Revista
Associação Médica Fluminense
amf

Ano XVIII - nº 90 - Jan-Mar/2022
ISSN nº 1809-1741
Órgão Oficial - Filiada à Somerj
Você encontra a Revista AMF
no site: www.amf.org.br

Um pouco sobre a Medicina Ayurvédica

Praia de Itaipu / Niterói - RJ
Foto: Dra. Maria Lucia Nicolau Pinto

E ainda:

- A alarmante prevalência do abuso e dependência de opioides em mulheres com câncer de colo de útero após radioterapia no SUS
- Dia Mundial do Rim de 2022: Saúde dos rins para todos
- Neurobiologia e Neuropsicologia na Esquizofrenia

Filiada a AMB SOMERJ

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

0800 006 6668

www.lefeambulancias.com.br

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

Profissão: Médico!

Dra. Zelina Caldeira - Presidente da AMF

A medicina, assim como algumas outras profissões, exige dedicação quase que exclusiva. Um curso ainda muito procurado em nosso meio, carece de muitos anos de estudo e dedicação, para uma formação a altura da importância do seu desempenho e atuação, cujo objetivo principal deve ser a saúde do ser humano, seja na forma de promoção, prevenção ou curativa.

Vista, inicialmente, como um sacerdócio, a medicina vem passando por transformações, não apenas no aspecto do desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias, mas, também, no que concerne ao trabalho do médico, isto é, ao exercício profissional.

Uma profissão humanística por natureza, que envolve o cuidar e intervir na preservação da saúde e da vida, deve, sempre, estar pautada na ética, na dedicação, na atualização do conhecimento, no estudo constante.

Atualmente, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, há mais de 500 mil médicos no Brasil, com uma taxa de 2,38 médicos para mil habitantes, cuja distribuição, todos sabemos, não é uniforme no território nacional. A abertura de novas faculdades de medicina, trazendo um maior número de médicos para o mercado, não resolverá essa questão. Até mesmo, que melhorar as condições de saúde e assistência vai muito além de formar novos profissionais.

A qualidade na formação desses colegas recém-formados, também, é motivo de preocupação. Alguns saem da faculdade e ingressam em um plantão, muitas vezes em serviços de pronto atendimento, sem nenhum respaldo ou orientação de um outro colega mais experiente. A apreensão pela melhor qualidade da assistência de forma mais assertiva, somada à falta de recursos para o atendimento, frequentemente, gera estresse, ansiedade e sofrimento a esses jovens profissionais os quais, muitas das vezes, não têm garantidos, tão pouco, seus direitos de vínculo trabalhista; são contratos provisórios ou como pessoa jurídica ou por empresas terceirizadas ou de alguma outra forma sem nenhuma garantia.

O médico que era um profissional liberal, autônomo, em geral, seguia sua carreira optando pelo vínculo público e ou privado, em nível de assistência ou gestão, docência, além do atendimento em seu consultório.

O serviço público tem deixado muito a desejar. Aqueles serviços que muitos de nós nos orgulhávamos de frequentar e aprender, até mesmo, sem honorários recebíveis, se restringiram. Com certeza, ainda temos instituições e hospitais públicos de excelência que, além do perfil assistencial, oferecem residência médica, cursos de especialização e educação continuada, o que tem sido acrescido por alguns grupos do setor privado, disponibilizando tecnologia de ponta e aprendizado.

Com o crescimento da Saúde Suplementar e adesão aos planos de saúde pela população, os clientes passaram, em sua maioria, a ser do "plano", do qual os médicos têm uma baixa remuneração e podem ser descredenciados a qualquer momento. As tabelas de honorários utilizadas para pagamento estão muito aquém da responsabilidade, da necessidade da formação e aptidão profissional.

A multiplicidade de vínculos para gerar uma renda melhor faz com que alguns médicos tenham uma carga horária acima de 60h por semana, chegando a 80h semanais ou mais, principalmente, entre os plantonistas.

A condição de abrir uma pessoa jurídica tem sido, frequentemente, exigida para o credenciamento junto às operadoras de saúde e, mais recentemente, para se trabalhar em hospitais privados. Consequência da tributação? Pode ser. Decorrência do viés da autonomia do médico, e resistência de ser assalariado? Quem sabe... Mas, a responsabilidade civil pertinente ao ato médico existe, sendo esta ainda mais abrangente, quando se refere à pessoa jurídica.

Uma opção é o cooperativismo, trabalha-se sem intermediários, mas necessita da participação e compreensão por parte de seus pares, observando-se os princípios que regem uma cooperativa. O compromisso e a responsabilidade são grandes, têm-se o bônus e o ônus. No caso das cooperativas médicas, estão sujeitas à legislação, não só do cooperativismo, mas, também, como qualquer instituição ou operadora de saúde, dos órgãos de fiscalização local, do Código Civil, às normas da Agência Nacional de Saúde, entre outras. O cooperativismo deve ser incentivado como um movimento social importante no contexto econômico, gerando renda e trabalho de forma direta ou indireta entre diversas categorias profissionais.

Uma outra modificação, ao longo do tempo e, principalmente, nas últimas décadas, foi a inserção das mulheres no campo da medicina. De acordo com o trabalho Demografia Médica, há 30 anos, as mulheres correspondiam a 30,8% da população médica, em 2020, essa proporção se elevou para 46,6% em nível nacional. Porém, entre as faixas etárias mais jovens, as mulheres representaram 58,5% e 55,3%, nas idades até 29 anos e de 30 a 34 anos respectivamente, mostrando uma prevalência feminina entre os ingressos. No Estado do Rio de Janeiro, as mulheres somaram 50,9%, considerando todas as faixas etárias.

Ser médico envolve uma diversidade de fatores com muito sacrifício na vida pessoal, desgaste físico e emocional. As agressões físicas a profissionais de saúde têm sido frequentes, principalmente, nos serviços de emergências. Processos éticos e cíveis têm acontecido, cada vez mais comumente e, muitas das vezes, infundados.

Com todas as dificuldades, continuamos médicos! Continuamos a amar a carreira e a profissão que escolhemos! Cada paciente que, de alguma forma, se consegue ajudar é uma vitória, uma motivação para prosseguir. Aos mais jovens, digo que a ética e o respeito devem pautar o exercício profissional, desde o seu ingresso como acadêmico, e que sigam em frente, sempre investindo, primordialmente, em sua formação, com o objetivo e a nobre missão de cuidar do próximo, exercendo a arte de curar!

Referências bibliográficas:

SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. Disponível https://portal.cfm.org.br/. Acesso em 24/01/2022.

MACHADO, MH., coord. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em 24/01/2022.

SCHEFFER, M; CASSENOTE, A.J.F. A feminização da medicina no Brasil. Disponível: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/817/905. Acesso em 03/03/2022.

Índice

Editorial **03**

Artigos Científicos
Um pouco sobre a Medicina Ayurvédica. **05**
A alarmante prevalência do abuso e dependência de opioides em mulheres com câncer de colo de útero após radioterapia no SUS. **08**
Dia Mundial do Rim de 2022
Saúde dos rins para todos: educando sobre as doenças renais. **10**
Neurobiologia e Neuropsicologia na Esquizofrenia. **14**
Anafilaxia. **17**

Homenagem
O CREMERJ promove homenagem pelo Dia Internacional da Mulher. **21**

Artigo
Polo Saúde Leste Fluminense: venha participar desse cluster. **24**

Artigo
Cena médica periódica no Rio de Janeiro oitocentista. **28**

Acamerj
Esperança e superação. **30**

Livro em Foco
"poesível - poesia e dois dedos de prosa". **31**

Perfil
Paschoal Balthazar Baltar da Silva. **32**

Praia de Itaipu / Niterói - RJ
Foto: Dra. Maria Lucia Nicolau Pinto

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
Glauco Barbieri
Waldenir de Bragança

Membros Efetivos
Ana Cristina Peçanha Dantas
Anadeje Maria da Silva Abunahman
Antonio Orlando Respeita
Clovis Abrahim Cavalcanti
Emanuel Decnop Martins Junior
Heraldo José Victer
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

Direção Editorial da revista
Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira e
Dra. Valéria Patrocínio Teixeira Vaz.

Foto da capa: Forte Santa Cruz - Ramon Curi
Coordenador de Contas Medicas da Unimed Leste Fluminense

Ano XIX - nº 90 - Jan/ Fev / Mar - 2022

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.

Um pouco sobre a Medicina Ayurvédica

Dra. Maria Lúcia de Oliveira Santos*

Em Mombay, um Centro de medicina Ayurvédica que pertence à Universidade local (figs 1 e 2)

Dra. Maria Lúcia de Oliveira Santos

A Medicina Ayurvédica é uma forma milenar de trabalhar a cura dos pacientes, observando o indivíduo per si e de forma holística, ensinando-o a ser responsável pela sua própria vida e a do seu entorno.

Ayurveda é uma palavra sânscrita que significa: ciência da vida. Os Vedas formam um conjunto de quatro livros sagrados dentro da filosofia Hindu (Atharva, Sama, Rig e Ayurveda) dos quais este trata da Vida, ou seja, ensina como preservar e ou recuperar a saúde, para bem vivendo, termos tempo e condições de realizarmos o que viemos fazer aqui, assim se cumprindo o objetivo da vida, que foi assumido na concepção! A sua observação promove a longevidade, que significa envelhecer com qualidade, favorecendo o tempo para que aquele propósito se cumpra!

Os sábios ayurvédicos calcularam 100 anos como duração da vida, sendo o término da juventude aos 60 anos! E para que assim seja entendido, é preciso considerar a conotação Vida, que no mundo ocidental é confundida com a palavra existência! Vida abrange a integridade do organismo,

que no nosso caso é formado pelos corpos físico, mental e alma. Este organismo se relaciona consigo próprio e com outros organismos do mesmo ou de diferentes naipes, gerando um relacionamento único, com um corpo único, daí ser holística, e que apenas se transforma a cada perecimento do corpo físico (ou seja, quando este passa a não mais existir efetivamente), já que a alma, formada de energia sutil, quintessenciada, permanece atuante.

Reconhecemos a presença dos corpos que compõem o ser humano, através das funções que estes exercem: corpo físico: os cinco sentidos; corpo mental: estado de lucidez / obnubilação; corpo emocional: sentimentos (bons/ruins); e a alma (intuição, por demais abandonada de nossas percepções, sendo muitas vezes atribuída à mente, que dentro do ayurveda se divide em: ego (ahankara), memória (mano), inteligência, (budhi) e consciência (citta), e que portanto, nada refletem a intuição.

Estaremos saudáveis, quando estivermos em harmonia conosco mesmos e com os outros, no aqui e agora!

Então, são pontos que diferem a medicina ocidental da ayurvédica. A primeira visa o lidar com a doença e é de análise fragmentada em sistemas e órgãos. A segunda visa o harmonizar o indivíduo consigo próprio e com o ambiente, promovendo a prevenção de distúrbios/doenças, além de manter e ou restaurar a condição normal do indivíduo, que é a saúde!

O objetivo é fazer com que cada organismo, uma vez equilibrado, em harmonia, colabore na prevenção de doenças, manutenção e retorno ao estado saudável, de todo o grande organismo, de forma dinâmica, porque nada é estático no universo!

** Médica Pediatra e Radiologista; Doutorado em Radiologia pela UFRJ; Professora Associada na cadeira de Radiologia da Faculdade de Medicina da UFF; formação em Yoga Integrativa pelo Enchanted Mountain Yoga Center, cursos de Ayurveda pela ABRATA (Associação Brasileira de Terapias Ayurveda).*

O Ayurveda abrange:

• Ciência, pois estuda as alterações que acontecem nos corpos e que se traduzem nos sinais e sintomas;

• Filosofia, pois a sua prática estimula o despertar do amor à verdade, que é o conhecimento do Ser, existência pura que habita os corpos (o Socrático conhece-te a ti mesmo!);

• Religião, porque sua prática ensina regras de convivência consigo próprio, com o outro, com o meio ambiente, estabelecendo disciplinas que nos religam à nossa essência.

A avaliação de um paciente em uma consulta ayurvédica deve seguir passos, para que possa ser estabelecido os distúrbios que estão ocorrendo. Portanto, sob o ponto de vista científico, são feitas as análises:

1- Da combinação dos cinco elementos que constituem a natureza (terra, água, fogo, ar e éter) – o Pancamahabhuta, que, por combinação, formam os TRIDOSHAS ou princípios vitais (Vata, Pita e Kapha), dentro dos quais estamos classificados, no aqui e agora, de forma especialmente única!

2- Da energia potencial que existe em todas as substâncias orgânicas e inorgânicas, chamada de GUNA que se subdivide em três tipos: Tamas (da inércia), Rajas (do movimento) e Sattva (da essência). Estas energias, no organismo vivo, garantem a preservação das vida individual, na infância (Tamas), da espécie, nos jovens (Rajas) e das ideias, nos mais idosos (Sattva).

3- Dos sete dhatus ou tecidos, aqueles que dão sustentação e que estão continuamente sendo renovados (rasa – plasma; rakta –circulação sanguínea; mamsa- músculos; asthi- cartilagem – menos renovável; meda – gordura; majja- medula óssea; e sukra – secreções genitais;

4- Dos três malas principais fezes, urina e suor (os outros são as secreções: nasal, genital, auricular, ocular,...) que devem ser analisados especificamente, também, observando-se odor, cor, forma;

5- Verificação do pulso radial, da temperatura corporal, do ritmo respiratório;

6- Observar a língua, os olhos e as unhas.

A doença é interpretada como um alerta de que algo não está bem conosco mesmos e que abrimos mão da nossa condição saudável de base! Ela pode ser classificada em de três tipos:

1. Inatas: quando há desequilíbrio nos princípios vitais;

2. Exógenas: envenenamento, poluição, infestação de parasitas, bactérias, vírus, acidentes;

3. Psíquicas: manifestas pela não realização de desejos ou pelo enfrentamento do indesejável.

Uma observação importante é que o aparecimento de uma falha nesses fatores facilita o desenvolvimento de falhas nos outros também.

Em relação às causas das doenças, citam-se cinco, assim colocadas por ordem de importância/prevalência: 1- emoção; 2-forma de vida; 3- alimentação; 4- meio externo; e 5- genética.

Para começar a tratar um paciente, é preciso conhecê-lo através de sua constituição fundamental, ou seja, avaliar seus doshas e gunas, que se revelam através de anamnese direcionada, e apurar aonde há excesso ou falta, ou seja, desequilíbrio. Depois, conhecer a respeito da natureza fundamental dos diferentes nutrientes que estão na natureza (somos natureza!), e que poderão lhe ser indicados para equilibrar as faltas, que comprometem todo o organismo, ou seja, em seus vários corpos. Os efeitos dos princípios vitais destas substâncias, considerando tanto as alterações físicas como psicológicas, têm que ser harmonizados, inclusive com os aspectos climáticos, ambientais e outros com os quais o paciente interage. Assim procedendo, é preciso acompanhar

Em Keraleyam, um centro de tratamento ayurvédico e as auxiliares arrumando a mesa para a realização de oleação, uma das partes do pancakarma (fig 3 e 4).

a evolução do modo de ser do indivíduo perante si e com o seu ambiente, conscientizando-o da Unidade em que estamos inseridos.

O receituário que acompanhará o paciente pode ser estabelecido dentro do pancakarma (cinco ações) ou do saptacarma (sete ações) e que se constituem de:

1- Normas na alimentação: restaurando os tipos de desequilíbrio dos doshas, na quantidade de um anjali três vezes ao dia, contendo os seis sabores (ácido, doce, salgado, amargo picante e adstringente) e cinco cores. O jejum é muito importante também!

Obs.: anjali é o volume contido entre as palmas das mãos abertas, unidas pelas laterais, viradas para cima, passando-se uma reta de polegar a polegar!

2- Exercícios corporais (asanasl) e respiratórios (pranayamas);

3- Limpeza: cuidados e higiene do corpo, incluindo cryas (enemas, emeses, sudorese) e massagens c/ oleação;

4- Medicação: buscada na natureza, para equilibrar o dosha comprometido;

5- Meditação.

6- Purificação do sangue, geralmente pela ingestão de substâncias amargas;

Um exercício físico (asana) dentro do pancakarma

Lótus, símbolo da Índia

7- Purificação da urina, através de diuréticos, como os sais de cevada.

Considera-se cura, quando há a restauração da harmonia no todo orgânico e não, necessariamente, a supressão de uma enfermidade ou distúrbio. Por vezes fica difícil repor parte do corpo físico perdido, como num acidente, por exemplo; mas este fato bem assimilado, deixa de se comportar como desarmonia!. Portanto, a terapia ayurvédica a ser instituída ao indivíduo deve ser simples, possibilitando que ele se descubra como detentor do grande poder que tem sobre si mesmo e como influenciador sobre o mundo que o cerca, o fazendo sentir-se estimulado a criar saúde tanto em si como no todo.

"Tudo o que produz harmonia é Medicina"!

Dra. Vinod Verma. Namastê!

Referências bibliográficas:

1. Lad, Vassant. Ayurveda- A Ciência da Autocura. Ed. Ground, São Paulo.

2. Frawley, David. Uma visão Ayurvédica da mente: A cura da consciência. Ed. Pensamento, 2002. São Paulo.

3. D'Angelo, Edson; Côrtes, Janner Rangel. Ayurveda: A Ciência da Longa Vida. Ed. Madras, 2008. São Paulo.

4. Verma, Vinod. Ayurveda: A medicina indiana que promove a saúde integral. Ed. Nova Era, 2006. Camburiu, SC.

A alarmante prevalência do abuso e dependência de opioides em mulheres com câncer de colo de útero após radioterapia no SUS

Dr. Jessé Lopes da Silva; Dra. Andréia Melo; Dr. Leandro Moreno*.

