



# Jornal do Médico®

www.jornaldomedico.com.br

## DIREITO MÉDICO

Tudo o que o médico precisa saber sobre Tuberculose na relação Bioética e Biodireito

## IMORTAIS DA PNEUMOLOGIA CEARENSE

Pneumologistas titulares na Academia Cearense de Medicina


## MÉDICOS ATLETAS

Dra. Leticia Rizzo revela os desafios para largar o vício do cigarro.



## CIGARRO ELETRÔNICO

*efeitos trágicos  
à saúde do usuário*



**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**

## MENSAGEM AO USUÁRIO



Junho, mês do pneumologista (02/06), trazemos um assunto muito inquietante acerca do Cigarro Eletrônico, onde o renomado pneumologista e colunista do nosso Blog, Dr. Dylvardo Costa, traz revelações no artigo “Os efeitos trágicos do cigarro eletrônico na saúde do usuário”, impactando na hipertensão, inflamação nos pulmões, no cérebro e nos vasos sanguíneos, e outros mais.

Ainda na temática respiratória, o nosso conselheiro Dr. Marcelo Gurgel traz um artigo sobre os Pneumologistas titulares na Academia Cearense de Medicina que inclusive está com novo presidente, o Dr. Janedson

Baima, respeitado médico que irá conduzir os trabalhos na arcádia pelos próximos dois anos.

Na sequência dos nossos conteúdos, trazemos temas do Direito Médico (Prof. Dr. Renato Evando), Rinite (Dra. Lorena Madeira), reportagem exclusiva com a médica, atleta, ex-fumante, e membro do Movimento Médicos Atletas, Dra. Letícia Rizzo, que nos contou como largou o vício do cigarro tendo o esporte beneficiado nesse processo e também na carreira médica, e muito mais.

Tenha uma ótima experiência com os nossos conteúdos e até o próximo número.

### **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 de Menezes

## CEO:

Josemar ARGOLLO

Revista Digital Jornal do Médico®,  
Ano III, Nº 26, Junho 2022, Saúde  
Respiratória

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: Thamires

Assunção

## 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

facebook.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**

**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.*



28  
O que é  
*Patient Blood  
Management*  
- PBM, e como  
chegamos a ele

07

Tuberculose: Bioética e  
Biodireito

12

O efeitos trágicos do cigarro  
eletrônico na saúde do  
usuário

20

Pneumologistas titulares  
da Academia Cearense de  
Medicina

# 18

**Rinite e Asma: Como as doenças são diagnosticadas e quais os tratamentos**



# 25

**Dra. Letícia Rizzo e os desafios para largar o vício do cigarro**

# 34

**Posse da XXIII Diretoria da Academia Cearense de Medicina**

# 36

**Origens da Pneumologia - Antiguidade (Mesopotâmia e Egito)**





# TELERRADIOLOGIA

Com a Central de Laudos mais moderna da América latina, e mais de 100 mil laudos/mês.

## TERCEIRIZAÇÃO

Gestão e implementação de uma unidade de diagnósticos completa.

## CONSULTORIA

Na aquisição dos mais modernos equipamentos com melhores condições.



## EDUCAÇÃO

Programa de residência próprio e desenvolvimento profissional para nossos médicos parceiros.

**ESTAMOS PRESENTES EM MAIS DE 65 UNIDADES EM TODO PAÍS REALIZANDO EXAMES:**



**RADIOLÓGICOS**



**CARDIOLÓGICOS**



**GASTRO-INTESTINAL**

**E OUTROS**

**ACESSE NOSSO SITE E SAIBA MAIS**

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



**ONE LAUDOS**  
Sua parceira phygital para a radiologia

CENTRAL DE LAUDOS  
São Paulo • SP

CENTRAL DE LAUDOS  
Fortaleza • CE

CEDE -  
Centro de Diagnostico Exclusivo  
Osasco • SP

**+55 11 4191-0588**



# TUBERCULOSE: BIOÉTICA E BIODIREITO

**AUTOR: DR. RENATO EVANDO MOREIRA FILHO**

Médico e Advogado

Prof. Dr. de Medicina Legal, Ética Médica e Direito Médico da UFC

CRM/CE - 6291

RQE em Ginecologia e Obstetrícia - 2744

RQE em Medicina Legal e Perícia Médica - 6016



**E**nferrimidade milenar, acompanhando a humanidade desde priscas eras, insere-se, a Tuberculose, entre as doenças de interesse da Medicina, em geral - considerando a capacidade de disseminação do bacilo - e da Pneumologia, em particular.

Hoje tendo sabidamente como agente etiológico a bactéria *Micobaterium tuberculosis*, anunciado pelo médico alemão Robert Koch, em março de 1882; trata-se de doença descrita desde a antiguidade histórica, encontrada em múmias egípcias (3.000 A. C.), bem como, em múmias americanas, pré-colombianas, no Peru. Com o advento da urbanização, disseminou-se na Europa, reconhecida como a “peste branca”. No século XVIII, foi idealizada como “doença romântica”, por promover o óbito de poetas e intelectuais. Em fins do século XIX, passou a ser qualificada como “mal social”, relacionada às condições precárias de vida. O antigo tratamento envolvia o isolamento dos pacientes, por meio dos sanatórios e preventórios. Já no século XX, com o advento das medicações específicas a partir da década de 1940, houve queda acentuada dos índices de mortalidade da doença. Assim sendo, o tratamento se tornou primordialmente ambulatorial, sendo desnecessária, majoritariamente, a internação do paciente ou algumas intervenções cirúrgicas realizadas até então. Com destaque, a vacinação com a BCG (na sigla, Bacillus Calmette-Guérin). Não obstante, a partir dos anos 80 do século passado, a emergência da Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e a urbanização desordenada arrefeceram o controle da doença.

Na abordagem BIOÉTICA, destacamos:

1) Parecer CRM do Estado do Ceará 19/2009 – trata da “Recusa de tratamento para Tuberculose”. Nesta manifestação, foi orientando que a internação compulsória para pacientes tuberculosos bacilíferos, legalmente capazes, que recusam tratamento após esgotadas as tentativas de tratamento ambulatorial, deverá ser solicitada à autoridade sanitária e ao Ministério Público, a quem compete a adoção de medidas sociais e judiciais de proteção da sociedade. Percebe-se a prevalência do interesse público, em não ver a enfermidade ser disseminada na sociedade, em detrimento da vontade do particular, em não se submeter ao tratamento;

2) Parecer CRM do Estado do Paraná 2.108/2009 – No cenário da “Alta Médica”, dispõe que havendo indisciplina, para pacientes internados em hospital para tratamento de Tuberculose, conclui-se que a alta hospitalar somente seja possível após esgotar todas as possibilidades de resolver a situação, e desde que não haja risco de morte iminente do paciente, nem de contaminação dos contatos.

