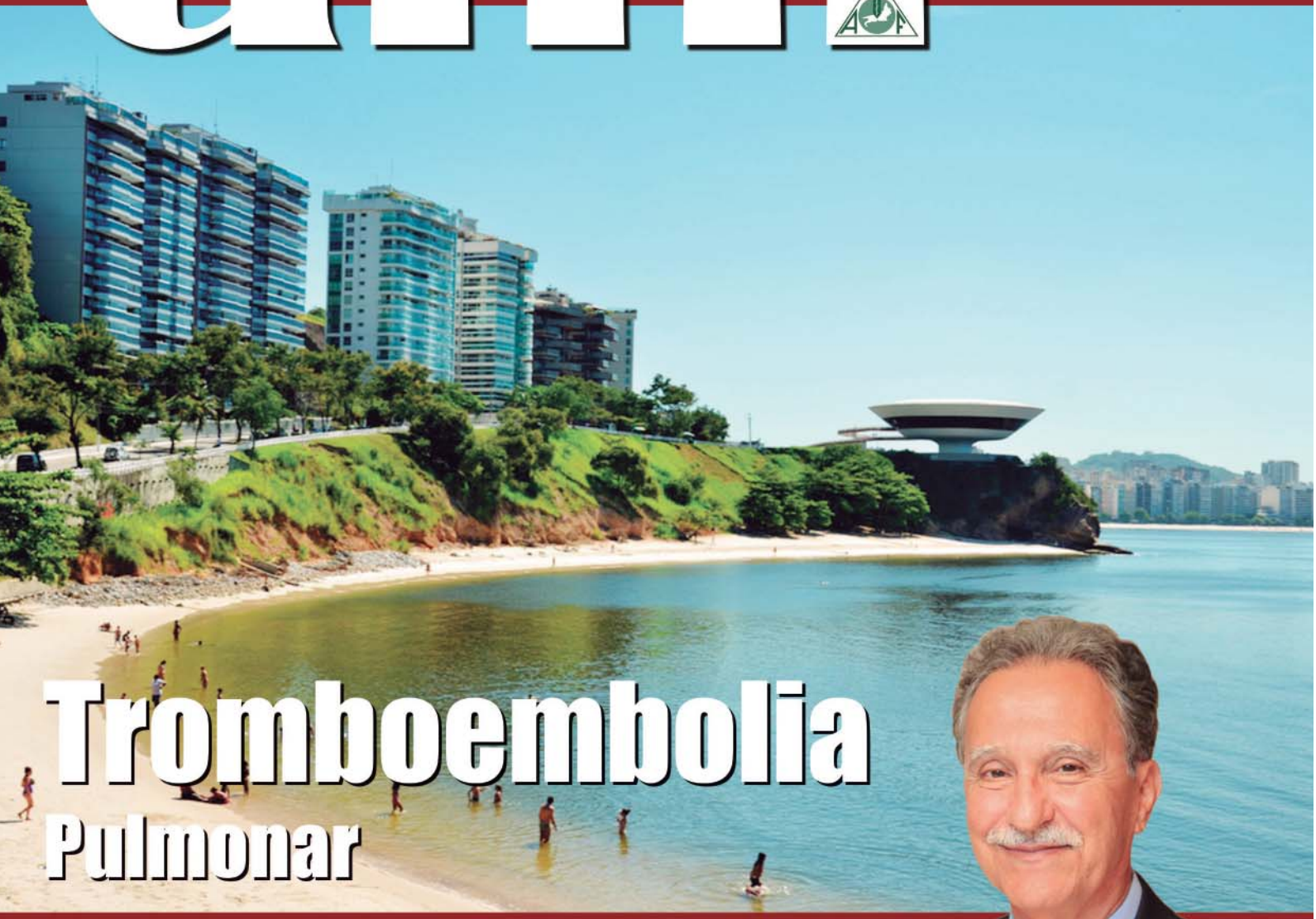
Revista

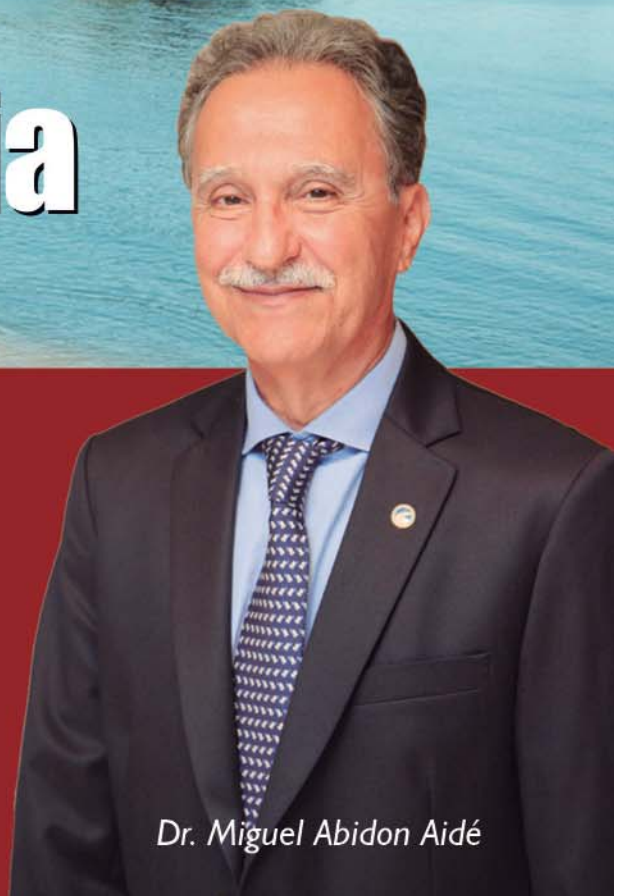
Associação Médica Fluminense

amf

Ano XV - nº 76 - Jul/ Set 2018
ISSN nº 1809-1741
Órgão Oficial - Filiada à Somerj
Você encontra a Revista AMF
no site: www.amf.org.br



Tromboembolia Pulmonar



Dr. Miguel Abidon Aidé

E ainda nesta edição:

Discutindo a vacinação básica
Diabetes e doenças cardiovasculares
Medicina humanitária

O mais completo
PARQUE TECNOLÓGICO
de diagnóstico
por imagem em Niterói.
O CENTRO DE IMAGEM ICARAÍ possui:

QUALIDADE
CERTIFICADA
Padi
CBR
Somos a 1ª Clínica de Imagem Certificada no Estado do Rio de Janeiro

PRÊMIO EMPRESA BRASILEIRA DO ANO
LATIN AMERICAN QUALITY INSTITUTE
2018

ProQuaD
APROVADO
Certificação em Densitometria Óssea.

Ressonância Magnética:
equipamento mais
completo da região.
O único que
realiza Elastografia.

Mamógrafo (DR):
Verdadeiramente digital,
o que torna o exame
menos doloroso e
mais eficiente.

E muito mais...

Horário de funcionamento:
Segunda a sexta, das 7 às 24h. Sábado e Domingo das 7 às 19h

www.imagemicarai.com.br **(21) 2717-0910**
Rua Álvares de Azevedo, 62, Icaraí - Niterói

Centro de Imagem Icaraí
MEDICINA DIAGNÓSTICA

Prezados **leitores!**

Vacinar, por quê?

Zelina Caldeira - Presidente da AMF

Sabe-se que a vacinação é a forma mais eficaz de proteção para as doenças imunopreveníveis, não apenas de forma individual, mas, também, para a população em geral. O indivíduo ao se tornar imune a um determinado agente infeccioso, interrompe a cadeia de transmissão, uma vez que reduz o número de susceptíveis.

Antes do desenvolvimento das vacinas os adoecimentos e óbitos por doenças infecto-contagiosas eram elevados. A vacinação no Brasil surgiu no início do século XX, quando em 1904 o médico sanitarista Oswaldo Cruz recomendou a vacinação contra varíola, tendo sido essa obrigatória, ocasionando a "Revolta da Vacina". A população, desconhecendo os efeitos benéficos da vacina, se recusava a prática autoritária da vacinação.

No entanto, anos após, com as campanhas e a vacinação em massa contra varíola, na década de sessenta, pôde-se constatar a erradicação da doença, tendo sido o último caso notificado no Brasil em 1971. O mesmo sucedeu com a poliomielite. Campanhas foram intensificadas a partir de 1980, tendo sido o último caso notificado no Brasil em 1989.

Em 1973, foi formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), por determinação do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de coordenar as ações de imunizações, proporcionar o cumprimento do calendário de vacinação, com metas de promover aumento da área de cobertura. Programa com resultados exitosos e reconhecido mundialmente, no decorrer dos anos, obteve uma cobertura vacinal elevada entre as crianças menores de cinco anos. Nos últimos anos, vem ampliando a abrangência para outras morbidades, contemplando, também, adolescentes, adultos e idosos. Campanhas são oferecidas anualmente à população, por exemplo, a vacina contra gripe e contra poliomielite. Além de campanhas pontuais, como a vacinação contra febre amarela e, mais recentemente, contra o sarampo.

Doenças como a febre amarela e, agora o sarampo, voltam a ameaçar a população brasileira. O surgimento de casos como o sarampo demonstra a falha da cobertura vacinal.

Tem–se constatado uma queda na procura das vacinas na rede pública, tanto para a vacinação de rotina, quanto nas campanhas, não sendo alcançada a meta estabelecida pelo MS. A falta de informação para a população, esclarecendo os benefícios das vacinas, somada ao receio dos possíveis efeitos colaterais, além da descrença nos serviços públicos de saúde, têm colaborado entre outros fatores para a baixa adesão.

O estado vacinal entre adolescentes e adultos, em geral, não é atualizado. A maioria não segue o calendário proposto. A vacina contra o HPV, por exemplo, disponibilizada na rede pública, de acordo com publicações do MS, possui cobertura de cerca de 40% para as meninas, e de 13% para os meninos, considerando a aplicação das duas doses.

Nesta edição, o artigo "Discutindo vacinação básica", esclarece sobre os imunobiológicos disponibilizados, suas indicações, considerando as faixas etárias e calendário vacinal.

Ainda nesta edição, temos outros artigos científicos de grande interesse, Tromboembolismo Pulmonar, causa importante de mortalidade hospitalar, Diabetes e Doenças Cardiovasculares.

Boa leitura!

Índice

Artigo Científico
Tromboembolia Pulmonar **06**
Discutindo a vacinação básica **12**
Diabetes e doenças cardiovasculares **16**

Artigo
Medicina Humanitária - Um olhar do mundo **20**

Evento
Noite inesquecível marca os 89 anos da AMF **22**
Departamento de Cardiologia **26**
Simpósio sobre hanseníase mostra diversos aspectos sobre a doença **30**

Nossos Associados
Crônica - Sexalescência **32**

Sinmed
Assédio Moral **34**

Acamerj
Lei Federal 10.048/00 **36**

Perfil
Dr. Joeber Bernardo Soares de Souza **38**

Informe
Planejar para viver melhor **42**

Agenda AMF **44**

Clube de Benefícios **46**

Expediente

Associação Médica Fluminense
Avenida Roberto Silveira, 123 - Icaraí
Niterói - RJ - CEP 24230-150
Tel.: (21) 2710-1549

Diretoria da Associação Médica Fluminense
Gestão: 2017-2020
Presidente
Zelina Maria da Rocha Caldeira
Vice Presidente
Gilberto Garrido Junior
Secretário Geral
Ilza Boeira Fellows
1º Secretário
Christina T. Machado Bittar
1º Tesoureiro
Valeria Patrocínio T. Vaz
2º Tesoureiro
José Emídio Ribeiro Elias
Diretor Científico
José Trindade Filho
Diretor Sócio Cultural
Pedro Ângelo Bittencourt
Diretor de Patrimônio
Andre Luiz Carvalho Vicente

Conselho Deliberativo
Membros Natos
Alcir Vicente Visela Chácar
Alkamir Issa
Aloysio Decnop Martins
Benito Petraglia
Glauco Barbieri
Luiz José C. de S. Lacerda Neto
Waldenir de Bragança

Membros Efetivos
Ana Cristina Peçanha Dantas
Anadeje Maria da Silva Abunahman
Antonio Orlando Respeita
Carlos Alberto de Oliveira Cordeiro
Clovis Abrahim Cavalcanti
Eliane Bordalo Cathala Esberard
Emanuel Decnop Martins Junior
Heraldo José Victer
Jackson Ferreira Galeno
Jorge José Abunahman
José Gonzaga Rossi da Silva
Maria da Conceição Farias Stern
Paschoal Balthazar Baltar da Silva
Paulo Cesar Santos Dias
Rodrigo Schwartz Pegado

Membros Suplentes
Carlos Arthur Mendes Gameiro
Cristiano Bandeira de Melo
Dilson Reis
Edilson Ferreira Feres
Enildo Ferreira Feres
Fernando Cesar Ranzeiro de Bragança
Jorge Carlos Mostacedo Lascano
José de Moura Nascimento
Leonardo Jorge Lage
Mario Roberto Moreira Assad
Mauro Romero Leal Passos
Miguel Luiz Loureço
Paulo Afonso Lourega de Menezes
Renato de Souza Bravo
Wellington Bruno Santos

Conselho Fiscal / Membros Efetivos
Eduardo Duarte de Oliveira
Fritz Alfredo Sanchez Cardenas
Valdenia Pereira de Souza

Membros Suplentes
Kathya Elizabeth do Monte Teixeira
Luiz Fernando Jogaib Mainier
Paulo Fernando Rodrigues da Cal

Assessora Participativa
Maria Gomes

Conselho Editorial da revista
Dr. José Trindade Filho
Dra. Valéria Patrocínio Teixeira Vaz e
Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira.

Ano XV - nº 76 - Jul/Ago/Set - 2018

Produzida por LL Divulgação Editora Cultural Ltda.

Redação e Publicidade
Tel/Fax: 2714-8896 - www.lldivulga.com.br
e-mail: lldivulga@gmail.com
Diretor Executivo - Luthero de Azevedo Silva
Diretor de Marketing - Luiz Sergio Alves Galvão
Jornalista Responsável: Walmyr Peixoto
Reg. Mtb RJ 19.183
Projeto Gráfico: Luiz Fernando Motta
Coordenação: Kátia Regina Silva Monteiro
Gráfica: Padrão Color
Fotos: Daniel Latham
Supervisão de Circulação:
LL Divulgação Editora Cultural Ltda
Tiragem: 5 mil exemplares

Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da LL Divulgação e da AMF.

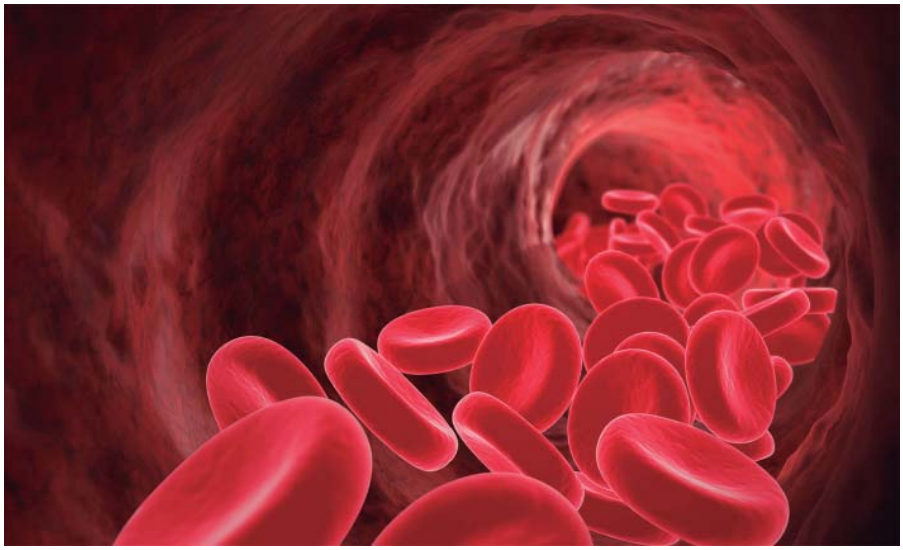
"País rico é país sem corrupção e impunidade"

Uma palavra pode abalar sua vida...

Oncologia Clínica - Hematologia
Clínica Geral
Quimioterapia - Hormonioterapia
Terapias Intravenosas
Cuidados Paliativos
Terapia Cognitivo Comportamental - Suporte ao Luto

Av. Ernani do Amaral Peixoto, 455 gr. 208 - Centro - Niterói - RJ
Tels.: (21)2717-6386 - 2621-5664 - 96482-3500 (WhatsApp)
email: cancercare@cancercare.com.br
http://www.cancercare.com.br

Tromboembolia Pulmonar



> ***A TEP é uma doença relativamente comum, constituindo-se urgência médica, com risco definido de mortalidade no episódio inicial ou em suas recorrências.***

Professor Dr. Miguel Abidon Aidé
Professor Associado IV da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense-RJ: Título de Especialista em Pneumologia pela AMB/SBPT: Mestre em Pneumologia pela Universidade Federal Fluminense-RJ: Doutor em Pneumologia pela Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo-SP
Rodrigo Marins Féres
Acadêmico de medicina do 12º período, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense

Introdução

A tromboembolia pulmonar (TEP) é a obstrução aguda ou episódica da circulação arterial pulmonar por um trombo (coágulo) sanguíneo, com súbita redução ou cessação do fluxo arterial sanguíneo distal à obstrução. Usualmente o coágulo sanguíneo origina-se de uma veia do sistema venoso profundo dos membros inferiores, passa pelas cavidades cardíacas direita e atinge um vaso arterial pulmonar. A trombose venosa profunda (TVP) e a TEP constituem entidades com história natural comum e manifestações clínicas inter-relacionadas, reunidas no conceito abrangente de tromboembolia venosa (TEV).

A TEP é uma doença relativamente comum, constituindo-se urgência médica, com risco definido de mortalidade no episódio inicial ou em suas recorrências. A TEP é a principal complicação pulmonar aguda de pacientes hospitalizados e uma das principais causas de morte hospitalar. A TEP é considerada atualmente a terceira maior causa de mortalidade cardiovascular do mundo, atrás apenas do infarto agudo do miocárdio e do próprio acidente vascular cerebral.

Tabela 1- Fatores de Risco para Tromboembolia Venosa

FR - FORTES	Fraturas quadril ou perna Prótese de quadril de joelho Grande cirurgia Grande trauma Cirurgia artroscópica de joelho Cateteres venosos centrais Quimioterapia Insuficiência cardíaca ou respiratória crônicas Terapia de reposição hormonal
FR - MODERADOS	Câncer Contraceptivos orais AVC paralítico Gravidez – pós-parto TEV prévia Trombofilia Repouso no leito > 3 dias Imobilidade na posição sentada
FR - FRACOS	Cirurgia laparoscópica Obesidade Veias varicosas Gravidez – antes do parto

Epidemiologia

Estudos de grupos populacionais e estudos embasados em registros abrangentes de altas hospitalares têm estimado taxas de TEV de 71 a 145 a 183/100 mil pessoas. A incidência da TEP, com ou sem TVP, tem sido estimada em 23 a 69/100 mil pessoas.