Artigo publicado originalmente na Journal of Cancer Survivorship em 11 de Fevereiro de 2022.

O Brasil enfrenta uma crônica escassez de programas eficientes de rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero, que se destaca como uma das principais causas de mortalidade específica por câncer, impactando fortemente na saúde pública nacional. Para o ano de 2020, foram estimados aproximadamente 604.000 novos casos de câncer e 342.000 mortes por câncer de colo de útero em todo o mundo[1,2].

A depender da extensão do câncer de colo de útero, a radioterapia externa (EBRT) pode ser usada como terapia adjuvante ou como tratamento definitivo, geralmente combinada com quimioterapia (a chamada quimiorradioterapia concomitante). Neste caso, a radioterapia é realizada concomitantemente com cisplatina semanal. Para a maioria das mulheres com doença localmente avançada, a braquiterapia é administrada após quimiorradioterapia concomitante[3].

Mesmo com taxas de resposta completas impressionantes, o tratamento baseado em radioterapia para o câncer do colo do útero pode trazer alguns efeitos de complicações álgicas a longo prazo, como cistite crônica por radiação, enterite e proctite, podendo persistir por anos após o tratamento, impactando negativamente na qualidade de vida. Portanto, a dor induzida pela radioterapia pode ser uma complicação do tratamento multimodal para o câncer do colo do útero, sendo muitas vezes subnotificada e mal descrita. Sobreviventes de câncer do colo do útero experimentam dor pélvica crônica, definida como dor que persiste além do tempo de cura natural, influenciando as atividades diárias e aumentando a exposição a agentes opioides com alto risco de dependência, abuso e overdose[4,5].

Com números alarmantes de mortes por overdose, um dos principais desafios de saúde pública enfrentados por diversos governos atualmente tem sido conter a propagação da "epidemia de opioides", fortemente prevenindo e resistindo à prescrição de abuso dessas drogas. Esses desfechos fatais parecem estar intimamente relacionados abuso de polissubstâncias. Por outro lado, tais políticas podem estar dificultando o acesso ao tratamento adequado da dor para pessoas verdadeiramente vulneráveis.

Embora no Brasil infelizmente não haja dados confiáveis ou acessíveis, postula-se que o cenário é muito dramático. Diretrizes e recomendações atuais disponíveis para o tratamento da dor oncológica relacionada à radioterapia incentivam fortemente a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar e abordagem integrada, apoiando a indicação de opioides apenas quando houver uma falha clara das medidas não farmacológicas ou analgésicas otimizadas[6,7].

Nosso estudo institucional desenvolvido no Centro de Pesquisas do Instituto Nacional do Câncer (CPQ/INCA), publicado recentemente na Journal of Cancer Survivorship, buscou descrever as características de mulheres com câncer do colo do útero, sobreviventes com resposta completa ao tratamento com radioterapia, a fim de explorar fatores de risco para mau uso e abuso de opioide na nossa população.

O banco de dados do Instituto Nacional do Câncer foi consultado, e 214 de mulheres diagnosticadas com câncer entre janeiro 2014 e que selecione a radioterapia de dados externa[5], dezembro

Instituto Nacional do Câncer / Centro de Oncologia Leste Fluminense

foram totalmente (EBRT) ou quimiorradioterapia (CRT) com resposta completa ao câncer foram incluídos para análise. Por definição, as pacientes que conseguiram interromper uso de opioides até 6 meses após a conclusão de radioterapia foram classificadas como não-dependentes; já as pacientes que continuaram usando opioides além de 6 meses eram classificadas como dependentes.

A mediana de idade foi de 49,4 anos. A maioria das mulheres era de raça não-branca (64,5%) e tinha ECOG Performance Status (PS) ≥ 1 (76,6%), estadio Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) estágio II-III (84,1%) e tinham subtipo carcinoma de células escamosas (82,7%). As taxas de tabagismo e consumo de álcool foram, respectivamente, 44,9% e 39,7%. O tempo médio desde o diagnóstico até o início da EBRT foi de 111 dias (intervalo interquartil 66,2). A maioria dos pacientes realizou CRT (88,8%). A proporção de pacientes dependentes foi de surpreendentes 65,0%. Pela análise multivariada, prescrição de opioides fortes ($p = 0,005$) e recorrência da doença ($p < 0,001$) foram sugeridas como fatores de risco independentes para o uso prolongado de opioides.

Os resultados dessa coorte sugerem então que a maioria das mulheres com câncer do colo do útero não consegue descontinuar o uso de opioides após 6 meses do término da radioterapia. Esses achados inéditos alarmantes mostram-se muito mais elevados quando comparados com os mostrados em outras coortes publicadas anteriormente em outros países. Em contraste, diante do aprimoramento tecnológico do tratamento de radioterapia, permitindo melhor administração direcionada de doses, as síndromes dolorosas parecem estar se tornando cada vez menos frequentes8. Portanto, esta alta frequência de mulheres dependentes de opioide pode ser a sinalização de uma ampla realidade nacional de uso indevido de opioides. Da mesma forma, este cenário traz à tona a necessidade urgente de uma abordagem multidisciplinar eficaz, a fim de restaurar funcionalidade individual por meio da incorporação de intervenções não farmacológicos[9].

Nossos resultados sugerem também que a prescrição de opioides fortes (tramadol, morfina, oxicodona) pode estar associada ao uso persistente. Em geral, o uso de opioides pode ser interrompido repentinamente, a menos que tenha sido usado por um tempo prolongado ou numa dose mais elevada. Isso especificamente sugere que, se um paciente estiver recebendo ≥ 60 mg de MEDD (dose diária equivalente de morfina) por 1 semana ou mais, haverá maior dificuldade no desmame. Sugere-se então que, ao tratar um paciente com dor intensa, a prescrição de opioides fortes deve ser feita conjuntamente com adjuvantes e estratégias não-farmacológicas com reavaliação frequente do estado da dor na busca constante pelo desmame da medicação assim que o controle da dor for alcançado[10]. Kwon et al.[11] avaliaram a influência do alcoolismo com base no Questionário CAGE sobre a persistência uso de opioides em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Pacientes CAGE-positivos tiveram um duração mediana do uso de opioides significativamente maior do que de pacientes CAGE-negativos.

A prescrição de opioides fortes e recidiva da doença são fatores que podem independentemente influenciar o uso persistente abusivo de opiáceos. Nossos dados de forma muito clara denunciam o uso indevido de opioides por pacientes com câncer de colo de útero como um preocupante problema de saúde pública nacional. Sem dúvida, há uma necessidade urgente não atendida de implementação de um programa nacional de apoio multiprofissional no serviço público para pacientes com câncer, estabelecendo protocolos de controle rígido a fim de evitar prescrições inadvertidas, assim como estimular o processo de desmame e retirada da medicação.

Referências Bibliográficas:

1. Paulino E, de Melo AC, Silva-Filho AL, et al. Panorama of Gynecologic Cancer in Brazil. JCO Glob Oncol. 2020;6:1617-1630. doi:10.1200/GO.20.00099

2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. n/a(n/a). doi:https://doi.org/10.3322/caac.21660

3. Okazawa M, Mabuchi S, Isohashi F, et al. Impact of the addition of concurrent chemotherapy to pelvic radiotherapy in surgically treated stage IB1-IIB cervical cancer patients with intermediate-risk or high-risk factors: a 13-year experience. Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc. 2013;23(3):567-575. doi:10.1097/IGC.0b013e31828703fd

4. Vistad I, Cvancarova M, Fosså SD, Kristensen GB. Postradiotherapy morbidity in long-term survivors after locally advanced cervical cancer: how well do physicians' assessments agree with those of their patients? Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2008;71(5):1335-1342. doi:10.1016/j.ijrobp.2007.12.030

5. Coussens NP, Sittampalam GS, Jonson SG, et al. The Opioid Crisis and the Future of Addiction and Pain Therapeutics. J Pharmacol Exp Ther. 2019;371(2):396-408. doi:10.1124/jpet.119.259408

6. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65. doi:10.15585/mmwr.rr6501e1er

7. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019;17(8):977-1007. doi:10.6004/jnccn.2019.0038

8. Glare PA, Davies PS, Finlay E, et al. Pain in Cancer Survivors. J Clin Oncol. 2014;32(16):1739-1747. doi:10.1200/JCO.2013.52.4629

9. van den Beuken-van Everdingen MHJ, van Kuijk SMJ, Janssen DJA, Joosten EAJ. Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised Medicine. Cancers. 2018;10(12):502. doi:10.3390/cancers10120502

10. Kral LA, Jackson K, Uritsky TJ. A practical guide to tapering opioids. Ment Health Clin. 2015;5(3):102-108. doi:10.9740/mhc.2015.05.102

11. Kwon JH, Hui D, Chisholm G, Bruera E. Predictors of Long-Term Opioid Treatment Among Patients Who Receive Chemoradiation for Head and Neck Cancer. The Oncologist. 2013;18(6):768-774. doi:10.1634/theoncologist.2013-0001.

Dia Mundial do Rim de 2022

Saúde dos rins para todos: educando sobre as doenças renais

Dr. Alan Castro Azevedo e Silva*

Introdução

O Dia Mundial do Rim (DMR) foi criado em 2006 pela International Society of Nephrology e International Federation of Kidney Foundations (Quadro 1). No Brasil, a campanha é coordenada desde seu início pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. O tema idealizado para esse ano (Figura 1) foca na educação sobre a doença renal para todos os envolvidos em saúde e bem estar. Isso inclui a comunidade, os profissionais de saúde e os gestores[1]. Dessa forma, o propósito do DMR de 2022 é procurar preencher a lacuna de conhecimento sobre a importância das doenças renais. Essa revisão visa destacar tópicos importantes na construção desta "ponte".

Definições

Nessas duas últimas décadas, presenciamos um esforço substancial para definir e classificar as doenças renais[2]. Em 2002, foi publicada uma diretriz que criou o termo Doença Renal Crônica (DRC) nos EUA[3]. Posteriormente, a definição foi ratificada e os estágios aprimorados (Quadro 2) num protocolo internacional[4]. Ficou estabelecido que DRC seja toda situação que apresenta uma redução da taxa de filtração glomerular abaixo de 60 ml/kg/1,73m2 por um período superior a três meses ou qualquer dano estrutural aos rins[5]. Avanço semelhante ocorreu na Injúria Renal Aguda (IRA). Em 2004, foi padronizada a primeira definição e classificação da IRA, através dos critérios de Risco, Lesão, Falha, Perda e Doença Renal em Estágio Final (RIFLE)[6]. Esses 5 critérios de IRA foram resumidos para 3 em 2007 pelo AKIN (Acute Kidney Disease Network)[7] e consolidados (Quadro 3) internacionalmente em 2012 através do KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes)[8]. Em 2015, um consenso internacional cunhou o termo Doença Renal Aguda (DRA), que passou a ser definido como uma alteração da função renal no período inferior a três meses e maior que sete dias. A intenção foi ressaltar a janela de tempo entre IRA e DRC, para que intervenções críticas sejam realizadas, a fim de evitar uma evolução

Quadro 1: Temas do Dia Mundial do Rim

2022	Kidney Health for All Kidney Health for All - Bridge the gap to better Kidney care	2022	Saúde dosm Rins para todos: eduvando sobre s doença renal
2021	Living Well with Kidney Disease	2021	Vivendo bem com a doença renal
2020	Kidney Health for Everyone Everywhere - from Prevention to Detection and Equitable Access to care	2020	Saúde dos Rins para todos. Ame seus rins. Dose sua Creatinina
2019	Kidney Health for Everyone, Everywhere	2019	Saúde dos Rins para todos
2018	Kidneys & Women's Health. Include, Value, Empower	2018	Saúde da Mulher - Cuide de seus Rins
2017	Kidney Disease & Obesity - Healthy Lifestyle for Healthy Kidneys	2017	Doença renal e Obesidade. Estilo de vida saudável para rins saudáveis
2016	Kidney Disease & Children - Act Early to Prevent it!	2016	Prevenção da doença renal começa na infância
2015	Kidney Health for All	2015	Campanha para rins saudáveis
2014	Chronic Kidney Disease (CKD) and aging	2014	1 em 10. O rim envelhece, assim como nós!
2013	Kidneys for Life - Stop Kidney Attack!	2013	Pare de agredir seus rim!
2012	Donate - Kidneys for Life - Receive	2012	Rins em defesa da vida
2011	Protect your Kidneys: Save your Heart	2011	Proteja seus rins, salve seu coração
2010	Protect your Kidneys: Control Diabetes	2010	Proteje seus rins, controle seu diabetes
2009	Protect your Kidneys: Keep your pressure down	2009	Proteje seus rins, mantenha sua pressão baixa
2008	Your amazing Kidneys!	2008	Incríveis Rins
2007	CDK: Common, harmful and treatable	2007	Doença renal e crônica é comum, perigosa e tratável
2006	Are your Kidneys Ok?	2006	Os seus rins estão Ok?

** Nefrologista, Responsável pela nefrologia e transplantes renais do Complexo Hospitalar de Niterói. E-mail: alancastro@alternex.com.br*

Quadro 2: Classificação e prognóstico da Doença Renal Crônica (Adaptado da referência 4)

Pela taxa de filtração glomerular estimada (exemplo: equação CKD-EPI) e pela relação albuminúria por grama de creatinina urinária				Categorias dos níveis de albuminúria Descrição e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal para ligeiro aumento	Aumento moderado	Aumento grave
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorias de GFR (ml/min/ 1.73m²) Descrição e intervalo	G1	Normal ou alto	≥90			
	G2	Diminuição ligeira	60-89			
	G3a	Diminuição moderada	45-59			
	G3b	Diminuição pouco severa	30-44			
	G4	Diminuição grave	15-29			
	G5	Falência renal	<15			

Quadro 3: Estágios da Injúria Renal Aguda (Adaptado da referência 8)

Estágio	Pela variação da creatinina	Pela diminuição do débito urinário
Estágio 1	Aumento de 1.5 a 1.9 vezes o valor basal da creatinina ou aumento ≥ 0,3 mg/dL da creatinina	Diurese < 0,5 ml/kg/h em 6 a 12h
Estágio 2	Aumento de 2 a 2.9 vezes o valor basal da creatinina	Diurese < 0,5 ml/kg/h em período ≥ 12h
Estágio 3	Aumento de 3 vezes o valor basal da creatinina ou aumento da creatinina ≥ 4 mg/dL ou iniciação da terapia renal substitutiva ou taxa de filtração glomerular estimada <35 ml/min/1.73 m² para pacientes menores que 18 anos	Diurese < 0,3 ml/kg/h em período ≥ 24h ou anúria em período ≥ 12h

Quadro 4: Definições das doenças renais (Adaptado da referência 10)

Variáveis	Injúria renal aguda (IRA)	Doença renal aguda (DRA)	Doença renal crônica (DRC)	Sem doença renal
Período de duração	< 7 dias	≤ 3 meses	> 3 meses	
Critérios funcionais	↑ de 50% da creatinina em sete dias ou	IRA ou	↓ da TFGe < 60 ml/min/1,73m²	TFGe> 60 ml/min/1,73m²
	↑ de 0,3 mg/dL da creatinina em 2 dias ou	↓ da TFGe < 60 ml/min/1,73m² ou		
	Oligúria ≥ 6h	↑ de 50% da creatinina		
Critérios estruturais	Não definido	Marcadores comuns de danos renais como albuminúria, hematúria e piúria	Marcadores de danos renais como albuminúria ou dano anatômico dos rins e trato urinário	Ausência de marcador de dano renal ou anatômico

TFGe= taxa de filtração glomerular estimada

para DRC[9] (Figura 2). Portanto, a definição atual da IRA tem por base dois marcadores funcionais que são o aumento da creatinina e a diminuição do volume urinário. Por outro lado, a DRC e a DRA são definidas pela taxa de filtração glomerular estimada, que é um critério funcional e da relação da albuminúria dividida por grama de creatinina urinária, um marcador de lesão renal. O intervalo ≥ 3 meses separa a DRC de DRA. As definições (Quadro 4) e estágios das doenças renais dependem do agravamento desses marcadores[10].

Epidemiologia

Uma vez harmonizadas as definições e classificações, estimativas robustas da incidência, prevalência, morbidade e mortalidade puderam ser realizadas, assim como, a padronização do manejo, o estímulo à pesquisa e financiamentos no campo das doenças renais[11]. Nos EUA, a DRC é ligeiramente mais comum em mulheres (15%) do que em homens (12%). Acomete mais as pessoas na faixa de 65 anos ou mais (38%) do que com 45-64 anos (13%) ou 18-44 anos (7%)[12]. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC no mundo ocidental são o diabetes mellitus (presente em 30 a 50% das pessoas com diabetes), a hipertensão arterial (um em cada cinco) e o tabagismo[12]. Em relação à IRA, agora reconhecida por um conjunto de síndromes, incide em 30 a 60% dos pacientes internados em CTI[13], ocorrendo principalmente nos países emergentes, que são responsáveis por 11,3 milhões dos 13,3 milhões de casos anuais de IRA no mundo[14].