Sob o prisma do BIODIREITO, é possível constatar a incidência de normas abordando o tema. Evidenciamos:



1) Lei 14.289/2022 - Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose. A mesma norma alterou a lei 6.259/75, no que concerne a comunicação de doenças

notificação;

2) Lei 7.713/1988 - Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. Em seu art. 6º, dispõe as situações que isentam o contribuinte deste tributo, nos rendimentos percebidos por pessoas físicas. Inclui, no inciso XIV, "os proventos



(incluindo a tuberculose), ao mencionar que a notificação compulsória de casos de doenças e de agravos à saúde tem caráter sigiloso, o qual deve ser observado por médicos e outros profissionais de saúde que tenham procedido à notificação, pelas autoridades sanitárias que a tenham recebido e por todos os trabalhadores ou servidores que lidam com dados da

de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa...", dentre outras (grifamos);

3) Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei 13.709/2018). No mesmo sentir da citada lei de 2022, na medida em que se

trata de informações relativas a pessoas naturais identificadas, ou passíveis de identificação, são dados pessoais do paciente com tuberculose que devem ser conduzidos como dados sensíveis;

4) Ministério da Saúde – GM - Portaria 3.110/2013, que autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios com alta carga da doença para implantação/ implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da tuberculose, estando vinculada à Proposta de Ações Contingenciais em Vigilância em Saúde (PACVS) encaminhada pelos Municípios, analisada e aprovada pela Secretaria de Vigilância em Saúde;

5) Ministério da Saúde – GM - Portaria 2.181/2001, que institui, em todo o território nacional, a semana, que inclua o dia 24 de março, como a "Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose", cujos objetivos são: concentrar esforços na divulgação da doença, sua prevenção, diagnóstico e tratamento; mobilizar os gestores e órgãos do SUS para que, em articulação com outros segmentos dos setores público e privado, veículos de

comunicação social, organizações não governamentais, grupos e movimentos da sociedade civil organizada sejam desenvolvidas atividades intensivas acerca da doença; sensibilizar a sociedade promovendo o seu engajamento permanente nas ações de mobilização e articulação com vistas à difusão de informações sobre a doença e a superação do estigma a ela relacionado; desenvolver, junto às escolas, programas específicos de prevenção e controle da doença; sensibilizar os profissionais da saúde para a difusão de informações sobre a tuberculose em suas respectivas práticas; além de realizar eventos técnico-científicos para os profissionais de saúde relacionados à tuberculose, bem como acerca da situação da doença e do desenvolvimento das ações voltadas ao seu controle em todo o país. In fine, não se perca de vista a necessidade da mitigação do persistente preconceito em face da doença. Nas palavras de Anjezë G. Bojaxhiu, conhecida como Madre Teresa de Calcutá - religiosa católica de etnia albanesa, naturalizada indiana: “a maior doença do Ocidente não é a tuberculose, nem a lepra. É sermos indesejados, desamados, desassistidos”.



4º CONGRESSO

# JORNAL DO MÉDICO® FORTALEZA-CEARÁ

29, 30 de setembro e 01 de outubro de 2022



*Muito networking, conhecimento e abraços  
com os mais extraordinários conferencistas*



*Presidente  
conselheiro Dr. Idelfonso Carvalho*

## **PAINÉIS SOBRE:**

- **Atualizações**
- **Tecnologia em Saúde**
- **Carreira Sustentável**
- **Direito e Saúde**
- **Promoção da Saúde**
- **Publicidade Médica**
- **Trabalho Científico e muito mais!**

**Evento Híbrido com lista de espera**  
[jornaldomedico.com.br/congresso2022](http://jornaldomedico.com.br/congresso2022)

Realização:



Conselho Científico:



Organização:





# Os EFEITOS TRÁGICOS do CIGARRO ELETRÔNICO na saúde do usuário

**AUTOR: DR. DYLVARDO COSTA LIMA FILHO**

Pneumologista

CREMEC 3886 RQE 8927



**E**studos demonstram que o vape de curto prazo causa hipertensão, inflamação nos pulmões, no cérebro e nos vasos sanguíneos, devido à indução de mediadores inflamatórios e estresse oxidativo, provavelmente mediado pela liberação de agentes tóxicos primários.

A nicotina é o agente primário em cigarros comuns e cigarros eletrônicos, que é altamente viciante, e, portanto, causa dependência química. Isso faz com que a pessoa anseie por fumar, e sofra dos sintomas de abstinência, se ignorar o desejo. A nicotina por si só, é uma substância tóxica. Aumenta a pressão arterial e aumenta a liberação de adrenalina, o que aumenta a frequência cardíaca, e a probabilidade de se ter um ataque cardíaco.

Ainda existem muitas incógnitas sobre o vape, incluindo quais produtos químicos compõem o vapor, e como eles afetam a saúde física a longo prazo. Dados emergentes sugerem ligações com doenças pulmonares crônicas, bronquiolite e asma.

Desde 2019, já foram descritos mais de 2.800 casos pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, de uma nova doença conhecida como EVALI (e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury), ou em tradução literal, de lesão pulmonar associada ao uso do cigarro eletrônico ou vaporização do produto, que se trata de uma lesão pulmonar aguda associada ao uso do cigarro

eletrônico, que resultaram em pelo menos 68 mortes.

A vaporização dos agentes aromatizantes líquidos usados, quando expostos a altas temperaturas, têm sido implicados no desenvolvimento de estresse oxidativo e liberação de mediadores inflamatórios, que causam a lesão epitelial das vias aéreas. Além disso, a mistura de vários ingredientes e outros contaminantes, pode gerar mais produtos tóxicos, que ainda não foram identificados.

Já há muitos casos documentados na literatura médica, de uma Pneumonia Lipóide, também conhecida como “Pneumonia do Engolidor de Fogo”, que ocorre pelo acúmulo de substâncias gordurosas no interstício pulmonar, devido a inalação de óleos animais, vegetais ou minerais, especialmente do acetato de vitamina E. Os casos agudos mais graves podem levar ao óbito, e outros, mesmo quando tratados, podem resultar em



sequela permanente, com a evolução para fibrose pulmonar com insuficiência respiratória crônica.

Podem ocorrer ainda lesões térmicas devido a explosões, que podem causar lesões significativas nos tecidos moles e faciais, que podem resultar em morte ou sequelas graves.

E por fim, embora o Vape produza menos substâncias nocivas que o cigarro tradicional, ainda assim, em sua composição, há várias substâncias químicas tóxicas e cancerígenas, que necessitam de mais estudos, para se determinar a real magnitude de sua toxicidade, e o risco de desenvolver câncer.

Portanto, embora já se conheça muito sobre as consequências danosas dos vapes no corpo humano, os efeitos da exposição a longo prazo, a esses produtos químicos, ainda permanecem desconhecidos, em sua maior parte.



- É verdadeiro quando se fala sobre o uso de cigarros eletrônicos serem menos prejudiciais que o cigarro com tabaco?

- O vício pode vir por meio da presença da nicotina, ou há outras substâncias, que são possíveis de serem inaladas pelo vape e cigarros eletrônicos?

