

Revista
Associação Médica Fluminense
amf



Ano XVI - n° 78 - Jan/ Mar 2019
ISSN n° 1809-1741
Órgão Oficial - Filiada à Somerj
Você encontra a Revista AMF
no site: www.amf.org.br



Pneumonia de Hipersensibilidade

E ainda:

- O Dia Mundial do Rim e a importância das doenças renais.
- Bacteriúria assintomática x infecção de trato urinário. Quando tratar?



Dr. Joeber Bernardo Soares de Souza

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

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

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

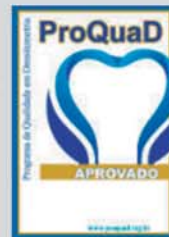
E muito mais...

**QUALIDADE
CERTIFICADA**

Padi

CBR

Somos a 1ª Clínica de Imagem
Certificada no Estado
do Rio de Janeiro



Certificação em
Densitometria Óssea.



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!

Em meio a inovações e tecnologias avançadas na medicina, grandes discussões têm surgido no exercício da profissão e atividades médicas. As pesquisas em métodos diagnósticos e terapêuticos devem ser incentivadas. Por outro lado, investimentos sociais são necessários, além da implementação na assistência básica, prevenção e promoção à saúde. Grande parte das questões de saúde está relacionada à pobreza, à falta de acesso e informação, assim como à qualidade de vida.

É importante que o ser humano receba cuidados desde o processo da gestação e que se perpetue nas diversas fases da vida, permitindo-se alcançar uma senescência saudável. Os primeiros anos são primordiais para o desenvolvimento da criança e assim se segue, a cada fase da vida.

Em 7 de abril, comemora-se o Dia Mundial da Saúde, data instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, tendo como objetivo a conscientização da importância da preservação da saúde e que esta tenha um alcance universal, "Saúde para todos", tema estabelecido em 2018. O entendimento de saúde universal exige o envolvimento de vários setores da sociedade para combater a pobreza, as lacunas educacionais e as condições de vida precárias, entre outros fatores que influenciam a saúde do indivíduo.¹ Para 2019, a OMS traçou metas visando ampliar o acesso à assistência, principalmente nos países em desenvolvimento, assim como na prevenção de doenças evitáveis, sejam essas infecciosas, através da utilização das vacinas, ou doenças crônicas, não transmissíveis, muitas relacionadas com hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo etc. Prioridades foram estabelecidas tais como: "combate à poluição ambiental e às mudanças climáticas, infecções transmissíveis como o ebola, a dengue, a gripe e o HIV,

doenças crônicas e outros desafios de saúde pública."²

Ao longo do ano têm sido estabelecidas datas, motivadas pela importância epidemiológica, para celebrar algumas patologias, mundialmente e, também, no âmbito nacional. Nesse primeiro trimestre, cita-se 14 de março, o Dia Mundial do Rim. Tema abordado nessa edição chama a atenção para o diagnóstico precoce e consequências da doença renal. Ainda no mês de março não se pode deixar de citar, pela grande relevância, o Dia Mundial da Tuberculose, 24 de março.³

De acordo com a OMS, cerca de 10 milhões de pessoas adoecem por tuberculose e ocorrem 1,3 milhão de óbitos por ano em todo o mundo.^{3,5} O recrudescimento da tuberculose em consequência da epidemia de AIDS, o aumento do número de casos de tuberculose resistente aos medicamentos e a concentração da TB em populações mais vulneráveis socialmente, mantém a doença como um grave problema de saúde pública.⁴ No Brasil, a tuberculose corresponde a quarta causa de mortes por doenças infecciosas. Há registros de 72.788 casos novos em 2018, e 4,5 mil óbitos em 2017, equivalendo a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 hab.⁵

Outros temas de importância são explanados nessa edição com o objetivo de contribuir para a atualização médica. "Pneumonia de hipersensibilidade", patologia que muitas vezes tem seu diagnóstico retardado, como se refere o autor Dr. Joeber B. S Souza, e faz diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares. "Bacteriúria assintomática, infecção urinária. Quando tratar?"; "Uso cosmético da toxina botulínica tipo A" etc.

Boa leitura!



Dra. Zelina Caldeira - Presidente da AMF

Referencias bibliográficas:

1 - <https://www.paho.org/bra>. Dia Mundial da Saúde 2018 | Saúde universal: para todos, em todos os lugares.

2 - <https://nacoesunidas.org/oms-define-10-prioridades-de-saude-para-2019>.

3 - <https://www.paho.org/bra>. Dia Mundial da Tuberculose.

4 - Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2018.

5 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: Evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Boletim epidemiológico: vol 50, março de 2019.

Editorial

Xxxxxx xxx xxxxxxxx

Pág. 03

Artigo Científico

Pneumonia e Hipersensibilidade.

Pág. 06

O Dia Mundial do Rim e a

importância das doenças renais.

Pág. 11

Bacteriúria Assintomática x Infecção

de Trato Urinário. Quando tratar?

Pág. 16

Uso cosmético da toxina botulínica
tipo A.

Pág. 19

SinMed

Enverga mas não quebra.

Pág. 26

Informe

Livro reconta a medicina em

Niterói.

Pág. 28

Conversa com Especialista

Pé Torto Congênito (PTC) e os

desvios da ciência.

Pág. 30



Turismo

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Pág. 32

Eu, gournert...

Casal Gourmet

Gilvan e Tania Muzy

Pág. 34

Acamerj

Novos tempos novos dias.

Pág. 38

Perfil

Dra. Mariana Silva Abunahman.

Pág. 39

Agenda

Pág. 40

Livro em Foco

O falecido Mattia Pascal

Pág. 44

Clube de benafícios

Pág. 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

Waldemar de Bragança

Membros Efetivos

Ana Cristina Peganha Dantas

Anadeje Maria da Silva Abunahman

Antonio Orlando Respeita

Carlos Alberto de Oliveira Cordeiro

Clovis Abraham Cavalcanti

Eliane Bordalo Cathala Esberard

Emanuel Decnop Martins Junior

Heraldo José Victor

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 XVI - nº 78 - Jan / Fev / Mar - 2019

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: XXXXXXXXXX

Fotos: Daniel Latham

Supervisão de Circulação:

LL Divulgação Editora Cultural Ltda

Tiragem: 5 mil exemplares

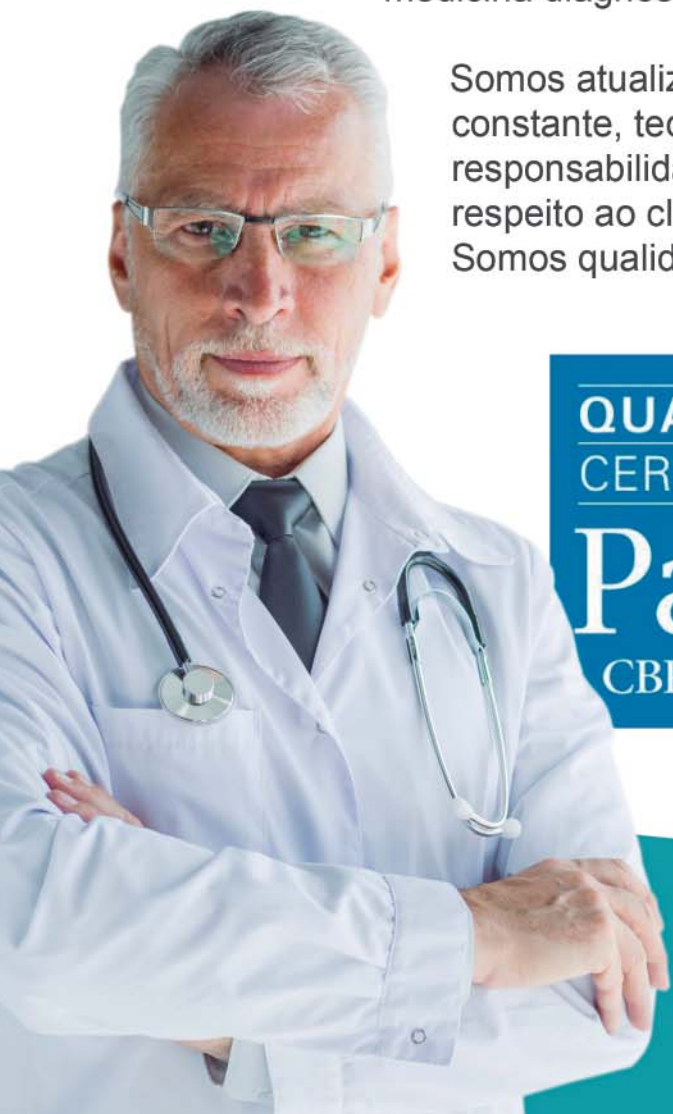
Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da LL Divulgação e da AMF.



Com 36 anos de história, a Clínica Susga conquistou seu próprio lugar no mercado, tornando-se referência em exames de diagnósticos por imagem na região.

Buscando a melhoria contínua dos nossos serviços através de uma atuação constante da equipe médica e dos investimentos em tecnologias de última geração, nós da Clínica Susga, hoje, através do PADI (Programa de Acreditação de Diagnóstico por Imagem) confirmamos ser um serviço de excelência em medicina diagnóstica.

Somos atualização constante, tecnologia, responsabilidade. Somos respeito ao cliente. Somos qualidade.



☎ (21) 3799-8999

📍 Rua Laureano Rosa, 161 e 166
Alcântara, São Gonçalo - RJ

f SUSGAOFICIAL

📷 CLINICASUSGA

Pneumonia de Hipersensibilidade

Introdução

A pneumonia de hipersensibilidade (PH) é uma doença de natureza imunológica secundária à inalação crônica de poeiras orgânicas ou químicas para o qual o paciente foi previamente sensibilizado. As doenças pulmonares intersticiais (DPI) frequentemente apresentam desafios diagnósticos, até mesmo para clínicos especialistas, e o diagnóstico da PH é de difícil reconhecimento devido à apresentação clínica e radiológica semelhante à de outras doenças pulmonares levando ao retardamento do tratamento e muitas vezes submetendo o paciente a biópsia pulmonar desnecessária. Importante ressaltar que uma análise criteriosa dos achados clínicos, dos fatores de exposição, dos aspectos na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR), das provas de função pulmonar, do lavado broncoalveolar (LBA) é suficiente na maioria das vezes para confirmação da PH e cada vez menos se faz necessária a realização de biópsia pulmonar para seu diagnóstico.

Epidemiologia

A prevalência da PH é difícil de avaliar devido ao diagnóstico incorreto ⁽¹⁾ e na falta de critérios diagnósticos amplamente aceitos, e varia consideravelmente dependendo da definição de doença, métodos de diagnóstico, modalidades de exposição, condições geográficas, práticas agrícolas e industriais, exposição domiciliar e fatores de risco do hospedeiro.

Há poucos dados epidemiológicos sobre a doença, sendo observada na literatura, em estudos direcionados especialmente para o "pulmão do fazendeiro".

Nos EUA, a prevalência de PH varia de 0,5 a 19 % entre as doenças pulmonares intersticiais (DPI). Na Europa, a PH varia de 4 a 15% de todos os casos de DPI, a prevalência da doença varia amplamente em diferentes países e no mesmo país devido a fatores geográficos, sazonais e climáticos ⁽²⁾.

Em uma base de dados brasileira, incluindo 3168 casos de DPI, a prevalência de PH foi de 15%, ficando em segundo lugar após as doenças do tecido conjuntivo com 17% ⁽³⁾.

Embora a maioria dos indivíduos que desenvolvem a doença seja pacientes adultos, a PH tem sido também descrita em criança, apresentando neste grupo etário, dificuldades diagnósticas particulares. ⁽⁴⁾

Agentes Causais

A pneumonite por hipersensibilidade pode ser causada por múltiplos agentes presentes em locais de trabalho e no domicílio, como microrganismos, proteínas animais e vegetais, produtos químicos orgânicos e inorgânicos (Quadro 1).

Agentes microbianos associados incluem actinomicetos termofílicos colonizadores de material vegetal em decomposição, micobactérias atípicas em águas quentes de banheiras de hidromassagem (mais frequentemente *M. avium*), e fungos diversos, entre eles as espécies *Aspergillus*, *Candida* e *Penicillium* ^(2, 5). Outra fonte é a exposição a proteína animal, incluindo antígenos proteicos advindos de aves, destacando-se que o contato pode acontecer também com o uso de travesseiros e cobertores que utilizem penas de aves ⁽⁶⁾. Materiais inorgânicos de baixo peso molecular que levem à formação de haptenos também podem causar a doença, como isocianatos de colas e tintas spray, e em materiais de poliuretano, e a cipermetrina componentes de diversos inseticidas de uso domiciliar, inclusive ⁽⁷⁾. A identificação da exposição pode ser bastante difícil, admitindo-se que em até 25% dos casos confirmados com biópsia pode não haver a identificação do agente ⁽²⁾.

No entanto, mesmo depois de estabelecida a fibrose, a incapacidade de identificar um agente causal foi independentemente associada com menor sobrevida em comparação com quando um agente causal foi identificado, sugerindo que, em qualquer paciente com PH, os médicos devem procurar, identificar e remover agressivamente o agente causal. Todos os esforços para evitar fontes potenciais de exposição ao agente devem ser feitos mesmo que essa fonte não tenha sido confirmada. Os médicos precisam de métodos confiáveis, validados e mais amplamente acessíveis para a identificação dos agen-

Há poucos dados epidemiológicos sobre a doença, sendo observada na literatura, em estudos direcionados especialmente para o pulmão do fazendeiro.



Joeber Bernardo Soares de Souza
Mestre, Pneumologista, Médico Assistente do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF), responsável pelo ambulatório de doenças intersticiais do HUAP/UFF.

Cyro Teixeira da Silva Junior¹
Alessandro Severo Alves de Melo²
Roger Emilio Aguas Cárdenas³
Suraya Garcia Rabelo⁴
Rafaela Barros Rodrigues Soares Reis⁵

tes causais que causam PH e para distinguir doenças de exposições passadas comuns ⁽⁹⁾.

Estudos clínicos mostraram que a PH ocorre com menos frequência em fumantes que em não fumantes e que o tabagismo é inversamente associado ao risco de doença pulmonar granulomatosa ⁽⁹⁾. Algumas doenças intersticiais pulmonares guardam uma relação positiva e significativa com o tabagismo, tais como a pneumonia intersticial descamativa e a histiocitose de células de Langhans. Mas, em contraste, o tabagismo parece ter um efeito protetor em relação a outras doenças como a PH e a sarcoidose. O efeito protetor pode ser devido ao fato de que os macrófa-

1 - Professor Associado da Disciplina de Pneumologia do Departamento de Medicina Clínica da UFF. 2 - Professor Associado do Departamento de Radiologia da UFF. 3 - Especializando do Serviço de Pneumologia do HUAP/UFF. 4 - Residente do Serviço de Pneumologia do HUAP/UFF. 5 - Residente do Serviço de Pneumologia do HUAP/UFF.

Antígeno	Fonte	Doença
Microrganismos: Alternaria espécies Aspergillus clavatus Espécies de Aspergillus Espécies de Aspergillus Aspergillus versicolor Aureobasidium pullulans Espécies de Aureobasidium Bacillus subtilis Botrytis cinerea Candida albicans Cephalosporium Cryptostroma corticale Merulius lacrymans Amibas, fungos e bactérias misturadas Mycobacterium avium Espécies de Mycobacterium, bacilos Gram negativos Mucor stolonifer Penicillium casei Penicillium Chrysogenum Penicillium frequentans Saccharopolyspora rectivirgula (micropolyspora faeni) Thermoactinomyces vulgaris Thermoactinomyces sacchari Actinomicetos termofílicos Trichosporon cutaneum	Madeira ou polpa de madeira Grãos mofados Mofo de tabaco Malte mofado Roupa de cama de animais Pó de sequeio mofado Água contaminada Enzimas detergentes Mofo de uva Bocal de saxofone Esgoto Casca de maple mofada Madeira apodrecida Humidificadores, aparelhos de ar condicionado Água contaminada Fluido de corte de metal Paprika Mofo de queijo Poeira de madeira mofada Cortiça mofada Feno mofado Feno mofado, compostagem Resíduo de cana de açúcar Vegetais mofados Mofo em casas japonesas	Pulmão do carpinteiro Pulmão do trabalhador de malte Pulmão do trabalhador do tabaco Pulmão do trabalhador de malte Doença da casa do cão Sequiose Doença do usuário de sauna Pulmão do trabalhador de detergente Pulmão do vinicultor Pulmão Saxofonista Pulmão do trabalhador de esgoto Pulmão de Maple Bark-Stripper Dry rot lung Trabalhador de escritório ou pulmão do aparelho de ar condicionado Hot tub lung (Jacuzzi) Pulmão do operador de máquina Pulmão do divisor de paprika Pulverizador do lavador de queijo Pulmão carpinteiro Suberose (indústria corticeira) Pulmão do fazendeiro Pulmão do fazendeiro, pulmão do cogumelo, pulmão do composter Bagassosis Pulmão do fazendeiro HP do tipo verão
Animais Proteína de pele animal Proteínas aviárias Gerbil proteínas Peixe Proteína de casca de molusco Proteína de boi e porco Proteínas de rato Proteínas de larvas de vermes de seda Gorgulho de trigo	Pêlo de animal Excrementos de aves, sangue ou pena Gerbil (pequeno roedor) Pó de comida de peixe Pó de casca de molusco Tabaco pituitário (rapé) Urina ou soro de rato Larvas do bicho da seda Farinha	Pulmão de Furrier Pulmão do criador de pássaros Pulmão do cuidador de Gerbil Pulmão do criador de peixe Pulmão da ostra Pulmão do rapé de pituitária Pulmão do cuidador de roedor Pulmão do sericultor Pulmão do moleiro
Plantas Café Espécies de Lycoperdon Soja	Pó de grão de café Puffballs Cascas de soja	Pulmão do trabalhador de café Lycoperdonosis Pulmão do trabalhador da soja
Produtos químicos Anidridos Mistura Bordeaux Isocianatos Reagente de Pauli Piretro	Plásticos Fungicida de vinhedo Tintas, plásticos Reagente de cromatografia Inseticidas (cipermetrina)	Pulmão do trabalhador químico Pulverizador de vinhedo Pulmão de refinador de tinta Pulmão reagente de Pauli Inseticida pulmonar
Metais Cobalto Berílio		Doença pulmonar de metal duro Berylliosis

gos de tabagistas têm um baixo nível de expressão de moléculas coestimulatórias sobre suas membranas, e que essa expressão não aumenta mesmo no momento da interação macrófago-linfócito para apresentação de antígeno⁽⁶⁾. Entretanto, esse pode não ser o caso no cenário de doença pulmonar fibrótica, estudos apoiam os efeitos deletérios do tabagismo no prognóstico da doença, com pior sobrevida comparado com não-fumantes.^(2, 9) Assim, pacientes tabagistas poderiam apresentar uma forma aguda da PH menos expressiva, confundida com a evolução da própria DPOC, levando a um curso de doença insidiosa e crônica.

