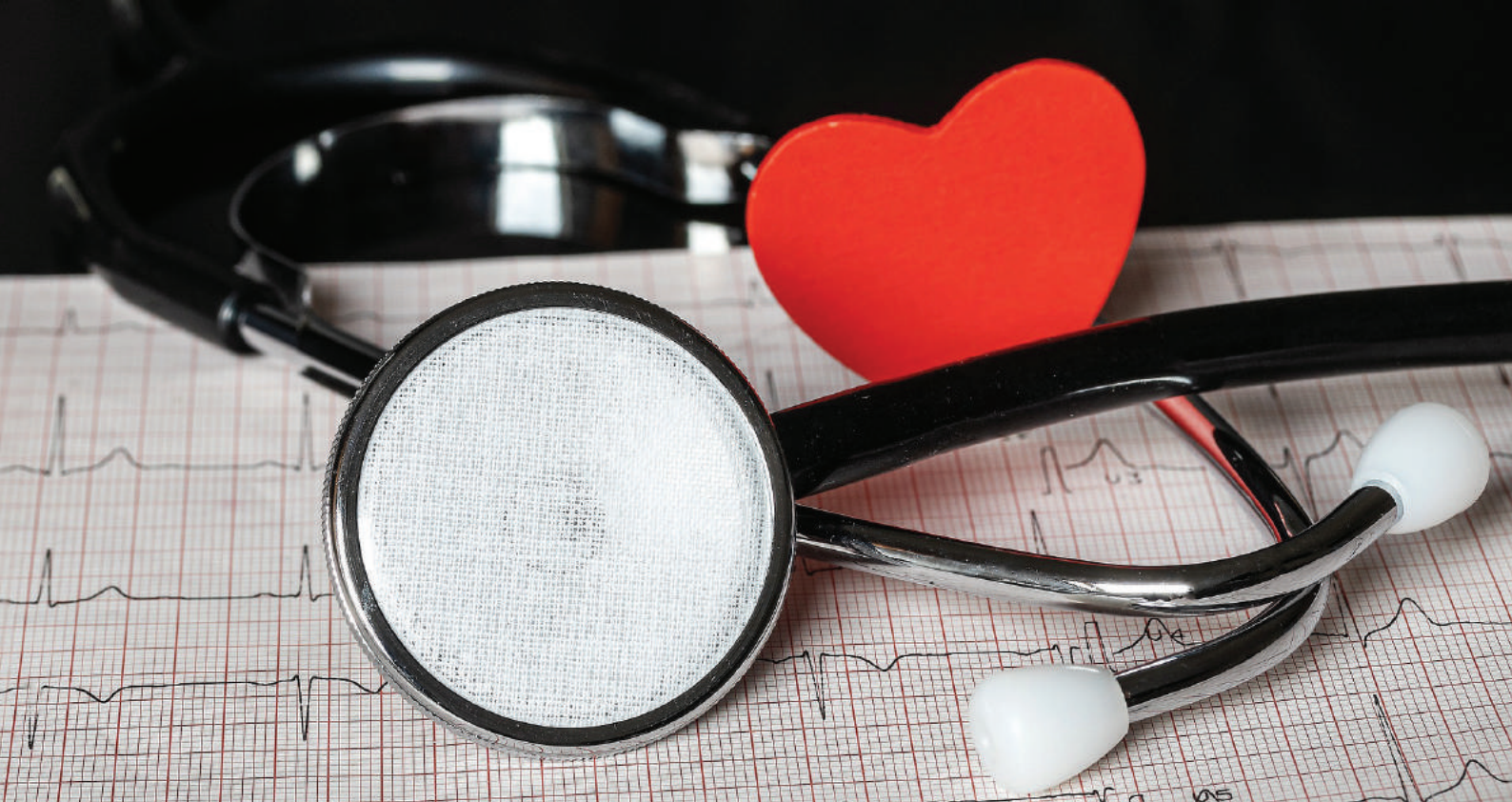
A inclusão do TAVI no Rol da ANS foi muito comemorada, pois dados do Datasus apontam que entre 2008 e 2018, mais de 118 mil hospitalizações foram relacionadas ao tratamento da doença valvar aórtica no Brasil.

O principal objetivo do TAVI é restabelecer a função da válvula aórtica por meio de técnicas minimamente invasivas, evitando, assim, a anestesia geral e os procedimentos cirúrgicos tradicionais

que exigem a esternotomia mediana, o pinçamento aórtico e a circulação extracorpórea.