Em primeiro lugar, é bom enfatizar, que todos os produtos de tabaco, sejam os cigarros tradicionais, sejam os vapes, são prejudiciais à saúde, e contendo a nicotina, são potencialmente viciantes.

Em segundo lugar, como os cigarros eletrônicos, reconhecidamente têm bem menos do que as 4.500 substâncias tóxicas, que compõem os cigarros tradicionais, dentre as quais, pelo menos 250 substâncias que são cancerígenas; se cria a falsa impressão de que os vapes poderiam ser menos prejudiciais à saúde, o que seria uma alternativa “saudável” aos cigarros tradicionais.

Há uma considerável falta de clareza, quanto às consequências para a saúde geral da população, do uso dos cigarros eletrônicos. De fato, a maioria dos estudos atualmente disponíveis fornece evidências de que o uso de cigarro eletrônico é menos prejudicial do que o tabagismo tradicional, no entanto, o número de estudos de longo prazo, e a quantidade de dados para avaliação, ainda são limitados. Portanto o meu conselho para quem pensa em usar vapes seria: quem não usa produtos de tabaco, não deve sequer experimentar.

- Existe alguma faixa de idade que pode ser mais prejudicial com o uso de vape?

Os jovens são mais propensos a correr riscos com sua saúde e segurança, incluindo o uso de nicotina e outras drogas. Com qualquer droga com potencial de dependência, seja de uso lícito (cigarros, vapes ou álcool), seja de uso ilícito (maconha e cocaína), o início mais precoce tende a ser também mais grave. Os cigarros eletrônicos são o produto de tabaco mais usado entre os jovens adultos dos EUA, com idades entre 18 e 24 anos.

A parte do cérebro, responsável pela tomada de decisões e controle de impulsos, ainda não está totalmente desenvolvida durante a adolescência. A exposição à nicotina durante a adolescência, pode

então prejudicar o desenvolvimento do cérebro, o que pode afetar a função cerebral e a cognição, a atenção e o humor. Jovens e adultos jovens correm, assim, o risco de efeitos de longo prazo e duradouros, de expor seus cérebros em desenvolvimento à nicotina. Esses riscos incluem dependência de nicotina, transtornos de humor, e redução permanente do controle de impulsos. A nicotina também altera a forma como as conexões cerebrais são formadas, o que pode prejudicar as partes do cérebro que controlam a atenção e o aprendizado.

Dados dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA mostram, que o uso de cigarros eletrônicos (todos os dias ou alguns dias) entre esses jovens, aumentou de 5,2% em 2014 para 9,3% em 2019, com mais da metade (56%) dos



usuários de vapes, relatando que nunca fumou cigarros tradicionais. Como consequência, os cigarros eletrônicos rapidamente se tornaram o produto de tabaco mais usado nos Estados Unidos. Como consequência, estima-se que a cada dia, cerca de 1600 jovens de 12 a 17 anos, fumem seu primeiro cigarro, e que cerca de 5,6 milhões de adolescentes vivos hoje, morrerão prematuramente de uma doença relacionada ao tabagismo.

- Na sua opinião, por que você acha que houve uma procura maior dos jovens por esses produtos?

Diferentes motivações levam o jovem a iniciar o vício tabágico, mas alguns fatores são mais determinantes. Ser jovem do sexo masculino, ser de raça branca, que não tenha curso superior, que seja de zona rural, que tenha pais com baixa escolaridade, que tenha pais fumantes, que tenha amigos de infância fumantes, que vivencie eventos altamente estressantes em suas vidas, e que acredite ser o uso do tabaco como de baixo risco, estão entre as causas mais frequentes.

Falta ainda uma campanha de conscientização, nas escolas primárias

e secundárias, contra o tabagismo. Nos Estados Unidos, uma pesquisa sobre intervenções de cessação de cigarro eletrônico, examinou a eficácia de um programa de mensagens de texto para cessação de vapes, em um ensaio clínico entre jovens adultos. A posse de telefone celular é onipresente entre os jovens, e as mensagens de texto são fáceis de usar, discretas, anônimas, e usam a modalidade de comunicação preferida nessa faixa etária. As mensagens de texto demonstraram ser uma estratégia de intervenção também eficaz para a cessação do tabagismo.

- Por fim, como você relacionaria o vício em vaporizantes, como o vape, com outros vícios, como bebidas ou drogas?

Objetivamente falando, há sim, um risco de comportamento. O uso de cigarros eletrônicos entre jovens e adultos jovens está fortemente ligado ao uso de outros produtos do tabaco, como cigarros comuns, charutos, narguilé e tabaco sem fumaça. E algumas evidências sugerem, que o uso de cigarros eletrônicos está ligado ao uso de álcool e outras substâncias, como a maconha. E certos produtos de cigarro eletrônico, podem ser usados para entregar outras drogas associadas à nicotina, como a maconha, por exemplo.



**A C&C Contabilidade  
cuida de 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





# **RINITE E ASMA: COMO AS DOENÇAS SÃO DIAGNOSTICADAS E QUAIS OS TRATAMENTOS**

**AUTORA: DRA. LORENA MDEIRA**  
Médica, Alergologia e Imunologia, ex-presidente ASBAI Ceará,  
CRM/CE 6409 RQE 1769



**A** campanha mundial de prevenção a doenças alérgicas tem o objetivo de alertar, bem como, conscientizar a população sobre essas enfermidades que atingem um terço da população mundial. A Rinite e asma estão em grande conexão, porque 80% dos asmáticos também, são portadores de rinite.

A rinite alérgica geralmente se inicia após os dois anos de idade e atinge 26% das crianças e 30% dos adolescentes. Os sintomas são: espirros seguidos, coriza, coceira de nariz e obstrução nasal. O diagnóstico é realizado por meio de sintomas repetitivos e histórico familiar positivo, podendo ser, também, identificado através dos testes cutâneos de leitura imediata que funcionam com a investigação dos fatores desencadeantes destes sintomas como: ácaros, pelos de animais, barata e pólen. Os testes cutâneos são interessantes pois o paciente tem resultado imediato, resultados esses, com grande especificidade.

Por meio do diagnóstico podemos começar o tratamento que vai desde o cuidado com o ambiente, como o quarto, e o uso das medicações que devem ser personalizadas e individualizadas para cada paciente. Pacientes alérgicos comprovados podem se beneficiar bastante com a imunoterapia. Esta que tem uma ação de provocar uma diminuição da força da doença, gerar uma tolerância a esses fatores ambientais e ainda ação sustentável por pelo menos 18 anos segundo a ASBAI, Associação Brasileira de Alergia e Imunologia.

As pacientes grávidas, também, podem fazer o tratamento para rinite. Existem várias medicações que são comprovadamente seguras para o uso durante o período gestacional.