Classificação e Apresentação clínica

Muita confusão ainda envolve a classificação da PH. Suas apresentações clínicas classicamente foram definidas como aguda, subaguda e crônica. A distinção entre PH aguda e subaguda é muitas vezes difícil, pois ambos provavelmente representam diferentes manifestações de uma única doença que podem estar mais relacionadas ao padrão de exposição ao antígeno do que ao próprio antígeno agressor. Além disso, a PH crônica ainda pode ser ativa e progressiva. Uma outra classificação leva em conta a progressão da doença (aguda intermitente, aguda progressiva, crônica progressiva, crônica não progressiva) que pode ser avaliada apenas retrospectivamente. Para fins práticos, os pacientes com PH podem ser considerados como tendo doença ativa ou residual, esta última representando sequelas enfisematosas ou fibróticas tardias da doença nas quais a linfocitose alveolar típica da PH ativa não está mais presente.

Diante da resposta aguda podemos encontrar um quadro gripal, com sintomas que se iniciam horas após a exposição em indivíduos sensibilizados como falta de ar, tosse seca irritante, uma súbita sensação geral de doença, febre e calafrios, uma taquicardia, e taquipneia. Geralmente ocorre poucas horas após a exposição ao antígeno e costuma ceder de forma gradual entre 24 a 48h⁽⁸⁾.

Na PH subaguda, o quadro é intermitente e resulta da exposição não continuada ao antígeno. Os principais sintomas são febre, tosse produtiva, dispneia, astenia, anorexia e perda de peso, estertores teleinspiratórios que podem persistir por cerca de uma semana após o término da exposição do agente causador, nesta fase os sintomas são muito semelhantes a PH aguda. As exacerbações podem coincidir com o retorno ao trabalho e diminuir quando o paciente estiver longe por um período suficiente do ambiente de trabalho ou do ambiente sensibilizante.

A PH crônica ocorre como consequên-

cia de uma exposição contínua ao agente sensibilizante, que causa uma inflamação constante provocando ao longo do tempo uma fibrose pulmonar irreversível. A forma crônica tem um início mais insidioso do que a forma subaguda, desenvolvendo-se ao longo de meses ou anos, com dispneia progressiva, estertores teleinspiratórios, emagrecimento e baqueteamento digital, caso não haja interrupção da exposição ao agente sensibilizante a doença evolui para fibrose pulmonar e insuficiência respiratória.

O diagnóstico de PH baseia-se mais em uma série de sintomas e sinais respiratórios inespecíficos, às vezes, associado a sintomas constitucionais como febre na fase aguda e emagrecimento nas demais fases da doença, desenvolvidos em um ambiente apropriado, na avaliação criteriosa dos achados na TCAR, das provas de função pulmonar, da alveolite linfocítica do LBA, e ou reação granulomatosa nas biópsias pulmonares.

A identificação de um potencial antígeno agressor é crucial para o diagnóstico clínico da PH⁽⁹⁾. A investigação sobre exposições ambientais ocupacionais e domésticas revelará mais frequentemente a causa da doença, porém em alguns estudos o diagnóstico de PH foi feito sem nenhum antígeno identificável, o que se denominou como agente oculto. Nestes casos, o diagnóstico deve ser apoiado pela exclusão cuidadosa de outras causas de linfocitose do LBA, principalmente a sarcoidose, nos aspectos característicos na TCAR e nos achados típicos de PH na biópsia pulmonar nas fases aguda e subaguda. Na fase crônica uma suspeição clínica é fundamental pois muitas vezes não há mais linfocitose no LBA, e tanto a TCAR como a biópsia pulmonar revelam um padrão de pneumonia intersticial não específica (PINE) ou padrão de pneumonia intersticial usual (PIU)⁽¹⁰⁾.

A TCAR proporcionou significativa melhora na acurácia diagnóstica dos métodos de imagem, sendo observadas anormalidades em mais de 90% dos pacientes. As alterações observadas na TCAR são múltiplas e variáveis, de acordo com as fases evolutiva da doença: distribuição atípica de opacidades em vidro fosco; nódulos centrolobulares; atenuação em mosaico; reticulação com bronquiectasia de tração e faveolamento; consolidação do espaço aéreo; cistos, enfisema,⁽¹⁰⁾. Vale ressaltar que a linfadenopatia mediastinal na TCAR não é uma ocorrência rara na HP e não apresenta valor diagnóstico negativo⁽²⁾.

São escassos os dados na literatura sobre as manifestações tomográficas na fase aguda, sendo observados achados característicos de edema pulmonar, com extensas áreas de vidro fosco, às vezes associadas a áreas focais

de consolidação. Dada a rápida resolução desses achados, a tomografia é raramente realizada na avaliação destes pacientes⁽¹¹⁾.

Um diagnóstico confiável de PH subaguda na TCAR baseia-se na presença de opacidades em vidro fosco, nódulos centrolobulares mal definidos (*Figura 1*) e atenuação em mosaico nas imagens inspiratórias e no aprisionamento de ar em imagens de TC expiratória. PH histologicamente subaguda é caracterizada pela presença de bronquiólite celular, granulomas não caseosos e pneumonite intersticial linfocítica bronquiolocêntrica ou pneumonia em organização^(3, 11).

A PH crônica é caracterizada na TCAR pela presença de reticulação devido à fibrose sobreposta aos achados de PH subaguda. A TCAR e as características patológicas da PH crônica frequentemente se sobrepõem aos da PINE e da PIU (*Figura 2*).

O estudo de Wang e cols.⁽¹²⁾ fornece dados de um grupo experiente que ilustra claramente as múltiplas características e padrões patológicos que podem ser encontrados em pacientes com PH crônica. Estes incluem características patológicas que são altamente sugestivas de PH crônica e características adicionais que podem ser vistas em múltiplos subtipos de DPI. Por exemplo, fibrose centrolobular (peribronquiolar) isolada, focos de fibroblasto ou fibrose em ponte (bronquíolo a pleura) sugerem um diagnóstico de PH crônica mesmo sem um agente sensibilizante conhecido⁽¹³⁾. A distinção da pneumonite por hipersensibilidade crônica de outras causas de fibrose com padrão na TCAR de PIU e PINE é importante, visto que o manejo clínico varia em cada uma destas entidades, tais como: pneumonia eosinofílica crônica, doenças do tecido conjuntivo, asbestose, e causas medicamentosas.

A conscientização das várias manifestações da PH e diferentes formas de exposição são importantes para o diagnóstico e tratamento precoces, desta forma, evita-se a progressão para fibrose irreversível.

A prova de função pulmonar (PFP) mostra distúrbio ventilatório restritivo com diminuição da DLCO. Pode haver distúrbio ventilatório obstrutivo concomitante, secundário ao acometimento das vias aéreas ou pelo enfisema encontrado, principalmente, no pulmão do fazendeiro⁽²⁾. Distúrbio ventilatório obstrutivo é explicado pelo processo inflamatório granulomatoso (bronquiólite) e/ou pela fibrose. Este achado também é descrito em outras doenças pulmonares intersticiais crônicas, tal como a sarcoidose⁽⁸⁾. A espirometria mostra uma boa correlação com os achados tomográficos, tendo sido demonstrado que a extensão das áreas de aprisionamento aéreo



Figura 1. Paciente do sexo feminina, 60 anos, tec. de enfermagem, ex-tabagista há 2 anos exposta de forma intensa e diária no seu domicílio a inseticida apresentação em pó - composto principalmente por carbarila e cipermetrina. Imagens axiais de tomografia de alta resolução do tórax mostrando atenuação em vidro fosco e micronódulos centrolobulares. HUAP/UFF

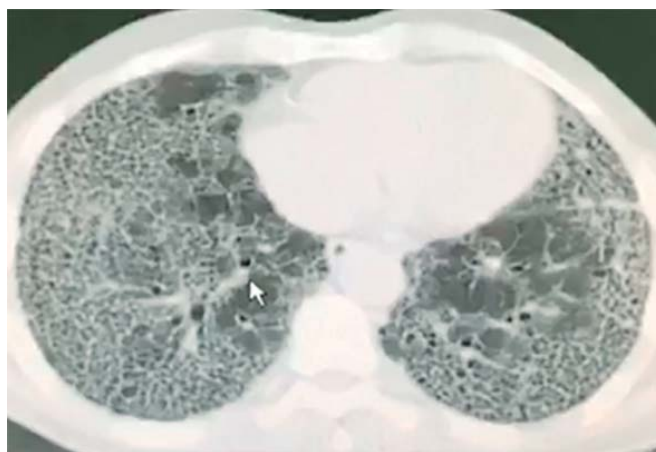


Figura 2. Paciente do sexo masculino, 62 anos, jardineiro, tabagista, exposto diariamente em seu trabalho à mofo de plantas e fertilizantes orgânicos. Imagem axial de tomografia de alta resolução do tórax mostrando reticulação com bronquiectasias de tração e faveolamento. HUAP/UFF

correlaciona-se com o volume residual, e a extensão das opacidades em vidro fosco e reticulação correlacionam-se com a gravidade da restrição⁽¹⁴⁾.

O LBA revela um aumento de linfócitos, com predominância do subtipo T CD8 na fase aguda. Entretanto, a baixa relação CD4/CD8 (abaixo de 1,5) não é específica para o diagnóstico. Nas formas crônicas e em indivíduos fumantes a percentagem de linfócitos pode estar abaixo de 20%⁽¹⁵⁾. Além disso, pode haver variação dos valores da relação CD4/CD8 dependendo da fase da doença (aguda ou crônica), do antígeno responsável, da carga de exposição, do tempo decorrido desde a última exposição e do uso de corticosteroides. Neutrofilia no LBA sugere a presença de fibrose⁽¹⁴⁾.

A suspeição da PH pela história clínica de exposição é fundamental para orientar a solicitação e a avaliação dos exames complementares, principalmente na realização de exames mais invasivos – como o LBA para pesquisa microbiológica, contagem diferencial leucocitária e a quantificação de linfócitos CD4 e CD8 se possível, além da biópsia pulmonar, que podem ser realizados em nosso hospital universitário (HUAP/UFF), especialmente na fase subaguda e crônica da PH, possibilitando a investigação do diagnóstico diferencial, que inclui sarcoidose, tuberculose e micoses profundas.

Tratamento

Afastamento do agente causal – apenas a retirada da exposição pode ser suficiente para a resolução da doença na forma aguda, evitar a progressão para uma fase crônica ou estabilizar a progressão da fibrose já instalada^(6,9,16). O tratamento preconizado para todas as formas de PH é realizado com corticosteroides.

A posologia é prednisona 0,5 – 1,0 mg/kg de peso (não ultrapassar 60 mg/dia). Essa dose deve ser mantida por uma a duas semanas, em seguida reduzida e retirada lentamente nas duas a quatro semanas seguintes. Na forma crônica o uso de corticosteroide pode ser indicado por tempo indefinido na dose de 05 a 10 mg diariamente. Não existe evidência de que o tratamento com drogas antifibróticas beneficie os pacientes com PH crônica em fase avançada^(3,16). Pesquisas futuras são necessárias para avaliação de novas drogas nas diferentes formas de apresentação da PH, assim como, para avaliar drogas antifibróticas em pacientes com PH crônica com diferentes graus de fibrose na TCAR cujo afastamento do agente sensibilizante não consegue estabilizar o processo ou reduzir sua velocidade de progressão.

Referências Bibliográficas

1. Morell F, Villar A, Montero MA et al. Chronic hypersensitivity pneumonitis in patients diagnosed with idiopathic pulmonary fibrosis: a prospective case cohort study. *Lancet Respir Med.* 2013; 1:685-694
2. Lacasse Y, Girard M, Cormier Y. Recent Advances in Hypersensitivity Pneumonitis. *Chest.* 2012; 142(1):208-217
3. Riario GGS, Marinou A. Hypersensitivity pneumonitis: a complex lung disease. *Clinical and Molecular Allergy.* 2017; 15:6
4. Rodrigues J, Da Silva JPM, Delgado JL et al. Pneumonites de Hipersensibilidade. *Rev. Port. Imunoalergol.* 1992 Abr/Out; 1(3):113-122
5. Agache IO, Rogozia L. Management of hypersensitivity pneumonitis. *Clinical and Translational Allergy.* 2013; 3:5
6. Bártholo RM, Ribeiro CMC, Gerech SA et al. Pneumonia de hipersensibilidade. *Pulmão RJ* 2003; 12(4):247-256
7. Caliman LS, Melo ASA, Souza JBS, Junior CTSS. O Desafio da Imagem- Opacidades em Vidro Fosco de Distribuição Periférica em Ambos os Pulmões. *Condução Médica.* 2014 Jan/Mar; 59:23
8. Teixeira MFA, Assis PG, Oliveira LCL. Pneumonia de hipersensibilidade crônica: análise de oito casos e revisão da literatura. *J Pneumol* 2002; 28 (3): 167-172
9. Evans R, Fernandez P, Jeffrey J et al. Identifying an Inciting Antigen Is Associated With Improved Survival in Patients With Chronic Hypersensitivity Pneumonitis. *Chest.* 2013; 144(5):1644-1651
10. Silva CIS, Müller NL, Churg A. Hypersensitivity pneumonitis: Spectrum of high-resolution CT and pathologic findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2007; 188:334-334
11. Torres PPTS, Moreira MAR, Silva DGST et al. Aspectos tomográficos e histopatológicos da pneumonite por hipersensibilidade: ensaio iconográfico. *Radiol Bras.* 2016 Mar/Abr;49(2):112-116
12. Wang P, Jones KD, Urisman A et al. Pathologic Finding and Prognosis in a Large Prospective Cohort of Chronic Hypersensitivity Pneumonitis. *Chest.* 2017; 152(3):502-509
13. Churg A, Ryerson CJ. The Many Faces of Hypersensitivity Pneumonitis. *Chest.* 2017; 152(3):458-460
14. Dias OM, Baldi BG, Costa AN. Pneumonia de Hipersensibilidade Crônica. *Pulmão RJ.* 2013; 22(1):20-125
15. Lacasse Y, Selman M, Costabel U et al. Clinical Diagnosis of Hypersensitivity Pneumonitis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003; 168:952-958
16. Diretrizes de doenças pulmonares intersticiais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – 2012. *Jornal Brasileiro de Pneumologia Suplemento 2.* 2012; Vol. 38; S84-S87.

**A TECNOLOGIA DA MELHOR IMAGEM E A EXPERIÊNCIA
DE UMA EQUIPE MÉDICA DE EXCELÊNCIA PODEM FAZER
A DIFERENÇA NO SEU MELHOR DIAGNÓSTICO.**



Centro de Diagnósticos por Imagens do CHN.

O mais moderno e bem equipado da região Norte-Leste Fluminense,
aberto 24 horas.

RM de 3 Teslas - a única na região

RM de 1,5 Tesla

TC de 160 e 64 canais

US com 3D e elastografia

Radiologia digital

**Raios X telecomandados com escopia
para estudos contrastados (adultos e crianças)**

Dois aparelhos de hemodinâmica

Aparelhos de ultrassonografia com elastografia e 4D

Colonoscopia, endoscopia e broncoscopia

Tilt teste, mapa e holter

Mais de 50 convênios atendidos.

Condições especiais para médicos e também pacientes sem plano de saúde.

Agende agora: (21) 2729-1020

ou faça seu agendamento on-line: www.chniteroi.com.br > pacientes > agendamento de exames

(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.

O Dia Mundial do Rim

e a importância das doenças renais



O Dia Mundial do Rim e o tema para 2019²

Resumo

O Dia Mundial do Rim (DMR) foi lançado em 2006 pela Sociedade Internacional de Nefrologia e Federação Internacional das Fundações do Rim. É celebrado anualmente toda segunda quinta-feira de março. A cada ano, um tema específico é escolhido. O objetivo é transmitir ao público geral, autoridades governamentais, médicos de outras especialidades, demais profissionais de saúde, indivíduos e famílias, a mensagem de que a doença renal é comum, prejudicial e tratável¹. Esta revisão não tem o propósito de esgotar o assunto e sim provocar uma discussão em alusão ao tema de 2019 que é “Saúde dos Rins para Todos”².

