

Revista

Associação Médica Fluminense

amf

Ano XVIII - nº 91 - Abr-Jun/2022

ISSN nº 1809-1741

Órgão Oficial - Filiada à Somerj

Você encontra a Revista AMF

no site: [www.amf.org.br](http://www.amf.org.br)



# Leucemia Mieloide Crônica:

da indicação de transplante alogênico à comorbidade. O que mudou?  
Conceitos e Fisiopatologia

Praia de Charitas / Niterói - RJ

Foto: Dra. Zelina Caldeira

## E ainda:

- Demências e as complicações dos distúrbios esfínterianos
- Cintilografia Cerebral com Trodat I na Doença de Parkinson
- O Fator Humano na Revolução Digital na Saúde  
Como Alinhar as Expectativas

Medicina

A união que  
transforma o ensino  
da Medicina  
**e conecta sua  
vocação à  
excelência médica.**



O IDOMED é a soma das maiores escolas de Medicina do país, que, juntas, transformam a vocação de milhares de alunos em excelência médica, com professores altamente titulados, tecnologia aplicada à prática clínica, parceria com grandes hospitais e foco na humanização da Medicina.

- **Graduação**
- **Pós-Graduação**
- **MBA**
- **Mestrado**
- **Doutorado**
- **Programa de Residência**
- **Cursos de Aperfeiçoamento**

Saiba mais em [idomed.com.br](http://idomed.com.br)



**Estácio**

**IDOMED**  
Instituto de Educação Médica

**A conexão que transforma a Medicina.**

## “Nosso planeta, nossa saúde”

Esse foi o tema adotado pela Organização Mundial de Saúde, em 2022, enfatizando o aspecto ambiental e as implicações na saúde. A OMS chama atenção para as mudanças climáticas, perda da biodiversidade e poluição, geradas por ações humanas, como causa de adoecimento e mortes prematuras. Estima que mais de 13 milhões de mortes em todo o mundo, a cada ano, podem ter causas ambientais evitáveis. Ressalta que as mudanças no tempo e no clima ameaçam a segurança alimentar, aumentando as doenças transmitidas por alimentos, água e vetores, além de afetar a saúde mental das populações.

Há evidências acerca desses impactos em níveis globais sobre os ecossistemas e os indivíduos, assim como muitas nações têm consciência da necessidade de intervenção para proteger os sistemas ecológicos e climáticos do planeta. Porém, mesmo com o desenvolvimento tecnológico, práticas insustentáveis acontecem que comprometem recursos naturais com a justificativa de atender às demandas econômicas e populacionais. Daí, surgem resultados drásticos como a poluição do solo, da água e do ar, aumento das emissões de gases de efeito estufa, desmatamento, mudanças no uso da terra etc.

A saúde, cuja definição tem se ampliado nos últimos anos, considerando o estado de equilíbrio físico, psíquico, social, emocional e espiritual do indivíduo, sofre largamente influência do meio ambiente e das condições sociais. Ambientes insalubres, poluição atmosférica, águas contaminadas, falta de saneamento e os impactos negativos nas mudanças climáticas, advindos ou não da ação do homem, são sabidamente fatores causadores de doenças. Além dos agravos psíquicos e emocionais ocasionados por diversos tipos de privações, violências, conflitos, guerras, miséria, insegurança, que levam ao sofrimento e adoecimento físico e ou mental.

Sabe-se que a poluição ambiental pode ser responsável pelo desenvolvimento de diversas patologias respiratórias, cardiovasculares, neoplasias etc. A OMS aponta que mais de 90% das pessoas respiram ar insalubre resultante da queima de combustíveis fósseis. Faz um alerta para a poluição por dióxido de nitrogênio que pode agravar doenças respiratórias, particularmente a asma.

Nesse contexto, chama atenção a manutenção da indústria do tabaco, assim como

da produção e disseminação de dispositivos, como, por exemplo, os cigarros eletrônicos, mesmo com conhecimentos e evidências robustas dos males e óbitos causados pela dependência à nicotina e pela exposição às diversas substâncias tóxicas resultantes do ato de fumar. Dados da OMS registram que o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas a cada ano. Mais de 7 milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhão corresponde aos não fumantes expostos ao fumo passivo.

O homem é reflexo do meio. Entre a saúde e a doença, há uma linha tênue, por vezes, imperceptível e insidiosa, retardando a possibilidade de intervenção. Cuidar da saúde do planeta envolve um olhar global em diferentes aspectos e para todos os continentes. Grandes potências contrastam com extrema miséria, muitas das vezes em regiões vizinhas e, com frequência, constata-se essas diferenças dentro de um mesmo país. Os mais vulneráveis são sempre os mais atingidos.

A pandemia por Covid 19, já em seu terceiro ano, ocasionou muitos óbitos, impôs sequelas próprias da doença e, também, de natureza social, como aumento do desemprego e da pobreza. Além das doenças ditas negligenciadas, chama atenção do mundo o surgimento de novas doenças infecciosas e o recrudescimento de outras enfermidades, advindas da alteração da biodiversidade, das alterações climáticas ou outros fatores ambientais e sociais. Doenças infectocontagiosas consideradas erradicadas ou controladas, até então, em alguns países, por utilização das vacinas, estão em ameaça de reaparecerem em virtude das baixas coberturas vacinais, que se agravaram nesse período pandêmico.

A OMS propõe recomendações para um planeta mais saudável em nível global, envolvendo governantes e a sociedade em geral, incluindo o indivíduo, de forma que seja priorizado o bem-estar humano a longo prazo e a estabilidade ecológica, a utilização de recursos que diminuam a poluição, preservação dos recursos naturais e áreas verdes, cuidados com a alimentação, segurança alimentar etc., distribuindo as competências por área de atuação.

Ainda se tem muito a realizar em prol da sustentabilidade do planeta e da saúde ambiental. É importante considerar a conscientização e o desempenho de ações adequadas.



**Dra. Zelina Caldeira** - Presidente da AMF

das. Há que se trabalhar, prioritariamente, em função do coletivo, reduzir as diferenças sociais e distribuição de recursos, minimizar a pobreza, tão alarmante em alguns povos.

### Referências Bibliográficas:

- 1-Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Saúde Ambiental para Redução dos Riscos à Saúde Humana. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/saude-ambiental-para-reducao-dos-riscos-a-saude-humana>. Acesso em: 19/05/2022.
- 2-Nações Unidas Brasil. Mudanças climáticas são a maior ameaça à saúde humana. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/151400-mudancas-climaticas-sao-maior-ameaca-saude-humanaafirmaoms>. Acesso 15/06/2022.
- 3-Organização Mundial da Saúde (OMS). Climate Change and human health: an old story writ large. In: *Climate change and human health – risks and responses. Summary. 2003a*. Disponível em: <https://www.who.int/globalchange/summary/en/>. Acesso em 15/05/2022.
- 4-Organização Mundial da Saúde (OMS). Recommended actions to protect “Our planet, our health”. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2022/recommended-actions-to-protect-our-planet-our-health>. Acesso em: 07/06/2022.
- 5-Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Nosso planeta, nossa saúde, nosso futuro. A saúde humana e as convenções do Rio: Diversidade biológica, mudança climática e desertificação. Disponível em: <https://www3.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/nosso%20planeta.pdf>. Acesso em 15/05/2022.

**Editorial** 03**Artigo Científico**

Leucemia Mieloide Crônica:  
da indicação de transplante alogênico à  
comorbidade. O que mudou? Conceitos e  
Fisiopatologia. 06

Demências e as complicações dos  
distúrbios esfinterianos. 10

Cintilografia cerebral com Trodat 1 n  
Doença de Parkinson. 14

**Artigo**

O fator humano na revolução digital na  
saúde: Como alinhar as expectativas. 16

O repensar da liderança. 20

Termo de Consentimento Livre e Esclare-  
cido: O Termo fornecido pelo hospital é  
suficiente para comprovar que o médico  
cumpru o seu dever de informar? 24

Frente Parlamentar Mista da Medicina –  
FPMed. 26

**Acamerj**

Formação médica brasileira. 27

**Agenda** 28**Perfil**

Dr. Flavio Augusto Viana Nery da Silva. 30

**Livro em Foco**

“Leito 7- a medicina sem pressa  
(‘Slow Medicine’)”. 31

**Clube de Benefícios** 32

## 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

**Diretor Científico:**

Valéria Patrocínio Teixeira Vaz

**Diretor Sócio Cultural:**

Eduardo Duarte de Oliveira

**Diretor de Patrimônio:**

Jorge José Abunahman

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

**Membros Suplentes**

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

**Conselho Fiscal / Membros Efetivos**

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

**Membros Suplentes**

Kathya Elizabeth M. Teixeira  
Paulo Fernando Rodrigues da Cal

Rafael Vilanova Lima

**Assessora Participativa**

Maria Gomes

**Direção Editorial da revista**

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

**Foto da capa:** Praia de Charitas - Zelina Caldeira  
Presidente da AMF

Ano XIX - nº 91 - Abr/Mai / Jun - 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.



# Lefe

Emergências Médicas



## NOSSOS SERVIÇOS

### EVENTOS - COBERTURA MÉDICA

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

### TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR

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

### LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIAS

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

### ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HS

**0800 006 6668**

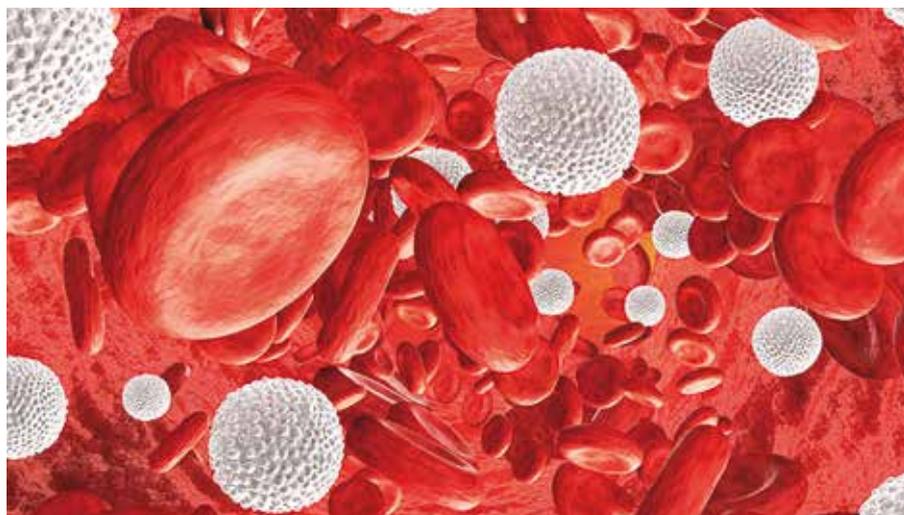


[www.lefeambulancias.com.br](http://www.lefeambulancias.com.br)

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

# Leucemia Mieloide Crônica: da indicação de transplante alogênico à comorbidade. O que mudou? Conceitos e Fisiopatologia

Dra. Marina Barcelos de Figueiredo\*



Dra. Marina Barcelos de Figueiredo

## Conceitos e Fisiopatologia

A Leucemia Mieloide Crônica (LMC) é caracterizada pela produção desregulada e proliferação descontrolada de granulócitos maduros. A LMC está associada à fusão de dois genes: BCR (no cromossomo 22) e ABL1 (no cromossomo 9), resultando no oncogene de fusão BCR-ABL1. Essa fusão anormal, usualmente, resulta de uma translocação entre os cromossomos 9 e 22, t(9;22), que dá origem a um cromossomo 22 anormal chamado cromossomo Filadélfia (Ph). Com isso, ocorre uma alteração no domínio da tirosina quinase, a qual perde sua capacidade regulatória.