# PNEUMOLOGISTAS TITULARES DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

**AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA**  
Conselheiro do Jornal do Médico  
Membro titular da ACM - Cadeira 18  
CRM/CE 2412



**A**cademia Cearense de Medicina (ACM) foi organizada tendo a Academia Nacional de Medicina por principal modelo.

Para fins de ingresso, espelhando-se na sua congênere nacional, os acadêmicos são colocados, segundo a predominância em seus campos de atuação, em três grupos: Medicina, Cirurgia e Ciência Aplicada à Medicina.

No total, em maio de 2022, entre os Membros Titulares (MT), há 35 distintas especialidades, o que retrata a grande variedade da atual atividade médica. Em termos quantitativos, os MT estão assim dispostos: Ciências (10), Cirúrgicas (21) e Clínicas (29).

Nas especialidades **Clínicas**, a Clínica Médica, com cinco MT, está em primeira posição, sendo seguida pela Cardiologia, que conta com quatro integrantes.

A Pneumologia sempre teve participação destacada na ACM, tendo respondido pela presidência em duas gestões, com os acadêmicos José Vieira de Magalhães e João Pompeu Lopes Randal, e se faz presente atualmente com três MT. São eles, a perfilar por ordem de posse: Ana Margarida Furtado Arruda Rosenberg, Márcia Alcântara Holanda e Plínio José da Silva Câmara.



**ANA MARGARIDA FURTADO  
ARRUDA ROSEMBERG**

nasceu em Baturité-CE em 7/07/1950.

Ana Margarida iniciou seu curso médico na Universidade Federal do Ceará (UFC) em 1969, concluído-o em 1974. cursou Especialização em Pneumologia e Tisiologia, sob regime de residência médica, no Sanatório de Maracanaú, em 1975.

Completo a sua formação médica com três cursos, realizados pelo Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro: Pneumologia Sanitária, Combate ao Fumo e Aperfeiçoamento em Tisiologia.

Dra. Ana Margarida Rosenberg foi Médica Perita concursada e Supervisora de Perícias Médicas do Instituto Nacional de Seguridade Social e pneumologista concursada da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Desenvolveu sua

especialidade, principalmente, no Sanatório de Maracanaú-CE e no C.S. Dona Libânia da SESA.

Dentre os seus feitos mais voltados à Saúde Pública, a Dra. Ana Margarida Rosenberg teve intensa atuação na luta contra a tuberculose e em prol do controle do tabagismo.

Tomou parte em sete eventos médicos no exterior e em meia centena de eventos científicos no Brasil. Teve mais cinquenta participações ativas em Congressos, Jornadas, Cursos e outros eventos científicos, ministrando exposições, aulas, conferências e palestras. Apresentou nove temas livres e publicou quatro artigos em periódicos científicos.

Bacharelou-se em História pela Faculdade de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) em 2005. Como historiadora, prosseguiu seus estudos, culminando na obtenção do Grau de Mestre em História Social, pela PUC-SP, em 2008.

Ana Margarida publicou o livro biográfico “Clemente Ferreira (1857-1947)” e o livro de memórias “Confissões de Amor”. Publicou mais de cinco dezenas de trabalhos em revistas e jornais médicos de divulgação. Tem atuado na literatura, com produção nos seguintes gêneros: crônica, ensaio, memórias e poesia.

É membro da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Regional Ceará, da Sociedade Brasileira de História da Medicina e da Fundação Comendador

Ananias Arruda. Presentemente, atua nas áreas de História e Literatura. Criou e mantém quatro Blogs.

Em 14/11/2014 a Dra. Ana Margarida Rosenberg foi empossada como Membro Titular da Academia Cearense de Medicina, passando a ocupar a Cadeira 35, que tem como Patrono o Dr. Lineu de Queiroz Jucá.

Exerce o cargo de Diretora de Informática desse sodalício, contribuindo com filmagens dos encontros acadêmicos e postagens que alimentam o Blog e o site da ACM.

Vale destacar ainda que a referida imortal integra os quadros do Conselho Editorial do Jornal do Médico.

### **MÁRCIA ALCÂNTARA HOLANDA**



nasceu em Fortaleza, em 20/02/1942.

Graduou-se em Medicina na

Universidade Federal do Ceará (UFC) em 1966. Concluiu Residência Médica em Pneumologia no Hospital Municipal João Elísio de Holanda em 1968 e mestrado em Saúde Pública na UFC em 1999.

Sua vida profissional transcorreu, principalmente, no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, onde atuou na assistência, na gestão e na docência.

Nesse hospital ocupou, dentre outras, as seguintes funções: Assistente de Gabinete do Diretor, Chefe de Seção de Pacientes Externos, Chefe do Setor de Emergência, Chefe da Unidade de Internamento de Pneumologia e Chefe da Clínica Tisiopneumologia.

Sua atividade de ensino ficou patente no trabalho que desenvolveu no Centro de Estudos e Aperfeiçoamento do Hospital de Messejana, como Secretária, Vice-Presidente e Presidente, e na Residência Médica, tendo exercido a preceptoría de Residência Médica de Pneumologia durante 25 anos.

Realizou o I Encontro Brasileiro sobre Asma em 2002, criou e coordenou quatro encontros Norte/Nordeste sobre Asma, ocorridos entre 1986 e 1994; desenvolveu o Programa de Atenção Integral à Criança e Adolescente com Asma de Fortaleza.

Dra. Márcia Alcântara participou ativamente de muitos eventos científicos, nos quais apresentou mais de três dezenas de trabalhos de sua autoria ou coautoria.

Por meio de crônicas, Márcia Alcântara publica artigos de opinião e de divulgação científica em jornais cearenses de grande circulação. Integrante do quadro social da

Regional Ceará da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores, participa das antologias anuais dessa agremiação.

Ganhou o II Prêmio Nacional de Pneumologia, conferido pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, com o trabalho: "Silicose em cavadores de poços: da descoberta ao controle", um abrangente estudo por ela capitaneado que suscitou a intervenção pública para o controle da silicose na região da Ibiapaba-CE.

Possui os Títulos de Especialista em: Pediatria, Pneumologia e Tisiologia.

Presidiu a Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia em duas gestões. Na Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, foi presidente da Comissão de Doenças Ocupacionais e coordenadora da Comissão de Pneumopatias.

Foi empossada em 29/04/2016 na Academia Cearense de Medicina, na Cadeira 67, patroneada pelo Prof. José Edísio da Silva Tavares.

## PLÍNIO JOSÉ DA SILVA CÂMARA



nasceu em Fortaleza em 30/03/1955.

Admitido no Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 1974, diplomou-se médico em dezembro de 1979. Quando universitário, estagiou na Casa de Saúde São Raimundo, hospital modelar à época que lhe proporcionou uma saudável ambiência com clínicos luminares de Fortaleza.

Fez a Residência Médica de Clínica Médica do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da UFC, nos anos de 1980 e 1981, um treinamento em serviço de grande aprendizado profissional, mercê da excelência dos seus preceptores, notadamente dos docentes Paulo Marcelo Martins Rodrigues e Célio Brasil Girão. Dessa sua formação clínica, qualificou-se como especialista em Medicina Interna, porém optou por se dedicar a especialidade de Pneumologia.