Impactos

Os pacientes com DRC apresentam uma redução da expectativa de 25 anos quando comparados em indivíduos com função renal normal. Isso ocorre pela liberação renal de hormônios, enzimas e citocinas em resposta à lesão, provocando inflamação, calcificação vascular e fibrose miocárdica[15]. Da mesma forma, na IRA hospitalar por sepse, que é causa comum hoje em dia, a liberação de componentes inflamatórios de padrões moleculares, associados a danos (DAMPs) e padrões moleculares associados a patógenos (PAMPs) irá interferir na função de outros sistemas, levando a falência de múltiplos órgãos e óbito[16]. Cerca de 10% dos pacientes com IRA necessitam de diálise, o que eleva a mortalidade para 60 a 80%, onde 30% dos sobreviventes evoluem para estágios avançados de DRC, com sobrevida de 5 anos[17].

Percepção

Estimular o auto cuidado para a DRC é uma das estratégias para otimizar o tratamento. Entretanto, é preciso direcionar

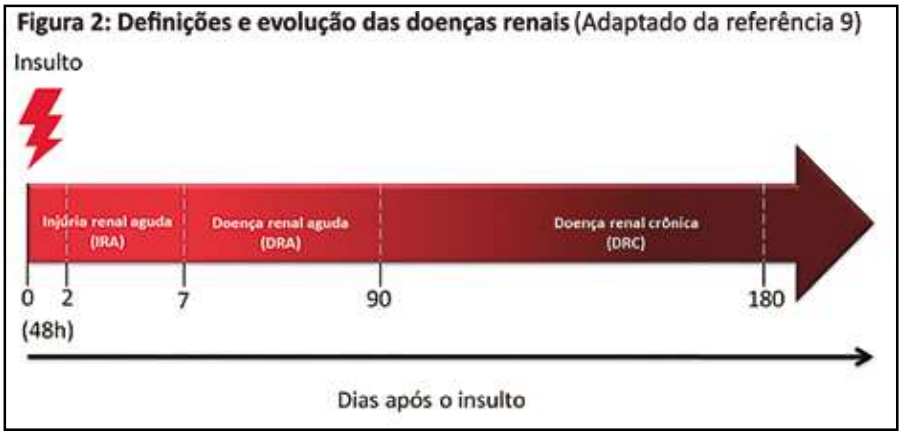


Figura 2: Definições e evolução das doenças renais (Adaptado da referência 9)

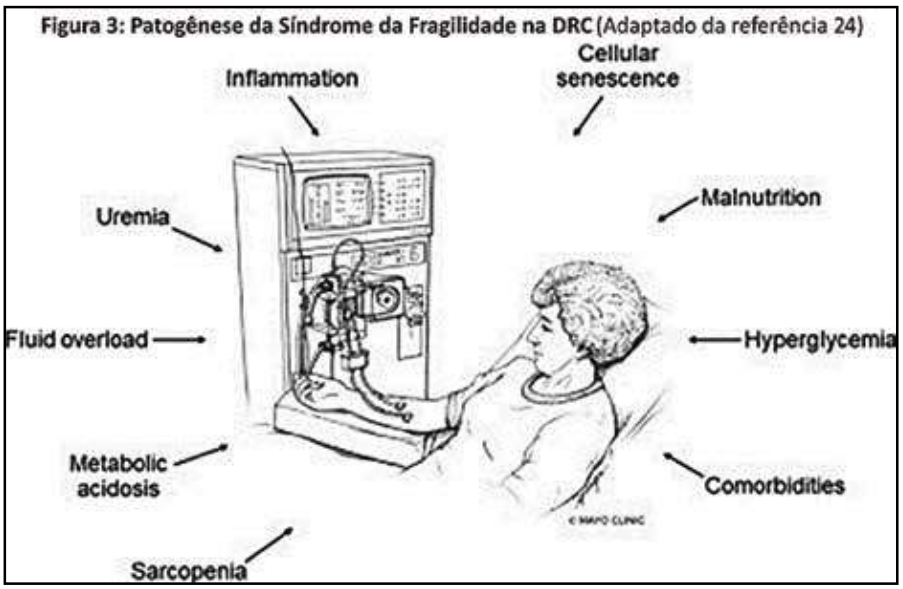


Figura 3: Patogênese da Síndrome da Fragilidade na DRC (Adaptado da referência 24)

as intervenções às expectativas culturais do paciente, adaptando seu conteúdo às suas crenças para compreender e lidar com sua condição de saúde[18]. Essa percepção da doença por parte da pessoa doente é definida pelos seguintes atributos: identificação (o que é a doença), causa (o que a provocou), linha do tempo (é aguda? crônica?), consequências (poucas? graves?), controle (o que deve ser feito?) e resposta emocional (ansiedade, preocupação)[19]. A preservação da função renal, o tratamento das comorbidades como hipertensão arterial, diabetes, a mudança dietética e do estilo de vida impõe uma série de demandas comportamentais aos pacientes, que recebem uma das maiores cargas de medicamentos entre as outras doenças crônicas[20]. Daí a importância de uma abordagem cuidadosa, com programas educacionais multidisciplinares, para atrasar a progressão da DRC, reduzir hospitalização e morte[21].

Fragilidade

A síndrome da fragilidade (SF) é definida por um estado de maior vulnerabilidade associado ao envelhecimento, devido a um balanço energético negativo, sarcopenia, diminuição da força e tolerância ao esforço[22]. Está altamente associada ao envelhecimento, mas é muito prevalente na pessoa do DRC. Pode ser medida por biomarcadores como IL6, STNF1 e PCR, assim como de forma subjetiva através de questionários[23]. Diversos fatores provocam a SF na DRC (Figura 3). A elevada morbi/mortalidade das pessoas acima de 65 anos com DRC, ressalta uma necessidade ainda não atendida de compreender melhor e otimizar suas trajetórias. Esses pacientes nos estágio 1 a 4 de DRC apresentam 14% de fragilidade, o que corresponde a mais que o dobro das pessoas sem DRC. Já no grupo em diálise acima de 65 anos, a prevalência é cinco vezes maior[24]. A fragilidade está associada à dificuldade de maturação da fístula para hemodiálise[25]. Estimular a participação ativa em treinos físicos supervisionados diminuiu fragilidade e a mortalidade[26]. Além disso, o uso de drogas que removem as células senescentes tem se mostrado promissor[27].

Sintomas

O atendimento "centrado no paciente" refere-se à priorização das preferências dos pacientes, incluindo o gerenciamento eficaz dos sintomas desagradáveis[28]. Diferente de outros tecidos altamente vascularizados como o fígado, o rim não tem mecanismos de defesa antioxidantes, desintoxicantes e anti-inflamatórios. Portanto, fica mais vulnerável à inflamação provocada pelo acúmulo das toxinas urêmica e da disbiose intestinal[29]. Além da inflamação, os sintomas são gerados, também, pela retenção de líquido, diálise, excesso de medicamentos, anemia, distúrbios do metabolismo ósseo mineral, eletrolíticos, ácido-básico, prurido, depressão, desnutrição e outros[28].

Conclusões

O dano crescente que a DRC provoca na vida das pessoas acometidas, familiares, cuidadores e comunidade, leva a necessidade de mudanças urgentes. Somente através da educação, poderemos encontrar, entender e usar a informação e serviços em ações acertadas para o nosso bem-estar individual e coletivo. Para o Dia Mundial do Rim 2022, as entidades representativas como a Sociedade Internacional de Nefrologia e a Federação Internacional de Fundações do Rim têm como missão trabalhar, imediatamente, para mudar a narrativa de alfabetização em saúde. Ao invés de culparmos o paciente pelo seu baixo letramento, é responsabilidade dos profissionais de saúde preencher essa lacuna, atuando como educadores. Assim como criar junto aos formuladores de políticas de saúde, mais estratégias para pre-

venção das doenças renais[30].

Referências Bibliográficas:

1. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Dia Mundial do Rim de 2022. Disponível em: https://www.sbn.org.br/dia-mundial-do-rim/dia-mundial-do-rim-2022

2. Barry R, James MT. Guidelines for Classification of Acute Kidney Diseases and Disorders. Nephron. 2015;131(4):221-6.

3. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.

4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Inter., Suppl. 2013; 3: 1–150.

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

6. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P: Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit care 2004;8:R204-R212.

7. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, Levin A; Acute Kidney Injury Network: Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. Crit Care 2007;11:R31.

8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes AKI Work Group: KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney Int Suppl 2012;2:1-138.

9. Chawla LS, Bellomo R, Bihorac A, Goldstein SL, Siew ED, Bagshaw SM et al. Acute Disease Quality Initiative Workgroup 16. Acute kidney disease and renal recovery: consensus report of the Acute Disease Quality Initiative (ADQI) 16 Workgroup. Nat Rev Nephrol. 2017;13(4):241-257.

10. Levey AS, James MT. Acute Kidney Injury. Ann Intern Med. 2017;167(9):ITC-66-ITC80.

11. Lameire NH, Levin A, Kellum JA, Cheung M, Jadoul M, Winkelmayer WC, Stevens PE; Conference Participants. Harmonizing acute and chronic kidney disease definition and classification: report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. Kidney Int. 2021;100(3):516-526.

12. Wilson S, Mone P, Jankauskas SS, Gambardella J, Santulli G. Chronic kidney disease: Definition, updated epidemiology, staging, and mechanisms of increased cardiovascular risk. J Clin Hypertens (Greenwich). 2021;23(4):831-834.

13. Hoste EAJ, Kellum JA, Selby NM, Zarbock A, Palevsky PM, Bagshaw SM et al. Global epidemiology and outcomes of acute kidney injury. Nat Rev Nephrol. 2018;14(10):607-625.

14. International Society of Nephrology (ISN). Acute Kidney Injury: FOCUS AREAS. Disponível em: https://www.theisn.org/commitment-to-kidney-health/focus-areas/acute-kidney-injury/

15. Jankowski J, Floege J, Fliser D, Böhm M, Marx N. Cardiovascular Disease in Chronic Kidney Disease: Pathophysiological Insights and Therapeutic Options. Circulation. 2021;143(11):1157-1172.

16. Pickkers P, Darmon M, Hoste E, Joannidis M, Legrand M, Ostermann M et al. Acute kidney injury in the critically ill: an updated review on pathophysiology and management. Intensive Care Med. 2021;47(8):835-850.

17. Oliveros H, Buitrago G. Effect of renal support therapy on 5-year survival in patients discharged from the intensive care unit. J Intensive Care. 2020;8:63.

18. Ng JH, Vialet J, Diefenbach MA. Illness perception in patients with chronic kidney disease and kidney failure: a scoping review protocol. BMJ Open. 2021;11(2):e042298.

19. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. J Behav Med. 2016;39(6):935-946.

20. Clarke AL, Yates T, Smith AC, Chilcot J. Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review. Clin Kidney J. 2016;9(3):494-502.

21. Chou CL, Chung CH, Chiu HW, Liao CT, Wu CC, Hsu YH et al. Association of pre-ESRD care education with patient outcomes in a 10-year longitudinal study of patients with CKD stages 3-5 in Taiwan. Sci Rep. 2021;11(1):22602.

22. Xue QL. The frailty syndrome: definition and natural history. Clin Geriatr Med. 2011;27(1):1-15.

23. Pereira A, Midão L, Almada M, Costa E. Pre-Frailty and Frailty in Dialysis and Pre--Dialysis Patients: A Systematic Review of Clinical and Biochemical Markers. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(18):9579

24. Lorenz EC, Kennedy CC, Rule AD, LeBrasseur NK, Kirkland JL, Hickson LJ. Frailty in CKD and Transplantation. Kidney Int Rep. 2021;6(9):2270-2280.

25. Woo K, Gascue L, Norris K, Lin E. Patient Frailty and Functional Use of Hemodialysis Vascular Access: A Retrospective Study of the US Renal Data System. Am J Kidney Dis. 2021; 11: 1-16.

26. Matsuzawa R. Renal rehabilitation as a management strategy for physical frailty in CKD. Ren Replace Ther. 2022;3: 1-9.

27. Hickson LJ, Langhi Prata LGP, Bobart SA, Evans TK, Giorgadze N, Hashmi SK et al. Preliminary report from a clinical trial of Dasatinib plus Quercetin in individuals with diabetic kidney disease. EBioMedicine. 2019;47:446-456.

28. Kalantar-Zadeh K, Lockwood MB, Rhee CM, Tantisattamo E, Andreoli S, Balducci A et al. Patient-centred approaches for the management of unpleasant symptoms in kidney disease. Nat Rev Nephrol. 2022 Mar;18(3):185-198.

29. Mihai S, Codrici E, Popescu ID, Enciu AM, Albulescu L, Necula LG et al. Inflammation-Related Mechanisms in Chronic Kidney Disease Prediction, Progression, and Outcome. J Immunol Res. 2018; 6: 2180373.

30. Langham RG, Kalantar-Zadeh K, Bonner A, Balducci A, Hsiao LL, Kumaraswami LA et al. Kidney health for all: bridging the gap in kidney health education and literacy. Nephrol Dial Transplant. 2022; 10:gfac038.

Neurobiologia e Neuropsicologia na Esquizofrenia

Dr. Ruy Justo C. Cutrim Jr.[1], Dra. Francine de Souza Dalpian[2]

Introdução

A esquizofrenia é um transtorno crônico e grave que apresenta grande heterogeneidade de sintomas observáveis e curso clínico (McCutcheon et al. 2019). O início da esquizofrenia é precedido por uma fase conhecida como período prodrômico, durante o qual várias características sub-diagnósticas surgem progressivamente, embora com diferenças interindividuais (Milan et al., 2016). Os primeiros sintomas podem ser inespecíficos e incluir ansiedade, humor deprimido, isolamento social e dificuldades educacionais e de aprendizado, e esses primeiros sintomas são seguidos pelo surgimento de déficits sutis de cognição, percepção, linguagem, emoção e redução da tolerância ao estresse. Posteriormente, anormalidades mais pronunciadas e a fala desorganizada tornam-se aparentes, assim como sintomas positivos sub-diagnósticos (Sintomas Psicóticos Atenuados e Sintomas Psicóticos Breves e Intermitentes; Milan et al., 2016). Sintomas positivos tornam-se aparentes nos últimos estágios da fase prodrômica e geralmente marcam o início do primeiro episódio psicótico.

Já se passaram um pouco mais de duas décadas desde que Yung e McGorry introduziram um conjunto de critérios padronizados para identificar indivíduos em Risco Ultra-Alto (UHR) de desenvolver um transtorno psicótico (McHugh et al. 2017). Os indivíduos são considerados de alto risco para psicose se atenderem a um conjunto de critérios padronizados, devem estar na faixa etária de maior risco (final da adolescência, início da idade adulta) e atender a um ou mais desses critérios: vulnerabilidade genética, história recente de sintomas psicóticos atenuados ou sintomas psicóticos breves intermitentes limitados (McHugh et al. 2017). Ao longo dos anos, as evidências apontaram para uma variabilidade entre os grupos definidos por esses critérios em relação ao risco de transição para um transtorno psicótico. O que levou alguns pesquisadores a questionar a composição atual dos critérios de UHR. Ao mesmo tempo, tornou-se cada vez mais evidente que as implicações clínicas do estado de UHR se estendem para além do risco de transição para psicose. Sendo assim, sugerindo o UHR como um estado clínico de risco pluripotente e transdiagnóstico, que gera uma necessidade de cuidados clínicos, em vez de simplesmente um marcador de risco de psicose (McHugh et al. 2017).

Uma série de discussões foram iniciadas sobre as bases etiológicas da esquizofrenia, se era uma doença relacionada com alterações do neurodesenvolvimento, neurodegeneração ou neuroinflamação. Kraeplin foi claro no seu posicionamento de que a esquizofrenia era uma doença neurodegenerativa, denominada de demência precoce. Esta visão prevaleceu até a metade do século XX, a partir daí surgiram os primeiros antipsicóticos e os primeiros relatos dos médicos e pesquisadores sobre pacientes com esquizofrenia que poderiam atingir remissão dos sintomas após o tratamento, e após a fase aguda da doença. Sugerindo ser improvável que um indivíduo com degeneração estrutural no cérebro tenha uma boa performance em testes neuropsicológicos. No entanto, é importante comentar que a psicose por si só é considerada neurotóxica, e isso é relevante para as alterações estruturais e neuroanatômicas da esquizofrenia (Pino et al.,2014; Rund et al., 2018; McCutcheon et al., 2019).

Atualmente a teoria/hipótese mais aceita pela comunidade científica é a do neurodesenvolvimento. Na qual o desenvolvimento anormal do cérebro, que envolve tanto fatores genéticos como ambientais, inicia muito antes dos sintomas clínicos começarem e antes do cérebro ter se desenvolvido completamente no início da idade adulta (McCutcheon et al., 2019; Rund, 2018; Rapoport et al., 2012). O neurodesenvolvimento inicial é caracterizado pela produção de conexões sinápticas e envolve os processos de proliferação e migração neuronal, arborização dendrítica, que continua durante a infância antes de uma mudança importan-

[1]- Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental/UFRJ; Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói, Rio de Janeiro
[2]- Doutora em Neurociências/UFRGS; Mestre em Patologia/UFCSPA

te na adolescência conhecida como poda sináptica. De acordo com essa hipótese, acredita-se que esses processos são interrompidos na esquizofrenia, e como consequência temos deficiência da organização e comunicação das redes neurais (Insel, 2010). Nos indivíduos que desenvolvem a esquizofrenia observamos uma redução da atividade dos interneurônios inibitórios, e uma poda excessiva das sinapses excitatórias resultando em um desbalanço, ou seja, uma alteração do equilíbrio excitatório-inibitório no córtex pré-frontal. Assim como a mielinização reduzida, também, altera o padrão de conectividade (Insel, 2010).