Trombogênese Venosa

A trombose venosa é o resultado do desequilíbrio na relação da trombogênese (coagulação intravascular) com trombólise endógena. Os fatores que favorecem a trombogênese são tradicionalmente conhecidos como tríade de Virchow:

a) Estase venosa – permitindo a concentração de fatores pró-coagulantes.

b) Lesão da parede vascular, especialmente da camada endotelial.

c) Mudança na composição do sangue, favorecendo a hipercoagulabilidade e predispondo à trombose venosa.

A inflamação é aceita como um fator que influencia decisivamente a todas as etapas do processo trombogênico.

Fatores de Risco para Tromboembolia Pulmonar

O conceito de fatores de risco para TEV aplicam-se àquelas condições clínicas associadas à etiopatogenia do desenvolvimento de trombose venosa (Tabela 1).

Consequências Hemodinâmicas da TEP

A TEP provoca uma série de consequências hemodinâmicas imediatas e inter-relacionadas, proporcionais à magnitude da obstrução do leito arterial pulmonar e de suas condições anteriores ao evento:

1 – Redução da secção transversa do leito arterial pulmonar, resultando em aumento da resistência vascular pulmonar (RVP);
2 – aumentos da pressão do VD e da artéria pulmonar (PAP);
3 – aumento da pós-carga e do trabalho do VD;
4 – dilatação do VD;
5 – redução do fluxo de saída do VD;
6 – redução da pré-carga do ventrículo esquerdo (VE);
7 – redução do débito cardíaco (DC) com resultante hipertensão e hipoperfusão sistêmicas.

Em pacientes hígidos, a PAP somente aumenta significativamente com obstruções acima de 50% do leito arterial pulmonar. Quando a obstrução aproxima-se de 75% do leito vascular, o VD precisa gerar uma pressão sistólica acima de 50 mmHg e uma pressão média de artéria pulmonar superior a 40 mmHg (duas vezes o limite superior normal) para manter a perfusão pulmonar. Como o VD normal é incapaz de gerar e manter tais pressões em resposta a um evento agudo, o resultado é a falência.

Consequências Pulmonares (Respiratórias) da TEP

1 – Aumento do espaço morto alveolar por redução ou ausência da perfusão em áreas ventiladas.
2 – Redução do volume pulmonar.
3 – Hipoxemia ou aumento do gradiente alvéolo-arterial de oxigênio arterial.
4 – Hipocapnia e alcalose respiratória ou hipercapnia em pacientes sem reserva ventriculatória.
5 – Aumento da resistência das vias aéreas por broncoconstrição hipocapnica.
6 – Redução da produção da substância tenso-ativa com tendência ao colapso alveolar e consequente atelectasias.

Manifestações Clínicas

A TEP aguda tem espectro que vai de instalação silenciosa e achado incidental ao quadro de morte súbita, passando por quadros sintomáticos diversos.

Principais manifestações clínicas:
- Taquipneia (>20) – 90% dos casos
- Dispneia – 90% dos casos
- Dor torácica pleurítica
- Taquicardia (>100)
- Tosse e hemoptise

Probabilidade Diagnóstica Pré-Teste

Escores clínicos derivados de regras de predição explícitas, que combinam achados clínicos e fatores de risco na apresentação, tem demonstrado utilidade na determinação da probabilidade pré-teste. Os escores de Wells e de Genebra têm sido mais testados e empregados em serviços de emergência, com pacientes chegando da comunidade (Tabelas 2a e 2b).

.A avaliação da probabilidade clínica (escores de Wells e Genebra) e a dosagem do D.dímero (DD) constitui a primeira escolha de abordagem diagnóstica, principalmente em pacientes que chegam aos serviços de emergência por livre demanda.

Tabelas 2a e 2b -REGRAS DE PREDIÇÃO DA PROBABILIDADE DE TEP

2a - Escores de Wells

VARIÁVEIS	PONTOS
Sintomas e sinais clínicos de TVP	3
Diagnóstico menos provável que TEP	3
Frequência cardíaca >100	1,5
Imobilização/cirurgia em 4 semanas	1,5
Episódios prévios de TEV	1,5
Hemoptise	1
Câncer	1
PROBALIDADES CLÍNICAS	**PONTOS**
Baixa	0-1
Intermediária	2-6
Alta	≥ 7
PROBABILIDADES DICOTÔMICAS	
TEP Improvável	≤ 4
TEP provável	≥ 4

2b - Escores de Genebra*

VARIÁVEIS	PONTOS
Cirurgia recente	2
TEV prévia	2
Idade avançada	2
Hipocapnia	2
Hipoxemia	2
Frequência cardíaca >100	2
Radiologia atelectasia	2
Elevação diafragma	2
PROBABILIDADES CLÍNICAS	**PONTOS**
Baixa	≤4
Moderada	5-8
Alta	≥ 9

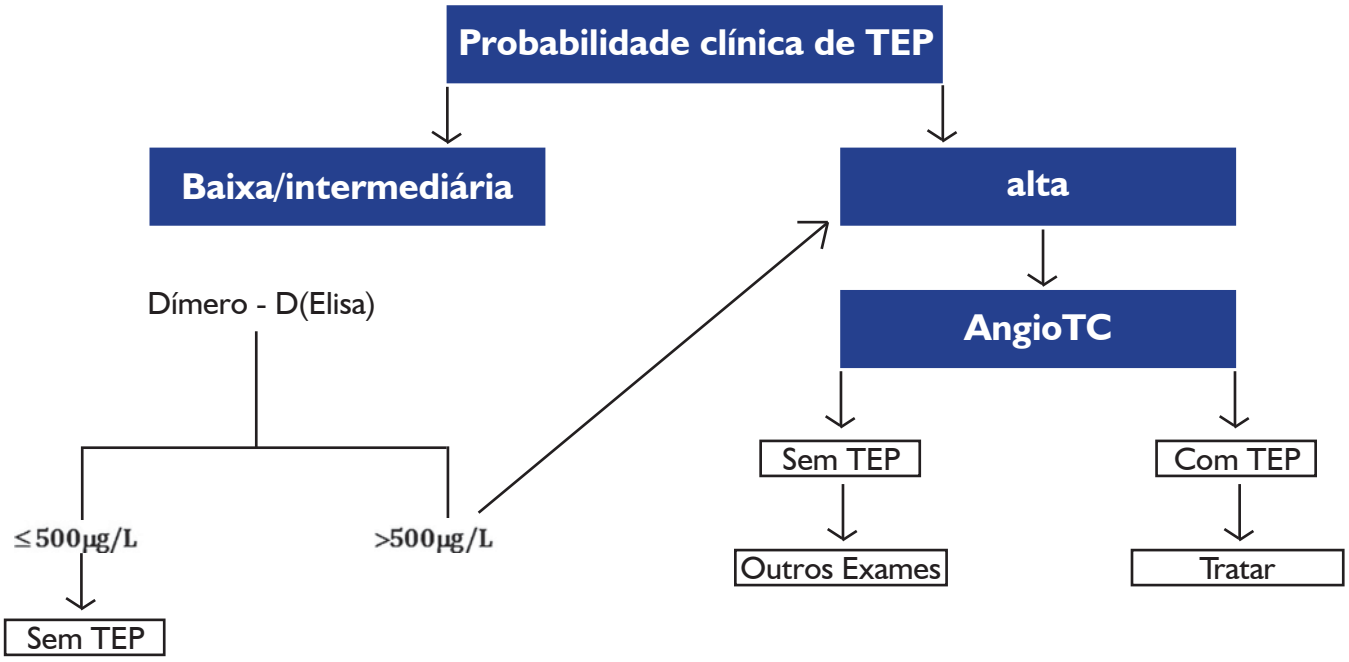
* revisado/simplificado

Escores de baixa probabilidade e DD normal excluem TEP.

DD acima do ponto de corte nos pacientes com probabilidade intermediária ou alta, a Angiotomografia Computadorizada do tórax pode confirmar ou excluir TEP.

Na Angiotomografia Computadorizada do tórax negativa para TEP, nos indivíduos com alta probabilidade, pode ser empregados a cintilografia pulmonar perfusional ou perfusional com a ventilação, a ultrassonografia com Doppler sequencial dos membros inferiores e/ou a Arteriografia pulmonar por cateter (Gáfico 1).

Gráfico 1- Algoritmo para o diagnóstico de TEP baseado na Angiotomografia do tórax



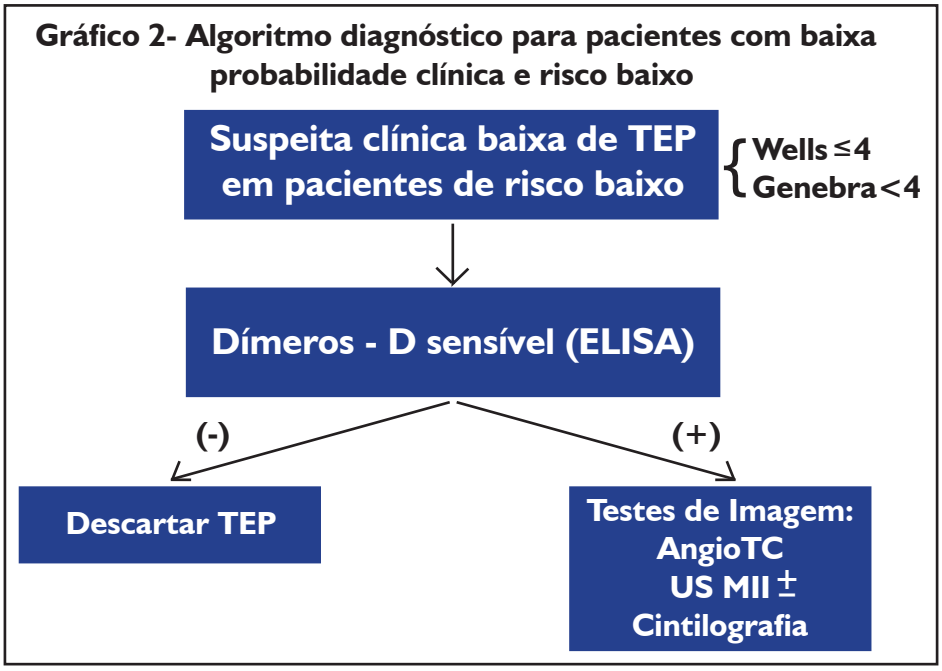
Exames Diagnósticos

A Angiotomografia Computadorizada do tórax (ATC) tem revelado um procedimento de alta sensibilidade para diagnosticar TEP. As ATCs, com sistemas helicoidais com multidetectores, têm aumentado a extensão da localização de êmbolos e com isto a acurácia diagnóstica da ATC. A combinação da ATC arterial e venosa (venotomografia) em um único procedimento aumenta ligeiramente a sensibilidade do exame arterial, podendo identificar trombos em veia cava inferior, veias pélvicas e de membros inferiores.

A cintilografia pulmonar perfusional exclui TEP quando normal com virtualmente 100% de certeza pós-teste, bem como pode indicar defeitos perfusionais de probabilidades alta (>80% de confirmação), intermediária (20 a 79% para TEP) ou baixa (<20%) para embolia pulmonar. A associação de um estudo ventilatório não é essencial na maioria dos casos.

A Ecocardiografia transtorácica ou transesofágica é mais indicada para avaliar a repercussão do evento embólico sobre o coração, podendo identificar trombos intracavitários e centrais. Nos casos com instabilidade hemodinâmica, dispneia e hipoxemia ou choque, recomenda-se a realização do Ecocardiograma com Doppler na avaliação inicial, tanto para fins diagnósticos quanto para estratificação de risco e mesmo para início imediato de tratamento. O padrão-ouro para o diagnóstico de TEP é ainda a Arteriografia seletiva (por cateter) com contraste. Deve ser solicitada no caso de exames inconclusivos frente à persistência de suspeita clínica.

Gráfico 2- Algoritmo diagnóstico para pacientes com baixa probabilidade clínica e risco baixo



Alguns exames de rotina no pronto atendimento como radiografia simples do tórax, gasometria arterial em ar ambiente e eletrocardiograma são de baixa e moderada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TEP.

A dosagem do Dímero-D (DD) tem se mostrado útil no processo diagnóstico, principalmente quando negativo, quando reduz a possibilidade de ocorrência de trombose venosa, se aceitando não prosseguir na realização de outros exames.

Biomarcadores plasmáticos, troponinas cardíacas I e T e peptídeos natriuréticos do tipo B (B-NT ou NT-proBNP) têm sido encontrados elevados no TEP agudo, principalmente com comprometimento hemodinâmico e sobrecarga cardíaca. Não fazem parte da abordagem diagnóstica de TEP, mas a elevação aguda destes biomarcadores tem sido valorizada como fatores prognósticos de morbimortalidade ou estratificação de risco em TEP aguda estabelecida.

Estratégias Diagnósticas

A avaliação da probabilidade clínica (escores de Wells e Genebra) e a medida do DD constitui a primeira escolha de abordagem diagnóstica, principalmente em pacientes que chegam aos serviços de emergência.

Escores de baixa probabilidade e DD normal exclui o diagnóstico de TEP, com segurança, reduzindo a carga de pacientes para exames de imagens(Gráfico 2).

Em pacientes com DD acima do ponto de corte e nos pacientes com suspeita moderada-alta a AngioTC transformou-se na primeira opção de diagnóstico por imagens, podendo confirmar ou excluir TEP na maioria dos casos(Gráfico 3).

Em pacientes que se apresentam em choque ou hipotensão, a ecocardiografia transtorácica é o primeiro teste: a ecocardiografia transesofágica pode também identificar trombos centrais e intracavitário (Gráfico 4).

Gráfico 3- Algoritmo diagnóstico para pacientes com suspeita de TEP de risco baixo e probabilidade moderada /alta

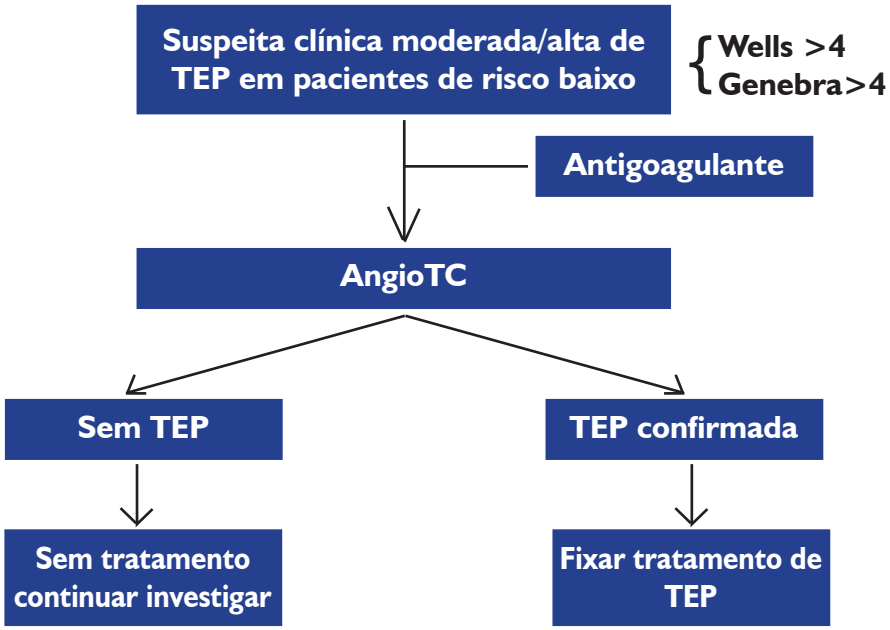
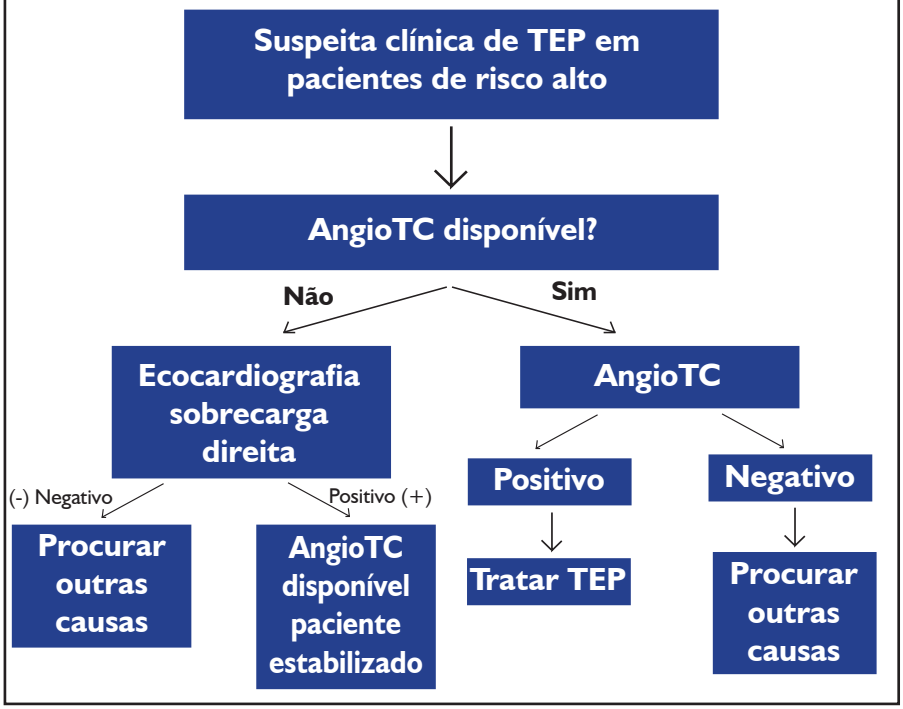


Gráfico 4- Algoritmo diagnóstico para pacientes com suspeita de TEP de risco alto.



Tratamento

O tratamento do TEP agudo deve ser iniciado imediatamente após a probabilidade de suspeita clínica alta ou intermediária, com objetivos de interromper o processo tromboembólico e diminuir a mortalidade que é máxima nas primeiras horas.