A leucemia mieloide crônica é uma neoplasia mieloproliferativa com incidência de 1 a 2 casos por 100.000 adultos. É responsável por, aproximadamente, 15% dos casos recém-diagnosticados de leucemia em adultos.<sup>(1)</sup>

Nos Estados Unidos foram estimados 8.950 novos casos diagnosticados e cerca 1.080 mortes relacionadas à doença em 2017<sup>(2)</sup>. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer – INCA/MS estimou, para 2020-2022, 10.810 novos casos de leucemias, por ano, e, destes, a deduzir de dados históri-

cos anuais no SUS, a LMC deve representar 10%. Em 2019, foram registrados 127.134 procedimentos de quimioterapia de LMC do adulto, no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA- SUS), apontando para uma prevalência de cerca de 15.892 casos desta doença no Brasil.<sup>(3)</sup>

As estimativas iniciais indicavam que a prevalência de LMC atingiria níveis com cerca de 180.000 casos em 2030-2040. No entanto, com base na incidência atual de 9.000 casos/ano nos EUA e uma mortalidade geral anual de 2%, o platô de prevalência é agora estimado em 400 mil a 450 mil casos nos EUA, o que pode não ser alcançado até 2040-2050.<sup>(4)</sup>

A idade média para o diagnóstico é em torno da quinta década de vida, podendo variar bastante considerando as novas tecnologias e melhoria do acesso a exames diagnósticos na atualidade. O único fator de risco conhecido é a exposição à radiação ionizante.<sup>(5)</sup>

## Manifestações clínicas

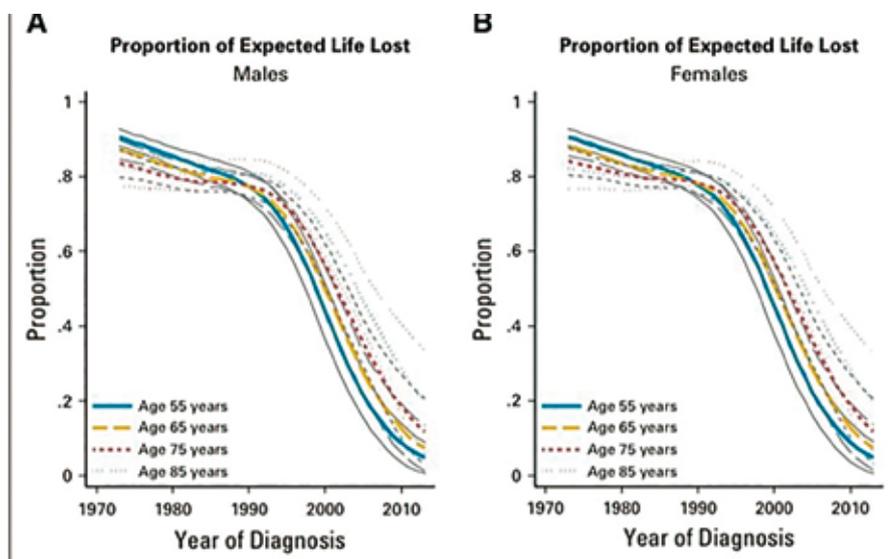
A LMC tem um curso clínico trifásico ou

bifásico: uma fase crônica, que está presente no momento do diagnóstico em aproximadamente 85% dos pacientes; uma fase acelerada, na qual a diferenciação de neutrófilos fica progressivamente prejudicada e as contagens de leucócitos e/ou plaquetas são mais difíceis de controlar com o tratamento; e a crise blástica, uma condição semelhante à leucemia aguda na qual as células imaturas se proliferam de maneira descontrolada.<sup>(5)</sup>

Sintomas leucostáticos (dispneia, sonolência, perda de coordenação, confusão mental) devido ao acúmulo de células leucêmicas nos vasos pulmonares ou cerebrais são incomuns na fase crônica, apesar de a contagem de leucócitos, por vezes, exceder 100.000/mm<sup>3</sup>. A esplenomegalia é o sinal físico mais consistente detectado em 20-40% dos casos. A hepatomegalia é menos comum (menos de 10%). A linfadenopatia e a infiltração da pele ou outros tecidos são raras, quando presentes, favorecem LMC em fase acelerada ou mesmo crise blástica.

Dessa forma, os sintomas estão diretamente relacionados à fase do diagnóstico, sendo os mais comuns, fadiga, perda pon-

Médica Hematologista do Grupo Oncoclínicas de Niterói. Residência em Hematologia e Hemoterapia no Instituto Nacional do Câncer (INCA). Residência em Transplante de Medula – INCA. Correspondência: marina.figueiredo@medicos.oncoclínicas.com



6 © 2016 by American Society of Clinical Oncology

**Fig. 1:** Proporção da expectativa de vida perdida de pacientes com leucemia mieloide crônica na Suécia, ao longo do ano de diagnóstico, por idade, diagnóstico e sexo.

deral e plenitude pós prandial. Apesar de tais achados, cerca de 50% dos pacientes são diagnosticados ainda assintomáticos, em exames laboratoriais de rotina.<sup>(6)</sup>

Quanto às alterações laboratoriais, geralmente se observa uma leucocitose com desvio à esquerda e predomínio de segmentados, que pode estar associada ou não à anemia e/ou trombocitopenia. Além disso, pode-se observar aumento nos níveis de LDH (lactato desidrogenase) e hiperuricemia.

### Diagnóstico

O diagnóstico de LMC é primeiramente suspeitado pela identificação dos achados típicos no sangue e na medula óssea, e então confirmado pela demonstração do cromossomo Filadélfia, o gene de fusão BCR-ABL1 ou o mRNA de fusão BCR-ABL1 por citogenética convencional, análise de hibridização in situ de fluorescência (FISH) ou reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR).<sup>(7)</sup>

A análise FISH se baseia na localização de sondas genômicas específicas para os genes BCR e ABL1. A comparação de amostras simultâneas de medula e sangue por análise de FISH mostra alta concordância, o que simplifica o acompanhamento dos pacientes em tratamento.

A reação em cadeia da transcriptase reversa-polimerase (RT-PCR) amplifica a região ao redor da junção de emenda entre BCR e ABL1. É altamente sensível na detecção de doença residual mínima. O teste de PCR pode ser qualitativo (QPCR), fornecendo

informações sobre a presença do transcrito BCR-ABL1, ou quantitativo, avaliando a quantidade de transcritos BCR-ABL1. O PCR qualitativo é útil para diagnosticar LMC, já o PCR quantitativo é ideal para monitorar a doença residual e consequente resposta terapêutica.

O cromossomo Ph, geralmente, está presente em 100% das metáfases, muitas vezes como a única anormalidade. Cerca de 10-15% dos pacientes apresentam alterações cromossômicas adicionais (evolução clonal) envolvendo trissomia 8, isocromossomo 17, perda adicional de material de 22q ou duplo Ph, ou outras.

Cerca de 2%-5% dos pacientes apresentam um quadro morfológico de LMC sem a positividade do cromossomo Filadélfia (Ph) por estudos citogenéticos. Em suma, técnica de FISH evidenciando rearranjo em BCR-ABL1 com Ph-negativo na avaliação por PCR. Esses pacientes têm resposta e resultados semelhantes na terapia com inibidores de tirosina quinase, assim como pacientes com LMC Ph-positivo.<sup>(8)</sup>

A avaliação da medula óssea, através do aspirado, é obrigatória para todos os pacientes com suspeita de LMC, pois confirmará o diagnóstico (por exemplo, análise citogenética) e fornecerá informações necessárias para o estadiamento em termos de porcentagens de blastos (células imaturas) e basófilos. A análise citogenética basal permitirá detectar a evolução clonal, sendo alguns desses rearranjos associados a um prognóstico pior.<sup>(9)</sup>

Ao diagnóstico é definida uma estratificação de risco para progressão da doença.

O escore Sokal é o mais utilizado. É baseado em quatro características clínicas: tamanho do baço, porcentagem de blastos, idade e contagem de plaquetas > 700.000/microL (700 x 10<sup>9</sup>/L) e caracteriza a LMC, entre as categorias de risco: baixo, intermediário e alto. O mesmo foi publicado em 1984, deriva de uma análise multivariada de sobrevivência de 813 pacientes com LMC em fase crônica, avaliados entre 1962 e 1981.

### Diagnóstico Diferencial

A LMC deve ser diferenciada das reações leucemoides, que geralmente produzem contagens de leucócitos inferiores a 50.000/mm<sup>3</sup>, vacuolização granulocítica tóxica, corpúsculos de Döhle nos granulócitos; além da ausência de basofilia. A história clínica e o exame físico, geralmente, sugerem a origem da reação leucemoide. Os corticosteroides raramente podem causar neutrofilia extrema com desvio à esquerda, mas essa anormalidade é transitória e de curta duração.

A leucemia mieloide crônica pode ser mais difícil de diferenciar de outras síndromes mieloproliferativas ou mielodisplásicas. Nesse caso, os testes genéticos podem ser bastante úteis.

### Tratamento

Até o final do século passado, a terapia medicamentosa para LMC era limitada a agentes inespecíficos, como bussulfano, hidroxiureia e interferon-alfa (INF-α). A terapia com INF-α resultou em regressão da doença e melhora da sobrevivência, mas teve resultados modestos em eficácia e uma infinidade de toxicidades. O transplante alogênico de células-tronco é curativo, mas traz riscos de morbidades e mortalidade. Assim, o transplante ainda é uma opção apenas para pacientes mais jovens com bom estado funcional e funções orgânicas e que tenham um doador adequado e que não apresentem resposta terapêutica adequada aos inibidores de tirosina quinase.<sup>(9)</sup>

O cenário terapêutico da LMC mudou drasticamente com o desenvolvimento de pequenas moléculas inibidoras de tirosina quinase (TKIs) que interferiram potentemente na interação entre a oncoproteína BCR-ABL1 e o trifosfato de adenosina (ATP), bloqueando a proliferação celular do clone maligno. Essa abordagem "direcionada" alterou a história natural da LMC, melhorando a taxa de sobrevivência em 10 anos de aproximadamente 20% para 80%-90%.<sup>(1,4,10)</sup>

O mesilato de imatinibe foi o primei-

ro TKI a ser lançado no mercado, o qual aumentou significativamente a sobrevida e a qualidade de vida de pacientes de todas as idades, particularmente, aqueles na fase crônica.

Até os anos 80, a terapia era baseada em suporte e controle dos índices hematimétricos, com hidroxureia, bussulfano e/ou interferon. A única terapia curativa proposta era o transplante alôgênico de medula óssea.

Embora o Imatinibe continue sendo o padrão-ouro para o tratamento de primeira linha da LMC, o aparecimento de resistência e intolerância à droga levou ao desenvolvimento de diversos novos inibidores de tirosina quinase. São os chamados TKIs de segunda linha, dasatinibe e nilotinibe. Além disso, foram desenvolvidos ainda os TKI de terceira geração (ponatinibe e bosutinibe) que tem como alvo o mutante T315I, frequentemente, observado naqueles pacientes com doença resistente/refratária ao uso do Mesilato de Imatinibe.

Atualmente, o objetivo do tratamento consiste não apenas no controle dos sintomas, mas em atingir respostas moleculares profundas. Nesse contexto, em alguns casos pode estar indicado início da terapia com inibidores de tirosina quinase segunda linha, entretanto, tal abordagem não mostrou alterações nas taxas de mortalidade quando comparada à primeira linha com Imatinibe.

Além disso, já estão disponíveis diversos estudos, com tempo de seguimento cada vez mais prolongados, relacionados à suspensão do uso de inibidores de tirosina quinase. Sabe-se que a maioria dos pacientes com LMC tomará o medicamento por toda a vida, o que, juntamente com o aumento da prevalência da LMC, tem implicações de alto custo, além da toxicidade cumulativa relacionada aos efeitos adversos da medicação.

Várias análises demonstraram que tentar uma remissão sem tratamento é seguro e eficaz em um grupo seletivo de pacientes. Dados mais recentes sugeriram que BCR-ABL1 indetectável por PCR quantitativo antes da descontinuação é altamente preditivo de TFR (do inglês, Remissão livre de tratamento) bem-sucedida.

A "TFR" deve ser discutida com pacientes, assim como seus possíveis riscos de recidiva e necessidade de manter acompanhamento. Os indivíduos que atingem uma resposta molecular profunda sustentada podem ser elegíveis para tentar a TFR, no entanto, estabelecendo expectativas de que, em geral, apenas 20% dos

pacientes com LMC recém-diagnosticada alcançarão uma TFR bem sucedida. A adesão ao tratamento precoce é de suma importância. Outros estudos estão em andamento, usando diferentes medicamentos na primeira linha, a fim de levar os pacientes a uma remissão mais profunda para serem elegíveis à tentativa de TFR, ou tentar uma segunda TFR em pacientes que tiveram recorrência da doença após a primeira tentativa.<sup>(11)</sup>

### Prognóstico

O prognóstico dos pacientes com LMC melhorou dramaticamente desde a incorporação dos inibidores de tirosina quinase BCR-ABL1 (TKIs) no tratamento inicial, de modo que a expectativa de vida se aproxima da população geral.<sup>(12)</sup>

Um estudo sueco publicado em 2016, envolvendo 2.662 pacientes que foram analisados retrospectivamente no registro de câncer (Swedish Cancer Registry), entre 1973-2013, demonstrou importantes ganhos de sobrevida nos pacientes portadores de LMC. Foram realizadas diversas análises estratificadas, comparando a sobrevida da população em geral com aqueles diagnosticados com leucemia mieloide crônica e consequente acesso à terapia disponível ao longo desse período. No gráfico abaixo, observa-se que a expectativa de vida e o número de anos de vida perdidos melhoraram muito em pacientes com LMC de todas as idades na Suécia, desde 1973, com melhorias maiores observadas em meados da década de 1990.<sup>(12)</sup>

### Conclusão

A Leucemia mieloide crônica é uma doença que vem sofrendo sucessivas mudanças no tratamento e consequente aumento da sobrevida dos pacientes. Hoje, sabe-se que os mesmos não terão mais seus cuidados restritos às clínicas oncológicas ou mesmo aos consultórios dos hematologistas. Com o amplo acesso aos inibidores de tirosina quinase, esses indivíduos têm a sobrevida média semelhante ao restante da população e, por sua vez, as causas de mortalidade, também, se assemelham às das faixas etárias da população em geral, como, por exemplo, doença cardiovascular.