Dr. Plínio Câmara realizou o Mestrado em Ciências Pneumológicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, de 1985 a 1987, encerrando-o com a defesa da dissertação “Tabagismo e leucograma”, conduzida sob a diligente orientação do Prof. Dr. Mario Rigatto.

Completo a sua formação profissional, em 1992, com estágios de aperfeiçoamento em Radiologia Torácica, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, e em

Broncoscopia, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, credenciando-se então a trabalhar nesses relevantes campos de atuação da especialidade médica que abraçara.

Aprovado em concurso público realizado em 1982, assumiu o cargo de médico da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, sendo ele lotado no Hospital Geral Dr. César Cals, no qual ainda trabalha executando variadas funções.

Por mais de três décadas, ele foi um operoso médico do HUWC, do qual encontra-se hoje aposentado, tendo inclusive chefiado o Serviço de Pneumologia.

Recentemente, passou a integrar o quadro de professores de práticas médicas do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará.

Ao lado da sua atuação no serviço público, o Dr. Plínio Câmara conserva um movimentado consultório privado para atendimento de uma concorrida procura de pacientes particulares e de convênios, fruto do reconhecimento dos seus colegas que o têm como uma das principais referências da Pneumologia cearense.

Em 22/11/2019, foi empossado na Academia Cearense de Medicina (ACM) como ocupante da Cadeira 54, patroneada pelo Dr. Francisco Aluísio Pinheiro.





# **DRA. LETÍCIA RIZZO E OS DESAFIOS PARA LARGAR O VÍCIO DO CIGARRO**

**AUTORA: JOR. THAMIRES ASSUNÇÃO**  
Produtora de Conteúdo

*A médica foi fumante por dezoito anos e, atualmente, está livre do tabaco há onze anos; atividade física estimulou o processo*



**F**oram dezoito anos de tabagismo até a médica especializada em cirurgia dermatológica, Leticia Rizzo, decidir abandonar o vício. A doutora que trabalhou com a sua primeira especialidade, cirurgia geral, em hospitais de traumas e no Samu, conta que foi preciso lidar com o atendimento de um paciente muito debilitado de 40 anos, com câncer terminal de laringe, que mesmo com a situação em que se encontrava, continuava fumando. “Vi que não queria aquele destino para mim e larguei o cigarro no dia seguinte”, afirma Letícia.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças relacionadas ao fumo matam mais de 5 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, o tabagismo é responsável por cerca de 200 mil mortes por ano.

Na época em que lutava para largar da dependência, Dra Letícia destaca que a convivência com pessoas que fumam, foi o principal desafio no processo para abandonar

o vício. “Na época, todos os meus amigos fumavam e ainda era permitido fumar em bares, estava na transição da lei que proibia, então ficar sem fumar perto de muita gente fumando era a maior dificuldade”, conta a doutora. Hoje, como ex-fumante, ela afirma não se lembrar mais que de um dia foi tabagista.

Praticante de corrida de rua e musculação, a cirurgiã conta que o esporte a estimulou, na época, quando ela começou a notar melhorias no seu rendimento condicionamento físico após cessar o fumo.

Sobre o movimento “médicos atletas”, projeto que visa motivar médicos e estudantes de medicina a praticarem atividades físicas, apesar de suas rotinas agitadas, a fim de incentivar seus pacientes a buscarem uma vida menos sedentária. Letícia, avalia a importância “Acho maravilhoso o incentivo e mostrar, também, que a gente não vive só para trabalhar. Podemos praticar esportes de forma agradável”, destaca.



# INFORME-SE!

## PODCAST

# JORNAL DO MÉDICO

*Medicina, Saúde,  
Eventos, Tecnologia,  
Direito, Gestão  
e muito mais com  
grandes especialistas.*



**NOVOS EPISÓDIOS ÀS QUINTAS**  
*direto ao ponto com a moderação de  
Argollo de Menezes, CEO Jornal do Médico®*



# O que é *Patient Blood Management - PBM*, e como chegamos a ele

**AUTORA: DRA. LUCIANA CARLOS**

Hematologista e Diretora Geral do HEMOCE  
CRM/CE 5176 RQE 5223



**N**ão faz tanto tempo assim. Em várias regiões do país a possibilidade de ter sangue preparado no momento em que um paciente precisa de transfusão é uma realidade que só se concretizou nas duas últimas décadas do século XX. Até então, quase sempre, o sangue era transfundido sem passar por testes sorológicos ou pelas etapas de processamento para separação de hemácias, plasma e plaquetas e produção dos hemocomponentes, no que se conhece por transfusão braço a braço. A transfusão era muitas vezes uma medida heroica por parte do doador e da equipe responsável pelo procedimento, que era realizado de forma pouco adequada e sem contar com todos os recursos técnicos disponíveis e necessários.

A organização dos hemocentros na década de 80 mudou essa realidade. A partir do momento em que serviços públicos organizados para atender a demanda transfusional de sua área de cobertura se tornou realidade no país, a história da transfusão mudou. Transfundir já não era mais uma aventura, mas uma opção



terapêutica viável e cada vez mais disponível. A produção de hemocomponentes tornou a utilização de indicações de transfusão específicas para diferentes situações clínicas uma necessidade e a qualificação do doador e dos componentes antes da liberação para transfusão um requisito sanitário obrigatório. Entramos na era da busca da transfusão mais segura e acessível para todos.

No entanto, mal entendemos que transfundir com maior segurança e presteza era possível, fomos surpreendidos pela constatação de que a transfusão não era isenta de risco e que os riscos nem sempre eram pequenos ou desprezíveis. A transmissão do vírus HIV pela transfusão de sangue coletado de pessoas contaminadas, muitas vezes assintomáticas, se abateu sobre nós e obrigou a incorporação de tecnologias, mudança nos processos de triagem de doadores, qualificação e processamento do sangue. Trouxe a necessidade urgente e imperiosa de regulamentação e adequações sanitárias de todos os serviços. Junto com essa qualificação veio o aumento de custos e a maior complexidade dos processos necessários para coleta, produção, liberação e transfusão dos componentes do sangue.

A era dos hemocentros trouxe também a melhoria dos serviços, agora organizados em rede sob a égide do recém-criado SUS, e a qualificação obrigatória de todos os processos de produção dos componentes e da transfusão. Chegamos à época da promoção do uso racional de

hemocomponentes, entendendo que o uso desnecessário da transfusão devia ser evitado para reduzir complicações e melhorar a evolução dos pacientes e o desfecho clínico. As complicações advindas do procedimento de transfusão passaram a ser objeto da hemovigilância e sistemas de acompanhamento dos agravos transfusionais foram organizados em todo o mundo.

No Brasil, a lei 10.205 de 2001 veio para consolidar os ganhos que os hemocentros trouxeram para a população e, em atendimento a uma demanda da Organização Mundial da Saúde – OMS, constitui a base jurídica da Política Nacional do Sangue, definindo diretrizes e princípios para as atividades de hemoterapia realizadas no país. Olhando para trás, parece que avançamos 50 anos em duas décadas no final do século XX. Muito trabalho realizado e muitos frutos colhidos.