O tratamento é constituído na fase aguda por anticoagulação parenteral, de curto prazo, entre 5 – 14 dias, que proporciona a interrupção da trombogênese, permite que a ação trombolítica natural endógena ocorra, e impede a recorrência embólica imediata. A fase seguinte chamada de tratamento estendido previne a recorrência precoce, com duração de 90 dias. Nessa fase usualmente se prescreve anticoagulantes orais. A última fase recebe o nome de tratamento prolongado (ou de tromboprofilaxia secundária), que impede a recorrência tardia e cuja duração depende da persistência e da intensidade de fatores de risco, Empregam-se usualmente anticoagulantes orais.

Fármacos usados para tratamento da TEP

1. Anticoagulantes:

a) Heparina não fracionada para uso EV, ativa a anti-trombina;

b) Heparina de baixo peso molecular (HBPM) para uso sub-cutânea (SC), inibidor do fator Xa.

c) Fondaparinas (fondaparimux), inibidores do fator Xa.

d) Antagonistas da vitamina K – coumaríniços via oral.

e) Inibidores diretos da trombina-dabigratana, via oral.

f) Inibidores diretos do fator Xa, via oral: rivaroxabana; apixabana; edoxabana,

2. Trombolíticos:

a) Estreptoquinase – liga-se ao plasminogênio, produzindo plasmina livre

b) Ativadores do plasminogênio para produção de plasmina

1 – Uroquinase (u-PA)

2 - Tenecteplase

3 – RT – PA/alteplase

Regime de Tratamento

I- Inicial- 0-7 dias
Anticoagulante venoso-HNF ou HBPM subcutânea enoxaparina, nadroparian, dalteparina, tinzaparian, fondaparinux
II- longa duração- transição da terapia IV/SC – oral. Mantida por pelo menos 3 meses.
Antagonistas da Vitamina K- Warfarina – efeito coagulante em 36-72 horas.
III- Após esses 3 meses – período prolongado – o benefício da anticoagulação (prevenção da recorrência de TEV) superar o potencial prejuízo (risco de sangramento) – antogonista da vitamina K.

Os anticoagulante chamados de "diretos anticoagulantes" (DOACs), Dabigratan, Rivaroxabana, Apixabana e Edoxabana, são colocados como primeira escolha para o tratamento do TEV não relacionada a câncer, pacientes hemodinamicamente estáveis, em todas as etapas de tratamento, preferível a HBPM/inibidores de vitamina K (CHEST,2016). A Rivaroxabana e Apixabana podem ser usadas sem o uso prévio da heparina, isto é, podem ser usadas em todas as fases do tratamento. A Dabigratana e a Endoxabana requerem o uso prévio da heparina. A Dabigratana é contraindicada na insuficiência renal crônica com depuração da creatinina (DC) menor que 30ml/minuto e a Rivaroxabana com a DC menor que 15ml/minuto.

Em pacientes de alto risco, isto é, choque ou hipertensão sistólica <90 mmHg, síncope, sinais de sobrecarga de VD, elevação da troponina I e T e peptídio natriurético atrial (BNP) elevado, está formalmente indicado o emprego inicial de trombolítico endovenoso. O maior risco de trombolítico é hemorragia craniana. Havendo estabilidade hemodinâmica passa-se ao uso de heparina não fracionada EV.

Propostas para o Tempo da Anticoagulação: (Chest 2016, Accp)

1 – TVP proximal ou TEP - três meses recomendado sobre duração mais curta.
2 – Primeiro episódio de TVP proximal ou TEP provocado por fator de risco transitório (reversível), tratamento por três meses.
3 – Primeiro episódio de TEP não provocado – anticoagulação por 3 meses. Tratamento estendido com risco de sangramento baixo/moderado.
4 – Segundo episódio de TEP não provocado- considerar longa duração
5 – Fatores de risco recorrentes: câncer ativo- anticoagulação a longo prazo
6 – Trombofilias graves (deficiência de antitrombina, síndrome antifosfolipídos)- anticoagulação a longo prazo.

Reperfusão do TEP agudo para retirada do trombo por cateter ou cirurgia

Alguns pacientes com TEP agudo e instabilidade hemodinâmica têm contraindicação absoluta à administração de fibrinolíticos sistêmicos; por exemplo, pacientes no período pós-operatório imediato. Nessas situações, surge como alternativa a abordagem endovascular do TEP agudo. A ideia básica por trás dessa abordagem é promover a remoção mecânica do coágulo, reduzindo a pós-carga do VD. O acesso vascular para esse procedimento em geral ocorre pela veia femoral. A trombólise dirigida por cateter e assistida por ultrassom permite fragmentar o trombo por vibração ultrassônica, permitindo a maior exposição da superfície do coágulo e portanto maior ação do fibrinolítico com menor dose, sem sangramento significativo. Uma outra alternativa para TEP agudo de alto risco seria a remoção do coágulo por cirurgia, visando a redução da RVP.

Avaliação prognóstica

A forma de apresentação dos casos agudos de TEP constitui por si só um fator de risco de mortalidade no tempo relacionado ao evento agudo: morte súbita, durante hospitalização, em 30 e 90 dias. Alguns escores têm sido testados como preditores de mortalidade e de efeitos adversos, como o Índice de Gravidade da Embolia Pulmonar (Pulmonary Embolism Severety Index- PESI). O PESI compreende 11 parâmetros de avaliação clínica rotineira e oferece ao clínico, a beira do leito, uma ferramenta de avaliação para pacientes com TEP, sem a necessidade de estudos de imagens tais como ecocardiografia ou testes laboratoriais (Tabela 3).

Tabela 3- Índice de gravidade da embolia pulmonar (Pulmonary Embolism Severity Index (PESI)

PREDITOR	PONTOS NO ESCORE	PREDITOR	PONTOS NO ESCORE
Idade	1 ponto/ano idade	Pulso > 110/min	+ 20
Masculino	+ 10	PAS < 100 mmHg	+ 30
Câncer	+ 30	FR = 30/min	+ 20
Insuficiência cardíaca	+ 10	Temperatura < 36	+ 20
Pneumopatia crônica	+ 10	Desorientação – letargia estupor – coma	+ 60
		SaO_2 < 90%	+ 20
CLASSES	RISCO	MORTALIDADE	MORTALIDADE EM 30 DIAS
I	Muito baixo	≤ 65	0%
II	Baixo	66-85	1,0%
III	Intermediário	86-105	3,1%
IV	Alto	106-125	10,4%
V	Muito alto	> 125	24,4%

Referências Bibliográficas:

1- Barreto SSM. Tromboembolia Pulmonar. In: Pereira CAC,Holanda MA, editores, Medicina Respiratória, São Paulo: editora Atheneu; 2014, p.1169-90.

2- Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2016;149(2):315-352. https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.11.026.

3- Fernandes CJCS, Alves Jr, Prada LP et al. Os novos anticoagulantes no tratamento do tromboembolismo pulmonarJ Bras Pneumol. 2016; 42(2):146-154.

4- Terra-Filho, Barreto SSM et al. J Bras Pneumol. 2010; 36(supl.1): S1-S68.

5- Fernandes CJCS, Jardim CVP, Alves Jr FG et al. Reperfusão no tromboembolismo pulmonar agudo. J Bras Pneumol. 2018:44(3); 237-243.

6- Wells PS, Ginsberg JS, Anderson DR et al. Use of a clinical model for safe management of patients with suspected pulmonar embolism. Ann Intern Med.1998;129:997-1005.

7- Wicki J, Perneger TV, Junod AF, Bouma meaux H et al.. Assessing clinical probability of pulmonar embolism in the emergency Ward: a simple score. Arch Intern Med. 2001;161:92-97.

8- Pistolesi M, Lavorini F, Allescia G et al. Dignostic strategies for suspected pulmonary embolism. Eur Respir Mon, 2004; 30:89-105

9- AujesKy D, Roy PM, Le Manach CP et al. Validation of model to predict adverse. outcomes in patients with pulmonar embolism. Eur Heart J 2006;27:476-481

AME HP
ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

A mais nova frota de ambulâncias UTI e USB do Estado do Rio de Janeiro

Regulação Médica de Urgência
Sistema de acolhimento de solicitações de ajuda efetuado por médico com o propósito de triar, distribuir e monitorar o socorro de forma efetiva, com recursos apropriados, de acordo com um interrogatório sistematizado

Centro de Controle Operacional - CCO
Sistema de telefonia com gravação digital, 24 horas por dia, todos os dias da semana, para registro das comunicações efetuadas, com acesso protegido. Sistema de rastreamento via satélite e em tempo real das ambulâncias, para otimizar o tempo de resposta.

Evento
Cobertura de saúde com postos médicos e ambulâncias UTI para diversos tipos de eventos (cultural, esportivo, religioso, político e etc.)

Transferências Inter-hospitalares
Transporte de pacientes entre hospitais, prontos-socorros e clínicas, para realização de exames ou transporte para a residência, com modernas ambulâncias e equipe qualificada para garantir segurança e rapidez.

Equipamentos da frota

Ventilador Pulmonar
Cardioversor / Desfibrilador
Bomba de Infusão

Frota abastecida com insumos hospitalares e medicamentos, conforme legislação em vigor

Assistência médica especializada 24 Horas

☎ ***21 2613-2813***

www.amehp.com.br
Rua Delegado Waldir Guilherme, 28 - Ilha da Conceição
Niterói - RJ

Discutindo
a vacinação básica

> ***Dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro apontam que no Brasil, em 2017, foram notificados 26.889 casos novos de hanseníase, perfazendo uma taxa de detecção de 12,95/100mil habitantes.***

Fotos: Daniel Latham

Dra. Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia
Mestre em Medicina (Doenças Infecciosas e Parasitárias) - UFF; Presidente do Comitê de Infectologia da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro; Membro do Departamento de Imunizações da Sociedade Brasileira de Pediatria.
Membro do Comitê Técnico Assessor de Imunizações do Estado do Rio de Janeiro (CTAI-RJ)

Introdução

Desde a sua criação em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) vem colaborando de forma decisiva no controle das doenças imunopreveníveis, com a introdução de novas vacinas nos calendários de vacinação do país para todas faixas etárias.

Paralelamente às milhares de salas de vacinação distribuídas em unidades de atenção básica por todo o país, os Centros de Referências para Imunobiológicos Especiais (CRIE), criados pelo PNI em 1993 e presentes em todos os estados e no Distrito Federal, distribuem imunobiológicos de uso não regular para portadores de doenças crônicas, situações de bloqueio pós exposição e ainda imunobiológicos menos reatogênicos, em caso de evento adverso a vacinas ou para minimizar riscos em doenças crônicas. Os CRIEs vem ampliando seus critérios de incorporação para novas indicações contempladas para imunobiológicos de usos especiais, além dos calendários básicos de imunização, para as diversas faixas etárias.

Dessa maneira o PNI atende a população com a ótica da saúde coletiva nos postos de saúde e do ponto de vista da saúde individual oferece proteção ampliada para os portadores de doenças crônicas e imunodeprimidos.

Na prática clínica ainda dispomos de calendários mais amplos, que incorporam vacinas não disponíveis na rede pública e também com esquemas diferenciados.

No âmbito do mercado privado encontramos as seguintes vacinas, não disponibilizadas pelo PNI: meningocócica conjugada ACWY; meningocócica B; rotavirus pentavalente; pneumocócica conjugada 13-valente; dengue; influenza quadrivalente e herpes zóster.

Os calendários da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e os diversos calendários para todas as faixas etárias da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm), atendem a essa oferta mais abrangente, visando à proteção individual e preparando o indivíduo para um mundo globalizado, com doenças que apresentam perfis epidemiológicos diferentes, que variam de acordo com o país ou mesmo região.

Considerações gerais

1) Duas vacinas inativadas podem ser aplicadas simultaneamente ou a qualquer in-

tervalo entre elas, assim como uma vacina inativada seguida de aplicação de vacina atenuada. Duas vacinas atenuadas devem ser aplicadas simultaneamente ou com intervalo mínimo de quatro semanas entre as doses, em geral. Como exceção à última recomendação, o PNI preconiza a não aplicação simultânea das vacinas febre amarela e tríplice viral ou tetra viral, apenas

Produto	Dose	Intervalo (meses)
Hemácias lavadas	10 mL/kg	0
Concentrado de hemácias	10 mL/kg (20-60 mg de IgG/kg)	5
Sangue total	10 mL/kg (80-100 mg de IgG/kg)	6
Plasma ou plaquetas	10 mL/kg (160 mg de IgG/kg)	7
Imunoglobulina intravenosa (reposição nas imunodeficiências)	300 a 400 de IgG/kg	8
Imunoglobulina intravenosa (terapêutica)	1.000 mg de IgG/kg	10
Imunoglobulina intravenosa (terapêutica)	1.600 a 2.000 mg de IgG/kg	11

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócica 10V (conjugada)[1]	Rotavírus Humano	Meningocócica C (conjugada)[1]	Febre Amarela[2]	Hepatite A[3]	Tríplice Viral	Tetra viral[4]	Varicela	HPV[5]	Pneumocócica 23V[6]	Dupla Adulto	dTpa[7]
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer														
	2 meses			1ª dose (com penta)	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose										
	3 meses							1ª dose									
	4 meses			2ª dose (com penta)	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose										
	5 meses							2ª dose									
	6 meses			3ª dose (com penta)	3ª dose (com VIP)												
	9 meses								Dose única								
	12 meses					Reforço		Reforço			1ª dose						
	15 meses			1º reforço (com DTP)	1º reforço (com VOP)					Uma dose		Uma dose					
	4 anos			2º reforço (com DTP)	2º reforço (com VOP)								Uma dose				
	5 anos														Uma dose a depender da situação vacinal com a PNM10v		
	9 anos													2 doses (meninas de 9 a 14 anos) 2 doses (meninos de 11 a 14 anos			
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)					01 reforço ou dose única (verificar a situação vacinal - 11 a 14 anos)	Dose única (verificar a situação vacinal)		2 doses (verificar a situação vacinal)				Uma dose (a depender da situação vacinal)	Reforço a cada 10 anos	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)						Dose única (verificar a situação vacinal)		2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos)				Uma dose (a depender da situação vacinal)	Reforço a cada 10 anos	
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (verificar a situação vacinal)						Dose única (verificar a situação vacinal)						Reforço	Reforço a cada 10 anos	
Gestante			3 doses (verificar a situação vacinal)													3 doses (verificar a situação vacinal)	Uma dose a cada gestação a partir da 20ª semana

durante o segundo ano de vida, guardando o intervalo mínimo de 30 dias entre elas. A partir de dois anos de idade, mantém-se a regra geral.

Vacina Rotavirus			
Dose	Idade	Idade Mínima	Idade Máxima
1ª	2 meses	1 mês e 15 dias	3 meses e 15 dias
2ª	4 meses	3 meses e 15 dias	7 meses e 29 dias

2) O intervalo entre a aplicação de uma vacina viral atenuada, seguida do uso de imunoglobulina, requer o intervalo de duas semanas, porém não há necessidade de intervalo entre o uso de vacinas inativadas e de imunoglobulinas. O uso prévio de hemoderivados seguido de aplicação de vacina inativada também não requer intervalos. Porém o intervalo entre a aplicação de hemoderivados e vacinas virais atenuadas injetáveis varia amplamente, de acordo com o quadro 1.

3) Anafilaxia prévia à dose anterior de uma vacina ou a um de seus componentes é contraindicação, como regra geral, para vacinação.

4) Vacinas virais atenuadas não devem ser administradas, com algumas poucas exceções, durante a gravidez e imunossupressão por droga ou doença, sempre avaliando os riscos e benefícios.

5) É contraindicação para aplicação de vacinas virais atenuadas, quando do uso de corticoides em doses imunossupressoras (acima de 2mg/kg/dia de prednisona por mais de duas semanas em crianças, ou pelo menos 20 mg por dia em qualquer idade), ou outras terapias imunossupressoras.

Quadro 1: Intervalos sugeridos entre a administração de hemoderivados e vacinas virais atenuadas injetáveis. Calendários para vacinação

1) Calendários públicos

O PNI possui um calendário público

nacional disponível para crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, além das campanhas anuais para vacinação. O PNI publica anualmente o calendário nacional de vacinação, como consta no quadro 2.

Quadro 2: Calendário nacional de vacinação - PNI 2018.

1.1) Considerações sobre o calendário nacional de vacinação

a) A vacina BCG é recomendada em dose única até 4 anos, 11 meses e 29 dias na primovacinação. A revacinação, caso não forme cicatriz até seis meses após a vacinação é indicada no país, embora tal prática esteja em discussão pela OMS. Vacinar prematuros a partir de 2kg.

b) Os intervalos preconizados para a vacina rotavírus são:

c) Vacina febre amarela é indicada para residentes e viajantes para áreas com recomendação para vacinação. Deve ser aplicada no mínimo 10 dias antes da viagem. O PNI adota atualmente dose única da vacina.

Lactentes com menos de 6 meses de idade, cujas mães receberam a vacina para febre amarela, deverão ter o aleitamento materno suspenso por pelo menos 10 dias.

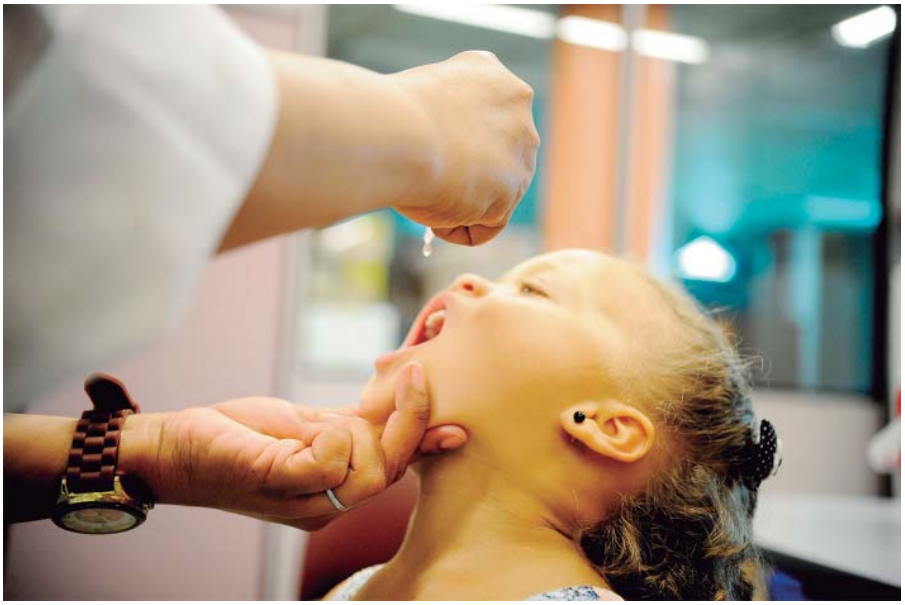
d) A vacina tríplice viral não deve ser administrada no mesmo dia da febre amarela, devendo guardar o intervalo de 30 dias entre as aplicações, no segundo ano de vida.

e) A vacina influenza é disponibilizada em campanha anual

f) A vacina hepatite A será aplicada em dose única para crianças de um a quatro anos de idade.

g) O esquema 2+1 adotado para a vacina pneumocócica 10 valente não é recomendado para portadores de doenças crônicas. Esses pacientes deverão ser encaminhados ao CRIE para complementação, estando indicado o esquema 3+1.

h) A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola, SCR) deve ser indicada para indivíduos entre 1 e 49 anos de idade. A primeira dose aos 12 meses de idade e a segunda dose aos 15 meses com a vacina tetra viral, combinação de SCR e varicela. Estão recomendadas duas doses de SCR



até 29 anos de idade, guardando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses e entre 30 a 49 anos de idade, dose única.

i) O PNI utiliza a vacina HPV 6, 11, 16 e 18 em duas doses, com intervalo de seis meses entre as doses. A vacinação precoce, antes da iniciação sexual, objetiva melhor eficácia. Foi introduzida em esquema escalonado por faixas etárias, para meninas e meninos, e posteriormente permanecerá no calendário de 9 a 14 anos de idade para ambos os sexos, de acordo com cronograma do PNI.

j) A vacina dTpa está indicada para gestantes no calendário básico. Administrar uma dose a partir da 20a semana de gestação, mesmo que a gestante tenha o esquema completo. Caso não haja comprovação de vacinação, aplicar uma dose de dTpa e completar com mais duas doses de dT a cada 60 dias, no mínimo 30 dias de intervalo entre as doses.

k) A vacina hepatite B está disponível para todas as faixas etárias, desde o nascimento.