Sendo assim, independente da especialidade médica, o conhecimento dessa patologia por clínicos e, até mesmo, cirurgiões em geral é de suma importância, uma vez que esses pacientes frequentarão cada vez mais, também, seus consultórios.

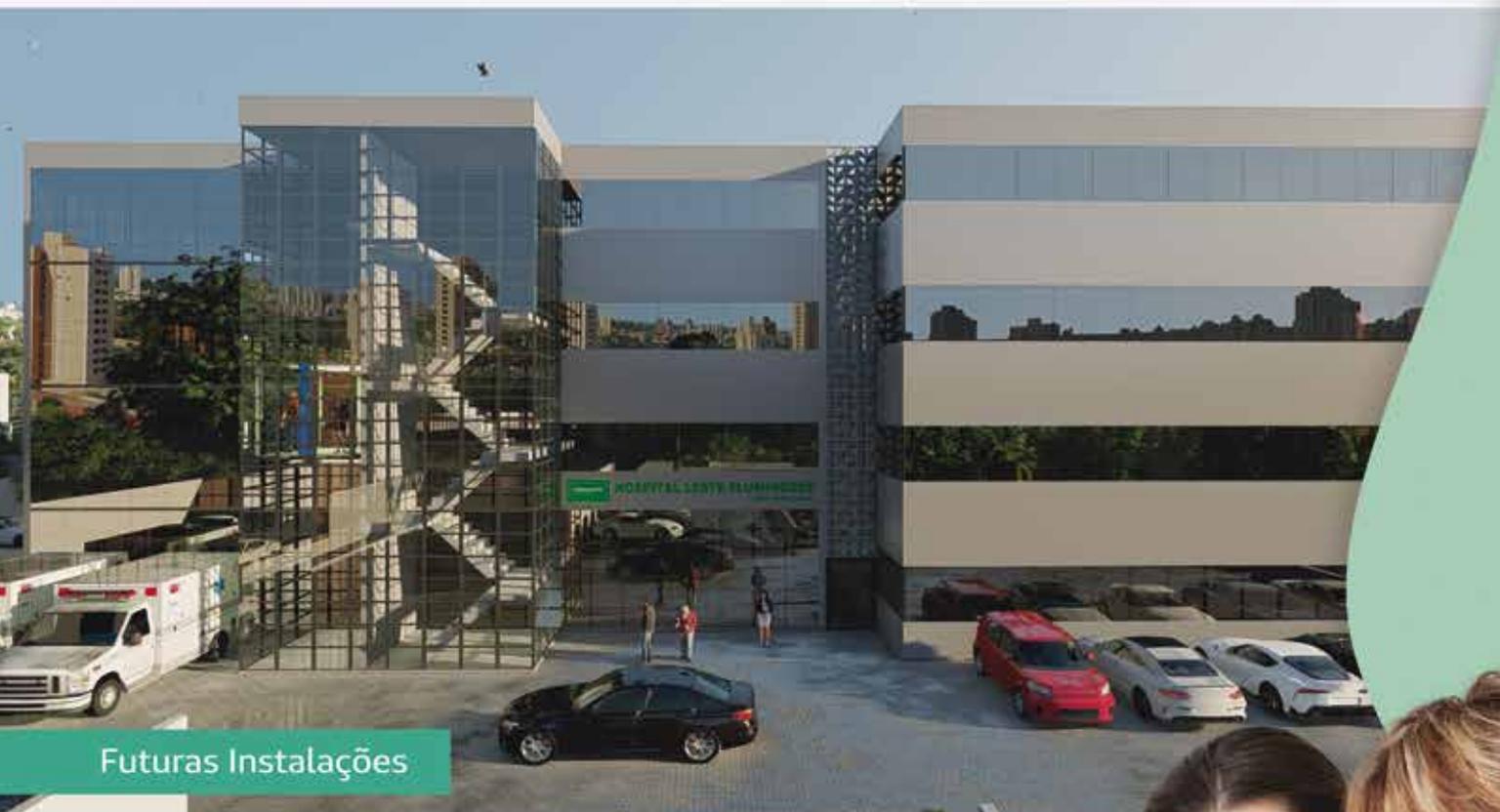
### Referências Bibliográficas

- 1- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2019*. Atlanta: American Cancer Society; 2019.
- 2- *CA Cancer J Clin* 2017;67:7-30. ©2017 American Cancer Society.
- 3- PCDT, *Leucemia Mieloide Crônica*. CONITEC, 2021.
- 4- Huang X, Cortes J, Kantarjian H. Estimations of the increasing prevalence and plateau prevalence of chronic myeloid leukemia in the era of tyrosine kinase inhibitor therapy. *Cancer*. 2012; 118: 3123- 3127.
- 5- *The biology of chronic myeloid leukemia*. Faderl S, Talpaz M, Estrov Z, O'Brien S, Kurzrock R, Kantarjian HM. *N Engl J Med*. 1999;341(3):164.
- 6- *Clinical features at diagnosis in 430 patients with chronic myeloid leukaemia seen at a referral centre over a 16-year period*. Savage DG, Szydlo RM, Goldman JM. *Br J Haematol*. 1997;96(1):111.
- 7- *The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia*. Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, Thiele J, Borowitz MJ, Le Beau MM, Bloomfield CD, Cazzola M, Vardiman JW. *Blood*. 2016;127(20):2391.
- 8- *Chronic myeloid leukemia: 2020 update on diagnosis, therapy and monitoring*. ANNUAL CLINICAL UPDATES IN HEMATOLOGICAL MALIGNANCIES, *AJH*, 2020.
- 9- Wang W, Cortes JE, Tang G, et al. Risk stratification of chromosomal abnormalities in chronic myelogenous leukemia in the era of tyrosine kinase inhibitor therapy. *Blood*. 2016; 127(22): 2742- 2750.
- 10- Hochhaus A, Larson RA, Guilhot F, et al. Long-term outcomes of imatinib treatment for chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2017; 376(10): 917- 927.
- 11- Wang W, Cortes JE, Tang G, et al. Risk stratification of chromosomal abnormalities in chronic myelogenous leukemia in the era of tyrosine kinase inhibitor therapy. *Blood*. 2016; 127(22): 2742- 2750.
- 12- *Life Expectancy of Patients With Chronic Myeloid Leukemia Approaches the Life Expectancy of the General Population*. Bower H, Björkholm M, Dickman PW, Höglund M, Lambert PC, Andersson TM. *J Clin Oncol*. 2016 Aug;34(24):2851-7. Epub 2016 Jun 20.



hospital  
leste fluminense

QUALIDADE E  
TECNOLOGIA  
EM SÃO GONÇALO

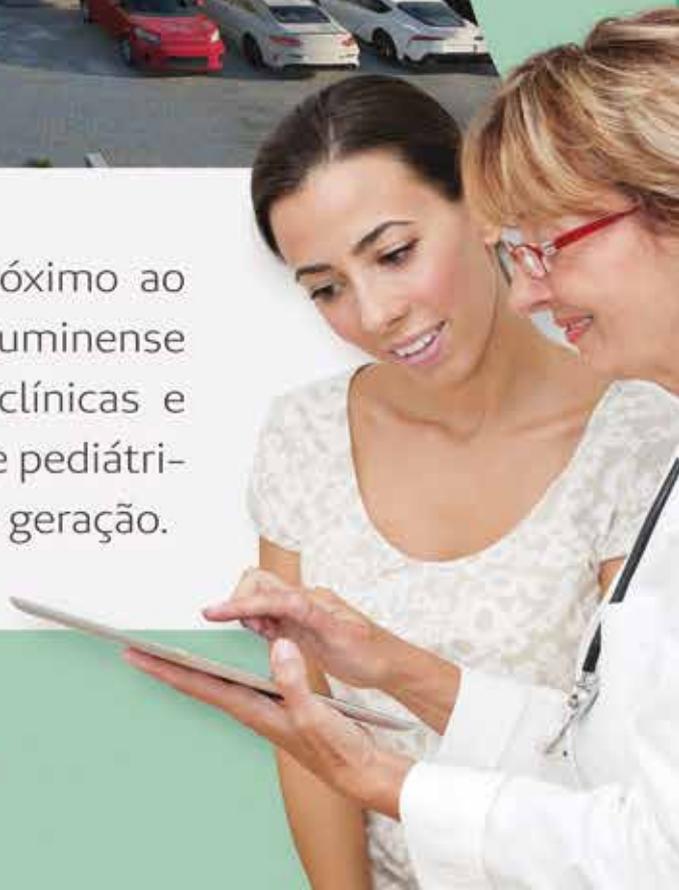


Com uma localização de fácil acesso, próximo ao centro de São Gonçalo, o Hospital Leste Fluminense conta com 130 leitos para internações clínicas e cirúrgicas, possuindo o melhor UTI adulto e pediátrico da região, com equipamentos de última geração.

**Local:**

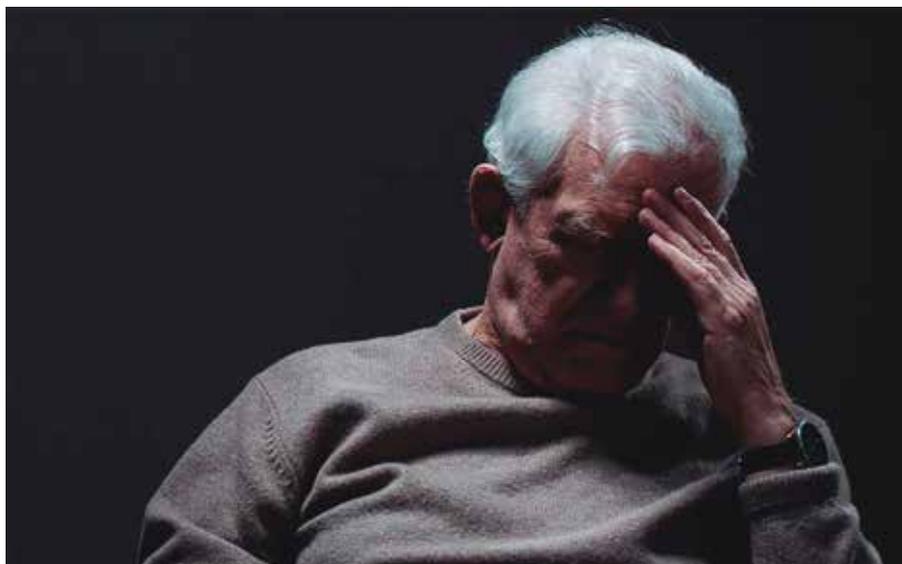
Av. Santa Maria, 107 – Camarão, São Gonçalo

Tel: (21) 2607-9150



# Demências e as complicações dos distúrbios esfinterianos

Profª Drª Vilma Duarte Camara\*



Profª Drª Vilma Duarte Camara

## Resumo

O aumento de pacientes portadores de demências vem despertando nos profissionais de saúde a necessidade de maiores estudos para se obter o diagnóstico mais precocemente possível, tentando dessa forma frear a evolução da doença. Como a doença compromete as funções cognitivas, levando a perda da autonomia e da independência, com quadro de múltiplos distúrbios, destaca-se neste momento a perda do controle dos esfínteres, determinando incontinência urinária e fecal. Estas alterações se agravam na fase avançada da doença, merecendo atenção especial, uma vez que gera constrangimento para o paciente e aumenta o estresse do cuidador. Vale destacar que, na fase inicial da doença, quando ocorre um diagnóstico

diferencial do urologista e do neurologista, há possibilidade de reabilitar a função, através de orientações e técnicas de um profissional especializado. Nesta explanação, pretende-se destacar a necessidade de diagnosticar esses distúrbios nos pacientes com demência, alertando para o risco de piora do quadro, de infecção do trato urinário, que por sua vez gera complicações e desordens funcionais e cognitivas.

## Envelhecimento e Demências

O envelhecimento populacional é um fenômeno não apenas dos países desenvolvidos, é uma verdade, também, para os países em desenvolvimento. Vários fatores contribuem para este acontecimento, como diminuição da fertilidade, diminuição da mortalidade, o advento dos antibióticos

e sua ação nas doenças infecciosas, diminuição e controle das afecções transmissíveis, o tratamento das neoplasias e a grande preocupação pelo estilo de vida, tão divulgada pela mídia e, também, melhoria nas condições socioeconômicas.