O século XXI chegou trazendo evidências científicas de que a abordagem tradicional de transfundir buscando a melhoria de resultados laboratoriais não era suficiente e segura. A transfusão acarreta problemas e todos precisamos entender os riscos e os benefícios que ela pode trazer para o paciente antes de decidir por sua utilização. Vários artigos foram publicados mostrando que a indicação da transfusão de hemácias baseada apenas em um limiar de hemoglobina pré-determinado precisava ser substituída por uma abordagem clínica diferente e que a decisão de transfundir deve estar centrada



no paciente e não apenas no resultado dos exames laboratoriais. Esse conceito, surpreendentemente, encontrou uma certa resistência em vários cenários clínicos, mas, apesar disso, atualmente o uso da transfusão para atingir um nível específico de hemoglobina ou superá-lo é considerada uma má prática clínica que, fatalmente, vai expor o paciente a riscos desnecessários e complicações associadas direta ou indiretamente à transfusão.

O conceito do uso racional do sangue e o entendimento da reposição transfusional como a única forma de lidar com a anemia e outras alterações do sangue do paciente, se mostrou insuficiente e inseguro e, desde 2010, a OMS chama atenção para a necessidade da adoção da estratégia de gerenciamento do sangue do paciente (*Patient Blood Management – PBM*), motivada por evidências científicas, compromisso ético e impacto econômico. Desde então, avanços ocorreram nesse sentido, mas ainda insuficientes. Em junho de 2021, a comunidade médica se deparou com um pedido de urgência na adoção dessa estratégia, proferido pela OMS e endossado por várias sociedades médicas internacionais.

Definido como uma abordagem sistemática, baseada em evidências e focada no paciente para melhorar desfechos clínicos através do manejo e preservação do sangue do próprio paciente, promovendo sua segurança e empoderamento, o PBM está mudando a forma de enxergar a transfusão e de lidar com o sangue do paciente. Está baseado em três pilares: 1. Otimizar a massa eritrocitária do paciente, através do diagnóstico e tratamento correto da anemia; 2. Redução do sangramento cirúrgico através de cuidados com a coagulação e adoção de medidas de preservação do sangue do paciente; e 3. Melhoria da tolerância do paciente à anemia.

As evidências disponíveis atualmente mostram que a adoção de condutas simples e pouco onerosas como a reposição de ferro para pacientes diagnosticados com anemia ferropriva ou ferropenia é de fácil implantação e tem grande impacto. Estratégias de recuperação do sangue que seria perdido em cirurgias com grande potencial de sangramento, solicitação racional de exames laboratoriais e uso



de métodos minimamente invasivos em pacientes que necessitam de monitoramento laboratorial constante para redução de perdas, além da otimização da coagulação em situações de sangramentos graves, cirúrgicos ou não, também podem mudar e efetivamente melhoram a evolução dos pacientes, reduzindo tempo de internação, infecções, mortalidade e a necessidade de transfusões. Além disso, os estudos demonstram também, de forma clara, a enorme vantagem financeira advinda da redução dos custos para hospitais e sistemas de saúde.

O impacto demonstrado por esses estudos na melhoria dos indicadores transfusionais em serviços que já implantaram o PBM não pode mais ser subvalorizado. Questões éticas, médicas e econômicas impõem a adoção dessas medidas para melhorar a utilização dos recursos da saúde, às vezes escassos, e garantir o acesso dos pacientes a um cuidado médico voltado para sua segurança. É preciso começar a entender isso e adequar a prática clínica a essa nova forma de cuidado.

O Ceará está à frente na implantação do PBM no Brasil e já conta com estratégias de gerenciamento do sangue do paciente em grandes hospitais públicos e nos hemocentros do estado. Esse é um compromisso assumido pela hemorrede pública estadual, através do Hemoce, e já podemos colher os frutos da decisão de adotar e estimular o PBM no estado a partir da publicação da portaria estadual

Portaria nº 2017/2576 que cria o Programa de Manuseio do Sangue do Paciente – PBM-CE e determina outras providências. Esse programa tem por objetivos:

1. Qualificar profissionais de saúde para o diagnóstico, manuseio e tratamento de anemia e carência de ferro;
2. Promover a disseminação de conceitos de preservação do sangue em ambientes clínicos e cirúrgicos e estimular seu uso;
3. Reduzir a perda de sangue por hemorragia e melhorar o manuseio da massa eritrocitária do paciente;
4. Promover a incorporação de conceitos de indicação de transfusão de hemocomponentes baseados em evidências científicas;
5. Preparar profissionais médicos para decidir pelo melhor hemocomponente e suas modificações, de acordo com evidências disponíveis;
6. Reduzir o uso indevido e desnecessário de hemocomponentes;
7. Qualificar o procedimento de transfusão.

A partir de ações introduzidas na Hemorrede do estado, entre elas a disponibilidade constante de um hemoterapeuta para interconsulta com colegas que solicitam transfusão em qualquer ponto do estado e o estímulo ao

funcionamento dos comitês transfusionais intra-hospitalares, alguns resultados já podem ser reconhecidos, entre eles a redução percentual do número de transfusões ao longo dos últimos 5 anos (-13,5% quando comparados os períodos de 2010 a 2015 e 2016 a 2020). Além disso, é possível constatar o crescimento da solicitação de transfusão de um concentrado de hemácias com adesão à política de *single unit transfusion* nos grandes e pequenos hospitais do estado (53,17 % em 2016 para 81,2% em 2022), além da adesão cada vez maior ao limiar restritivo de transfusão (88,5% em 2021 e 91,9% em 2022), evitando transfusões desnecessárias, reduzindo a exposição dos pacientes e o desperdício desse importante recurso terapêutico obtido apenas a partir de doações voluntárias e anônimas.

Esse perfil de transfusão que se consolida no Ceará, portanto, é o reflexo do estímulo a práticas transfusionais alinhadas a recomendações internacionais através de educação e qualificação profissional constantes e da troca de experiências com as mais diversas especialidades médicas a partir dos hemocentros do estado.

## REFERÊNCIAS:

Althoff FC, Neb H, Herrmann E, Trentino KM, Vernich L, Fullenbach C et al. Multimodal Patient Blood Management Program Based on a Three-pillar Strategy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg.* 2019;269:794-804. doi: 10.1097/SLA.0000000000003095.

Bolcato M, Russo M, Trentino K, Isbister J, Rodriguez D, Aprile A. *Patient blood management: The best*



approach to transfusion medicine risk management. *Transfus Apher Sci.* 2020;102779. doi: 10.1016/j.transci.2020.102779.

Brasil. Lei nº 10.205. Regulamenta o § 4o do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Presidência da República. 21 de março de 2001. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110205.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm)

BrunettaDM,CarvalhoL,BarbosaS,SantosF,Barroso K, Carneiro-Silva F, et al. The use of social media as a tool for patient blood management and transfusion medicine education. *Vox Sang.* 2022;117:520-5.