2) Calendários das sociedades médicas

A SBP possui calendário de vacinação para crianças e adolescentes e a SBIm vários calendários, contemplando todas as faixas etárias, gestantes, ocupacional, atletas, além de pacientes portadores de doenças crônicas, dentre outros. A rigor todo individuo deve receber as vacinas preconizadas pelo PNI e a complementação com vacinas não disponíveis na rede pública deve ser oferecida, pois é um direito do paciente conhecer o que o mercado oferece. A decisão é do paciente e sua família.

Os calendários para crianças e adolescentes de ambas sociedades são muito parecidos, com pequenas diferenças, e estão disponíveis nos respectivos sites. Nesta publicação faremos algumas observações gerais, principalmente as diferenças em relação ao calendário nacional público.

2.1) Considerações sobre os calendários privados

a) A vacina tríplice bacteriana (DTPW ou DTPa) pode ser usada nas apresentações combinadas e preferencialmente aplicar a DTPa, por apresentar menor risco de eventos adversos.

b) A vacina VIP é recomenda em todas as doses, preferencialmente. A VOP está contraindicada em crianças internadas.

c) A vacina rotavírus monovalente é usada na rede pública em duas doses. A pentavalente está disponível na rede privada apenas, sendo indicada aos 2, 4 e 6 meses de idade. Os limites de idade para utilização de ambas as vacinas são os mesmos.

d) A recomendação da vacina pneumocócica conjugada 13 valente (Pnc13) visa ampliar

a proteção e, portanto, quando possível, deve ser usada inclusive para as doses da primovacinação. No entanto, quando isso não é possível, crianças menores de 6 anos com esquema completo ou incompleto de Pnc10 podem se beneficiar com dose(s) adicional(is) de Pnc13, respeitando-se o intervalo mínimo de dois meses da dose anterior. O PNI adotou desde janeiro de 2016 o esquema de duas doses da Pnc10 aos 2 e 4 meses de vida, com reforço aos 12 meses. A SBIm mantém a recomendação de três doses aos 2, 4 e 6 meses de vida com reforço entre 12 e 15 meses.

e) Preferir a vacina MenACWY no primeiro ano de vida e reforços. No Brasil, quatro vacinas estão licenciadas para crianças: MenC, MenACWY-CRM, MenACWY-TT a partir de 2 meses de idade e MenACWY--D a partir dos 9 meses de idade.

O esquema primário varia conforme a vacina utilizada: MenC e MenACWY-TT – duas doses (3 - 5 meses) e reforço entre 12 e 15 meses; MenACWY-CRM – três doses (3 - 5 - 7 meses) e reforço entre 12 e 15 meses; MenACWY-D – duas doses, com intervalo mínimo de 3 meses, para crianças de 9 a 23 meses de idade.

Para todas as vacinas meningocócicas conjugadas estão recomendados dois reforços: entre 5 e 6 e aos 11 anos de idade (ou cinco anos após a última dose), tendo em vista a perda rápida de proteção.

Não existem dados de estudos de intercambialidade entre as vacinas meningocócicas conjugadas. Entretanto, se houver necessidade de intercambiá-las, deve-se adotar o esquema com maior número de doses na primovacinação.

Crianças vacinadas com MenC podem se beneficiar com o uso da vacina MenACWY, com o objetivo de ampliar a proteção. Respeitar o intervalo mínimo de um mês da última MenC.

f) Vacina meningocócica B (MenB) tem como esquema primário três doses aos 3, 5 e 7 meses de idade e reforço entre 12-15 meses. Crianças que iniciam a vacinação mais tarde: a) entre 6 e 11 meses: duas doses com intervalo de dois meses e uma dose de reforço no segundo ano de vida, respeitando-se um intervalo mínimo de dois meses da última dose; b) entre 12 meses e 10 anos: duas doses com intervalo de dois meses.

g) A vacina influenza é recomendada a partir dos 6 meses de idade. Quando administrada pela primeira vez em crianças até oito anos, aplicar duas doses com intervalo de 30 dias. Crianças menores de 3 anos de idade recebem 0,25 mL por dose e as maiores de 3 anos recebem 0,5 mL por dose. Desde que disponível, a vacina influenza 4 valente é preferível à vacina influenza 3 valente, por conferir maior cobertura para as cepas circulantes.

h) A vacina varicela é indicada em duas doses após 1 ano de idade. Em situação de risco, por exemplo, surto de varicela ou exposição domiciliar, a primeira dose pode ser aplicada a partir de 9 meses de idade. Nesses casos, a aplicação de mais duas doses após a idade de 1 ano ainda será necessária.

h) A SBIm recomenda a vacina hepatite A em duas doses com intervalo de 6 meses a partir de 12 meses de vida.

i) A vacina dengue é indicada em esquema de três doses com intervalo de seis meses entre elas. Contraindicada para crianças menores de 9 anos de idade, imunodeprimidos e indivíduos com sorologia negativa para dengue.

Conclusões

A oferta de imunobiológicos nos serviços públicos é muito ampla, não justificando as baixas coberturas vacinais para as diversas faixas etárias. Crianças, adolescentes, adultos e idosos devem estar com os calendários de vacinação atualizados, evitando o ressurgimento de doenças controladas por vacinas, como o sarampo, que vem aumentando no mundo e no Brasil de maneira importante.

Paralelamente, a população deve ser informada sobre os benefícios da proteção ampliada, mediante a utilização de vacinas disponibilizadas na rede privada.

O controle de doenças só será possível com altas coberturas vacinais e, para tal, todos os profissionais de saúde devem estar engajados para que esse objetivo seja alcançado.

Referências Bibliograficas

American Academy of Pediatrics. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases. 31st ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações-40 anos. Brasília, 2013. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/vacine-se

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da introdução da vacina adsorvida hepatite A(inativada). Brasília. Setembro de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico de Introdução da Vacina HPV – CPI/SVS/SUBPAV/SMS-RJ. Março de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendário de vacinação da criança. https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-crianca.pdf. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendários de vacinação. www.sbim.org,br. Sociedade Brasileira de Pediatria. http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21273e-DocCient-Calendario_Vacinacao_2018-final2.pdf.

Diabetes
e doenças cardiovasculares

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) acomete 415 milhões de adultos com mais de 18 anos no mundo (1), e a expectativa projetada para 2040 é de 642 milhões (1). Ainda assim, metade das pessoas com DM2 não sabe ter o problema. A epidemia é tanta que o aumento na incidência do DM2 também vem acometendo inclusive as pessoas jovens (2), com uma taxa de aumento de 7,1% ao ano (de 9 novos casos/100.000 jovens/ano em 2002-2003, foi para 12,5 casos/100.000 jovens/ano em 2011-2012) (2), sendo o aumento da prevalência da obesidade, como um dos fatores mais importantes para essa grande epidemia global (2). O DM2 é a quinta principal causa de morte no mundo (3). Além da mortalidade, o DM2 está associado a outros distúrbios metabólicos e comorbidades. Quarenta e oito por cento dos DM2, apresentarão doença cardiovascular com 15 anos ou mais de doença (4), 85% dos DM2 têm sobrepeso (5; 6) e mais de 50% são obesos (5; 6). Já a disfunção renal moderada, ocorre em aproximadamente 20 a 30% dos diabéticos tipo 2 (7). Todas as condições contribuem ainda mais para reduzir a expectativa e a qualidade de vida.

Lamentavelmente, os pacientes DM2 não estão adequadamente tratados no seu contexto geral. No Brasil, 73% dos pacientes estão fora da meta de controle glicêmico (HbA1c <7.0%) (8). Quando se considera os outros fatores de risco adicionais, 85% têm sobrepeso (9), 71% têm hipertensão (10) e 65% têm níveis elevados de LDL-colesterol (10). As estatísticas comprovam que os diabéticos tipo 2, possuem um risco duas vezes maior de desenvolverem doença cardiovascular (11), sendo considerado um fator de risco cardiovascular independente de qualquer outra característica ou condição (12). Os pacientes com DM2, têm um risco de incidência de infarto agudo do miocárdio em sete anos (18.8%) muito semelhante ao risco de um paciente não diabético que já teve um infarto prévio (20.2%).(12)

Considerando que o DM2 é uma condição associada a síndrome metabólica, que é um aglomerado de fatores de risco que levam a complicações cardiometabólicas (13), é de extrema importância, que o tratamento do diabetes, envolva não só o controle glicêmico, mas todas as demais condições, como a perda de peso e da circunferência abdominal, o controle da pressão arterial, o controle do colesterol, cessação do tabagismo e atividade física. Dessa maneira, medicações que hoje são capazes de não só baixar de forma efetiva a

> ***"Lamentavelmente, os pacientes DM2 não estão adequadamente tratados no seu contexto geral. No Brasil, 73% dos pacientes estão fora da meta de controle glicêmico."***

Dra Dhianah Santini
Mestre e Doutora em Endocrinologia pela UFRJ
Prof. de Endocrinologia e Coordenadora da Clínica Médica – UNESA

glicose e a HbA1c, mas também contribuir para a melhora de todo o perfil metabólico com efeitos na redução do peso e na pressão arterial passam a ter um racional prioritário devido aos seus múltiplos benefícios além do controle glicêmico. Atualmente, as duas classes de medicações para diabetes que comprovaram não só redução eficaz da HbA1c, mas ações benéficas na redução do peso e da pressão arterial são os agonistas do receptores do GLP1 (AR-GLP1) e os inibidores do SGLT2 (iSGLT2). (14; 15) .

Além das complicações cardiovasculares relacionadas a doença macrovascular cujo diabético está sob risco aumentado, os pacientes mal controlados também apresentam um risco aumentado de complicações microvasculares. As complicações microvasculares incluem a retinopatia diabética (16), neuropatia (17) e nefropatia (16). Outras complicações incluem a disfunção cognitiva (18), infecções cutâneas (19), disfunção vesical e gastrointestinal (20, 21), bem como disfunção sexual (20), disfunção sensorial periférica (16) e pé diabético (19). As complicações macrovasculares incluem a doença cerebrovascular, a doença arterial coronariana, a aterosclerose e a doença vascular periférica (22). No momento do diagnóstico, mais da metade dos pacientes com DM2, têm uma ou mais complicações diabético-relacionadas (23). Nos últimos 20 anos, vem ocorrendo uma mudança no perfil das complicações do DM2, com redução das complicações macrovasculares em maiores de 65 anos, um aumento proporcional das complicações entre adultos de meia idade em relação aos maiores de 65 anos. Além disso, com um aumento da incidência de DM2 e sua redução da mortalidade, esses pacientes vivem mais tempo com a doença, levando a um aumento na diversificação de comorbidades incluindo um aumento contínuo de altas taxas de doença renal crônica, deficiência cognitiva (doenças neuro-degenerativas) e câncer. (24)

O DM2 é uma doença crônico e progressiva com uma história natural bem característica ao longo do tempo. O processo patológico é bem estabelecido no momento do diagnóstico, que começa com uma resistência insulínica anos antes do diagnóstico. A célula beta compensa o aumento da resistência insulínica aumentando a secreção de insulina para manter os níveis normais de glicose. A medida que piora a disfunção da célula beta, a secreção de insulina falha. O aumento dos níveis de glicemia pós-prandial é seguido do aumento da glicemia de jejum, resultando no DM2 plenamente estabelecido (25).

Apesar de bem conhecida a história natural e progressiva do diabetes, ainda observamos um atraso na intensificação do tratamento do DM2 (26). A inércia terapêutica ainda é um grande problema e responsável pelo mal controle da doença, cujos principais motivos são hipoglicemia, ganho peso, falta de adesão à mudança do estilo de vida e ao tratamento e resistência ao uso de terapias injetáveis (27, 28). Ao passo que, conhecendo a sua evolução, para um cenário ideal, os novos guidelines da ADA/EASD sugerem, uma intensificação do tratamento a cada três meses se o paciente estiver fora das metas. (14, 29)

Sabendo que o tratamento intensivo precoce resulta numa meta sustentada de HbA1c a longo prazo (30), as diretrizes nacionais e internacionais (SBD, ADA, EASD, AACE/ACE) (31, 14, 29, 32) recomendam, que pacientes com HbA1c $\geq$ 7.5%, virgens de tratamento, iniciem terapia dupla combinada, e a cada três meses intensifiquem tratamento caso não alcancem as metas recomendadas. A escolha do segundo agente depois da metformina deve considerar as metas definidas individualmente, comorbidades associadas, condições individuais, riscos de hipoglicemia e ganho de peso, mas acima de tudo, os benefícios adicionais em termos de redução do risco cardiovascular, caracterizados por redução de eventos clínicos compostos como IAM não-faltal, AVC não-fatal, mortalidade cardiovascular e hospitalização por insuficiência cardíaca. (31, 14, 29, 32). E dentre as classes de medicamentos que agregam proteção cardiovascular e benefícios extra-glicêmicos, além de promoverem perda de peso, redução da pressão arterial, baixo risco de hipoglicemia e bom perfil de tolerabilidade são os análogos de GLP1 os iSGLT2 (31, 14, 29, 32).

Dentro dos princípios do algoritmo de tratamento global do DM2 pela AACE/ACE, a perda de peso deve ser considerada como um fator de aumento de sobrevida de pacientes com pré-diabetes e diabetes que também apresentam sobrepeso ou obesidade, realizando-se intervenções no estilo de vida e uso de medicações que levam à perda de peso para alcançar as metas de controle terapêutico (32). E por isso, a combinação de metformina, AR-GLP1 e ISGLT2 (combinações dupla e/ou tripla) proporcionam benefícios adicionais em relação a outros agentes no tratamento do DM2 e devem ser consideradas dentre as primeiras opções.

Referências

1 - IDF 2016 International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 7th edition 2016.

2 - Mayer-Davis, E.J. et al. Incidence Trends of Type 1 and Type 2 Diabetes among Youths, 2002–2012. N Engl J Med. 2017;376(15):1419-1429.

3 - Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2009. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 4th ed.

4 - Harris,S et al. Type 2 Diabetes and Associated Complications in Primary Care in Canada: The Impact of Duration of Disease on Morbidity Load. CDA 2003.

5 - Scottish Diabetes Survey Monitoring Group. Scottish Diabetes Survey 2015. diabetes inscotland.org.uk/Publications/SDS2015.pdf: 2015;

6 - Daousi C, et al. Prevalence of obesity in type 2 diabetes in secondary care: association with cardiovascular risk factors. Postgraduate medical journal. 2006 Apr;82(966):280-4

7 - Inzucchi SE et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2012;35:1364-1379.

8- Mendes AVB. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil.Acta Diabetl. 2010; 47(2):137-145.

9 - CDC. Available at: http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/comp/fig7_overweight.htm. Last accessed September 2015;

10- CDC. National Diabetes Statistics Report, 2014. Available at: http://www.cdc.gov/diabetes/data/statistics/2014StatisticsReport.html. Last accessed September 2015;
11 - Gregg EW, et al. Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990-2010. N Engl J Med 2014; 370:1514–23.
12 - Haffner et al. Cardiovascular deaths are thus potentially preventable if action is taken to address the known risk factors. N Engl J Med 1998;339:229–34
13 - Saely CH et al. Adult Treatment Panel III 2001 but not International Diabetes Federation 2005 criteria of the metabolic syndrome predict clinical cardiovascular events in subjects who underwent coronary angiography. Diabetes Care. 2006; 29(4):901-7.
14 - Inzucchi SE et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2015;38:140-9
15 - Mearns ES, et al. Comparative efficacy and safety of antidiabetic drug regimens added to metformin monotherapy in patients with type 2 diabetes: a network meta-analysis.PloS one. 2015;10(4):e0125879.
16 - International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 4th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2009.
17 - Hirsch LJ. Ask Dr. Hirsch: Cardiac autonomic neuropathy. http://www.bd.com/us/diabetes/page.aspx?cat=7001&id=19101.
Accessed December 29, 2010.
18 - Luchsinger JA, et al. Diabetes mellitus and risk of Alzheimer's Disease and dementia with stroke in a multiethnic cohort. Am J Epidemiol. 2001;154(7):635-641.
19 - National Diabetes Information Clearing House (NDIC) Web site. Prevent diabetes problems: keep your feet and skin healthy. http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/complications_feet. Accessed December 9, 2010.
20 - National Diabetes Information Clearing House (NDIC) Web site. Sexual and urologic problems of diabetes. http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/sup. Accessed December 9, 2010.
21 - Wolosin JD, et al. Diabetes and the gastrointestinal tract. Clin Diabetes. 2000;18(4).http://journal.diabetes.org/clinicaldiabetes/v18n42000/pg148.htm. Accessed December 9, 2010.
22 - National Diabetes Information Clearing House (NDIC) Web site. Diabetes, heart disease and stroke. http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/stroke/index.htm. Accessed December 9, 2010.
23 - UKPDS Group. UK Prospective Diabetes Study 6. Complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients and their association with different clinical and biochemical factors. Diabetes Res. 1990;13:1-11.
24 - Gregg EW. The changing face of diabetes complications. Lancet Diabetes Endocrinol 2016; 4: 537–47.
25 - Ryden L et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J. 2013; 34:3035–3087.
26 - Khunti K et al. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. Diabetes Care. 2013; 36:3411–3417.
27 - Strain WD et al. Time to do more: addressing clinical inertia in the management of type 2 diabetes mellitus. Diabetes Res & Clin Prac. 2014; 105:302–312.
28 - Inzucchi SE et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2015; 38:140–149.
29 - Garber AJ et al. Consensus Statement By The American Association Of Clinical Endocrinologists And American College Of Endocrinology On The Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm--2016 Executive Summary.Endocr Pract. 2016;22:84-113.
30 - Abdul-Ghani MA, et al. Initial combination therapy with metformin, pioglitazone and exenatide is more effective than sequential add-on therapy in subjects with new-onset diabetes. Results from the Efficacy and Durability of Initial Combination Therapy for Type 2 Diabetes (EDICT): a randomized trial. Diabetes Obes Metab 2015;17:268–275.
31 - Posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes 2016. http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf
32 - AACE guideline. Garber AJ, et al. Consensus Statement by the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2017. doi: 10.4158/EP161682.CS
33 - Del Prato S, et al. Long-term glycaemic response and tolerability of dapagliflozin versus a sulphonylurea as add-on therapy to metformin in patients with type 2 diabetes: 4-year data.Diabetes Obes Metab 2015;17:581–90.