Introdução

A primeira tentativa de chamar a

atenção médica para as doenças renais foi em 1827, quando o médico britânico Richard Bright (1789-1858) publicou seu célebre livro³. Através do relato de 23 casos que teve sob seus cuidados e ilustrações detalhadas após autópsias, Bright demonstrou a clara associação entre as alterações estruturais dos rins e doenças sistêmicas⁴⁻⁵. Apesar do ineditismo desse autor, a importância dos rins para o corpo humano só emerge em 1943, a partir de uma conferência proferida pelo fisiologista americano Homer Smith (1895-1962) e que foi publicada logo depois⁶. Após anos de estudos, Smith esmiuçou a base de todo o conhecimento fisiológico das diversas funções dos rins para a manutenção de nossa homeostase⁷. Porém, foi somente no final dos anos 90 que os sistemas e organizações de saúde come-

“

A primeira tentativa de chamar a atenção médica para as doenças renais foi em 1827, quando o médico britânico Richard Bright (1789-1858) publicou seu célebre livro

”



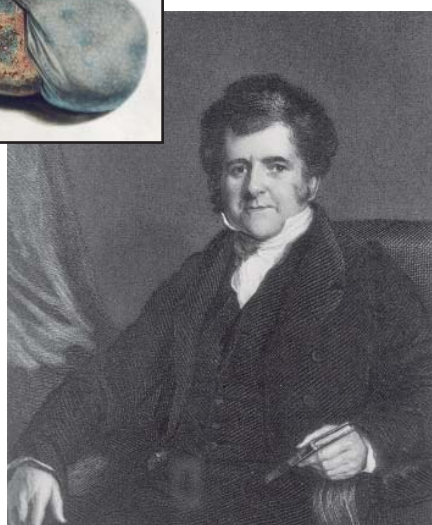
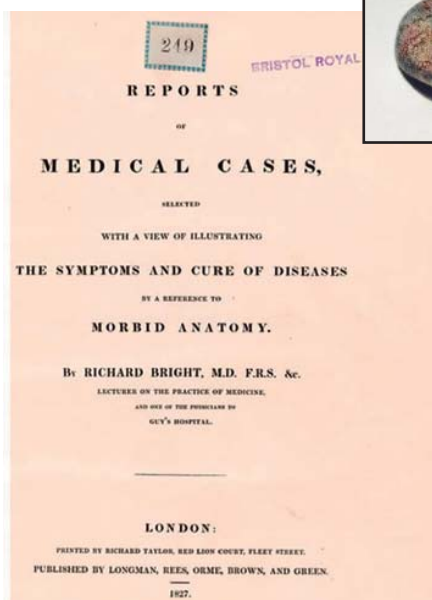
Dr. Alan Castro

Responsável pelos transplantes renais do Complexo Hospitalar de Niterói e Gerente Técnico da CDR Serviços Hospitalares
Correspondência para: alancastro@alternex.com.br

çaram a se preocupar com as doenças renais, ao constatarem que os registros de diálise mostravam que a mortalidade desses pacientes era muito alta e que os cuidados de prevenção deveriam ser iniciados mais precocemente⁸⁻⁹.

Definição e epidemiologia da doença renal crônica

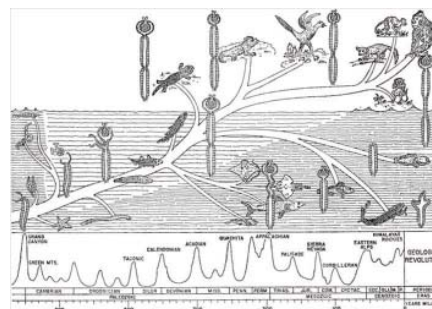
A definição e estágios da doença renal crônica (DRC) foram estabelecidos em 2002 numa conferência nos EUA¹⁰. O termo DRC passou a ser usado internacionalmente para definir o conjunto de doenças heterogêneas que afetam a estrutura e/ou funcionamento dos rins por um período superior a três meses¹¹. Uma classificação em 5 estágios foi criada de acordo com a taxa de filtração glomerular, para melhor estruturação do tratamento,



Richard Bright (1789-1858)
e seu célebre livro de 1827



Homer Smith (1895-1962)
e sua visão holística dos rins



estimativa do prognóstico e momento de encaminhar para o nefrologista¹². Diante da importância de prevenir as complicações relacionadas à DRC, mesmo nas fases iniciais e assintomáticas, um consenso internacional chamado KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) foi desenvolvido e implantado¹³. A DRC é um problema de saúde pública e afeta mais de 750 milhões de pessoas em todo o mundo¹⁴. O diabetes é a principal causa de DRC avançada e foi estimado que em 2016, 1 em cada 11 adultos do mundo tinha diabetes, sendo que 80% viviam em países de baixa e média renda¹⁵. A hipertensão arterial é a segunda causa de DRC e afeta 1 bilhão de pessoas no mundo¹⁶. O controle da hipertensão é importante para retardar a progressão da DRC e diminuir o risco de mortalidade entre pessoas com ou sem DRC. A hipertensão está presente em mais de 90% das pessoas com doença renal avançada, porém as minorias étnicas, raciais e de baixa renda que vivem nos países de alta renda, têm pior controle¹⁷.

Definição e epidemiologia da injúria renal aguda

Até 2004, quando o RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss, End stage) foi criado por um consenso internacional de padronização¹⁸, existiam mais de 30 definições de insuficiência renal aguda (IRA)¹⁹. Pouco tempo depois, o AKIN (Acute Kidney Injury Network) foi desenvolvido para aumentar a sensibilidade para detecção da IRA, estabelecendo o aumento superior

a 0,3mg/dL da creatinina como critério de diagnóstico²⁰. Além disso, uma conferência internacional de terapia intensiva considerou o termo “insuficiência” muito amplo e sugeriu a troca para “injúria”²¹. Finalmente, em 2012, a primeira diretriz internacional de IRA uniformizou o diagnóstico e estágios de IRA como KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes)²².

O custo das doenças renais

Estima-se que a maioria dos países desenvolvidos gaste em terapia renal substitutiva (TRS) 2 a 3% do total de despesas com saúde, embora a parcela da população geral que necessita de diálise ou transplante seja apenas de 0,1 a 0,2%. As despesas previstas para a próxima década para as doenças cardiovasculares e renais na China serão de US\$ 558 bilhões. Nos EUA somente para as doenças renais a previsão é de US\$ 48 bilhões²³. Aqui no Brasil, o SUS que é o responsável pelo financiamento de 90% dos pacientes em TRS, tem um gasto anual de R\$ 2 bilhões²⁴.

A carga global da DRC

O diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a doença vascular e a glomerulonefrite são as causas mais comuns de DRC, embora muitas vezes a etiologia da DRC permaneça incerta na maioria dos indivíduos afetados, o que dificulta a pesquisa em prevenir, mitigar e curar a DRC²⁵. Devido a mecanismos cada vez mais conhecidos²⁶⁻²⁷, a DRC impacta diretamente na

morbidade e mortalidade das cinco maiores causas de óbito no mundo: doença cardiovascular, diabetes, hipertensão, infecção pelo HIV e malária, principalmente nos países menos desenvolvidos²⁸.

Mudança de paradigma na abordagem das doenças renais

O atendimento a pacientes em estágios avançados de DRC é geralmente fragmentado e o indivíduo é, na maioria das vezes, tratado como uma pessoa que um dia irá para a diálise ou transplante. Diferente dessa abordagem, o tratamento integrado visa: 1- Atender as necessidades e preferências do paciente; 2- Melhorar contínua da saúde da população e 3- Reduzir custos per capita dos gastos em saúde²⁹. Esses são os três objetivos (The Triple Aim: Care, Health, and Cost) preconizados pelo governo dos EUA³⁰, no intuito de melhorar seu oneroso e pouco eficiente sistema. Essas mudanças vieram com a Lei Federal Americana de 2010³¹ The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), que incentiva os sistemas de saúde de lá a mudarem a lógica atual de reembolso por volume

**Prognóstico de
insuficiência renal crônica
por GFR e categorias
da albuminúria: KDIGO 2012**

				Categorias dos níveis de albuminúria		
				Descrição e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal para ligeiro aumento	Aumento moderado	Aumento grave
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorias de GFR (ml/min/1.73m ²) Descrição e intervalo	G1	Normal ou alto	≥90			
	G2	Diminuição ligeira	60-89			
	G3a	Diminuição moderada	45-59			
	G3b	Diminuição pouco severa	30-44			
	G4	Diminuição grave	15-29			
	G5	Falência renal	<15			

Classificação da Doença Renal Crônica¹³

Estágio	Creatinina	Diurese
1	≥ 0,3 mg/dL ou 1.5-1.9 vezes acima do valor basal	0,5 ml/kg/h, por 6-12 horas
2	2.0–2.9 vezes acima do basal	0,5 ml/kg/h, por 12 horas
3	3-3.0 vezes acima do basal ou Aumento da creatinina ≥ 4,0 mg/dL (independentemente do valor de Creatinina basal) ou Início da terapia renal substitutiva (TRS) ou em pacientes > 18 anos, diminuição da TFG estimada de 35 ml/min/1,73m ²	0,3 ml/kg/h, por 24 horas ou Anúria, por 12 horas

Tabela 1: classificação da Injúria Renal Aguda pelo KDIGO²²

(fee for service) para valor³². Antes disso, em 1998, a Kaiser Permanente da Califórnia, EUA, após receber uma consultoria da MacColl Institute for Healthcare Innovation³³, aplicou o modelo chronic care model. O atendimento de pacientes com doenças crônicas foi redesenhado para ser realizado de forma planejada, interagindo o time multiprofissional com familiares e cuidadores, focado em prevenção e redução das complicações³⁴. A experiência da Kaiser Permanente na nova abordagem das doenças crônicas não transmissíveis foi tão bem sucedida³⁵ que inspirou a Organização Mundial de Saúde³⁶ e a Organização Pan-Americana da Saúde³⁷ a lançarem o plano de ação "Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas". É fato que saúde é fundamental

para alegria e oportunidades da vida. Se alguma pessoa está doente, ferida ou com dor, ter acesso a cuidados apropriados e de qualidade é de grande valor. Porém, segundo Gostin³⁸, é preciso o acesso ao cuidado seja universal, equitativo, custo acessível e de livre escolha. Para que isso seja implantado e mantido de forma ética, democrática e transparente, a perspectiva do paciente deve ser sempre o centro de toda discussão, conforme preconiza National Health Service, que é o sistema público de saúde Inglês³⁹.

Conclusão

As doenças renais, sejam de apresentação aguda ou crônica, apresentam elevada incidência e prevalência, causando grande impacto na saúde das pessoas, au-

mentando a morbidade e mortalidade na doença cardiovascular, diabetes, câncer, obesidade e sobrepeso. É preciso que os gestores públicos e privados se atentem para a necessidade de tratar esses pacientes da melhor forma possível, valorizando a opinião e expectativa dos mesmos. O modelo de atenção integrada tem se mostrado como uma opção válida.

Agradecimentos

Agradeço à Dra. Zelina Caldeira, presidente da Associação Médica Fluminense (AMF), o convite para escrever essa breve revisão na revista da AMF, justamente no mês em que é celebrado o Dia Mundial do Rim.

Declaração de conflito de interesse

Dr. Alan Castro Azevedo e Silva integra o quadro de empregados da Fresenius Medical Care

Referências Bibliográficas:

1. Levey AS, Andreoli SP, DuBose T et al. CKD: common, harmful, and treatable--World Kidney Day 2007. *Am J Kidney Dis.* 2007;49(2):175-9.
2. <https://www.worldkidneyday.org/> (acessado em 20/02/2019)
3. Bright R. Reports of medical cases selected with a view of illustrating the symptoms and cure of diseases by a reference to morbid anatomy. London, Longman, Rees, Orme, Brown and Green. 1827
4. Slater E A W. Bright and Bright's Disease. *Res Medica.* 1960; 2(2): 43-6.
5. Fine LG. Pathological specimens of the kidney examined by Richard Bright. *Kidney Int.* 1986 Mar; 29(3):779-83.
6. Smith HW. Evolution of the kidney. In: *Lectures on the kidney.* Lawrence, KS: University of Kansas Press. 1943: 1-23.
7. Vize PD, Smith HW. A Homeric view of kidney evolution: A reprint of H.W. Smith's classic essay with a new introduction. *Evolution of the kidney.* 1943. *Anat Rec A Discov Mol Cell Evol Biol.* 2004;277(2):344-54.
8. Foley RN, Parfrey PS, Sarnak MJ. Clinical epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. *Am J Kidney Dis.* 1998; 32[Suppl 3]: S115.
9. Eknoyan G. Chronic kidney disease definition and classification: the quest for refinements. *Kidney Int.* 2007; 72(10): 1183-5.
10. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002;39(2 Suppl

1):S1-266.

11. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *Lancet*. 2012;379(9811):165-80.

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

13. KDIGO 2012. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2013;3(1):1-150.

14. Crews DC, Bello AK, Saadi G. Burden, access, and disparities in kidney disease. *Kidney International*. 2019; 95(2): 242 - 248.

15. Chan JC, Gregg EW, Sargent J, Horton R. Reducing global diabetes burden by implementing solutions and identifying gaps: a lancet commission. *Lancet*. 2016;387:1494-1495

16. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365:217-223

17. Plantinga LC, Miller ER 3rd, Stevens LA et al. Blood pressure control among persons without and with chronic kidney disease: US trends and risk factors 1999-2006. *Hypertension*. 2009;54:47-56.

18. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, et al. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. *Crit Care*. 2004;8:R204-12.

19. Blatt NB, Cornell TT. Acute Kidney Injury scoring systems: from over 30 to 4 (or 1)? *Pediatr Crit Care Med*. 2016; 17(9): 892-894.

20. Mehta R, Kellum J, Shah S, et al. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. *Crit Care*. 2007;11:R31-R31.

21. Brochard L, Abroug F, Brenner M et al. An Official ATS/ERS/ESICM/SCCM/SRLF Statement: Prevention and Management of Acute Renal Failure in the ICU Patient: an international consensus conference in intensive care medicine. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;181(10):1128-55.

22. KDIGO. Clinical practice guideline for acute kidney injury. Section 2: AKI definition. *Kidney Int Suppl*. 2012; 2:19-36.

23. Bello AK, Levin A, Tonelli M et al. Global Kidney Health Atlas: a report by the International Society of Nephrology on the current state of organization and structures for kidney care across the globe. https://www.theisn.org/images/ISN_advocacy/GKHAAtlas_Linked_Compressed1.pdf. 2017. Acessado em 3 de março de 2019.

24. Alcaide PR, Kirsztajn GM. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. *J. Bras. Nefrol*. 2018; 40(2): 122-129.

25. Levin A, Tonelli M, Bonventre J et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *Lancet*. 2017;390:1888-1917.

26. Onal EM, Afsar B, Covic A et al. Gut microbiota and inflammation in chronic kidney disease and their roles in the development of cardiovascular disease. *Hypertens Res*. 2019;42(2):123-140.

27. Wang X, Shapiro JL. Evolving concepts in the pathogenesis of uraemic cardiomyopathy. *Nature Reviews Nephrology*. 2019;15: 159-175.

28. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization* 2018;96:414-422.

29. Johnson DS, Meyer KB. Integrated Care for People with Kidney Disease: The Perspective of a Nonprofit Dialysis Provider. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2019; 29. [Epub ahead of print]

30. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759-69.

31. 2010. Mar 23, The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), Pub. L. No. 111-148, 124 Stat. 119.

32. Provenzano R. The Economics of Late-Stage Chronic Kidney Disease. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2016;23(4):222-6.

33. The Improving Chronic Illness Care Program. The Chronic Care Model: Improving Chronic Illness Care [website] (http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2).

34. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998; 1: 2-4.

35. P Crooks. Managing High-Risk, High-Cost Patients: The Southern California Kaiser Permanente Experience in the Medicare ESRD Demonstration Project. *Perm J*. 2005; 9(2): 93-97.

36. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Condition: Building Blocks for Action. Global Report. 2002. Disponível em <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccglobalreport.pdf>. Acessado em 06/03/2019.

37. Organização Pan-Americana da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC : OPAS, 2015. Disponível em http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18640/9789275717387_por.pdf?sequence=1. Acessado em 06/03/2019.

38. Gostin LO. Five ethical values to guide health system reform. *JAMA*. 2017; 318: 2171-2172.

39. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. Nuffield Trust work on integrated care. 2011. Disponível em <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>. Acessado em 6/03/2019.



Reabilitação Oral

Dr. Ricardo Barbosa Saraiva

Cirurgião-Dentista - CRO: 28697

Especialista em Implantes e Próteses Dentárias

Rua Tavares de Macedo, 95 / Sala 713 - Icaraí - Niterói - RJ

Tel: (21) 2715-1117 / Cel: 96488-7343

E mail: ricardobsaraiva@hotmail.com



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

Bacteriúria assintomática x infecção de trato urinário.

Quando tratar?



antibiótico destinado ao tratamento de bacteriúria assintomática ou placebo/ausência de tratamento. Foram incluídos nesta revisão ensaios com diferentes durações de tratamento e de seguimento. O resultado evidenciou que não foi detectado benefício clínico do tratamento com antibióticos para estes quadros. Os antibióticos eliminaram o crescimento de bactérias num número mais elevado de participantes, mas à custa de um número mais elevado de efeitos adversos do que nos grupos sem tratamento e com maior expressão de

multirresistência.