Ceará.SecretariadeSaúde.Portariano°2017/2576cria o Programa de Manuseio do Sangue do Paciente – PBM-CE e determina outras providências. DOE série 3, ano IX N°191, 10 de outubro de 2017. <https://www.hemoce.ce.gov.br/institucional/legislacao/portarias/>

Ceará, Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará, Plano Diretor de Regionalização da Assistência Hemoterápica do Estado do Ceará 2020-2023. <https://www.hemoce.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2022/04/PDR-2022.pdf>

Ceará, Secretaria Estadual de Saúde

Gupta PB, DeMario VM, Amin RM, Gehrie EA, Goel R, Lee KHK et al. Patient Blood Management Program Improves Blood Use and Clinical Outcomes in Orthopedic Surgery. *Anesthesiology.* 2018. doi:10.1097/ALN.0000000000002397.

Hofmann A, Nørgaard A, Kurz J, Choorapoikayil S, Meybohm P, Zacharowski K et al. Building national programmes of Patient Blood Management (PBM) in the EU - A Guide for Health Authorities. Luxembourg: European Commission - Directorate-General for Health and Food Safety; 2017. 142. Shander A, Hardy JF, Ozawa S, Farmer S. Patient Blood Management, a global definition. *Anesth Analg.*

Hofmann A, Spahn DR, Holtorf AP, Group PBMI. Making patient blood management the new norm(al) as

experienced by implementors in diverse countries. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:634. doi: 10.1186/s12913-021-06484-3.

Leahy MF, Hofmann A, Towler S, Trentino KM, Burrows SA, Swain SG et al. Improved outcomes and reduced costs associated with a health-system-wide patient blood management program: a retrospective observational study in four major adult tertiary care hospitals. *Transfusion.* 2017;57:1347-58. doi: 10.1111/trf.14006.

Sixty-Third World Health Assembly WHA 63.12, Agenda item 11.17, 21 May 2010 - Availability, safety and quality of blood products. 2010 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R12-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R12-en.pdf), accessed

Shander A, Goobie SM, Warne MA, Aapro M, Bisbe E, Perez-Calatayud AA et al. The Essential Role of Patient Blood Management in a Pandemic: A Call for Action. *Anesth Analg.* 2020. doi: 10.1213/ANE.0000000000004844.

Shander A, Hofmann A, Ozawa S, Theusinger OM, Gombotz H, Spahn DR. Activity based costs of blood transfusions in surgical patients at four hospitals. *Transfusion.* 2010;50:753-65. doi: 10.1111/j.1537-2995.2009.02518.x.

Thomson J, Hofmann A, Barrett CA, Beeton A, Bellairs GRM, Boretti L et al. Patient blood management: A solution for South Africa. *S Afr Med J.* 2019;109:471-6. doi: 10.7196/SAMJ.2019.v109i7.13859.

Trentino KM, Farmer SL, Swain SG, Burrows SA, Hofmann A, Ienco R et al. Increased hospital costs associated with red blood cell transfusion. *Transfusion.* 2014. doi: 10.1111/trf.12958.

World Health Organization. (2021). The urgent need to implement patient blood management: policy brief. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346655>. Licença: CCBY-NC-SA 3.0 IGO



# POSSE DA XXIII DIRETORIA DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

**AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA**  
Conselheiro do Jornal do Médico  
Membro titular da ACM - Cadeira 18  
CRM/CE 2412



**A**cademia Cearense de Medicina (ACM) realizou na noite de 20/05/2022, no Auditório Castello Branco da Reitoria da Universidade Federal do Ceará (UFC), a sessão solene de posse de sua nova diretoria, para o biênio 2022-2024, que terá na sua Presidência o Acad. Janedson Baima Bezerra, substituindo o Acad. Pedro Henrique Saraiva Leão, cujo mandato, buscando cumprir os relevantes propósitos do sodalício, exercido na vigência da pandemia da Covid-19, foi interrompido, inesperadamente, em virtude do seu falecimento em janeiro último.

O Presidente Janedson Baima Bezerra, logo em suas palavras iniciais, assinalou as sofridas perdas que muito abalaram a ACM neste ano em curso, quando a “indesejada das gentes” nos privou da salutar convivência com os confrades Pedro Henrique Saraiva Leão, Roberto Misici e José Iran de Carvalho Rabelo, eles que tanto contribuíram para o engrandecimento do nosso silogeu médico.

Os componentes da nova Diretoria Executiva são os seguintes acadêmicos: Janedson Baima Bezerra (Presidente), José Henrique Leal Cardoso (Vice-Presidente), Sebastião Diógenes Pinheiro (Secretário Geral), Ivan de Araújo Mota (Secretário Geral Adjunto), Paulo Henrique de Moura Reis (1º Secretário), Francisco Sálvio Cavalcante Pinto (2º Secretário), José Eduardo de Carvalho Gonçalves (1º Tesoureiro), Francisco Monteiro de Castro Junior (2º Tesoureiro) e ainda João Evangelista Bezerra Filho e Francisco Valter da Justa Freitas (Diretores Vogais).

Em continuação, o presidente recém-empossado nomeou e deu posse aos seguintes dirigentes: Diretora Científica (Acada. Sara Lúcia Ferreira Cavalcante), Diretor de

Publicações (Acad. Marcelo Gurgel Carlos da Silva), Diretor de Biblioteca, Arquivo e Museu (Acad. João Martins de Souza Torres), Diretor Social (Acad. Vladimir Távora Fontoura Cruz) e Diretora de Informática (Acada. Ana Margarida Arruda Rosemberg).

