

Revista

Associação Médica Fluminense

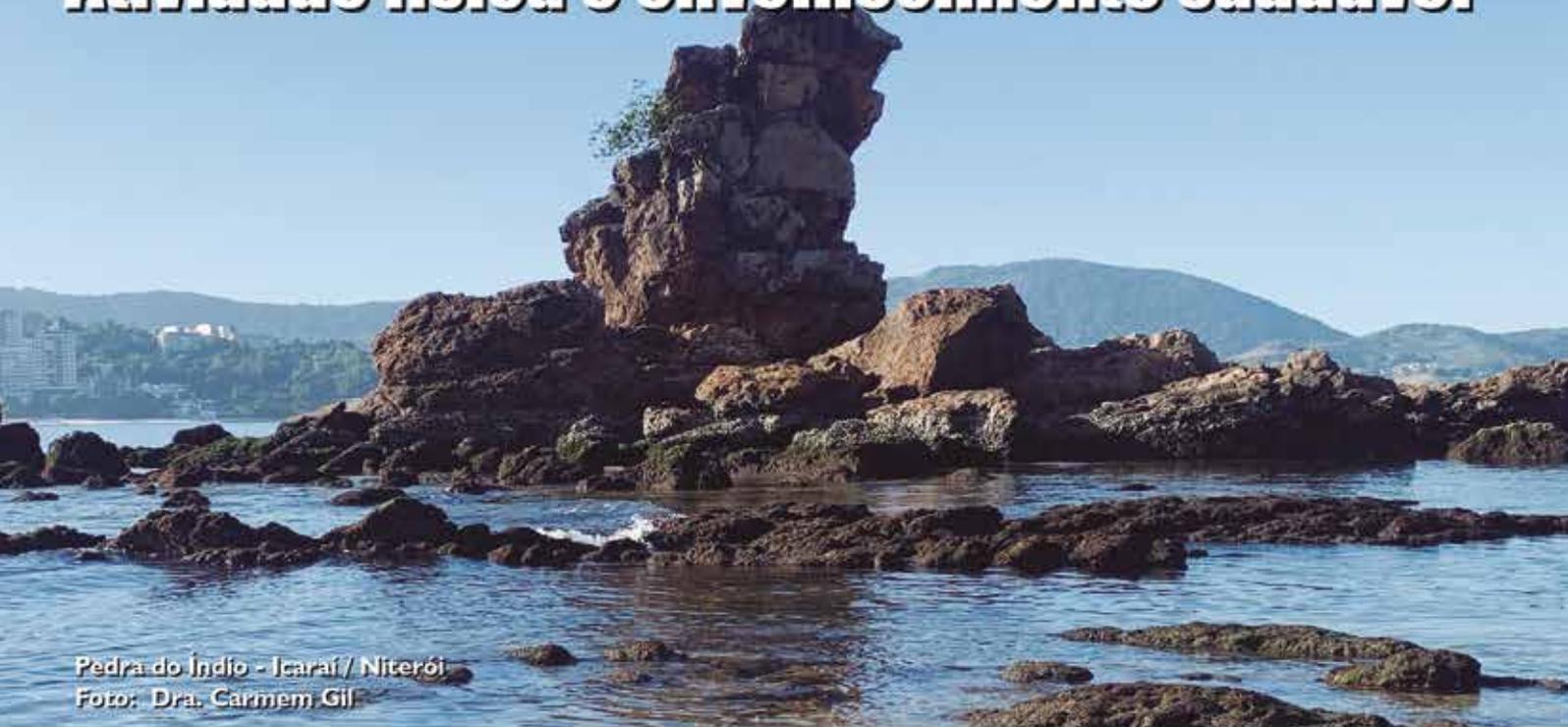
amf



Ano XVIII - n° 87 - Abr-Jun/2021
ISSN n° 1809-1741
Órgão Oficial - Filiação à Somerj
Você encontra a Revista AMF
no site: www.amf.org.br

Imunossenescência

Atividade física e envelhecimento saudável



Pedra do Índio - Icaraí / Niterói
Foto: Dra. Carmem Gil

E ainda:

- Transtorno de Estresse Pós-Traumático Relacionado ao Trabalho:
O desafio do nexos trabalhista
- Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
- Medicina Integrativa baseado em evidências

A Medicina da Estácio acaba de ficar ainda melhor. **Agora, ela é IDOMED.**

O que acontece quando juntamos qualidade de ensino e mais de 20 anos de tradição a outras histórias de sucesso? A Medicina da Estácio fica ainda maior e melhor. Com as escolas de Medicina da FAMEAC, FAPAN e UniFacid, a Estácio agora é IDOMED. A união de instituições que acreditam que Medicina se faz na prática. Na prática, com corpo docente altamente especializado e titulado, com laboratórios equipados, com parceria com os principais hospitais e unidades de saúde, com tecnologia aplicada à prática clínica e, acima de tudo, com cuidado humano. É assim que a Estácio e todas as instituições do IDOMED garantem um ensino orientado para os desafios do futuro, lembrando sempre do fundamento da Medicina, que é estar a serviço das pessoas.

Inscrições abertas para a graduação.

Inscreva-se em idomed.com.br



Estácio

IDOMED

Instituto de Educação Médica

Respeito é bom.....

Quantos de nós já ouvimos essa frase na infância e na adolescência se referindo ao respeito aos mais velhos, pais, professores etc... A palavra respeito, originada do latim, *respectus*, do verbo *respectare*, possui o significado de olhar outra vez, considerar ou prestar atenção ao redor.

Pode-se dizer que o respeito está relacionado à atitude ou modo de agir, considerando o próximo, a comunidade a qual se insere, a sociedade. Ligado à moral e, também, ao sentimento de admiração e empatia, é um valor importante do ser humano, propiciando interação social harmônica, tratamento com profunda reverência ou consideração, demonstrada por uma pessoa ou alguma coisa.

Em relação à lei moral, ao modo de agir, o respeito induz a um comportamento, reverenciando-se os direitos e espaços uns dos outros, de acordo com as leis, com a ética, e com a vida na sociedade. Em oposto, a ausência do respeito gera o confronto, a violência. Há, ainda, o sentido do respeito ocasionado pela admiração por alguém pela sua história, competência, caráter, realizações etc. Para Kant, o respeito por uma pessoa é, propriamente, respeito pela lei, da qual aquela pessoa nos dá o exemplo.

Como descrito no livro do Êxodo, contido na Bíblia Sagrada, Moisés apresenta ao povo de Israel as leis da Sagrada Escritura, os Dez mandamentos, como mensagem divina, com o intuito de os conduzir. Estas preconizavam o amor a Deus e ao próximo; já se impunham valores éticos de comportamento e convivência e a condição do acatamento às leis.

O respeito deve ser mútuo nas diversas interfaces, sendo este interpessoal, institucional, profissional. Além das leis que constituem o Código Civil, no âmbito profissional, os códigos de ética pautam as diretrizes de conduta, considerando valores relevantes para a sociedade, para as práticas desenvolvidas, especificando, também, regras de etiqueta e responsabilidades.

Sócrates, com sua ênfase ao debate ético no plano político, despontou a importância do homem enquanto cidadão na construção de uma ética social. A ética é uma orientação interna que se preocupa com a harmonia das relações humanas, edição 87 - abr-jun/2021

penetra a ordem moral, mas dela independente, a fim de regê-la com padrões seguros e autenticamente humanos.

Na medicina, a ética garante o respeito à vida, segurança nos procedimentos e cuidados prestados aos pacientes. O juramento de Hipócrates teria sido o mais antigo código de ética médica, contendo deveres para com a sociedade e proibições, no qual se comprometia a agir com honestidade, caridade e ciência. Em 1803, surgiu o Código de Ética Médica, elaborado pelo médico, filósofo e escritor inglês Thomas Percival.

No Brasil, o primeiro documento que disciplina a ética médica foi publicado em 1929, no Boletim do Sindicato Médico Brasileiro, denominado Código de Moral Médica. No entanto, o primeiro Código reconhecido pelas autoridades governamentais surgiu em 1944, após o IV Congresso Médico Sindicalista. Vários documentos foram elaborados, no decorrer dos anos, considerando a regulamentação da ética médica, cujas revisões e atualizações se fazem necessárias, decorrentes das transformações sociais e avanços da tecnologia. A última versão do Novo Código de Ética Médica emitido pelo Conselho Federal de Medicina foi publicada através da Resolução CFM nº 2.217/2018, de novembro de 2018, ao qual, resoluções posteriores foram anexadas.

O comportamento ético do médico está bem estabelecido, normatizado, sujeito à fiscalização, através das leis e códigos de conduta. Em resumo, versa sobre o relacionamento médico-paciente, dos médicos entre si e dos médicos com a sociedade, sendo pautados seus deveres e direitos. É importante a vinculação da ética e do respeito nos meios acadêmicos e na comunidade científica, cuja atuação e posicionamento, transcendem para a dimensão social. Por outro lado, o médico, também, deve ser respeitado, tanto pelos seus assistidos, pelos seus pares e sociedade.

O respeito e a ética são a base da convivência humana. São essenciais para a constituição de uma sociedade civil justa, considerando os diferentes grupos econômicos, sociais, culturais, étnicos, políticos, acadêmicos e científicos etc.



Dra. Zelina Caldeira - Presidente da AMF

“Neste mundo não existe verdade universal. Uma mesma verdade pode apresentar diferentes fisionomias. Tudo depende das decifrações feitas através de nossos prismas intelectuais, filosóficos, culturais e religiosos.”

Dalai Lama

Referências bibliográficas:

- 1- Soares, FJ P; Shimizu, H.E.; Garrafa, V. Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017; 25 (2): 244-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252184>. Acesso em: 03 de junho de 2021.
- 2- Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 15 de junho de 2021.
- 3- Conselho Federal de Medicina. A medicina para além das normas: reflexões sobre o novo Código de Ética Médica / Coordenação Nedy Maria Branco Cerqueira Neves. - Brasília: CFM; 2010. 292 p. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 21 de junho de 2021.
- 4- Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM no 2.217 de 27 de setembro de 2018. Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>. Acesso em: 15 de junho de 2021.
- 5- Monte, F. Q. Ética médica: evolução histórica e conceitos. *Revista Bioética* 2009 17 (3): 407 – 428. Disponível: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/507. Acesso em: 03 de junho de 2021.

Artigo Científico

Imunossenescência: atividade física e envelhecimento saudável.	06
Transtorno de Estresse Pós-Traumático Relacionado ao Trabalho: O desafio do nexa trabalhista.	10
Medicina integrativa baseado em evidências.	18

Artigo

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.	21
Marketing médico: oito estratégias imprescindíveis para 2021.	22
AMF sedia campanha para doação de sangue.	26
Unicred Você conhece a UNICRED?	28



Pedra do Índio - Icaraí - Niterói
Foto Dra. Carmem Gil

Acamerj

III Congresso da ACAMERJ foi um sucesso.	30
Perfil Dr. José Antônio Caldas Teixeira.	31

Livro em Foco

"Diário de um corpo"	32
----------------------	----

Clube de Benefícios

34

Expediente

Associação Médica Fluminense

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

Diretoria da Associação Médica Fluminense**Gestão: 2020-2023****Presidente:**

Zelina Maria da Rocha Caldeira

Vice Presidente:

Gilberto Garrido Junior

Secretário Geral:

Ilza Boeira Fellows

Primeiro Secretário:

Christina Thereza Machado Bittar

Primeiro Tesoureiro:

Karin Fernandes Jaegger

Segundo Tesoureiro:

Jorge José Abunahman

Diretor Científico:

Valéria Patrocínio Teixeira Vaz

Diretor Sócio Cultural:

Eduardo Duarte de Oliveira

Diretor de Patrimônio:

Paulo Afonso Lourega de Menezes

Conselho Deliberativo**Membros Natos**

Alcir Vicente Visela Chácar
Alkamir Issa
Aloysio Decnop Martins
Benito Petraglia
Glaucio Barbieri
Waldenir de Bragança

Membros Efetivos

Ana Cristina Peçanha Dantas
Anadeje Maria da Silva Abunahman
Antonio Orlando Respeita
Clovis Abraham Cavalcanti
Emanuel Decnop Martins Junior
Heraldo José Victor
Jackson Ferreira Galeno
José Antonio Caldas Teixeira
José Gonzaga Rossi da Silva
Maria da Conceição Farias Stern
Mariana da Silva Abunahman
Mateus Freitas Teixeira
Paschoal Balthazar Baltar da Silva
Paulo Cesar Santos Dias
Rodrigo Schwartz Pegado

Membros Suplentes

Antonio Carlos Accetta
Bruno Barros Petraglia
Cristiano Bandeira de Melo
Edilson Ferreira Feres
Enildo Ferreira Feres
Fernando Cesar Ranzeiro de Bragança
Jorge Carlos Mostacedo Lascano
Jose de Moura Nascimento
José Emídio Ribeiro Elias
Leonardo Jorge Lage
Mario Roberto Moreira Assad
Mauro Romero Leal Passos
Miguel Luiz Lourenço
Renato de Souza Bravo
Wellington Bruno Santos

Conselho Fiscal / Membros Efetivos

Claudio Vinicius Graciano da Silva
Fritz Alfredo Sanchez Cardenas
Luis Fernando Jogaib Mainier

Membros Suplentes

Kathya Elizabeth M. Teixeira
Paulo Fernando Rodrigues da Cal
Rafael Vilanova Lima

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 XVIII - nº 87 - Abr/Mai/Jun - 2021

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**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.



Lefe

Emergências Médicas



NOSSOS SERVIÇOS

EVENTOS - COBERTURA MÉDICA

Eventos de pequeno, médio e grande porte, com toda a estrutura necessária de Ambulâncias e Postos Médicos.

TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR

Central de atendimento 24 horas, 7 dias por semana, inclusive feriados, para remoção de pacientes em todo o estado do Rio de Janeiro, para consultas, exames, alta hospitalar e demais.

LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIAS

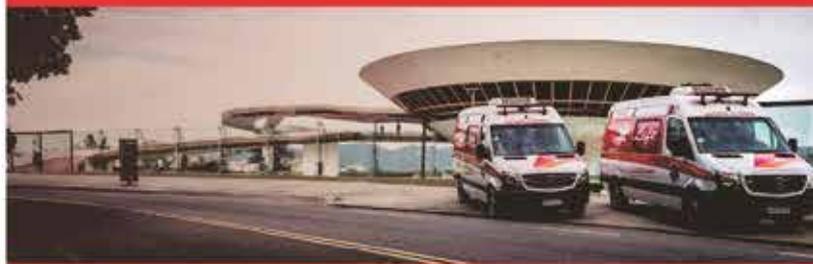
Contando com uma frota com mais de 100 veículos, conseguimos atender os pedidos de locação, com mão de obra especializada composta por médicos, enfermeiros e condutores socorristas.

ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento Pré Hospitalar para as situações de emergência em residência de modo rápido e eficiente, sendo encaminhado o paciente para o Hospital de Credenciamento de seu plano de saúde.

CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HS

(21) 2704-4447



www.lefeambulancias.com.br

*Há 12 anos cuidando dos nossos pacientes com segurança e tranquilidade.
A sua saúde é o nosso compromisso!*

Imunossenescência atividade física e envelhecimento saudável



Dr. Mauro Diniz Moreira*

acompanhadas de múltiplas morbidades são características reconhecidas na imunossenescência e ocorrem por alterações na eficiência das respostas imunitárias e hiperinflamação associada.^{1,10,11,12}

Disfunção imune no envelhecimento

As alterações imunitárias no envelhecimento podem, a rigor, ser englobadas em duas vertentes: a disfunção quantitativa e qualitativa dos componentes dos braços inato e adaptativo da resposta imune e a adoção de um perfil pró-inflamatório sistêmico conhecido como “*inflammaging*”.¹³

Disfunção imunitária inata

Alterações diversas são observadas no sistema inato, tais como a progressiva diminuição no número e eficiência de células linfoides inatas, especialmente células Natural Killers, a queda no número e qualidade de mucinas, importantes glicoproteínas de proteção às mucosas, a presença de disfunção celular – neutrófilos dispendo de menor capacidade de migração, fagocitose e de morte intracelular de germes, macrófagos e células dendríticas com menor eficiência na função fagocítica e macrófagos alveolares mostrando resposta mais fraca de IFN. Na COVID-19, macrófagos alveolares em pacientes graves liberam maiores quantidades de citocinas (CK), ensejando maior atração das células inflamatórias quando ativados, porém menor atração das células T, essenciais na resposta imunitária celular efetiva. O prolongamento e a intensificação na disfunção de monócitos associam-se ao desenvolvimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave.^{14,15}

Disfunção imunitária adaptativa

Do lado da resposta adaptativa, a área das células T parece ser particularmente atingida. Vários aspectos têm sido destacados nessas li-

Introdução

O aumento da longevidade humana é fenômeno relativamente recente, de cerca de 250 anos. Deve-se, dentre outras, a conquistas no controle das doenças infecciosas por saneamento básico, imunização coletiva e disponibilização de novos agentes terapêuticos.

A senilidade, no entanto, continua sendo um fator independente de risco para evolução grave em diversas infecções. Na COVID-19, por exemplo, pessoas com mais de 65 anos têm risco de morte 23 vezes maior em relação àqueles de idade inferior a 40 anos.^{1,2,3,4} Em diversas infecções virais, a maior parte dos óbitos tem sido registrada entre indivíduos maiores de 65 anos, o que pode ser ilustrado pela mortalidade global por influenza, com taxas anuais de centenas de milhares nesse grupo, que concorre com dois terços das internações. O período intra-hospitalar é cerca de seis vezes maior que o de jovens e três vezes mais que os indivíduos de 50 a 64 anos. Apesar de as taxas de vacinação serem superiores a 60%, não obtêm proteção equivalente. Os dados disponíveis sugerem que a resposta ao imunizante é sensivelmente influenciada pela senectude e

que marcadores específicos de envelhecimento imunitário se associam a tais desfechos.^{5,6}

Os maiores desafios para o idoso ocorrem em infecções por patógenos até então desconhecidos por seu sistema imune como, por exemplo, na febre do oeste do Nilo, SARS-CoV e SARS-CoV-2 e na resposta a novas cepas de Influenza.⁷ Experimentalmente, o Di Nitro Cloro Benzeno (DNCB), substância não encontrada na natureza e capaz de sensibilizar seres humanos, utilizada nas décadas de 70 e 80 para a avaliação da imunidade celular in vivo, induz respostas reduzidas nos pacientes idosos bem como nos desnutridos e nos portadores de neoplasias.⁸ Por outro lado, a imunidade adquirida na juventude mantém-se íntegra na senectude como aponta o experimento no qual soros de recuperados da pandemia de influenza de 1918, foram capazes, em 1980, de neutralizar o H1N1 causador.^{7,9}

O declínio gradual da função imune no envelhecimento é conhecido por imunossenescência. A susceptibilidade aumentada a infecções, em incidência e gravidade, as dificuldades na resposta de vigilância antitumoral e a propensão a doenças inflamatórias persistentes

*Doutor em Medicina pela Universidade Federal Fluminense.
Professor Associado III Faculdade de Medicina - UFF (Aposentado).
Especialista em Alergia pela Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia.

mitações. Dentre outros, a redução na disponibilidade de interleucina 7 (IL-7), a involução do timo, a exaustão de população de células T e as alterações na diferenciação de células tronco levando a linhagens preferencialmente mieloides.¹⁶

Células fibroblásticas reticulares da área paracortical dos linfonodos produzem a IL-7, CK essencial para a sobrevivência e homeostase metabólica das células T *naive*. A diminuição da produção desse fator ocorre por fibrose e infiltração gordurosa em seus sítios.¹²

A involução do timo começa a ocorrer a partir de um ano de idade. Aos 65 anos, a glândula tem cerca de 40% de células CD4+ e CD8+ em comparação ao período de plena atividade, tornando seu papel no repovoamento de órgãos linfoides secundários por células T significativamente menos eficaz. Na idade adulta, já se pode observar que a maioria de células T se renova a partir de células periféricas e não de células centrais (tímicas). Essa renovação mantém números adequados de CD4+ em termos absolutos e relativos, mas não de CD8+. Essa nova homeostasia é apenas suficiente para a manutenção imunitária de um envelhecimento saudável, dando conta da necessária diversidade antigênica clonal de CD4+.