No Brasil, 11% da população é formada por pessoas com 60 anos ou mais. Com este processo de envelhecimento populacional, surge o aumento das doenças crônicas degenerativas, entre elas, a "Demência", que se caracteriza por transtornos cognitivos. A cognição é um dos campos de estudo na Neurologia Clínica

As demências são classificadas em reversíveis e irreversíveis. A idade é um dos fatores de risco, principalmente para Doença de Alzheimer, por isso a prevalência, é influenciada pela idade: 5% a 10%

\* Neurologista e Geriatra, Professora Emérita da Universidade Federal Fluminense – UFF, Coordenadora dos Departamentos de Neurologia e Geriatria da Associação Médica Fluminense, Diretora Científica da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer - Contato: vdcamara@globo.com

- em torno de 65 anos; 20% - entre 80 e 84 anos; 47% - acima de 87 anos.

Entre as demências irreversíveis, a Doença de Alzheimer, tem a prevalência de 50 a 70%. A Doença de Alzheimer ainda é considerada sem cura, mas o diagnóstico pré-clínico já pode ser realizado e condutas medicamentosas e não medicamentosas, permitem uma qualidade de vida adaptada a esta nova realidade.

Para o diagnóstico de demência, necessita-se a descrição do quadro clínico, exame por neuroimagem e avaliação neuropsicológica. A avaliação das funções cognitivas permite o estudo das habilidades em diversas funções que são controladas pelo equilíbrio das áreas cerebrais. Destaca-se, nas demências, a perda da habilidade para o controle esfinteriano.

No quadro clínico, as alterações da memória na Doença de Alzheimer, apresentam padrão que deve ser investigado no paciente e com a ajuda dos acompanhantes. Trata-se de doença crônica progressiva e quanto à evolução pode ser considerada como leve, moderada e severa:

#### **Fase Leve:**

- Incapacidade significativa para as atividades de trabalho e sociais;
- Ainda tem independência;
- Tem capacidade para julgamento e higiene.

#### **Fase moderada:**

- Vida independente arriscada;
- Necessita de supervisão.

#### **Fase severa:**

- Incapacidade para AVD's (Atividades de Vida Diária);
- Necessita de supervisão permanente;
- Há incoerência e mutismo, como distúrbio da linguagem.

Quando aos sinais e sintomas, a Doença de Alzheimer pode se apresentar como

fase inicial, de estado e terminal:

Fase Inicial: Perda da memória para fatos recentes; dificuldade de nomeação de pessoas e objetos; e perda da iniciativa ou motivação.

#### **Fase de estado:**

Acrescenta-se perda da funcionalidade, comprometendo as atividades de vida diária (AVD's) e atividades instrumentais de vida diária (AVID's), como fazer compras, cozinhar e aumento da dependência de terceiros para realizar atividades.

#### **Fase terminal (ou grave):**

Dificuldade para as atividades de autocuidado, de se orientar na própria casa, dependência total. Ocorre incontinência urinária e fecal, crise convulsiva, pode ocorrer mutismo (empobrecimento para linguagem coerente).

Na forma clássica, as primeiras funções cognitivas comprometidas são alterações da memória recente e desorientação têmporo-espacial. Os déficits da memória aparecem de dois modos: como dificuldade de aprendizado ou dificuldade com atividades comuns, mas cuja execução pode variar.

A outra área da cognição afetada é a função executiva. Este domínio cognitivo é essencial para lidar com tarefas mais complexas, como avaliar situações e tomar decisões. A linguagem pode ser afetada precocemente. O paciente tem dificuldade de encontrar palavras. Apresenta anomia, não consegue dar nome aos objetos, embora saiba para que servem. Adicionalmente apresenta alterações variáveis do comportamento.

Atualmente, os biomarcadores se alteram antes de a demência estar estabelecida. Com isso, pode-se identificar uma fase pré-clínica, seguida da fase prodrômica (que é o comprometimento cognitivo leve – CCL) e a fase de demência.

Quanto ao tratamento medicamentoso, existe os anticolinesterásicos: Rivastigmina, Donepezila e Galantamina que apenas lentificam a evolução da doença, mas não fornecem a cura. Na fase moderada para avançada, há indicação da associação do Cloridrato de Memantina com os anticolinesterásicos.

Destaca-se a importância do tratamento não medicamentoso, que tem abordagem psicossocial, realizada por equipe multidisciplinar, integrando os familiares e/ou cuidadores, buscando a reabilitação cognitiva das funções cerebrais comprometidas. Esta metodologia traz grande ajuda aos familiares, transmitindo conhecimento e orientando para o autocuidado a fim de não adoecerem com a sobrecarga de tarefas.

A Demência não atinge somente ao paciente, muda gravemente a vida dos familiares ao seu redor. As queixas principais dos familiares relacionam-se a sobrecarga física, ao isolamento social e a perda da liberdade.

É importante destacar que a Demência é um problema grave de "Saúde Pública".

#### **Demência e a perda do controle esfinteriano**

Quanto à perda das habilidades, destaca-se, nas demências, o comprometimento do controle dos esfínteres anal e uretral. Isto ocorre por perda funcional da vontade de urinar, devido a disfunção cerebral. O paciente perde a capacidade de reconhecer e responder à necessidade de urinar, além do comprometimento da musculatura do aparelho pélvico. Na doença ocorre perda das habilidades mais complexas como trabalhar, fazer planejamentos, até os mais básicos como transferir-se, comer e até controlar a urina e as fezes.

Os distúrbios esfinterianos aparecem

na fase mais avançada. Quando estas alterações surgem na fase precoce, deve se pensar em outros diagnósticos. Cabe avaliação urológica e neurológica.

Um diagnóstico que tem que ser afastado é a "Hidrocefalia de pressão normal", onde o paciente apresenta além da incontinência urinária, apraxia da marcha e quadro cerebral. De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, a incontinência urinária atinge 10 milhões de brasileiros de todas as idades, e é duas vezes mais comum no sexo feminino. Acomete mais a população idosa.

O tratamento com Fisioterapia específica para distúrbios esfínterianos pode ser muito importante na recuperação do paciente. Nesse aspecto, técnicas modernas estão sendo aplicadas com resultados satisfatórios, daí a importância do diagnóstico precoce destes distúrbios, levando em consideração a organicidade dos sintomas e não somente achar que faz parte do quadro demencial.

### **Tipos de Incontinência Urinária**

- Incontinência pelo esforço – a pessoa não tem força muscular pélvica para reter a urina.
- Incontinência urinária de urgência – o desejo de urinar é tão forte que não dá tempo de chegar ao banheiro, mesmo com pequena quantidade de urina na bexiga.
- Incontinência urinária por transbordamento – a bexiga está sempre cheia. Ocorre gotejamento.
- Incontinência urinária funcional – quando a pessoa reconhece a necessidade de urinar, mas está impossibilitada de ir ao banheiro, devido a doença ou complicações que a impede de chegar ao banheiro por conta própria.
- Incontinência urinária mista – quando ocorre mais de um dos sintomas ou condições relatados acima.

A incontinência urinária causa um impacto muito grande na qualidade de vida da pessoa, como constrangimento social, mau cheiro etc. As pessoas tornam-se deprimidas, porque perdem suas relações sociais e familiares. Quanto ao paciente com demência na fase avançada, ele percebe menos e, também, sofre menos. Quando o paciente ainda não está com a cognição muito comprometida, deve-se encaminhá-lo para o tratamento da incontinência, pois nesta terapia há necessidade da participação do paciente.

O uso contínuo de fraldas requer mais cuidados familiares, para evitar ITU e proteger do aparecimento de úlceras de pressão.

### **Algumas considerações devem ser tomadas:**

- 1) Ocorre aumento da frequência da sensação de urinar (várias vezes vai ao banheiro) durante o dia e a noite. Aumenta o estresse do familiar e/ou cuidador.
- 2) Incontinência urinária cerebral é resolvida através de medicamentos.
- 3) A colocação de fraldas não é bem sucedida quando o paciente tira a fralda para urinar.
- 4) Observar o aspecto da urina, mudança na cor, no odor e na quantidade, pois é comum infecção urinária de repetição. A baixa ingestão de água altera a cor, ficando mais concentrada. Tem que ser oferecido líquido o dia todo.
- 5) As mulheres apresentam maior frequência de infecção urinária, devido a estrutura anatômica do assoalho pélvico.
- 6) Quando deitados, não apresentam desejo de urinar, quando levantam, a urina toda armazenada na bexiga é eliminada de uma só vez. O risco de escorregar na própria urina é frequente e predispõe a queda da própria altura. No homem, é menos frequente.
- 7) O uso de fraldas pode ocasionar lesões

na pele, infecções fúngicas, mais comumente monilíase, e ou bacterianas. Pelo menos cinco trocas de fraldas em 24 horas devem ser efetuadas. Como o paciente nesta fase avançada não consegue expressar o que está sentindo, pode ter mudanças no comportamento, com agitação psicomotora.

8) A incontinência fecal vem se associando à incontinência urinária, o que tende a piorar as áreas da pele acometidas.

9) A incontinência urinária e ou fecal propicia o desenvolvimento de úlceras de pressão, que devem ser avaliadas e tratadas por profissional com experiência. Essas lesões podem se tornar graves, sendo porta de entrada para infecções.

### **Conclusão:**

O estudo dessas alterações contribui para uma vida melhor aos idosos e aos que convivem com eles. A incontinência urinária é queixa frequente em idosos, cuja investigação deve ser realizada e indicado o tratamento adequado. Pacientes com demência, que perdem a autonomia e a independência e ficam sob cuidados de terceiros, merecem atenção especial.

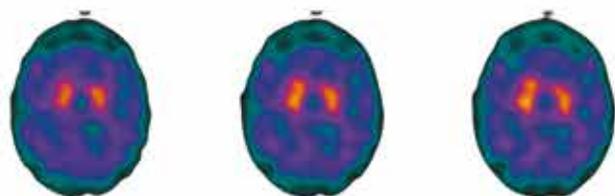
Divulgar informações direcionadas para cuidados durante o envelhecimento, ajuda a sociedade a relacionar-se com este processo de maneira mais leve e possibilita melhor qualidade de vida.

### **Referência Bibliográfica**

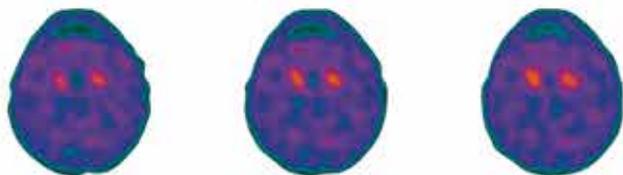
1. Nitri, R. et al – *Doença de Alzheimer e transtorno cognitivo*. Ed. Omnifarma – SP – 2018
2. *Revista SNC in foco – Doença de Alzheimer – Novartis Biociências S.A. – ano 01 edição 03*
3. Camara, V.D. et al – *Reabilitação Cognitiva nas Demências*. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 45, n. 1. Jan. Fev. Março, 2009.
4. Camara, V.D et al. *Atendimento Interdisciplinar a Pacientes com Demência e seus Cuidadores*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG/RJ*, 1996.
5. Fortaleza, O.V. e Caramelli, P. *Livro Neuropsiquiatria Geriátrica*. Ed. Ateneu, 2000.

# CINTILOGRAFIA DOPAMINÉRGICA COM TRODAT-99mTc

A MELHOR FORMA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS



Estudo Normal - Concentração preservada do radiotraçador nos núcleos da base



Doença de Parkinson - Hipoconcentração heterogênea do radiotraçador nos núcleos da base

A Clínica de Medicina Nuclear Villela Pedras disponibiliza a realização da cintilografia dos neurônios dopaminérgicos com TRODAT-99mTc, com amplo credenciamento junto aos convênios.

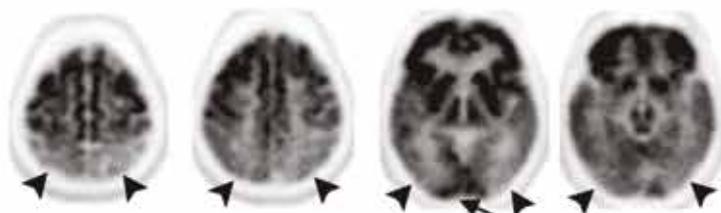
O TRODAT é um derivado do tropano com elevada afinidade pelos Transportadores de Dopamina e pode ser utilizado como auxiliar diagnóstico nas síndromes parkinsonianas.