Em recente diretriz publicada no Arquivos Brasileiros de Cardiologia a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) recomendam e aprovam o uso de TAVI para a estenose aórtica em pacientes inoperáveis fazendo coro às muitas entidades internacionais como o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) britânico, o Health Quality Ontario e o National Health Committee, da Nova Zelândia.

No Brasil, o TAVI foi introduzido em 2008 e vem sendo realizado em diferentes hospitais da rede de saúde suplementar e pública e, desde então, defendeu-se a introdução desta técnica na saúde do país em quatro submissões para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os processos de submissão envolvem a apresentação de uma série de documentos e estudos, entre eles o estudo de custo-efetividade, e apresentação oral da nova tecnologia, etapas que são avaliadas conjuntamente com o resultado de uma Consulta Pública. Além de todos os documentos citados anteriormente, um dos importantes requisitos para a liberação deste procedimento junto aos órgãos governamentais e à saúde suplementar é possuir uma rede assistencial que



possa atender à demanda para estes procedimentos.

Para cumprir a exigência de rede assistencial e executar a Resolução AMB/SBCCV/SBHCI de janeiro de 2017, que estabelece os critérios para qualificação e certificação profissional do especialista na técnica de TAVI e também os critérios para o credenciamento de centros de treinamento para esta técnica, a SBHCI em conjunto com a SBCCV redigiu uma Instrução Normativa que tem como objetivo facilitar e dar homogeneidade à interpretação da resolução supracitada e demonstrar o consenso entre as duas sociedades responsáveis pela execução do procedimento.

Para o especialista se habilitar nesta técnica precisa possuir área de atuação em cardiologia Intervencionista ou título de especialista em Cirurgia cardiovascular,

participar de cursos ministrados ou reconhecidos pelas duas sociedades, participar de treinamento em simuladores e comprovar a realização de cinco casos acompanhados por proctor, se o especialista for cardiologista intervencionista, ou 10 casos se for cirurgião cardiovascular, procedimentos estes que devem ser documentados no Registro Brasileiro de Implante de Bioprótese Aórtica por Cateter (RIBAC). Com a comprovação de todos estes itens concluídos o especialista é certificado com a chancela da SBCCV e da SBHCI para realizar o procedimento.

A inclusão do TAVI no Rol da ANS é uma importante conquista para os idosos brasileiros, mas ainda existem passos a serem alcançados para que mais pacientes sejam beneficiados e tenham acesso a este tratamento revolucionário altamente seguro e eficaz.



O PROGRAMA CIENTÍFICO

DA XIX BIENAL DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

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

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

CREMEC Nº 2412, RQE Nº 589

marcelo.gurgel@uece.br



A Academia Cearense de Medicina (ACM) realizará de 12 a 14 de maio de 2021 a sua XIX Bial. Esse evento, de natureza científica e cultural e de suma importância para a Medicina cearense, terá como seu Presidente de Honra o professor e médico Acad. José Otho Leal Nogueira, CRM: 504-CE, e como Patrono Acad. Sérgio Gomes de Matos (in memoriam) CRM: 1257-CE.

A coordenação executiva da Bial é do Acad. Janedson Baima Bezerra, CRM: 3068-CE; a organização do Acad. Vladimir Távora Fontoura Cruz, CRM: 697-CE, e a supervisão geral encontra-se à cargo do Acad. Pedro Henrique Saraiva Leão, CRM: 567-CE. A programação científica foi elaborada pela Diretoria Científica, que tem no seu comando os acadêmicos José Iran de Carvalho Rabelo, CRM: 667-CE, e Roberto Misici, CRM: 1415-CE, e por integrantes mais afeitos ao temário a ser tratado.

O programa científico do evento, tendo a Covid-19 como tema central, será desenvolvido em Sala Virtual Zoom, administrada pela empresa Pyrilampo, sendo aberto a profissionais e estudantes da área de Saúde, previamente inscritos, e ao público em geral interessado na problemática da presente pandemia.

Na solenidade de abertura, marcada para a noite de 12/05/2021, ter-se-á a Conferência Magna “Covid-19: Direitos humanos em quarentena?”, a ser proferida pelo Dr. Ailton Benedito de Souza (GO).