É na área das células CD8+ que se verifica maior desgaste na imunidade adquirida. Em parte, pelas perdas consequentes a estímulos que interrompem a quiescência celular, um estado de baixo gasto de energia quando a célula não está se dividindo - células CD8+ normalmente recebem mais estímulos para ativação que as CD4+, provavelmente porque o número de moléculas do MHC I, substrato da ação de CD8+, é mais ubíquo. Com o envelhecimento, assumem um fenótipo de células de memória, abandonando seu potencial citotóxico. Outrossim, infecções por CMV, HIV e EBV produzem exaustão da reserva *naive* CD8+. O processo resulta em inflamação e morbidade mais elevadas em indivíduos expostos a agentes virais, com consequente maior duração de viremia.^{17,18} A exaustão dessas células torna os idosos mais predispostos à inflamação desencadeada por agentes externos como se nota, por exemplo, na maior incidência de dermatites alérgicas de contato.¹⁹

A menor diversidade de células CD8+ na imunossenescência é parcialmente compensada em algumas das funções citotóxicas por células CD4+, o que parece estar por trás dos casos de remissão da COVID-19 em indivíduos centenários.¹²

Por outro lado, as células CD4+ deixam de exercer plenamente sua capacidade auxiliar sobre os linfócitos B na produção de anticorpos.¹² Os linfócitos B, também, têm seu número

reduzido e estabelecem ligações mais frágeis com as células apresentadoras de antígeno. Ocorre menor responsividade de células B com consequente diminuição na produção de anticorpos. E devido à queda no número e funções qualitativas de células B *naive* perde-se diversidade no leque de anticorpos formados.¹³

A função de rastreamento imunitário piora em consequência da redução de linfócitos B, células NK, linfócitos CD8+ e CD4+, o que diminui a vigilância antitumoral.¹³

Maioras perdas nas respostas imunitárias são encontradas nos idosos frágeis. A síndrome da fragilidade (*frailty*), síndrome geriátrica de etiologia multifatorial, biopsicossocial, define-se pela perda de adaptabilidade a desafios agudos à saúde. É composta de fraqueza, vagar, inatividade, exaustão e sarcopenia com perda de força muscular. Vinte e quatro por cento dos idosos são frágeis.¹³

Inflammaging

Um segundo aspecto imunitário no envelhecimento é a tendência à produção aumentada e persistente de CK pró-inflamatórias (IL-6, IL-8, TNF- α e outras) por células do sistema inato (macrófagos e fibroblastos). A doença inflamatória persistente e de baixa intensidade daí resultante, designada por combinação de dois vocábulos da língua inglesa (*inflammation* – inflamação e *ageing* – envelhecimento), associa-se a diversas entidades mórbidas como aterosclerose, doença arterial hipertensiva, síndrome metabólica, osteoporose, doença de Alzheimer, depressão e DPOC, dentre outras, todas condições predisponentes à evolução maligna na COVID-19.^{6,20,21}

Outros mecanismos têm sido descritos como adjuvantes no processo de *inflammaging*. O maquinário celular torna-se mais lento na eliminação de material celular degradado. O acúmulo desse material reduz a eficiência celular propiciando aumento de inflamação.¹³

Vários autores têm destacado a presença dessa inflamação crônica persistente não somente na gênese de doenças, mas, também, como fator predisponente para a evolução grave da COVID-19. Provavelmente, a combinação do *inflammaging* e outras manifestações do envelhecimento sobre o sistema imune, como as já apontadas, contribuam para tal.

A obesidade, por exemplo, constitui fator de risco na morbimortalidade da COVID-19.^{22,23} Em camundongos, a adiposidade propicia morte por síndrome de tempestade de CK.²⁴ O tecido adiposo não é um sistema inerte, de acumulação de reservas, mas participante ativo em processos fisiológicos e patoló-

gicos diversos. Influencia o sistema endócrino, os sistemas reprodutivo e ósseo, imunidade e inflamação. Adipócitos interagem e são influenciados por linfócitos (função imunorreguladora). Macrófagos, presentes em número aumentado no tecido adiposo dos obesos, são responsáveis por inflamação através da produção de CK pró-inflamatórias, especialmente TNF- α e IL-6, contribuindo ativamente para a resistência à insulina e para o *inflammaging*.¹³

Variabilidade do sistema imune

O sistema imune de humanos saudáveis é altamente modelado pelo ambiente, incluindo-se os diferentes micróbios que encontram em seu trajeto vital. Em estudo de 210 pares de gêmeos monozigóticos com idades entre oito e 82 anos, com respeito a diferentes padrões imunes, indicou-se que unidades funcionais da imunidade variam primariamente entre indivíduos como consequência de fatores não hereditários, com limitada influência de fatores herdados.²⁵

Alguns desses fatores epigenéticos têm sido identificados desempenhando papéis na imunossenescência. Como exemplos, figuram como estimuladores da imunossenescência as infecções pelo CMV, HIV e outros. Dentre agentes inibidores, podemos destacar intervenções dietéticas e a atividade física, dentre outros.

A presença na dieta de variedades de metabólitos (metionina, ferro, glutarato, nicotinamida adenina nucleotídeo I, acetil coenzima A, s-adenosilmetionina) é um dos fatores que controlam a atividade de diferentes enzimas e, assim, alterações epigenéticas em variáveis imunitárias, donde a importância da dieta no envelhecimento saudável.¹⁶ Certos probióticos, poderiam reduzir o *inflammaging* por inibir a liberação de CK inflamatórias e aumentar CK anti-inflamatórias. A vitamina D associa-se à preservação de funções de células CD4+ e CD8+ e a menores quantidades de CK pró-inflamatórias (*inflammaging*). Dieta com baixo consumo de carne vermelha e rica em peixes, frutas, verduras, legumes, cereais integrais e óleo de olivas, bem como redução de ingestão calórica têm sido apontadas como fator de redução do estresse oxidativo e promotora de envelhecimento saudável.¹⁶

Imunossenescência e atividade física

Estilo de vida sedentário é fator epigenético importante na diminuição da expectativa de vida.²⁵ A atividade física é considerada o mais importante fator não farmacológico preventivo e mesmo terapêutico em diversos estados mórbidos.²⁶ Vários autores têm estudado a influência da atividade física na diminuição do

inflammaging com diversos mecanismos sendo apontados. A atenuação de níveis de TNF- α , a redução dos níveis de gordura que acompanha o processo da atividade física regular, a diminuição na velocidade de perda de massa muscular, o aumento da secreção de cortisol e adrenalina, a elevação no número de células T e a redução do número de monócitos e macrófagos inflamatórios circulantes e residentes no tecido adiposo são consequências benéficas listadas como decorrentes da atividade física e do exercício. Caso a atividade física seja exercida com vigor suficiente, induz liberação inicial de CK pró-inflamatórias, especialmente TNF- α , IL- β e IL-6 pelo sistema muscular. Posteriormente, no entanto, esse processo determina resposta homeostática provocando o aparecimento de CK reguladoras, anti-inflamatórias (IL-10, IL-4). A repetição do processo de exercício tornando-o regular, mantém estado anti-inflamatório que se opõe fortemente ao *inflammaging*.^{25,26,27}

Doze idosos de 65 a 74 anos foram selecionados dentre 188 participantes de um Programa de Condicionamento Físico em uma universidade americana. Os critérios utilizados foram: ausência de infecção ou inflamação crônica ou aguda, de doença maligna, não tabagistas há pelo menos dois anos e praticantes de exercícios físicos regulares. Foram separados em dois grupos, baseando-se nos níveis de intensidade de exercício aeróbico semanal entre muito ativos e menos ativos segundo critérios de gasto energético. Os seis muito ativos tinham concentrações significativamente menores de IL-1, IL-6 e IL-8, consideradas CK pró-inflamatórias e níveis maiores de IL-10, uma CK anti-inflamatória.²⁸

Em trabalho multicêntrico, 3.075 idosos entre 70 e 79 anos foram selecionados para se examinar a associação entre indicadores de inflamação e atividade física considerando, também, gordura corporal (medida por IMC e por TC abdominal) e uso de antioxidantes. Atividades físicas foram separadas em tarefas domésticas regulares, caminhadas, atividade física intrínseca à ocupação e atividade física voluntária. Dividiu-se a atividade física exercida em nenhuma, leve/moderada quando abaixo de 180 minutos por semana e elevada acima desse patamar. Como indicadores de inflamação, os autores utilizaram taxas de IL-6, TNF- α e PCR. O uso de antioxidantes, (Vitaminas C, E, betacaroteno, multivitaminas) foi estudado como efeito modificador das associações. Utilizaram modelos estatísticos com ajustamentos para idade, gênero, raça, tabagismo, consumo de álcool e doenças prevalentes. Observaram que níveis elevados de exercício estiveram associados a níveis menores de PCR ($P < 0,01$) IL-6 ($P < 0,001$)

e TNF- α ($P = 0,02$). Ajustamento para gordura corporal atenuou estas diferenças. Uso de suplementos modificou para baixo as taxas de PCR e IL-6, nos praticantes de exercício regular no grupo que praticava exercícios de > 180 minutos por semana. Níveis maiores de exercício estiveram associados a níveis mais baixos de PCR ($P < 0,01$) e IL-6 ($P < 0,02$) - mas não de TNF- α ($P = 0,36$) - após ajustamento para índice de gordura corporal. Concluíram que os marcadores inflamatórios estudados foram menores em idosos de 70-79 anos com níveis mais elevados de exercício e de atividade física não voluntária e em usuários de antioxidantes independentemente do nível de exercício/atividade física.²⁹

Em metanálise, autores verificaram em 13 estudos randomizados, que o exercício aeróbico regular, moderado ou intenso, melhora a efetividade da resposta à imunização antipneumocócica e anti-influenza e pode reduzir o risco de infecções relacionadas à influenza.³⁰

Conclusões

O envelhecimento traz inflamação persistente de baixa intensidade e diminuição de função imunitária celular e humoral. Este processo é desigual entre os indivíduos, havendo diferenças genéticas e epigenéticas na sua diferenciação. Dentre os aspectos epigenéticos, menores níveis de estresse biopsicossocial, níveis moderados a vigorosos de atividade física regular, orientação dietética saudável, suplementação vitamínica, diminuição de ingestão calórica e ausência de infecções persistentes como o CMV parecem conservar resposta imune mais eficaz e levar a envelhecimento saudável.

Referências Bibliográficas

- 1-Dugan H Let al. Aging and influenza vaccine-induced immunity. *Cellular Immunol* 2020;348:1-8.
2. Wu Z. et al. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *J Am Med Ass.* 2020 April 7;323(13):1239-42.
3. Chen, N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020;395:507-13.
4. Felsenstein S. et al. COVID-19: Immunology and treatment options. *Clin Immunol.* 2020; 215:108848.
5. Duggal N A et al. Can physical activity ameliorate immunosenescence and thereby reduce age-related multi-morbidity? *Nature Rev Immunol.* 2019;19:563-72.
6. McElhaney J E et al. The immune response to influenza in older humans: beyond immune senescence. *Immunity & Ageing.* 2020;17:10.
7. Haynes L et al. Effects of aging on T cell function. *Current Op Immunol.* 2009;414-7.
8. Diniz Moreira M, Chini G, Jandre M. Estudo da imunidade retardada através de testes cutâneos de leitura

tardia e de DNCB em pacientes internados em Serviço de Nutrição Parenteral – HUAP- UFF. 1980 (dados não publicados).

9. Xiaocong Y et al. Neutralizing antibodies derived from the B cells of 1918 influenza pandemic survivors. *Nature.* 2008 September 25;455(7212): 532–6.
10. England JT et al. Weathering the COVID-19 storm: Lessons from hematologic cytokine syndromes *Blood Rev.* 2020;May 15: 100707. doi: 10.1016/j.blre.2020.100707 [Epub ahead of print].
11. Maggi E et al. COVID-19: Unanswered questions on immune response and pathogenesis. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;146(1):18-22.
12. Goronzy J et al. Mechanisms underlying T cell ageing. *Nature Rev Immunol.* 2019;Sep;19:573-83.
13. Mueller A L et al. Why does COVID-19 disproportionately affect older people? *Aging.* 2020;12(10):9959-81.
14. Nicholls J M et al. Lung pathology of fatal severe acute respiratory syndrome. *Lancet.* 2003;361:1773–78.
15. Liao M et al. Single-cell landscape of bronchoalveolar immune cells in patients with COVID-19. *Nature Med.* 2020;26:842–4.
16. Longo VD et al. Fasting, dietary restriction, and immunosenescence. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;146(5):1002-4.
17. Rockx B et al. Early Upregulation of Acute Respiratory Distress Syndrome-Associated Cytokines Promotes Lethal Disease in an Aged-Mouse Model of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Infection. *J Virol.* 2009;83:7062-74.
18. Shaw AC et al. Aging of the Innate Immune System. *Curr Opin Immunol.* 2010;22(4): 507-13.
19. Berger TG et al. Pruritus in Elderly Patients—Eruptions of Senescence. *Semin Cutan Med Surg* 2011;30:113-117.
20. AWD et al - Immunosenescence: emerging challenges for an ageing population. *Immunology.* 2007;120:435-46.
21. Bonafè M et al. Inflamm-aging: Why older men are the most susceptible to SARS-CoV-2 complicated outcomes. *Cytokine Growth Factor Rev.* 2020;53:33-7.
22. Zhang JJ et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy.* 2020;00:1-12.
23. Xiaochen L et al - Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 infections in Wuhan. *J Allergy Clin Immunol.* 2020 Jul;146(1): 110–118. 7
24. Mirsoian A et al - Adiposity induces lethal cytokine storm after systemic administration of stimulatory immunotherapy regimens in aged mice. *J. Exp. Med.* 2014;211(12)2373-83.
25. Brodin P et al. Variation in the Human Immune System Is Largely Driven by Non-Heritable Influences. *Cell.* 2015;160:37-47.
26. Arnett DK et al. Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2019;74(10):1376.
27. Jankord R et al. Influence of Physical Activity on Serum IL-6 and IL-10 Levels in Healthy Older Men. *Medicine & Science in Sports & Exercise.* 2004;36(6):960-4.
28. Colbert LH et al. Physical Activity, Exercise, and Inflammatory Markers in Older Adults: Findings from The Health, Aging and Body Composition Study. *J Am Ger Soc* 2004;52(7):1098-1104.
29. Song Y et al. Benefits of Exercise on Influenza or Pneumonia in Older Adults: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17:2655.

MÉDICO, A IPEMED CHEGOU NA BARRA DA TIJUCA

O MAIOR E MAIS COMPLETO
PORTFÓLIO DE CURSOS
COM MAIS DE 30 CURSOS
EM PÓS-GRADUAÇÃO, PÓS-OURO
E CURSOS DE APRIMORAMENTO

INVISTA EM SUA CARREIRA MÉDICA



INAUGURAÇÃO EM AGOSTO 2021

[PERSPECTIVA ILUSTRATIVA DA RECEPÇÃO]

SAIBA MAIS EM:

IPEMED.COM.BR/POS

IPEMED
FACULDADE IPEMED DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Afva

Transtorno de Estresse Pós-Traumático Relacionado ao Trabalho:

O desafio do nexu trabalhista



**Rodrigo Larcher Dias¹,
Lorena de Paula Vasconcellos²,
Ruy Justo C. Cutrim Jr.³,
Lívia Cardoso de Freitas⁴.**

TEPT decorrente de AT é obrigatório notificar ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), verificar se a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) foi emitida e elaborar um projeto terapêutico. Apesar de ser um transtorno grave, um início rápido dos sintomas associado a curta duração, bom funcionamento pré-mórbido e suporte social prediz bom prognóstico. Conclusão: O TEPT relacionado ao trabalho refere-se a um evento traumático caracterizado como AT. Estabelecida a relação causal entre o TEPT e o trabalho, deve ser assegurado o afastamento do trabalho, tratamento adequado e notificação por instrumentos específicos.