Além do diagnóstico de Doença de Parkinson, as principais indicações para a realização do exame são:

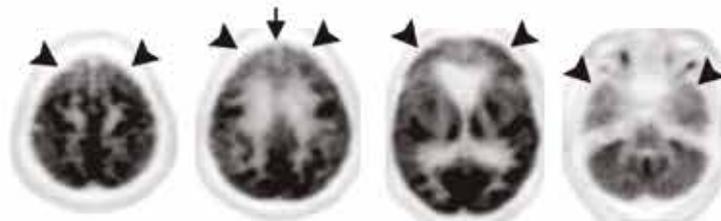
- Tremor essencial;
- Parkinsonismos atípicos (Atrofia de Múltiplos Sistemas, Degeneração Corticobasal, Paralisia Supranuclear Progressiva);
- E outras patologias.

# CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM ECD-99mTc

A MELHOR FORMA DE AVALIAÇÃO DAS SÍNDROMES DEMENCIAIS



Doença de Alzheimer



Demência Frontotemporal

O diagnóstico de síndromes demenciais pode ser um desafio para os médicos, principalmente nos estágios iniciais da doença.

Médicos exigem um alto grau de certeza antes de fazer um diagnóstico de doença de Alzheimer ou algum outro distúrbio neurodegenerativo, uma vez que o impacto sobre os pacientes e suas famílias pode ser devastador.

Testes clínicos são úteis, no entanto, os resultados geralmente não permitem clínico para fazer um diagnóstico definitivo.

Por isso, a imagem dos biomarcadores estão desempenhando um papel cada vez mais importante na de pacientes com suspeita de demência.

A Clínica de Medicina Nuclear Villela Pedras, em sua unidade em Niterói, disponibiliza a realização da Cintilografia de Perfusão Cerebral com ECD-99mTc para diagnóstico das síndromes demenciais, com grande aceitação de ampla gama de convênios.



ACESSE  
TODOS OS  
NOSSOS  
CONVÊNIOS

CENTRAL DE MARCAÇÃO  
(21) 3511-8181

villelapedras.com.br clinicavillelapedras

UNIDADE NITERÓI: R. LOPES TROVÃO, 390 - ICARAÍ  
DEMAIS UNIDADES:  
CENTRO | LEBLON | CAMPO GRANDE | PETRÓPOLIS

MEDICINA NUCLEAR  
**VILLELA PEDRAS**  
DESDE 1954

# Cintilografia cerebral com Trodat I na Doença de Parkinson

Dr. Claudio Vinicius Graciano da Silva e Dr. Bernardo Blum\*

## Introdução

Parkinsonismo é uma síndrome clínica caracterizada por déficits motores específicos, referidos como sintomas cardinais na doença de Parkinson: a acinesia/bradicinesia, a rigidez, o tremor e a instabilidade postural<sup>(1)</sup>. Uma ampla variedade de entidades pode causar sinais e sintomas de parkinsonismo com alteração do controle de movimentos voluntários. As causas de parkinsonismo são: a primária ou idiopática, a secundária, o parkinsonismo-plus ou síndrome atípica, e as doenças neurodegenerativas hereditárias<sup>(2)</sup>. A perda fisiológica de neurônios nigroestriatais é estimada em 5% por década, enquanto em pacientes com Doença de Parkinson (DP) está estimada em pelo menos 8% ao ano<sup>(3)</sup>.

As células dopaminérgicas localizadas na substância nigra são projetadas até o corpo neostriado composto pelo putâmen e o núcleo estriado.

A tomografia computadorizada de fóton único (SPECT) realizada com TRODAT I marcado com tecnécio-99m (Tc-99m) permite diferenciar pacientes com distúrbio neurodegenerativo (parkinsonismo) de pacientes com distúrbio de movi-

mento (tremor), pois os primeiros terão sua cintilografia com TRODAT alterada enquanto nos demais o resultado será sem alteração. (tabela 1)

## SPECT cerebral com Tc99m-TRODAT I

O TRODAT I é um tropano radio-marcado que se liga a transportadores de dopamina (DAT) com máxima captação estriatal entre 3 e 4 horas.

A avaliação do estudo com TRODAT I para fins diagnósticos pode ser realizada de forma qualitativa e quantitativa<sup>(4)</sup>. Pacientes com DP mostram uma degeneração assimétrica nigroestriatal com redução da densidade de transportadores dopaminérgicos no corpo estriado preferencialmente do lado contralateral ao predomínio dos sintomas, iniciando a partir do putâmen para o caudado<sup>(3)</sup>. Níveis reduzidos de DAT são colocados como fatores preditores de uma incapacidade motora mais importante, déficit cognitivo, psicose e depressão.

## Método

Estudos mostram que a levodopa não influencia na captação do TRODAT<sup>(1)</sup>, não

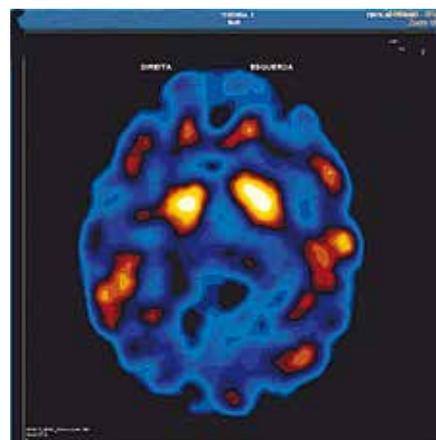


Figura 1: RMCA – Paciente feminina, 64 anos, com tremor em mão esquerda, ausência de acinesia/discinesia, rigidez e instabilidade postural. Imagem: Atividade neurotransmissora preservada bilateralmente. Potencial de ligação: Lado Direito = 0,80 e Lado Esquerdo = 0,76.

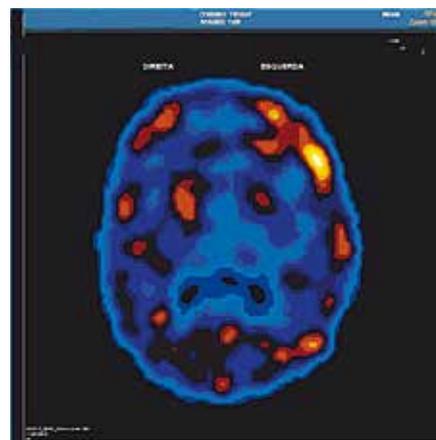


Figura 2: ARG – Paciente masculino, 72 anos, com tremor em membro superior direito, com bradicinesia, rigidez, sem instabilidade postural. Imagem: Redução acentuada dos DAT bilateralmente. (Parkinsonismo primário/ Doença de Parkinson). Potencial de Ligação: Lado direito = 0,22 e Lado Esquerdo = 0,17.

Tabela 1: Desordens parkinsonianas associadas ou não a déficit dopaminérgico estriatal<sup>(3)</sup>.

Desordens Parkinsonianas associadas a déficit dopaminérgico estriatal	Desordens Parkinsonianas sem déficit dopaminérgico estriatal
Doença de Parkinson	Tremores essenciais e distônicos
Atrofia de múltiplos sistemas	Parkinsonismo secundário
Paralisia supranuclear progressiva	Infecção
Demência corticobasal	Hidrocefalia
Demência por corpos de Lewy	Atrofia palidal
Doença de pequenos vasos	Distonia responsiva à dopa
Doença de Huntington	Parkinsonismo - distonia ligada a X
Parkinsonismo – Demência – Esclerose Lateral Amiotrófica da ilha de Guam	Parkinsonismo Psicogênico

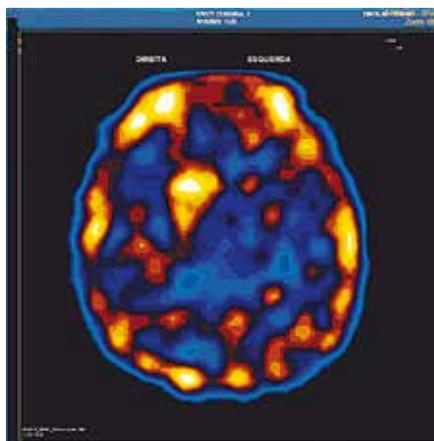
\* Médicos Nucleares do Serviço CINTILAB Niterói

endovenosa do Tc99m-TRODAT, período de captação máxima estriatal. As imagens cintilográficas são obtidas em aparelho tomográfico, (gama câmara), que capta os raios gama emitidos pelo tecnécio acoplado ao TRODAT I.

### Avaliação das imagens

A avaliação qualitativa é feita de forma visual da captação do radiofármaco nos núcleos estriados, podendo ser: normocaptante bilateralmente em putâmen e caudado (exame sem alteração), hipocaptante em um ou ambos putâmens ou hipocaptante em putâmen e núcleo caudado de um ou ambos os lados (exames alterados). Os estudos mostram que a avaliação qualitativa tem alta sensibilidade (90,91% a 95,455), especificidade (91,3% a 100,0%) e acurácia (92,54% a 95,52%)<sup>(5)</sup>.

A avaliação quantitativa é feita comparando-se matematicamente a captação do radiofármaco nos núcleos estriados com a captação existente na região occipital (radiação de fundo ou background). Assim determinamos um potencial de ligação (PL) que em pacientes saudáveis é igual ou superior a 0,60 e abaixo sendo conside-



**Figura 3:** ACSA – Paciente masculino, 39 anos, com tremor em membro inferior direito, sem acinesia/discinesia, sem rigidez, sem instabilidade postural. Imagem: Redução acentuada dos DAT à esquerda. Potencial de ligação: Lado direito = 0,84 e Lado Esquerdo = 0,18.

rado alterado. Este Potencial de Ligação, também, ajuda a evitar resultado falso positivo ou resultado falso negativo.

### Conclusão

A Doença de Parkinson descrita há mais de 200 anos continua até hoje sendo um desafio terapêutico. A ausência do

binômio Dopamina/DAT faz o diagnóstico da Doença de Parkinson. Trata-se, portanto, de uma síndrome metabólica e quanto mais cedo for diagnosticada maiores serão as chances de controle. A Medicina Nuclear proporciona o diagnóstico precoce da Doença de Parkinson através da Cintilografia Cerebral com Tc99m-TRODAT.

### Referências Bibliográficas

- (1) BARBOSA, E. R.; SALLEM, F. *Diagnosis, Parkinson Disease. Revista de Neurociência*, v. 13, n.3, p. 158-165, 2005
- (2) WILKINSON, J. R., WEINTRAUB, D.; STERN, M. B.; *Movement Disorders. Chapter 13. Clinical Manifestation of Parkinsons Disease. New York, NY: McGraw-Hill, 2012. V3.4*
- (3) BOOTH, T.C. et al. *The role of functional dopamine-transporter SPECT imaging in parkinsonian syndromes, part 1 e 2. AJNR. American journal of neuroradiology*, v. 36, n.2, p. 229-244, fev. 2015
- (4) BROOKS, D.J. *Parkinsons disease: diagnosis. Parkinsonism & related disorders*, v. 18 Suppl 1, p.S 31-3, jan. 2012
- (5) BROOKS, D.J. *Molecular imaging of dopamine transporters. Ageing reserch reviews*, v 30 p. 114-121, set. 2016.



A unidade Niterói, da Clínica de Medicina Nuclear Villela Pedras, possui quarto terapêutico moderno, confortável e oferece equipe multidisciplinar de alta qualidade. Tudo isso para garantir o que há de melhor na conduta e **Tratamento de pacientes com Câncer de Tireoide.**

Atendimento multidisciplinar com participação de médicos nucleares, físicos e enfermeiros para definir a dose a ser administrada em conjunto com o médico assistente do paciente, que é parte integrante e fundamental de todo processo decisório.

Ao término do tratamento, todos os pacientes recebem um relatório médico informando os procedimentos realizados durante seu fluxo de atendimento na instituição.

Atendimento diferenciado, com estrutura moderna, e **ampla gama de convênios.**

**QUARTO TERAPÊUTICO**

**UNIDADE NITERÓI:**  
RUA LOPES TROVÃO, 390 - ICARAÍ

DEMAIS UNIDADES:  
CENTRO | LEBLON | CAMPO GRANDE | PETRÓPOLIS

villapedras.com.br clinicavillelapedras

**MEDICINA NUCLEAR**  
**VILLELA PEDRAS**  
DESDE 1954



ACESSE  
TODOS OS  
NOSSOS  
CONVÊNIOS

CENTRAL DE MARCAÇÃO  
**(21) 3511-8181**

# O fator humano na revolução digital na saúde

## Como alinhar as expectativas

**Dra. Ilza Boeira Fellows**



**Dra. Ilza Boeira Fellows**

A saúde vive um momento de transformação. Em um estudo apresentado em plenária no HIS (Healthcare Innovation Show) pré-pandemia, as pessoas buscavam quatro pontos diferentes em saúde:

- Acesso de maior qualidade
- Mais opções
- Melhor custo
- Conveniência

### **Mas, o que é essa transformação?**

**A Transformação Digital passa por três fases.**

*A Digitização, a Digitalização e finalmente a Transformação.*

Estamos, no momento, vivendo a oportunidade da Transformação Digital, a possibilidade da construção de um Ecossistema em Saúde. Um Ecossistema capaz de atender os anseios expressados no HIS, com maior qualidade, mais opções

com custo viável e de forma conveniente.