Um dos grandes problemas que surgem como desafio de tratamento é o aparecimento de bactérias multirresistentes, ou seja, sensíveis a tratamento com pequena parcela de antimicrobianos, em sua maioria de uso parenteral.

Dentre as causas da emergência destes microorganismos nos pacientes em ambiente extra-hospitalar, há o tratamento da presença de processo inflamatório na urina traduzido pela presença de piócitos ao EAS, confirmado pela urocultura, revelando a presença do microorganismo sem acusar sintomas ou sinais de infecção. O que fazer?

O crescimento de bactérias na urina sem quaisquer queixas associadas é denominado Bacteriúria Assintomática e é detectado em mulheres com idade superior a 60 anos, pessoas com diabetes e em pessoas submetidas a procedimentos urológicos, particularmente os idosos.

Em revisão realizada pela Biblioteca Cochrane, quanto a evidência de benefício de tratamento, foram incluídos nove estudos de qualidade média a alta, envolvendo 1.614 participantes institucionalizados ou em ambulatório, os quais receberam

A frequência de bacteriúria assintomática varia com idade, sexo, atividade sexual e presença de alterações no trato urinário. Em mulheres saudáveis, a prevalência de bacteriúria varia de 1 a 5% (antes da menopausa) a mais de 15% em idosas. *Escherichia coli* apresenta-se como o organismo mais comumente isolado de pacientes com bacteriúria assintomática, seguida por outras enterobactérias. O diagnóstico da bacteriúria assintomática é feito por meio de cultura de urina coletada com técnica asséptica.

Em 2005 a Sociedade Americana de Doenças Infecciosas elaborou recomendações para o diagnóstico e tratamento dos casos de bacteriúria e que são bastante atuais.

Abaixo seguem as recomendações:

- Piúria acompanhando a presença de bacteriúria não é indicação de tratamento antimicrobiano, salvo em situações especiais (gestantes, pré-operatório de cirurgia urológica e transplante renal há menos de 6 meses).
- Gestantes devem ser rastreadas por

A frequência de bacteriúria assintomática varia com idade, sexo, atividade sexual e presença de alterações no trato urinário. Em mulheres saudáveis, a prevalência de bacteriúria varia de 1 a 5% (antes da menopausa) a mais de 15% em idosas.



Dr. Paulo Furtado

Mestre em Doenças Infecciosas pela UFRJ.

urinocultura rotineiramente durante o período gestacional, a fim de serem tratadas.

- O tratamento antimicrobiano, quando indicado, deve ser por curto período: 5 a 7 dias.

- A presença de bactérias na amostra de urina coletada de maneira correta em paciente que não apresenta sinais ou sintomas característicos de infecção do trato urinário caracteriza a bacteriúria assintomática.

- Critérios quantitativos para a identificação de bacteriúria significativa em pacientes assintomáticos são: presença de pelo menos 100.000 UFC/ml em urina

coletada do jato médio da micção e pelo menos 100 UFC/ml em urina coletada por cateterismo uretral em duas ocasiões.

- Rastreamento ou tratamento para pacientes com bacteriúria assintomática não é recomendado para as seguintes situações:

- Mulheres não grávidas
- Diabéticos
- Idosos (residindo na comunidade ou instituições de saúde)
- Pacientes com lesão medular e/ou bexiga neurogênica
- Pacientes em uso de cateter vesical de demora de longa permanência.

- A presença de bacteriúria assintomática em mulheres jovens sexualmente ativas e sem sintomas também não possui indicação de tratamento.

- Apesar de o uso de agentes antimicrobianos reduzir a incidência de bacteriúria assintomática, não há benefícios a curto prazo. Ao invés disso, eventos adversos e resistência bacteriana são mais frequentemente observados mediante o emprego de terapia antimicrobiana para a bacteriúria assintomática. Portanto, não se justifica a realização de rastreamento para tratamento. No entanto, é recomendado acompanhamento por urinocultura de tais pacientes, a fim de observar perfil de sensibilidade para indicar tratamento adequado quando for necessário.

- Pacientes que apresentem bacteriúria assintomática e que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos que envolvam o trato urinário (cirurgias urológicas e outras), ou quando houver cateterismo vesical

de demora, ou outro procedimento durante o ato cirúrgico em que haja risco de bacteremia pela manipulação do sistema urinário, é necessária a realização de urocultura prévia e o tratamento da bacteriúria guiado pelo antibiograma com início deste tratamento três dias antes do início do procedimento cirúrgico, durante o dia do procedimento e com término três dias após totalizando sete dias.

Situações Especiais: Cateter Duplo J:

Cateter duplo J é o cateter utilizado para livre drenagem de urina do rim até a bexiga em condições adversas, como obstrução ureteral na saída de urina por cálculo onde uma extremidade ancora-se na pelve renal e a outra extremidade curva-se no interior da bexiga. O tempo máximo que a pessoa pode permanecer com o cateter duplo J é 1 ano, já que há cateteres projetados para suportar esse tempo. No entanto, a retirada do cateter duplo J geralmente é feita no menor tempo possível após a sua colocação, dependendo do motivo do tratamento.

Após a sua colocação podem ocorrer alguns sintomas como aumento da frequência miccional, urgência, disúria, incontinência, hematúria, esvaziamento incompleto da bexiga, desconforto pélvico e dor lombar. Grande parte destes é atribuída a irritação vesical associada à extremidade caudal do cateter não estando relacionada a infecção de trato urinário.

Apesar de ser feito com um material flexível e não-alérgico, o cateter duplo J não deixa de ser um corpo estranho para

o organismo. É comum ocorrer uma inflamação da mucosa da bexiga, que provoca sintomas semelhantes a uma cistite (infecção urinária na bexiga) e pequenos sangramentos observados na urina.

Uma boa parte de pacientes com cálculos apresenta presença de bactérias na urina, sem apresentar sinais e sintomas de infecção urinária configurando Bacteriúria Assintomática.

O tratamento para eliminação de bactérias em casos de Bacteriúria Assintomática na maioria das vezes ocorre sem sucesso e favorece o aparecimento de cepas de bactérias multirresistentes, de difícil tratamento ambulatorial devido a pressão de seleção de microrganismos pelo uso prévio de muitas classes de antimicrobianos na tentativa de erradicação do microorganismo.

Por isto, os casos de bacteriúria sem sintomas de infecção urinária não devem ser tratados e sim acompanhados com controle de urinocultura em intervalos de tempo, a fim de monitorizar o perfil de sensibilidade dos microrganismos identificados.

No entanto, durante a manipulação do sistema urinário pela introdução e retirada de duplo J haverá risco de bacteremia e, nestes casos, é recomendado que o paciente esteja protegido do risco de sepse pelo uso correto do antimicrobiano adequado para cada caso.

Referências Bibliográficas:

1 - NICOLLE, Lindsay, BRADLEY, Suzanne, COLGAN, Richard, RICE, James, SCHAEFFER, Anthony e HOOTON, Thomas. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. *Clinical Infectious Diseases*; 40:643–54, 2005.

2 - KOVES, Bela, CAIB, Tommaso, VEERATTE-RAPILAY, Rajan, PICKARD, Robert, SEISEN, Thomas, LAM, Thomas, YUAN, Cathy, BRUYERE, Franck, WAGENLEHNER, Florian, BARTOLETTI, Riccardo, GERLINGS, Suzanne, PILATZ, Adrian, PRADERE, Benjamin e HOFMANN, Pradere. Benefits and Harms of Treatment of Asymptomatic Bacteriuria: A Systematic Review and Meta-analysis by the European Association of Urology Urological Infection Guidelines Panel. *European Urology*; 72:865 – 868, 2017.

3 - TRESTIOREANU, Zalmanovici, SAUERBRUN-CUTLER, Lador. Tratamento Antibiótico para Bacteriúria Assintomática. Disponível em <https://www.cochrane.org/pt/CD009534/tratamento-antibiotico-para-bacteriuria-assintomatica>.

Antes de inserir o cateter de forma eletiva:

- Verificar se o paciente já foi submetido a algum procedimento urológico prévio ou se já foi submetido a cateterismo vesical (aumento no risco de bacteriúria e bactérias multirresistentes).
- Solicitar urinocultura e antibiograma.
- Se urinocultura negativa, fazer dose única de cefuroxima 1,5g EV até 60 minutos antes do procedimento.
- Se urinocultura positiva, iniciar tratamento guiado pelo antibiograma três dias antes do procedimento.
- Manter antimicrobiano no dia do procedimento.
- Continuar o tratamento por mais três dias após.

Obs: Em casos de identificação de microorganismos onde não haja uso de antimicrobianos de uso oral, o paciente deverá ser internado previamente (3 dias antes) para iniciar o antimicrobiano guiado pelo antibiograma.

Obs: Em casos de identificação de microorganismos onde não haja uso de antimicrobianos de uso oral, o paciente deverá ser internado previamente (3 dias antes) para iniciar o antimicrobiano guiado pelo antibiograma.

Doutor

Quais são seus planos para o futuro?



**Vida e
Previdência**



Sabia que os planos de previdência e seguro comuns não garantem segurança para você e sua família? Aqui na Apo's é diferente, nós somos especialistas no atendimento à médicos, conhecemos e sabemos do que você precisa para desfrutar do seu presente e futuro com segurança e tranquilidade! Nossos consultores podem lhe ajudar!



Seguro de Vida

Indenização aos seus beneficiários por morte natural ou acidental. Indenização por invalidez total ou parcial por acidente caso fique impossibilitado de trabalhar.



Perda de renda

Por doença ou acidente, dentro ou fora do exercício profissional, garantimos o pagamento de uma renda diária temporária em decorrência do afastamento.



Oferecemos descontos na contratação de coberturas de Vida e Lucro Cessante



Majoração

100% do capital assegurado em caso de perda de órgão essencial para o trabalho (indicador, polegar, visão, cotovelo).



Previdência Privada

Você define quanto e quando quer receber a sua aposentadoria ou fundo de reserva, através de Planos Geradores de Benefícios Livres, onde o controle dos valores é todo seu, e um futuro digno e tranquilo é a sua garantia.



Entre em contato: contato@aposcorretora.com.br

(21) 2532-0576 / 3565-7242 / 3164-7830

Uso cosmético da toxina botulínica tipo A

A busca permanente de uma beleza eterna, leva o ser humano à luta contra as adversidades estéticas trazidas pelo passar do tempo. A face, o nosso “cartão de visita” é o ponto principal desta preocupação. Objetiva-se que os sinais do envelhecimento cutâneo não apareçam ou sejam eliminados ou atenuados, mostrando, às vezes, um narcisismo cada vez mais presente.

Ainda do ponto de vista estético, e mesmo em situações do relacionamento inter-humano, há que se considerar a sudorese excessiva das axilas ou de palmas e plantas dos pés, interferindo negativamente na qualidade de vida do indivíduo.

A toxina botulínica já é usada na medicina, de longa data, para fins não estéticos, como nos casos de blefaroespasmos, torcicolo, espasmos hemifacial e outras situações ligadas, essencialmente, às disfunções da musculatura. Aliás, foi da observação de melhora de rugas da glabella em pacientes em tratamento com toxina para estrabismo, que levou ao uso da toxina botulínica com a finalidade estética (Carruthers, A)

O Botulismo é a doença que ocorre quando da contaminação com a toxina em doses letais por ingestão de alimentos contaminados. O nome Botulismo deriva de “botulos” do grego, significando salsicha, pela morfologia da bactéria.

A toxina botulínica é uma substância extraída de uma bactéria anaeróbica, o *Clostridium botulinum*. É um poderoso veneno usado em doses ínfimas, se comparadas com as doses letais, em injeções intradérmicas ou intramusculares para regredir ou atenuar rugas faciais. É largamente empregadas nos procedimentos estéticos por dermatologistas e cirurgões plásticos. Já foi até indicada, em tempos remotos, para uso nas guerras, como arma biológica.

A toxina botulínica existe em sete sorotipos: A, B, C, D, E, F, G. O seu peso molecular é de 150 KDa {quilodaltons}, compondo-se de uma cadeia pesada (100 KDa) com afinidade pela placa motora, promovendo a internalização da toxina ligada a uma cadeia leve (50 KDa) que bloqueia a liberação da acetilcolina na junção neuromuscular. Inicialmente extraída em forma bruta (Dr. Herman

Sommer) foi depois obtida em forma pura (Carl Lamanna).

A toxina botulínica do tipo A é a mais usada nos procedimentos estéticos, existindo com os nomes comerciais de Botox ou Dysport. Uma outra toxina botulínica do tipo B é usada de modo mais restrito (Miobloc)

A toxina botulínica tipo A é acondicionada em frascos de vidro, a vácuo, contendo 100 U, em forma cristalina, liofilizada em albumina, a ser diluída em solução salina a 0,9%, deve ser estocada a – 5º centígrados.

A aplicação da toxina botulínica deve ser feita por médicos, de preferência dermatologistas ou cirurgões plásticos com experiência na técnica da aplicação e conhecimento da anatomia facial. Cabe ao profissional a experiência de saber quantas unidades da toxina a ser injetada em cada ponto.

É recomendável o paciente assinar o “Termo de esclarecimento e consentimento” para se submeter ao tratamento de rugas ou da sudorese excessiva com a toxina botulínica tipo A. As aplicações devem ser, de preferência, com o paciente sentado ou recostado. Após o término das aplicações pode haver alguns sintomas leves como: boca seca, disfagia, dor de cabeça, ptose, todos em geral passageiros. Logo após as aplicações recomenda-se ao paciente não deitar, não abaixar a cabeça. Recomenda-se repetir as aplicações a cada seis meses para as rugas faciais e a cada oito meses para a sudorese excessiva.

Devemos mencionar, também nos procedimentos estéticos, o uso da toxina botulínica em aplicações intradérmicas em casos de sudorese excessiva em axilas, palmas das mãos e planta dos pés. O delineamento da área da sudorese se faz, pincelando o local com solução de iodo a 2 ou 3% e pulverizando com amido de milho, após estar seca a superfície. A sudorese, após alguns minutos, provocará a reação do iodo com o amido, mostrando uma tonalidade azul-escura.

Referencias Bibliograficas:

1-Carruthers A, Cohen J L, Cox SE, Boule, K, Fragen S, Finn J C, Flynn T, Almeida AT. Facial Aesthetics. Achieving the natural relaxing look, Cosmet Laser Ther. 2007;9 {suppl 1}: 6 = 10.

“
Devemos mencionar,
também nos procedimentos
estéticos, o uso da toxina
botulínica em aplicações
intradérmicas em casos de
sudorese excessiva em axilas,
palmas das mãos
e planta dos pés.”



Dr. José Trindade Filho

*Diretor Científico e Coordenador do
Departamento de Dermatologia da AMF
Professor de Dermatologia - UFF*

2-Carruthers J, Carruthers A. Botulinum Toxin Type A in the treatment of multiple upper facial sites patient reported outcomes. Dermatol Surg. 2007;33{suppl 1}: 510-517.

3-Gualberto GV, Sampaio SMS, Madureira NAB. Uso da toxina botulinica tipo A na síndrome de Frey. An Bras Dermatol. 2017; 896-897.

4-Rzany B, Ascher B, Momheit GD. Treatment of glabellar lines with botulinum toxin tipe A. A clinical overview. JEADV. 2010; 24 {suppl 1}:1-14
5-Cardoso AS, Teixeira DA, Oliveira BV, Carneiro PP, Junqueira RF Aplicação de toxina botulínica na cicatrização por segunda intenção. Sur Cosmet Dermatol. 2016; 8{2}:163-6.

6-Carruthers J, Carruthers A. Botox use in the mid and lower face and neck. Semin Cutan Med Surg. 2001; 20 {2}: 85-92.

7-Hexsel D, Almeida AT. Uso cosmetico da toxina botulínica. 2002. AGE Editora – Porto Alegre.

8-Benedetto AV. The cosmetic uses of Botulinum toxin type A. Int J Dermatol. 1999; 38{9}:641-655.

Enverga mas não quebra



A palmeira é um grande exemplo de resiliência. Ela se mantém de pé mesmo após fortes ventos, tempestades ou, até mesmo, furacões. Enquanto suas folhas podem sobreviver em ambientes quentes, de clima seco e adaptam-se a longos verões sem chuva, suas raízes se aprofundam até encontrar uma fonte regular de água. Isso significa que “enverga mas não quebra”. E assim tem sido até hoje (não sabemos até quando) o SINMED de Niterói, São Gonçalo e Região.

Entidade que nasceu com o sacrifício de médicos que não se acovardaram ante o regime militar em 1971. O SINMED surgiu para defender a medicina e os médicos, esses com precário amparo trabalhista, salários desfasados e ambientes de trabalho sofríveis. O SINMED, mesmo com as situações adversas e visto com certo desdém por colegas que viam nos sindicalistas em geral “um bando de operários comunistas”, se impôs e ganhou respeito não só no Estado do Rio de Janeiro, como em todo o Brasil.

Em meados de 2018, forças ocultas, outras não, começaram um trabalho de pulverização do nosso SINMED. Teve o Governo Temer que acabou com a contribuição sin-

dical obrigatória, que mantinha o orçamento para que o sindicato atuasse. E o atual governo que decretou o fim da cobrança na folha de pagamento da contribuição social, obrigando a fazê-la por boletos. E essa contribuição social, que muitos “esquecem de pagar”, mas que lembram de cobrar do SINMED o reajuste anual dos salários.