Palavras-chave:

Transtorno de estresse pós-traumático; acidente de trabalho

Abstract

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) concerns the increase in stress and anxiety after exposure to a traumatic event. PTSD is included in Reaction to severe stress, and adjustment disorders, the main psychiatric cause of work-related accidents (WA). In addition, 10% to 18% of workplace violence cases will develop symptoms of PTSD. PTSD may result from the presence of occupational risks related to organizational factors such as physical or verbal aggression, urban violence and criminality. Workers such as bankers, police officers, teachers, public transport and health workers are at greatest risk for the development of PTSD

Introdução:

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) consiste em aumento do estresse e da ansiedade após exposição a um evento traumático. O TEPT encontra-se incluído dentro das reações ao estresse grave e transtornos de adaptação, principal causa psiquiátrica de acidente de trabalho (AT). Além disso, de 10 a 18% dos casos de violência no trabalho irão desenvolver sintomas de TEPT. O AT devido ao TEPT pode ser resultado da presença de riscos ocupacionais relacionados a fatores no ambiente de trabalho como agressões físicas ou verbais, violência urbana e criminalidade. Trabalhadores como bancários, policiais, educadores, trabalhadores de serviços sociais, do transporte público e da saúde apresentam maior risco para o desenvolvimento de TEPT desencadeado pelo exercício de suas profissões. O principal objetivo deste trabalho é realizar revisão da literatura para evidenciar a importância do reconhecimento do TEPT, esclarecer suas implicações, tratamento e nortear o manejo do

TEPT decorrente de AT. Métodos: Pesquisa na base de dados MedLine com as palavras-chave “post-traumatic stress disorder” e “occupational accident”. Foram analisados estudos publicados entre 2015 e 2019, podendo ser ensaios clínicos ou estudos observacionais. Foram também analisados estudos das bases de dados Scielo e BVS, dados da Secretaria de Previdência Social, Ministério da Saúde, IBGE e legislação brasileira, NICE e APA guidelines, assim como livros de referência da área de psiquiatria clínica e psiquiatria ocupacional. Resultados: O TEPT decorrente de acidente de trabalho compreende sintomas de intrusão, evitação, alterações em cognições e humor, aumento da excitação autonômica e reações dissociativas que ocorrem após exposição a um evento traumático, como lesão grave ou qualquer outro tipo de violência, com duração de pelo menos um mês. Quando o evento desencadeante foi ocorrido no trabalho ou em decorrência deste, classifica-se como Grupo I da classificação de Schilling. Seguindo o Ministério da Saúde, ao se conduzir

¹- Residente do Programa de Residência Médica em Psiquiatria – Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói, Rio de Janeiro

²- Residente do Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho – Unicamp, Campinas, São Paulo

³- Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental/UFRJ; Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói, Rio de Janeiro

⁴- Preceptora da Residência Médica em Psiquiatria no ambulatório de saúde mental do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói, Rio de Janeiro.

triggered by their profession. The main objective of this work is to review the databases to highlight the importance of recognizing PTSD, clarifying its implications, treating and guiding the management of PTSD resulting from WA. Methods: Search in MedLine database with the keywords "post-traumatic stress disorder" and "accident at work". Studies published between 2015 and 2019, which can be clinical trials or observational studies, had been analyzed. Studies from the Scielo and BVS databases, data from the Brazilian Social Security Secretariat, Brazilian Ministry of Health, IBGE and Brazilian legislation, NICE and APA guidelines, as well as reference books in the area of clinical psychiatry and occupational psychiatry were also analyzed. Results: PTSD resulting from an accident at work comprises symptoms of intrusion, avoidance, changes in cognitions and mood, increased autonomic arousal and dissociative reactions that occur after exposure to a traumatic event, such as serious injury or any other type of violence, lasting at least one month. When the triggering event occurs at work or becoming a result of it, is classified as Group I of the Schilling classification. According to the Ministry of Health, in carrying out PTSD resulting from work accident, it is mandatory to notify the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), check if the Work Accident Communication (CAT) has been issued and prepare a therapeutic project. Despite being a serious disorder, rapid onset of symptoms associated with short duration, good premorbid functioning, and social support predicts a good prognosis. Conclusion: Work-related PTSD refers to a traumatic event characterized as WA. Once the causal relationship between PTSD and work has been established, dismissal from work, proper treatment and notification through specific instruments must be guaranteed.

Keywords:

"Post-traumatic stress disorder";
"occupational accident"

I- Introdução

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) consiste em aumento do estresse e da ansiedade após exposição a um evento traumático. Esses eventos podem incluir ser testemunha ou estar envolvido em acidente, crime violento, agressão, combate militar, desastre natural, ser diagnosticado com uma doença grave, vivenciar abuso físico ou sexual etc.. O TEPT encontra-se incluído dentro das reações ao estresse grave e transtornos de adaptação, principal causa psiquiátrica de acidente de trabalho (AT), sendo etiologia de 40.488 AT, entre edição 87 - abr-jun/2021

2015 e 2018, segundo o anuário estatístico da Previdência Social. Além disso, de 10 a 18% dos casos de violência no trabalho irão desenvolver sintomas de TEPT (Guay et al., 2017; Rehman et al., 2019; Sadock et al., 2017; Schaefer et al., 2012).

As doenças relacionadas ao trabalho são classificadas entre os grupos I, II e III, propostos por Schilling (1984). No grupo I, o trabalho é causa necessária, e nele estariam as doenças legalmente reconhecidas, especificadas na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (1999), no qual se enquadra o TEPT. No grupo II, o trabalho é fator contributivo, mas não necessário, e, no grupo III o trabalho é considerado um desencadeante de distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente (Ministério da Saúde, 2001; Schaefer et al., 2012).

A ocorrência do acidente de trabalho pode ser resultado da presença de diversos riscos ocupacionais, que são decorrentes das características do ambiente de trabalho. Agressões físicas e verbais são caracterizadas como violência no ambiente de trabalho e potenciais responsáveis pelo desencadeamento do TEPT. A violência urbana se associa crescentemente aos ambientes e atividades de trabalho. Situações de assaltos a estabelecimentos comerciais e industriais, que resultam em agressões a trabalhadores têm aumentado. Entre bancários, tem sido registrada a ocorrência do TEPT naqueles que vivenciaram situações de violência física e psicológica no trabalho. Também, têm crescido as agressões a trabalhadores de serviços sociais, de educação e saúde e de atendimento ao público, como motoristas e trocadores. A violência no trabalho adquire uma feição particular entre os policiais e vigilantes que convivem com a agressividade e a violência no cotidiano. A violência, também, acompanha o trabalhador rural brasileiro e decorre dos problemas seculares envolvendo a posse da terra (Almeida et al., 2012; Ministério da Saúde, 2001)

O TEPT é um transtorno psiquiátrico que impõe significativos prejuízos pessoais e sociais. O acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho e provoca lesão corporal ou algum grau de incapacidade funcional com prejuízo variável para o trabalho. Na prática psiquiátrica ambulatorial são comuns relatos sobre queixas com o trabalho nos pacientes que tratam de transtornos ansiosos, do humor e de TEPT. As maiores causas de estresse no trabalho referidas pelos pacientes são: cobranças por necessidade de cumprir metas de trabalho, por desempenho, alta carga horária, cansaço com a rotina de trabalho, medo da violência urbana durante o percurso ao trabalho, medo do de-

semprego, sentimento de não reconhecimento pelos chefes e empresas, descontentamento com a profissão exercida, não realização pessoal com o trabalho exercido e esgotamento físico e mental devido às condições de trabalho. Muitos dos critérios diagnósticos de adoecimento mental incluem a possibilidade do comprometimento funcional no trabalho. Assim, devido a sua relevância, prevalência e importante associação com determinadas profissões, parece oportuno um trabalho que contemple o TEPT como temática.

II- Metodologia

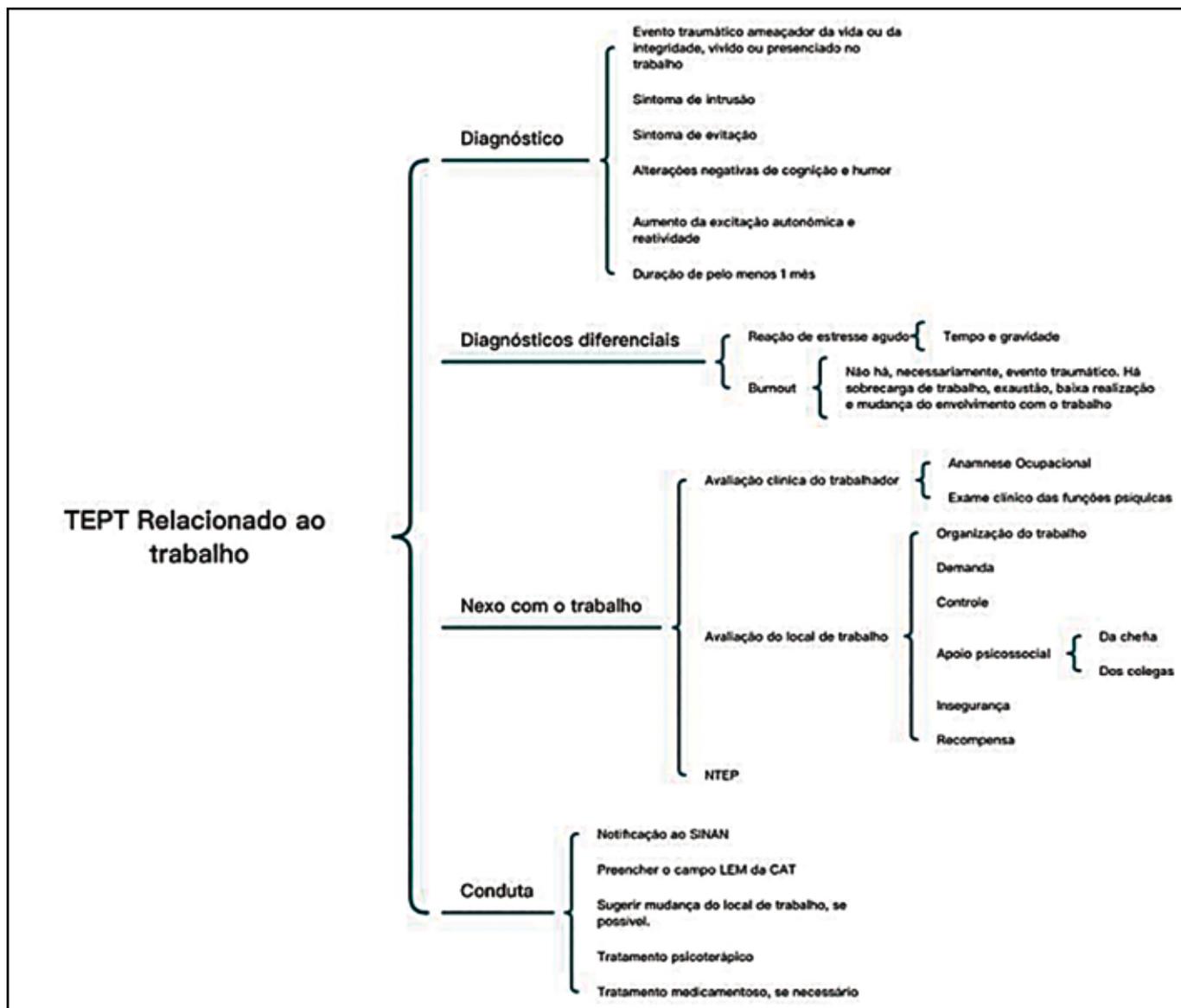
Foi realizada pesquisa na base de dados MedLine com as palavras-chave "posttraumatic stress disorder" e "occupational accident". Utilizou-se o Mesh para obter suas variações e construção da frase de pesquisa. Foram analisados estudos selecionados em um intervalo de cinco anos, publicados entre 2015 e 2019, em humanos, em português e inglês, podendo ser ensaios clínicos ou estudos observacionais. Foram selecionados também estudos das bases de dados Scielo e coleção BVS, o National Institute for Health and Care Excellence Guideline e American Psychiatric Association Guideline, documentos do governo, sendo dados da Secretaria de Previdência Social, Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e legislação brasileira. No site da previdência foi encontrado o documento "Anuários Estatísticos de Acidentes do Trabalho" de 2008 a 2018, no qual foram selecionados apenas os números de AT decorrentes de reação ao estresse grave e transtornos de adaptação (F43) a partir de 2015. Também foi utilizada literatura aliada, representada pelos livros Compêndio de Psiquiatria, Saúde Mental no Trabalho, Psicofármacos Consulta Rápida e Psiquiatria Ocupacional.

III- Desenvolvimento

I - Transtorno de Estresse

Pós-Traumático

O TEPT é definido pela presença de pelo menos um sintoma de cada um dos seguintes critérios: 1) intrusão, 2) evitação, 3) alterações negativas em cognições e humor, 4) aumento da excitação autonômica e reatividade, que ocorrem após evento traumático, como lesão grave ou qualquer outro tipo de violência, com duração de pelo menos um mês. Os sintomas interferem no cotidiano do paciente e não têm causas atribuíveis a outra condição médica (Lancaster et al., 2016; Rehman et al., 2019; Sadock et al., 2017; Cordioli et al., 2015).



A prevalência de TEPT durante a vida é estimada em 8% da população em geral, sendo maior em mulheres, e um adicional de 5% a 15% pode experimentar formas subclínicas do transtorno. Estima-se que quase metade dos adultos reportem um evento traumático ao menos uma vez durante a vida (White et al., 2015; Lancaster et al., 2016; Sadock et al., 2017).

Quando o evento desencadeante foi ocorrido no trabalho ou em decorrência deste, excluídas outras causas, classifica-se como Grupo I da Classificação de Schilling. Segundo o Ministério da Saúde e a Lei Nº 6.514/77, ao se conduzir TEPT decorrente de AT é obrigatório notificar ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), verificar se a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) foi emitida e elaborar um projeto terapêutico singular. Neste, deve-se avaliar o grau de perda de funcionalidade do indivíduo. O artigo 22 da Lei

Nº 8.213/91 determina que todo AT deve ser comunicado pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão. A importância dessa comunicação se dá pelas informações do ponto de vista previdenciário, estatístico, epidemiológico, trabalhista e social. O TEPT está associado, comumente, a prejuízo social, profissional e em outras áreas importantes da vida, pois é comum ter uma apresentação crônica com sintomas debilitantes. A apresentação clínica do transtorno é variável, pois sintomas diferentes podem se sobressair em cada caso e características do TEPT, como a evitação e revivência, fazem com que o indivíduo hesite em buscar tratamento. Quanto ao prognóstico, para muitos pacientes o TEPT é grave e duradouro, mas um início rápido dos sintomas associados a uma curta duração, bom funcionamento pré-mórbido, suporte social e familiar adequado e ausência de outros transtornos psiquiátricos predizem um bom prognóstico (Bis-

son et al., 2015; Cordioli et al., 2015; Lancaster et al., 2016; Schaefer et al., 2012; Sadock et al., 2017).

Ao se estudar de maneira minuciosa a psicopatologia do TEPT, é descrito que indivíduos com TEPT apresentam sintomas intrusivos após o trauma. São os sintomas de re-experimentação, como lembranças e sonhos angustiantes e recorrentes. São os flashbacks, recordações incômodas do evento traumático que conferem a sensação de que o evento está ocorrendo novamente. É a revivência do trauma. Outra característica comum é a evitação de estímulos associados ao evento traumático, na qual há evitação ou esforços para evitar recordações ou lembranças externas como lugares, objetos, situações ou atividades relacionadas ao evento traumático. Ocorrem alterações negativas em cognições e no humor, como a presença de crenças negativas persistentes a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo; cognições

distorcidas persistentes a respeito da causa ou das conseqüências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si ou os outros; um estado emocional negativo persistente, caracterizado por medo, raiva, culpa ou vergonha; interesse ou participação diminuída em atividades; sentimento de distanciamento em relação aos outros; incapacidade persistente de sentir emoções positivas e de recordar algum aspecto do evento traumático, comumente devido à amnésia dissociativa. Ocorrem ainda sintomas de aumento da excitação autonômica, como insônia, hipervigilância, irritabilidade, dificuldade de concentração, surtos de raiva, comportamento imprudente ou autodestrutivo, percepção persistente de ameaça e resposta de sobresalto exagerada a estímulos inócuos. Além dos quatro grupos de sintomas descritos, podem ocorrer, também, reações dissociativas, que incluem os flashbacks, nos quais o indivíduo age ou sente como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente, amnésia dissociativa, despersonalização e desrealização (Bisson et al., 2015; Lancaster et al., 2016; Sadock et al., 2017; Schaefer et al., 2012).

Podem, ainda, acompanhar o quadro, depressão, ansiedade e dificuldades cognitivas. Apresentar comorbidades é uma condição comum em pacientes com TEPT, e pelo menos dois terços apresentam duas condições associadas, sendo as mais comuns o transtorno depressivo, transtorno por abuso de substâncias, transtornos de ansiedade e transtornos dissociativos. A depressão aumenta o risco de TEPT e confere uma maior refratariedade ao tratamento, sendo importante a identificação deste transtorno do humor em pacientes em tratamento de TEPT. A ocorrência de dissociação prediz e guarda relação com gravidade do trauma e do TEPT (Cordioli et al., 2015; Sadock et al., 2017; Schaefer et al., 2012).

Dois diagnósticos diferenciais são importantes de serem considerados: a reação aguda ao estresse e a síndrome de esgotamento profissional. O primeiro é um fator de risco importante para o desenvolvimento do TEPT, e envolve respostas emocionais e comportamentais desadaptativas imediatamente após um evento estressor. Os sintomas devem durar de três dias a um mês após a exposição ao evento traumático, e costumam se manifestar nos minutos que se seguem ao estímulo estressante desaparecendo em poucos dias. Os sintomas dissociativos não são essenciais ao diagnóstico, e quando os sintomas se agravam e persistem por mais de um mês, um diagnóstico de TEPT passa a ser mais apropriado. O segundo, também conhecido como Síndrome de Burnout, se refere

a um fenômeno que envolve esgotamento físico, psíquico e uma mudança na relação pessoal com o trabalho, no qual estressores crônicos das situações de trabalho estão implicados no seu surgimento, causando prejuízos no desempenho laboral. Três componentes principais são descritos: exaustão emocional com fadiga física e mental, conduta negativa em relação ao trabalho e sentimento de fracasso profissional e baixa realização pessoal (Glina et al., 2010; Sadock et al., 2017).

2- Política Nacional de Saúde do Trabalhador

As políticas de governo para a área de saúde do trabalhador devem resultar na garantia de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores. A execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do SUS, prescritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) N° 8.080/1990. Esta define a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. Tais atividades abrangem, dentre outras, a assistência ao trabalhador vítima de AT ou portador de doença profissional e do trabalho; e a avaliação e controle de riscos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho. Ao definir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a Constituição Federal garantiu a atenção integral à saúde para todos os trabalhadores, independentemente do tipo de vínculo que possuem no mercado de trabalho. Isso se torna de grande importância, pois o trabalho informal alcançou 37,3 milhões de pessoas em 2017, representando 40,8% da população ocupada. O mercado de trabalho brasileiro é resultado de seu processo histórico, tendo como marca a informalização e a precariedade, as baixas remunerações e desigualdades entre as ocupações. Mudanças no mundo do trabalho marcaram as três últimas décadas, justificando e impondo transformações nas formas de organizar o trabalho. O mercado impôs alterações importantes na vida dos trabalhadores, como a erosão dos direitos sociais e reformas do contrato de trabalho; desaparecimento de postos de trabalho e sobrecarga de tarefas; exposição a múltiplos riscos e falta de segurança no trabalho; crescimento do setor informal e aumento do subemprego ou “bicos”; precarização das condições trabalhistas

e baixos salários; desemprego massivo e aumento da miséria urbana. A Organização Internacional do Trabalho classifica no setor informal da economia os empregados sem carteira de trabalho assinada, os trabalhadores por conta própria e empregadores que não contribuem para a previdência social e os trabalhadores familiares auxiliares. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora define que as ações de saúde do trabalhador na rede de serviços devem ser assumidas pelo Sistema como um todo, tendo como porta de entrada a rede básica de saúde e como retaguarda técnica os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os níveis mais complexos desse Sistema. Com isso objetiva-se que as ações atinjam todos os trabalhadores do país, cumprindo o preceito constitucional e as determinações da LOS. No cotidiano dos serviços de saúde, os trabalhadores necessitam de um olhar diferenciado, considerando as relações entre o trabalho que desenvolvem e suas condições de saúde-doença. Diante disso, verifica-se que os efeitos negativos na saúde determinados pelo trabalho são geralmente expressos nos AT e nas doenças relacionadas ao trabalho que aparecem como demanda dos usuários nos diversos pontos da rede, cujas principais portas de entrada são a atenção básica e a urgência e emergência. Uma das dificuldades para o estabelecimento da relação entre o adoecimento mental e o trabalho ocorre no âmbito da atenção básica, pela falta de suporte e retaguarda técnica às equipes. É importante destacar o papel do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos ambulatórios especializados e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), que também devem integrar a vigilância aos agravos à saúde relacionados aos ambientes e condições de trabalho. (Glina et al., 2010; Ministério da Saúde, 2001; Ministério da Saúde, 2018; IBGE, 2018).