A primeira atividade da manhã de 13/05/2021 será a Conferência “Covid-19 e as epidemias na história do homem”, sob a responsabilidade da Dra. Margareth Pretti Dalcolmo (RJ) CRM: 309400-RJ. Em seguida, com a moderação do Acad. Anastácio de Queiroz Sousa, 2155-CE, dar-se-á o Painel: “Covid-19: a doença”, com os seguintes temas e painelistas: 1. “Medicina translacional: da biologia molecular à fisiopatologia da doença”, Dra. Roberta Lacerda Dantas (RN) CRM: 6105-RN e Dr. Fernando Antônio Brandão Suassuna (RN); 2. “Covid-19 como doença sistêmica: as repercussões dos sistemas respiratório, vascular, digestivo, renal e neurológico”, Dr. Weiber Silva Xavier (CE) CRM: 5056-CE; e 3. “Observação clínica ainda é a maior ciência. Fatos que sustentam o uso dos corticoides e outras drogas na Covid-19”, Dr. Roberto Sebastian Zeballos (SP) CRM: 58439-SP. Concluindo os trabalhos matutinos, registra-se o Simpósio “Covid-19: apresentações especiais”, com os temas e oradores: “Sobreposição de Covid e dengue e outras arboviroses” (doenças paralelas), Dr. Ivo Castelo Branco Coelho (CE) CRM: 2882-CE e “Síndrome inflamatória sistêmica em criança e adolescente com Covid-19”, Dr. Robério Dias Leite (CE) CRM: 4784-CE.

O turno vespertino de 13/05/2021 contará inicialmente com a Conferência “Os paradigmas do conhecimento médico, o tratamento precoce e a vontade de curar”, tendo por expositora a Dra. Nise Hitomi Yamaguchi (SP) CRM: 48492-SP. Na ►

sequência, moderado pelo Acad. Francisco George Magalhães de Oliveira, CRM: 3475-CE, vem à lume o Painel: “Covid-19: o tratamento (o estado da arte)”, com os temas e painelistas seguintes: 1. “Covid 19 como doença inflamatória sistêmica grave: anticoagulantes, anti-hipertensivos, biológicos, hemodiálise e outros recursos terapêuticos”, Dr. Francisco Ronald Pedrosa Oliveira Jr. (CE) CRM: 5792-CE; 2. “Covid-19 e o sistema respiratório: métodos de oxigenação invasivos e não invasivos”, Dr. Marcelo Alcântara Holanda (CE) CRM 6702-CE; e 3: “Covid-19 como doença imunológica: plasmaterapia, imunoglobulina hiperimune, e outros recursos”, Dra. Luciana Maria de Barros Carlos (CE) CRM: 5176-CE. Finalizando a tarde, o Simpósio “Pós-Covid-19”, com os temas e oradores: “Variantes virais, mutações e reinfeção”, Dr. Ricardo Dimas Zimmermann (RS) e “Aspecto clínicos e tratamento de variantes na Covid-19”, e Dr. Flávio Adsuara Cadeggiani (DF).

A programação da manhã de 14/05/2021 começa com a Conferência “Covid-19: aspectos médico-psicossociais”, a ser pronunciada pelo Dr. Hélio Angotti Neto (DF) CRM: 25868-DF. Nos mesmos moldes dos dias anteriores, tendo o Acad. Paulo Roberto Leitão Vasconcelos, CRM: 3031-CE, por moderador, ocorrerá o Painel “Covid-19: a profilaxia”, com a seguinte configuração: 1. “Imunogenicidade das diferentes formas de vacinas x resposta imune ao coronavírus” Dr. Eurico de Arruda Neto (SP) CRM: 50495-

SP; 2. “Covid-19: validade da imunização e estratégias de vacinação para garantia da eficácia”, Dr. Jeová Keny Baima Colares (CE) CRM: 5716-CE; e 3. “Covid-19: como alguns povos conseguiram controlar a pandemia antes da vacina”, Acad. Antônio Carlile Holanda Lavor (CE) CRM: 590-CE. Para concluir essa manhã, acontecerá o Simpósio “Situações paralelas à doença”, quando se apresentarão “O respeito à dignidade da pessoa humana em tempos de pandemia”, Dr. José Abelardo Garcia de Meneses (BA) CRM: 6616-BA; e “Repercussão econômica da Covid-19: os contextos brasileiro e internacional”, Dr. Felipe Bastos Gurgel Silva (USA).

Na solenidade de encerramento da XIX Bienal, agendada para a tarde de 14/05/2021, a ACM brindará a sua seleta audiência com a Conferência Magna “Plataformas vacinais: presente e futuro”, a ser pronunciada por Dr. Arnaldo Correia de Medeiros (DF), coroando um exitoso programa científico urdido pela Comissão Organizadora.

Pelo exposto, denota-se que a programação científica delineada, consoante acima foi discriminada, se revestirá da maior relevância para a compreensão e a divulgação de conhecimentos sobre a pandemia causada pelo novo coronavírus que vem afligindo a população humana, aqui e alhures, servindo o evento para registro de fatos presentes que não de ser preservados para a posteridade.