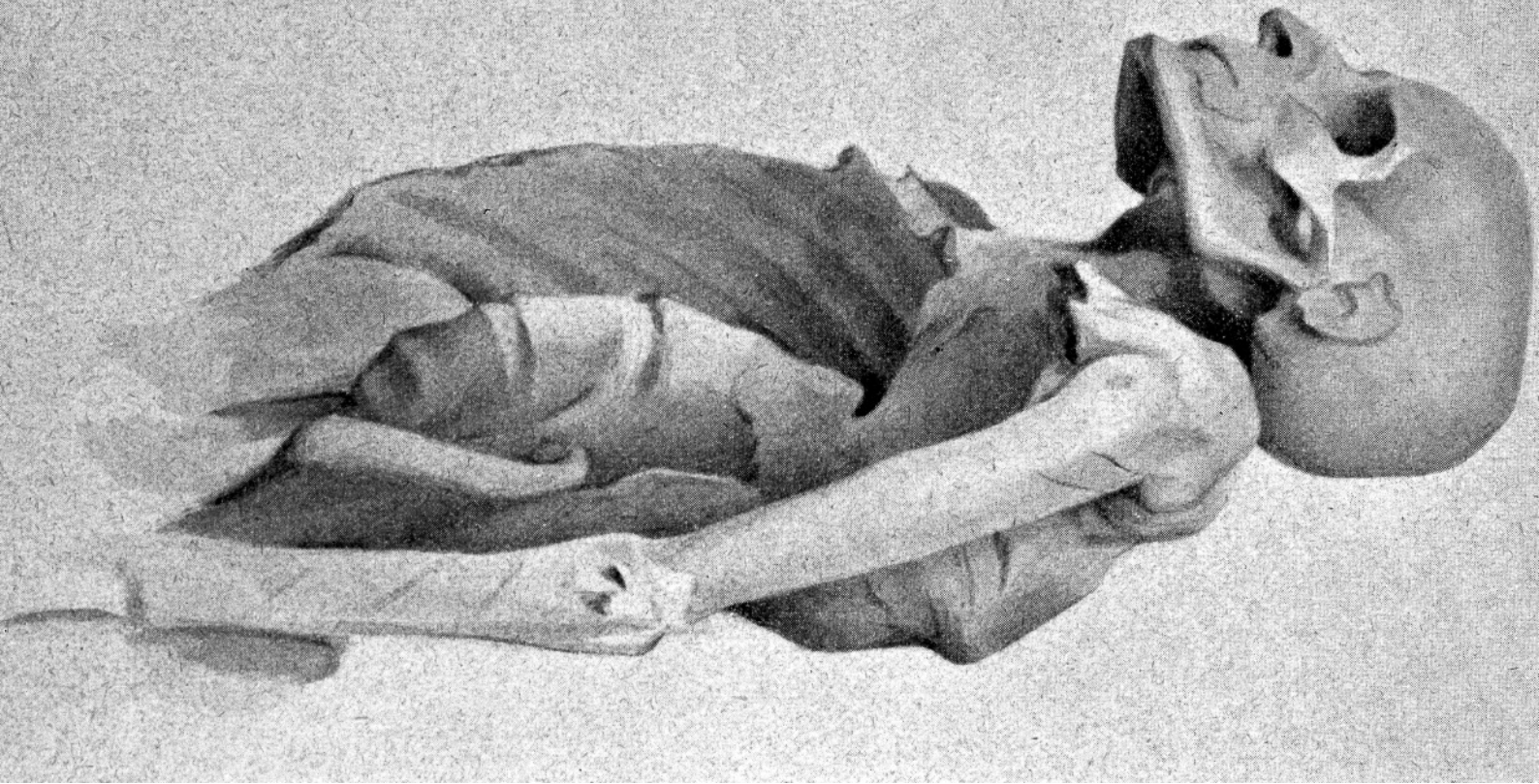
O Conselho Fiscal empossado tem por membros efetivos os acadêmicos: Francisco Flávio Leitão de Carvalho (Presidente), Maria Helena Silva Pitombeira, Adriana Costa e Forti e José Ribeiro de Sousa.

Na oportunidade, foram mencionados os nomes dos acadêmicos que compõem os demais Conselhos da nossa arcádia: Consultivo, Científico, Editorial e Publicações, Curador de Biblioteca, Arquivo e Museu, bem como os de outros acadêmicos integrantes das Diretorias de Informática e Social.

O evento foi conduzido de forma irretocável pelo cerimonialista Acad. Vladimir Távora Fontoura Cruz. Na ausência do presidente falecido, coube ao Acad. Vicente de Paulo Leitão de Carvalho, na qualidade de presidente do Conselho Consultivo da ACM, efetuar a transmissão de cargo ao presidente recém-eleito Acad. Janedson Baima Bezerra.

O acme da cerimônia foi atingido com o ritual de posse da nova diretoria quando a audiência foi brindada com os discursos de despedidas, pronunciado pelo Acad. João Martins de Souza Torres, em nome da Diretoria anterior, e o de posse do novo presidente da ACM, ambos produzindo a aclamação do grande público que acompanhou a solenidade.

Após a conclusão dos trabalhos, a ACM ofereceu aos acadêmicos e seus convidados um coquetel de conagração nos jardins da Reitoria da UFC.



# ORIGENS DA PNEUMOLOGIA - ANTIGUIDADE (MESOPOTÂMIA E EGITO)

**AUTORA: DRA. ANA MARGARIDA FURTADO ARRUDA ROSEMBERG**  
Conselheira do Jornal do Médico  
CRM 1782-CE



**A** pneumologia tem suas origens na Antiguidade. Na pré-história, só podemos observar sinais de patologias em alguns ossos, já que as vísceras deste período não foram preservadas. Eram frequentes lesões osteoarticulares (especialmente osteoartrite crônica), mas sem envolvimento tuberculoso (nem toda corcunda é tuberculosa). A provável ocorrência de tuberculose no período Neolítico deve estar ligada ao processo de concentração populacional.

A pneumologia não era a única especialidade na Antiguidade. No entanto, patologias respiratórias representavam parte significativa dos desafios encontrados na prática dos antigos médicos, que começavam a se livrar, gradualmente, do aspecto mágico-religioso como causa de doenças.

## MESOPOTÂMIA

Por volta de 1750 a. C., na Babilônia, no Código de Hamurabi, primeiro código de leis que chegou até nós de forma completa, gravado em uma estela, estão estabelecidas as relações médico-paciente.

Os médicos mesopotâmicos descreveram tosse, dificuldade para respirar, dores no peito e souberam interpretar o escarro. Uma inscrição assírio-caldeia descreve um caso muito provável de tuberculose: "O paciente tosse com frequência, seu escarro é espesso e às vezes contém sangue. Sua respiração faz um som de flauta. Seu corpo está frio, mas seus pés estão quentes. Ele suar muito e seu coração está muito veloz".

## EGITO ANTIGO

Se para a medicina mesopotâmica, a

doença era a punição por uma falta, no Antigo Egito, a doença tinha uma causa externa ao homem, metafísica, fruto da vitória das "forças prejudiciais" sobre as "forças benéficas".

Se na Mesopotâmia, em caso de morte do paciente, decepava-se as mãos do médico, no Antigo Egito, o médico não arriscava nada, desde que respeitasse os preceitos dos papiros.

Imhotep 3000 a. C., sumo sacerdote, foi o primeiro dos grandes médicos egípcios. Foi deificado, entre outros, deus da medicina. O conhecimento médico dos antigos egípcios chegou até nós através dos papiros. Os egípcios agrupavam os sintomas bronco-pulmonar sob o termo "tosse" e descreveram, em papiros, a pleurisia.

A tuberculose grassava no Antigo Egito. Uma múmia de sacerdote egípcio (1000 a.C.), com parcial destruição da coluna vertebral (Doença de Pott, também conhecida como espondilite tuberculosa), foi encontrada.





**DESCOMPLIQUE  
GRÁTIS  
AS REGRAS  
DA PUBLICIDADE  
MÉDICA DO  
CONSELHO  
FEDERAL  
DE MEDICINA  
COM ESPECIALISTAS  
DE ALTO NÍVEL**

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