3- Nexos Causal

Não é simples estabelecer relações de determinação entre o trabalho e as doenças ou transtornos mentais. Trata-se de um processo diagnóstico que se dá em diversos níveis, mas que, necessariamente, passa pela clínica, pois somente nesse nível pode-se estabelecer um vínculo entre uma teoria a respeito do psíquico ou uma classificação dos transtornos mentais e os efeitos da organização do trabalho sobre os trabalhadores. É importante que o profissional de saúde mental desenvolva a habilidade de elaborar uma anamnese ocupacional em sua abordagem de um paciente que apresente

quadro relacionado ao trabalho. Ela é mais um componente na investigação da determinação donexo causal entre o adoecimento psíquico e o trabalho. São questões a serem pesquisadas: a) relações no local de trabalho e fora dele; b) fatores organizacionais do trabalho – conteúdo, ambiente, apoio recebido para resolução de problemas, acesso a medidas de proteção, segurança, recompensa proporcional ao esforço e valor social do trabalho, divisão e ritmo das tarefas; c) definir o momento em que o trabalho passa a causar prejuízos na funcionalidade do indivíduo e mensurar as exigências físicas e mentais que estão implicadas nesse processo. Destaca-se a importância dos estudos epidemiológicos para a compreensão donexo causal doença-trabalho, os quais focalizam o coletivo dos trabalhadores diante de uma determinada exposição ocupacional. Estes estudos podem prever os prováveis agravos que estão associados a determinada profissão e auxiliar no embasamento donexo causal de determinada doença que surge no decorrer do exercício do trabalho. O adoecimento mental nas doenças relacionadas ao trabalho sempre suscitou controvérsias, principalmente nas questões do diagnóstico clínico, nexo causal e concessão de benefícios previdenciários. Dessa forma, torna-se importante uma anamnese completa que contemple questões ocupacionais, antecedentes pessoais e familiares, e exame mental e os complementares aliados ao conhecimento dos aspectos epidemiológicos e fatores de risco de natureza ocupacional para o auxílio no diagnóstico e na compreensão donexo causal. São essenciais diante das manifestações de uma doença mental estabelecer o momento do aparecimento da doença e a gravidade da mesma. Outras características que devem ser avaliadas para a constatação donexo causal são as diretrizes básicas no estabelecimento donexo causal, a saber: a) a natureza da exposição, b) a especificidade da relação causal e a força da associação causal, c) o tipo de relação causal com o trabalho, d) o grau ou a intensidade da exposição, e) o tempo de exposição, f) o tempo de latência, g) os registros anteriores quanto ao estado de saúde do trabalhador e h) as evidências epidemiológicas.

O artigo 21-A da Lei Nº 8.213/91 diz que:

“A perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexotécnico epidemiológico (NTEP) entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa ou

do empregado doméstico e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças (CID10)”.

Segundo Glina et al. (2010),

“A medida provisória Nº316, editada em 2006, amplia o regime da presunção legal, introduzindo substancial alteração no critério de prova do AT por doença ocupacional (...) adotando o sistema de presunção da doença ocupacional quando demonstrado o nexotécnico epidemiológico. Torna clara a obrigação legal de médicos peritos do INSS de fazer uma ampla investigação das suspeitas das doenças ocupacionais a partir do ambiente de trabalho, o qual deve ser equilibrado e livre de riscos ocupacionais”.

Com a implementação do NTEP, o trabalhador que contrair uma doença cujo diagnóstico estiver relacionado ao ramo da atividade em que trabalha terá o reconhecimento do nexo facilitado. O TEPT pode ser encontrado em maior incidência em trabalhadores que pela própria função estão mais sujeitos a risco de AT, como militares que arriscam suas vidas em salvamentos e atuam na segurança pública ou privada, como trabalhadores de equipes de saúde que realizam atendimento pré-hospitalar ou na rotina dos serviços de saúde, como condutores do transporte ferroviário e metroviário que vivenciam episódios de atropelamento e outros tipos de violência urbana, assim como bancários que sofreram assalto à mão armada e outros trabalhadores que realizam trabalhos perigosos, que envolvem vidas humanas ou que presenciaram acidentes graves ou fatais. (Almeida et al., 2012; Camargo et al., 2010; Glina et al., 2010).

Uma vez estabelecida a relação causal ou nexo entre a doença e o trabalho desempenhado pelo trabalhador, o profissional ou a equipe responsável pelo atendimento deverá assegurar: 1) orientação ao trabalhador e a seus familiares, quanto ao seu problema de saúde e os encaminhamentos necessários para a recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida, 2) afastamento do trabalho, 3) estabelecimento de terapêutica adequada, incluindo os procedimentos de reabilitação, 4) solicitação à empresa da emissão da CAT para o INSS, responsabilizando-se pelo preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM), para trabalhadores empregados e segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho/INSS e 5) Notificação à autoridade sanitária, por meio de instrumentos específicos, de acordo com a legislação de saúde, viabilizando os procedimentos da vigilância em saúde. Também, deve ser comunicado à Delegacia Regional do Trabalho/Ministério do

Trabalho e Emprego e ao sindicato da categoria a que o trabalhador pertence. A CAT se faz importante no contexto brasileiro por motivos previdenciários, como por exemplo, assegurar estabilidade no emprego por um ano, quando o funcionário ficar afastado por AT por mais de 15 dias. Além disso, a CAT é um instrumento epidemiológico, visto que hoje a melhor fonte que temos para quantificar AT é a Previdência Social, cujos com registros, ainda se identifica TEPT decorrente de AT, sem preenchimento e envio do CAT, conforme ilustra a figura abaixo.

O TEPT relacionado ao trabalho refere-se a um evento traumático caracterizado como AT. É importante que as intervenções psicossociais passem pelo reconhecimento da relação do quadro clínico com o trabalho, pelo acolhimento do sofrimento do trabalhador no local de trabalho e pelas orientações e encaminhamentos adequados à situação (Ministério da Saúde, 2001).

4-Tratamento

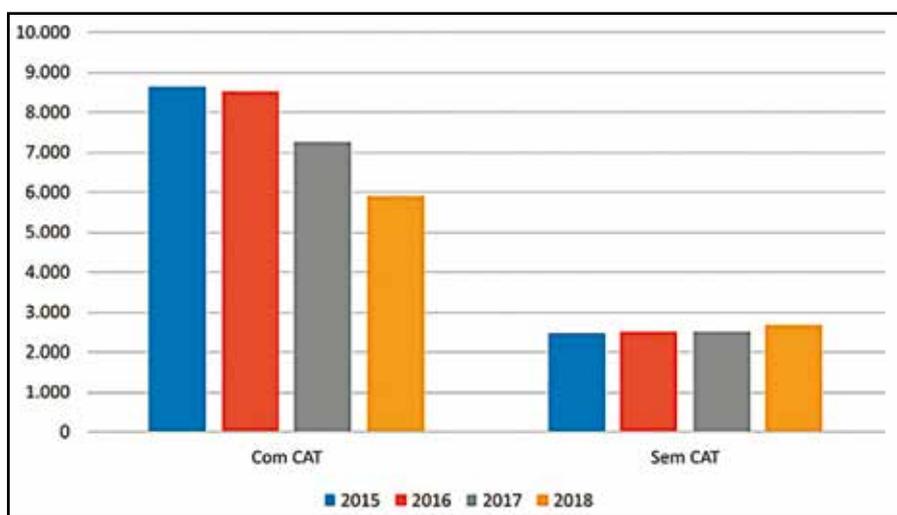
Em relação ao tratamento do TEPT, é importante destacar que, quando a apresentação do transtorno é crônica, é possível estabilizar a doença, mas raramente se obtém remissão completa. Ainda assim é importante tratar os quadros patológicos de reação ao estresse, pois os transtornos pós-traumáticos, mesmo em suas formas subclínicas, estão associados a importante prejuízo funcional. O não tratamento dessa condição está associado a comprometimento emocional, redução da qualidade de vida, aumento da probabilidade de desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos, ideação suicida, maior utilização dos serviços de saúde e maiores taxas de abuso e dependência de álcool. Durante as semanas após a exposição a um evento traumático, a maioria dos indivíduos exibem reações agudas normais, como pensamentos sobre o evento, algum grau de alerta e problemas com o sono ou concentração. Em aproximadamente dois terços desses indivíduos esses sintomas se resolvem por conta própria com o tempo. O TEPT se caracteriza pela falha no curso da resolução normal desse quadro após a exposição a um evento estressor. Assim, concorrem na etiologia do transtorno o agente estressor e a resposta individual. Devido a gravidade do quadro psicopatológico do TEPT, comumente os sintomas necessitam de tratamento combinado com fármacos e psicoterapia, porém as evidências na literatura contrastam acerca dessas recomendações (Camargo et al., 2010; Cordioli et al., 2015; Lancaster et al., 2016; Lewis et al., 2019).

Bisson et al. (2015) refere que embora a

evidência do efeito não seja tão forte quanto para as psicoterapias, a farmacoterapia pode ser efetiva. Lancaster et al. (2016) afirmam que embora intervenções psicoterápicas sejam a primeira linha e as opções mais indicadas para o tratamento do TEPT, há vários tratamentos farmacológicos baseados em evidência disponíveis. Segundo o guideline do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a recomendação para o tratamento do TEPT é psicoterapia individual ou em grupo, e, em contraste com a da American Psychiatric Association (APA), não indica antidepressivos como tratamento de primeira linha devido ao pequeno efeito desses medicamentos nos sintomas do TEPT.

Segundo o NICE guideline (2019), a farmacoterapia não deve ser oferecida como primeira linha para o tratamento do TEPT; e especifica que os benzodiazepínicos não devem ser usados para tratar essa condição. Em concordância com o NICE, Tol et al. (2013) e Cordioli et al. (2015) referem que os benzodiazepínicos não são benéficos no tratamento do TEPT, pois poderiam causar problemas como a dificuldade de integrar a experiência traumática, prejuízo no aproveitamento das psicoterapias e risco de abuso. Tol et al. (2013) menciona ainda que os guidelines não recomendam essa classe de medicação para indivíduos enlutados. O NICE orienta ainda que se o indivíduo tiver preferência pela farmacoterapia, considerar a venlafaxina ou um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), como a sertralina, e revisar este tratamento regularmente. O NICE ainda orienta considerar antipsicóticos como a risperidona, em combinação com psicoterapia, para manejar sintomas e comportamentos incapacitantes como hiperexcitação severa ou sintomas psicóticos, se não houver resposta a outras drogas e psicoterapias. O tratamento com antipsicótico deve ser iniciado e revisado regularmente por um psiquiatra. Por fim, o NICE recomenda psicoterapia baseada em evidências para o tratamento do TEPT em crianças, adolescentes e adultos.

Lancaster et al. (2016) afirmam que a maior parte da pesquisa atual em farmacoterapia para o TEPT foca nos ISRS para o tratamento dessa condição, e a APA recomenda em seu guideline os ISRS como medicação de primeira linha para o tratamento do TEPT. Hoskins et al. (2015) evidenciam que metanálises recentes encontraram evidências de eficácia de tamanho de efeito fraco a moderado para o uso da amitriptilina, mirtazapina, sertralina, topiramato e risperidona; e que a maior evidência é descrita para a fluoxetina, paroxetina e venlafaxina, que se



Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social, 2018.

mostraram superior ao placebo no tratamento do TEPT. Sadock et al. (2017) descrevem o uso dos ISRS como a sertralina e paroxetina como medicações de primeira linha, devido a seus índices de eficácia, tolerabilidade e segurança. Cordioli et al. (2015) referem que os ISRS e inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) reduzem os sintomas do TEPT, principalmente os de evitação e excitação, enquanto os de rememoração mostram-se mais resistentes. Lancaster et al. (2016) corroboram essa informação, afirmando que os ISRS têm uma ampla ação nos sintomas de evitação e excitação, mas que infelizmente a descontinuação do ISRS está associada com a recaída dos sintomas. Em contraste, os sintomas normalmente permanecem estáveis ou continuam a melhorar após a conclusão de uma psicoterapia para o TEPT baseada em evidência. Tol et al. (2013) resumem essas possibilidades de tratamento recomendando que o antidepressivo seja usado quando a psicoterapia não estiver acessível, não foi efetiva ou quando há comorbidade com depressão ou transtorno do sono.

Cordioli et al. (2015) referem que a mirtazapina, bupropiona, trazodona e tricíclicos não têm ainda eficácia confirmada no TEPT, porém devem ser considerados na ausência de respostas aos ISRS e IRSN, e na presença de insônia. Afirma que o topiramato reduz os sintomas do TEPT, em monoterapia ou como adjuvante; que a risperidona é eficaz em reduzir sintomas de revivência, intrusão e excitação; que a quetiapina tem sido testada em diversos transtornos psiquiátricos, como no TEPT; e que estes antipsicóticos não são eficazes para os sintomas de evitação. Lancaster et al. (2016) referem que há vários outros agentes farmacológicos que recebem atenção no tratamento do TEPT, atuando em sintomas específicos e são comumente

estudados em combinação com os ISRS.

Lewis et al. (2019) afirmam que o TEPT pode ser tratado efetivamente com “terapias pela fala” que focam no trauma, e que uma das mais efetivas terapias são aquelas baseadas na terapia cognitiva comportamental. Infelizmente, há um limitado número de terapeutas qualificados aptos para aplicar essas terapias e há, também, outros fatores que limitam o acesso a esse tratamento, tal como a dificuldade de investir tempo para o cuidado com a saúde. Sadock et al. (2017) referem que a psicoterapia psicodinâmica pode ser útil no tratamento do TEPT e que a reconstrução dos eventos traumáticos com a associada ab-reação e catarse pode ser terapêutica, devendo a terapia ser individualizada, porque reviver o trauma pode ser difícil para alguns indivíduos. Glinn et al. (2010) explicam que o indivíduo frequentemente tem consciência de que o trabalho o está afetando de modo deletério. Ao fazer uma retrospectiva sobre seu trabalho, orientado pela anamnese desenvolvida pela equipe ou profissional de saúde mental, o trabalhador faz elaborações sobre o vivido e compreende de que forma adoeceu.

O desenvolvimento de TEPT comumente implica em afastamento do trabalho para tratamento e em um projeto de reabilitação profissional, pois sintomas residuais podem dificultar o retorno ao trabalho. São importantes para essa reabilitação o acolhimento do desejo de mudança e o empenho da equipe de saúde na ajuda ao trabalhador a retomar sua vida produtiva. No que se refere ao retorno ao trabalho, devem ser preconizados programas de controle do estresse, retorno gradativo, reconhecendo as dimensões sociais da incapacidade e estabelecendo uma rede de apoio que ultrapasse o setor de saúde. É importante nesse processo focar nas competências e potencialidades do in-

divíduo, que devem ser trabalhadas com auxílio de equipe multidisciplinar. (Glina et al., 2010; Ministério da Saúde, 2001).

IV- Conclusão

Com excelente precisão em sua definição sobre o tema, Glina et al. (2010) registram que os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho podem ser definidos como aqueles determinados pelos lugares, tempo e ações do trabalho. As ações implicadas no ato de trabalhar podem não só atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas, também, acarretar reações e efeitos psíquicos devido às situações de trabalho. Em decorrência do lugar de destaque que o trabalho ocupa na vida das pessoas, sendo fonte de garantia de subsistência e de posição social, a sua falta gera sofrimento psíquico. O trabalho ocupa lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Por isso, o trabalho satisfatório determina prazer, alegria e saúde. O trabalho desprovido de significação, não reconhecido ou fonte de ameaças à integridade física ou psíquica determina sofrimento. A determinação da relação causal entre agravos à saúde mental e o trabalho é objeto de questionamentos entre os diferentes profissionais vinculados aos serviços de saúde, aos órgãos previdenciários, aos sindicatos e aos serviços de medicina e segurança do trabalho das empresas, sendo incomum o reconhecimento pelos órgãos previdenciários o nexo causal entre o trabalho e um transtorno psíquico. A relação entre o perito e o trabalhador ocorre em um contexto no qual a relação de confiança é prejudicada. O periciando costuma ser reinserido no trabalho sem uma reabilitação adequada. De acordo com a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, o TEPT refere-se a um evento traumático caracterizado como AT. Um importante avanço na promoção e na proteção da saúde do trabalhador foi a implantação do NTEP, ao considerar que a incidência elevada de uma enfermidade em determinada atividade econômica, independentemente da notificação pela empresa por meio da CAT, será caracterizada como própria do trabalho. Os estudos sobre o tema são restritos a pequenos grupos e o risco desse transtorno devido ao trabalho parece estar relacionado a atividades perigosas que envolvem responsabilidade por vidas e risco de acidentes. O desenvolvimento da habilidade de estruturar uma anamnese ocupacional deveria ser incentivado em todos os profissionais de saúde. Estabelecida a relação causal entre o TEPT e o trabalho, deve ser assegurado o afastamento do trabalho, tratamento multidiscipli-

nar e notificação por instrumentos específicos.

Referências Bibliográficas

Almeida CVNC, Lira TLBG, Januário LVC, Souza MRA. Transtorno por estresse pós-traumático como causa de acidente de trabalho. *Rev Bras Med Trab* 2012; 10(1): 100-5.0

American Psychiatry Association. *Guideline Watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Available from: URL: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>. Accessed december 30, 2020.

American Psychiatry Association. *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*, 2010. Available from: URL: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>. Accessed december 30, 2020.

American Psychiatry Association. *Treating patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A quick reference guide*, 2004. Available from: URL: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>. Accessed december 30, 2020.

Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. *Post-traumatic stress disorder*. *BMJ* 2015; 351: h6161.

Brasil. Lei Nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. *Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências*. Available from: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm. Accessed January 18, 2020.

Brasil. Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991. *Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Capítulo II: Das prestações em geral. Seção I: Das espécies de prestações*. Available from: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Accessed January 18, 2020.

Camargo DA, Caetano D, Guimarães LAM. *Psiquiatria Ocupacional – Aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho*. 1st ed. São Paulo: Atheneu; 2010.

Cordioli AV, Gallois CB, Isolani L. *Psicofármacos – Consulta Rápida*. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Glina DMR, Rocha LE. *Saúde Mental no Trabalho: da Teoria à Prática*. 1st ed. São Paulo: Roca; 2010.

Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. *Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment*. *J Clin Med* 2016; 5(11): 105.

Lewis C, Roberts NP, Simon N, Bethell A, Bisson JI. *Internet-delivered cognitive behavioural the-*

rapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 140(6): 508-21.

Ministério da Fazenda. *Secretaria de Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social*, 2017. Available from: URL: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf>. Accessed January 18, 2020.