Com pressões daqui e dali, mesmo assim mantivemos acesa a luta pela dignidade médica, trabalhando com dificuldades e afinco, tendo acolhida no Ministério Público do Trabalho, cujas as inúmeras queixas de colegas por atrasos de salários e décimo-terceiro, péssimas condições de trabalho, falta de insumos nas unidades de saúde, insegurança e risco de vida, Pejotização e RPA, sempre foram enviadas ao nosso SINMED, que viabiliza essas queixas em forma de denúncias ao MPT.

Nunca um médico, mesmo aquele que se dizia avesso a sindicato e por isso não faria sua contribuição, deixou de ser atendido pela presidência e/ou recebido orientações de nosso Departamento Jurídico. Nossas atividades em defesa da classe médica sempre foram de total transparência, sendo intensamente publicadas nos principais jornais do Estado do Rio de Janeiro.

“
**Nunca um médico, mesmo
aquele que se dizia avesso
a sindicato e por isso não
faria sua contribuição,
deixou de ser atendido pela
presidência e/ou recebido
orientações de nosso
Departamento Jurídico.**
”

SinMed

Em fevereiro deste ano, tivemos mais uma vitória, quando, após denúncias do SINMED ao MPT, conseguimos deste uma cobrança de solução à Organização Social Instituto Lagos-Rio. Em audiência realizada na Procuradoria do Trabalho no Município de Niterói, conduzida pelo Procurador Sandro Henrique Figueiredo Carvalho de Araújo, o SINMED de Niterói, São Gonçalo e Região ratificou as denúncias feitas ao MPT, reiterando que havia atrasos de salários, redução do quadro clínico e Pejotização de médicos no Hospital Estadual Alberto Torres, Hospital Estadual João Batista Caffaro, UPA Santa Luzia e UPA do Colubandê.

Diante disso, o Procurador do MPT Sandro Henrique Figueiredo Carvalho de Araújo, decidiu dar um prazo de 20 dias para que o Instituto Lagos-Rio faça manifestação concernente à possibilidade de regularização ou celebração de Termo de Ajuste de Conduta em relação à contratação de médicos por intermédio de interposta pessoa jurídica. A audiência no MPT foi realizada em função da instauração de inquérito civil. Também estavam presentes representantes do Cremerj e do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde de Niterói e Região (Sesnit).

E assim prosseguiremos, de cabeça erguida e com a firme sensação do dever cumprido!

Resolução 2.227/2018.

Vitória da força dos médicos e da medicina

A revogação pelo Conselho Federal de Medicina da resolução 2.227/2018 (Telemedicina), deixou várias lições que merecem registro. Entre as principais está a força das entidades médicas que, agindo unidas e de forma democrática e buscando o diálogo, pôs por terra uma determinação equivocada e impositiva.

Publicada no início do mês de fevereiro deste ano no Diário Oficial da União, após aprovada pelos conselheiros do CFM, a resolução 2.227/18, determinava, em seu texto, “que os médicos brasileiros poderão realizar consultas online, assim como telecirurgias e telediagnóstico, entre outras formas de atendimento médico à distância.” Para o presidente do CFM, Carlos Vital, tratava-se de um novo marco para o exercício da medicina no Brasil. “As possibilidades que se abrem no Brasil com essa mudança normativa são substanciais e precisam ser utilizadas pelos médicos, pacientes e gestores com obediência plena às recomendações do CFM.

O ponto de partida para a elaboração da Resolução, segundo o conselheiro federal Aldemir Soares, relator da medida, “foi colocar a assistência médica no País em sintonia com os avanços das tecnologias digitais e eletrônicas, hoje tão dinâmicas e presentes no cotidiano das pessoas. Com esta norma, o CFM acompanha a evolução tecnológica, buscando garantir a segurança na assistência aos pacientes”.

Porém, a reação da maioria das entidades médicas de todo o Brasil foi imediata, apontando inúmeras falhas na resolução do CFM, com prejuízos profissionais para os médicos e um duvidoso ou inadequado atendimento ao paciente. O Sindicato dos Médicos de Niterói, São Gonçalo e Região e o CREMERJ, foram as entidades do Estado do Rio de Janeiro que mais questionaram a resolução. O presidente do SINMED de Niterói, São Gonçalo e Região, Dr. Clóvis Abraham Cavalcanti, utilizou todas as ferramentas possíveis para que as contestações ganhassem impulso.

Os diretores do SINMED foram consultados sobre o tema se mostraram contrários à resolução, o que passou a ser a

opinião do SINMED. De imediato, o Dr. Clóvis Cavalcanti utilizou o site e a página do Facebook do SINMED, com postagens diárias contrárias à resolução. Também foi enviado para o site do Conselho Federal de Medicina um texto reafirmando a posição do SINMED contestando a proposta do CFM.

Nunca é demais reafirmar que é fato público e notório que o SUS não possui sistemas unificados com esse nível de segurança, que possa habilitar a telemedicina. Adquirir um sistema desses para funcionar em toda a rede do SUS no Brasil, custaria bilhões de reais entre equipamentos, licenças, fora atualizações. Também faltam médicos no que chamam de áreas remotas, assim como energia elétrica, e nem se imagina uma rede de internet instalada num local dessa natureza. A maior parte do país (Amazônia Legal, Pantanal, fronteiras isoladas) não está coberta por sistemas de satélites com transmissão sustentável de 4G ou banda de internet. Para o SUS, a telemedicina do CFM é impossível de executar. Era mais provável essa resolução atender aos interesses de grandes grupos econômicos, que querem reduzir custos com empregabilidade de médicos, plantões médicos e procura por PA/PS, além de criar um novo nicho de negócios. Assim, transformaria os médicos em operadores de telemarketing, causando desemprego e erros de diagnósticos e tratamentos.

Ainda segundo o CFM, o número de propostas de alteração dos termos da resolução ultrapassou os 1.400, o que fez os conselheiros repensarem a questão e encerrar a resolução. Na verdade, mais que propostas foram objeções e críticas.

Analisada por uma visão legal, a Resolução do CFM foi duramente rebatida através da palestra do Dr. Rafael Ribeiro, Promotor de Justiça do MPDFT (Ministério Público do Distrito Federal), que apontou vários riscos jurídicos aos médicos, aqui resumidos:

> No caso de ter profissional de saúde na outra ponta, eventual dano ao paciente será de responsabilidade do médico do outro lado da tela.

> A resolução comete erro ao citar no art.6 que a responsabilidade será solidária e proporcional entre os médicos participantes do ato por telemedicina, pois não se pode ser solidário e proporcional ao mesmo tempo. O termo solidário implicará que todos de um grupo de telemedicina possam ser responsabilizados judicialmente. A resolução expõe todos os médicos a processos mesmo sem participação direta no caso.

> Existe uma limitação da tecnologia regulamentada pelo CFM e, portanto, não poderá ser usado WhatsApp ou Facebook ou Skype ou qualquer coisa que não seja os equipamentos e softwares que se encaixem nas regras da resolução.

> A ausência de exame físico numa teleconsulta poderá ser considerado num processo de erro médico como majoração da pena se o promotor ou juiz definirem que isso significou ausência do devido cuidado e gerou o nexo causal entre o ato e o dano.

> O art.4 é impreciso pois “relação presencial prévia” não significa consulta presencial com o mesmo médico previamente. O SUS e os planos de saúde não são obrigados a fornecer o mesmo médico e sim uma equipe médica, podendo-se subentender que bastando ter tido uma consulta pelo plano ou SUS na vida, a operadora poderá usar telemedicina com outro médico, pois a “relação presencial” já foi feita. E ficou claro que não há obrigatoriedade de retorno em 120 dias, pois a resolução diz que é “recomendado” e não “obrigatório”.

Desde a publicação da resolução, no início do mês, houve uma enxurrada de críticas. O presidente da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP), Francisco Cardoso, foi um dos primeiros a contestá-la. Ele disse que as novas regras dispensavam a presença do médico em exames clínicos presenciais, restringiam o tipo de tecnologia a ser usada no processo de certificação (Sistema de Segurança 2 — NSG2), considerada muito cara para a maioria, e não especificavam com exatidão o que seria telemedicina. E acrescentou: “Essa última é a questão mais grave. Um ultrassom, por exemplo, é uma tecnologia avançada, mas não é telemedicina. A substituição de médico por profissionais de saúde também é muito séria. O pior é que, da noite para o dia, após a divulgação da resolução do CFM, hospitais começaram a ligar para colegas oferecendo a plataforma de segurança. A princípio, me parece suspeito”, afirmou Cardoso.

Conheça seu Cliente / Cooperado

Quem são seus clientes e cooperados? Quantos deles adquirem regularmente os produtos da sua organização? Como anda a sua concorrência?

Essas são reflexões que nós na Unicred Niterói fazemos constantemente. E entendemos ser o mais coerente posicionamento para uma relação de sucesso entre as partes envolvidas. Conhecer nossos clientes é o mais assertivo quando temos como Visão, Missão e Valor da empresa ser a principal Instituição Financeira do cooperado. Afinal reconhecemos nossos associados como principal valor da cooperativa e buscamos sempre fortalecer ainda mais o nosso relacionamento com eles.

Ouvir nossos clientes, ir até eles, comunicarmo-nos com frequência, tem nos levado a estabelecer relacionamentos que nos permitem agregar valor aos produtos e serviços que comercializamos.

As organizações financeiras precisam de cada vez mais clientes para atingir seus objetivos e as pessoas, por sua vez, precisam do auxílio das organizações para se desenvolverem, seja na vida pessoal ou na profissional. Portanto é uma relação de ganha - ganha, na qual todos os colaboradores da instituição precisam estar envolvidos.

As pesquisas mostram que a maneira como os colaboradores são tratados por seus líderes tem influência direta sobre a forma de atendimento aos clientes. Portanto, é necessário que o Executivo tenha consciência disso, dissemine competência e uma liderança engajada e focada no resultado com excelência.

Os clientes estão se tornando cada vez mais exigentes e a concorrência cada vez mais acirrada. O fato é que o interesse pela melhor avaliação possível cresce a cada dia no mundo inteiro, fazendo com que as organizações procurem programas de melhoria de qualidade. É público o entendimento de que a má qualidade de produtos e serviços prejudica a ima-

gem de uma empresa e para evitar que isso aconteça, investe em programas de constantes melhorias. Além disso, o ideal é criar relações duradouras com seus clientes, e isto não é responsabilidade somente do setor de vendas ou marketing; é responsabilidade de toda empresa. O cliente quer se sentir importante e ser bem tratado, desde a telefonista ou recepcionista até a alta direção.

Nós na Unicred Niterói temos o objetivo de que nosso cooperado não seja apenas um “cliente” e sim dono como de fato e de direito é!

Com o crescimento da Cooperativa e o seu fortalecimento, temos como consequência o lucro. Ao final de cada exercício, este lucro é distribuído em sua totalidade para os nossos cooperados, proporcionalmente à sua movimentação conosco.

Essas relações geram expectativas e precisamos cuidar constantemente para que não ocorram frustrações. A organização não será 100% perfeita o tempo todo, mas é preciso que tenhamos atenção e eficiência ao máximo para dirimir erros, identificar e solucionar possíveis problemas, pois é isso que o cooperado espera. Quando ele manifesta seu descontentamento é porque demonstra que tem interesse em ver o fato resolvido e ter a relação restabelecida – ele não quer ir embora.

Além disso, o cooperado é também um disseminador de boas práticas e experiências, podendo ser inclusive um potencial aliado na divulgação da nossa marca.

Ouvir o cliente é um ponto de partida fundamental e deve ser uma atitude permanente, visto que um cliente mal atendido provavelmente procurará refúgio no concorrente e recuperá-lo custará pelo menos dez vezes mais do que simplesmente mantê-lo. Busque saber do que ele precisa, pergunte e encante seu cliente!

“
Os clientes estão se tornando cada vez mais exigentes e a concorrência cada vez mais acirrada.
”



Antonio Francisco da Silva Junior

*Diretor de Negócios da Unicred Niterói
MBA em Gestão Comercial - FGV*

UNICRED

A GENTE AJUDA VOCÊ A FICAR

tranquila

COM SEU IMPOSTO
DE RENDA.

APROVEITE AS MELHORES CONDIÇÕES PARA VOCÊ PAGAR OU RECEBER COM TRANQUILIDADE A SUA RESTITUIÇÃO. SE VOCÊ TEM DIREITO A RECEBER, INDIQUE A GENTE. É SÓ INFORMAR O NÚMERO DO BANCO 136 E DA SUA AGÊNCIA E CONTA CORRENTE UNICRED.

Vantagens e benefícios para pagamento:

- Prazo de até 11 meses
- Taxa de 1,29% a.m.
- Pague à vista e fique tranquilo o ano inteiro

SAIBA MAIS COM SEU GERENTE DE RELACIONAMENTO.



**Centro de
Imagem
Icarai**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

O Equipamento mais completo da região
e o único que realiza Elastografia.



O mais completo
PARQUE TECNOLÓGICO
de diagnóstico
por imagem em Niterói.

- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE
- TOMOGRAFIA COMPUTADORI
- MAMOGRAFIA DIGITAL - DR
- RADIOLOGIA DIGITAL



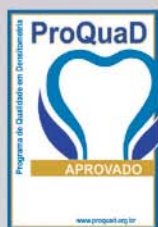
RUA ALVARES DE AZEVEDO, 62. ICARAI - NITEROI - RJ



MARCAÇÃO (21)

Mamografia Digital DR

Verdadeiramente digital,
o que torna o exame
menos dolorido
e mais eficiente.



Certificação em
Densitometria Óssea.



Somos a 1ª Clínica de Imagem
Certificada no Estado
do Rio de Janeiro



ALTO CAMPO

ZADA (MULTISLICE)

- ECOCARDIOGRAMA

- ULTRASSONOGRAFIA

- EXAMES CARDIOVASCULARES

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

2717-0910



@CENTRODEIMAGEMICARAI



WWW.IMAGEMICARAI.COM.BR

Atuação Fisioterapêutica

Definição

A Síndrome de Down (SD) é caracterizada como uma condição genética, que leva seu portador a apresentar uma série de características físicas e mentais específicas. Esta síndrome é considerada uma das mais frequentes anomalias dos cromossomos autossômicos e representa a mais antiga causa de retardo mental (GONÇALVES, 2003, p.01). A desordem clínica foi reconhecida pela primeira vez por John Langdon Down, em 1866 (BOTTINO, 1991, p.01).

Caracterizada por erro na distribuição dos cromossomos das células, a SD na maioria dos casos apresenta um cromossomo extra no par 21, provocando um desequilíbrio da função reguladora que os genes exercem sobre a síntese de proteína, bem como perda de harmonia no 2 desenvolvimento e nas funções das células. Tal excesso de carga genética está presente desde o desenvolvimento intra-uterino e caracterizará o indivíduo ao longo de sua vida, evidentemente divergindo de pessoa para pessoa (MUSTACCHI, 1990, pag 30)

Aspectos legais

É garantido ao excepcional o direito de desenvolver o seu potencial, através de uma educação adequada. Uma vez que a educação ajuda a promover a sua integração à vida comunitária. A habilitação e reabilitação deve ser uma obrigação da área de saúde, garantida a qualquer indivíduo, visto que saúde é direito de todos. A lei 7853, aprovada em 24 de outubro de 1989, no artigo 8º diz:

"...Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social e as ações necessárias ao seu cumprimento, afastando discriminação, garantindo-lhes o direito à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social..." (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1989).

Fisioterapia Respiratória

A maioria das crianças com Síndrome de Down apresentam constantes resfriados e pneumonias de repetição, isto se deve a uma predisposição imunológica e à própria hipotonia da musculatura do trato respiratório. Como o problema é crônico, desaconselha-se o uso repetitivo de antibióticos, o ideal é trabalhar na prevenção das doenças respiratórias, através de exercícios específicos de sopro, da prática

de atividades físicas que aumentem a resistência cardiorespiratória, da higiene nasal e do uso de manobras específicas como tapotagem, vibração e drenagem postural para evitar o acúmulo de secreção. A fisioterapia respiratória atua na prevenção e tratamento, usa recursos terapêuticos que visam o conforto respiratório do paciente. Fazendo manutenção de higiene brônquica, prevenindo complicações por hipersecreção que podem acarretar prejuízo à ventilação da criança. Dentre os procedimentos fisioterapêuticos fazem parte a avaliação fisioterapêutica pulmonar. Sendo essas manobras realizadas em uma seqüência lógica e devidamente utilizada a cada patologia respiratória e sempre observando o estado geral da criança.

Hidroterapia

A hidroterapia pode ser benéfica ao fornecer métodos alternativos para estimular a reeducação dos padrões respiratórios. Através de brincadeiras lúdicas como realização de bolhas na água com a boca, a utilização de canudos e diferentes objetos para soprar, estimulam-se a musculatura orbicular da boca e favorece sua oclusão, além do fato da musculatura respiratória ser estimulada pela pressão hidrostática exercida constantemente sobre o corpo imerso (GUIMARÃES, 1996, p. 54 – 62).

Exercício Físico

Existem grupos de indivíduos que necessitam de uma Educação Física "Especial", ou seja, adaptada às suas necessidades e dificuldades. Contrariando essa visão acredita-se que não existem muitas diferenças entre a Educação Física para os ditos "normais" e aquela oferecida aos "deficientes". Fazemos adaptações para muitas outras coisas e nem por isso temos necessidades "especiais". Assim, podemos considerar que os objetivos da Educação Física são vários, como estimular o crescimento e o desenvolvimento, hipertrofia muscular, flexibilidade, melhoria na capacidade cardiorrespiratória, além de promover muitas descobertas dos próprios movimentos, alegria, motivação, sem esquecer da formação para relacionamento social do indivíduo.