Exames laboratoriais

PascotO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Acreditação pelo DICQ e controles da qualidade pelo PNCQ.

Alcântara: R. Yolanda Saad Abuzaid, 150 / Sls. 618 - 620
Niterói: R. da Conceição, 95 / Sls. 301 - 302

Atendimento: Alcântara e Niterói de Seg à Sex das 07:00 às 17:00 horas.Unid. Alcântara: Sáb das 07:00 às 09:00 horas
(21) 2701-8296 | (21) 2601-8988 | (21) 2621-6238 | pascoto@pascoto.com.br

Ovation®
Abdominal Stent Graft System

Endologix

Estudo LUCY: Avaliação de mulheres que são candidatas subrepresentadas para reparo do aneurisma da aorta abdominal (AAA)

O PRIMEIRO ESTUDO PROSPECTIVO PARA AVALIAR ESPECIFICAMENTE O REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA (EVAR) EM MULHERES

Trajetória de perfil baixíssimo para durabilidade com vedação específica para o paciente

Desenho do estudo LUCY

- Registro prospectivo de pós-comercialização
- Estudo multicêntrico nos EUA: 39 centros inscritos ativamente
- N = 225 (Mulheres:Homens = 1:2)
- Endpoint primário: taxa de MAE nos 30 dias seguintes ao procedimento inicial
- Endpoints secundários: vários endpoints secundários serão avaliados para demonstrar os benefícios de EVAR nas mulheres (braço de tratamento) e homens (braço de controle)

O ESTUDO LUCY APRESENTA RESULTADOS DE 30 DIAS SEMELHANTES, TANTO EM HOMENS COMO EM MULHERES

Resultados clínicos (30 dias)	Mulheres (N = 76)	Homens (N = 149)	Valor de p
Segurança			
MAEs relacionados ao dispositivo*	**0%**	**0%**	–
MAEs*	**1,3%**	**1,3%**	NS
Mortalidade relacionada ao AAA	**0%**	**0%**	–
Resultado do procedimento			
Sucesso de implantação	**100%**	**98,7%**	NS

A partir de 1º de maio de 2017. Dados no arquivo na Endologix.

Fatos sobre mulheres com AAA

- 1 em 5 pacientes com AAA é do sexo feminino
- Elegibilidade para EVAR: 34% das mulheres versus 54% dos homens
- Mortalidade e morbidade perioperatória após EVAR: maior entre mulheres
- Complicações importantes em 30 dias: superiores entre as mulheres (9,6% versus 5,8%, p <0,001)
- Mortalidade em 30 dias: superior entre as mulheres (2,9% versus 1,1%, p <0,001)

OVATION É COMPROVADAMENTE EFICAZ, SEM INTERVENÇÃO SECUNDÁRIA RELACIONADA AO AAA PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO

Resultados clínicos (30 dias)	Mulheres (N = 76)	Homens (N = 149)	Valor de p
Eficácia			
Endoleak de tipo Ia*	**0%**	**2,0%**	NS
Endoleak de tipo III*	**0%**	**0%**	NS
Oclusão do membro	**0%**	**0%**	–
Intervenções secundárias relacionadas ao AAA*			
Endoleak de tipo Ia	**0%**	**1,3%**	NS
Endoleak de tipo III	**0%**	**0%**	–
Oclusão do membro	**0%**	**0%**	–

Os resultados de 3 anos do registro de pós-comercialização (PMR) europeu da Ovation demonstram durabilidade tanto em homens como em mulheres

Ausência de **Mortalidade relacionada ao AAA**
Mulheres **100%** | Homens **99%** NS

Ausência de **Ruptura**
Mulheres **100%** | Homens **99,7%** NS

Ausência de **Reintervenção para Endoleak de tipo Ia**
Mulheres **96%** | Homens **98%** NS

Ausência de **Reintervenção para oclusão**
Mulheres **96%** | Homens **97%** NS

Resultados de 3 anos do registro de pós-comercialização europeu da Ovation extraídos em 6 de outubro de 2016. N = 501; Mulheres n = 69 e Homens n = 432.

GF MEDICAL PROFILE
www.gflabor.com.br
contato@gflabor.com.br
Rua Quinze de Novembro, 90
Centro, Niterói – RJ 24020-125
+55 (21) 2622-1422

Medicina humanitária -
Um olhar do mundo

> ***Existe, sem dúvida, um "espírito de missão" no Brasil e há atualmente no nosso país uma exigência de profissionalismo no campo da ajuda humanitária.***

Dra Tatiana A. Cócaro

Devo dizer, que apesar de usar a expressão "medicina humanitária" para contar sobre o projeto que tenho desenvolvido pelo mundo, acredito que a despeito do local e de como o trabalho é realizado, toda a medicina é humanitária. O objetivo do trabalho realizado é não somente o apoio de emergência mas a ajuda na reabilitação e desenvolvimento de comunidades afetadas por problemas graves de saúde pública.

O que mais me impressiona é a disposição que ainda existe em pessoas para fazer o bem. Há um espírito de missão. Muitas equipes de médicos no mundo participam em missões de apoio humanitário na perspectiva de salvamento de vidas. E, me pergunto muitas vezes se somos salvadores do mundo ou se somos salvadores dos que estão no mundo. Na verdade, o que faço é apenas um pequeno gesto acreditando que o mundo pode ser um pouco melhor. Há um oceano de realidades, de dimensões e de referências culturais que encontramos por aí. Essas diferenças me atraem. Tenho aprendido a ter sempre presente uma exigência de respeito por essas diferenças. Já estive em comunidades cristãs, budistas, hinduístas, oriente, ocidente e em todas elas há uma beleza única.

Existe, sem dúvida, um "espírito de missão" no Brasil e há atualmente no nosso país uma exigência de profissionalismo no campo da ajuda humanitária. O príncipio fundamental para o corpo médico é buscar fazer o melhor dentro daquilo que é possível. Este é o princípio que me orienta quando me desloco para realidades populacionais tão distantes. Devemos estar preparados para agir em situações de emergência e em situações de reabilitação e de ajuda ao desenvolvimento. As diferenças de abordagem nos dois tipos de

situação referem-se aos diferentes momentos de evolução de uma missão. O momento da intervenção em emergência são as quarenta e oito horas subsequentes a um evento traumático. Essas intervenções são realizadas, na prática, por pequenas organizações, na medida em que estas não podem ter um impacto relevante na situação por falta de capacidade logística e de recursos humanos. Mesmo grandes organizações como os Médicos Sem Fronteiras, por

vezes não conseguem responder adequadamente à situações de grande tragédia humanitária.

Numa ação humanitária os maiores obstáculos que as equipes médicas encontram são a doença, as fragilidades do sistema de saúde local, as condições ambientais adversas, a falta de conhecimentos técnicos, a falta de água potável, de eletricidade e de infra-estruturas rodoviárias adequadas. Já estive num deserto na África que a temperatura chegava a 56°C e, na Cordilheira dos Andes, temperaturas abaixo de zero, bem diferentes do nosso clima local. E, se eu contar o que já comi de diferente na vida teria relato para umas 10 páginas. Apesar de tudo isso, não deixa de ser possível desenvolver ações eficazes de salvamento e cuidado.

Como tudo isso começou na minha vida? Fiz medicina e me formei em 2009 pensando em ter meu consultório

e uma vida tranquila, porém em 2013 fui convidada a participar de uma ação de atendimento à população ribeirinha no Amazonas. Neste primeiro projeto eu já sabia que minha vida profissional tomaria outro rumo. No ano seguinte, decidi conhecer e atender no sertão do nosso país. Foi uma experiência fantástica na população quilombola do Piauí. Em 2015, fui convidada por um amigo a prestar assistência a um conjunto de orfanatos no Haiti. Lá conheci o diretor de uma agência missionária cristã, hoje um grande amigo, o Edson Teixeira. Desde então, com seu grupo tenho percorrido todo o mundo, África e Ásia principalmente. Minha grande paixão é a cultura oriental. O que vai ser nos próximos meses e anos? Não tenho esta resposta. À medida em que vão surgindo as necessidades eu me coloco a disposição para ir. Isto tem tornado minha vida intensa, com muita adrenalina e sem um rumo muito definido.

O objetivo de tudo isso não é levar somente a assistência médica. Preocupo em criar suporte de sustentabilidade no campo da saúde pública nas ações desenvolvidas. E, levar um pouco de cuidado e amor em lugares remotos, as vezes destruidos por guerras, abandonados pelo governo, onde há tanto sofrimento o que tem me ensinado que a essência da minha alegria provém da alegria do outro.

Doutores, suas atividades também merecem um cuidado especial.
SEGURO PROFISSIONAL RC MÉDICO
Trabalhamos com todas as seguradoras
AUTO, VIDA, EMPRESARIAL, RESIDENCIAL etc...
TODAS AS ETAPAS DA
SUA VIDA COM FINAL FELIZ
HMSC
CORRETORA DE SEGUROS
21 2621-3000
21 98121-3197
hmscseguros.com.br
Faça sua cotação

Noite inesquecível
marca os 89 anos da AMF

> ***Personalidades marcantes da medicina não pouparam elogios para a Associação Médica Fluminense. Ex-presidentes da AMF e representantes de entidades médicas registraram seus depoimentos.***

Em uma noite marcada pelo congraçamento da classe médica, tendo como fundo musical a excelente Banda Viva Nápoli, a Associação Médica Fluminense comemorou seus 89 anos de fundação, no dia 28 de setembro, com uma festa memorável realizada no salão nobre de sua sede em Niterói. A presidente da AMF, Dra. Zelina Caldeira, abriu a festividade agradecendo a presença de todos. Ela enalteceu os médicos que lutaram para construir e manter a Casa do Médico: "Este encontro não é só uma festa. É o momento principal de nossa filosofia que é agregar a classe médica através de eventos científicos e sociais e ter um olhar atento para a sociedade".

A seguir, a Profª. Dra. Mirhelen Mendes de Abreu ministrou uma palestra com o tema "Artrite Reumatoide por Chicungunha e outras Artrites inflamatória". Bastante aplaudida após sua explanação, a palestrante recebeu um certificado das mãos da Dra. Zelina Caldeira, seguido de elogios: "Foi uma palestra muito produtiva e elucidativa para os médicos presentes e que abrilhantou nossa noite de aniversário".

Na parte festiva, a Banda Viva Nápoli executou canções italianas, francesas, jazz e, claro, Música Popular Brasileira. Nas mesas, os convidados degustavam um cardápio de massas, queijos e vinhos, contando e revivendo histórias marcantes de suas vidas profissionais e pessoais. Teve, também, o tradicional bolo de aniversário com todos cantando o "parabéns pra você". A Dra. Zelina Caldeira, ofereceu os dois primeiros pedaços de bolo aos Drs. Waldenir de Bragança e Alcir Chacar.

Personalidades marcantes da medicina não pouparam elogios para a Associação

Drs. Zelina Caldeira, Valéria Patrocínio, Gilberto Garrido e Ilza Felows

Drs. Waldenir de Bragança, Rodrigo Pegado, Aloysio Decnop, Miguel Aidê, Pietro Acceta e Alcir Chacar

Médica Fluminense. Ex-presidentes da AMF e representantes de entidades médicas registraram seus depoimentos.

"É uma honra estar na comemoração de mais um aniversário da AMF, tradicional e importante para a classe, onde despontam figuras proeminentes. A SOMERJ deseja votos de felicidades e sucesso para a Dra. Zelina Caldeira e sua diretoria", Dr. Benjamin Baptista de Almeida (Presidente da SOMERJ, que estava acompanhado de sua diretoria).

"É sempre uma emoção estar presente no aniversário da nossa AMF. Vi esta entidade nascer, crescer e se tornar uma referência carinhosamente chamada de a Casa do Médico. Vendo esses companheiros fraternos aqui presente, não resta dúvida que nosso objetivo foi alcançado", Dr. Waldenir de Bragança (ex- Presidente da AMF (1968/1971)

Médicos não resistiram e dançaram a Tarantella

"Este é um ótimo momento de alegria e convivência entre colegas. Estão de parabéns a Dra. Zelina Caldeira e sua diretoria, pela administração perfeita e que reataram com brilhantismo as atividades da nossa AMF", Dr. Alcir Vicente Visela Chacar (ex--presidente da AMF (1977/1981)

"Vejo com muita alegria a nossa Associação Médica Fluminense sobrevivendo a várias intempéries com o passar dos anos. Também é motivo de júbilo esta ação de aglutinar a classe médica, pois o ideal médico não pode morrer nunca!", Dr. Aloysio Decnop Martins (ex-Presidente da AMF (1995/97/99)

Diretoria e ex-presidentes da AMF cantam parabéns

A Profa . Dra. Mirhelen Mendes de Abreu ministrou palestra

Diretoria da SOMERJ prestigiou o aniversário da AMF

"Está de parabéns a Associação Médica Fluminense pelos seus 89 anos de luta pela cultura, defendendo a medicina e os médicos", Dr. Clóvis Abrahim Cavacanti (presidente do SINMED de Niterói, São Gonçalo e Região).

Os primeiros pedaços de bolo para Dr. Alcir Chácar e Dr. Waldenir de Bragança

MEDICINA DIAGNÓSTICA / IRSA

IRSA: inovação tecnológica para manter a qualidade e confiabilidade de nossos exames

O **IRSA,** pioneiro em exames radiológicos em Niterói, segue uma receita de sucesso há mais de 50 anos: o perfeito balanço entre investimento em tecnologia e rigor científico

Quando pensamos em serviços de saúde, precisamos ser exigentes e meticulosos para oferecermos exames de excelência e mantermos a confiabilidade dos nossos laudos, tão apreciados pelo corpo médico de Niterói e cidades vizinhas. Ciente disso, o **IRSA** apostou em duas vertentes: o pioneirismo tecnológico e o rigor técnico de seus radiologistas, cuidadosamente selecionados pela direção técnica. "Na medicina, assim como na vida, a confiança é algo que leva anos para ser conquistada, mas que pode ser perdida rapidamente. Por isso temos um controle quase que obsessivo em nossos padrões de qualidade", afirma Andrea Fonseca, Diretora Administrativa da clínica.

Esse controle inclui revisão dos laudos e programa de atualização continuada de nossos médicos e técnicos. "Precisamos estar sempre antenados com o que acontece em nosso segmento. Por isso mudamos com frequência nosso parque tecnológico, participamos de congressos internacionais e investimos no conhecimento científico de nosso corpo clínico e assistencial. Assim, temos a segurança em oferecer o que existe de melhor para o médico que atua na ponta, no atendimento ao paciente", explica Alexandre Fonseca, Diretor Administrativo.

Renovação e aquisição de novos equipamentos

No quesito pioneirismo tecnológico, o **IRSA** fez diversos investimentos em 2018 adquirindo novos equipamentos, o qual destacamos a Ressonância Magnética Ingenia da Philips, o mais moderno equipamento de Ressonância Magnética de Niterói, trazendo confiança diagnóstica e atendendo aos desafios atuais do setor de saúde. Recentemente o **IRSA** adquiriu um novo Mamógrafo, uma nova Densitometria Óssea, os quais estarão em funcionamento brevemente. Também foram trocados os aparelhos de Ultrassonografia.

As instalações foram modernizadas e ampliadas para o melhor atendimento. Foi instalado mais um posto de enfermagem, trazendo maior segurança e conforto aos pacientes."Com a aquisição desses equipamentos e modernização de nossa estrutura, continuamos seguindo a trajetória que fez do I**RSA** referência em exames radiológicos no estado: o perfeito balanço entre tecnologia de ponta e conhecimento científico. Aliar essas vertentes garante a segurança que queremos proporcionar para os médicos e seus pacientes", finaliza Dr Luiz André Fonseca, Médico Radiologista.

Departamento de **Cardiologia**

Dr. Heraldo Victer acompanhado dos palestrantes da noite

Foram realizadas no dia 9 de agosto, no auditório da Associação Médica Fluminense, duas palestras com temas voltados para a cardiologia. O evento foi promovido pela Coordenação do Departamento de Cardiologia da AMF, sob a direção do Dr. Heraldo Victer. A presidente da AMF, Dra. Zelina Caldeira, saudou os palestrantes e médicos presentes na plateia, destacando mais um evento da AMF que visa trazer conhecimento, promovendo o reencontro desses profissionais na Casa do Médico.

A primeira palestra teve como tema "Registro de Miocardiopatias e Miocardites em crianças e adolescentes." Foi um trabalho conjunto das Dras. Ana Flavia Malheiros Torbey (Profª. do Departamento Materno Infantil da Universidade Federal Fluminense (UFF) e membro do Comitê de Cardiologia Pediátrica da SOPERJ) e Aurea Grippa (Profª. de Pediatria da Universidade Federal Fluminense – UFF, e Membro do Comitê de Cardiologia Pediátrica da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro – SOPERJ), sob a orientação do Prof. Dr. Evandro Tinoco Mesquita (Diretor Clínico do Hospital Pró-Cardíaco/Professor da Universidade Federal Fluminense.

A Dra. Ana Flávia conduziu a palestra, começando por discorrer pelos temas pertinentes sobre grupo heterogêneo de alterações estruturais e funcionais do miocárdio, etiologia variada, insuficiência cardíaca, arritmia cardíaca, transplante cardíaco e morte súbita; concluindo esta etapa que 50% das crianças portadoras de miocardiopatia dilatada evoluem com necessidade de transplante cardíaco ou óbito em cinco anos. Também fez uma descrição sobre registro de miocardiopatias e miocardites em crianças e adolescentes, que é fundamental para a compreensão da doença, além de gerar conhecimento acerca da sua história natural, evolução, fatores de risco e prognósticos.