Ministério da Fazenda. *Secretaria de Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social*, 2018. Available from: URL: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/previdencia-social-regime-geral-inss/dados-abertos-previdencia-social>. Accessed December 30, 2020.

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*, nº39, 2018. Available from: URL: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Accessed January 7, 2021.

Ministério da Saúde do Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Available from: URL: <http://bvsm.sau.gov.br>. Accessed December 30, 2020.

Ministério da Saúde. *Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Cadernos de atenção básica*, nº41, 2018. Available from: URL: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf. Accessed January 18, 2020.

NICE Guideline 2019. *Post-traumatic stress disorder*. Available from: URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng116>. Accessed January 18, 2020.

Rehman Y, Sadeghirad B, Guyatt GH, McKinnon MC, McCabe RE, Lanus RA et al. *Management of post-traumatic stress disorder. A protocol for a multiple treatment comparison meta-analysis of randomized controlled trials*. *Medicine* 2019; 98(39): 1-6.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Schaefer LS, Lobo BOM, Kristensen CH. *Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas*. *Estudos de Psicologia* 2012; 17(2): 329-36.

Tol WA, Barbui C, Ommeren M. *Management of Acute Stress Disorder, PTSD, and Bereavement: WHO Recommendations*. *JAMA* 2013; 310(5): 477-78.

White J, Pearce J, Morrison S, Dunstan F, Bisson JI, Fone DL. *Risk of post-traumatic stress disorder following traumatic events in a community sample*. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015; 24(3): 249-57.

CENTRO CLÍNICO

Novo local para atendimento aos beneficiários da Unimed Leste Fluminense



Consultórios e exames com as seguintes especialidades:

- Gastropediatria
- Neuropediatria
- Endocrinopediatria
- Psicologia adulto
- M.A.P.A
- Ecocardiograma
- Pneumopediatria
- Ortopedia pediátrica
- Nutricionista adulto e infantil
- Ultrassonografia
- Holter
- Eletrocardiograma

Rua Luiz Leopoldo Fernandes Pinheiro,
nº 521, sala 909 - Centro, Niterói
(Edifício Tirante) Tel: 21 2718.9200

Unimed 
Leste Fluminense

ANS - nº 34.373-1

Medicina Integrativa baseado em evidências

É uma “nova medicina”?

O enorme avanço da medicina no século XX é indiscutível, porém os recursos e acessos a ela são limitados. O custo financeiro desse avanço, também, não é pequeno. A especialização resultou em benefício para o tratamento de eventos agudos e hoje, por exemplo, em questão de minutos há possibilidade de reversão de obstruções em vasos cerebrais. A busca pelo diagnóstico e tratamento de doenças é feita com maestria; porém, quando se trata de doenças crônicas a abordagem de especialidades e, não do todo, nos leva a refletir. O conceito de reducionismo introduzido, em torno do ano de 1700, por Locke e Hume, associado à filosofia cartesiana de Descartes já vigente, que afirmava que a mente e o espírito são assuntos da igreja e o corpo assunto dos cientistas, não preenche os anseios da sociedade atual.

A sociedade esta acostumada com a ciência e não há nenhuma possibilidade de se abandonar as instituições acadêmicas que se valem da tríade: pesquisa, educação e prática clínica. Assim, por volta de 1990, na Universidade de Arizona (EUA) surgiu o conceito da medicina complementar e alternativa, que posteriormente passou a ser denominada medicina integrativa.

Vamos juntos definir o que é medicina integrativa?

A medicina integrativa (MI) é sobre mudar o foco da medicina para saúde e cura, em vez de doença. Isso envolve a compreensão das influências da mente, espírito e comunidade, bem como do corpo. Isso implica o desenvolvimento de insights sobre a cultura, crenças e estilo de vida do paciente que ajudarão o clínico a entender a melhor maneira de desencadear as mudanças necessárias no comportamento, que resultarão em melhoria da saúde, e portanto, agregarão mais valor à prestação de cuidados de saúde. A busca é pela harmonia e não apenas por um diagnóstico da doença.

Não é medicina alternativa porque, simplesmente, não é alternativa à medicina alopática e, sim, integra novos conceitos e paradigmas ao olhar o paciente, que se torna o centro da abordagem, sempre com esse olhar do corpo, mente e força vital (ou espírito), associado à comunidade em que está inserido. Essa abordagem resulta de um sólido comprometimento da relação médico-paciente e, ao colocar o paciente no centro, deixa o entendimento de que ele faz parte da própria saúde, do próprio equilíbrio, sendo um parceiro ativo e tira esse peso exclusivamente do ombro do médico. O médico é, também um educador, um coaching e um parceiro dessa etapa e através da integração das evidências científicas para promover a saúde, prevenção de doenças e diferentes tratamentos, que haverá a concretização da mudança.

“É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que a doença que a pessoa tem”. Hipócrates.

Vale lembrar, nesta caminhada para definição da Medicina Integrativa, alguns encontros marcantes, como o que aconteceu em 2009 entre o Institute of Medicine (IOM - EUA) e o Bravewell Collaborative, onde mais de 600 líderes diversos no assunto (gestores, cientistas, profissionais de saúde, etc.) revisaram as evidências científicas e produziram um relatório que serviu de base para a divulgação da base conceitual da Medicina Integrativa e implantação em diversas e conceituadas universidades e Hospitais nos EUA, dentre eles a Duke University, Harvard, Cleveland, Michigan e Mayo Clinic. No Brasil posso exemplificar o programa de ensino das Práticas Integrativas do Einstein e a Pós Graduação da PUC-Rio, além do SUS que, em 2006, implementou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICCs).



Dra. Valdenia Pereira de Souza

Mestre em Ciências Cardiovasculares pela UFF
Especialista em Terapia Intensiva e Cardiologia
Pós-Graduação em Gestão em Saúde
Pós-Graduação em Medicina Integrativa
Ex-Diretora Científica da AMF

Como a MI trabalha?

Com abordagem de natureza bioenergética, biomecânica, nutricional, bioquímica, psicossomática e educacional.

Existem 6 naturezas de intervenções:

- Bioquímica: Substâncias que vão atuar onde está havendo o desequilíbrio. Ex.: Fitoterapia.
- Biomecânica: vem de mecanos – máquina. Ex.: Manipulação corporal, exercícios físicos, fisioterapia, osteopatia, yoga, etc. Piesoelectricidade – pressão num sistema elétrico induz efeito elétrico.
- Bioenergética: Ex.: homeopatia (nível físico-químico), florais, laserterapia, acupuntura, Ayurveda, etc.
- Nutricional: Considera o aspecto bioquímico e bioenergético. Mastigação, horário, desintoxicação. Nutrição a um nível mais amplo, envolvendo todos os planos do sistema (da alma).
- Psicossomática: relação corpo-mente; mente-corpo. Ex.: Mindfulness, meditação.

• Educacional: Conduz, propicia a condição para fora dos seus potenciais. O principal papel do terapeuta é educar. É um processo.

A partir do conhecimento destas naturezas de intervenções, buscamos na ciência o que pode contribuir para a harmonização do paciente. Assim é fundamental buscar sistemas que integrem o paciente como um todo, que enxergam o corpo, mente, força vital e a inserção na comunidade.

Os sistemas integrativos encontrados no momento são estes abaixo:

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

MEDICINA AYURVÉDICA

HOMEOPATIA

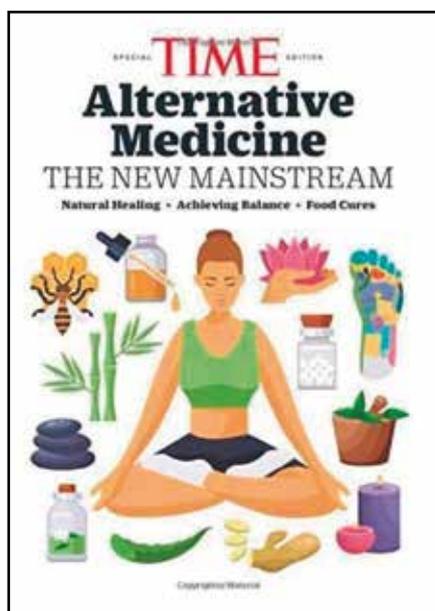
MEDICINA ANTROPOSÓFICA

MEDICINA ESTILO DE VIDA com os seus 6 pilares = 1) Sono, 2) Atividade física, 3) Nutrição, 4) Desintoxicação (Não fume e Não à bebida alcoólica em excesso), 5) Tenha bons relacionamentos, 6) Não se Estresse.

Muitas pessoas confundem e perguntam se a prática de aromaterapia, fitoterapia é medicina integrativa. Estas são ferramentas da medicina integrativa, não é o todo, explicando melhor, por vezes, utilizo esta metáfora: você pode ter o capô do carro dos seus sonhos, mas você não possui este carro, possui apenas uma parte, uma ferramenta. Aplicando o mesmo raciocínio, a prática da acupuntura não pode ser considerada toda a MTC, esta última envolve, também, a fitoterapia chinesa, cromoterapia, TaiChi Chuan, etc.

A pediatria e a oncologia saíram na frente e possuem protocolos conhecidos e congressos próprios e com ganho para o paciente, incluindo a diminuição de analgésicos, diminuição de sedentarismo, melhor alimentação, e muitos outros, mas ainda há muito preconceito a cerca do tema, fruto do desconhecimento e do fato das pesquisas terem maior divulgação e interesse apenas a partir dos últimos anos, porém, ainda com número de pacientes pequenos e algumas dessas pesquisas não são reproduzíveis. Existem revistas e sites dedicados a consultas em diferentes países, sendo o braço do NIH para MI denominado National Center for Complementary and Alternative Health - NCCIH (<https://nccih.nih.gov>) a Cochrane Complementary Medicine (<https://cam.cochrane.org/>), a European Journal of Integrative Medicine e hospitais e universidades, importantes fontes de consulta,

edição 87 - abr-jun/2021



assim o conhecimento vai se espalhando e sedimentando ao longo do mundo, adquirindo o respeito. Revistas não científicas, também, têm dedicado edições ao tema de forma honesta, como podemos ver na figura da edição especial da revista TIME.

Vamos a um exemplo de prática clínica?

Não é minha intenção, aqui, aprofundar sobre um caso clínico, mas apenas para exemplificar a utilização da MI.

Escrevo de forma informal um acompanhamento de uma senhora com 62 anos, raça (referida) negra, empregada doméstica, mora em São Gonçalo - RJ, em casa própria e, desde o início fala com muito orgulho disso. Possui histórico de HAS (mas toma medicação às vezes), obesidade, constipação intestinal, câncer de mama direita com mastectomia há três anos, passado de gastrite, sedentária, insônia devido à pandemia e violência no bairro. Asma brônquica quando criança. Recebeu a primeira dose da vacina contra a Covid-19 e teve a doença na forma leve há nove meses.

Parou de fumar quando soube o diagnóstico do câncer e é etilista social de cerveja. Come frutas, às vezes, no serviço, quando lhe são oferecidas. Toma café da manhã no trabalho (café puro, cream cracker com margarina), almoço pobre em legumes, vegetais e folhas e no jantar, faz "lanche".

Relata que acorda às 05:30h da manhã para chegar no trabalho cedo e que parou de caminhar à noite devido a violência e, como sai cedo, não tem horário livre para exercício físico. É a principal renda financeira

da família que conta com a mãe, já idosa e com sequela de AVC, mas felizmente consegue ajudar em casa e "ficar de olho" nos dois filhos.

No exame físico, o que chama atenção é a pele seca, a obesidade com o perímetro abdominal aumentado, PA 145/90 FC=98bpm, o edema (+/4+) de MI e as varizes, por ela atribuído a muito tempo em pé.

Na primeira consulta, já sugeri uma dieta um pouco mais adequada: de manhã as frutas da estação, o que trará frutas mais gostosas, mais baratas e com menos agrotóxicos e quando possível, lembrar da tapioca que pode, também, ser colocada no tal lanche da noite, ao invés de sanduíches nada saudáveis. No almoço, apenas confirmei para que ela não esquecesse o arroz e feijão, sendo que poderia colocar o feijão de molho na véspera e, também, variar o tipo de feijão (carioca, vermelho, etc.). Tinha o costume do refrigerante dietético, pedi para substituir por água ou água aromatizada e nesse frio lembrei do chá quentinho, calmante e acolhedor após o jantar. Expliquei sobre a higiene do sono e principalmente se desligar das redes sociais e celular a partir das 19:30h, poderia marcar essa hora como o início da hora da família com o início do lanche da noite e conversar ou ouvir uma música tranquila. Pedi exames nesta consulta.

Uma estratégia para diminuir a ansiedade, melhorar as finanças, a microbiota intestinal, há estudos que falam a favor do contato com a natureza, é iniciar o plantio, por exemplo de frutas, folhas e hortaliças, como cúrcuma, alecrim, manjeriço, etc., levando a diminuição dos industrializados na alimentação e o início de uma atividade contemplativa.

Após dois meses, na segunda consulta, ela referiu que conseguiu se adaptar bem às minhas sugestões na alimentação e ao lembrar da horta, confessou não ter iniciado por estar cansada e queria uma "vitamina". Então sugeri a ela um shot pela manhã cedinho com suco de meio limão, água filtrada, um pouco de cúrcuma e muito pouquinho de pimenta (obs. no cons. coloque as quantidades) e se quiser, às vezes pode usar gengibre, mas este último com muito cuidado, pois pode interferir na PA; nesta hora lembro que não há necessidade de comprimidos de vitamina, que o sistema imune depende da nossa microbiota intestinal e que esta depende do nosso estilo de

revista amf - 19

vida, logo alimentação com fibras e alguns fermentados. Assim voltamos ao plantio da horta e porque não trazer a mãe dela para esta atividade com a terra, afinal o pé na terra é muito bom (grounding). Aproveito e pergunto sobre o sono e dificuldades, ratifico para evitar o uso de benzodiazepínicos e a adesão ao medicamento alopático da hipertensão, pois ela é responsável pelo próprio controle da PA. Sobre a atividade física, uma chuva de dúvidas e para o início devagar foi conseguir um tênis adequado e escolher três dias na semana para subir os andares do prédio em que trabalha e me falar como ficou, começando com apenas dois ou três andares, subir sem estar carregando nada e focada apenas naquela tarefa (tempo presente). Em uma ocasião, ela chegou à consulta com a PA normal, achando que estaria elevada, pois estava com cefaleia. Senti-me frustrada por não ter material adequado para aliviar a dor com a auriculoterapia.

Muito ainda para trabalhar com esta paciente, pois no momento abordando os hábitos, mas de acordo com a vontade dela, ofertarei outros métodos contemplativos. Já consigo observar em toda consulta um brilhinho voltando nos olhos, um brinco novo, uma forma de se vestir mais alegre e mais cuidada. Assim, trabalhando a alimentação, o sono, a adesão, a atividade contemplativa, o tempo presente, a atividade física inicial, a ansiedade, enfim o autocuidado. E de minha parte, praticando a escuta.



Escutar o paciente, ter tempo presente para ele, demonstra respeito.

Nesta paciente, você começa a observar a mudança do comportamento e, certamente, o histórico do câncer dela e da família pode ser outro - Behavior change. Metade dos norte-americanos não entende a prescrição médica. Destes que entendem, uma parte não toma. Você pode ser um bom profissional apesar de não ser um modelo. O exemplo de um serve para o outro. Você poder utilizar os conhecimentos das diferentes medicinas com os seus olhares integrados e integrar com a alopatia.

Há pesquisas comparativas head-to-head, revisões sistemáticas, meta-análises sobre diversos temas que incluem mindfulness, epigenética, acupuntura, fitoterapia, genômica, medicina estilo de vida entre outros assuntos e a transdisciplinaridade é uma necessidade, atrevo-me a escrever uma

obrigatoriedade para a melhoria da saúde da sociedade. Porém como escrevi acima, as publicações são passíveis de críticas e não tenho a pretensão de esgotar a discussão sobre a MI, mas, pessoalmente, o que escrevi, me estimula a estudar mais e ter neste caminho uma área nova para o aprofundamento e a melhoria do cuidado, fazendo o bem a todos os envolvidos e à sociedade.

Referências Bibliográficas

LIMA, P.T.R. (Coord.). *Medicina Integrativa*. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2015.

RIPPE, J.M. *Lifestyle Medicine*. 3. ed. Boca Raton: Taylor & Francis, 2019.

RAKEL, D. *Integrative Medicine*. 3. ed. Philadelphia: Elsevier, 2018.

JAMES, P., et al. *Exposure to Greenness and Mortality in a Nationwide Prospective Cohort Study of Women*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1510363>. Acesso em 03 de junho de 2021.

WEISS, S.M., SCHWARTZ, G.E. *Behavioral Medicine: a retro/prospective view of the field*. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9960-5>. Acesso: 03 de junho de 2021.

DENG, G. et al. *Integrative Medicine Research: Context and Priorities*. Commissioned for the IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public. Feb., 2009.

SHI, L. et al. *Meditation and blood pressure: a meta-analysis of randomized clinical trials*. *Journal of Hypertension* 2017, 35:696-706.

SILVEIRA, A.D., STEIN, R. *Terapias Alternativas com Base em Evidências que "Toquem o Coração"*. *Arq Bras Cardiol* 2019, 113 (6): 1059-1061.

INTERCÂMBIO TEEN
CURSOS NO EXTERIOR
TRABALHO NO EXTERIOR
TURISMO
ESTAGIO/TRAINEE
HIGH SCHOOL
AU PAIR
WORK & TRAVEL
VISTOS E MUITO MAIS

Sua próxima viagem passa por aqui



TRAVELMATE NITERÓI
(21) 98102-4372
niteroi@travelmate.com.br

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

CBHPM, este termo soa familiar a nós médicos que trabalhamos em nossa clínica diária com a saúde suplementar. Mas, o que significa CBHPM? Qual sua origem? Qual seu objetivo? É uma tabela de preços? É um referencial de procedimentos? Só tem a finalidade de atualizar a TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar)?

A CBHPM é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

Essa classificação resultou de um extenso trabalho desenvolvido pela Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Sociedades Médicas de Especialidades, junto com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE), que orientou as diretrizes técnicas implementadas, no início do ano 2000.

A ideia inicial de seus autores era uma lista referencial de procedimentos que pudesse ser hierarquizada entre todas as sociedades médicas, tanto internamente quanto externamente, quando comparada a procedimentos diversos orientados por vários especialistas.

Em 07 de agosto de 2003, esse trabalho estava concluído e foi emitida uma resolução normativa pelo CFM, baseada em critérios hierárquicos, tendo a consulta médica como referencial básico. Desta forma, através dessa resolução (RN 1673/2003), a CBHPM seria um referencial para a remuneração de honorários.

Este referencial seria atualizado a cada dois anos, fosse pela admissão de novos procedimentos, pela supressão de outros, aperfeiçoamento de alguns, e, obviamente, pelo reajuste atuarial, obedecendo os critérios de hierarquização, contemplando, assim, as sucessivas edições.