Há cerca de sete anos, vivi, quanto liderança, uma experiência ímpar. Fazer a virada de sistema operacional de um hospital (naquela ocasião) com 230 leitos. A questão seria simples, caso não viesse a reboque a introdução do prontuário eletrônico (PE). É claro, que vários processos foram instituídos previamente, assim como vários treinamentos também, no entanto estávamos falando de trocar o modus-operandi da assistência intra-hospitalar, com o envolvimento de toda a cadeia assistencial e de suporte, em uma virada de chave. Vale lembrar que este Hospital estava inserido em um mercado, cujo seu movimento sempre foi pioneiro. Ao iniciar o processo de Acreditação pela ONA, quatro anos antes, cheguei a ser parada no hall dos elevadores por um colega anestesista, questionando os novos protocolos de cirurgia segura,

afirmando que ao introduzir esses protocolos, teríamos um esvaziamento de nosso centro cirúrgico, visto que éramos o único na cidade a implantar a Acreditação na ocasião. Assim como no caso da Acreditação, não havia nenhum hospital na região com prontuário eletrônico, nem mesmo prescrição eletrônica. Lembro de um colega cirurgião, altamente diferenciado, que me abordou na ocasião da introdução do Prontuário Eletrônico, comentando que, em casa, ele para acessar sua movimentação bancária via internet, tinha uma secretária. Em sua primeira leitura à época, ele, também, precisaria de uma “secretária” para acessar o sistema do PE, visto a sua não afinidade com a tecnologia.

Hoje, sete anos após, com a Acreditação da ONA e Qmentum, o hospital continua sendo o único a ter prontuário eletrônico na cidade, apesar de alguns

\* Diretora de Negócios da Região Leste e Norte Fluminense – DASA  
MBA - Coopead Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Diretora da Associação Médica Fluminense

hospitais já usarem parte da prescrição eletrônica. Alguns hospitais, também, já trilharam os caminhos da Acreditação. Mas, usar plenamente a tecnologia em sua operação de rotina era bem mais difícil até o início de 2020.

Em março de 2020, inesperadamente fomos “atropelados” pelo evento pandêmico, o que de alguma forma obrigou, até mesmo, os mais resistentes a entenderem e fazerem uso da tecnologia, para que sua “vida” continuasse a acontecer. Nesse período, passamos a utilizar, progressivamente, com mais intensidade algumas ferramentas como Teams, Zoom, GoogleMeeting, entre outros. Além do inseparável WhatsApp, que, subitamente, virou quase uma ferramenta de trabalho. Não importa a idade, o grau de formação, todos se esforçaram para aprender a utilizar estas ferramentas. Compras online, também, mesmos os mais céticos quanto ao nível de segurança nas redes, se renderam a esse mercado. A Prestação de Serviço, também, não foi diferente. Os restaurantes e lanchonetes se viram sem a oportunidade do atendimento presencial.

Escutei, recentemente, uma entrevista de uma renomada Chef de cozinha, Roberta Sudbrack, sobre a transformação de seu olhar quanto ao delivery e a alta culinária. Aquilo que ela acreditava ser impossível de fazer (ter seus pratos servidos em marmitas), colocar sua comida andando na garupa dos motoboys, e, conseqüentemente, “seu prato” chegar ao destino sem que ela pudesse olhar se os componentes estavam dispostos em perfeita harmonia como fora concebido, aconteceu! Surpreendentemente aconteceu. Na saúde, também, não foi diferente. As tele-consultas vieram como uma solução no primeiro momento que todos evitavam a circulação, e não foi embora. O monitoramento à distância, utilizando

Smartwatches tornou-se uma realidade. Os treinamentos e atualizações, se pagaram de forma incontestada. Nunca, os profissionais tiveram à sua disposição tantas informações atualizadas e de fácil acesso.

### **Qual é a diferença entre o momento que vivemos há sete anos e os dias de hoje?**

De uma forma geral, o ser humano precisa identificar algum ganho, para que ele mude sua rotina. Dificilmente, com algumas exceções, promovemos mudanças em nossos hábitos e fluxos, se não identificarmos que há alguma vantagem nesta mudança. Não mudamos apenas por mudar. Temos que enxergar um propósito, um por quê!

Há sete anos, os colegas não enxergavam nenhum ganho efetivo em usar e escrever suas evoluções e descrições cirúrgicas em um computador. E se o computador saísse do ar? E se eu quisesse antecipar a alta? Ou quisesse complementar a descrição cirúrgica... eram vários “se”, para poucos ganhos aparentes em um primeiro momento. Mais dor de cabeça do que agilidade. Não parecia uma ferramenta agregadora de valor e sim uma ferramenta que burocratizava mais o atendimento beira leito, para boa parte dos usuários.

Hoje, a grande adesão às diversas ferramentas foi muito mais fácil de disseminar. Afinal, ou era isso, ou era nada! Ou tinha consulta à distância, ou não tinha consulta. Ou usávamos o Zoom, Teams, etc para as reuniões, ou não faríamos reuniões. Ou promovíamos EAD ou não haveria ensino. Não foi uma fase do “E”, foi uma fase do “OU”. E dessa forma... essa tecnologia entrou em nossa vida! Entrou, e não mais sairá.

### **A era do “E”**

Considerando o tsunami que vive-

mos e os novos horizontes que vislumbramos, conseguimos identificar que deste momento para o futuro, começaremos a retomar algumas práticas e atividades que tínhamos no passado. Mas, desta vez, serão acrescidas das novas práticas. Não precisamos e neste aspecto não devemos excluir, e sim, incluir opções. Nosso ensino não precisa ser exclusivamente presencial ou à distância. Precisaremos entender quando ele deve ser presencial e quando ele pode ser à distância. As consultas poderão ser à distância e presencial. Também, precisaremos identificar quando será melhor para o paciente ir à consulta e ser examinado presencialmente, e quando poderá ser acompanhado à distância. A grande questão é que podemos fazer destas ferramentas, instrumentos de aproximação e não distanciamento.

O ser humano é essencialmente “gregário”, desde os primórdios da civilização buscamos estar em grupos, precisamos das trocas, precisamos saber que o outro compartilha aquele momento conosco. A presença física do outro é fundamental para nossa saúde. Não é ao acaso que o “castigo” nas prisões, o indivíduo era encaminhado para a solitária, onde ele não recebia ninguém e não interagía com ninguém, apenas com a portinha por onde entrava sua comida para que ele não morresse de fome.

### **Sem dúvida caminhamos para o “E”.**

O que precisamos neste momento é de alinharmos as expectativas dos diversos players envolvidos. Não diferente de outras áreas, mas sem dúvida, a área da Saúde é uma das mais sensíveis ao fator experiência. Não podemos abrir mão do profissional que é mais experiente por ele ser menos afeito aos novos recursos tecnológicos. O que precisamos fazer, nesta era do “E” é trazê-lo para perto destes recursos, e conseguirmos demonstrar o

ganho de lançarmos mão destes.

### **Alinhando Expectativas (O Papel da Liderança)**

Como será que a primeira “marmitta” da Chef Roberta Sudbrack chegou no seu destino? Será que ao abrir a caixa, o cliente encontrou um prato lindamente ornamentado, como se tivesse acabado de sair da cozinha ao lado? Será que a forma de arrumar a “marmitta” foi a mesma do restaurante? Quantas vezes será que se fez necessário arrumar a “marmitta”, refazer o trajeto, treinar o pessoal de apoio da cozinha, treinar o motoboy? Como envolver a equipe a acreditar que o prato na “marmitta” poderia atingir a mesma experiência para o cliente, que o prato servido à mesa?

Se no caso de Delivery de comida, existe a necessidade de alinhar-se as expectativas de quem presta serviço e de quem recebe este serviço, imaginem em nossa área! O médico escreve mais rápido do que digita! Isto é um fato para os colegas da geração Baby Boomers, ou até mesmo para a geração X, com algumas exceções. Mas isso não é uma realidade para as gerações Y e Z, e muito menos será para a geração Alpha, que já está sendo educada diretamente nas telas. Por que as pessoas das gerações Baby Boomers e X não aderir felizes ao prontuário eletrônico? Nós precisamos demonstrar os ganhos do PE. O arquivo de fácil acesso. A possibilidade de ver históricos anteriores, mesmo que de outras especialidades. Não há dúvida do que foi solicitado e/ou prescrito, pois a letra é clara, entre tantos outros ganhos. A facilidade de cruzar dados e realizar levantamento de patologias e suas evoluções, etc ...

Nós, quanto lideranças, precisamos conhecer as expectativas de nossas equipes, para que através desse conhecimento, possamos criar caminhos de encontro

e não, estimular vias paralelas. Estamos na transição do mundo VUCA (Volatility, Uncertainty, Complexity e Ambiguity) para o mundo BANI (Brittle, Anxious, Nonlinear, Incoprehensible). O conceito VUCA, surgiu na década de 80 e foi adotado no mundo corporativo, dando sentido em um mundo de incertezas em constante mudança e cada vez mais ligado digitalmente. Mas vejam, estamos falando da década de 80.

### **E agora?**

Quando o antropólogo norte-americano Jamais Cascio realizou que o mundo VUCA estava obsoleto e o conceito não funcionava mais em um mundo tomado pela pandemia, ele descreveu uma nova realidade, mais alinhada ao que vivemos hoje. Esse novo acrônimo “BANI”, traz a “chave” para que as empresas possam prosperar e trazer disruptões sob o novo mundo que a pandemia nos trouxe no ano passado. Em seu artigo oficial sobre o mundo BANI, Jamais diz: “Um paralelo intencional com VUCA, BANI é uma estrutura para articular as situações cada vez mais comuns nas quais a simples volatilidade ou complexidade são lentes insuficientes para entender o que está acontecendo” ... e mais à frente “Situações em que as condições não são simplesmente instáveis, são caóticas; nos quais os resultados não são simplesmente difíceis de prever, e sim completamente imprevisíveis. Ou, para usar a linguagem particular desses frameworks, situações em que o que acontece não é simplesmente ambíguo, é incompreensível”.

Será que realmente estamos em um mundo BANI? Vivemos realmente um momento caótico e imprevisível? Sem dúvida nenhuma, o que se passou em todas as empresas, após o advento da pandemia da COVID-19, estava fora de qualquer análise futurística. O que pre-

cisamos é tentar fazer do limão uma limonada.

Nenhuma área de atuação empresarial foi mais estressada do que a área da saúde. Nenhum de nós tinha um roteiro claro de passos a seguir no início da pandemia. A realidade que ocorreu na China foi diferente da realidade que ocorreu na Europa, nos EUA, e claro, no Brasil. O que ocorreu no Estado do Rio foi diferente do que ocorreu no estado de São Paulo, Rio Grande do Sul ou Amazonas. O que deu certo na China, não pode ser copiado para a Europa, pois o que deu certo tinha relação com a cultura, hábitos do povo e diretrizes estabelecidas nacionalmente. O que deu certo na Europa ou EUA não deu certo no Brasil, pelos mesmos motivos.

### **Novamente, a diferença está no fator humano.**

As pessoas na área da saúde se reinventaram, criaram novas formas de atendimento, com o que havia disponível. Se associaram de forma solidária para que o atendimento fosse pleno e o risco dos próprios profissionais fossem minimizados. Áreas foram redesenhadas do dia para a noite com o intuito de atender a demanda. Pessoas que atuavam em outras áreas se reciclaram para poder apoiar o contingente necessário para o atendimento da demanda. Tantas ações foram criadas e realizadas através do comprometimento das pessoas com o propósito!

Esta é a questão chave! A liderança precisa conseguir alinhar as expectativas de seus liderados. A liderança precisa entender e perceber qual é o movimento e expectativa de cada um, individualmente. Se o propósito do indivíduo está alinhado ao propósito da instituição, tudo flui. Temos representantes de todas as gerações atuando em nossas instituições. Precisamos do conhecimento e experiência dos

representantes das gerações Baby Boomers e X, mas, também, precisamos da velocidade e interconectividade das gerações Y e Z, assim como, conseguir envolver os que chegarão da geração Alpha. Ao entender o que move cada grupo, podemos estar mais perto de entender o indivíduo. Entendendo o indivíduo, podemos alinhar expectativas e propósitos. Nenhum de nós consegue dar o que não tem. Nenhum de nós consegue ser pleno em sua capacidade em algo que não esteja alinhado com o seu propósito.