Natação

A natação quando voltada para pessoas com Síndrome de Down tem como benefícios

A hidroterapia pode ser benéfica ao fornecer métodos alternativos para estimular a reeducação dos padrões respiratórios.



a melhoria da aptidão física, execução psicomotora, desenvolvimento social e psicológico. As habilidades desenvolvidas na natação podem ampliar repertório motor, aprimorar as possibilidades de participação efetiva em uma variedade de atividades de tempo livre, melhorar a segurança, podendo isso acontecer enquanto a pessoa se distrai no meio aquático.

Aqua Fish

Nossa instituição oferece aos nossos pacientes especiais, possibilidades clínicas e recreativas, que possibilitam o desenvolvimento psicossocial e mental de nossos pacientes/clientes. Cotamos com corpo clínico experiente, especializado, e um ambiente estruturado, com o que há de mais moderno (Bolas Bobat/Thera / piscinas aquecidas / ambulatório fisioterapia respiratória e motora), para a evolução de nossas crianças. Mas, o mais importante, realizamos todo nosso trabalho com a nossa maior ferramenta: AMOR.

Referências Bibliográficas:

- 1 - BOTTINO, P.J. Burns GW. Genética. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- 2 - GONÇALVES, C.S.; MANCINI, C.M.S.; CARVALHO, P.; MARTINS MS. Comparação do Desempenho Funcional de Crianças portadoras de síndrome de Down e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 5 anos de idade. Arq Neuropsiq 2003; 61 (2): 409-15. www.scielo.com.br Acesso 10 maio 2008.
- 3 - GUIMARÃES GP, SIMAS KMCS, GOEDE SZ, PINTO TR. Hidroterapia na Síndrome de Down. Fisioterapia em Movimento 1996; 3(2):54 - 62.



Mecanoterapia / Fisioterapia: Tem como indicações tratamento de lesões neuro-músculo-esqueléticas, tratamento de alterações do equilíbrio e da postura, reeducação da marcha e etc. Retorno do paciente as atividades da vida diária.

FISIOTERAPIA

Respiratória Infantil



IMAGENS AUTORIZADAS PELOS PACIENTES



Pilates: Método que promove a educação e reeducação do movimento corporal, composto por exercícios que promovem prevenção e recuperação da saúde físico e funcional.



Fisioterapia Neuro pediátrica: Tem como objetivo possibilitar a melhora do quadro motor e maior independência na realização de atividades de vida diária de crianças com disfunções neuromusculares.



Thera Suit: Recurso que vem se destacando na reabilitação de crianças e adultos com distúrbios neuromotores como: paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento motor, traumatismo cranioencefálico, trauma raquimedular, AVC, ataxia e atetose, espasticidade, hipotonia e outras distúrbios ou síndromes.

Aquafish Icaraí

Av. Roberto Silveira, 123
Niterói - RJ
Tel: 21 2611.1984 / 2711.9033

Aquafish Itacoatiara

Rua Jorge P. Rodrigues, 11
Academia: 2709.2080 / 2709.1056
Fisioterapia: 2609.7131 / 3619.7337

UNIMED COM VOCÊ

Onde você estiver, sempre que precisar.

Agora, ficou muito mais fácil acessar as principais informações do seu plano de saúde, na palma da mão e com poucos cliques.

ANS - nº 34.373-1



Play Store

Apple Store

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

BAIXE AGORA,
UNIMED COM VOCÊ.



Unimed 
Leste Fluminense

Livro reconta a medicina em Niterói



Dr Ciró Herdy, Dr Waldenir Bragança, Dra Zelina Caldeira, Dr Alcir Chácar, Regina Chácar, Franciane Barbosa, Maria Gomes e Jourdan Amóra

O lançamento do livro "A História da Medicina em Niterói" foi marcado por um coquetel no Bistrô MAC, no mês de janeiro, que contou com a presença de renomados médicos e presidentes de entidades médicas e assistenciais da cidade. Emocionados, eles não pouparam elogios à qualidade gráfica e ao ineditismo da obra. Em 216 páginas, a publicação tem por objetivo trazer um panorama atualizado da trajetória da Medicina e da classe médica em Niterói, desde a fundação da cidade até os dias atuais, atravessando quatro séculos de acontecimentos e personalidades que marcaram tanto a população local quanto os rumos da saúde no estado e no país.

Produzido por Franciane Barbosa e Antonio Duarte, da DB Editora, o livro é um dos primeiros a serem realizados através da Lei Municipal de Incentivo à Cultura (nº 3182/2015), tendo como único incentivador o Complexo Hospitalar de Niterói, cuja diretora Dra. Ilza Fellows abraçou o projeto editorial, desde o primeiro momento em que foi apresentado. A lei entrou em vigor a partir do mês de agosto de 2017, com o objetivo de fomentar a cultura na cidade através do incentivo a projetos culturais locais por meio de renúncia fiscal do IPTU ou ISS por pessoa física ou jurídica. Totalmente acessível, com tiragem de dois mil exemplares e distribuição 100% gratuita - assim como sua impressão via internet - o livro está direcionado principalmente a bibliotecas, escolas, universidades e instituições médicas.

O livro mapeia a história de instituições im-

portantes ao município, incluindo hospitais ativos e inativos e entidades classistas e assistenciais, além de patrimônios de projeção nacional, como o Programa Médico de Família, o Instituto Vital Brazil e a Universidade Federal Fluminense. O trabalho também exalta a rica carreira de alguns dos principais nomes da Medicina da cidade, muitos pioneiros em âmbito internacional que colaboraram no admirável vanguardismo de Niterói. A publicação não tem a pretensão de extinguir o tema, que guarda em si um manancial de informações que não podem ser retratadas em tão poucas páginas. A obra foi produzida por uma equipe composta pelos jornalistas Irma Lasmar, Verônica Oliveira e Sergio Meirelles, a historiadora Antioane Rodrigues e o fotógrafo Antonio Schumacher.

Tratando-se de um projeto cultural incentivado, o livro A História da Medicina em Niterói possuiu prazo para a realização, que foram de apenas quatro meses, e número de páginas pré-estabelecido. Por esse motivo, a organizadora Franciane Barbosa, devido ao extenso número de médicos renomados presentes em Niterói, teve que exercer um poder de síntese e, infelizmente, deixou de contemplar outros profissionais de igual renome. Entretanto, ela destaca que, ao homenagear um grupo de 25 grandes nomes da Medicina, a intenção foi reverenciar toda a classe médica da cidade.

O livro pretende servir de base a estudiosos e curiosos sobre o tema, entre profissionais e leigos, e homenagear mais de cem grandes médicos

“
A publicação não tem a
pretensão de extinguir
o tema, que guarda em si
um manancial de
informações
que não podem ser
retratadas em tão
poucas páginas.
”

Fotos: Ulisses Franceschi



Franciane Barbosa, Zelina Caldeira e Antonio Duarte



Rômulo Basileu, Marcelo Mendes, Paula Ganimi, Franciane Barbosa, Ana Dantas e Antonio Duarte

(presentes e saudosos), registrando suas realizações e qualidades humanas em biografias que os conservem como exemplo às futuras gerações. Entre os médicos em atividade constam os seguintes nomes: Alair Augusto Sarmet Moreira dos Santos, Alan Castro Azevedo e Silva, Alcir Vicente Visela Chácar, Aloysio Decnop Martins, Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega, Benito Petraglia, Francisco José D'Angelo Pinto, Fábio Tinoco Mathias, Geraldo Martins Ramalho, Gesmar Volga Hadad Herdy, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Herbert Praxedes, João Marcio de Moraes Garcia, Leandro Pataro Calvão, Luiz Carlos da Silva Pegado, Luiz Felipe Judice, Mauro Romero Leal Passos, Moyzes Pinto Coelho Duarte Damasceno, Paulo César Santos Dias, Paulo Cezar de Malta Schott, Ronaldo Pontes, Salvador Borges Filho, Vilma Duarte Câmara e Willian Alberto do Amaral Ribeiro.

Pé Torto Congênito (PTC) e os desvios da ciência



O PTC tem uma história de tratamento muito cruel. As crianças portadoras desta deformidade, ao longo de muitos anos, foram fadadas ao convívio com as mazelas desta patologia, independente de serem submetidas ou não a tratamentos.

Até o início do século passado as crianças que nasciam com os pés equino-varo-supinado congênitos eram submetidos aos mais cruéis tratamentos desde a correção feita a partir da manipulação e contenção com bandagens a tratamentos com instrumentos de ferro e coisas desta natureza que submetiam a criança a verdadeiras sessões de torturas.

Mais precisamente em 1930, J. H. Kite apresentou ao mundo uma técnica onde defendia a correção, sob manipulação, das deformidades presentes no PTC, descrevendo um passo a passo para a sua realização. Esta técnica foi responsável pela introdução de manobras menos agressivas e a obtenção de pés mais plantígrados embora em sua maioria resultassem em estruturas rígidas, menores que o contralateral (quando unilateral) e que evoluíam com a idade para pés dolorosos. Mas, mesmo assim, obtinha resultados superiores ao conseguido até então.

Na década de 50, em um congresso realizado nos EUA, um médico do interior do país, que havia sido aluno de Kite, apresentou um estudo onde propunha pequenas mudan-

ças no passo a passo proposto por Kite. Mas como não tinha expressão nacional, não recebeu a devida atenção. A técnica de Kite reinou isolada por mais de meio século sem ser importunada. Tudo que se acrescentou neste período foram complementações cirúrgicas tentando minimizar as sequelas.

No final da década de 80, um ortopedista recebeu em seu consultório pacientes que afirmaram terem sido portadores de PTC ao nascer e ao examiná-los, estes não apresentavam nenhuma das sequelas habituais. Diante do primeiro caso, não deu muita importância, achou que se tratava de erro de diagnóstico. Mas diante dos demais e ao verificar que todos eram originários da mesma região, resolveu investigar e se deparou com Dr. Ignacio Ponsetti, mestre da Universidade de Iowa.

Ponsetti, em 1962, conseguiu publicar seu estudo, mas foi mantido no ostracismo até ser descoberto a partir dos resultados que produziu. Em 1996 publicou um livro específico sobre o assunto e foi então finalmente reconhecido pela ciência.

Sua técnica tem basicamente os mesmos objetivos da técnica de Kite. A grande diferença é o método de manipulação e a sequência das deformidades a serem corrigidas. Enquanto Kite objetivava a correção da adução, da supinação e do equino, repetidamente em todas as manipulações que realizava, Ponsetti

“
Geralmente, a grande maioria dos pacientes, sequer necessita de intervenção para o alongamento do tendão de Aquiles, quando o equino se mostra resistente.”



Dr. Carlos Alfredo Jasmin

Cirurgião especializado no tratamento e prevenção de doenças e traumas do tornozelo e pé.

Presidente da Comissão de defesa Profissional da AMB – Associação Médica Brasileira - 2017 / 2020.

entendeu que a adução e supinação seriam resolvidas num mesmo movimento, leve em torno da cabeça do tálus e que o equinismo só deveria ser objeto de correção depois que conseguisse abduzir o pé a pelo menos 70° em relação ao eixo da perna. Geralmente, a grande maioria dos pacientes, sequer necessita de intervenção para o alongamento do tendão de Aquiles, quando o equino se mostra resistente.

Entretanto, a sua técnica exige a realização de manipulações sucessivas e frequentes, seguidas da manutenção desta correção pelo uso de suporte específico que mantém o pé na posição corrigida, por pelo menos 3 anos. O uso desta órtese, até iniciar a marcha, é feito por 23h ao dia e depois de iniciada, é utilizada todas as noites durante os três anos seguintes.

Coisas da Ciência...

URGÊNCIA 24 HORAS

Já disponível em
nossas unidades

Precisando de ajuda,
nós cuidamos de você.

Unidade Roberto da Silveira (Niterói)
Av. Roberto da Silveira, 488 – 5º andar
(21) 2612-0252

Urgência:
[Segunda a sexta-feira | 19h às 7h]
[Sábados, domingo e feriados | 24h]

Unidade Moreira César (Niterói)
R. Moreira Cesar, 160 – 4º andar
(21) 2703-6100

Urgência:
[Segunda a sexta-feira | 7h às 19h]



oftalmoclinicaicarai.com



OFTALMOCLÍNICA
ICARAI



**Há 20 anos
oferecendo
assistência
domiciliar com
segurança e
qualidade.**

- ◆ **Internação Domiciliar**
- ◆ **Atendimento Domiciliar**
- ◆ **Procedimentos Pontuais**
- ◆ **Monitoramento de Pacientes Crônicos**

Atendimento para todas as idades.

☎ 21 2622-0204 📞 21 97015-8842
✉ faleconosco@athomeniteroi.com.br



Rua Jornalista Sidney Corrêa, 149
Piratininga, Niterói

www.athomeniteroi.com.br



Receita

Couscous Marroquino



Ingredientes:

300 gramas de couscous
400 ml de água com 1 tablete de caldo de legumes
50 gramas de 10 hastes de aspargos frescos
10 tomates cerejas cortados ao longo.
100 gramas de damasco
50 gramas de passas amarelas
50 gramas de passas pretas
50 gramas de nozes em pedaços
50 gramas de amêndoas em lascas
50 gramas de amêndoas sem casca
10 pimentas biquinho amassadas

1º Parte do modo de fazer:

- Coloque a água com o tablete de caldo de legumes para ferver.
- Espalhe o couscous num refratário tamanho médio, passe um fio de azeite, usando um garfo levemente para misturar.
- Coloque a mistura de água com o caldo de legumes, por cima, usando também um garfo para homogeneizar.
- Cubra com um pano molhado, e deixe hidratar por 10 minutos.

Obs: Os damascos e passas, devem ser colocados em água morna com uma colher de uísque por 10 minutos. Os damascos devem ser cortados em tiras finas.

2º Parte:

- Numa frigideira com uma colher de sopa de manteiga, doure as amêndoas em lascas e seque num papel toalha. Repita o processo com as amêndoas inteiras.
- Corte os aspargos em pedaços de 3 cm, desprezando a parte mais grossa do final.
- Em uma frigideira grande, coloque uma colher de azeite, e uma colher de sopa de manteiga. Abaixo o fogo e coloque os aspargos até amacia-los.
- Acrescente os tomates cereja, as pimentas, as nozes, amêndoas e depois os damascos e passas sem a água, misturando todos os ingredientes, por cerca de 5 minutos.

3º Parte:

- Retire o pano do couscous e acrescente todos os ingredientes, misturando uniformemente.
- Não esquecendo de corrigir o sal.

“
Acompanha bem com Rosbife
de File Mignon ou Paleta de
Carneiro no forno.
”



Casal Gourmet

Gilvan e Tania Muzy

O Dr. Gilvan Renato Muzy de Souza é professor universitário aposentado da UFRJ e começou a cozinhar com o amigo e também professor da UFRJ Dr. Marcus Conde. O pneumologista, graduado em medicina em 1967 pela UFF, gosta muito de fazer vários tipos de risoto, sendo o de limão siciliano e de camarão os favoritos de sua esposa, a professora do estado, Tania Muzy. Dr. Gilvan também faz vários pratos de carne. A professora Tania Muzy prefere sempre estar por perto ajudando no que for preciso, apesar de, como ela mesma revela, já ter aprendido muito. “Quando ele não quer cozinhar, entro em campo e faço”, revela Tania Muzy. Conhecidos em Niterói como “Casal Gourmet” Dr. Gilvan e Tania Muzy nos brinda com uma receita que agrada todos os paladares:

Acompanha bem com Rosbife de Filé Mignon ou Paleta de Carneiro no forno.

Sugestão de vinho: Merlot - Don Guerino – Vinícola em Alto Feliz – RS

Novos tempos novos dias

Estamos iniciando um novo mandato na Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

É uma grande responsabilidade tendo em mente o profluo mandato do Professor Luiz Augusto de Freitas Pinheiro. O início é auspicioso com a posse de seis novos Acadêmicos, que significam para a Academia novas ideias, novas propostas, novas realizações.

Os novos Acadêmicos, 2 deles são atuantes na cidade de Niterói, 1 na cidade do Rio de Janeiro e 2 na cidade de Teresópolis e uma Acadêmica milita em Niterói e Teresópolis.

Luiz Alberto Soares Pimentel é cirurgião plástico, especializado em implanteologia.

Luiz Sérgio Keim é infectologista e professor da disciplina de doenças infecciosas e parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

Da cidade de Teresópolis temos dois novos Acadêmicos Carlos Pereira Nunes professor de pneumologia e Manoel Pombo professor de urologia e atual coordenador do curso de medicina.

Da cidade do Rio de Janeiro o novo Acadêmico é membro das Forças Armadas Brasileiras, General do Exército Brasileiro, General José Oiticica.

Por fim, militando nas Universidades Federal Fluminense e Faculdade de Medicina de Teresópolis na disciplina de anatomia patológica a Profª. Vania Gloria Silami Lopes.

Certamente todos estão preparados para o engrandecimento de nossa Academia.

Com a chegada de novos Acadêmicos dois estão entrando em cadeiras já existentes a 28 que tem como Patrono Augusto Paulino Soares de Souza e a de número 4 com Patrono Domingues de Sá.

Quatro ex Presidentes estão sendo homenageados tendo seus nomes em novas cadeiras. Cadeira 66 terá como patrono Germano Brasiliense Bretz, microbiologista e higienista, professor da Faculdade de Petrópolis e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. A cadeira 67 terá como patrono Paulo Dias da Costa, pneumologista e clínico com atuação destacada como professor de clínica médica da Universidade Federal Fluminense e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A cadeira 61 terá como patrono Carlos Tortelly Costa, obstetra e ginecologista da cidade de Niterói, um dos fundadores de nossa Academia e seu primeiro presidente.