Até o momento, as causas da esquizofrenia permanecem pouco compreendidas. Entretanto, fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais são considerados na hipótese de seu desenvolvimento. As alterações neurobiológicas cursam e interagem com fatores de risco importantes como os gatilhos ambientais e as alterações epigenéticas. Os mecanismos epigenéticos na Esquizofrenia tem sido estudo ao longo de vários anos, como a hipermetilação de regiões promotoras específicas, resultando em alterações na plasticidade sináptica neuronal, como os neurônios GABAaérgicos corticais. Entre os Fatores de risco ambientais destacam-se as complicações obstétricas, traumas de infância, infecções virais perinatais, abuso de substâncias. Sabemos que existe um grande componente genético na esquizofrenia, mas é importante destacar a relevância de fatores ambientais e suas interações com esses genes (Owen et al., 2016). Nos últimos anos, os avanços tecnológicos tornaram possíveis os estudos de associação amplo do genoma (GWAS), para identificar locus genicos associados à esquizofrenia. Mais de 100 locus genicos identificados estão significativamente associados à esquizofrenia. Assim como muitas outras condições, a esquizofrenia é um distúrbio poligênico na maioria dos pacientes. Além disso, também compartilha vários genes envolvidos com outros transtornos psiquiátricos (Narayan et al., 2015; Owen et al., 2016).

O curso e a progressão da esquizofrenia podem estar relacionados com 3 fases fundamentais do cérebro: formação (neurogênese, proliferação neuronal, sinaptogênese,), reorganização (mielinização cortical, plasticidade sináptica, desenvolvimento da arborização dendrítica) e manutenção (atividade/suporte glial e reparo da mielinização; Millan et al., 2016). Modelos etiológicos alternativos propõem alterações nos circuitos cerebrais em vez de anormalidades em regiões específicas do cérebro. Por décadas, diversas hipóteses neuroquímicas têm sido apresentadas para explicar a causa subjacente da esquizofrenia, sendo que a mais amplamente discutida é a "hipótese dopaminérgica". Acredita-se que a dopamina seja a protagonista da exacerbação de sintomas psicóticos, desta maneira uma hiperatividade dopaminérgica no córtex mesolímbico contribui para os sintomas positivos da esquizofrenia, enquanto uma hipoatividade na via mesocortical pode resultar em sintomas negativos (Carlsson et al., 2006; Stahl, 2018). Entretanto, a teoria dopaminérgica, vista isoladamente, é considerada muito simplista para explicar todos os sintomas da esquizofrenia. Numerosas outras teorias, envolvendo os sistemas glutamatérgico, serotoninérgico, GABAérgico e imunológicos estão surgindo. (Stahl, 2018; Millan et al., 2016; Marenco et al., 2000).

A compreensão da fisiopatologia da esquizofrenia avançou nos últimos tempos, evoluindo de teorias etiológicas unicausais para modelos mais complexos que consideram a interação de inúmeros fatores genéticos e ambientais. Este avanço na compreensão dos fenômenos neurobiológicos é fundamental para identificação de alvos terapêuticos e desenvolvimento de novas tecnologias para o tratamento da esquizofrenia.

Correlação clínica

Os sintomas positivos da Esquizofrenia, caracterizados pela exacerbação das funções psíquicas, referem-se à distorção da percepção (alucinação), do pensamento inferencial (delírio), do pensamento e da linguagem (discurso desorganizado) e da monitoração comportamental (comportamento bizarro) e correspondem a uma hiperfunção dopaminérgica no sistema mesolímbico (Shirakawa, 2006).

Os sintomas negativos da Esquizofrenia, referem-se à diminuição da fluência do discurso ou pensamento (alogia), da expressão emocional (embotamento afetivo), da volição e impulso (abulia) e da capacidade hedônica (anedonia) e podem corresponder a uma hipoatividade mesocortical. Outras estruturas que constituem o sistema límbico, como o hipotálamo, o septo, a área paraolfatória, o epitálamo, o núcleo anterior do tálamo, porções dos núcleos da base, o hipocampo, a amígdala, o córtex órbitofrontal, o giro sub-caloso, o giro cingulado, o giro para-hipocâmpico e o úncus estão envolvidas no processo das emoções. Do ponto de vista cognitivo, as emoções maximizam a atenção e o processamento de informações, e organizam a percepção, o pensamento e o comportamento, com o objetivo de lidar da melhor forma possível com as situações que estão gerando a resposta afetiva (Pally, 1988).

Desta forma, poderíamos compreender, dentro de bases neurobiológicas, alguns comportamentos observados em pacientes esquizofrênicos, como a velocidade mais lenta dos processos mentais comprometendo a atenção, a dificuldade da reprodução mnêmica, a heteroagressividade, a impulsividade e a distorção perceptual da realidade dentre outros.

Timothy Crow ao postular, em 1980, a dicotomização da esquizofrenia nos subtipos I e II, talvez a classificação mais conhecida, procurou estabelecer uma distinção entre os processos etiológicos e o prognóstico. Os principais sintomas do Tipo I (ou síndrome positiva) são alucinações e delírios e os do Tipo II (ou síndrome negativa) são embotamento afetivo e a pobreza do discurso. A esquizofrenia Tipo I seria caracterizada pela predominância de sintomas positivos, boa resposta medicamentosa e ausência de achados na neuroimagem. Já a Esquizofrenia Tipo II apresentaria uma predominância de sintomas negativos, má resposta medicamentosa e achados na neuroimagem como atrofia do córtex pré-frontal e alargamento dos ventrículos. Esse modelo nosológico bidimensional preconizava que a esquizofrenia seria uma consequência filogenética indesejável da aquisição da linguagem por sua vez supradeterminada pela peculiar hemisferização assimétrica exibida pelo gêne-

ro Homo (Crow, 1990; Crow, 1995; Crow et al, 1996; Crow, 1999; Crow, 2006; Crow, 2008), hipótese escorada na relação entre habilidade verbal e tamanho aumentado do hemisfério esquerdo em destros.

Teoria da Mente na Esquizofrenia

Frith em 1992, foi pioneira na investigação da relação entre a Teoria da Mente e a Esquizofrenia, em resposta a um aumento do número de estudos que demonstravam a capacidade de inferir estava perturbada no Autismo. Assim surgiu a hipótese de a TM se encontrar comprometida na Esquizofrenia devido à falha da capacidade de auto e heteromonitorização dos estados mentais, o que estaria relacionado com a sintomatologia positiva e negativa associada a esta patologia.

Sabemos que existem perturbações linguísticas associadas à Esquizofrenia, sendo que uma das competências que surge mais deficitária se prende com as dificuldades na integração da informação contextual, motivo pelo qual a pragmática é considerada como um dos componentes da linguagem mais afetado nesta doença (Rocha, 2007). De fato, as pessoas com Esquizofrenia podem apresentar, relativamente, preservado no que concerne às estruturas semânticas e sintáticas, mas no uso da linguagem parecem residir as principais dificuldades (Meilijson, Kasher, & Elizur, 2004; J. Rocha, 2007). Sabendo que ambos os processos de compreensão e expressão da linguagem envolvem o reconhecimento das intenções do emissor e do receptor (Sperber & Wilson, 2002), inferimos imediatamente que as alterações ao nível da TM vão interferir no processo comunicativo destes sujeitos. Existem, assim vários estudos que indicam que pessoas com Esquizofrenia falham em tarefas envolvendo aspectos da "Teoria da Mente" (Lee et al. 2004; Brune, 2005). Os déficits ao nível da Teoria da Mente na Esquizofrenia têm sido associados a dificuldades na compreensão de metáforas, de ironia e implicaturas (Mitchley et al., 1998; Langdon et al.,2002; Tényi et al., 2002) e, também, com déficits ao nível do pensamento, linguagem e comunicação (Brune & Bodstein, 2005). Também, tem sido referido ao longo de várias décadas, que indivíduos com Esquizofrenia apresentam dificuldades na compreensão de provérbios, apresentando uma tendência para uma interpretação literal dos mesmos (Brune & Bodstein, 2005). Mitchley et al. (1998) concluíram que pessoas com Esquizofrenia têm dificuldades específicas em compreender ironia, sendo que estas dificuldades não são decorrentes de déficits nas capacidades intelectuais.

Referências Bibliográficas

1- Brune, M., & Bodstein, L. Proverb Comprehension reconsidered – "Theory of Mind" and the pragmatic use of Language in Schizophrenia. Schizophrenia Research, 75, 233-239, 2005.

2- Carlsson and Carlsson. A dopaminergic deficit hypothesis of schizophrenia: the path to discovery. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8(1):137-42.

3- Crow T., Auditory Allucinatinations as Primary Disorders of Sintax: An evoluctionary Theory of the Origins of Language. Cognitive Neuropsychiatry, 9(1/2), 125-145, 2004.

4- Crow T., Who forgot Paul Broca? The Origin of Language as test case for Speciation Theory. Journal of Linguistics, 41, 133-156, 2005.

5- Frith C., The Cognitive Neuropsychiatry of Schizofrenia. London: Lawrence Erbaulm Associates, 1992.

6- Insel TR. Rethinking schizophrenia. Nature. 2010 Nov 11;468(7321):187-93.

7- Langdon, R., Davies, M., & Coltheart, M., Understanding minds and understanding communicated meanings in schizophrenia. Mind and Language, 17, 68-104. 2002.

8- Lee, K., Olson, D., Torrance, D. Chinese children`s understanding of false belief: The role of language. Journal of Child Language, 26, 1-21, 1999.

9- Marenco, et al. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: following a trail of evidence from cradle to grave. Dev Psychopathol 2000; 12:501–527.

10- McCutcheon et al. Schizophrenia--An Overview. JAMA Psychiatry. 2020 Feb 1;77(2):201-210.

11- McHugh et al., The Ultra-High-Risk for psychosis groups: Evidence to maintain the status quo. Schizophr Res. 2018 May;195:543-548.

12- Meilijson, S., Kasher, A., & Elizur, E. Language Comunication in Chronic Schizophrenia: A Pragmatic Approach. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 47, 695-713. 2004.

13- Millan et al., Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. Nat Rev Drug Discov. 2016 Jul;15(7):485-515.

14- Mitchley, N., Barber, J., Gray, Y., Books, N., Livingston, M. Comprehension of irony in schizophrenia. Cognitive Neuropsychiatry, 3, 127-138. 1998.

15- Narayan et al., Schizophrenia in identical twins. Indian J Psychiatry. Jul-Sep 2015;57(3):323-4.

16- Owen et al., Schizophrenia. Lancet. 2016 Jul 2;388(10039):86-97.

17- Pally R. "Emotional processing: the mind-body connection". The International Journal of Psychoa-analysis, 79:349-362, 1998.

18- Pino et al., Neurodevelopment or neurodegeneration: review of theories of schizophrenia. Actas Esp Psiquiatr. 2014 Jul--Aug;42(4):185-95. Epub 2014 Jul 1.

19- Rocha J., Análise da Componente Pragmática da Linguagem de Pessoas com Esquizofrenia. Dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição. Aveiro: Universidade de Aveiro. 2007.

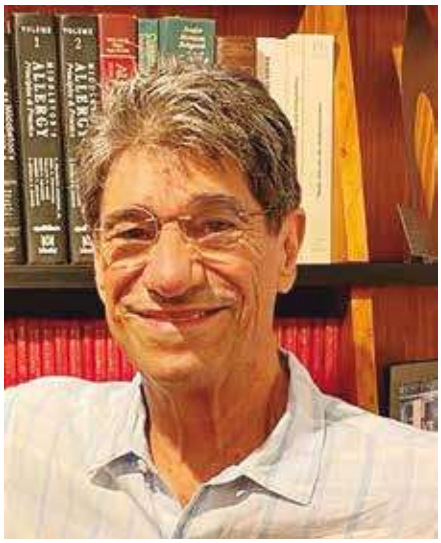
20- Shirakawa I., A evolução dos critérios diagnósticos da Esquizofrenia, PEC, Programa de Educação Continuada, Editora Guanabara Koogan: ABP, Rio de Janeiro, 2006.

21- Sperber, D., & Wilson, D. Pragmatics, modularity and mind reading. Mind and Language, 17, 3-23. 2002.

22- Tényi, T., Herold, R., Szili, I., & Trixler, M. Schizophrenics show a Failure in the Decoding of Violations of Conversational Implicatures. Psychopathology, 35, 25-27. 2002.

Anafilaxia

Dr. Mauro Diniz Moreira*



Dr. Mauro Diniz Moreira

Comparando-se a incidência de anafilaxia com as taxas de acidentes rodoviários letais, observa-se que enquanto usamos carros com cintos de segurança, airbags e procuramos nos adaptar a diretrizes de direção, providências similares de segurança não são tomadas, por exemplo, com os portadores de alergia alimentar grave. (AGNASTOU)

Introdução

Óbitos por anafilaxia, provavelmente evitáveis, continuam ocorrendo. Em um triste exemplo, uma jovem faleceu durante voo de Londres a Nice, após ingestão de sanduiche comprado no aeroporto. A embalagem não trazia registro da presença de sementes às quais tinha sensibilidade. Não havia adrenalina a bordo.[1]

As consequências negativas de acidente anafilático, ainda que não fatal, são várias e impactantes, em especial na ausência de diagnóstico etiológico e de um plano de prevenção. A persistente ansiedade diante de eventual novo ataque poderia ser minimizada pelo porte de auto injetores de epinefrina (adrenalina), medicamento de escolha no socorro imediato à reação anafilática. No entanto, apenas pequena parcela dos indivíduos envolvidos recebe instruções e prescrições para tal finalidade. Na maioria dos casos, o paciente e seus familiares adotam restrições menos baseadas na ciência médica e mais em aparente senso comum, abstendo-se em reuniões e festas de alimentos e bebidas muitas vezes sem relação aos agentes etiológicos específicos. Também, nos casos de quadros alérgicos agudos não anafiláticos, convivem com tensão similar. Os temores, por vezes, iniciam-se no atendimento hospitalar de urgência. Comentários, aparentemente inocentes, feitos por profissionais de saúde podem gerar grande ansiedade. Um desses, frequentemente, ouvido em Serviços de Pronto Socorro: "ainda bem que veio logo; se demorasse mais poderia ter a garganta fechada", costuma promover devastadora e duradoura ansiedade. Ainda, os quadros anafiláticos, que acontecem em restaurantes, costumam ser alvo de processos complexos de diagnóstico e de questionamento judicial contra o estabelecimento comercial. Por outro lado, esses pacientes enfrentam, ocasionalmente, descrença de profissionais de saúde, quando relatam restrição para determinado agente. Como exemplo, cito o fato ocorrido com um paciente do autor que, apesar de ter apresentado em Serviço de Emergência orientação para não utilização de determinado medicamento analgésico, foi tratado, com consequências desastrosas, com composto assemelhado ao envolvido na etiologia do quadro anafilático.

Em virtude da escassa informação existente para o clínico geral sobre aspectos diagnósticos e de controle do problema, resolvemos apresentar uma breve resenha sobre o tema com vistas a auxiliar o médico não especialista no manejo de aspectos relevantes da anafilaxia.

Epidemiologia

Estudos epidemiológicos sobre anafilaxia apresentam resultados diversos em função dos diferentes enfoques utilizados.[2] Dados europeus indicam prevalência de 1,5 a 7,9 casos por 100.000 pessoas/ano. Em pacientes hospitalizados por doenças diversas nos EEUU, registraram-se taxas de 1 em 3.000 internados.[3] No que se considera ser o maior estudo de revisão de literatura, a prevalência registrada, também nos EEUU, foi de 0,05 a 2,0 casos por 100.000 indivíduos.[4] Apesar de o óbito por anafilaxia ser raro, sempre deve ser considerada como emergência médica.

Diagnóstico

Anafilaxia é definida como reação de hipersensibilidade imediata, podendo se apresentar com manifestações clínicas variadas. Atinge mais de um aparelho ou sistema e implica risco de morte.

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

Mesmo que os sintomas sejam leves ou moderados, manifestações agudas de hipersensibilidade em mais de um aparelho ou sistema seguindo-se à exposição de um agente conhecido, são, de fato, anafilaxia. Ou seja, não é a intensidade do quadro clínico que determina o diagnóstico.

Diagnostica-se anafilaxia na presença de qualquer um dos três critérios abaixo, associados a possível exposição a alérgeno: [2, 5]

I) Início rápido (minutos ou, mais raramente, poucas horas) com envolvimento cutâneo, mucoso ou ambos e, pelo menos, uma das seguintes manifestações, ocorrendo rapidamente após exposição a um agente supostamente alergênico: a) desordem respiratória (tosse, dispneia, broncoespasmo, estridor ou hipóxia); b) PAS diminuída* ou sintomas associados a disfunção periférica (hipotonia, síncope, incontinência);

II). Duas ou mais das seguintes manifestações ocorrendo, rapidamente, após exposição a um provável agente:

a) Envolvimento de pele/mucosas;
b) Desordem respiratória;
c) Pressão arterial comprometida ou disfunção periférica;
d) Sintomas gastrintestinais persistentes.