A ideia era que este balizador fosse utilizado tanto pela Saúde Suplementar como pelo Sistema Público de Saúde (SUS), o que permitiria e, de certa forma, organizaria, eticamente, a remuneração dos procedimentos em todos os níveis da saúde em nosso país.

Esta proposta, porém, está muito longe de uma tabela única de valores, pois esta classificação conta com os deflatores, tão questionados, cuja função foi de corrigir eventuais desvios

mercadológicos entre os vários procedimentos.

Ressalta-se que o primeiro grupo de operadoras a discutir e implementar a CBHPM entre seus pares foi a UNIDAS (União Nacional de Autogestão em Saúde), seguido do sistema cooperativo Unimed, que desde então, adotou a CBHPM em suas diversas singulares, embora, na maioria dos casos, não em suas últimas atualizações.

Após 20 anos de estudos e de conversações com os mais variados setores da saúde pública e suplementar, o quadro atual da CBHPM está longe de ser animador. O que se vê é uma permanente e intensa tendência de interpretar a classificação hierarquizada como uma tabela de preços. Por outro lado, operadoras de saúde, por vezes, impõem tabelas de remuneração com valores aviltantes, relutando na adoção da CBHPM sob as mais variadas justificativas.

O que se tem pela frente é desafiador! Vários fatores se somam, interferindo na remuneração dos honorários médicos: a nova segmentação da saúde suplementar com suas verticalizações e novas formas de remuneração; a saúde pública desorganizada e fragmentada; uma agência reguladora (ANS), que se posiciona com vieses econômicos; um mercado, que cada vez mais, enxerga a saúde como um produto mercantil; e, ainda, abertura indiscriminada de escolas médicas incompetentes e descompromissadas com suas finalidades, comprometendo a formação dos seus formandos. Esses obstáculos são pesados, mas não são invencíveis.

Será que depois de todo o exposto, ainda é hora de se discutir CBHPM? Penso que sim! Não por outros motivos, nos últimos dez anos, foi implementada uma Câmara Técnica da CBHPM, com reuniões permanentes e contínuas, da qual participavam representantes de Sociedades de Especialidades Médicas, operadoras de planos de saúde, ANS, Unimed, entidades representantes de pacientes e até, da indústria de saúde, para acompanhamento, discussão, implementação ou não de novos procedimentos a serem incorporados na classificação e ofertados à população. Assim tem sido feito, com a consciência de ser este o ca-



Dr. Emilio Cesar Zilli

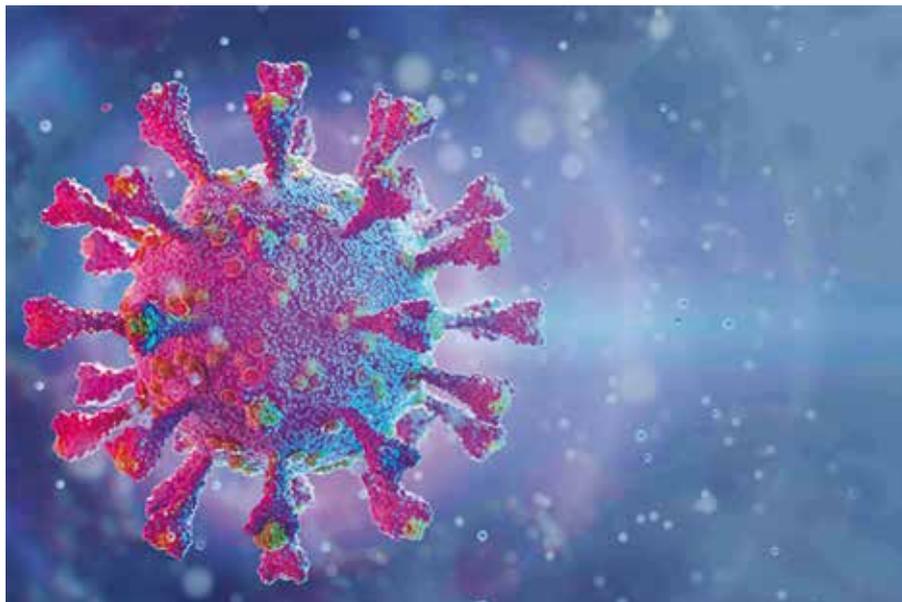
Médico cardiologista pela SBC
Mestre em cardiologia pela UERJ
Diretor de Defesa Profissional da SOMERJ
Acadêmico Titular da Academia de Medicina do Rio de Janeiro

minho e a obrigação institucional: trabalhar pela melhor assistência de saúde a nosso povo, em nosso país.

Acredito, que apesar de tudo, ainda temos saída. Aliás, temos que ter saídas, pois do contrário, o caos que se instala na saúde se perpetuará. Com fé, trabalho, resiliência, técnica e coragem, temos que continuar lutando pela implementação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos em todos os segmentos da saúde no Brasil, como a única e permanente classificação técnica, ética e hierarquizada existente na medicina brasileira.

Para tal, teremos que transformá-la em Lei. E isto, além do nosso trabalho em sua defesa, deverá ser o nosso trabalho junto ao legislativo, em seus variados segmentos, para legitimá-la. Assim sendo, é preciso apoio, conscientização e a participação de todos nós.

Marketing médico: oito estratégias imprescindíveis para 2021



Os desafios no marketing médico na pandemia de COVID-19.

Uma coisa é certa: o marketing médico se tornou uma ferramenta essencial em 2021. Apesar de agilidade e adaptabilidade não serem novidades para o profissional de marketing médico, o panorama atual não é mais como antes. A pandemia criou incerteza, instabilidade econômica e volatilidade política. Localmente, nacionalmente e globalmente, os cuidados com a saúde estão em foco.

Um ambiente perfeito para uma construção de marca e geração de demanda!

Entretanto, o ambiente para médicos e organizações da área da saúde precisam se adaptar para continuar competitivos.

Sendo a primeira empresa de marketing médico do Brasil, e conhecendo o mercado desde 2001, aqui estão as tendências para o profissional da área da saúde manter os olhos onde investir, como investir, e algumas reflexões sobre o futuro do marketing médico que conhecemos.

I. As consequências da pandemia serão duradouras

A pandemia da COVID-19 tem sido um processo árduo para o mundo, e os impactos ainda serão sentidos nos próximos anos.

Ao longo do ano passado, pessoas e em-

presas ficaram sem muita garantia sobre o que é ou não seguro e quando seria o fim da pandemia. O momento de incerteza causou uma onda massiva de desempregos, que chegou a atingir uma alta histórica de 14,7%, em abril de 2020, nos EUA – um dos países mais afetados. Em julho de 2020, o LinkedIn se tornou o último grande nome a anunciar uma demissão massiva de quase mil funcionários.

A partir desse panorama social e entendendo a dinâmica dos canais de comunicação, principalmente das redes sociais, histórias de terror começaram a se espalhar, assim como informações imprecisas ou desatualizadas de fontes não médicas. Como resultado, muitos profissionais de marketing médico fizeram uma pausa nas estratégias tradicionais de geração de demanda nas quais confiavam no passado.

Como isso impacta o marketing médico?

Por saber que a COVID-19 não vai sumir da noite para o dia, os profissionais de marketing médico terão que fazer o que sempre fizeram: pivô (dar suporte).

Em uma entrevista recente, Kurt Lee Hurley, diretor de marketing (CMO) da American Family Care – renomado hospital localizado nos EUA –, disse o seguinte:



Bernardo Carneiro

Coordenador de Marketing na MarketMED



Momento propício para uma humanização de marca.

“Sempre haverá algo que perturba o mercado ou interfere nos planos mais elaborados. Sendo assim, todo bom profissional de marketing médico precisa estar preparado para ser pivô. Não somos apenas pessoas criativas, mas, também, analíticas. No final de tudo, um bom profissional de marketing médico deve ser capaz, mais do que nunca, de ser disruptivo – quebrar padrões – e manter a roda girando daqui a frente.”

Com isso em mente, aqui você poderá ver as estratégias de marketing médico de alto nível que estão sendo adotadas no mundo em 2021.

2. Uma comunicação eficaz é essencial

Em um ambiente em que até as visitas de rotina, nesse momento, parecem muito diferentes – desde o agendamento até a própria consulta – os pacientes precisam de informação. Embora a boa comunicação sempre tenha sido um ponto-chave nas marcas fortes na área da saúde, hoje existem considerações práticas de segurança sanitária essenciais.

Os pacientes querem saber como procurar atendimento e quão seguro é fazê-lo.

Como isso impacta o marketing médico?

Acredite ou não, para os especialistas em marketing médico, esta é uma tremenda oportunidade de construção de marca – é essencial humanizar suas estratégias de comunicação. Neste momento, 52% dos adultos online no Brasil preferem comprar de empresas que mostram como estão protegendo os clientes contra a ameaça da COVID-19. Portanto, qualquer comunicação proveniente de uma marca de saúde deve ter: Compaixão, Credibilidade e Utilidade.

Pense nas informações de que seus pacientes precisam agora. Por exemplo, temos monitorado de perto as tendências de pesquisa de Coronavírus no Google. Uma rápida olhada revela que as pessoas estão procurando informações sobre sintomas, opções de tratamento e vacinação.

Para atender a essa demanda de pesquisa, os profissionais de marketing médico podem obter informações verificadas e factuais de especialistas no assunto em suas organizações de saúde e disponibilizar esse conteúdo para seus pacientes por meio de vários canais de comunicação.

3. A experiência do paciente continuará sendo uma prioridade

Tem que ser. Algumas coisas mudaram no processo do agendamento até a consulta. Pré-agendamentos, procedimentos de check-in, modelo de consulta (teleatendimento x presencial) etc. Não é trabalho dos pacientes “descobrir tudo.” – em vez disso, consultórios médicos e organizações de saúde precisam auditar todos os pontos de contato durante a jornada do paciente e, quando necessário, atualizar e aprimorar a interação para que os pacientes se sintam compreendidos e confiantes na segurança de seus cuidados.

Como isso impacta o marketing médico?

Conforme mencionado na seção anterior, a comunicação é essencial para moldar a experiência do paciente. Os médicos devem se



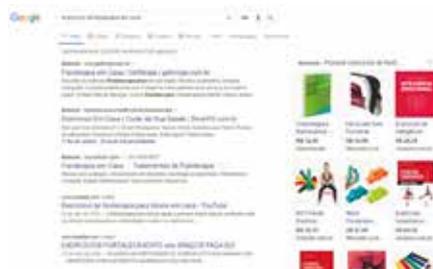
71% das pessoas perderão a confiança em uma marca se sentirem que ela está “colocando lucro sobre as pessoas” durante a pandemia.

atentar a alguns pontos importantes no que se refere à comunicação em paralelo à atual situação de pandemia. São eles:

- Agenda online que seja fácil de ser compreendida pelo paciente;
- Procedimentos para consultas presenciais e de teleatendimento;
- Compreensão completa do aplicativo que utiliza para teleconsulta, com a finalidade de ajudar o paciente com possíveis dúvidas e dificuldades;
- Acomodação e procedimentos especiais para pessoas do grupo de risco em consultas presenciais;
- Novos requisitos de segurança para consultas presenciais;
- Informações gerais sobre COVID-19 em locais evidentes (tanto no online – site, por exemplo –, quanto no consultório).

Em seguida, é importante otimizar as próprias experiências. Por exemplo:

- Atualize o conteúdo do seu site para tornar evidentes as informações sobre a COVID-19 e disponibilidade para teleconsultas, de preferência, com uma página dedicada para isso. Inclua perguntas frequentes e uma chamada (“clique e agende”, por exemplo) direcionando a um botão para agendar um teleatendimento.
- Caso utilize e-mail para se comunicar com o paciente, passe a personalizar suas mensagens



Com as informações ao nosso alcance, muitas vezes vamos ao Google para pesquisar qualquer dúvida relacionada a saúde que possamos ter. As pessoas pesquisam no Google seus sintomas quando estão doentes, por exemplo, “exercícios de fisioterapia em casa”.

para que agreguem valor à jornada do paciente: a sua política de confirmação e cancelamento de agendamento mudou? Existem informações novas sobre COVID-19 ou mudanças nas operações comerciais que sejam pertinentes enviar aos pacientes?

- Escolha um aplicativo de teleconsulta que ofereça uma experiência positiva ao paciente. Os aplicativos agora permitem que os pacientes enviem mensagens aos médicos sem uma chamada, carreguem documentos, verifiquem as consultas e vejam os resultados de exames realizados – existem diversos apps no mercado, vale a pena pesquisar. À medida que a área de saúde limita ainda mais as interações pessoais, os aplicativos são/serão um meio fundamental para dar aos pacientes tudo de que precisam de maneira segura e eficaz. Além disso, é possível aumentar o alcance de seus atendimentos, permitindo que você atenda pacientes de diversas partes do país e até do mundo – ferramenta forte quando se trata de marketing médico.

- Certifique-se de que sua ficha do Google Meu Negócio esteja atualizada para que os pacientes possam encontrar você. Muitas pessoas usam o Google Maps para pesquisar profissionais de saúde nas proximidades, especialmente para atendimentos de urgência. Inclua, nessa ficha que é 100% gratuita de criar, notificações de segurança, para que os pacientes saibam o que esperar antes de entrarem em seu consultório.

4. A reputação da sua marca pode avançar ou derrubar você

De acordo com a pesquisa da Edelman, 71% das pessoas perderão a confiança em uma marca se sentirem que ela está “colocando lucro sobre as pessoas” durante a pandemia – principalmente para marcas e empresas da área da saúde. O que você (consultório particular) ou sua clínica dizem e fazem terá muito mais visibilidade durante esse ano.

A boa notícia é que 85% das pessoas querem que as marcas usem sua força e alcancem cada vez mais seus consumidores com a finalidade de educá-los (Edelman). Poucas pessoas esperam que as marcas parem de anunciar – elas só querem e esperam que as marcas façam tudo da maneira certa. Além disso, os especialistas em marketing médico estão em uma posição privilegiada para alcançar seus públicos: de acordo com o mesmo relatório da Edelman, 78% das pessoas acham que os médicos são “porta-vozes confiáveis” para as “ações relacionadas ao vírus” de uma marca.

Como isso impacta o marketing médico?

Visando a um marketing médico que alavanque consultórios e clínicas, podemos afirmar que a reputação da marca e as estratégias de alcance nas organizações de saúde são pontos essenciais para 2021. Portanto, separamos algumas abordagens importantes que você deve atribuir à sua marca/marketing pessoal:

1. **Transparência.** Agora não é hora de omitir seletivamente os detalhes. Se seu consultório ou clínica teve que reduzir as operações ou fazer alterações que afetam a experiência do paciente, seja o primeiro a informar o seu público – via redes sociais, WhatsApp, e-mail etc. O mesmo vale para como você está tornando o seu local de trabalho mais seguro para os pacientes.

2. **Autoridade** é sempre um fator extremamente relevante quando se trata de marketing médico. Lembre-se de que seus pacientes procuram você para obter informações confiáveis sobre seus cuidados de saúde e segurança em meio à pandemia global.

3. **Reputação.** Se você ainda não tem alguma forma de permitir que seus pacientes o avaliem como profissional, agora é a hora de fazê-lo. As avaliações positivas não apenas ajudarão a visibilidade e a reputação digital da sua marca, mas, também, é uma oportunidade de ver e responder ao que os pacientes reais estão lhe dizendo e, talvez, identificar lacunas na experiência do paciente. Além disso, depoimentos positivos são provas sociais muito fortes dentro do marketing médico.

4. **Relações Públicas.** Agora não é hora de parar de anunciar nas redes sociais. Mas há uma diferença grande quando se trata das tendências de marketing médico para 2021: em vez de postagens de mídia social chamando a atenção para o bem que a sua marca está fazendo, use essa plataforma para chamar a atenção para as causas que sua marca está apoiando.

5. **Envolvimento da comunidade.** Sabemos que as pessoas estão se voltando, mais do que nunca, para os profissionais de saúde em busca de informações confiáveis. Use esta oportunidade para fazer a sua análise e dar sua opinião como médico. É uma chance de aumentar a conscientização, responder a perguntas e gerar engajamento entre sua base de pacientes.

5. O investimento em SEO, Google Ads e marketing de conteúdo será cada vez mais necessário

Como direcionar os gastos de marketing de forma otimizada é sempre a principal preocupação dos profissionais de marketing médico. É uma conversa que sempre temos, todos os



A telemedicina se torna uma ferramenta poderosa para os médicos em 2021.

dias, na MarketMed.

No atual panorama, essa conversa evoluiu para “como podemos redirecionar nossos gastos para melhor apoiar os pacientes – atuais e futuros – dado o ‘novo normal?’”. O volume de pesquisa orgânica (SEO) e paga (Google Ads) no Google não diminuiu; as pessoas estão apenas procurando coisas diferentes. A demanda por conteúdo de alto valor nas redes sociais – ponto chave para um bom marketing médico – não desapareceu; as pessoas estão apenas interessadas em tópicos diferentes.

Como isso impacta o marketing médico?

Pensamos sempre nos investimentos que permitirão que o médico enfrente a tempestade enquanto constrói uma reputação da marca e captura tráfego em seu site e redes sociais.

Obviamente, conseguir conteúdo de alto nível é um jogo em médio/longo prazo. Visando como obter o melhor retorno do seu investimento, nossos especialistas em marketing médico selecionaram alguns lugares para se concentrar:

SEO local

SEO é o posicionamento em que seu site ou blog estão nas buscas orgânicas do Google. As pessoas procuram cada vez mais consultórios e clínicas a que pretendem ir com o termo “perto de mim” logo em seguida (“cardiologista perto de mim”, por exemplo). É uma prática comum para usuários que pesquisam por uma variedade de necessidades de saúde, incluindo atendimento familiar, de urgência, cirurgias eletivas e exames de rotina.

Sendo assim, otimize o conteúdo do seu site ou blog e deixe sua ficha no Google Meu Negócio sempre atualizada para que o seu público local o encontre com mais facilidade. Isso vai ajudá-lo a capturar novos pacientes agora e no futuro.

Conteúdo de alto valor

Como falado anteriormente, o conteúdo

de alto valor é peça chave do marketing médico para a sua alavancagem como médico em 2021. Portanto, pense no tipo de informação de que os pacientes precisam agora, e que só você, como autoridade médica, pode fornecer. Pode ser um guia para manter as crianças seguras ao retornarem à escola, por exemplo; ou um guia inicial para teleatendimento. Os pacientes apreciam um conteúdo rico que os ajuda a cuidar de si mesmos e de suas famílias.

6. A telemedicina se tornará mais prevalente

A necessidade é uma grande motivadora. Por isso, a COVID-19 criou o ressurgimento das opções de telemedicina (também conhecida como “telessaúde”). Embora algumas consultas ainda exijam visitas presenciais, as marcações de telemedicina são adequadas para visitas que não exigem um exame cara a cara.

Isso ajuda a limitar a exposição e a propagação, ao mesmo tempo que mantém os pacientes e os profissionais de saúde mais seguros.