A cadeira 64 terá como patrono José Hermínio Guasti, cirurgião de alta competência, professor da faculdade de medicina da Universidade Federal Fluminense em duas disciplinas de Cirurgia Geral e de Anatomia humana.

Foi presidente de nossa Academia por 15 anos, recebendo o título de Presidente Vitalício

Além das reuniões pioneiras pretendemos realizar até 3 reuniões anuais nos núcleos de interior, já estando as unidades de Cabo Frio e Teresópolis organizado os eventos iniciais.

Importante também é a realização do VI Conclave Brasil Argentina e I Congresso Latino Americano de Academias. Os convites aos participantes, Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai já foram expedidas.

Da nossa parte, estamos aguardando as respostas mas estamos estreitando conversações com a Academia Nacional de Medicina que a exemplo do I Congresso, esperamos que sedie o atual em suas dependências. Além disso como plano alternativo já temos contatos feitos com o Hotel H e com o NAB para realizar o evento em Niterói.

Pretendemos realizar o conclave nos dias 30 e 31 de outubro do corrente ano. Em relação a FAPERJ já estamos providenciando projeto solicitando auxílio financeiro para elaborar o III Congresso da ACAMERJ a realizar-se em 2021.

Iniciaremos as sessões ordinárias com

“
Com a chegada de novos Acadêmicos dois estão entrando em cadeiras já existentes a 28 que tem como Patrono Augusto Paulino Soares de Souza e a de número 4 com Patrono Domingues de Sá.
”



Início de Mandato

Acad. Luiz José Martins Romão Filho
Presidente da ACAMERJ

Simpósio sobre Cirurgia Plástica no dia 21 de março. Discutiremos temas abrangentes e de interesse geral tendo como moderador o Prof. Ricardo Cavalcanti Ribeiro e como debatedores os professores Antônio Luiz de Araújo, Ricardo Cavalcanti Ribeiro e a Dra. Regina Célia de Andrade Ferreira de Araújo.

Os temas a serem abordados serão: Minilifting com fio de sustentação – Dr. José Antonio Beramendi; Próteses mamárias – Dr. Rafael Garrido Costa; Complicações médicas dos procedimentos estéticos – Prof. Eduardo Costa Teixeira e Aspectos jurídicos dos procedimentos estéticos – Dr. Lymark Komaroff.

As demais sessões ordinárias terão também temas como este primeiro de grande interesse geral.

Quero agradecer neste meu início de mandato a auspiciosa acolhida que tivemos da Associação Médica Fluminense que tem nos ajudado em muito na pavimentação de uma caminhada.



PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA 2019

Os cursos de Pós-Graduação IPEMED têm duração de **24 meses** e as aulas são realizadas em um **final de semana por mês**, com o diferencial de oferecer **aulas práticas dentro de ambulatórios próprios e hospitais escola parceiros**, de acordo com a especialidade e a cidade onde o curso é ministrado.

A Faculdade IPEMED oferece cursos de Pós-Graduação Médica *lato sensu* nas especialidades:



LIGUE E FAÇA SUA INSCRIÇÃO

0800 940 7594

ipemed.com.br/pos



IPEMED

FACULDADE IPEMED DE CIÊNCIAS MÉDICAS

BELO HORIZONTE | BRASÍLIA | RIO DE JANEIRO | SALVADOR | SÃO PAULO | MIAMI (EUA)



Tempo de formada:

8 anos

Especialidade:

Clínica Médica / Neurologia e futuramente, se Deus quiser, Geriatria.

Formação:

Faculdade Estácio de Sá.

Se não fosse médica, seria:

Seria bióloga ou veterinária.

Por que escolheu essa especialidade:

Desde a faculdade eu gosto da fisiologia neurológica, e sempre gostei de lidar com idosos. Apesar de ter pensado em fazer outras especialidades, eu decidi pela neurologia porque, além de ser uma especialidade linda porém difícil, ela complementa a geriatria, que ainda irei me especializar.

Fato mais marcante na profissão:

Para mim talvez tenha sido o meu primeiro plantão, pois foi quando eu realmente me senti médica.

O que representa a AMF:

Representa a união dos médicos na nossa cidade, fortalecendo e defendendo a classe médica, aliado a serviços nas áreas científica, social e cultural para a sociedade, tornando-a uma associação dinâmica e com grandes responsabilidades.

Hobby:

Os meus grandes hobbies são os esportes de aventura (Escalada,

Dra. Mariana Silva Abunahman

Especializada em clínica médica/neurologia, a Dra. Mariana Silva Abunahman está para realizar um sonho antigo: se tornar geriatra. Essa vocação foi descoberta ainda nos tempos de faculdade, pois sempre gostou de lidar com idosos e já tem como base a neurologia, que complementa a geriatria. Quando não está cuidando de seus pacientes, a Dra. Mariana Silva Abunahman pratica esportes de aventura (Escalada, Ciclismo, Hiking, e Trekking). Ela aconselha os colegas para permanecerem unidos como sociedade e fortalecendo a classe. E arremata, afirmando que “se associando na AMF estamos cumprindo este objetivo.”

Ciclismo, Hiking, e Trekking).

Livro preferido:

Não tenho um livro preferido, mas os que eu mais gosto são os de suspense, tipo Agatha Christie, e os motivacionais.

Sua inspiração na profissão:

Graças a Deus, eu tenho duas inspirações na minha profissão: Meus pais.

Qual a importância da família na vida do médico:

A família é a base para tudo, seja na vida do médico, ou em qualquer outra profissão, pois é ela que cuida da gente quando precisamos, seja o que for, como um alicerce em nossas vidas.

Programa imperdível:

Programa de TV. Os seriados de comédia gosto muito. E programa sem ser de TV é viajar, adoro mais.

Música:

Como os livros, não tenho uma em especial, mas adoro Rock.

Frase para a posteridade:

“A função do médico é curar. Quando ele não pode curar, precisa aliviar. E quando não pode curar nem aliviar, precisa confortar. O médico precisa ser especialista em gente.” Adib Jatene.

Mensagem aos jovens médicos:

Como eu também sou uma jovem médica, posso dizer aos meus colegas que devemos estar sempre unidos como sociedade e fortalecendo a classe. E se associando na AMF estamos cumprindo este objetivo. Não esquecendo que o médico tem a missão de cuidar do bem maior que é a vida, sendo assim, o associativismo, fortalecendo o exercício da profissão, favorece a população em geral.

Porque sou sócio da AMF:

Sou sócia da AMF justamente para compartilhar todas as vantagens descritas sobre o associativismo.



Novas óticas em Niterói

Anderson Azevedo investe na cidade com duas lojas nos últimos meses

Fotos: Antonio Schumacher

Quem passou na esquina da Rua Moreira César com a Presidente Backer, em Icaraí, a partir do mês de novembro do ano passado, se surpreendeu com uma loja diferente das demais. A Ótica Lidera possui um espaço amplo, iluminado e sofisticado trazendo para o público de Niterói o melhor do ramo ótico, no quesito luxo.

Apaixonado por sua profissão, o empresário Anderson Azevedo abriu sua primeira loja na Avenida Ernani do Amaral Peixoto, oito anos atrás. Hoje, ele possui ao todo cinco óticas, localizadas em Icaraí, Centro, São Gonçalo e as mais recentes na Rua Coronel Moreira César e no shopping Itaipu Multicenter.

Quando questionado acerca do momento de crise econômica que impede as pessoas que pretendem investir e empreender, ele se mostrou confiante e destemido. “Além da paixão pelo que faço, acredito no que faço. Eu observo que o consumo sempre existirá, contudo, em momento de crise, as pessoas tendem a escolher melhor onde devem consumir. É um tempo que divide os bons dos ruins, e para manter seu público, é necessário fazer um trabalho de excelência, com muita dedicação”, opinou.

Niteroiense, Anderson possui apreço pelo público da cidade. “Quando me mudei para Zona Sul de Niterói, percebi que o público da região é muito carente de produtos luxuosos – quando os busca, precisa ir até a capital do estado. A área de produtos com maior qualidade, marcas de ponta, ainda está em crescimento no município – com o consumo mudando também em museus, teatros, na cultura em si – e eu quis uma loja que pudesse atender ao público. Mas sinto que em diversos segmentos, há falta de opções para este nicho específico. Eu possuo apenas ótica, mas



estaria aberto a explorar outros ramos no futuro”, opinou.

O empresário adverte que o investimento no espaço físico não vale à pena caso um bom atendimento não seja prioridade. “Você pode ter a melhor loja. Mas se não tiver a melhor equipe e o melhor produto, não tem sucesso. É todo um conjunto. Colo-me no lugar de cada pessoa que entra. Como gostaria de ser atendido, ser recebido. Essa orientação repasso á minha equipe e é muito satisfatório ver o feedback dos clientes, que tem sido melhor do que imaginávamos quando inauguramos esta loja em novembro. Um cliente tratado com carinho que sai satisfeito vale por 20 – ele é a nossa melhor propaganda”, finalizou.

Cláudia Gonçalves, advogada, foi a loja para comprar seu quarto par de óculos. “Sou cliente há um ano e meio, sou muito bem atendida. Sempre saio satisfeita e feliz, ganho brindes, e, além disso, ganho elogios dos amigos pelos meus óculos. É bom porque os produtos que eu quero não vendem em outras óticas, eu só encontro aqui”, elogiou.

Departamentos Científicos

Em comemoração ao **Dia Mundial do Rim**, foi realizado no dia 14 de março o Evento "Saúde dos Rins para Todos", sob a coordenação do Dr. Alan Castro.

No dia 21 de março, os Departamentos Científicos de Geriatria e Neurologia, coordenados pela Dra. Vilma Duarte Câmara, convidaram o Prof. Dr. Roberto Levi Cavalcante Jales que ministrou a palestra sobre "Avanços da Medicina Nuclear em doenças neuropsicogeriatricas".



O Departamento Científico de Cardiologia, sob a coordenação do Dr. Heraldo Victor, realizará no dia 04 de abril, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde a palestra "Anticoagulação oral em 2019: Endoxabana na minha prática médica"

No dia 23 de março o Departamento de Reumatologia e o Clube de Reumatologia de Niterói realizaram o evento "Espondiloartrites - I Encontro do Clube de Reumatismo de Niterói 2019". Neste evento, especialistas de várias áreas abordaram diferentes temas.



Associação Médica Fluminense
Departamento de Cardiologia

EVENTO
EM COMEMORAÇÃO
AO **DIA MUNDIAL**
DA **SAÚDE!**

**"Anticoagulação oral em 2019:
Edoxabana na minha prática médica"**

Palestrante:
Dr. Humberto Villacorta
Prof. Associado-UFF, Doutor em Cardiologia-USP

Presidente da Sessão:
Dr. Edilson Feres
Membro Titular Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular.

Coordenador da Sessão:
Dr. Eduardo Nani
Professor de Cardiologia-UFF.

**Assunto de total interesse à todas as áreas médicas.
Contamos com sua presença.**

Informações
Administração AMF - Tel.(21) 2710-1549
www.amf.org.br 98860-1549
facebook/associacaomedicafuminense
Av. Roberto Silveira, 123 - Icarai

Coordenação:
Dr. Heraldo Victor
Dr. Eduardo Nani
Dr. Jorge Abunahman

Apoio:
 Daitchi Sanjyo

FILIADA À **AMB** **SOMERJ**

Difícil arrumar um fiador para alugar o seu imóvel?

Temos a solução para você!



Veja os imóveis com essa super vantagem em nosso site.

Self ADM
Desde 1990

www.selfadm.com.br

21 3179-5700

21 9 9800-7410



carro fácil



UM CARRO 0 KM, TODO ANO.

Tenha sempre um carro novo, com IPVA, documentação, seguro e manutenção preventiva, tudo pago.



CONVENIÊNCIA

Leva e traz para revisões de veículo e serviços residenciais inclusos.



PRATICIDADE

Assistência 24h e carros reservas por tempo ilimitado*.

Experimente essa nova maneira de usar o carro.

Quer andar de carro 0Km sem pagar nada de entrada?

A oportunidade é agora!



O Porto Seguro Carro Fácil é um serviço de assinatura de carros novos com valor fixo mensal. O Porto Seguro Carro Fácil não é financiamento, nem consórcio.

*Automóvel reserva para sinistro e manutenção acima de um dia. Em caso de sinistro, até duas utilizações. Para conhecer os modelos, condições de contratação e regiões de abrangência, consulte nossos corretores.

OCEANO
CORRETORA DE SEGUROS

[oceanoseguros](https://www.oceanoseguros.com.br)
www.oceanoseguros.com.br



(21) 3617-0129
(21) 9 8362-8916

SINDHLESTE

representa importantes instituições de saúde de Niterói e São Gonçalo

Prosseguir com o trabalho já desenvolvido, ampliar a parceria com as operadoras de saúde, além de oferecer cursos de capacitação aos colaboradores dos associados, assessoria jurídica e negociação nas convenções coletivas de trabalho, são algumas das prioridades do SINDHLESTE.

A diretoria, que foi eleita para atuar no triênio 2018/2020 no Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Niterói e São Gonçalo, o SINDHLESTE, tem conseguido relevantes conquistas para a categoria.

Entre os seus membros estão: o Diretor Presidente Vinicius Queiroz, do Hospital de Olhos de Niterói, o Diretor Vice-Presidente Aécio Nanci Filho, do Hospital São José dos Lários, o Diretor Administrativo Sávio Tinoco, do Hospital Icaraí e Hospital & Clínica São Gonçalo e o Diretor Financeiro Hector Concha, do Hospital Santa Martha. Para o conselho fiscal foram eleitos Jorge Guilherme Cerbino, da Casa de Saúde N. S. Auxiliadora, Anderson Pedrosa, do Hospital de Clínicas da Alameda e Felipe Albuquerque Magalhães, do São Francisco Hospital e Maternidade. A diretoria ainda conta com os suplentes Ricardo Reis, do Niterói D'Or, Ilza Fellows,



do Complexo Hospitalar de Niterói, Jorge Gerrero, do Hospital São Sebastião e Luiz Otávio Nazar, do Hospital Geral do Ingá. Já os suplentes do conselho fiscal são: Silla Todesco e Rodrigo Lisboa, ambos da Clínica de Hemoterapia, e Leandro Alves, do Centro de Imagem Icaraí.

Vinicius Queiroz destaca como prioridade desta Diretoria a saúde suplementar com foco no cuidado dos pacientes, em um processo que exige tecnologia de ponta e capacitação dos profissionais da saúde.

- E essa prioridade só é possível atingir quando temos em nossos hospitais e clínicas equipes de médicos e colaboradores de excelência e uma estrutura hospitalar focada no alto padrão de qualidade. Seguimos trabalhando com toda a Diretoria de nosso Sindicato para ampliarmos a forte parceria com as operadoras de saúde, visando sempre a remuneração justa dos serviços prestados e o equilíbrio econômico financeiro de todos os hospitais e clínicas de Niterói e São Gonçalo.



SERVIÇOS PARA ASSOCIADOS

- + Representação legítima da Categoria nas negociações coletivas de trabalho e acompanhamento com 12 Sindicatos Profissionais;
- + Assessoria Contábil: orientações sobre COFINS, REFIS, Imposto de Renda, encargos tributários e análise econômico/financeiro do mercado de Saúde;
- + Relacionamento/Negociação com as Operadoras de Saúde;
- + Assessoria Jurídica: orientação e defesa da categoria junto aos conselhos de classe, intermediação nos acordos coletivos de trabalho, acompanhamento de negociações individuais junto aos Sindicatos dos Empregados e consultoria especializada para procedimentos trabalhistas e revisão legal;
- + Ensino e Pesquisa: realização de eventos que contribuem com o aprimoramento técnico e gerencial dos associados;
- + Assessoria de Comunicação.

Filiado



Parceiros



SEJA NOSSO ASSOCIADO

21 2717-6653

www.sindhleste.org.br

[f/sindhleste](https://www.facebook.com/sindhleste)

R. Visconde de Sepetiba, 935, sl. 621, Ed. Tower 2000 . Centro . Niterói

CONHEÇA O GRUPO ASSE CONTABILIDADE MÉDICA

QUALIDADE DE SERVIÇO

Somos certificados com o ISO 9001 pelo CRC e SESCON. Palestramos em congressos, artigos em revistas e assessoramento as entidades representativas médicas.