Destacou que o obetivo primário é conhecer a prevalência dos fenótipos clínicos das miocardiopatias/miocardites e sua evolução clínica em crianças e adolescentes. E que os objetivos secundários são: 1 - descrever dados demográficos, características clínicas de pacientes com miocardiopatias atendidos ambulatorialmente e também internados com miocardite aguda. 2 – registrar os padrões de abordagem diagnóstica e clínica dos pacientes e familiares. 3 – definir o diagnóstico etiológico da cardiomiopatia (famíliar x adquirido) e 4 – realizar o rastreio dos familiares.

"A presidente da AMF, Dra. Zelina Caldeira, saudou os palestrantes e médicos presentes na plateia, destacando mais um evento da AMF que visa a trazer conhecimento."

Fotos:Daniel Latham

Prof. Dr. Evandro Tinoco Mesquita

Insuficiência Cardíaca

A segunda palestra teve como tema "Como diagnosticar a insuficiência cardíaca com fração de ejeção em 2018", e foi proferida pelo Prof. Dr. Antônio José Lagoeiro Jorge, Doutor em Ciências Vasculares – Universidade Federal Fluminense.

A seguir, parte da apresentação do

Prof. Dr. Antônio José Lagoeiro Jorge

Prof. Dr. Antônio José Lagoeiro Jorge:

"A insuficiência cardíaca é um grave problema de saúde pública, acometendo cerca de 26 milhões de pessoas em todo o mundo. Nos últimos anos a prevalência da IC vem aumentando devido principalmente ao envelhecimento da população, ao aumento da prevalência dos fatores de risco para IC como diabetes, obesidade, hipertensão arterial e doença aterosclerótica coronariana. A IC tem três fenótipos de apresentação, que são a IC com fração de ejeção reduzida (ICFER), a IC com fração de ejeção preservada (ICFEP) e a IC com fração

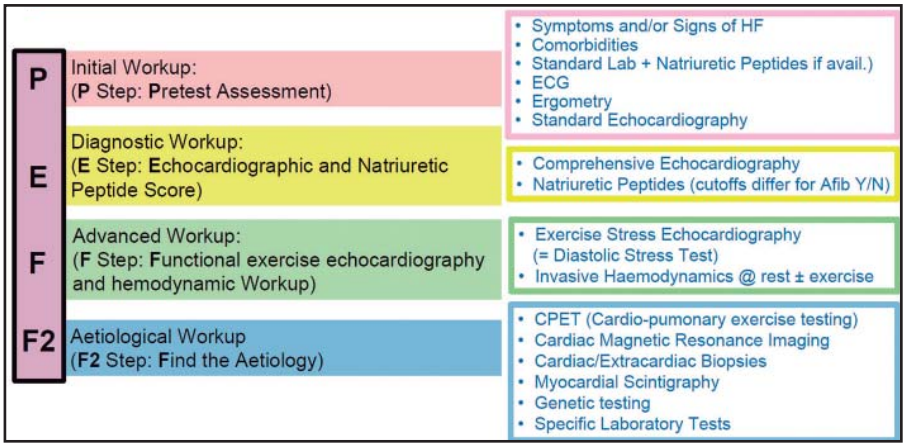
Médicos lotaram auditório e fizeram perguntas aos palestrantes

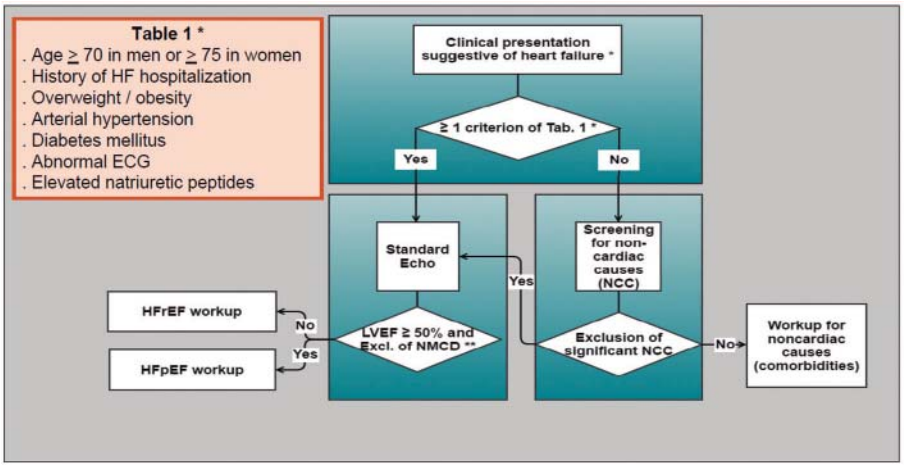
Table 3.1 Definition of heart failure with preserved (HFpEF), mid-range (HFmrEF) and reduced ejection fraction (HFrEF)

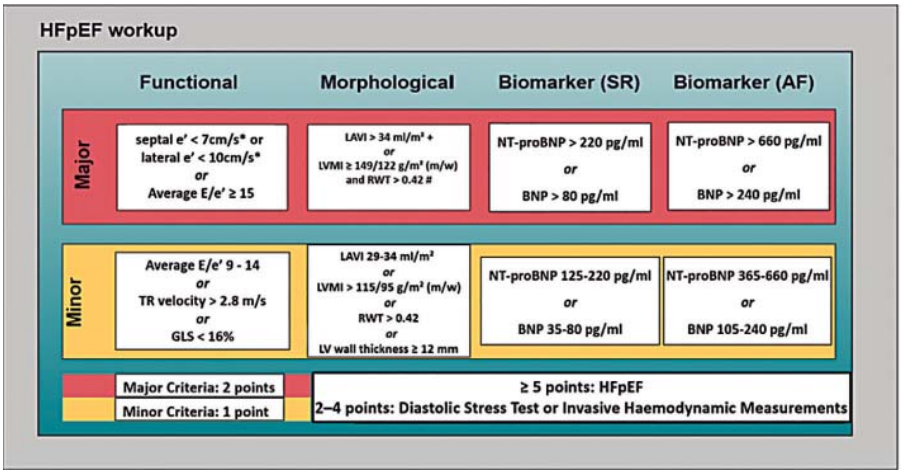
Type of HF		HFrEF	HFmrEF	HFpEF
CRITERIA	1	Symptoms ± Signs[a]	Symptoms ± Signs[a]	Symptoms ± Signs[a]
	2	LVEF <40%	LVEF 40–49%	LVEF ≥50%
	3	–	1. Elevated levels of natriuretic peptides[b]; 2. At least one additional criterion: a. relevant structural heart disease (LVH and/or LAE), b. diastolic dysfunction (for details see Section 4.3.2).	1. Elevated levels of natriuretic peptides[b]; 2. At least one additional criterion: a. relevant structural heart disease (LVH and/or LAE), b. diastolic dysfunction (for details see Section 4.3.2).

BNP = B-type natriuretic peptide; HF = heart failure; HFmrEF = heart failure with mid-range ejection fraction; HFpEF = heart failure with preserved ejection fraction; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; LAE = left atrial enlargement; LVEF = left ventricular ejection fraction; LVH = left ventricular hypertrophy; NT-proBNP = N-terminal pro-B type natriuretic peptide.
[a]Signs may not be present in the early stages of HF (especially in HFpEF) and in patients treated with diuretics.
[b]BNP>35 pg/ml and/or NT-proBNP>125 pg/mL.

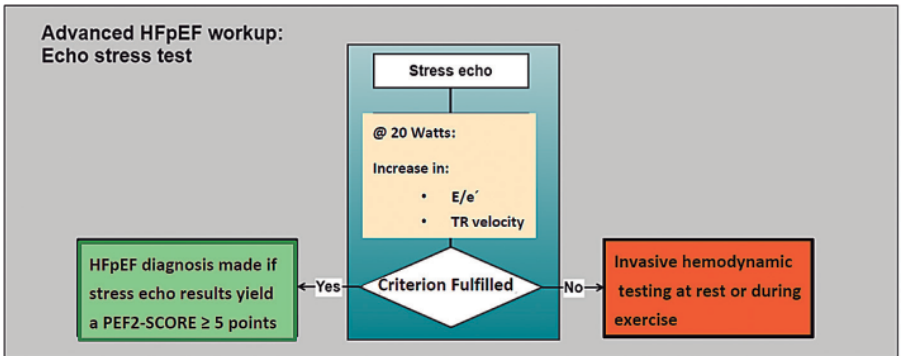
2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

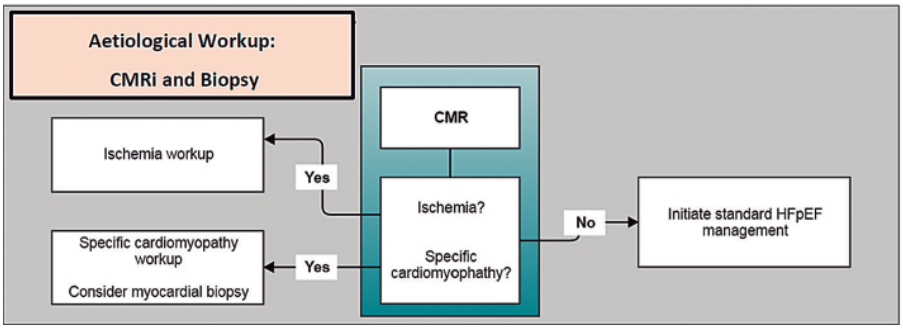






de ejeção na faixa média ICFEfm (figura 1). Entre esses fenótipos a ICFEP é o fenótipo mais prevalente, principalmente em indivíduos mais idosos. Devido a sua fisiopatologia ainda pouco compreendida o diagnóstico de ICFEP é complexo, necessitando não só do exame clinico, mas também da dosagem de peptídeos natriuréticos (BNP e NT-PróBNP) e de um ecocardiograma com Doppler tecidual para avaliação das medidas de enchimento do ventrículo esquerdo. Em alguns casos pode ser necessária também a realização do ecocardiograma de esforço e de um exame hemodinâmico invasivo. Recentemente foi apresentado no Congresso de Insuficiência Cardíaca Europeu pelo Professor Burkert Pieske, de Berlin, um novo escore para diagnóstico de ICFEP – HF-PEF2 (figura 2). A letra P de avaliação pré-teste (figura 3), a letra E de ecocardiograma e peptídeos natriuréticos (figura 4), a letra F de ecocardiograma de estresse (figura 5) e o segundo F de buscar a etiologia (figura 6). Podemos concluir que o diagnóstico de ICFEP é desafiador por que geralmente é de exclusão; e vários critérios são necessários para confirmar e excluir; e a nossa principal ferramenta para diagnosticar a ICFEP é o ecocardiograma com Doppler tecidual, e atualmente outras ferramentas como o eco de estresse e a hemodinâmica invasiva estão sendo incorporadas a metodologia para o diagnóstico da ICFEP."





Confie a saúde de sua clínica ou consultório a

QUESTOR
Soluções contábeis

Departamento de Legalização, Departamento Pessoal, Departamento Contábil, Departamento Fiscal, Consultoria Tributária, Imposto de Renda Pessoa Física, Livro Caixa e Administração de Condomínio

www.questorcontabilidade.com.br

Confiabilidade, Responsabilidade e Comprometimento

Rua Luiz Leopoldo Fernandes Pinheiro, nº 551 / Sala 1104 - Centro - Niterói
Rio de Janeiro

(21) 3617-4776
(21) 99508-8148

CHN

SABE POR QUE A EMERGÊNCIA DO CHN É A PRIMEIRA NA AMÉRICA LATINA A CONQUISTAR O PRÊMIO IQG DE QUALIDADE?

DISTINÇÃO EM
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

PORQUE ELA TEM SEIS ESPECIALIDADES E MAIS UMA, A PRINCIPAL: CUIDAR DE VOCÊ.

O CHN acaba de receber a distinção de qualidade de sua Emergência do INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO - IQG, a maior acreditadora na área de saúde da América Latina e a terceira maior do mundo, em parceria com a Abramede. Um reconhecimento pelas práticas e inovações que aumentam a qualidade de serviço aos pacientes, tornando o atendimento cada vez mais humano e seguro.

Resp. Téc.: Dra. Ilza Fellows - CRM 5244109-9

(21) **2729-1000**
chniteroi.com.br
Rua Marquês de Olinda, 29 - Centro - Niterói

Qualidade Internacional Certificada:

CHN Complexo Hospitalar de Niterói
Complexo, para valorizar a vida. Simples assim.

Simpósio sobre hanseníase

mostra diversos aspectos sobre a doença

No dia 21 de julho, na sede da Associação Médica Fluminense (AMF), em Icaraí, foi realizado o II Simpósio de Atualização em Hanseníase, coordenado pelo diretor científico da AMF, Dr. José Trindade Filho. Importância do diagnóstico precoce, técnicas de tratamento, estudo sobre reações medicamentosas e números sobre a doença foram expostos durante o evento, que aconteceu de 8h às 17h40min.

Dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro apontam que no Brasil, em 2017, foram notificados 26.889 casos novos de hanseníase, perfazendo uma taxa de detecção de 12,95/100mil habitantes. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de novos casos registrados no mundo. Somente no Rio de Janeiro, no mesmo ano, foram notificados 935 casos novos, com uma taxa de detecção de 5,59/100 mil habitantes.

As palestras começaram com as boas vindas do Dr. José Trindade Filho que chamou atenção para o pouco contágio da doença, fato que gera muitas discussões na esfera da medicina, através da palestra "Agentes Etiológicos e Quadro Clínico da Hanseníase". "O Brasil é o segundo lugar de casos de hanseníase no mundo, ficando atrás apenas da Índia. Antigamente era tratada em forma de isolamento, mas somente em 1962 foi extinta oficialmente a necessidade de isolamento compulsório", pontuou. O Dr. Egon Daxbacher, presidente da Sociedade de Dermatologia do Rio de Janeiro e médico do Hospital Federal de Bonsucesso, ressaltou o tratamento na rede pública, já que é custeado pelo Ministério da Saúde e inteiramente gratuito para o paciente. Ele discursou sobre o tema 'Tratamento Poliquimioterápico'. "Diferentemente de outras doenças o tratamento é muito eficaz e tem um tempo fixo para isso. Independe do resultado do exame baciloscópico, que é complementar. Muitas vezes o resultado continua dando positivo mesmo depois do tratamento", frisou.

A Secretária de Vigilância em Saúde

> ***"Dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro apontam que no Brasil, em 2017, foram notificados 26.889 casos novos de hanseníase, perfazendo uma taxa de detecção de 12,95/100mil habitantes."***

Fotos: Daniel Latham

Dra. Zelina Caldeira e Dr. José Trindede Filho

Maria Eugênia Noviski Gallo e Dr. José Augusto Nery

do Ministério da Saúde, Dra. Maria Eugênia Noviski Gallo, apresentou no simpósio a "Situação da Endemia Hansênica no Estado do Rio de Janeiro", e frisou a importância desse diagnóstico. "A ideia é aumentar ao máximo a capacidade da rede para diagnosticar precocemente, tratar a doença e os quadros reacionais. Garantir o acesso a fisioterapia clínica e cirúrgica. Apesar das melhorias significativas no controle da hanseníase nas últimas décadas, a doença persiste como problema de saúde pública em muitos países no mundo, inclusive o Brasil", opinou.

A Dra. Maria Leyde Wan Del Rey de Oliveira, do serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ explicou que a doença é de manifestação muito polimórfa. "Todas as especialidades médicas podem ter oportunidade de diagnosticar. Depois do trato, quando não tem mais bacilo ativo, ela tem uma reação inflamatória durante muitos anos. O diagnóstico precoce é a melhor forma de tratar a hanseníase e esse diagnóstico evita a forma contagiosa ou que as pessoas fiquem aleijadas. E pode ser dado por vários especialistas e não só o dermatologista", finalizou.

Dra. Maria Leyde Wan Del Rey de Oliveira

Após o intervalo mais três especialistas também participaram do simpósio com temas relevantes para o estudo, como por exemplo "Abordagem da enfermagem nas ações de controle de Hanseníase", ministrada pela representante da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, Dra. Cristiane Muniz Saad, que é responsável pela Gerência de Área Técnica das Doenças Dermatológicas Prevalentes da pasta. "As prioridades do programa são: implementar as recomendações nacionais para o controle da hanseníase, apoiando as unidades de saúde e coordenações de áreas na supervisão e qualificação das ações de prevenção, diagnóstico, assistência e vigilância, visando o controle da doença; qualificar os profissionais para prevenção, diagnóstico, vigilância e acompanhamento dos casos; e realizar e estimular ações educativas, de divulgação e de intensificação diagnóstica na hanseníase", disse a secretária.

Outro tema abordado foi "Mobilização local e o impacto do estigma da Hanseníase" ministrado pelo Dr. Arthur Custódio Moreira de Souza, que é coordenador Nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Durante a apresentação, chamou atenção de trabalhar, em várias áreas, o bem-estar do paciente que tem hanseníase. E "Cirurgias preventivas e reconstrutivas nas mãos em pacientes de Hanseníase" também foi outro tema do simpósio, apresentado pelo Dr. Bernardo Couto Neto, que é especialista e membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão (SBCM). Durante a apresentação, levou fotografias para exemplificar as melhorias das cirurgias desses pacientes, apresentando o "antes e depois do procedimento cirúrgico."

Espaço para prosa e verso

A Revista da Associação Médica Fluminense abre um novo espaço para anunciar seus novos associados. Esta página também está disponível para que todos possam se expressar, em prosa e verso, enviando crônicas de até 30 linhas. Neste número, temos a colaboração do Dr. Renato Bravo, que nos brinda com um "passeio" pela Sexalescência.

Sexalescência

Dr. Renato Bravo

Ao completar sessenta anos, o meu sentimento é de perplexidade! Onde foram parar todos esses anos? Ainda sou a pessoa que faz planos, nutrindo a expectativa de ser sempre esguio e com porte atlético, além de excelente condicionamento físico. Lutando para ser um profissional bem-sucedido e, ao mesmo tempo, protelando a aposentadoria. Espero pelo número cada vez maior de amigos e ainda muitos aniversários e natais com a companhia da mulher amada, filhas e netos e todos que amo.

Passei batido pela tal crise dos trinta, pois estava ocupado demais lutando pela sobrevivência. Iniciando-me profissionalmente na vida docente universitária, na clínica privada e com o nascimento de minhas filhas. No final desta década reinventei-me. Trabalhei mais ainda! Passeei bastante.