III) Pressão arterial reduzida ou disfunção periférica associada à exposição a um possível alérgeno.

O desconhecimento da importância e da prevalência pode levar a não se cogitar do diagnóstico, mas a hipótese de anafilaxia não deve ser menosprezada por seu potencial de letalidade. Casos graves iniciam- se, por vezes, discretamente, não devendo ser minimizados em sua importância bem como na ausência de sinais respiratórios e/ou cutâneos (10% a 20% das vezes).

Diagnóstico Diferencial

Eritema Súbito (Flushing)

As síndromes eritematosas súbitas são levadas em conta no processo diagnóstico diferencial. Conhecidos pelo vocábulo inglês flushing, tais quadros englobam ampla gama de doenças. Trata-se de súbita sensação de calor acompanhada de eritema que pode coexistir com sudorese - as fibras do SNA também inervam glândulas de suor. Há preferência por determinada topografia: parte alta do tronco, membros superiores e face. São causados, mais comumente, por febre, hipertermia, rosácea, emoções, medicamentos e determinadas doenças. Relacionamos abaixo algumas causas de flushing que devem ser tomadas em conta no diagnóstico diferencial.

Síndrome Carcinoide

Tumores neuroendócrinos, especialmente no aparelho digestivo, fornecem substancias vasoativas - mais de 40 são listadas - que produzem quadros de flushing, taquicardia e hipotensão ocasional.[5] O ácido 5-hidroxi-indolacético (produto final do metabolismo da serotonina liberada), encontra-se aumentado na urina de 24 horas.

Menopausa

O déficit progressivo de estrogênio desencadeia sintomas diversos que constituem a síndrome da menopausa. Além da diminuição da lubrificação vaginal, depressão, alterações no sono e diminuição da libido, ocorrem episódios de eritema súbito acompanhados de sensações desconfortáveis de calores na face e no tronco. Pode ocorrer hipotensão nesses episódios.

Mastocitose

A mastocitose é doença rara, causada por produção exagerada e acúmulo patológico de mastócitos em um ou mais tecidos. Tais infiltrações determinam fenômenos clínico-patológicos, seja pela disfunção promovida pelo acúmulo tissular, seja pela liberação de mediadores daqueles focos. Os sítios mais afetados são a pele, a medula óssea e o aparelho digestivo e, em seguida, fígado, baço e gânglios linfáticos. O mastócito armazena substâncias farmacologicamente ativas em seus grânulos citoplasmáticos. A exocitose desses grânulos acontece por vários mecanismos, imunológicos ou não e quando maciça, provoca hipotensão, eritema, prurido, síncope, fadiga, cefaleia e choque. Sintomas digestivos são comuns: dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia. Anafilaxia por picadas de himenópteros, (marimbondo, vespas, abelhas), especialmente com testes cutâneos negativos para os venenos dos insetos, pode constituir apresentação atípica de mastocitose. O diagnóstico laboratorial se faz por dosagem da triptase sérica, que se encontra aumentada. A demonstração histológica de lesões difusas ou focais de mastócitos nos tecidos infiltrados sela o diagnóstico.[6,7]

Feocromocitoma

A secreção de catecolaminas por tumores de células cromafínicas das glândulas adrenais resulta em quadros de sudorese, picos de hipertensão e taquicardia. A dosagem das catecolaminas urinárias encontra-se aumentada.

Carcinoma medular da tireoide

Tumor neuroendócrino que produz calcitonina. A secreção de calcitonina e de outros peptídeos vasoativos leva a sintomas de diarreia e flushing facial.

Medicamentos

Vasodilatadores como bloqueadores dos canais de Cálcio, inibidores da fosfodiesterase[5] (sildenafil etc.), betabloqueadores, hormônios, glicocorticoides, vancomicina, metoclopramida, meios de contraste radiológicos, anti-inflamatórios não hormonais etc.); e associação de álcool com disulfiram, cefalosporinas, griseofulvina e imidazólicos podem promover reações sistêmicas não alérgicas que, ocasionalmente confundem-se com a reação anafilática. Pele, aparelho digestivo, circulatório, respiratório e SNC são envolvidos.

Síndrome de enterocolite associada a intolerância a proteína alimentar (FPIES)

Manifestação alérgica independente de IgE e mais comum nas crianças. Os pacientes exibem quadros de vômitos repetidos, frequentemente acompanhados de letargia, o que pode gerar confusão com anafilaxia provocada por alimentos. Os agentes mais frequentes são leite de vaca, soja e, mais raramente, alimentos sólidos. Caracteristicamente, a IgE específica para o alimento não está aumentada. Diferencia-se, também, por não haver sintomas respiratórios e cutâneos. Pode aparecer choque hipovolêmico. O quadro não é revertido com o uso de adrenalina.[8]

Anafilaxia noturna

Anafilaxia ocorrendo durante o sono aponta para a hipótese de sensibilidade à galactose-alfa-1,3-galactose (alfa-gal), alérgeno presente na carne vermelha. Incomum, caracteristicamente tem início cerca de 4 horas após a ingestão. Tem baixa prevalência apesar do alto consumo global de carne. Como a carne quase sempre é ingerida após cocção, provavelmente os alérgenos são assim destruídos.

Reações a aditivos nos alimentos

Reações de eritema e, ocasionalmente, hipotensão podem acompanhar ingestão de sulfitos, presentes em bebidas como vinhos e cervejas. Glutamato monossódico, um aditivo alimentar, pode desencadear reações similares. Trabalho duplo cego controlado com placebo, realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro, mostrou segurança na ingestão do corante amarelo tartrazina, apontado no passado como agente causador desses sintomas.[9]

Escombroidose

Peixes e, mais ocasionalmente, queijo suíço podem acumular quantidades apreciáveis de histamina quando mantidos em temperatura ambiente superior a 20° C, provocando sintomas anafilactoides que se iniciam cerca de 1 hora após a ingestão e são caracterizados por eritema súbito em face e parte alta do tronco. Podem ser acompanhados de broncoespasmo. Importante aspecto no diagnóstico diferencial é o fato de que a manifestação não envolve especificamente uma pessoa e sim todos que ingeriram o alimento. O tratamento é à base de anti-histamínicos injetáveis.

Disautonomias

Idosos podem apresentar fenômenos de disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC).

**Crianças e adolescentes: PAS < ao limite mínimo para a idade (1mês a 1 ano: < 70 mmHg; 1-10 anos: < 70 mmHg + 2 X a idade; 11-17 anos: <90 mmHg). Adultos: < 90 mmHg ou < a 30% do registro pessoal de base).*

Como exemplos, a hipotensão postural, a retenção urinária, a urgência miccional etc. Hipotensão postural abrupta poderia trazer à baila o diagnóstico diferencial com anafilaxia. Ocorre na vigência do uso de medicamentos anti-hipertensivos, intolerância ortostática crônica e doenças neurodegenerativas. Aparece especialmente em idosos com história característica de postura de pé prolongada.[10]

Reação Vasovagal

Lipotimia comum em ambiente hospitalar e que caracteristicamente melhora com o decúbito.

Outros tipos de choque

Choque tóxico, hipovolêmico e choque cardiogênico devem entrar no diagnóstico diferencial.

Diagnóstico Etiológico da Anafilaxia

Drogas

As reações a medicamentos participam em cerca de metade dos casos de anafilaxia.[11]

Os agentes mais frequentemente envolvidos são:

Antibióticos

Penicilina é o antibiótico mais frequentemente envolvido nos casos de anafilaxia, mas a anafilaxia à penicilina está decrescendo provavelmente, pela diminuição no uso da forma injetável e pela raridade de anafilaxia causada por amoxicilina oral.[12,13,14]

Relatos de alergia à penicilina são frequentes, especialmente em idosos internados, mas a maioria tem resultados negativos quando desafiados por provocação oral duplamente cega. História de eventos antigos de mais de 10 anos, não imediatos e com exceção das reações tóxico-bolhosas (Necrólise Epidérmica Tóxica, Síndrome de Stevens-Johnson) e DRESS (Reações a Drogas com Eosinofilia e Comprometimento Sistêmico), autorizam desafio aberto com dose oral.[15] Porém, reações imediatas e repetidas, ainda que leves, são fatores de risco e contraindicam o desafio oral.

Testes cutâneos com penicilina são indicados, já que possuem alta predição negativa e quando esses testes não são acompanhados de reação com pequena dose oral de amoxicilina, a predição negativa é da ordem de 99%. O valor preditivo positivo de um teste positivo com penicilina, no entanto, é de cerca de 50% e pacientes com testes positivos devem receber alternativamente outro antibiótico ou serem submetidos a dessensibilização rápida se a indicação clínica é mandatória. Recente publicação,[16] baseada em trabalho com 410 pacientes acompanhados em dois centros italianos e um belga, aponta que na presença de característica que os autores denominam "1-1-1" – reação urticariforme surgida na 1ª dose, na primeira hora e que desaparece em um dia ou menos com a suspensão do beta-lactâmico, tem grande possibilidade de prever teste positivo.

Cefalosporinas contêm anel beta lactâmico em sua estrutura e, por algum tempo, seu uso foi considerado de risco em pacientes com alergia à penicilina. Atualmente, acredita-se que apenas em 2 % desses casos haja sensibilidade clínica cruzada, mormente com cefalosporinas de primeira geração.[14]

Anti-inflamatórios não esteroides

Analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são frequentemente envolvidos em reações adversas a drogas.[17]

Os AINE provocam reações de diferentes tipos.18 Uma delas é a exacerbação de quadros sintomáticos de urticária crônica e angioedema ou de doença respiratória (rinite e asma – estas especialmente em pacientes portadores de rinossinusites crônicas com polipose). Essas reações são chamadas de reações de classe, pois a inibição da cicloxigenase 1 (COX-1) pelos AINE, sendo esse o suposto mecanismo fisiopatológico. Em pacientes não portadores de urticária e rinite ou asma, podem aparecer reações por inibição da COX-1 com desenvolvimento de urticária e angioedema agudos e/ou fenômenos respiratórios. Também, é vista como reação de classe, quando envolvem diversos AINE.

De interesse para a anafilaxia são as reações via IgE contra estruturas moleculares antigênicas do analgésico / AINE. Já não se trata, então, de efeito de classe e sim de verdadeira reação alérgica ao medicamento e não aparece para outros integrantes do grupo.

A diferenciação de cada um dos tipos descritos é eminentemente clínica, ainda que desafios com exposição à droga, em ambiente hospitalar, façam parte eventualmente, do processo diagnóstico.[18]

Meios de contraste radiológico

Os meios de contraste radiológico (MCR) ocupam lugar de importância entre as drogas desencadeadoras de reações anafiláticas e anafilactoides. Apesar de contribuírem com incidência de cerca de 0,01% a 0,04%, os números absolutos da anafilaxia aos MCR são elevados pela quantidade de exames radiológicos com emprego de MCR - mais de 75 milhões de exames anuais no mundo.[19,20]

São utilizados, como meios de contraste, compostos benzeno derivados com radicais iodados e compostos derivados de gadolínio. Os MCR iodados são divididos em contrastes iônicos, que se dissociam em partículas com carga elétrica quando em solução e não iônicos quando as partículas ionizantes são em número desprezível. Subdividem-se, ainda, em monoméricos e diméricos, sendo que os monômeros iônicos não são mais utilizados pela frequência mais elevada de reações adversas. A quantidade de partículas liberadas por volume de solução determina a osmolaridade do contraste. Contrastes iônicos são hiperosmolares. Acredita-se que a osmolaridade acima da fisiológica provoca a liberação de histamina e de outras substâncias vasoativas por via não imune, produzindo reações sintomáticas similares às da hipersensibilidade imediata via anticorpo da classe IgE. Modernamente, esses compostos foram substituídos por outros com baixa capacidade ionizante chamados não iônicos ou hiposmolares o que fez com que a incidência de reações diminuísse significativamente.

Algumas reações aos MRC iodados são alérgicas, ocorrendo através da participação de imunoglobulina E específica para determinado componente estrutural da fórmula da droga. Em tese, poderiam ser diagnosticadas – e previstas – por testes cutâneos de leitura imediata (TCLI). São, no entanto, de baixa incidência como causadores de anafilaxia - ao redor de 4% dos casos. Daí a pequena importância dedicada, atualmente, aos TCLI na prevenção das reações adversas aos MCR iodados.

A asma tem sido considerada fator de risco para reações imediatas aos MCR. Todavia, falta padronização a esse respeito visto ser a asma doença que varia em intensidade e frequência, desde os casos intermitentes ou eventuais e leves até os com sintomas persistentes e severos, demandando uso contínuo de corticosteroides, broncodilatadores e anticolinérgicos inalatórios em doses plenas e corticosteroides sistêmicos.[21]

O reconhecimento rápido e consequente tratamento de eventual reação ao MCR são mandatórios. A existência de pessoal treinado, equipamento e material no local do exame, reduz drasticamente os riscos de morbimortalidade. Lembremos que êxito letal por acidente anafilático em paciente em que se tenha feito uso imediato de adrenalina é evento raro.

A história de exames anteriores constitui-se em fator central na prevenção de acidente anafilático a MCR. Quem já apresentou reação severa a um determinado MCR iodado encontra-se em risco mais elevado e merece ser alvo de prevenção farmacológica (pré-tratamento) caso o exame seja mandatório. Nestes casos, torna-se obrigatório o uso de MCR iodado diferente.

O uso de pré-tratamento farmacológico não se justifica na vigência de sensibilidade a frutos no mar ou para quem não apresentou reação em exame anterior ou a teve de forma leve. Não se justifica, também, para quem apresente doença atópica ou asma leve/moderada não persistente.

Patterson e Greenberger[22] descreveram em 1986, o que seria a prevenção farmacológica de acidentes anafiláticos a MCR. Recomendavam doses elevadas (40 mg de prednisona) a cada 4 a 6 horas desde o dia anterior ao exame e anti-histamínico injetável 1 hora antes do procedimento. Esse esquema vem sendo utilizado há mais de 35 anos sem modificações, o que causa espécie, visto que outras abordagens poderiam ser utilizadas. Temos proposto, com sucesso, esquemas medicamentosos diferenciados e menos agressivos, com resultados efetivos (dados não publicados).

Nem sempre o pré-tratamento é eficaz. Portanto, o acompanhamento do paciente du-

rante o procedimento e consequente pronta intervenção quando necessária, seguem sendo a chave para inibir reações adversas.

Já os contrastes empregados em exames de imagem por Ressonância Magnética (RM) são derivados de gadolínio, compostos estruturalmente diversos dos MCR iodados e que seriam responsáveis por cerca de 0,001% a 0,003% dos casos de anafilaxia nos exames de imagem em que são empregados.[23] Não reagem de forma cruzada com os MCR iodados.

Alimentos (15 a 20 % dos casos)

Leite de vaca, sementes oleaginosas e frutos do mar são os agentes alimentares mais frequentemente envolvidos. Apresentam maior importância na população pediátrica.[2]

Venenos de Himenópteros

Venenos de insetos himenópteros picadores (abelhas, vespas, marimbondos) e proteínas da saliva (mordedura de formigas) são agentes importantes no desencadeamento de anafilaxia. O uso de auto injetores de adrenalina e a imunoterapia com veneno (abelhas, vespas) ou extratos do corpo de insetos (formigas), são eficazes na prevenção de novas reações anafiláticas. [24,25]

Anafilaxia Perioperatória

O reconhecimento de reação anafilática durante o ato cirúrgico nem sempre é tarefa fácil. O paciente está, frequentemente, coberto e a percepção de manifestações cutâneas pela equipe médica pode não ocorrer. Além disso, hipotensão durante a cirurgia nem sempre leva a se pensar em anafilaxia e choque de outra natureza costuma preponderar nas buscas de diagnósticos etiológicos nessas ocasiões.

A anamnese é sempre bem importante na busca do agente etiológico nas reações anafiláticas perioperatórias. A revisão das intervenções cirúrgicas anteriores e seus desfechos costuma trazer importantes contribuições. A recuperação das fichas de internação cirúrgica pode determinar procedimento seguro com drogas usadas anteriormente e que não acarretaram reações adversas bem como oferecer indícios sobre drogas envolvidas em acidentes anafiláticos.

Antibióticos são geralmente administrados no período de indução da anestesia. Um número restrito é responsável pela maior parte de acidentes anafiláticos: penicilina, teicoplanina, cefuroxime e flucloxacilina. Importante realçar que um bom número de casos, em que teicoplanina é utilizada, é de pessoas com história de alergia a penicilina. Apesar de esse rótulo vir decrescendo, pacientes, especialmente os idosos, informam suposta alergia à penicilina. Com a utilização do desafio duplo cego controlado por placebo, muitos desses casos puderam ser "desrotulados".

Bloqueadores neuromusculares, especialmente suxametonium e rocurônio, aparecem em lugar de destaque nas estatísticas de acidentes anafiláticos perioeratórios. Testes cutâneos podem detectar sensibilidade via IgE para tais agentes. Antissépticos locais representados pela clorhexidina, também, têm sido envolvidos na gênese de determinados casos.[23]

Látex, que já foi causa frequente de alergia imediata, parece estar decrescendo de importância.

Tratamento

O tratamento mandatório consiste de injeção intramuscular no vasto lateral da coxa, de epinefrina (adrenalina) em solução milesimal. A dose é de 0,5 ml para pacientes acima dos 12 anos e de 0,001 mg/kg na população pediátrica. Pode ser repetida até 3 vezes em intervalos de 5 a 15 minutos. Não existe contraindicação absoluta para seu uso. A ação terapêutica inicia-se em poucos minutos. Efeitos colaterais de taquicardia, palidez, tremores finos e costumam ser de baixa intensidade.