Se quero que meus liderados se envolvam com a implantação do PE, preciso fazer com que eles entendam qual a conexão do uso desta ferramenta, com seu propósito profissional. Por que ele faz o que faz? E assim subsequentemente. Se quero adesão às consultas on-line, preciso alinhar as expectativas. Se quero implantar monitoramento à distância através de “devices”, também preciso alinhar expectativas. Se quero desenvolver pesquisas que envolvam mapeamentos genéticos e interação de informações comportamentais, preciso alinhar expectativas.

### **E para alinhar expectativas, a liderança é fundamental no processo.**

Não sermos chefes simplesmente. Mas sermos de fato líderes! É fundamental que consigamos enxergar nossos liderados para que possamos de fato alinhar expectativas. Um propósito não nasce de fora para dentro. Uma empresa não cria um propósito e ele naturalmente torna-se o propósito de todos os funcionários da empresa. O propósito nasce de dentro para fora! E nosso papel de liderança é o de alinhar o que está latente no liderado que é alinhado ao propósito da empresa, para que este ecloda em direção ao foco único de realização para ambos.

Como dizia uma antiga propaganda:

“Não basta ser pai, tem que participar” Eu diria que : “ Não basta ser chefe, tem que liderar”

### **Construindo um futuro conectado**

Temos hoje a capacidade de integrar diversos bancos de dados na área da saúde, para que usemos em benefício do paciente. Temos a oportunidade de desenvolver vários estudos de mapeamento genético que pode nos levar à prevenção de doenças e/ou à mudança do curso de diversas delas. Para que isso se torne uma realidade, precisamos ter todos os players envolvidos com um propósito único, “a saúde do indivíduo”.

Precisamos de lideranças capazes de realizar o link entre as diversas verticais que compõe hoje o nosso sistema de saúde. Nosso desafio, agora proposto, é de sermos agentes chaves de uma transformação capaz de utilizar a tecnologia na implantação do Ecosistema em Saúde, construindo linhas de cuidado que acompanhem a vida do indivíduo, do seu nascimento até o seu último momento. Conseguindo atingir melhores indicadores de saúde, com uma vida média mais elevada e com melhor qualidade.

Esse é o desafio que temos à frente. A empresa que atuo, tem como propósito: “ser a saúde que você quer e que o mundo precisa”. Isto tem relação com o meu propósito, com o meu olhar de saúde. E, conseguindo através das ações a serem implantadas em nossa região, fazer a entrega de uma saúde de maior qualidade, com mais opções, com valor acessível, consequentemente, para um número maior da população e de forma conveniente é nosso desafio no momento. Teremos então, linhas de cuidado completas e monitoradas. Quadros oncológicos precocemente detectados e conduzidos de forma rápida e com consequente desfechos melhores. Doenças crônicas mapea-

das e quem sabe, com a expressão clínica abortada por uma intervenção antecipada. Com os Data Lake e utilização de IA e ferramentas de BI, mais do que dados, teremos como interpretá-los, analisá-los, testá-los. Não é como e o quanto usamos as tecnologias disponíveis, se temos prontuários eletrônicos, devices de monitoramento à distância, telemedicina implementada, educação e atualização com uso de ferramentas digitais. Não estamos falando de tecnologia disponível, mas o quanto conseguimos integrá-las, o quanto conseguimos com que nosso time as use de forma plena e, consequentemente, o quanto revertemos de forma positiva para os nossos usuários.

Como não entregamos o que não temos em nós, não diferente de nossos liderados, precisamos, também, estar realmente e plenamente alinhados. Pois, se assim não tivermos, não conseguiremos liderar, e consequentemente não teremos nossa equipe construindo na mesma direção. O propósito precisa permear todos nós e fazer sentido com nossa realização quanto indivíduos, não como componentes de uma equipe de uma determinada empresa apenas.

A melhor Estratégia não é uma idéia brilhante, mas uma boa idéia que realmente é implementada. E para ser implementada, precisa de bons líderes alinhados ao propósito!

### **Referências Bibliográficas**

- Bohm, David. Diálogo: Comunicação e redes de convivência. 1a ed. São Paulo: Palas Athena, 2008.*
- Magaldi, Sandro; Salibi Neto, José. Gestão do Amanhã: Tudo que você precisa saber sobre gestão, inovação e liderança. 10a ed. São Paulo: Editora Gente, 2018.*
- Harari, Yuval Noah. Sapiens: Uma breve história da humanidade. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.*
- Harari, Yuval Noah. 21 lições para o século 21. 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.*

# O repensar da liderança



**Prof. Moacir Martins Junior**

Segundo informações de organizações especializadas no assunto, como a Aclred (a fonte de análise e dados em tempo real sobre violência política e protestos em todo o mundo) e a Ipsos (uma das maiores empresas de pesquisa de mercado do planeta), pelo menos 28 países passam por algum conflito ou registram combates armados, neste início de ano.

Este dado passa a ter um significado dos mais relevantes, quando nossa atenção se volta a entender o que realmente está por trás de tantos problemas relacionados à intolerância e apego ao poder. Evidentemente, que o tema é extremamente complexo e, não há a menor possibilidade, nem a pretensão, de esgotar o assunto neste curto espaço, mas creio que seja importante refletir sobre alguns de seus aspectos, principalmente naquilo que pode, de alguma forma, se relacionar à gestão empresarial.

As questões ligadas aos conflitos, de qualquer natureza, em maior ou menor escala, fazem parte de um problema amplo e que permeia as relações humanas no mundo inteiro. Desde os grupos familiares, passando pelas organizações empresariais, até chegar às relações entre as maiores potências mundiais, essa dificuldade existe e se torna cada dia mais

importante.

Inúmeros fatores contribuem para que a personalidade e a individualidade sejam o foco do homem, contrariamente aos objetivos comuns e coletivos. Generalizando, com a permissão do leitor, o individualismo sobrepõe o coletivo, não importando a que grupo social ou organização estejamos nos referindo.

Um conflito é uma situação que resulta das divergências de interesses e/ou objetivos entre indivíduos ou grupos sociais; ou ainda: conflito é uma oposição que surge quando há um desacordo entre indivíduos, equipes, departamentos ou organizações.

Como podemos observar nas definições acima, para que haja conflito obviamente é preciso que haja interação humana, de qualquer natureza.

À medida que nos aprofundamos no tema, invariavelmente, uma "figura" vai se tornando cada vez mais relevante neste contexto: o Líder e o processo da liderança nos grupos e organizações.

Do ponto de vista da realidade empresarial, a liderança é colocada como um fator estratégico que assume uma importância, cada vez maior, nas organizações que desejam se consolidar no mercado e melhorar sua performance organizacional

e operacional.

A gestão da liderança é, hoje, fundamentalmente importante para empresas e organizações, independentemente do seu porte ou atividade fim. Várias organizações me procuram com o objetivo de desenvolver suas estruturas de liderança, para consolidar suas práticas de gestão em busca da excelência. Aquilo que no passado era tido como uma "preocupação" tem se tornado um problema real, a ser encarado como prioritário pelas organizações.

Não me causa surpresa, na verdade, que as organizações estejam se conscientizando de que o diferencial competitivo e a sustentabilidade empresarial estejam intimamente ligadas à estrutura, perfil, comportamento, competências e habilidades dos seus líderes.

Além das inúmeras pesquisas, o material disponível sobre o assunto tem evidenciado que, entre os maiores desafios para a próxima década estão: o repensar uma nova forma de liderar e a necessidade de mudar o perfil e a mentalidade dos líderes em relação a sua postura frente às demandas da função, que envolvem além da técnica a compreensão sobre o pensamento e o comportamento do ser humano.

Vivemos um novo mundo; um mun-

do diferente a cada dia e que exige um repensar das atitudes, do conhecimento e dos relacionamentos que afeta cada um de nós. Neste sentido, especialmente para as empresas de mercado, há uma necessidade de rever suas práticas de gestão continuamente, uma tarefa indelegável e de responsabilidade de suas lideranças.

Vivemos uma escassez de líderes, há algum tempo, e como consequência temos experimentado as dificuldades impostas por esta realidade e que se manifestam pela perda total de valores que edificam as relações, a justiça e a sustentabilidade.

Quando estudamos os conceitos e a tipologia da liderança, e isso requer muito estudo mesmo, fica muito claro que não existe uma única forma de liderar e que o estilo de liderança depende muito da situação, do perfil do liderado, assim como, das características do próprio líder.

Mesmo assim, a capacidade de liderar exige conhecimento e a prática de conceitos, como o agir com assertividade, compartilhar valores éticos e morais humanizando as relações. Isto é o que se espera, entre outras coisas, de um líder de sucesso.

Ao tratarmos de aspectos como a éti-

ca e a humanização, na relação líder e liderado, não estamos dizendo que a meritocracia e o desempenho serão relegados; pelo contrário, se o Líder não tiver como objetivo o cumprimento das metas e o foco nos resultados, a liderança deixará de fazer sentido na estrutura das sociedades em qualquer um de seus segmentos.

“Um verdadeiro apagão de líderes corrói empresas, escolas, famílias, comunidades. Por toda parte percebemos a escassez de lideranças, não só no mundo político, onde esbarramos com a proliferação de indivíduos em posição de comando cujos valores são, no mínimo, questionáveis.” (Souza, César. In Seja o líder que o momento exige. Ed. Best Business, 2018).

Esta afirmação, do autor da obra “Seja o Líder que o Momento Exige”, é muito pertinente para o momento, onde líderes que até então eram vistos como paradigmas e um exemplo a ser seguido, acabam por frustrar todas as expectativas, neles colocadas, por suas atitudes e comportamentos.

Neste sentido, não se concebe mais que efetivos líderes tratem as pessoas, apenas e tão somente, como meio para

atingir seus próprios fins.

As empresas, de um modo geral, começam a perceber que, por mais que a tecnologia avance, na ânsia de substituir as pessoas, mais se tornará necessária a presença dos líderes. À medida que a “mão de obra” é substituída pela “cabeça de obra”, maiores serão as exigências desses profissionais, pois se tratam de pessoas com maiores aspirações na vida pessoal e profissional.

Se vivemos em um mundo de muita volatilidade, de muita variação e de muita diversidade, é de se esperar que os líderes entendam, de maneira muito concreta, o que seus “liderados” esperam deles e do ambiente que os cerca – só assim poderão obter maior cumplicidade, também, chamado de compromisso.

Líderes cujas atitudes se baseiam na racionalidade, no domínio técnico absoluto e no carisma, já perderam espaço há muito tempo, apesar de muitos ainda não terem entendido isso.

Diante de tamanha complexidade, o repensar a liderança é fator fundamental para a sobrevivência das organizações, ainda que alguns ainda “achem” que “manda quem pode e obedece quem tem juízo”.



## VOCÊ TEM CUIDADO DA SAÚDE DOS SEUS OLHOS?

A CLINOP - Instituto de Olhos Pegado oferece uma moderna e completa estrutura de profissionais e equipamentos, prontos para realizar um atendimento com alto padrão de qualidade.

Acreditamos que informação, prevenção e atitude são fundamentais para a promoção da saúde e bem-estar de nossos pacientes.

Diretor: Daniel Schwartz Pegado - CRM 761494 RJ

**Agende já a sua consulta conosco!**

Central de Atendimento: (21) 2717-1001 Whatsapp: (21) 97185 - 0559  
Av. Ernani do Amaral Peixoto, 36 - 3º Andar - Centro - Niterói - RJ  
Rua Gavião Peixoto, 124 - 6º Andar - Icaraí - Niterói - RJ

**CLINOP**  
INSTITUTO DE OLHOS PEGADO

2022/06/25 10:03 - @DNTD

# PROGRAMA DE INDICAÇÃO DA UNICRED NITERÓI

**Pratique o cooperativismo compartilhando a Unicred.** A ação seguirá até dezembro e tem como principal objetivo conquistar novos cooperados.

Para isso, foi elaborada uma ação no modelo "indique e ganhe": a cada novo cooperado vindo de uma indicação, **o responsável por levar a nova pessoa à instituição e o novo associado ganham um presente exclusivo da Unicred Niterói.**

# Escolha

**Fazer parte de uma  
Instituição Financeira  
Cooperativa sólida  
e segura.**

[conhecaunicred.com.br](http://conhecaunicred.com.br)





**NA UNICRED VOCÊ É DONO, E TEM ACESSO A:**



**Conta corrente PF e PJ.**



**Diversas Linhas de crédito**



**Previdência Privada**



**Investimentos em Renda Fixa**



**Diversas Opções de Seguros**

# Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: O Termo fornecido pelo hospital é suficiente para comprovar que o médico cumpriu o seu dever de informar?

**Dra. Karla Galindo Kiuchi\***



**Dra. Karla Galindo Kiuchi**

O dever de informar do médico é inerente à relação médico-paciente, uma vez que o paciente possui o direito de ser informado sobre seu diagnóstico, tratamentos médicos e exames indicados, bem como seus riscos e benefícios, para que possa decidir aquilo que entenda ser o melhor para si.