Aos cinquenta, continuava ainda construindo a vida. Nada saíra como tinha planejado para mim quando tinha vinte e cinco. Investia cada vez mais na profissão, na docência e na clínica. Aulas, congressos e trabalho me consumindo freneticamente. Nunca deixei de lado o cultivo do ócio produtivo. Assumi postos de liderança e isto me exigia demais. Profissionalmente fui me tornando referência. Incorporei óculos para leitura, medicação para controle da pressão e do colesterol. Nunca desgrudei da atividade física. Nem mesmo do paladar apurado e a apreciação pela gastronomia.

Agora, aos sessenta, me pergunto onde está o velho que eu esperava ser nesta idade?

Tive o privilégio de viver uma época de profundas e rápidas transformações em todas as áreas: de Elvis Presley e Sinatra a Michael Jackson; de Beatles e Rolling Stones a Madonna; de Chico e Caetano a Cazuza e Ana Carolina; de Cartola, Martinho, Paulinho da Viola, João Nogueira; do jazz e da bossa nova; da música clássica; dos anos de chumbo da ditadura militar às passeatas pelas diretas e impeachment; do presidente a um novo país misto de decepções e esperanças; da invenção da pílula e liberação sexual ao bebê de proveta e o pesadelo da AIDS. Testemunhei a conquista dos cinco títulos mundiais do futebol brasileiro (e alguns vexames históricos).

Nasci no ano em que a televisão chegou ao Brasil, mas minha família só conseguiu comprar um aparelho anos depois e, por meio de suas transmissões, vi a chegada do homem à lua, a queda do muro de Berlim e algumas guerras modernas.

Passei por três reformas ortográficas e tive de aprender a nova linguagem do computador e da internet, esta que até então não para de mudar. O e-mail está padecendo de caquexia, o facebook, desconfio de sua longevidade. Reinam o watsapp e instagram. Tenho intimidade com esta máquina assim como tinha com a minha Olivetti Lettera 22.

Há marcas do tempo, isto é óbvio. Não somente rugas, a calvície e os quilos a mais. Tudo fica como testemunho de minhas aprendizagens. "Ops"! Ia esquecendo. O atual IMC foi necessário, na verdade, para conter tudo o que foi conquistado até então e ainda caber tudo o que ainda quero conquistar!

Aliás, a memória (ou sua falta) merece um capítulo à parte: constantemente procuro determinada palavra ou quero lembrar o nome de alguém e começa a brincadeira de esconde-esconde. Tento fórmulas mnemônicas, recito o alfabeto mentalmente e nada! De repente, quando a conversa já mudou de rumo ou o interlocutor já se foi, eis que surge o nome ou palavra, como que zombando de mim... Mas do que é que eu estava falando mesmo? Ah, sim, dos meus sessenta. Claro que existem vantagens: pagar meia-entrada (idosos, crianças e estudantes têm essa prerrogativa, talvez porque não são consideradas pessoas inteiras), atendimento prioritário em filas exclusivas, sentar sem culpa nos bancos reservados e estacionamento com vaga exclusiva. Certamente o saldo é positivo, com muitas dúvidas e apenas uma certeza: tenho mais passado que futuro e vivo o presente intensamente, em minha nova condição de sexalescente! Explico: é a adolescência da senectude.

Fiquei velho na época errada. Não existe mais o velho. Preparei-me para a velhice e seus privilégios. Mas, ainda não vejo isto no meu longínquo horizonte. Ainda tenho muita coisa para aprender ou quem sabe, também para ensinar.

Médicos que se associaram à AMF no último trimestre:

- Dr. Aldir Guimarães Dias
- Dr. Rodolfo Berhs
- Dr. Joeber Bernardo Soares de Souza
- Dra. Suzana Carvalho Bruycker da Silva
- Dr. Holmes Antonio Vieira
- Dr. Marcos Romano Borges
- Dra. Ruth Silberman
- Dra. Ieda Lucia Gomes da Fonseca
- Dr. Igor Juliano de Paula
- Dra. Karin Fernandes Jaegger

Venha desfrutar de momentos realmente especiais

O mais Variado cardápio de frutos do mar

Almoço e Jantar

Consulte nossa Carta de Vinhos e Drinks especiais

RESTAURANTE SIRI FRUTOS DO MAR

Festas e Eventos Corporativos

Disponibilizados nosso 2º andar para realização de seu evento.

Cardápios Adaptados a sua necessidade - Espaço independente - Garçons Exclusivos

Av. Pref. Silvio Picanço, 653 - Charitas - Niterói - RJ

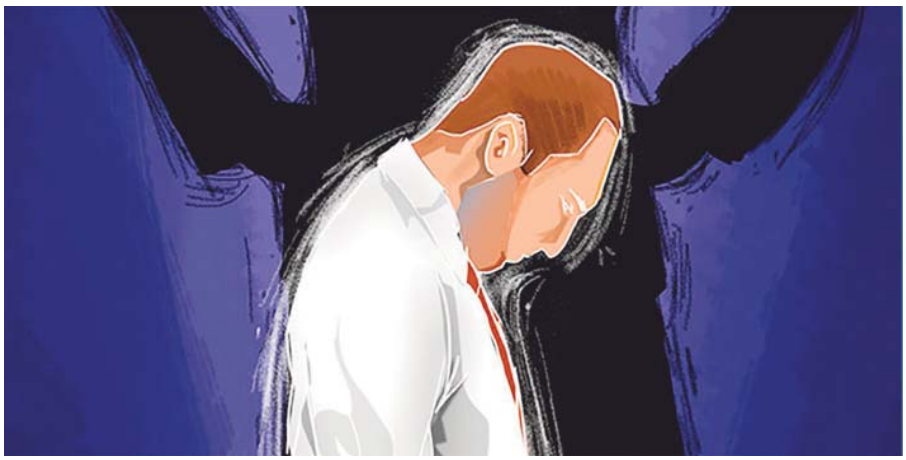
Reservas: Tel (21) 2610-6652

siriniteroi

www.siriniteroi.com.br

Assédio Moral

O assédio moral é indelevel e por medo, não há denúncias dos dissimulados agressores



> ***"É incomum denúncias de assédio moral, seja na justiça criminal, trabalhista ou mesmo no SINMED, para as devidas providências e indenizações."***

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), mais de 50% dos brasileiros sofrem assédio moral. Esse assunto passou a ser um grave problema de saúde pública, pois os abusos desencadeiam, além de inúmeras consequências, muitos transtornos psicológicos. O grande problema é a falta de denúncias e como provar o assédio moral, pois é difícil fazer a comprovação com clareza. Os juízes do trabalho entendem que o assédio acontece quando os funcionários sofrem abuso, desgaste ou insulto repetitivo.

A dificuldade é demonstrar que as provocações do superior, mesmo diárias, são abusivas. Podem ironicamente classificá-las como "brincadeiras", mesmo que de mau gosto. A gravidade dessa falsa defesa é tratar o assédio como um mal entendido.

A imposição de aumento do horário de trabalho sem justificativa, o não fornecimento de materiais necessários para o bom desempenho das atividades, humilhar o trabalhador na frente dos demais colegas, isolar, acusar, insultar, gritar e dar indiretas, configuram assédio moral.

Não permitir o uso do sanitário, ou limitando o número de vezes de sua ida ao banheiro. Não lhe dar atividades provocando sensação de incompetência, também estão incluídos no rol de agressões ao funcionário.

No caso dos médicos que trabalham em urgência e emergência, exercendo sua função sob pressão, é maior a dificuldade de caracterizar o assédio.

É comum os médicos serem tratados com sarcasmo, gritos e ofensas sutis pelos seus superiores, o que podem acarretar gastrites, úlceras gástricas, insônia, depressão, hipertensão, arterial, dentre outras patologias. Mas como comprovar o assédio?

Salvar o paciente vale mais do que os gritos infundados, desaforados e enfurecidos do chefe. Mas o assédio também afeta a capacidade no trabalho, que no nosso caso é salvar vidas.

Quando se comprova o assédio moral, a rescisão indireta é certa com o recebimento de todos os seus direitos trabalhistas. Além de comprovado crime contra a honra. Pois difamação, injúria, calúnia, constrangimento ou ameaça são inadmissíveis.

Não se pode tolerar qualquer tipo de assédio moral e este sempre deve ser denunciado. Ocupar cargos de chefia não dá o direito de humilhar seus comandados.

Dr. Clóvis Abrahim Cavalcanti
Presidente do Sindicato dos Médicos de Niterói, São Gonçalo e Região

É incomum denúncias de assédio moral, seja na justiça criminal, trabalhista ou mesmo no SINMED, para as devidas providências e indenizações.

Todos devem anotar o tipo de assédio, a data, hora e testemunhas que tenham presenciado os fatos. Destacar quem foi o agressor e tudo o mais que for relevante, como gravações, vídeos, e-mails, rede social e tudo que prove o tipo de assédio moral sofrido, para que o agressor não tenha o descaramento de alegar mais uma vez que "não passou de uma brincadeira, não entendida".

SINMED não recua da sua luta pelo trabalho médico

Durante décadas, o Sindicato dos Médicos de Niterói, São Gonçalo e Região utiliza todos os espaços na mídia, simpósios e palestras em defesa do trabalho médico. Foram inúmeras as lutas e denúncias, principalmente no Ministério Público do Trabalho (MPT), sobre as péssimas condições de trabalho oferecidas aos médicos, assim como os salários aviltantes e ambientes sem condições mínimas de atendimento à população. Mas o sistema, que engloba poder público e inciativa privada, sempre sai vencedor.

A precarização do trabalho médico, que no início surgiu como uma exceção sob a alegação do poder público de que era "para não ferir a Lei de Responsabilidade Fiscal", acabou se tornando uma regra, que trouxe prejuízos para os profissionais de Saúde e a população em geral. Na arquitetura desse descalabro que desafia as leis, incluem-se contratos temporários, que se tornam definitivos e sem qualquer garantia trabalhista, como férias, décimo terceiro salário, licença maternidade, abono de faltas em caso de doença, entre outros.

Outros elementos marcantes desse "pacote de maldade" são: a pejotização do trabalho médico; a terceirização do trabalho através de Fundações, pseudo Cooperativas e OSs; congelamento da Tabela do SUS, há muito defasada, acarretando o desequilíbrio das contas hospitalares; e a constante falta de equipamentos e medicamentos nos serviços públicos de saúde, com salários aviltantes, sem PCCS, acarretando o abandono dos médicos desses setores.

Um diagnóstico feito pelo Tribunal de Contas da União (TCU), apresenta evidências gritantes de inaptidão gerencial, que se juntam a demandas crônicas, algumas até ditadas por problemas de verbas, principalmente por sua má aplicação, como déficit de pessoal, redução acentuada do número de leitos oferecidos pelo SUS (principalmente na gestão da presidente Dilma Rousseff). Há outros dados igualmente preocupantes, como superlotação das emergências e a anômala situação de haver uma concentração de leitos de UTI fora do SUS, num país em que a maioria da população é usuária do sistema público.

Governos municipais, estaduais e a própria União, optaram por gestões baseadas em metas, em vez de ideologia, e com cobrança de produtividade. Caso, por exemplo, da administração de hospitais por organizações sociais, experiência praticamente falida, ou por fraudes ou por falta de repasse de verbas à essas instituições, que ficam sem poder pagar aos profissionais e abandonam as unidades de saúde.

Na rede privada os planos de saúde focam no aumento de "vidas", sem ampliar sua rede credenciada e não valorizando o trabalho médico, pagando bem menos que os valores preconizados pela AMB pelas consultas e procedimentos. Reajustam os valores das mensalidades dos usuários, sem aumento de honorários. Também contribui para este conjunto de problemas a pequena rede dos médicos credenciados com grande número de usuários, causando demora nas marcações de consultas.

Para combater essa distorção, os Sinmeds, além da negociação direta com as empresas, cobram da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) uma nova contratualização, que inclua índices de reajuste dos honorários e periodicidade de sua aplicação através de data base e negociação coletiva com as entidades médicas. Essa proposta foi entregue à ANS, mas até o momento não houve resposta.

Jovens médicos evitam serviço público

Entre os fatores que dificultam a adesão dos médicos jovens ao serviço público, o principal é a falta de condições adequadas de trabalho, baixa remuneração e a falta de um Plano de Cargos Carreira e Salários. Ocorre, assim, a necessidade de vários vínculos empregatícios para compor a renda (64%) com carga horária excessiva (60,3%). Ainda sobre esse tema, 84% dos egressos declararam que a qualidade das condições de trabalho é o principal determinante para fixação em um emprego público, após o fim da graduação ou da residência médica. Em seguida, foram apontados o nível de qualidade de vida (66,2%) e a remuneração (63,1%).

Vontade de fazer o bem motiva a escolha da profissão

O que leva uma pessoa a escolher a medicina como profissão? Para 63,5% dos médicos jovens, recém-graduados nas universidades brasileiras, essa decisão foi pautada pela vontade de fazer o bem, ajudando o seu semelhante. Entre outros motivos que justificam a decisão aparecem, respectivamente, o interesse pelo organismo humano e o processo que leva ao seu adoecimento e o estabelecimento da relação médico-paciente.

> ***Constituição Federal Art. 8º - III – 'Ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas.***

Esse também foi um dos tópicos avaliados em pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CFM).

O trabalho, que contou com o apoio da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, buscou avaliar diferentes percepções dos egressos sob aspectos da vida profissional e sua relação com a medicina.

Para 46,7% dos entrevistados, caso as condições de trabalho, remuneração e extensão de jornada fossem equivalentes em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e particulares ou de planos de saúde, a opção seria atuar exclusivamente na rede pública. Na avaliação de 41% dos respondentes, o modelo de emprego seria indiferente. Apenas 12,2% optariam pelo setor privado.

Esse resultado demonstra a influência que o ambiente no qual o médico se insere tem na hora de manifestar suas opções profissionais. Os percentuais também dialogam com os dados da demografia médica, outro estudo também organizado pelo CFM. Nele, foram ouvidos 2.400 médicos brasileiros, de diferentes idades e momentos da carreira, e constatou-se que 58,2% deles atuariam no setor público, caso fossem oferecidas as mesmas condições de trabalho da iniciativa privada.

Neste panorama está incluído o professor de medicina. Hoje, o professor-doutor acumula funções nas emergências e UTIs de hospitais-escolas, prestando socorro imediato a pacientes. Com esta mais-valia (expressão criada por Karl Marx que significa parte do valor da força de trabalho dispendida por um determinado trabalhador na produção e que não é remunerado pelo patrão), a qualidade do ensino médico se prejudica. O médico continua trabalhando em péssimas condições, com aviltantes salários em um emaranhado de tensões e contradições, sem tempo para se cuidar e conviver com seus familiares.

Lei Federal 10.048/00

Para os que iniciam a leitura deste artigo, vale a pergunta: - "Você sabe que lei é esta? Do que trata?" Seguramente, pela numeração, poucos saberão. Mesmo que se informe haver ela sido regulamentada pelo Decreto nº 5.296/04, a ignorância (no exato sentido de ignorar = desconhecer – não se ofendam) persistirá. Eu mesmo pesquisei para saber o número desta lei, que versa sobre algo que todos temos conhecimento na prática.

O Brasil tem milhares e milhares de leis – Federais, Estaduais, Municipais – e apenas algumas são memorizadas, e somente por aqueles que, por dever de ofício, trabalham com elas. A grande maioria do povo brasileiro, cordato, honesto, respeitoso e respeitador, agindo segundo os costumes de bem viver e conviver, não necessita de leis, para tutelá-lo. Consequentemente, ignora-as , pelo menos no que se refere ao seu numeral. O essencial é seguir e praticar bons costumes. É por isso que poucos saberão o conteúdo da referida lei apenas com referência ao seu número. Entretanto, se dito tratar-se da lei que regulamenta o atendimento preferencial ou prioritário a idosos, padecentes de necessidades especiais, gestantes, lactantes, adultos com menores no colo, todos se lembrarão.

O espírito da mesma é louvável, e ela seria desnecessária caso todos tivessem comportamentos virtuosos. Porém, não é o que ocorre.

Portanto, em existindo, faz-se imperiosa a exigência de seu cumprimento. Mas, também, não é o que se observa. Bancos, supermercados, transportes coletivos etc, estampam os dizeres da lei mas não a cumprem. Por outro lado, os beneficiários da mesma não exigem a sua observância, exatamente por serem de um extrato social fragilizado – o ônus da queixa torna-se maior que o da acomodação.

Assim, deparamo-nos com bancos que demoram mais para atender àqueles que portam senhas preferenciais que àqueles outros de atendimento normal. Quem frequenta bancos sabe que isso é uma verdade. Como também não é menos verdadeiro que as caixas reservadas em supermercados para atendimento especial, não cumprem suas finalidades. Já vi garotões nelas postados, à frente de idosos, para pagar uma garrafa de cerveja gelada que sorvem com prazer. – Pode? – Claro que não, mas a gerência do estabelecimento nada faz para coibir. Nos coletivos, o comportamento se repete – jovens, ou adultos, ocupando assentos reservados, olham proposital e distraidamente pela janela, enquanto um idoso, um deficiente físico ou uma grávida esforçam para se equilibrar nas oscilações produzidas por guinadas bruscas, por freadas ou no aperto interno. Ninguém reclama, ninguém coíbe. Não há fiscalizações para esses abusos e desrespeito à lei.

No Brasil, as leis são respeitadas apenas por aqueles que não necessitam delas, por já possuírem comportamento exemplar. Logo, há que se exigir seu cumprimento por aqueles que insistem em desrespeitá-las.

Seria importante a cobrança ao sistema bancário, aos supermercados e congêneres, aos responsáveis pelos transportes coletivos, enfim, a todos sobre os quais recai a obrigação do cumprimento da Lei Federal 10.048/00, bem como educar a população para respeitá-la.

É uma esperança... porém sem muita convicção de que possa se tornar uma realidade. Afinal... olhemos ao redor...

"No Brasil, as leis são respeitadas apenas por aqueles que não necessitam delas, por já possuírem comportamento exemplar. Logo, há que se exigir seu cumprimento por aqueles que insistem em desrespeitá-las."