Medidas gerais: paciente em decúbito com membros inferiores elevados, infusão de cristaloide intravenoso (500 - 1000ml) nos primeiros 15 minutos.[26]

Anti-histamínicos e corticosteroides não são medicamentos de primeira escolha no tratamento da anafilaxia. Ao contrário dos anti-histamínicos, a adrenalina combate a vasodilatação difusa e a constrição brônquica por sua ação adrenérgica, contrabalançando a ação da histamina liberada. Os anti-histamínicos não antagonizam a histamina já liberada e, sim, competem por receptores com o mediador a ser formado na reação anafilática. Sua ação inicia-se após cerca de até 30 minutos da aplicação, bem diferentemente da epinefrina, de efeito imediato. Os corticosteroides têm sido apresentados como importantes na prevenção da anafilaxia bifásica, quando a reação alérgeno e IgE ainda permanece, mas a adrenalina utilizada já se esgotou no organismo e os sintomas reaparecem.

Nos casos de anafilaxia, o paciente deve permanecer em observação (cerca de 6 horas para adultos, 6-12 horas para adolescentes e 24 horas para crianças) em virtude de prevenção de eventual reação bifásica, quando o agente provocador permanece no organismo, mas a adrenalina utilizada se findou.

Auto injetores de adrenalina devem ser prescritos. São parte de um plano de manejo que passa por educação e controle. São comercializados em doses pré-determinadas. Não são fabricados em nosso país apesar dos protestos e estímulos da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia.[23]

Referências bibliográficas

1. BBC https://www.bbc.com/news/av/uk-england-london-45703868

2. Anagnostou K, Turner PJ. Myths, facts and controversies on diagnosis and management of anaphylaxis. Arch Dis Child 2019;104:83-90.

3. Tanno LK et al. Critical views of anaphylaxis epidemiology: open questions and new perspectives. Allergy Asthma Clin Immunol 2018;14:12.

4. Liebermann P et al. The diagnosis and management of anaphylaxis: An updated practice parameter. J Allergy Clin Immunol 2005;115(3):S483-S523.

5. Simons FER et al- World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. WAO J 2011;4:13-37.

6. Akin C, Valent P. Diagnostic Criteria and Classification of Mastocytosis in 2014. Immunol Allergy Clin N Am 2014;34:207-18.

7. Doyle LA, Hornick JL. Pathology of Extramedullary Mastocytosis. Immunol Allergy Clin N Am 2014;34:323-39.

8. Nowak-Wegrzyn A. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein–induced enterocolitis syndrome: Executive summary—Workgroup Report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. J Allergy Clin Immunol 2017;139:1111-26.

9. Pestana S, Diniz M, Olej B. Safety of ingestion of Yellow Tartrazine by double-blind placebo-controlled challenge in 26 atopic adults. Allergologia et Imunopathologia (Madrid) 2010;38(3):142-6.

10. Jansen R. Postprandial hypotension: epidemiology, pathophysiology and clinical management. Ann Intern Med 1995;122(4):286-95.

11. Pastorino AC et al. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia; Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Projeto Diretrizes AMB e CFM 2011 – asbai.org.br.

12. Macy E et al. Practice management of antibiotic hypersensitivity in 2017. J Allergy Clin Immunol Pract 2017;5(3):577-86.

13. Brockow K et al. EAACI position paper on how to classify cutaneous manifestations of drug hypersensitivity. Allergy 2019;74(1):14-27.

14. Shenoy E et al. Evaluation and Management of Penicillin Allergy a Review. JAMA 2019;321(2):188-99.

15. Reichel A et al. De-labelling antibiotic allergy through five key questions. Clin Exp Allergy 2020;50:532-5.

16. Sabato V et al. Urticaria: The 1-1-1 Criterion for Optimized Risk Stratification in β-Lactam Allergy Delabeling. J Allergy Clin Immunol Pract 2021;9(10):3697-704.

17. Torres MJ et l. Hypersensitivity Reactions to Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. Immunol Allergy Clin N Am 2014;34:507-24.

18. Kowalsky ML, Stevenson DD. Classification of Reactions to Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. Immunol Allergy Clin N Am 2013;33:135-45.

19. Kim SR et al. Varied incidence of immediate adverse reactions to low-osmolar non-ionic iodide radiocontrast media used in computed tomography. Clin Experim Allergy 2016;47:106-12.

20. American College of Radiology. ACR Manual on Contrast Media. 10º ed.2015.

21. Global Initiative for Asthma (GINA) Pocket guide for Asthma Management and Prevention Updated 2019 Ed.

22. Greenberger PA, Patterson R, Radick RC. Two pre--treatments for high-risk patients receiving radiographic contrast media. J Allergy Clin Immunol. 1984;74:540.

23. Silva BG et al. STATEMENT ASBAI POSICIONAMENTO DA ASBAI SOBRE CONTRASTES EM RADIOLOGIA Informações e orientações sobre a utilização da pré-medicação. ASBAI.org.br.

24. Freeman TM et al. Imported fire ant immunotherapy: effectiveness of whole body extracts. J Allergy Clin Immunol 1992;90:210-5.

25. Adelmeyer J et al. Long-term impact of Hymenoptera venom immunotherapy on clinical course, immune parameters, and psychosocial aspects. Alergologie Select. 2021(5):57-66.

26. Simons FER. Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 2010;125:S161-81.

O CREMERJ promove homenagem pelo Dia Internacional da Mulher

Em 1970, a Organização das Nações Unidas oficializou o dia 08 de março como Dia Internacional da Mulher. Essa data comemorativa simboliza a luta histórica das mulheres por igualdade de direitos.

Nos dias atuais, embora ainda bastante discreta, a marcante presença das mulheres é incontestável em todos os segmentos da sociedade. Na medicina, as mulheres somam 51% da população médica no Estado do Rio de Janeiro.

Em comemoração a essa data tão importante, o CREMERJ realizou no dia 09, deste mês de março, uma solenidade na qual foram homenageadas cinco médicas de seguimentos e trajetórias distintas, por suas contribuições à medicina no Estado do Rio de Janeiro: Dra. Elazir de Barros Fontoura, Dra. Denise Leite Maia Monteiro, Dra. Kátia Telles Nogueira, Dra. Roberta Carvalho de Jesus e Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira, presidente da Associação Médica Fluminense. Dra. Zelina Caldeira, em seu pronunciamento, além de externar sua gratidão, estendeu essa homenagem a todas as colegas médicas.

Também foi homenageada a Sra. Ana Martha, colaboradora Gerente Geral do CREMERJ, que muito tem se destacado em sua função.

Idealizado pela segunda vice-presidente do Conselho, Dra. Celia Regina da Silva, o evento reuniu o presidente do CREMERJ, Dr. Clóvis Munhoz; os assessores especiais da presidência, Dr. Sylvio Provenzano e Dr. Walter Palis; o Diretor do CREMERJ e presidente da SOMERJ, Dr. Benjamin Baptista de Almeida; o presidente da Academia de Medicina do Rio de Janeiro, Dr. Eduardo K. Coutinho e o diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (do SAPS/MS), Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto, representando o Ministério da Saúde.

Na ocasião foi ministrada a palestra "Mulheres na Medicina: Desafios e Perspectivas", pelo professor Antônio Braga Neto.

Entre os presentes, citamos alguns conselheiros do CREMERJ, representantes de diversas instituições, colegas médicos convidados e familiares das homenageadas. Também estiveram presentes os Diretores da Associação Médica Fluminense, Dra. Christina Bittar, Dr. Gilberto Garrido, Dr. Jorge Abunahman, Dra.Karin Jaegger e Dra. Valéria Patrocínio.

SOBRAS DISTRIBUIDAS E FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL

UNICRED NITERÓI

A noite de 24 de março passado foi de satisfação para os Cooperados da Unicred Niterói e tranquilidade para a empresa. Nela foi realizada a Assembleia Geral Ordinária de 2022 da Cooperativa.

Mantendo o histórico favorável, o ano fiscal foi fechado com Resultado Positivo e, como consequência, deliberou-se por remuneração ao Capital e distribuição de Sobras.

Após detalhada apresentação do Relatório da Gestão e Prestação de Contas do Exercício, de muito fácil entendimento pelos Cooperados presentes graças ao modelo transparente, objetivo e pragmático das informações projetadas em mídia eletrônica, submetida à discussão, foi unânime a sua aprovação.

Também unânime foi a demonstração de consciência empresarial e integração cooperativista do plenário ao serem encaminhadas as propostas do Conselho de Administração quanto à Remuneração ao Capital e ao Destino das Sobras, as quais foram: fortalecimento do Capital Social por incorporação da remuneração ao capital individual e incremento da segurança institucional por reforço adicional ao Fundo de Reserva. E ainda sobraram algumas centenas de milhares de Reais para serem distribuídas em Conta Corrente daqueles que atuaram ativamente nos negócios financeiros da Cooperativa: um reforço à antecipação das sobras verdadeiramente distribuídas por meio da aplicação das mínimas taxas de juros viáveis nos empréstimos e financiamentos e máximas remunerações possíveis nas aplicações em RDC e LCI.

Indiscutivelmente, apesar das conturbações do ano, 2021 foi mais um bom ano para os nossos associados. Mérito da Gestão e mérito maior do Quadro Social fidelizado.

Também na Assembleia foi dado destaque a algumas metas do Planejamento Estratégico 2022. Atenção e execução de ações relativas ao preconizado nos três últimos Princípios Cooperativos serão desenvolvidas. Incremento nos Projetos Educativos internos e externos (5º Princípio), a prática regional da Intercooperação (6º Princípio) e a Ação Social Comunitária (7º Princípio), serão priorizados. Destaque maior das metas receberá a necessária convocação para breve de uma Assembleia Extraordinária de Reforma Estatutária, com o propósito de antecipar exigências já estabelecidas na nova Lei do Cooperativismo de Crédito, consolidar o índice aplicado para o Fundo de Reserva, sempre aprovado nas assembleias anuais na destinação de resultados dos exercícios, atualizar os valores do Capital Social Mínimo e a necessária e justa ampliação das categorias profissionais admissíveis ao Quadro Social.

Indicamos aos Cooperados a leitura atenta ao Relatório de Gestão 2021 e Planejamento Estratégico 2022, disponibilizados no site institucional ou em edição impressa disponível nas Unidades de Atendimento (PA's).

Dr. Roberto Wermelinger
Presidente

COMPARATIVOS

Parâmetros	2020	2021	>%
Quadro Social	3.388	3.458	4,95%
Patromônio Líquido	25.005	24.450	-2,2%
Fundo de Reserva	5.898	6.362	7,87%
Ativos Totais	128.880	135.968	5,50%
Operações de Crédito	47.389	60.061	27,74%
Taxa Média de Crédito	1.79%	1.54%	-13,96%
Depósito à Vista	33.240	33.420	0,54%
Depósito a Prazo	66.599	70.971	6,56%
Resultado Gerencial	1.344	1.571	16,89%
Sobras a distribuir	1.038	1.178	13,49%

UNICRED

Unicred Niterói
uma cooperativa
verdadeira
uma empresa consolidada

Premium em atendimento e excelência, a Unicred Niterói está sempre pronta para oferecer os melhores produtos e serviços aos seus cooperados.

Seja Cooperado!

unicred.com.br/niteroi

Polo Saúde Leste Fluminense: venha participar desse cluster

Alan Castro[1,2], Emanuele Nasser[1,3], Helen Marzarakis[1,4], Juliana Ventura[1,5], Vinícius Queiroz[1,6]

"O homem conformado adapta-se ao mundo e o inconformado procura adaptar o mundo a si. Portanto, todo o progresso depende deste último."
George Bernard Shaw (1856-1950)

Introdução

A riqueza de uma nação, assim como de um estado e município é medida pela capacidade de produzir, em quantidades suficientes, os bens e serviços necessários ao bem-estar de sua população[1]. Embora a maioria das métricas utilizadas para avaliar o progresso social valorize o desempenho econômico, o atendimento das necessidades básicas, a garantia de acesso aos serviços e a coesão social são elementos motivadores para se atingir um forte bem-estar[2]. Uma forma de buscar esse "bem-estar" pode ser através dos Polos, Clusters ou Aglomerados. Trata-se de uma iniciativa empreendedora, formada por empresas, instituições e diferentes profissionais autônomos, de um mesmo ramo ou segmentos de atividade correlata, que podem se relacionar num determinado tema ou cadeia produtiva. Estão instalados numa área geográfica próxima, com relações formalizadas e integradas, gerando conhecimento e desenvolvimento para todos os atores envolvidos. Esses polos também podem interagir com outros clusters, através de arranjos produtivos em locais complementares de forma física e virtual. O Polo Saúde Leste Fluminense (PSLF) tem como missão (Figura 1) "potencializar o desenvolvimento da cadeia de valor do setor de saúde, de forma integrada e colaborativa, com o propósito de melhorar a qualidade de vida das pessoas".

Figura 1: Missão, visão e valores do Polo Saúde Leste Fluminense

Figura 2: As principais profissões emergentes na saúde (Referência 10)

Bem-estar

Em 7 de abril de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu Saúde em sua Constituição[3] como: "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Desde então, a OMS continua firmemente comprometida com esse princípio, mantendo essa definição em seu site[4]. Apesar de avançada para a época, ela é considerada hoje em dia irreal e utópica, por visar uma perfeição inatingível, sem levar em conta as características de cada personalidade[5]. O bem-estar é a medida de resultado mais crítica das políticas. É vinculado ao sucesso nos níveis profissional, pessoal e interpessoal. Indivíduos com alto nível de bem-estar exibem maior produtividade no local de trabalho, aprendizagem mais eficaz, maior criatividade, comportamentos mais pró-sociais e relacionamentos positivos[6]. Portanto, bem-estar

[1]*Membro do Comitê Gestor do Polo Saúde Leste Fluminense*
[2]*Responsável pela nefrologia e transplantes renais do Complexo Hospitalar de Niterói*
[3]*Gerente de Estratégia e Novos Negócios Marketing do Grupo Nuttrir*
[4]*Diretora de Operações da Associação Brasileira de Startups de Saúde*
[5]*Coordenadora Regional Leste Fluminense SEBRAE*
[6]*Diretor do Hospital de Olhos de Niterói - Correspondência para: Alan Castro Azevedo e Silva, E-mail: pslf.comitegestor@gmail.com*

Quadro 1: Características de uma boa equipe interdisciplinar (Referência 11)	
Temas	Descrição
1. Liderança e gestão	Ter um líder claro da equipe, com direção e gestão claras; democrático; força compartilhada; apoio/supervisão; desenvolvimento pessoal alinhado à gestão de linha; líder que age e ouve.
2. Comunicação	Indivíduos com habilidades de comunicação; assegurar que existam sistemas apropriados para promover a comunicação dentro da equipe.
3. Recompensas pessoais, treinamento e desenvolvimento	Aprendizado; treinamento e desenvolvimento; oportunidades de treinamento e desenvolvimento de carreira; incorpora recompensas e oportunidades individuais, moral e motivação.
4. Recursos e procedimentos adequados	Estruturas (por exemplo, reuniões de equipe, fatores organizacionais, membros da equipe trabalhando no mesmo local). Garantir que os procedimentos apropriados estejam em vigor para defender a visão do serviço (por exemplo, sistemas de comunicação, critérios de encaminhamento apropriados e assim por diante).
5. Combinação de habilidades apropriadas	Habilidades, competências, mix de profissionais suficientes/apropriados, equilíbrio de personalidades; capacidade de aproveitar ao máximo os antecedentes de outros membros da equipe; ter um quadro completo de pessoal, substituição/cobertura atempada de lugares vazios ou ausentes.
6. Clima	Cultura de equipe de confiança, valorizando contribuições, nutrindo consensos; necessidade de criar um ambiente interprofissional.
7. Características individuais	Conhecimento, experiência, iniciativa, conhecer pontos fortes e fracos, capacidade de escuta, prática reflexiva; desejo de trabalhar com os mesmos objetivos.
8. Clareza de visão	Ter um conjunto claro de valores que orientam o direcionamento do serviço e do cuidado prestado. Retratando uma imagem externa uniforme e consistente.
9. Qualidade e resultados do atendimento	Foco, resultados e satisfação centrados no paciente, incentivando o feedback, capturando e registrando evidências da eficácia do atendimento e usando isso como parte de um ciclo de feedback para melhorar o atendimento.
10. Respeitar e compreender os papéis	Compartilhamento de poder, trabalho conjunto, autonomia

é um estado de bons sentimentos, que atinge todo o potencial holístico do mundo e que deve sempre ser almejado[7].

Trabalho multiprofissional

Profissão é definida como uma ocupação, cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática, o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo)[8]. No Brasil, foram construídas e regulamentadas catorze profissões de saúde[9]. No entanto, a crise, provocada pela pandemia da COVID-19, mostrou a necessidade de contar urgentemente com profissionais capacitados em tecnologia da informação, telemedicina, engenharia hospitalar e de dados, conforme pesquisa recente[10]. São as chamadas profissões emergentes na saúde (Figura 2). O fato é que o envelhecimento da população, com aumento de pacientes frágeis e várias doenças crônicas, aumentou a complexidade clínica. Atualmente, nenhum profissional de saúde é capaz de lidar sozinho com todas as necessidades de seu paciente. É preciso dispor de times interdisciplinares focados na integridade do cuidado (Quadro 1), que junte as fragmentações de cada profissional para obter eficácia e eficiência[11].