Além disso, a telemedicina oferece aos médicos uma maneira de ver e avaliar as pessoas com sintomas de COVID-19 sem exposição direta. Embora a telemedicina não substitua a saúde tradicional, prevemos que esses tipos de consultas se tornarão mais comuns, essenciais e, no ponto de vista do marketing médico, vantajosa para segmentos específicos de mercado.

Como isso impacta o marketing médico?

É função dos profissionais de marketing médico criar consciência e demanda em torno da telemedicina. Por isso, pontuamos aqui algumas ações de alto nível para que você possa divulgar e impulsionar o seu teleatendimento:

- Construa uma estrutura para o futuro. Consultórios e organizações de saúde devem examinar como a telemedicina se encaixa em sua estratégia de longo prazo e estabelecer as bases para o futuro.

Pergunte a si mesmo: seu público-alvo deseja telemedicina? Eles são tecnicamente experientes? A telemedicina o ajudará a atender melhor os pacientes? Agora, pense nos próximos 10 anos: Como você pode preparar seus atuais pacientes para a telemedicina à medida que envelhecem, visto que essa forma de atendimento é uma tendência para o futuro?

- Crie uma página em seu site dedicada para a telessaúde e mantenha atualizadas sua ficha no Google Meu Negócio, suas contas nas Redes Sociais e outros canais direcionando-os para esta página de destino específica para teleatendimento.

A página deve ser informativa, educando os pacientes sobre o que é telemedicina, como funciona e as perguntas mais frequentes. Tente incluir depoimentos em vídeo de pacientes satisfeitos com o seu teleatendimento.

- Divulgue aos seus pacientes por meio de campanhas de e-mail, mensagens de texto e postagens em redes sociais. Torne mais fácil para os pacientes obterem todas as informações de que precisam para aproveitar as vantagens nessa sua nova opção de atendimento.

- Anuncie para novas pessoas. Utilize o impulsionamento nas redes sociais e no Google Ads para captar novos pacientes que desejem ser atendidos por teleatendimento. É possível atingir o seu público certo através das ferramentas de divulgação.

A telessaúde ainda é uma novidade para muitos (inclusive para especialista em marketing médico) e, por isso, pode assustar um pouco gerar novas objeções, tanto aos médicos, quanto aos pacientes. Porém, para os profissionais de marketing médico, é uma ferramenta de alto alcance, que permite você atender pessoas de todo o mundo, promovendo dinamismo, comodidade e, atualmente, segurança.

7. Profissionais da saúde (e de marketing médico) se apoiarão em serviços inovadores

A medicina está sempre na vanguarda das inovações em tratamento e tecnologia. No entanto, a pressão sobre as práticas médicas para desenvolver novas maneiras de tratar e melhorar as experiências dos pacientes promete aumentar em 2021 – especialmente por conta da pandemia.

Da modelagem 3D em cirurgia ao uso de inteligência artificial para diversos tratamentos, o ritmo das inovações na área de saúde é estonteante. Quando falamos sobre a experiência do paciente, podemos pontuar: telemedicina, cuidados e diagnósticos na calçada, novos aplicativos de saúde e chatbots nas redes sociais (respostas automáticas para o agendamento rápido de consulta via chat nas mídias digitais, site ou WhatsApp).

Como isso impacta o marketing médico?

Por mais avançada que toda essa tecnologia possa ser – e por melhor que seja quando se trata da experiência do paciente – a adoção e a conscientização não acontecem por si só. Muitos pacientes não aproveitam (e não vão aproveitar) essas inovações, pois não sabem que existem ou não as entendem. O marketing médico, também, é responsável por alcançar esse público que desconhece tais inovações.



Quando falamos em consumidor, às vezes esquecemos que o paciente também é um cliente e que deve, mais do que em qualquer outra indústria, ser tratado da melhor forma possível, oferecendo a melhor experiência.

Para aumentar a adoção, os profissionais de marketing médico devem comunicar com eficácia esses novos serviços. Por isso, separamos aqui alguns exemplos que já vêm acontecendo ao redor do mundo:

- Os criadores do aplicativo PreeMe + You (utilizado nos EUA) fizeram campanha em torno de como os dados do aplicativo são usados em pesquisas para melhorar a experiência do paciente e os resultados com partos prematuros.

- Médicos transmitiram cirurgias cerebrais usando o Facebook Live e já usaram realidade aumentada (RA) para simular problemas de saúde e tratamentos.

Aos olhos do marketing médico, você precisa considerar maneiras de dar aos seus potenciais pacientes uma visão dos bastidores (com o consentimento do paciente, é claro). Mais do que nunca, os pacientes querem informações completas sobre cada etapa dos procedimentos médicos que estão considerando realizar, incluindo as precauções de segurança que você toma.

8. A experiência do paciente – online e offline – será um fator decisivo

Sabemos que é essencial melhorar a experiência do paciente assim que acessam nossas páginas. Logo, o Google já pensa assim e irá ranquear as suas páginas pensando na experiência do seu paciente: em uma postagem do blog da Central do Webmaster do Google em maio de 2020, a empresa anunciou que a Rede de Pesquisa do Google levará em consideração a experiência do usuário dentro do site – ou seja, agora, o algoritmo do Google consegue entender e medir se os usuários que navegam nas suas páginas tiveram uma boa experiência ou não e utilizam esses dados para ranquear seu site nas buscas da plataforma.

O que isso realmente significa é a necessidade de criar experiências sem esforço para

os pacientes de todos os níveis de habilidade e alfabetização digital, enquanto buscam seus cuidados por meio de seu site. Basicamente, se o seu site carrega rápido, se é fácil de navegar e se pode ser acessado em todos os dispositivos e plataformas (principalmente nos celulares).

A experiência do usuário é mais importante do que nunca para um marketing médico eficiente. Se suas plataformas digitais e portais de pacientes forem complicados de usar, a experiência será prejudicada. Certifique-se de testar os seus canais, se colocando no lugar do paciente, e otimize cada ponto que ache relevante.

Para encerrar: os pacientes são a prioridade

Um tema unificador de todas essas tendências de marketing médico em 2021 é a experiência do paciente. Para se destacar na área da saúde de 2021 em diante, será necessário inovar, comunicar, anunciar e fazer um marketing médico empático (coloque-se sempre no lugar do paciente) – marketing de empatia, se preferir. Não importa onde você concentre sua energia, a experiência do paciente deve ser sempre o ponto de partida e o cerne do marketing médico. Lembre-se de que a COVID-19 é apenas um desafio enfrentado por sua base de pacientes.

Portanto, a comunicação será essencial para conectar os pacientes aos cuidados de que necessitam. Não é disso que se trata o médico? Adaptar-se à volatilidade do mercado e se conectar com os pacientes de uma forma que agregue valor à sua jornada, alavancará seu consultório como você nunca viu antes.

A geração de demanda não será um problema.

Pois a necessidade de saúde de qualidade não vai a lugar nenhum. Acontece que os pacientes estão mais experientes e seletivos do que nunca.

AMF sedia campanha para doação de sangue



continuar a luta do David. Transformando assim a dor em trabalho útil para os necessitados.

“Com o apoio primeiro da minha família, e depois juntando-se a nós este grupo de amigos maravilhosos, fundamos e fizemos crescer a família Davida Casa do Bom Samaritano. Tenho muito carinho pela AMF por essa parceria com a gente. São atitudes humanitárias e generosas como essa que nos dão apoio logístico e força interior para continuar na luta”, destacou Cristina Figueroa.

Em cada estado existe um ou dois ao máximo Bancos de Sangue que fazem cadastro de Medula Óssea. O Banco de Medula Óssea Americano consta com 25 milhões de cadastros e é o primeiro do mundo. Em segundo lugar vem o Banco da Alemanha com mais de 7 milhões. E em terceiro o Brasil, com 5.500.000 cadastros.

No Rio de Janeiro são dois: Instituto Nacional do Câncer e Banco de Sangue do Betinho, no Hospital Pedro Ernesto. Quem faz transplante precisa de pelo menos três bolsas de sangue por dia. Cristina Figueroa avisa que este ano fará várias campanhas em Niterói, também contando com o apoio da Clínica e Academia Aquafish.

Sua intenção é que a Prefeitura de Niterói distribua, em todas as unidades de saúde do município, a Cartilha de como se tornar doador de medula óssea. Este manual foi lançado em 2015, numa parceria com a AMF, Prefeitura de Niterói e ONG Niterói Mais Humana e estão bem avançadas as tratativas com a Secretaria Municipal de Saúde para que a Cartilha possa ser acessada por grande parte da população.

REDOME

O Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) foi criado em 1993, em São Paulo, para reunir informações de pessoas dispostas a doar medula óssea para quem precisa de transplante. Desde 1998, é coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no Rio de Janeiro.

Com mais de 5 milhões de doadores cadastrados, o REDOME é o terceiro maior banco de doadores de medula óssea do mundo e pertence ao Ministério da Saúde, sendo o maior banco com financiamento exclusivamente público. Anualmente são incluídos mais de 300 mil novos doadores no cadastro do REDOME. O registro americano conta com quase 7,9 milhões e o alemão, com cerca de 6,2 milhões. Ambos foram desenvolvidos e são mantidos com recursos primordialmente privados.

O Centro de Transplantes de Medula Óssea (CEMO/INCA) é responsável pela coordenação técnica e a Fundação do Câncer pela operação do REDOME, conforme publicado na Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde.

A Associação Médica Fluminense e a Associação Davida Casa do Bom Samaritano, promovem a realização do evento Agosto Laranja - Lei Estadual Davida 8700/2020 - Mês da mobilização e conscientização da doação de Medula Óssea e Cordão Umbilical no Estado do Rio de Janeiro. A sede da AMF estará disponível para os doadores de sangue nos dias 11 e 12 de agosto, das 8h às 15h A campanha terá, também, a parceria da Clínica de Hemoterapia de Niterói.

Não será a primeira vez que AMF e Associação Davida Casa do Bom Samaritano se unem nessa causa. Mas neste ano, devido à pandemia de COVID-19, o evento se restringirá apenas a doação de sangue, não havendo, assim, as tradicionais palestras sobre o assunto ministradas por renomados profissionais de saúde.

Por ser um ano atípico, por causa da pandemia, vários eventos como workshop, estão sendo realizados de forma virtual com médicos e alunos de universidades. Presencial, mesmo, será a doação nos dias 11 e 12 de agosto, das 8h às 15h, na AMF, quando serão obedecidos todos os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME). Diante dos últimos acontecimentos e do aumento do número de casos de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2 causador da COVID-19) no Brasil e no mundo, o REDOME esclarece que mantém contato com autoridades brasileiras e diversos registros de doadores do mundo, a fim de garantir a continuidade da sua atividade.

Ainda segundo o REDOME, o registro está com suas ações direcionadas para a segurança dos doadores e atuando, junto aos hemocentros e centros de transplante, no

reforço das recomendações do Ministério da Saúde para a prevenção da COVID-19.

Cristina Figueroa, presidente da Associação Davida Casa do Bom Samaritano, afirma que será montada no salão da Associação Médica Fluminense uma clínica de hemoterapia para coleta de sangue. Ela pede a ajuda de todos que possam colaborar “com um dos bens mais preciosos que Deus nos deu de graça. O Sangue!!” E acrescenta: “Não havendo doação de sangue, aquele que precisa, o receptor, não sobrevive. Neste momento temos 850 pessoas que precisam de transplante de medula. Mas existem problemas, como a compatibilidade do doador com o do receptor. No Brasil, a compatibilidade é de 1 para 100 mil. No mundo, 1 para 1 milhão.”

A ação é um projeto voltado para a mobilização e conscientização sobre a importância do cadastro para doação de medula óssea e cordão umbilical. Cristina Figueroa conta que esse trabalho humanitário se iniciou em abril de 2011, quando foi criada a Associação Davida e 17 pessoas se uniram em torno deste ideal. Em 2014 foi lançado o Projeto DaVida com mais abrangência.

“A Associação Davida Casa do Bom Samaritano, nasceu da transformação da dor em amor”, revela Cristina, que conta que vivenciou a luta intensa do seu filho David, aos 22 anos de idade, contra uma Leucemia rara e muito grave. David inspirou o nome da ONG “Davi Da”.

Ele faleceu e a dor tomou conta da mãe. Mas ao lembrar da luta do filho pela vida sempre com um sorriso franco, suas brincadeiras, as frases que ficaram gravadas no coração, e o sentimento de amor que dele emanava no auge da doença, Cristina sentiu que se empenhar por aqueles que precisam e necessitam seria

Novo Centro de Excelência de Doenças Hematológicas do CHN

O CHN dispõe do maior centro privado de medula óssea do estado e o quarto maior do Brasil.

O CHN abre as portas de seu novo serviço: o Centro de Excelência em Doenças Hematológicas, com atendimento humanizado, consultas com hematologistas e uma equipe multidisciplinar com reconhecida experiência.

Saiba mais. Entre em contato pelos números: (21) 2729-1584 (Centro de Infusão) (21) 2729-1551 e 2729-1587 (Unidade de Doenças Hematológicas e Transplantes).

QUALIDADE
INTERNACIONAL CERTIFICADA
(21) 2729.1000 | chniteroi.com.br
Rua La Salle, 12 - Centro - Niterói - RJ



Resp. Méd.: Dr. Paulo Cesar Santos Dias - CRM 52.0041458-8

Você conhece a UNICRED?

Que enorme prazer retornar à Revista da AMF, tão importante na minha vida. Quantas horas e quanta inspiração (ou transpiração) dediquei a um sem número de seus exemplares. Não poderia começar qualquer conversa sem expressar a minha felicidade por isso!!

A Unicred, neste ano triste e atípico de Pandemia, está completando vinte cinco anos de fundação. Isso mesmo... Há vinte cinco anos, foi criada esta cooperativa de crédito, visando um atendimento diferenciado e direcionado para os médicos e profissionais da área de saúde. No entanto, ratificando a pergunta do título, será que você, caro colega, conhece a Unicred? Eu sinceramente acho que não.

Apesar de ter o privilégio de fazer parte atualmente do Conselho de Administração, não tenho aqui, o objetivo de destrinchar os meandros das Cooperativas de Crédito, nem tampouco, de fazer um estudo detalhado do funcionamento do Sistema Unicred e quais as vantagens que são oferecidas aos seus cooperados.

Tenho sim, o desejo de, através de um papo informal, tentar passar adiante, um pouco da experiência que adquiri como cooperado, ao longo dos muitos anos que priorizei trabalhar com a cooperativa.

Então, vamos lá...

Nesses vinte cinco anos de trabalho, desde a sua criação, muitos conceitos que inicialmente eram indiscutíveis, foram sendo deixados no passado. Realmente, a Unicred teve em algum momento da sua vida, uma relação de dependência com a Unimed, por questões óbvias. Os médicos e fundadores, eram ao mesmo tempo cooperados da Unimed e o sucesso de uma, quase dependia dos resultados da outra. Mas isso mudou. Hoje, embora exista uma relação comercial bastante profícua entre as duas empresas, não mais existe uma dependência ou uma relação de subserviência entre nenhuma das duas. A empresa Unimed é uma importante Pessoa Jurídica, que mantém uma relação comercial com a Unicred e, desta feita, merece a maior atenção, respeito e consideração por parte da nossa equipe técnica e administrativa. No entanto, não podemos confundir o sucesso de uma com o da outra. A Unimed, como uma Cooperativa que atua de certa forma como uma Operadora de Saúde, tem oscilações próprias do mercado. A Unicred, embora esteja atenta a todas estas oscilações deste mercado de assistência à saúde, tem o seu próprio sistema balizador, que é o Sistema Financeiro, estando subordinada às regras do BACEN (Banco Central) e as variações nos seus resultados, estão vinculadas às questões relacionadas principalmente ao mercado financeiro.

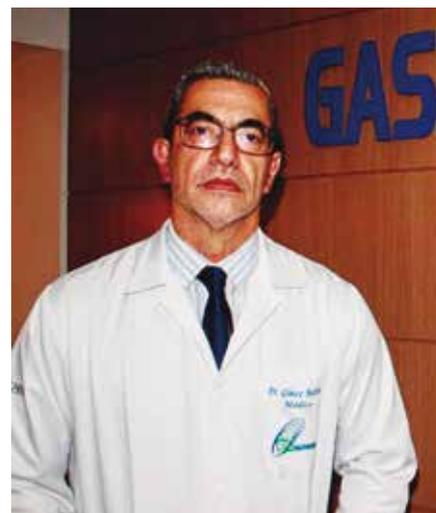
Ao meu ver, este talvez seja um dos exem-

plos mais importantes de mal entendimento de alguns cooperados. Portanto, para que fique claro aos que não tiveram a oportunidade de entender, o médico não precisa ser cooperado da Unimed, para se tornar um cooperado da Unicred e, muito menos, aquele que, por ventura, deixe de ser cooperado da Unimed, necessitará deixar de ter os seus negócios com a Cooperativa de Crédito Unicred. Pelo contrário, interessa plenamente à Unicred continuar prestigiando e sendo prestigiada pelo médico, em qualquer condição. Afinal, na condição de banco, o que importa à cooperativa, é a satisfação do cliente.

Outro ponto importante a ser lembrado, é que também ao longo dos anos, o Estatuto da Cooperativa, passou por inúmeras modificações que modernizaram a Unicred e permitiram o ingresso de muitas outras categorias profissionais na Empresa, tornando-a mais "democrática" e pulverizando o seu público. Desta forma, uma crise no sistema de saúde, na qual haja uma redução nos proventos dos profissionais da área, como vem ocorrendo neste período de Pandemia do Corona Vírus, não necessariamente vai interferir no resultado da Cooperativa. Em contrapartida, a boa capacidade financeira da Empresa, permite que a Unicred possa atuar junto dos seus cooperados, visando minimizar os efeitos de um período tão crítico, com orientações profissionais e créditos personalizados, dentro da necessidade de cada cooperado. E o que percebemos neste dois anos de Pandemia, é uma verdadeira ação integrada, porém sem paternalismos, da nossa Unicred com o seu quadro social. E é assim que vamos todos superando as dificuldades deste período tão crítico.

Vale também ressaltar, que o sistema bancário, envolve uma gama de GIGANTES, com os quais a Unicred não poderia competir em condições normais de temperatura e pressão. Imaginamos que o próprio cooperado possa entender, que os grandes bancos tenham mais capacidade de oferecer créditos maiores aos seus clientes. No entanto, essa não é uma verdade absoluta. Hoje em dia, a UNICRED é bastante competitiva, em termos de juros, em relação aos grandes bancos, tanto para aquisição de empréstimos, quanto para aplicações financeiras. Podemos até não ganhar sempre, mas somos competitivos e com a vantagem de que todo e qualquer investimento ou empréstimo realizado pelo cooperado na Unicred, uma pequena parte retorna como sobra para o cooperado. E todos deveriam saber disso...

Por fim, venho exaltar uma questão muito importante, que é o aspecto da relação humana. Por mais que os grandes bancos alardeiem um atendimento humanizado e particularizado, a Unicred tem o maior diferencial de todos. Você,



Glauco Barbieri

Médico Gastroenterologista
Conselheiro de Administração Unicred
Niterói

Cooperado!