NOS SIGA NAS REDES SOCIAIS



www.asse.com.br



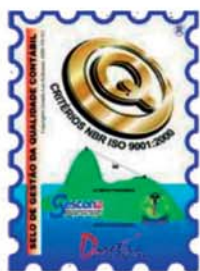
@grupoasseoficial



/grupoasseassessoria



/company/grupoasse



Selo SESCON - Sindicato das Empresas de Serviços Contábeis

Rua Teófilo Otoni, 15 - 12º Andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20090-080
TEL.: (21) 2216-9900
diretoria@asse.com.br
www.asse.com.br

O Grupo Asse há 45 anos cuida somente da saúde contábil de seu consultório e clínica médica. Como diferencial na área da saúde, oferecemos aos nossos clientes sem ônus, os serviços abaixo:

Como diferencial na área da saúde, oferecemos aos nossos clientes sem ônus, serviços abaixo:

- Melhor planejamento tributário. Clínicas que tem objeto social de auxílio diagnóstico e terapia, mesmo que não seja de imagem, tem direito a usufruir, com segurança jurídica, da alíquota reduzida do IRPJ e CSLL. Incide sobre a base de 8% e não 32%, excetuando-se as simples consultas, desde que esteja constituída sob a forma de sociedade empresária e normas da Anvisa, expressiva economia tributária.
- Treinamento vídeo aula ou presencial, sobre recepção, faturamento e glosas.
- Licenciamento e renovações da saúde, CNES, Vigilância Sanitária, Cremerj e Procon.
- Obrigações acessórias – DMED, ECD, ECF, SPED PIS/COFINS, DIRF, CEPOM, EFD-REINF, DME, DEFIS, RAIS, etc.
- Consultoria e cadastramento da empregada doméstica e-Social. 25% de desconto na certificação digital e nos programas PPRA e PCMSO.
- Estudos de revitalização, valor de sua empresa, liquidez corrente do seu negócio.
- Envio trimestral de todas as certidões negativas, mesmo não solicitado.
- Envio pelo SMS alertando o vencimento das obrigações.
- Elaboração contratos locação, mútuo, comodato, permuta, prestação de serviços.
- Notificação Extrajudicial, consulta e recursos na via administrativa e C. Contribuintes.
- Cálculo lucro imobiliário, renda variável, ITD sobre doações, CADIN, parcelamentos.
- Envio semanal de informativos através de e-mails e todas as mídias sociais.

Somos parceiros de nossos clientes, muitos certamente de seu conhecimento, conhecemos suas dificuldades, por isto oferecemos honorários compatíveis, agregando valor aos nossos serviços sem ônus para o médico.



GRUPO ASSE CONTABILIDADE MÉDICA

Há 45 anos assessorando profissionais da área de saúde

21 2216-9900 | 21 98766-7574 | diretoria@asse.com.br

Rua Teófilo Otoni 15 - 12º Andar
Rio de Janeiro (Centro) - RJ - 20090-080



XII CONGRESSO SOMERJ

25 a 27 de setembro de 2019

Inscrições abertas

www.congressosomerj.com.br

Consulte programação no site.

25/09

Curso Pré-Congresso

26 e 27/09

Programação Científica

Temas Livres (formato poster)

Premiação para os 1º, 2º e 3º lugares

LOCAL

AMF - Associação Médica Fluminense
Niterói - Rio de Janeiro

INSCRIÇÃO

até 30/08

após 01/09

Estudante de Medicina R\$30

R\$50

Médico associado quite -

-

Médico não associado R\$120

R\$150

REALIZAÇÃO



APOIO



PATROCÍNIO



SECRETARIA EXECUTIVA



Imposto de Renda?

Confiabilidade, Responsabilidade e Comprometimento

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



QUESTOR
Soluções contábeis

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

(21) 3617-4776

(21) 99508-8148





Livro:
"O falecido Mattia Pascal"

Autor:
Luigi Pirandello

Tradutores:
Rômulo Antonio Giovelli, Francisco Degani (com notas de Francisco Degani)

Editora:
Abril

O falecido **Mattia Pascal**

Luigi Pirandello nasceu na Sicília em 1867 e faleceu de pneumonia em 1936. Em 1904 publicou "O falecido Mattia Pascal", inicialmente em capítulos em revista literária, e depois em livro, o que lhe rendeu traduções para o alemão, francês, assim como grande projeção. Recebeu o prêmio Nobel de literatura em 1934. Antes, em 1927, visitou o Brasil e foi entrevistado por Sérgio Buarque de Holanda que fazia entrevistas como "freelance" nessa época.

Este "O falecido Mattia Pascal" é uma leitura deliciosa seja pela narrativa fluida de Pirandello que os tradutores tão bem conseguiram dar à obra em português, seja pela inusitada situação em que o personagem principal se encontra para tratar de um assunto caro ao autor: as máscaras sociais que o ser humano usa para viver em família, para viver em sociedade, deixando de ser ele mesmo ou outros "eus" que surgem ao longo dos anos de sua existência.

Personagem Mattia Pascal - cujo sobrenome é uma homenagem ao filósofo Pascal, autor da frase "O coração tem razões que a razão desconhece" -, falido, tendo perdido sua mãe, sua primeira e única filha ainda bebê, cansado da esposa e, principalmente, cansado da sogra que morava com o casal e do trabalho que exercia como bibliotecário de uma biblioteca mantida pela prefeitura local, cheia de ratos, para a qual um gato fora adquirido com certa quantidade de rateiras. Ele resolve fugir, desaparecer e acaba descobrindo pelos jornais que sua esposa reconheceria um

corpo encontrado após afogamento como sendo o seu. Resolve assumir-se como morto, adquire uma nova identidade, encontra outra família onde percebe as mesmas máscaras sociais nos membros desta outra família na cidade grande, Roma. Percebe-se sufocado pela mentira, pela fuga e resolve retornar à família original. E assim as confusões tomam corpo como num palco de teatro ou da vida.

Durante a narrativa temos um encontro com reflexões sobre a vida, a morte, a vida social e as máscaras usadas, e sobre a história recente da Itália que se unificou somente em 1870. Muito interessante sua reflexão acerca da alma e da perda de cognição por acidente ou por demência feita pelos personagens naquele início do século passado: não se perde a alma quando se perde a cognição como o pianista não deixa de ser pianista por causa do defeito de seu piano.

A leitura é tão agradável que ao terminar, tive vontade de ler o livro novamente para me deleitar uma segunda vez ou detectar algo que tivesse possivelmente perdido durante a leitura. Mas como a lista de leituras maravilhosas é grande, coloquei meu exemplar na minha estante para uma releitura prazerosa no futuro. Esta edição da editora Abril foi distribuída em bancas de jornal e livrarias há alguns anos. Pode ser encontrada em algumas livrarias, mas principalmente nos sebos da cidade ou da internet.

Vale a pena a leitura. Até a próxima, pessoal!

Hospital do Coração Samcordis

- Emergência 24h em Clínica Médica e Cardiologia • Hemodinâmica
- Centro Cirúrgico • Unidade Coronariana • CTI

Centro Médico Samcordis:

- Cardiologia • Cardiologia Pediátrica • Angiologia • Arritmia Cardíaca
- Cirurgia Bariátrica • Cirurgia Geral • Cirurgia Plástica • Clínica Médica • Dermatologia
- Endocrinologia • Neurologia • Ortopedia • Otorrinolaringologia • Urologia



HOSPITAL do CORAÇÃO
SAMCORDIS

"Cuidando de você
com o coração."

39
Anos

Tels.: 3715-8005 (Emergência e Internação)

3715-8000 / 3715-8001 / 98790-0990 (Marcação de Consulta)

End.: Rua Dr. Nilo Peçanha, nº 391 - Estrela do Norte - São Gonçalo/RJ.



Conheça a **Turquia**



Catedral de Santa Sofia - Istambul

A Turquia é um país eurasiático com paisagens exóticas e belezas naturais deslumbrantes, e uma riqueza histórica com marcas de distintas civilizações.

É muito fácil se encantar pela Turquia, de Istambul à Capadócia, de Pamukkale à Éfeso: tudo é mágico! Com seus 814.578 km², a Turquia é o ponto de encontro entre o Ocidente e o Oriente. Os passeios incluem desfrutar de praias de águas cor turquesa, cataratas majestosas, bosques frondosos com interessantes espécies endêmicas, vales férteis, grutas e originais formações rochosas que permanecem na memória e no coração de quem os descobre. A particularidade de ser um país eurasiático, com porções de seu território em dois continentes, Europa e Ásia, proporciona a seus visitantes, além das paisagens exóticas e belezas naturais deslumbrantes, uma riqueza histórica que encanta em cada detalhe com marcas de distintas civilizações. Dona do maior museu a céu aberto do mundo, é sem dúvida um roteiro magnífico e inesquecível.

Qual a melhor época para visitar a Turquia?

Primavera (abril a maio) e outono (setembro a outubro) são as melhores épocas

para visitar a Turquia, uma vez que o clima será perfeito para passear em Istambul, no Mar Egeu e na costa do Mediterrâneo, e vai ser agradável na Anatólia Central. Visitar antes de meados de junho ou depois de agosto também pode ajudar a evitar mosquitos. Para quem deseja aproveitar as praias, meados de maio a setembro é perfeito para o Mar Egeu e a costa do Mediterrâneo. A costa do Mar Negro é mais visitada entre abril e setembro – ainda choverá, mas não tanto. É indicado viajar para o leste da Turquia do final de junho a setembro, mas não antes de maio ou depois de meados de outubro, a menos que se esteja preparado para a neve, fechamento de estradas e temperaturas muito baixas.

Clima na Turquia

A Turquia é um país muito grande, que desfruta de climas distintos, mas que na sua maior parte tem um clima mediterrâneo, com verões quentes e secos e invernos suaves e chuvosos. A melhor época para visitar a Turquia é entre os meses de abril a junho e de setembro a outubro, quando as temperaturas estão agradáveis. Já de julho a agosto, as temperaturas ficam mais altas, com média de 40°C em algumas regiões do país.

“
A Turquia é um país muito grande, que desfruta de climas distintos, mas que na sua maior parte tem um clima mediterrâneo, com verões quentes e secos e invernos suaves e chuvosos.
”



Capadócia

Principais cidades e atrações para visitar na Turquia **Istambul**

Parada obrigatória em sua visita ao país, é uma das mais fascinantes cidades do mundo. Cortada ao meio pelo Estreito de Bósforo, Istambul estende-se por 30 km e faz a ligação do Mar Negro com o Mar de Mármara, separando a Ásia da Europa: no lado Europeu, fica o centro de comércio e negócios, já no lado asiático, ficam as residências. Cosmopolita e moderna, esta importante cidade de negócios mescla o novo e o antigo, com vistas de tirar o fôlego. Banhada pelas águas azul-marinho do Bósforo, tem certamente o mais belo pôr do sol que se pode ver. Em Istambul, também, estão locais de visita importantes pela sua impressionante arquitetura, como a imponente Hagia Sofia (pronuncia-se “Aya Sófia”) ou Basílica de Santa Sofia; as Mesquitas Azul e Suleymaniye; palácios e outros.

Capadócia

Outro ponto alto do turismo na região da Turquia Central é a Capadócia,

região de natureza geológica ímpar, onde se veem as curiosas formações rochosas longilíneas conhecidas como Chaminés de Fada. É na Capadócia que fica o "Open Air Museum", um espaço onde se concentram as melhores obras de arte. Há várias capelas antigas e outras divisões de um enorme mosteiro diferente do habitual. Tudo era escavado na rocha: salas que eram usadas como refeitório, dormitórios e, claro, igrejas das várias fases de sua existência.

Pamukkale

Situado na zona de Denizli, Pamukkale é um dos mais atraentes pontos de turismo deste país. A grande atração é a imensidão branca do penhasco com bacias esculpidas cheias de água, como quedas d'água congeladas que parecem feitas de neve, nuvem, algodão. Pamukkale é uma montanha coberta por rocha branca calcária, que há milhões de anos é esculpida pelos sulcos de água que ali correm e que lhe concederam um aspecto único de rara beleza. As águas termais brotam do chão a 35 graus e formam piscinas de água



Pamukkale

azul-turquesa que, aliadas ao brilho do travertino sob a luz do sol, criam um lugar encantado. Este visual mágico, de vários tamanhos, que se encontram em forma de cascata no pequeno monte, recebeu justamente o nome de Pamukkale, que em turco significa Castelo de Algodão.

Éfeso

Pode-se dizer que Éfeso é uma das maiores, mais bonitas e mais bem preservadas cidades antigas do mundo. Lá se encontram duas das sete Maravilhas do Mundo Antigo: as ruínas do Mausoléu de Maussollos, em Bodrum, e o que resta do Templo de Ártemis, a deusa romana da fertilidade – além de outras belezas

arqueológicas e naturais. Acredita-se, porém, que o segredo mais bem guardado da Turquia se esconde ao longo do Mar Egeu e Mediterrâneo, em Kusadasi. Região litorânea conhecida como Riviera Turca, respira encanto, glamour e muito charme. Pela beleza indiscutível das rochas esculpidas em frente ao mar e pelas águas paradisíacas, de um intenso azul, foi batizada, também, de Riviera Turquesa. Com 300 dias de sol por ano e milhares de quilômetros de areias quentes, a Riviera Turca é o local ideal para viver dias de puro relaxamento.

Bodrum

Bodrum é um paraíso com mar, belezas naturais, enseadas magníficas e história. Do passado até hoje, Bodrum é um destino turístico famoso por suas casas brancas, ruas estreitas indo até o mar e vida noturna moderna e agitada.

Travelmate Niterói

R. Cel. Moreira Cesar, 229 loja 216
Shopping Icarai - Tel.: (21) 36743008
niteroi@travelmate.com.br

Diminua os efeitos das dores provocadas pela artrose

A Artrose é uma doença de caráter inflamatório e degenerativo das articulações. Pode causar dores, creptação, inchaço, redução dos movimentos e até mesmo impossibilidade de caminhar. O tratamento da artrose é MULTIMODAL. Inclui a viscosuplementação que consiste em injeções intra-articulares de Ácido hialurônico, o mesmo componente que já existe no líquido sinovial saudável.

A viscosuplementação é feita na própria clínica e pode ser repetido após um período de seis meses a um ano.



Dr. Adrieni Alchaar
Artrose • Osteoporose • Ortopedia

Dr. Alcino Alchaar
Ortopedia • Traumatologia

Rua São Pedro 186 - Centro - Niterói - RJ

Fotos e Designer © RicardoGuimaraesdeSouza@gmail.com

(21) 2628.1501

Apresentamos aqui o Clube de Benefícios AMF

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



www.aquafishniteroi.com.br
Tel: (21) 2611-1984 / 27119033

Desconto de 30% nas atividades esportivas (natação) e 20% nas atividades de fisioterapia e hidroterapia para associados e dependentes.



Rose & Cia
Serviços Ambulatoriais

Desconto de 4% para faturamento médico e 20% para locação de consultório médico.

www.roseecia.com -
Tel: (21) 2618-0468 / 213628-0461

SYMBOL

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



Facilitando a sua vida

Desconto de 15% em todos os serviços.

contato@makeeasy.com.br

www.makeeasy.com.br
Tel: (21) 99892-6860



Ginástica para o Cérebro

Desconto de 20% em todas as atividades.

www.metodosupera.com.br

Tel: (21) 2704-0012



IPEMED

FACULDADE IPEMED DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Desconto de 5% em cursos



Instituto Brasileiro de Línguas Icarai.

<http://unidades.ibl-idio-mas.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



COMUNICAÇÃO & MARKETING PARA A ÁREA MÉDICA

Desconto de 20% em serviços pontuais

Tel.: (21) 2220-0569

www.marketmed.com.br



Estratégias em RH

Desconto de 20% nos serviços



Confira no site:
www.amf.org.br

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.

PREOCUPADO COM IMPOSTO DE RENDA ?



CONTHÁBIL

assessoria



2621-1000

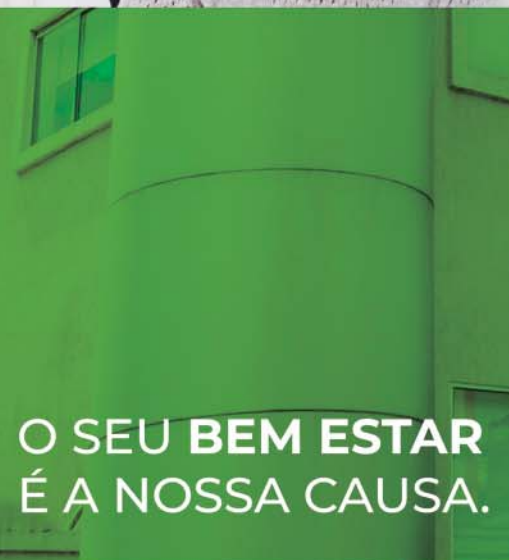


TRATAMENTO
EM FORMA
DE **CUIDADO.**

ATENÇÃO
QUE TRANSMITE
CONFIANÇA.



PROFISSIONALISMO,
INFRA ESTRUTURA
MODERNA E AGILIDADE
NO ATENDIMENTO SÃO
AS FERRAMENTAS
PRINCIPAIS PARA A
EXCELÊNCIA DA NOSSA
UNIDADE DE SAÚDE.



HUMANIZAÇÃO
EM CADA
CONTATO.

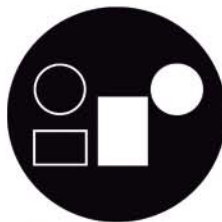


HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

(21) 3578-3636

Alameda São Boaventura, 321 - Fonseca - Niterói - RJ

www.hospitalalameda.com.br



IRSA

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Desde 1967 Cuidando da Sua Saúde

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

SUPORTA ATÉ
180 Kg

MAIS ESPAÇO
E CONFORTO

DIAGNÓSTICO
PRECISO

O IRSA é referência em exames de imagem em Niterói desde 1967, realizando procedimentos de alta complexidade e sempre investindo em seu parque tecnológico para garantir a excelência nos laudos, que são tão respeitados pelo corpo clínico da cidade e adjacências.

Possuímos os mais modernos equipamentos de **Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia Digital, Densitometria Óssea, Ultrassonografia, Doppler Colorido e Raio X** de Niterói.

Nossas unidades em Niterói:

ICARAÍ | Rua Domingues de Sá, 321

CENTRO | Av. Ermani do Amaral Peixoto, 178 - 103 a 207



CENTRAL DE ATENDIMENTO
21 2729-1669



irsaradiologia



irsaradiologia



irsa.med.br



contato@irsa.med.br



21 99037-3112