Visão econômica do Setor Saúde

Além de aumentar a qualidade e a expectativa de vida das pessoas, o Setor Saúde, também, alavanca a economia. Cerca de 12% dos postos de trabalho do país estão direta ou indiretamente relacionados ao setor. Em 2017, o Brasil gastou R$ 546 bilhões em bens e serviços de saúde, o que corresponde a 9,1% do PIB[12].

Importância do Setor Saúde no Leste Fluminense

Entre os principais segmentos da economia do estado do Rio de Janeiro, o de Saúde se destaca na sexta posição, com 80.359 empresas[13]. O Leste Fluminense engloba o segundo com maior número depois da cidade do Rio de Janeiro (Tabela 1), com 9.033 empresas. Niterói e São Gonçalo são os municípios que concentram a maior parte dessas empresas (83%). O setor vem crescendo e, segundo demonstrou o Boletim de Movimento Econômico da Secretaria Municipal de Fazenda de Niterói[14], o grupo "Atividades de atenção à saúde humana" teve um aumento de 30% da emissão de notas fiscais eletrônicas e alcançou em 2021 a primeira posição em arrecadação de INSS (Tabela 2).

O Polo Saúde Leste Fluminense

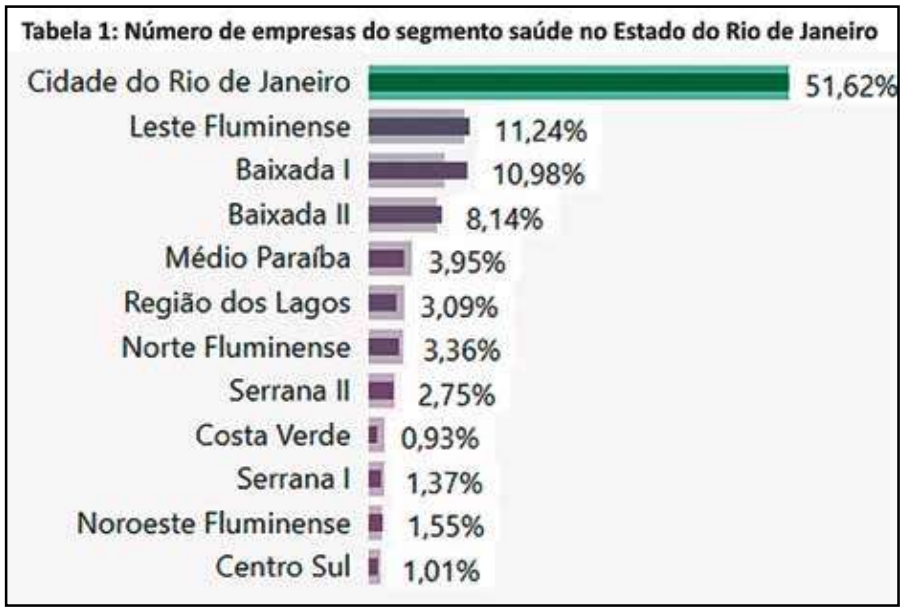
Diante da relevância e destaque que o setor vem ganhando, em maio de 2020, foi realizado o lançamento do Polo de Saúde de Niterói, com a presença de representantes de instituições como a Prefeitura de Niterói, Sindhleste, Firjan, Senac, Sebrae/RJ e Hospitais de Niterói. Depois disso, foi percebida a necessidade de expandir esse cluster para todos os municípios do Leste Fluminense.

O Polo de Saúde Leste Fluminense tem por objetivo criar na região uma rede organizada em prol de uma agenda conjunta e integrada, com foco em promover o adensamento da cadeia produtiva, buscando dar mais visibilidade à Região e ao Setor, incentivar o empreendedorismo, a capacitação das empresas, a qualificação de mão-de-obra e, ainda, contribuir para a promoção de negócios entre as grandes, médias e pequenas empresas.

Atualmente, conta com a participação de representantes do Hospital de Olhos de Niterói, CHN – Complexo Hospitalar de Niterói, Niterói D'Or, DASA, Clínica de Hemoterapia, Oflamoclínica, SUSGA, Diagnóstico por Imagem, ABSS – Associação Brasileira de Startups de Saúde, Laboratório Morales, Medshore, Niterói Convention & Visitors Bureau, Hospital do Coração Samcordis, Decordis, AMF – Associação Médica Fluminense, Grupo Nuttrir, Sindhleste, Cefet/RJ, Prefeitura de Niterói, UFF, IBEC, Sebrae, Firjan, Sesi e Senac.

Propostas do Polo

Entre as propostas atuais do Polo, destacam-se a convergência de esforços para melhorar a competitividade das pequenas empresas locais, a contribuição para a promoção de negócios, a geração de empregos e a atração de



novos fornecedores.

Além disso, suprir adequadamente o ambiente hospitalar com materiais que garantam qualidade, produtividade e satisfação dos pacientes com a prestação dos serviços. Auxiliando as organizações de saúde a administrarem e superarem esses principais desafios, através da capacitação profissional e realização de simpósios em parcerias com as Universidades da região.

Em relação às pequenas empresas que se relacionam direta ou indiretamente aos elos da cadeia produtiva da saúde, existe a necessidade de eliminar os gargalos na administração dos pequenos negócios. Soma-se a isso, a possibilidade de interagir com outros setores como turismo, gastronomia, comércios e serviços que possam atender pacientes e familiares que irão precisar consumir no momento em que vierem para a nossa região.

Enfim, criar pontes envolvendo setores interessados em trabalhar na prevenção, promoção e cuidados da saúde, para que possamos viver mais e melhor.

Conclusão

Conforme Alexander Osterwalder e Yves Pigneur ensinam em seu famoso livro Business Model Generation[15], o ponto de partida é a compreensão do que é realmente é um Modelo de Negócios. O potencial associativo e trabalho em rede do PSLF tem a capacidade de alinhar numa mesma visão transformadora o Primeiro (governos), Segundo (empresas) e Terceiro (associações sem fins lucrativos) setores. Entretanto, temos a certeza que não se faz nada sozinho. O todo é muito maior a partir da contribuição das partes.

Como participar?

Para participar do Polo, é importante ter sinergia com o setor e aderir a um grupo que tem como valores: integridade, transparência, respeito, confiança, sustentabilidade (ESG) e fazer contato com o Sebrae Niterói pelo telefone (21) 2719-8893.

Referências Bibliográficas:

1. Degen R J. O empreendedor: empreender como opção de carreira. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2009.

2. Miñarro S, Reyes-García V, Aswani S, Selim S, Barrington-Leigh CP, Galbraith ED. Happy without money: Minimally monetized societies can exhibit high subjective well-being. PLoS One. 2021;16(1):e0244569.

3. World Health Organization. Constitution of World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6

4.https://www.who.int/about/governance/constitution

5. Segre M. Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública. 1997; 31 (5): 538-542.

6. Ruggeri K, Garcia-Garzon E, Maguire Á, Matz S, Huppert FA. Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. Health Qual Life Outcomes. 2020;18(1):192.

7. Simons G, Baldwin DS. A critical review of the definition of 'wellbeing' for doctors and their patients in a post Covid-19 era. Int J Soc Psychiatry. 2021;67(8):984-991.

8. Machado MH, organizadora. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

9. Vieira ALS, Moyses NMN. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. 2017; 41 (113): 401-414.

10. Núcleo de Engenharia Organizacional, Departamento de Engenharia de Produção e Transportes Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Profissões Emergentes na Era Digital: Oportunidades e desafios na qualificação profissional para uma recuperação verde. 2021. Disponível em: https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/b7/5a/b75af-326-9c36-49e7-b298-1b9f0a3d4938/estudo_profissoes_emergentes_-_giz_ufrgs_e_senai.pdf

11. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. Hum Resour Health. 2013;11:19.

12. Ortiz M. Cluster de Saúde: um futuro promissor. Secretaria Municipal de Fazenda de Niterói. Disponível em https://www.fazenda.niteroi.rj.gov.br/blog/2021/09/17/cluster-da-saude-um-futuro--promissor/. (Acessado em 25/12/2021).

13. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE. Densidade de Empresas Estado do Rio de Janeiro. DataSebrae. Disponível em: https://datasebrae.com.br/densidade-de-empresas-rj/. (Acessado em 15/12/2021).

14. Secretaria Municipal de Fazenda de Niterói. Boletim de Movimento Econômico. 4ª Edição. Janeiro de 2022. Disponível em https://www.fazenda.niteroi.rj.gov.br/site/wp-content/uploads/2022/01/Boletim-de-Movimento-Economico-Quarto-Trimestre-2021.pdf (Acessado em 10/02/2022).

15. Osterwalde A, Pigneur Y. Business Model Generation - Inovação em Modelos de Negócios: um manual para visionários, inovadores e revolucionários. Rio de Janeiro, RJ: Alta Books, 2011.

VYP
medicina diagnóstica

QUALIDADE E TECNOLOGIA MAIS PERTO DE VOCÊ

NITERÓI • MARICÁ

A VYP Medicina Diagnóstica nasceu com o objetivo de aperfeiçoar e fortalecer o relacionamento entre o profissional de saúde e seu paciente na busca da assistência à saúde com excelência, respeito e humanismo.

Conheça alguns dos nossos exames:

- Exames de rotina
- Teste de covid-19
- Teste de gravidez
- Sexagem fetal
- Check-up laboratorial
- Exame de DNA
- Teste do pezinho
- Exame toxicológico

ICARAÍ
Rua Dr. Tavares de Macedo, 179
Icaraí, Niterói – RJ

CENTRO DE NITERÓI
Rua Dr. Borman, 49
Centro, Niterói – RJ

MARICÁ
Av. Nossa Senhora do Amparo, 180
Centro, Maricá – RJ

www.laboratoriovyp.com.br | 21 2703-6464

SINDHLESTE participa do encontro de hospitais da AHERJ, que abordou a saúde suplementar na pós-pandemia

No final de 2019, surgiu na China a doença infectocontagiosa que contaminou milhões de indivíduos e provocou inúmeras mortes no mundo todo. O coronavírus, no Brasil, atingiu uma grande parte da população, fragilizou a economia e impactou a rede de saúde pública e privada. A pandemia provocou a adoção de medidas emergenciais dos países e, especificamente no Brasil, foi estabelecido o fechamento indeterminado de escolas e universidades, assim como o protocolo do distanciamento social e a permanência de todos em suas residências para evitar a disseminação do vírus. A Organização Mundial de Saúde até hoje contabiliza o impacto da pandemia e a sociedade se recompõe diante do cenário vivenciado. Os hospitais precisaram testar sua capacidade hospitalar diante de uma demanda de pacientes tão numerosa em curto espaço de tempo.

O momento agora é de reflexão, avaliar o aprendizado e seguir adiante, com a percepção de tudo que foi vivenciado na experiência. Dentro desse propósito, a AHERJ – Associação dos Hospitais do Estado do Rio de Janeiro, realizou nos dias 26 e 27 de março de 2022, o "18º Encontro de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro" com o tema "Desafios do Setor da Saúde na Pandemia Covid-19". O Presidente do SINDHLESTE, Diretor da AHERJ e Vice-Presidente da FEHERJ, Vinícius Queiroz, recebeu o convite para participar do debate em uma mesa do evento: "Uma honra e orgulho participar deste encontro, ao lado de autoridades e colegas de tamanha representação institucional para o segmento da saúde. Esse tipo de iniciativa contribui para estabelecer diálogos e reflexões necessárias para o avanço da rede de saúde privada em nosso Estado", comentou Vinícius.

Em sua abertura, o evento contou com a participação do Dr. Luiz Antônio Teixeira Junior, conhecido como Dr. Luizinho, Deputado Federal pelo Estado do Rio de Janeiro e, sem dúvida alguma, um nome atuante na medicina e na política do nosso Estado. Ao falar sobre as forças e fragilidades do sistema de saúde brasileiro, Dr. Luizinho mostrou grande preocupação com relação ao projeto do novo piso da enfermagem, que está na Câmara dos Deputados para análise. O quanto essa medida pode colocar em risco a governabilidade e a sustentabilidade de hospitais e clínicas e, por consequência, a sociedade que conta com o bom serviço dessas instituições. Em outro painel, tivemos a presença do Dr. Leandro Reis, vice-presidente da Rede D'or São Luiz, Dr. Mauro Adam, Presidente da AHSEB, Dr. Clovis Munhoz, presidente do CREMERJ, Dr. Adelvânio Morato, Presidente da FBH. Na ocasião, foi debatida a atuação da rede hospitalar privada durante a pandemia e os desafios enfrentados pelos hospitais.

No quadro que contou com a presença do ilustre Desembargador Ricardo Couto de Castro, Presidente da Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro, Dr. Guaracy Bastos, Diretor Jurídico da AHERJ, Dr. Lucas Laupman, Procurador Chefe do CREMERJ e Dr. Marcus Quintella, Presidente da AHERJ, foi debatida a enorme necessidade de rever os processos do judiciário, onde liminares obrigam os hospitais privados a fazerem procedimentos que seriam da responsabilidade da rede pública e que acabam sendo direcionados para os hospitais privados. E a pergunta que ficou no ar: Quem paga essa conta?

A mesa que encerrou o encontro, teve a participação do Presidente do SINDHLESTE, Vinícius Queiroz, Dr. Paulo Roberto Rebello Filho, Diretor Presidente da ANS, Dr. José Marcos Pillar, Presidente da Unimed Cabo Frio, e o Dr. Roberto Vellasco, Diretor de Convênios da AHERJ. Dr. Paulo Rebello, com um posicionamento muito assertivo, expressou a importância da agência reguladora, diante da segurança jurídica e segurança nos contratos; que se permita melhor previsibilidade para o setor de Saúde Suplementar. Pelo SINDHLESTE, Vinícius Queiroz explanou sobre o êxito da cidade de Niterói no combate a pandemia. Mesmo nos momentos mais críticos, não faltaram leitos na cidade para o atendimento da população, e ainda conseguiram atender cerca de 40% a 50% de pacientes provenientes dos municípios vizinhos. Além disso, o SINDHLESTE, junto a sua rede de hospitais, atuou dando todo suporte a prefeitura, quando a rede pública necessitava. Ainda assim, os desafios foram muitos. Lidar com o aumento abusivo no preço de medicamentos, EPIs (equipamento de proteção individual) e insumos, praticados na época.

Em sua fala, Vinícius Queiroz também relatou o atual momento e o enorme desafio dos hospitais: EQUILIBRAR AS CONTAS. As Operadoras de Saúde alegam que, por conta da pandemia, não conseguem reajustar os hospitais e clínicas pelo IPCA, índice estabelecido pela ANS. Mas, segundo o balanço divulgado das próprias Operadoras, o ano de 2020, apresentou o melhor resultado financeiro dos últimos anos. "Fica evidente que durante a pandemia, as Operadoras gastaram muito menos e a sinistralidade despencou. Mas, lamentavelmente, nos deparamos com um contrassenso, um quadro de absurdidade. Como acertar essa conta diante da inflação médica? Como lidar com o possível novo piso da enfermagem? Das liminares que chegam pela madrugada? Judicializar os contratos com as Operadoras? Não acreditamos que esse seja o melhor caminho". Finaliza Vinícius Queiroz.

O desfecho conclusivo dessa história é que os hospitais precisam das Operadoras de Saúde e vice-versa, e é de fundamental importância que elas cumpram as regras estabelecidas pela ANS, agência reguladora, para o melhor funcionamento da cadeia produtiva da saúde e, sobretudo, para garantir um serviço de saúde de qualidade para a população brasileira.

Cena médica periódica no Rio de Janeiro oitocentista

Pedro Henrique Miranda Fonseca
Membro fundador da Sociedade Brasileira de História da Medicina

A julgar pelo número de periódicos médicos no Rio de Janeiro do século XIX, vê-se que a cena médica foi bem movimentada. Consegui levantar trinta e seis periódicos a partir de 1827. Muitos de vida efêmera. Alguns editados por estudantes, outros por médicos renomados e instituições como a então Academia Imperial de Medicina que, numa verdadeira mania, mudou o nome do seu periódico várias vezes sem justificativa plausível para tais mudanças. Os mais longevos foram: a Gazeta Médica do Rio de Janeiro que durou dois anos, os Anais da Academia de Medicina que durou 31 anos e o Brasil Médico que durou 84 anos, adentrando o século XX e foi o mais importante periódico médico da época.