ATUALIZA21

CIRCUITO
NACIONAL DA
RADIOLOGIA

Evento ATUALIZA 21 trouxe atualizações de alto nível na carreira do radiologista

AUTORA: ÉRIKA GRECY

Produtora de Conteúdo

Realizado 100% online nos dias 16 e 17 de abril, o evento ATUALIZA 21 – Circuito Nacional da Radiologia, foi promovido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), e trouxe uma série de diversas atividades, a exemplo de cursos hands on e demonstrações práticas, com aulas ao vivo, além da Maratona Nacional de Casos Radiológicos, um game para resolução de casos radiológicos desafiadores que envolve sociedades estaduais de radiologia filiadas ao CBR, médicos radiologistas e residentes de todo o país.

Segundo a Dra. Luciana Costa, diretora científica do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, CRM: 28151-MG | RQE Nº: 19315, neste ano de 2021, o CBR teve a responsabilidade de preparar um evento diferente e se reinventar para produzir um encontro entre especialistas que trouxesse impacto e atualizações na carreira dos radiologistas. “Modernizamos a marca e dinamizamos o formato com universo on-line totalmente incorporado às dinâmicas.”, explica a diretora. “Foi uma oportunidade riquíssima para troca de experiência e conhecimento. Tivemos cerca de 2 mil inscritos nos cursos e nas atividades de abertura, sessão de interpretação de imagens com especialistas do Brasil e do mundo e a premiação da Maratona Nacional de Casos Radiológicos.”, enfatiza.

De acordo com a Dra. Luciana, a abertura do ATUALIZA 21 foi um dos pontos mais altos do evento devido a participação do

filósofo Luiz Felipe Pondé “que palestrou sobre “Os desafios da mudança”, puxando reflexões internas de como podemos viver de modo menos limitado, fora da zona de conforto e menos individualista.”, comenta. Quanto aos cursos hands on e as demonstrações práticas Dra. Luciana afirma que houve uma programação especial de pré-aulas, essas que ocorreram de forma antecipada para os inscritos e que contribuiu para que a aula ao vivo fosse mais aproveitada, dando prioridade a interação com o grupo. “As demonstrações práticas foram relacionadas a lesões hepáticas, ao diagnóstico de endometriose, colono TC, detecção da hepatopatia difusa através de ultrassom, doppler e elastografia e a avaliação da incontinência urinária de esforço, cada tema contou com participação de professores especialistas de diversos estados do Brasil.”, ressalta a diretora Científica do CBR. “Oferecemos também 17 cursos sobre diferentes segmentos da radiologia como mama, pelve, tórax, musculoesquelético, entre outros. As aulas teóricas se basearam em apresentações de hipóteses diagnósticas que foram discutidas com ênfase nas características imaginológicas e clínicas de cada caso, ajudando no olhar crítico e apurado do radiologista para o diagnóstico diferencial.”

Quanto a Maratona de Casos Radiológicos, essa atividade abordou casos de todo o Brasil através das sociedades estaduais participantes. “Os casos vencedores foram eleitos por uma comissão avaliadora

que utilizou critérios como descrição dos achados, diagnósticos diferenciais e diagnóstico para análise das respostas sobre cada caso.”, Diz Dra. Luciana. “A Maratona teve três vencedores, com premiações em dinheiro no valor de R\$ 20 mil para a primeira colocada, R\$ 10 mil para a segunda e R\$ 5 mil. Tivemos 17 sociedades filiadas ao CBR participando e, ao mesmo tempo, compartilhando conhecimento e os vencedores foram em 1º Lugar Sociedade de Radiologia de Pernambuco, 2º lugar Associação Gaúcha de Radiologia e 3º Lugar Sociedade de Radiologia do Paraná.” Segundo a diretora, o maior objetivo da Maratona foi criar um senso de comunidade, dinamizar a aprendizagem e concretizar o sonho de um coletivo inteligente. Com todas essas atividades desenvolvidas, o ATUALIZA 21 – Circuito Nacional da Radiologia, promoveu a interação e o networking, e resultou no aproveitamento para os alunos diante do formato online, além de refletir na carreira do especialista. “Atingimos com sucesso o objetivo de compartilhar conhecimento e contribuir para formação inteligente do radiologista em um movimento que propõe a cooperação técnica, mas também estimula o fortalecimento das relações e trocas.”, finaliza a diretora científica do CBR.



Dra. Luciana Costa, diretora científica do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, CRM: 28151-MG RQE N°: 19315

A plataforma
Jornal do Médico
está junto nessa corrente

ACREDITAMOS QUE

#VAI DAR
CERTO

 **Jornal do Médico®**