*Mantenha os cuidados preventivos
A pandemia não acabou!*



cooperado da UNICRED não é apenas um número... É um COOPERADO, um sócio, um amigo e, acima de tudo, pode a qualquer momento participar da gestão, questionar os resultados e nos trazer críticas e sugestões que serão discutidas e consideradas como uma contribuição especial. Digo isso, porque vejo isso no dia a dia da Cooperativa. O sistema de análise de crédito, por exemplo, embora siga obviamente uma análise técnica rigorosa, dentro das regras do BACEN, leva em consideração também o ser humano e o profissional que está sendo avaliado. Esse certamente é um grande diferencial no relacionamento.

Concluindo, até porque já me estendi demais, nesse vigésimo quinto aniversário da UNICRED, desejamos que o presenteado seja o nosso cooperado. Que a Cooperativa seja 25x mais competitiva, 25x mais moderna, 25x mais eficiente e 25x mais humana. Para isso, a sua Unicred só precisa de você cooperado 25x mais presente, 25x mais confiante e 25x mais participativo. E que, se puder, traga mais 25 amigos para a nossa Cooperativa!

PARABÉNS À UNICRED
FORTE ABRAÇO A TODOS!

UNICRED 

NITERÓI

25
anos

III Congresso da ACAMERJ foi um sucesso



Acadêmico Professor Luiz José Martins Romêo Filho

Presidente da Acamerj

Claudio Jamel, Dr. José Afonso Sallet, Luiz Gonzaga de Moura Junior, Anselmo Sasso Fin e Cid Pitombo.

A exemplo do dia 24, tivemos também, dia 25, o espaço artes na medicina.

Nos dois dias apresentaram-se professores artistas que mostraram suas virtudes relutando-nos com passeio pelos diversos caminhos da arte. Pinturas de alto nível, música não só ao piano, como em flauta doce, declamações. Todas as manifestações artísticas foram muito apreciadas.

A tarde do dia 25 foi a vez do Binômio Materno Infantil.

As manifestações da COVID-19 foram dissecadas no obstetrícia com o Professor Acad. Antônio Rodrigo Braga Neto, na Neonatologia com o Professor Alan Araújo Vieira e com a Placenta Professora Acad. Vania Silami Lopes.

A seguir seguiu-se o curso de radiologia comandado pelo Professor Acad. Alair Samet.

Dia 26 encerrando o congresso, foi feita uma excelente revisão sobre O Laboratório na COVID-19, com Professora Karla Oliveira Ronchini e encerrando uma brilhante mesa redonda proferida pela Acad. Professora Vilma Duarte Câmara, envolveu todos os assistentes com o assunto Demência e Envelhecimento.

Por fim podemos dizer que o III Congresso revestiu-se de grande êxito.

A Acamerj agradece a Professora Selma Maria Azevedo Sias a comissão organizadora e ao técnico de informática Rodrigo Campos responsáveis pela excelência do evento.

Foi um marco o III Congresso da ACAMERJ, para a medicina fluminense e uma importante revisão sobre a Pandemia da COVID-19, trazendo-nos uma atualização profunda sobre a terrível doença que enlutou tanto o Brasil como o Mundo.

Realizou-se dias 24, 25 e 26 de junho de 2021, o III CONGRESSO MÉDICO DA ACAMERJ.

Ao contrário dos congressos anteriores, este foi virtual, realizado através dos métodos digitais e veiculado através do aplicativo ZOOM e pelo sistema de comunicação do YOU TUBE.

A Presidente do Congresso foi a Acadêmica da ACAMERJ Professora Selma Maria Azevedo Sias do Departamento Materno Infantil da Universidade Federal fluminense. Coube a ela junto com a comissão organizadora por ela escolhida, composta pelos Professores da Universidade Federal Fluminense Acadêmicos, Adauto Dutra de Moraes Barbosa, Alair Augusto Sarmet dos Santos, Eduardo Nani da Silva, Gesmar Volga Haddad, Luiz José Martins Romeo filho, Selma Maria Azevedo Sias, Vânia Gloria Silami Lopes, montar o congresso.

No dia 24 às 09h ocorreu a abertura do congresso.

O Reitor da Universidade Federal Fluminense Professor Acad. Antônio Claudio Lucas da Nóbrega, não pode comparecer na abertura do Congresso por estar na data em Brasília, em reunião do Ministro da Educação.

Na abertura, usaram de palavra O Prof. Luiz José Martins Romêo, Presidente da Acamerj e a Professora Selma Maria Sias Presidente do Congresso.

Neste dia pela manhã tivemos a conferência Magna proferida pelo Acadêmico Waldenir de Bragança "A Acamerj da Fundação ao momento atual".

Em seguida o Acadêmico Professor Edmilson Ramos Migowski fez uma retrospectiva da COVID-19 no Brasil, falando sobre o tema "Estado atual da Covid no Brasil".

Ambas as conferências foram muito elogiadas e apreciadas.

A manhã do dia 24 encerrou-se com a

Mesa redonda. "Impacto da COVID-19 no organismo humano"

Esta mesa constou de 5 (cinco) especialistas renomados nos aparelhos e sistemas mais envolvidos pela COVID-19 durante sua evolução: cardiologia, pneumologia, endocrinologia, neurologia, sistema vascular periférico.

Participaram da Mesa: Professores Acadêmicos Evandro Tinoco Mesquita, José Luiz reis Rosati, Marcos Raimundo Gomes de Freitas, Rubens Antunes da Cruz Filho, Antônio Luiz de Araújo.

A mesa teve profundidade nos assuntos abordados e foi muito especificado.

A tarde foi também exitosa.

Abriu os trabalhos o Professor Jorge Alberto Costa e Silva, com a apreciada conferência "Impacto de COVID-19 na Saúde Mental".

A seguir despertou grande interesse a mesa sobre imunizações que teve dois participantes da FIOCRUZ e um da SOPERJ, Da. Maria de Lourdes de Souza maia, e Dra. Elena Cristina Caride e da SOPERJ a Acadêmica Tânia Cristina Petraglia.

Dia 25 iniciou-se com o Professor José Genilson Alves Ribeiro, proferindo a instigante conferência sobre transplante de órgãos e espiritualidade.

A seguir duas mesas despertaram muito atenção e proporcionaram grande aprendizado.

Uma moderada pelo Acadêmico Pietro Novellino, sobre atualização em técnicas cirúrgicas, e a segunda conduzida pelo Acadêmico, Presidente do Núcleo de Nova Friburgo da ACAMERJ, José Antônio Verbicario Carim, nos atualizou sobre cirurgia bariátrica.

Participaram d a primeira mesa redonda os excelentíssimos palestrantes Acad. Antônio Chinelli; Delta Madureira; Rossano Fiorelli e Dr. José Luiz de Souza Varela.

Da segunda participaram Antônio



Dr. José Antônio Caldas Teixeira

Apaixonado por atividades físicas, não foi muito difícil para o médico José Antônio Caldas Teixeira definir sua especialidade: Medicina do Exercício e do Esporte. Formado há 41 anos, ele diz que o fato marcante na profissão é quando motiva o paciente na reabilitação na parte física e psicológica. Tendo como inspirações seu pai e o professor doutor Raul Carlos Pareto Júnior, ele alerta os jovens médicos que “Em tempos de Telemedicina e Inteligência Artificial, a clínica é soberana, e que o paciente não quer ser só tratado, ele quer ser cuidado.”

Tempo de formado:

Formado em 1980 – 40 anos de formado, chegando aos 41 agora em julho.

Especialidade:

Especialidade Primária Medicina do Exercício e do Esporte, secundária: cardiologia, mas antes de tudo um clínico geral.

Por que escolheu essa especialidade:

Sempre fui envolvido com atividade física e exercício e quis incorporar estes hábitos na promoção da saúde e reabilitação dos pacientes.

Formação:

Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense; Residência em Clínica Médica no Hospital Universitário Antônio Pedro, Curso de Especialização em Medicina do Exercício e do Esporte pela UFRJ, Título de Especialista em Terapia Intensiva pela AMIB; Mestrado em Educação Física, na área Biomédica, pela UFRJ; Mestrado em Cardiologia pela UFF; Doutorado em Ciências Médicas pela UERJ, com tese na área de cardiologia/ergometria e ICFEN.

Se não fosse médico, seria:

Com certeza seria um profissional da área de educação física

Fato marcante na profissão:

Fatos marcantes ocorrem no meu dia a dia, quando observo um paciente que entra para reabilitação depressivo, inseguro e descondicionado após um evento cardiovascular, pulmonar ou infeccioso (ex: Pós-Covid 19) e, após algum tempo, se transforma em esperançoso, participativo, motivado e correndo na esteira.

O que representa a AMF:

Minha ligação com a AMF é de anos, nunca participando de frente, mas sempre ajudando no que posso, quando solicitado, tendo a honra de há alguns anos ter sido homenageado como médico do ano pela instituição.

Hobby:

Estudar, fazer ginástica e reunir com a família e amigos.

edição 87 - abr-jun/2021

Livro preferido:

Surós de Semiologia Médica

Sua inspiração na profissão:

Além de meu pai, citaria dois outros grandes mestres, infelizmente todos já falecidos, que inspiraram e ainda me inspiram, como professores e seres humanos: O Dr. Raul Carlos Pareto Júnior, professor e mestre da Cardiologia da Faculdade de Medicina da UFF e o Dr. Mauricio Leal Rocha, médico e um dos pioneiros na área de fisiologia do exercício e da medicina do exercício e do esporte no Brasil.

Qual a importância da família na vida do médico:

A família, aqui com destaque para minha esposa. A família e os amigos são a base da saúde mental dos médicos. Programa imperdível: Jantar com minha esposa, família de meus filhos, com destaque para os netos.

Música preferida:

You've got a friend.

Frase para a posteridade:

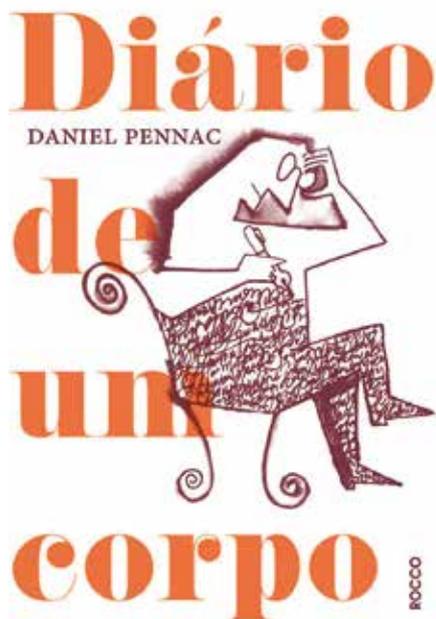
“Você não pode voltar atrás e fazer um novo começo, mas você pode começar agora e fazer um novo fim”. Francisco Cândido Xavier.

Mensagem aos jovens médicos:

Em tempos de Telemedicina e Inteligência Artificial, lembraria que a clínica é soberana, e que o paciente não quer ser só tratado, ele quer ser cuidado.

Porque sou sócio da AMF:

Como dizem: a AMF é a casa do médico. Diria que, em especial nos dias de hoje, nos quais todos querem opinar como médicos e dizer o que este deve ou não fazer, tirando sua autonomia, precisamos de união e um lugar de pouso. A AMF representa isso.



Livro:
“Diário de um corpo”

Autor:
Daniel Pennac
Tradução:
Bernardo Ajzenberg
Editora:
Rocco

“Diário de um corpo”

Devemos muito de nossa formação médica aos livros do ciclo básico e aos tratados de medicina. Mas uma das convicções que tenho é que se aprende medicina, sobretudo no que ela tem de mais humano, através da literatura. Portanto, a literatura é uma ferramenta de aprimoramento da atividade médica e, com certeza, de outras atividades nas áreas da saúde. É uma oportunidade de aprimoramento e valorização do humanismo e do conhecimento do ser humano nos momentos de lazer. É ainda uma oportunidade para perceber que nossa profissão é bem observada e apreendida por ótimos escritores em diferentes séculos e em diferentes línguas.

Daniel Pennac é um premiado escritor atual. Nasceu em Casablanca, no Marrocos, em 1944. Atualmente, é um dos mais importantes escritores de língua francesa. Seu famoso ensaio, “Como um romance” é uma reconhecida declaração de amor à literatura. Neste “Diário de um corpo”, ele trata da vida do protagonista desde seus 12 anos, em setembro de 1936, até sua morte aos 87 anos de idade. Ele descreve a evolução do corpo e da mente, suas mazelas, doenças e, mais que isso, sua interação com a família e com a sociedade, enquanto eventos históricos ocorrem ao longo de sua trajetória de vida.

Ao narrar sua ficção, Pennac acaba por dar aulas de medicina a seu modo peculiar de grande



Dr. Wellington Bruno
Cardiologista, associado AMF

escritor e dentro do que muitos autores aprendem com a vida, leituras e com possíveis médicos amigos “... a medicina não é uma ciência exata”, ou ainda com referência ao risco de erros: “Em termos de diagnóstico, acrescentou, é sempre necessário deixar um lugar para a dúvida, assim como no teatro existe sempre o do bombeiro”. E ainda mais: “Desgraçadamente, os jovens plantonistas só aprendem com a prática” (Há verdade maior que esta?). Escritores e leitores leigos experientes contemplam diferentes tipos de médicos. Afinal, como seu protagonista observa: “Há médicos de todos os tipos: os que minimizam, os que amplificam, os que não dizem nada, os que acalmam a gente, os que nos dão bronca, os que explicam as coisas”. E complementa: “São, como se diz, ‘homens como todos os outros’, guiados pelo seu saber e movidos por seu temperamento.”

Este “Diário de um corpo”, de Daniel Pennac, contém muitos outros ensinamentos ao jovem estudante de medicina e aos pacientes em geral; e apesar de já conhecermos o início e o fim de um corpo, estimula a reflexão sobre a vida e traz um final surpreendente.

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

INTERCÂMBIO TEEN
CURSOS NO EXTERIOR
TRABALHO NO EXTERIOR
TURISMO
ESTÁGIO/TRAINEE
HIGH SCHOOL
AU PAIR
WORK & TRAVEL
VISTOS E MUITO MAIS

TrávelMATE
INTERCÂMBIO & TURISMO

Sua próxima viagem passa por aqui

TRAVELMATE NITERÓI
R. Cel. Moreira César, 229
Loja 216 | Icaraí
(21) 3674 3008
travelmate.com.br

Como a reforma tributária afetará a área da saúde?



Governo propõe no texto do PL enviado à Câmara dos Deputados, inúmeras mudanças para pessoas físicas, jurídicas e tributação sobre investimentos.

IR de pessoa física

A faixa de isenção do IR passa de R\$1.903,98 para R\$2.500,00.

IR de pessoa jurídica

Defende acabar com os encargos trabalhistas, mas isto, em outra etapa.

O texto reduz alíquotas do IRPJ de 15% para 12,5% e 10% a partir de 2023. Todas as PJS médicas passam a ser obrigadas a apurar trimestralmente o IRPJ e CSLL, para que possa compensar 100%

do prejuízo de um trimestre nos três seguintes.

Tributação sobre distribuição de lucros

Desde 1996, os lucros e dividendos são isentos e não tributáveis, Lei 9.249/95 para reduzir a tributação das empresas e a carga fiscal do brasileiro, que na época estava em 45%, passando para 33% em relação ao PIB.

A proposta atual é taxar em 20% os dividendos distribuídos pelas empresas de capital aberto, tributando os ganhos superiores a R\$20.000,00. Isto afetará quem abriu um CNPJ e configura como microempresário.

Os médicos são contratados por tomadores de serviços, hospitais, clínicas, através da pejetização. Recolhem os tributos federal e municipal pelo lucro presumido ou simples nacional e o lucro é distribuído como isento. Será bi-tributação, tributar sobre o mesmo fato gerador, tributar sobre o lucro na PJ e dividendos na PF. Temos que aguardar o texto inteiro para entender o que o governo está dando em contrapartida.

Atualmente, as PJS pagam 15% de IRPJ sobre a base de presunção do lucro de 32% e 9% de CSLL, além do PIS e COFINS, além do INSS sobre pró-labore dos sócios e 5% do ISS, totalizando 16,33% e adicional de IRPJ de 10% quando ultrapassa no trimestre a R\$187.500,00.

As entidades representativas da área da saúde, OAB e outras de profissões regulamentadas, estão se manifestando pela isenção dos lucros das sociedades de profissionais liberais. Jornal Cremerj, em matéria publicada pelo seu advogado e procurador, advogado doutor Lucas Lupman, no dia 30 de junho, informa que o Cremerj, utilizará de todo seu potencial de articulação política para apoiar a proposta, garantindo aos médicos, a mais justa legislação tributária a ser aplicada à categoria. O mesmo deverá ser feito pelo CFM.



Grupo Asse Contabilidade Médica
Há 45 anos assessorando profissionais da área de saúde
diretoria@asse.com.br
Rio de Janeiro (21) 2216-9900 | São Paulo (11) 4502-1370



Apresentamos aqui o Clube de Benefícios AMF

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



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

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



Desconto de 20% em cursos



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



Meia entrada nas peças em cartaz na Scuola di Cultura para associados e

familiares dos associados da AMF
Isenção da taxa de inscrição nos cursos livres realizados pela Scuola di Cultura



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



(21) 2542-0080
(21) 98669-2818
Isenção da taxa de matrícula, em todos os cursos

Desconto no percentual de 10%, a partir da 2ª parcela das mensalidades.
www.hzm.com.br



(21)2018-2568
(21) 98449-3352
Desconto de 10% na comissão de corretagem e kit de certidões na venda do imóvel a todos os associados (médico + cônjuge).
www.davisaramago.com



- 20% de desconto no seguro viagem
- 5% de desconto nos pacotes nacionais e internacionais (aéreo + hotel + serviço)

- 5% nos cursos de idiomas
niteroi@travelmate.com.br - Tel: 3674-3008

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.



Confira no site: www.amf.org.br



Sua próxima viagem passa por aqui



TRAVELMATE NITERÓI
(21) 98102-4372
niteroi@travelmate.com.br



PRONTO ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA **24 HORAS**

**CENTRO CIRÚRGICO, INTERNAÇÕES CLÍNICAS
E UTI ADULTO**



HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

Em Caso de Emergência
 **(21) 3578-3636**

Alameda São Boaventura, 321 - Fonseca - Niterói - RJ
www.hospitalalameda.com.br

Excelência em diagnóstico por imagem e, também, em te receber

UNIDADE CENTRO 
Totalmente renovada
para te atender!

Desde 1967 cuidando de você.



IRSA

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

www.irsa.med.br | 21. 2729-1669 | 21. 2612-9300



Aponte a câmera do seu celular para o QR code e saiba mais!



Unidade Centro

Av. Ernani do Amaral Peixoto, 178
Salas 103 à 205 – Centro – Niterói / RJ



Unidade Icarai

Rua Domingues de Sá, 321
Icarai – Niterói / RJ