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Presidente da ACAMERJ
Professor Emérito da UFF
Titular da AFL

Três destinos para sua viagem de férias

EGITO
COM CRUZEIRO PELO RIO NILO & EXTENSÃO A HURGHADA

GRUPO EXCLUSIVO: CARNAVAL 2019

COM ACOMPANHAMENTO DESDE O BRASIL

SAÍDA: 24/2/2019
13 NOITES

PASSAGEM AÉREA · HOSPEDAGEM · CRUZEIRO · TRANSFERS IN/OUT · VISITAS · SEGURO VIAGEM

a partir de:
ENTRADA DE R$ 3.586,
+ 9x R$ 1.592,
*Preço por pessoa em apto. duplo.
(Total R$ 17.914, valor referente a US$ 4.215,)

GRÉCIA
COM CRUZEIRO

COM ACOMPANHAMENTO DESDE O BRASIL

SAÍDA: 18/5/2019
10 NOITES

PASSAGEM AÉREA · HOSPEDAGEM · TRANSFERS IN/OUT · CRUZEIRO · PASSEIOS · REFEIÇÕES · SEGURO VIAGEM

a partir de:
ENTRADA DE R$ 3.526,
+ 9x R$ 1.568,
*Preço por pessoa em apto. duplo.
(Total R$ 17.638, valor referente a US$ 4.570,)

ORLANDO
FLY AND DRIVE

CARNAVAL 2019

SAÍDA: 3/3/2019
8 NOITES

PASSAGEM AÉREA · HOSPEDAGEM · CARRO · SEGURO VIAGEM

A partir:
ENTRADA DE US$ 216, + 9x US$ 96,
*Preço por pessoa em apto. quádruplo.
(Total US$ 1.080,)

Valores e disponibilidade sujeitos a variação sem aviso prévio

Informações

TravelMATE
INTERCÂMBIO & TURISMO

Desconto especial de 5% para associoados da AMF

Rua Cel. Moreira César, 229 / loja 216 - Shopping Icaraí
Tel: (21) 3674-3008 / 98102-4372
niteroitravelmate.com.br

Dr. Joeber Bernardo Soares de Souza

Formado em pneumologia , o Dr. Joeber Bernardo Soares de Souza se diz um apaixonado por sua especialidade, onde pode exercê-la com ética e amor, "no sentido de motivar minhas ações para a prática do bem individual e coletivo." Ele também declara seu amor pela família e deixa uma mensagem muito importante para os jovens médicos.

Tempo de formado:
Vinte e três anos

Especialidade:
Pneumologia

Formação:
Médico do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário/UFF desde 2012;
Mestrado pela Universidade Federal Fluminense, 2015-2017;
Especialização em Gestão Hospitalar – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ 2006-2007;
Residência em Clínica Médica e Pneumologia – Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF, 1996-1998.

Se não fosse médico, seria:
Mesmo a minha admiração pelo direito, pela arquitetura, pela matemática e poesia, não consigo me ver em outra profissão.

Por que escolheu essa especialidade:
Sempre busquei na minha formação uma visão holística da saúde e pude atuar como clínico geral, médico generalista e supervisor clínico no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói e na Fiosaúde/FIOCRUZ, Porém o contato desde acadêmico na iniciação científica na pneumologia e no Programa de Combate à Tuberculose me aproximou de forma apaixonante por essa especialidade que exerço com responsabilidade, ética e amor, no sentido de motivar minhas ações para a prática do bem individual e coletivo.

Fato mais marcante na profissão:
Olhar o outro e enxergar em nós mesmos a capacidade plena do cuidado como uma forma de transformação do indivíduo no seu sentido mais amplo.

O que representa a AMF:
A AMF, com todo seu passado e presente de glória, alicerçados nos melhores pensamentos da saúde humana, exerce seu papel aglutinador e facilitador do conhecimento médico com o objetivo nobre de trazer à luz o debate de assuntos de grande interesse da sociedade médica e não médica.

Hobby:
Golfe, um esporte cujos adversários são o ambiente e a natureza humana.

Livro preferido:
Numa época de eleição onde o foco principal, infelizmente, é a economia – O Livro: 23 COISAS QUE NÃO NOS CONTARAM SOBRE O CAPITALISMO – DE HÁ-JOON CHANG, traz sob um foco iluminado, os maiores mitos do mundo que vivemos e como reconstruir a economia mundial. Após essa leitura, parafraseando o querido e falecido jornalista Alberto Dines, do Observatório da Imprensa, você nunca mais vai ler jornal do mesmo jeito.

Sua inspiração na profissão:
Viver o Amor, Cristiana e Amar a Vida, Rafaela.

Qual a importância da família na vida do médico:
Alicerce, contraponto e motivação.

Programa imperdível:
Reunião e viagem com os amigos e a família, e a discussão de um bom caso clínico.

Música:
My Way – Frank Sinatra

Frase para a posteridade:
"A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê". (Arthur Schopenhauer)

Mensagem aos jovens médicos:
Se no caminho, em algum momento você achar que não tem o dom de cuidar, não desanime, não desista, pois a genialidade médica é 99% transpiração.

Obrigada por
me fazer viver melhor
para aproveitar
estes momentos.
18 de outubro, Dia do Médico.
Esse cuidado fica para sempre.
CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.
Unimed
Leste Fluminense
ANS - Nº 34.273-1

Festa do Dia do Médico
terá rock e samba

A Associação Médica Fluminense mais uma vez vai comemorar o Dia do Médico com cerimônias e festividades que já se tornaram uma tradição marcante no município de Niterói. Honrando o nome de A Casa do Médico, a AMF já tem pronto o programa de atividades para celebrar a data. No dia 18 de outubro (Dia do Médico), as homenagens começam às 8 horas, com uma Missa na Capela de São Lucas, na sede da AMF. Logo a seguir será servido um farto café colonial.

Culminando a parte solene, serão homenageados nomes relevantes da medicina que se destacaram no cenário niteroiense. São eles: Dr. Benito Petraglia, Dr. José Reis Rosati, Dr. Pietro Accetta com o título de "Personalidade Médica do Ano", Dr. Heraldo José Victer, título "Mérito Associativista do Ano". Também será laureado o Dr. José Dutra Bayão, com a outorga da Medalha José Hermínio Guasti.

No dia 26 de outubro acontece a 17ª edição do tradicional baile do médico, no Praia Clube São Francisco. As atrações musicais serão a banda BR-80 e a bateria do Bloco Rio Folia.

A Banda BR-80 abre a festa, a partir das 21 horas. A Banda BR-80 foi criada em janeiro de 2002 com o objetivo de fazer um tributo ao Pop Rock nacional nos anos 1980. Com o tempo a banda passou a Incluir em seu repertório sucessos de outras épocas. Com um show envolvente e marcante do início ao fim, é impossível alguém ficar parado. No repertório, sucessos marcantes de artistas consagrados como: Paralamas do Sucesso, Barão Vermelho, Lulu Santos, RPM, Titãs, Legião Urbana, Biquini Cavadão, Capital Inicial, Cazuza, Ultraje a Rigor, João Penca, Kid Abelha, Lobão, Marina Lima, Roupa Nova, Skank, Jota Quest, O Rappa, Blitz, Cidade Negra, Roberto Carlos, Los Hermanos, Tim Maia, Guilherme Arantes.

A noite vai encerrar com muito samba no pé. É que entrará em cena a bateria do Bloco Rio Folia, cujos ritmistas prometem bastante suingue com sua percussão de rimos variados e paradinhas. .

Os médicos que desejarem participar dessa festa de congraçamento, promovida pela Associação Médica Fluminense, podem adquirir os convites que já estão à venda. Os associados da AMF têm preços especiais.

As informações podem ser obtidas pelos telefones 21 2710-1549 e 98860-1549.

A Banda BR-80 vai agitar a festa neste ano

Médico,
parabéns pelo seu dia

À você que nos ajuda a nascer
Que nos puxa pra vida
Que nos vê chorar
Que acha lindo nosso sorriso
Conhece as causas e muitas vezes
A solução dos nossos problemas.

À você que luta por uma vida
Como um guerreiro luta pela
Vida de todo o universo
Que cria e percorre caminhos
Para salvar vidas
E ainda assim, quando sem solução,
Parece que, doado por Deus,
Carrega escondido
Um fio de vida.

À você que com dor e sofrimentos
Nos tenta explicar a morte
E que com exultante alegria
Nos traz boas novas de vida.

É... é de você mesmo,
jaleco branco,
Estetoscópio nos ombros
Que estamos falando.

Só queremos dizer mais uma coisa...

Muito Obrigado!

18 de Outubro
Dia do Médico

ASSE

grupo asse

Vitor Marinho
Diretor
21 2216-9900 ramal 9914
21 98766-7574
diretoria@asse.com.br
vitormarinho@asse.com.br

www.grupoasse.com.br | Rua Teófilo Otoni, 15/12° andar - Centro - 20090-080 - Rio de Janeiro - RJ

Há 45 anos assessorando profissionais da área de saúde

UNICRED

Planejar
para viver melhor

Vivemos um momento econômico bastante conturbado no país. Temos grandes preocupações quanto à educação, saúde, segurança financeira. Assim há a necessidade de planejamento para o futuro. Não podemos apenas ir ao mercado "pegar o peixe" já limpo, devemos aprender a pescá-lo. Junto à crise financeira chegam muitos questionamentos e inseguranças, levando-nos às mudanças de comportamento, devemos olhar para o nosso futuro e de nossa família. Então, diante das incertezas que nos rondam é mister planejarmos.

Desta maneira, precisamos nos organizar a planejar em curto, médio e longo prazo. E as Cooperativas de Crédito (UNICRED) possuem grande responsabilidade na formação de estratégias que auxiliem os cooperados/associados no gerenciamento dos assuntos financeiros pessoais e familiares para que possa atingir sonhos e objetivos. Mas para isso existem profissionais qualificados para que melhores práticas sejam adotadas dentro de uma conduta ética e com responsabilidade. Dependendo do momento de nossa vida, na fase de construção estaremos voltados para os mais diversos financiamentos, empréstimos, gastos com cartões de crédito. Em seguida, estamos voltados para a aquisição de imóveis e fazer investimentos. E, numa fase mais avançada da vida estaremos propensos a trocar a casa maior por uma menor (diminuição de gastos), maximizar a utilização da renda de aposentadoria e pagar o plano de saúde (cada vez mais caro).

Mas, como fazer o planejamento familiar? Primeiramente devemos identificar quais são os nossos sonhos. Queremos ser felizes ou ficar ricos? Diante de nossas escolhas devemos construir uma planilha financeira na qual entendamos nosso fluxo de caixa e nosso balanço patrimonial, ou seja, conhecermos nosso ativo, passivo e, consequentemente, o patrimônio líquido que possuímos. Caso identifiquemos estar no "negativo", a melhor saída é a renegociação das dívidas. É importante separarmos uma parcela de nossos proventos para investimentos, sendo que ocorrer no início do mês. Se postergarmos para o fim do mês, provavelmente não lograremos êxito. Importante também diversificarmos nossos investimentos; desta maneira, caso uma carteira não traga a rentabilidade necessária, uma outra a compensará. Dentre as maneiras de construção de uma reserva financeira podemos utilizar a renda fixa, a renda variável, o fundo de investimentos. Uma outra forma de assegurarmos nosso futuro seria investimentos em previdência privada; podemos estipular o valor que queremos ter como aposentadoria e investimentos mensalmente, até que ela ocorra.

Portanto na UNICRED encontramos profissionais capacitados e treinados para nos auxiliar no planejamento familiar e sucessório desde nosso nascimento até a maturidade. Seus produtos e serviços que nos permitiram a possibilidade de diversificação de investimentos em várias modalidades de negócios com segurança e garantias podendo nos atender em todas as fases da vida.

> ***"É importante separarmos uma parcela de nossos proventos para investimentos."***

Dr. Helder José Alves Machado
Urologista

Dr. Luiz Fernando Fonseca de Souza
Cardiologista

MBA Executivo em Administração:
Cooperativas Financeiras pela FGV
Conselheiros de Administração na Unicred Niterói

+PRÓSPERA
+CONECTADA
+COOPERATIVA
+COLABORATIVA
Premium em atendimento e excelência, a Unicred está sempre pronta para oferecer os melhores produtos e serviços aos seus cooperados.
Conte com a Unicred em todos os momentos.
unicred.com.br/niteroi | /unicredrjmt
UNICRED

13 de junho de 2018
Evento: Tromboembolia Pulmonar
Coordenação: Departamento de Cirurgia Vascular
Coordenador: Dr. Enildo Ferreira Feres

21 de julho de 2018
Evento: II Simpósio Atualização em Hanseníase
Coordenação: Departamento de Dermatologia
Coordenador: Dr. José Trindade Filho

28 de julho de 2018
Evento: Controle de Dopagem
Coordenação: Departamento de Medicina do Exercício e do Esporte
Coordenador: Dr. Paulo Afonso Lourega de Menezes

09 de agosto de 2018
Evento: Insuficiência Cardíaca
Coordenação: Departamento de Cardiologia
Coordenador: Dr. Heraldo José Victer

11 de agosto de 2018
Evento: Simpósio de Especialista Para Especialistas "Saúde do Idoso sob diversas Especialidades"
Coordenação: Departamentos de Geriatria e Neurologia
Coordenadora: Dra. Vilma Duarte Câmara

11 de agosto de 2018
Evento: Disfunção Eretíl e Fatores de Risco Cardiovascular
Coordenação: Departamento de Cardiologia
Coordenador: Dr. Heraldo José Victer

26 de setembro de 2018
Evento: Feridas de Origem Vascular
Coordenação: Departamento de Cirurgia Vascular
Coordenador: Dr. Enildo Ferreira Féres

Participe das nossas programações!
Informações: (21) 2710-1549 | 98860-1549 | facebook.com/associacaomedicafluminesne | www.amf.org.br | amf@amf.org.br

A nova opção em exames cardiológicos e ultrassonografia

MED EXAMES
TECNOLOGIA & HUMANISMO

Exames cardiológicos

Eco Doppler Cardiograma em cores
Eco Doppler das Carótidas e Vertebrais
Eco Doppler das Artérias e Veias
Ergometria - Holter - M.A.P.A. - ECG

Exames ultrassonográficos

Abdominal - Mamas - Tireóide - Transvaginal

Exames laboratoriais e Anatomia Patológica

Aceitamos os principais convênios
Rua Presidente Backer, 128 (ao lado do Banco do Brasil) - www.medexames.med.br

Tel: 3674-2100 e 3674-4545

Apresentamos aqui o Clube de Benefícios AMF

Em qualquer destes estabelecimentos, você associado terá descontos nos serviços e produtos:

Desconto de 30% nas atividades esportivas (natação) e 20% nas atividades de fisioterapia e hidroterapia para associados e dependentes.
www.aquafishniteroi.com.br
Tel: (21) 2611-1984 / 27119033

Facilitando a sua vida
Desconto de 15% em todos os serviços.
contato@makingeasy.com.br
www.makingeasy.com.br
Tel: (21) 99892-6860

Instituto Brasileiro de Línguas Icaraí.
http://unidades.ibl-idiomas.com.br/icarai/
Para os associados da AMF serão concedidos 50% desconto nos idiomas Inglês, Espanhol e Francês e 40% de desconto nos idiomas Alemão, Italiano e Japonês

Rose & Cia
Serviços Ambulatoriais
Desconto de 4% para faturamento médico e 20% para locação de consultório médico.
www.roseecia.com -
Tel: (21) 2618-0468 / 21 3628-0461

Desconto de 20% em todas as atividades.
www.metodosupera.com.br
Tel: (21) 2704-0012

Desconto de 20% em serviços pontuais
Tel.: (21) 2220-0569
www.marketmed.com.br

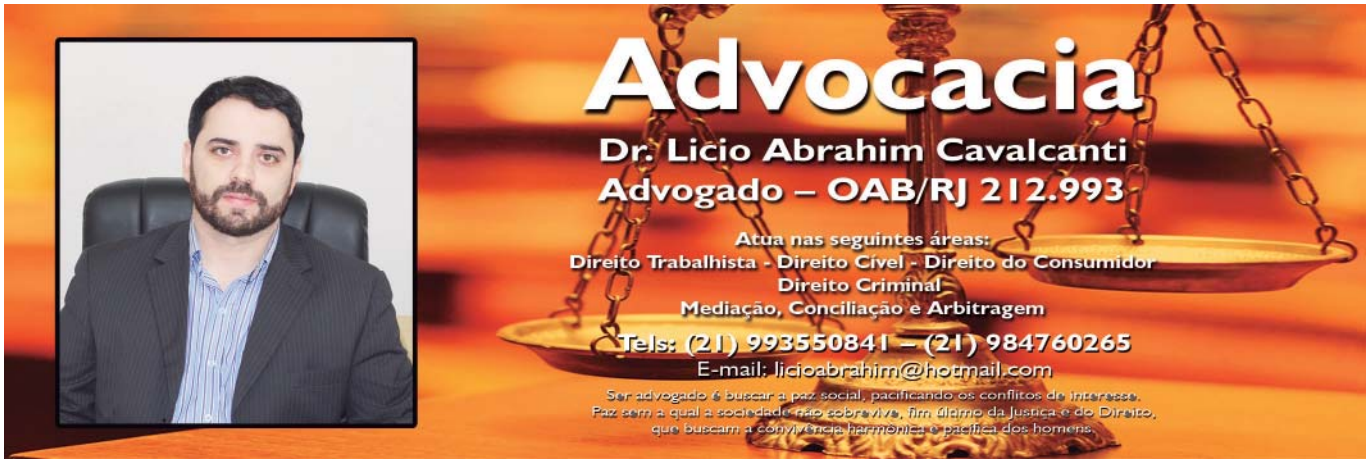
Desconto de 35% nas mensalidades da Academia de Ginástica Symbol, situada na sede da AMF e filial de Pendotiba.
www.symbolacademia.com.br
Tel: (21) 2612-1221 / 2616-6040

Desconto de 5% em cursos

Desconto de 20% nos serviços

O associado da AMF dispõe também de:

Consultoria jurídica subsidiada.
Desconto de 30% para locação do salão de eventos da AMF;
Desconto de 50% para locação das salas de conferência;
Desconto de 50% para locação da churrasqueira
Utilização livre da piscina nos finais de semana e durante a semana sem acompanhamento de professor de natação.



Uma **grande estrutura** para atender você **cada vez melhor.**

HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

Alameda São Boaventura,321, Fonseca - Niterói - RJ.
Tel.: (21) 3578-3636 - www.hospitalalameda.com.br

Quando se trata da saúde de meus pacientes, eu quero o melhor. Por isso escolho o IRSA
O IRSA possui os mais modernos equipamentos e uma equipe médica de alto nível.
Por isso ganhou a confiança do mais exigente dos públicos: o seu médico.
IRSA
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
www.irsa.med.br
CENTRAL DE MARCAÇÃO 2729 1669
UNIDADE ICARAÍ | Rua Domingues de Sá, 321
UNIDADE CENTRO | Av. Ernani do Amaral Peixoto, 178, salas 103 a 205
Ressonância Magnética | Tomografia Computadorizada | Ultrassonografia
Densitometria Óssea | Doppler Colorido | Mamografia digital | Radiografia Digital