Vejamos agora a lista desses periódicos médicos:

- O Propagador das ciências médicas ou Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia para o Império do Brasil 1827 – 1828.
- Semanário de Saúde Pública 1831 – 1833. Editado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (atual Academia Nacional de Medicina)
- Diário de Saúde ou Efemérides das Ciências Naturais e Médicas do Brasil, 1835 – 1836. Redigido pelos doutores José Francisco Sigaud e Francisco de Paula Cândido e pelo cirurgião Francisco Cipriano Valdetaro.
- Revista Médica Fluminense, 1835 – 1841. Em maio de 1841 passou a chamar-se Revista Médica Brasileira.
- Revista Médica Brasileira, 1841 – 1845. Em 1845, passou a chamar-se Anais de Medicina Brasiliense. Não saiu em 1844.
- Arquivo Médico Brasileiro, 1844 – 1848. Redigido pelo doutor Ludgeiro da Rocha Ferreira Lapa.
- Anais de Medicina Brasiliense, 1845 – 1849. Mudou de nome em 1841, 1845, 1849 e 1885.
- Jornal da Academia Médica Homeopática do Brasil, 1848. Redigido pelo doutor Maximiano M. de Carvalho.
- Anais Brasilienses de Medicina, 1849 – 1885. Passou, em 1885, a chamar-se Anais da Academia de Medicina do Rio de Janeiro. No período de 1845 – 1849, chamou-se Anais de Medicina Brasiliense. De 1835 a 1841, denominou-se Revista Médica Fluminense; de 184 a 1845 denominou-se Revista Médica Brasileira. Não saiu em 1855. MANIA DE MUDAR DE NOME!!!
- Gazeta dos Hospitais do Rio de Janeiro, 1850 – 1852. Redator Carlos Luiz dos Santos.
- A Homeopatia. Periódico de conteúdo médico e ciências acessórias. Redigido por Luciano Lopes Pereira e J. B. de Figueiredo.
- O Médico Popular. Jornal Homeopático, 1851.
- Gazeta do Instituto Hahnemaniano do Brasil, 1859. Redigido por Sartunino Soares de Meireles.
- Revista Homeopática, 1859 – 1960.
- Revista Obstétrica, 1861. Jornal mensal, científico, humanitário e crítico, expressamente destinado às controvérsias médicas e farmacêuticas.
- Gazeta Médica do Rio de Janeiro, 1862 – 1864. Fundada em Primeiro de junho de 1862, por Matheus Alves de Andrade, Francisco Pinheiro Guimarães, Antônio Correia de Souza Costa e João Vicente Torres Homem. De periodicidade quinzenal, teve entre seus colaboradores Vicente Saboia, Freire Alemão e Teodoro Peckolt.
- O Periódico do Povo nas Terras de Santa Cruz, 1864. Jornal de propaganda homeopática, literário, científico e noticioso e, por vezes, político. A partir do número 21, esse jornal passou a chamar-se O Brasil Histórico. Teve suas edições regularmente

de 1864 a 1868.
- Boletim do Imperial Instituto Médico Fluminense, 1867. Redigido pelo doutor José Severino de Avelar e Lemos.
- Revista Acadêmica, 1867. Jornal científico e literário dos estudantes de medicina.
- Revista do Ateneu Médico, 1867.
- Gazeta Acadêmica de Medicina e Cirurgia, 1870. Redigida por alunos de medicina.
- Imprensa acadêmica, 1872 – 1873. Periódico dos estudantes de medicina. Redator chefe, Nuno Ferreira de Andrade.
- Revista Médica do Rio de Janeiro, 1873 – 1879. Principiou com o título de Revista Médica apenas.
- Arquivos de Medicina, 1874.
- O Progresso Médico, 1876 – 1878. Redatores: Domingos de Almeida Martins e Moncorvo de Figueiredo.
- Estudo Médico, 1877. Publicação mensal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Redator: Guilherme Ribeiro dos Guimarães Peixoto.
- Revista Acadêmica, 1877 – 1878. Órgão do Instituto dos Acadêmicos. Publicação mensal. Redatores: Franklin de Lima, Júlio Diniz, Francisco de Castro, Vicente de Souza e Moreira Serra.
- Arquivos de Medicina, Cirurgia e Farmácia no Brasil, 1880 – 1881. Publicado sob a gerência do Dr. Pires de Almeida.
- Revista Acadêmica. Publicação quinzenal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- União Médica, 1881 – 1890. Redatores: C. de Freitas, Moncorvo, Júlio de Moura, Moura Brasil e Silva Araújo. Teve entre seus colaboradores Gustavo Peckolt, que aqui publicou diversos trabalhos sobre produtos da flora brasileira.
- Anais de Medicina Homeopática 1882 – 1883.
- Gazeta Médica Brasileira, 1882.
- Gazeta Acadêmica, 1883 – 1884. Publicação dos alunos da Faculdade de Medicina.
- Revista dos Cursos Práticos e Teóricos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1884 – 1887.
- Anais da Academia de Medicina do Rio de Janeiro, 1885 – 1916. Chamou-se Revista Médica Fluminense de 1841 a 1845; Anais de Medicina Brasiliense de 1845 a 1849; Anais Brasilienses de Medicina de 1849 a 1885. Não circulou em 1844 e 1855, MAS A MANIA DE MUDAR DE NOME CONTINUAVA.
- Brasil Médico, 1887 – 1971. Fundado por Antônio Augusto de Azevedo Sodré, tornou-se a mais importante publicação médica do Brasil ao lado da Gazeta Médica da Bahia. Nele Carlos Chagas publicou a descoberta da doença que leva seu nome com o seu respectivo agente etiológico. Até o aparecimento das "Memórias do Instituto Oswaldo Cruz", em 1909, era neste periódico que os pesquisadores de Manguinhos publicavam suas pesquisas, tanto que Oswaldo Cruz em carta a Henrique da Rocha Lima, datada de 23 de agosto de 1906, comenta: "O Brasil Médico continua a gemer sob o peso das produções de Manguinhos. " Adolpho Lutz publicou aqui a descoberta da Paracoccidioidomicose ou Blastomicose sul-americana ou Doença de Lutz. Colaboraram, também, João Vicente Torres Homem, Júlio Rodrigues de Moura, Benício de Abreu, Pedro Severiano de Magalhães, João Pizarro Gabizo, Hilário de Gouvêa, Clementino Fraga, Antônio Austregésilo, Antônio de Almeida Prado, Nina Rodrigues, Heraldo Maciel, Eduardo Rabello Junior, Edgard de Cerqueira Falcão, Pedro Nava e outros luminares da Medicina brasileira.

Agenda

Elisa Sampaio, Valéria Patrocínio, Flavio Nery, Zelina Caldeira e Luiz Barros

No dia 12 de março, último, o Clube de Reumatologia (SRRJ) e o Departamento de Reumatologia da AMF, coordenados pelo Dr. Flavio Nery, realizaram a Jornada de Reumatologia "Pensando fora da Caixinha".

O evento teve um formato inovador, onde especialistas de áreas diversas apresentaram temas bastante interessantes, seguido de um almoço regado a música.

Foram abordados temas como Investimentos, fotografia médica e artística, medicina integrativa, nutrição e vinho.

Esperança e superação

Acadêmico Antônio Luiz de Araújo
Presidente da Acamerj

Em nosso país, costuma-se dizer: o ano começa após o carnaval. Sem dúvida o Brasil é uma terra cujo povo é otimista, esperançoso e vibrante, que não desiste nunca, mas só inicia os projetos maiores, após o carnaval.

Observem que apesar de ainda vivermos uma pandemia do SARS-Cov-2 houve flexibilização de várias medidas epidêmico-sanitárias para "comemorações" - oficiais e clandestinas no fim de 2021. Resultou em aumento exponencial de casos, ainda que não tão graves, como os da variante delta, mas com absoluto incremento nos números de casos. Com aumento dos testes diagnósticos e sequenciamento genético do vírus agente causal, concluiu-se que se tratava de nova variante (Ômicron).

A principal razão desse acontecimento foi a existência de muitas pessoas não terem completado seus ciclos vacinais (falta da segunda dose ou a de reforço). Aconteceu, de novo, sobrecarga das Unidades de Saúde, regressão nas orientações de flexibilizações e massiva campanha para complementar ciclos vacinais além de início da vacinação de um público inédito - crianças de 5 a 11 anos.

Os indicadores sanitários melhoraram a partir da 3ª semana de fevereiro de 2022. E no dia 24 o mundo foi sacudido com a invasão da Ucrânia pela Rússia.

E o que a nossa gente tem com isso? As repercussões econômicas, devido aumento do preço de vários produtos que somos dependentes a cada e em todos os dias: gasolina, trigo, milho, insumos agrícolas, etc.

A inflação brasileira, que já anda com dois dígitos, dá sinais de crescente aumento: os salários congelados devido a pandemia, desemprego em alta, inadimplência e endividamento da população em elevação. A guerra no leste Europeu se prolonga, cada vez mais sangrenta, tendo bombardeios a hospitais, escolas e muitos prédios residenciais.

Enfim, muito "stress", tristeza, depressão, etc. Mas isso põe a prova a conhecida capacidade de resiliência do nosso povo, afinal, neste ano teremos dois carnavais, Rock in Rio em setembro, eleições para vários níveis em outubro e Copa do Mundo de Futebol em novembro.

Como disse o gigante Fernando Sabino: "No fim, tudo vai estar certo, se ainda não está certo é porque o fim ainda não chegou".

Sejamos todos otimistas, com muita garra. As conquistas só surgem com planejamento e trabalho árduo. Feliz Ano Novo!

Livro:
"poesível- poesia.e.dois.dedos.de.prosa"
Autor:
A.P. Brandão
Editora:
Patuá

"poesível - poesia e dois dedos de prosa"

Dr. Wellington Bruno
Cardiologista, associado AMF

Quem lê poesia hoje em dia? (Esta pergunta até poderia ser o título desta resenha). Quem escreve poemas nestes dias conturbados? Quem recita poesia de cor nos dias atuais? (É tão bom para a memória!) Quais editoras editam poesia de poetas estreantes nos nossos dias? O que é "poesível" na vida em tempos de pandemia, de guerra, de vida, amizades e relacionamentos superficiais, meramente econômicos e profissionais, líquidos? Há muito tempo os humanos "poetizam" e "viralizam"(numa linguagem atual) poemas épicos e de amor. Ora! Sequer os pássaros deixaram de cantar. Continuemos a poetizar a mulher, o amor, o fim, a dor, o recomeço (ou recomeços), o brincar, e tudo mais na vida como o faz a psicóloga e escritora Ana Paula Brandão. Afinal, por que não?

Conheci a escritora Ana Paula Brandão através de redes sociais quando me encantei com sua escrita, tanto em prosa como em versos. Eu lhe dizia "você precisa publicar livros". E ela publicou para o bem de todos nós leitores em busca de beleza e profundidade. Você não se arrependerá de ler uma página sequer. A autora se expõe com franqueza e, ao mesmo tempo, nos deixa em dúvida se toda aquela humanidade e inteligência deriva de sua experiência pessoal ou de histórias de suas pacientes anônimas de seus consultórios. Quando você encontrar poemas de poucos versos em uma página do livro, prepare-se para ser impactado: há uma profundidade que corresponde a um livro inteiro de muitas palavras e muitas páginas (Talvez, mais uma especialidade da autora: dizer muito em poucas palavras versificadas). Por outro lado, os poemas "mais quentes" me fizeram lembrar da obra "Os Versos do Capitão", de Pablo Neruda (outro livro de poesia imperdível!), só que numa versão feminina.

Para não deixar meus respeitados leitores curiosos e não deixar ninguém pensar que exagero nos comentários elogiosos, vou me permitir reproduzir alguns poucos versos, evitando ser um inconveniente "spoiler", já que o livro tem muito mais a dizer. Em "advertência": "Silêncios prolongados/fazem mal à saudade". Em "arrebatamento": "beleza/ só desperta/ atenção/ inteligência/admiração/mas.../o que arrebata/ um coração/é sempre/outro coração. Percebam sua habilidade com a língua portuguesa, percepção, humanidade e sensibilidade em, por exemplo, "todas as horas": "amanhe sendo/ sou cheia de luz/ao entarde ser/vou perdendo a cor/ um leve torpor/ e então/ outros sonhos/ anoi teço". Ou em "licença poética": "que me perdoe o poeta.../ mas o amor dura enquanto é terno". E também em "doidices": "ela era doida por ele/ele era apenas doido/ foi doído isso".

A.P. Brandão e sua editora Patuá estão de parabéns pelo talento e pela coragem de publicar um livro de poesia em 2021. O livro reúne inquestionável qualidade para ser considerado um dos melhores livros do ano do Brasil na categoria "poesia". Eu concordo com a autora: "de poetas/ e loucos/ todos temos/ infelizmente/ tão pouco". Realmente, "a poesia/é o delírio/permitido/aos sãos/ se é que eles existem".

Vale a pena a leitura nestes dias conturbados. Até a próxima(leitura), pessoal!

Paschoal Balthazar Baltar da Silva

Formado há 40 anos em cardiologia, o Dr. Paschoal Balthazar Baltar da Silva diz que tem uma enorme paixão pela especialidade. Na sua profissão, ele teve a inspiração do cirurgião-geral Edson Baltar e da cardiologista Nágela Vinhosa Simões. Ele vê na AMF um órgão agregador da categoria. E conclui: "A Medicina nos oferece a oportunidade, diuturnamente, de buscar Deus no outro".

Tempo de formado:
40 anos

Especialidade:
Cardiologia

Por que escolheu essa especialidade:
Passionalmente, porque havia entrado para a faculdade de medicina com intuito de ser cirurgião, como o meu irmão mais velho. Mas mudei de ideia ao longo do curso. A Cardiologia se tornou uma paixão diferente de tantas outras que costumam ser passageiras. Ela perdura até hoje. Acredito também que, além da paixão pela especialidade, tenha sofrido influência direta de alguns especialistas que admirava, com destaque para o iminente Prof. Raul Pareto.

Formação:
Graduação em Medicina - Universidade Federal Fluminense, Residência Médica em Cardiologia - Hospital Central do IASERJ, Especialização em Medicina Aeroespacial - Comando da Aeronáutica, MBA Executivo e Gestão em Saúde - Fundação Getúlio Vargas, MBA Executivo e Gestão em Saúde - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Especialização em Saúde Pública - Universidade de Ribeirão Preto, Pós-graduação em Cuidados Paliativos - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Se não fosse médico, seria:
Concretamente, nunca me imaginei em uma outra profissão.

Fatos marcantes na profissão:
Formação em Cardiologia no Serviço de Cardiologia do Hospital Central do IASERJ, coordenado pelo Dr. Rafael Leite Luna. Exercício da especialidade na Força Aérea Brasileira, associado às atividades administrativas e operacionais, ligadas à Medicina Aeroespacial. Aprendizado constante e atual como plantonista da Unidade Coronariana do Hospital Universitário Antônio Pedro-UFF, que teve o Prof. Heraldo Victer como seu principal mentor

O que representa a AMF:
É a casa do médico. Um sonho transformado em realidade, graças ao empenho e a determinação de antigos icônicos colegas, que hoje são referência para as mais novas gerações de profissionais. Hoje, a AMF funciona como o órgão agregador da categoria, e exerce um importante papel na orientação às melhores práticas e à difusão do conhecimento médico nas diferentes especialidades.

Hobby:
Leitura e Cinema

Livro preferido:
Sempre o último. E, por costume, leio mais de um, simultaneamente. Atualmente, "Mortais", do médico Atul Gawande, que foi um belíssimo presente do Prof. Wellington Bruno. Também estou lendo, após ter passado pelo primeiro, o segundo volume de "Escravidão", de Laurentino Gomes. Uma obra fundamental para se entender o Brasil como nação. E, sempre que posso, corro os olhos nos escritos de Frantz Fanon, bell hooks, Sílvio Almeida e Lélia Gonzalez. Fortes referências literárias e grandes inspirações.

Sua inspiração na profissão:
Dois colegas brilhantes nas suas respectivas especialidades: o cirurgião-geral Edson Baltar, que contribuiu para despertar em mim o amor pela Medicina, e a cardiologista Nágela Vinhosa Simões, uma profissional exemplar e entusiasta pela especialidade.

Qual a importância da família na vida do médico:
É o nosso porto seguro, um recarregador de energia. É o combustível para os nossos sonhos. O elemento motivador das nossas boas ações.

Programa imperdível:
A busca de Deus no outro. A Medicina nos oferece essa oportunidade, diuturnamente. Todo o tempo, ela possibilita esse encontro, através do serviço prestado, da atenção dispensada, da suavidade de uma palavra proferida ou de um simples acolhimento aos nossos pacientes.

Música preferida:
"The Long and Winding Road", de Lennon e McCartney

Frase para a posteridade:
"Ninguém pode fazer com que você se sinta inferior sem o seu consentimento". Eleanor Roosevelt

Mensagem aos jovens médicos:
O objetivo real da Ciência é sempre o outro. Não há nenhum sentido em se obter uma capacidade intelectual elevada e um conhecimento técnico avançado por si só, que não resultem no bem-estar ou melhoria de uma outra pessoa.

Porque sou sócio da AMF:
Acredito na força da classe médica. Gosto de pensar que a AMF é uma congregação de mentes e almas destinada a um propósito especial. Estou convicto que a união dos profissionais médicos multiplica o nosso grande poder, que deve estar sempre voltado para a consecução de uma saúde coletiva mais equânime e plena. Viva a AMF!

PRONTO ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA 24 HORAS

CENTRO CIRÚRGICO, INTERNAÇÕES CLÍNICAS E UTI ADULTO

HCA
HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

Em Caso de Emergência
(21) 3578-3636

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

A sua melhor imagem, agora, está com marca nova.

IRSA
Diagnóstico por imagem

Uma nova marca.
Um novo tempo.

Whatsapp
21 99037 3112

Central de Marcação
21 2729 1669 21 2612 9300

irsaradiologia
irsa.med.br

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

Unidade Centro
Av. Ernani do Amaral Peixoto, 178
Salas 103 a 205 - Centro - Niterói / RJ

Unidade Icaraí
Rua Domingues de Sá, 321
Desde 1967 cuidando de você.