Pode-se dizer que o direito à informação do paciente decorre do princípio bioético da autonomia, que, por sua vez, tem respaldo no princípio constitucional fundamental da dignidade da pessoa humana.

Além disso, há previsão expressa do dever de informar no Código de Defesa do Consumidor, no Código de Ética Médica e na Recomendação 01/2016, do Conselho Federal de Medicina.

De acordo com a Recomendação 01/2016, do Conselho Federal de Medicina:

“Na área da saúde, a dignidade do ser humano, entre outros princípios, encontra efetividade no esclarecimento, por parte do médico, dos procedimentos a que a pessoa se sujeitará, aos quais a pessoa

deve dar seu consentimento, livre de qualquer influência ou vício. É o que se convencionou denominar consentimento livre e esclarecido.”

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nada mais é do que o documento capaz de formalizar que a decisão do paciente se deu após ter sido devidamente informado e efetivamente esclarecido a respeito do tratamento, cirurgia, riscos e benefícios.

É de extrema importância que a informação e o esclarecimento fornecidos pelo médico sejam “substancialmente adequados, ou seja, em quantidade e qualida-

\* Advogada especializada em Direito Médico. Delegada da Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB Niterói. Graduada pela PUC-RIO. Pós-graduada em Direito Médico pelo CERS. Pós-graduada em Compliance pela FGV. Pós-graduada pela Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro.  
Instagram: @karlakiuchiadv

de suficientes para que o paciente possa tomar sua decisão, ciente do que ocorre e das consequências que dela possam decorrer”, conforme preceitua a Recomendação 01/2016, do Conselho Federal de Medicina.

Desta maneira, o Código de Ética Médica, em seu capítulo IV, artigo 22, veda ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.

Considerando a importância do consentimento livre e esclarecido, a autonomia do paciente e a dignidade da pessoa humana, a Recomendação 01/2016, do Conselho Federal de Medicina trouxe orientações sobre a forma da documentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De acordo com as referidas orientações, o documento deve conter uma descrição clara e objetiva do procedimento, dos seus riscos e benefícios, da duração, dos cuidados posteriores e deve possuir uma linguagem clara. Além disso, também, há outras formalidades a serem observadas, dentre as quais a letra de tamanho, no mínimo, 12 (doze).

É preciso salientar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de ser um direito do paciente em respeito a sua autonomia e dignidade da pessoa humana, também, é um documento que protege o médico em eventual processo ético-profissional ou processo judicial.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - que observou todas as formalidades exigidas e realmente atingiu

a sua finalidade de informar e esclarecer devidamente o paciente, tendo conseguido de fato retratar isto no documento – é capaz de demonstrar que o médico cumpriu sua obrigação em eventual reclamação acerca, por exemplo, de um resultado adverso que tenha ocorrido e que não se trate de erro médico.

É preciso salientar a importância de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos dias atuais. Há decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro condenando o médico ao pagamento de indenização por danos extrapatrimoniais em razão da inexistência do referido documento e consequente descumprimento do dever informacional, mesmo em casos nos quais não houve erro médico.

#### **Vejamos decisão proferida recentemente:**

“APELAÇÃO CÍVEL/REMESSA NECESSÁRIA. AÇÃO DE REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS E ESTÉTICOS. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARCIAL. ALEGAÇÃO DE ERRO MÉDICO EM PROCEDIMENTO CIRURGICO. AMPUTAÇÃO DOS DEDOS DO PÉ DIREITO. Verifico que restou incontroverso nos autos que a autora é portadora de diabetes e que a intervenção cirúrgica consistente na amputação do 4º e 5º pododáctilo direito era necessária em decorrência da gangrena apresentada. A autora, em sua inicial, questiona o segundo procedimento cirúrgico a que se submeteu e resultou na amputação do 2º e 3º pododáctilo direito, as-

sim como informa que houve desídia da equipe que a atendeu. Ausência de erro médico nos procedimentos cirúrgicos realizados, confirmado através de laudo pericial. Perícia que verificou erro no prontuário, bem como atestou a ausência do termo de consentimento. Em que pese a autora não tenha sofrido nenhum dano comprovado decorrente das falhas apontadas, o fato é que, o próprio STJ, no que diz respeito à ausência de termo de consentimento, já se manifestou no sentido de que tal omissão configura falha do dever de informar e acarreta em indenização por danos extrapatrimoniais. Redução do quantum indenizatório para R\$ 5.000,00. Juros legais a contar da data do evento danoso. Reforma parcial da sentença em remessa necessária. Recurso de apelação conhecido e provido parcialmente. (grifos nossos)

(0068309-41.2018.8.19.0001 - APELAÇÃO – Des (a). MARCELO ALMEIDA - Julgamento:18/02/2020 - DÉCIMA NONA CÂMARA CÍVEL) Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro).

Por todo o exposto, não é recomendável a utilização pelo médico do Termo fornecido pelo hospital, em razão das especificidades que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve conter. Isto porque o Termo do hospital é, em regra, genérico e abrangente, não trazendo os requisitos exigidos pela Recomendação 01/2016, do Conselho Federal de Medicina. Portanto, não está apto a cumprir o dever informacional do médico, havendo decisões dos Tribunais neste sentido.

# Frente Parlamentar Mista da Medicina – FPMed

Dr. José Luiz Dantas Mestrinho\*



Dr. José Luiz Dantas Mestrinho

As frentes parlamentares são instrumentos importantes na organização do debate público junto à sociedade e seus segmentos organizados. A Frente Parlamentar Mista da Medicina – FPMed é uma grande ferramenta de mobilização política apartidária. Atualmente, a FPMed possui 250 signatários no parlamento Brasileiro, sendo composta por 238 Deputados Federais e 12 Senadores. Desde a sua criação, a FPMed vem trabalhando com temas que resultaram em grandes avanços para as demandas da classe médica e da saúde, buscando sempre o fortalecimento desse debate no Congresso Nacional, onde tramitam as mais importantes decisões que envolvem a pauta da medicina de qualidade.

Em sintonia com os anseios das entidades médicas representativas e sociedades de especialidade, num trabalho conjunto com o Instituto Brasil de Medicina – IBDM (elo de interlocução entre entidades médicas e parlamento) é buscado o desenvolvimento constante de uma política pública que seja realmente respon-

sável para a proteção das boas práticas da medicina, tanto no setor público, como no setor suplementar.

Desde sua criação no final do ano de 2017 e sua efetiva atuação, a partir do início de 2018, FPMed e IBDM têm conscientizado grande parte da classe médica sobre a importância de uma participação efetiva nas discussões de interesse no parlamento. Porém, algumas Sociedades de Especialidade ainda não dão a devida importância a essa forma de organização do debate, fazendo-se necessário que sejam incentivadas à agregação ao IBDM, pois estes atores, na qualidade de formadores de opinião perante a sociedade, poderão angariar votos aos seus escolhidos candidatos, médicos ou não, mas que possam colaborar com avanços necessários à pauta médica.

A organização política da classe médica é fundamental, uma vez que a maioria das mudanças necessárias para melhorias na área de saúde e defesa médica passam obrigatoriamente pelo Congresso Nacional, local onde a voz do médico brasileiro

tem sido cada vez mais ouvida. Este é resultado da aproximação e da efetiva contribuição do movimento médico na sistemática do processo de elaboração de leis.

Na atual legislatura, a FPMed, sempre dialogando com representantes da classe médica, já é responsável por ações que consistem em 17 novas leis, três vetos mantidos, quatro vetos derrubados e criação de dois grupos de trabalho que discutem remuneração no SUS e sua gestão de modo geral. FPMed/IBDM ainda trabalham com metas no parlamento, sem prejuízo de novas demandas de seus associados, para resolver as precarizações do exercício da medicina

As principais premissas da Frente Parlamentar da Medicina se baseiam no comprometimento e na luta pelo fortalecimento dos serviços médicos em todo o país. A FPMed considera que a união da classe médica é fundamental para que se construam soluções efetivas para a valorização do profissional médico, com a consequente melhoria da saúde da população.

\* Coordenador do Instituto Brasil de Medicina (IBDM) - Correspondência: [kate@institutobrasildemedicina.org.br](mailto:kate@institutobrasildemedicina.org.br)

## Palavra do Presidente da Acamerj

# Formação médica brasileira

A Medicina é mais cobiçada das profissões. O acesso a uma faculdade é sempre muitíssimo concorrido, tem sido desta maneira há muitas décadas. Num cenário de cerca de uma centena de candidatos para cada vaga em Universidades Públicas. As particulares tem seleção própria, mas são inacessíveis em termos econômicos para a maioria dos jovens que pretendem aprender as minúcias da prevenção, tratamento ou reabilitação das doenças em pacientes que na sua maioria são assistidos pelo sistema único de saúde.

Nesse início de reflexão, foi abordado, apenas um dos muitos aspectos que tem influência na formação médica brasileira – a dificuldade de ingresso.

Vencida essa grande batalha inicial, passam as outras como currículo médico, o aporte de verbas, o desenvolvimento do conhecimento, as pesquisas, as diversas vertentes médicas a partir dos grandes eixos: assistencial, acadêmico e gestão. Enfim, campo de trabalho.

No rol de disciplinas se distinguem as básicas, as de apoio e as profissionalizantes. E surgem dúvidas se serão necessárias e suficientes para entregar um profissional médico ético, capaz e produtivo.

Então de tempos em tempos, adaptações, complementações, vão sendo realizadas pelas diversas faculdades, com objetivo de terem currículos mais abrangentes para o atendimento adequado da demanda.

Essas modernizações impõem mais custos, exigem maiores verbas, recursos que quase sempre não acompanham a velocidade ideal e nem de longe cobrem todas as despesas planejadas. Aparecem as dívidas institucionais, impagáveis em sua maioria. Como o capital intelectual é subjetivo a conta mais expressiva corresponde

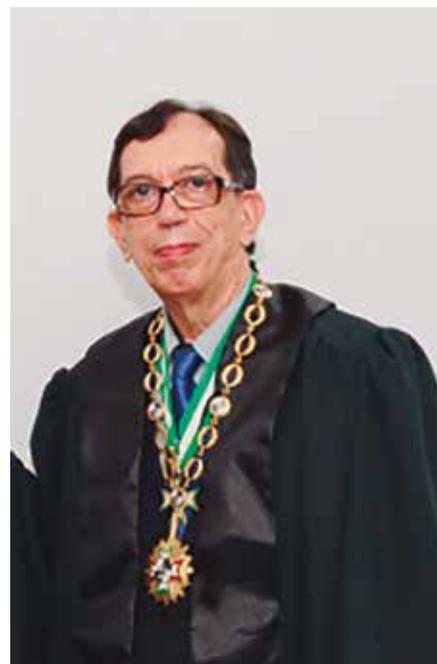
a déficits na manutenção predial, energia, água, segurança dos espaços universitários sob aspecto físico e de violência, que vão se avolumando objetivamente.

Os prejuízos no aprendizado e desenvolvimento do conhecimento são nítidos. A formação médica se prejudica também pela desmotivação de docentes devido a suspensão de pesquisas, perdas irreparáveis do saber, da produção e transmissão de avanços o que na verdade passa a ser retrocesso. Condições de trabalho ineficientes desde a estrutura física de salas de aulas, laboratórios com falta crônica de insumos, elevadores com manutenção irregular; material audiovisual com defeito; aulas práticas frustrantes devido a hospitais desestruturados; salários congelados há mais de quatro anos, irrelevantes diante da inflação crescente.

As universidades públicas estão agonizando. As particulares crescem, aumentam em número de unidades e de alunos, atraem com suas melhores condições os cérebros mais brilhantes, e tem na formação médica de qualidade uma vitrine para vários outros cursos principalmente na área de saúde (odontologia, enfermagem, psicologia, fisioterapia, etc).

Mas, como referido inicialmente, todo progresso das faculdades de medicina particulares é verdadeiramente inacessível a maioria de nossos jovens que sonham estudar e se formar em medicina. Os valores mensais estão em torno de nove salários mínimos, sendo o número de bolsas, extremamente restrito, ocorrendo seleção pela classe socioeconômica e não só pelo saber, ou vontade de aprender.

Conclui-se que a formação médica brasileira está cada vez mais, de forma irreversível, elitista



**Acadêmico Antônio Luiz de Araújo**

Presidente da Acamerj

# Departamento Científico

**Associação Médica Fluminense**  
Departamento de Clínica Médica

**Tratamento de feridas de difícil resolução**  
Palestrante: Professora Neide Kalil Gaspa  
Dermatologista UFF - ACAMERJ

**15 de Março de 2022**

**Terça-feira 07:30h**

LINK DO MEET NA DESCRIÇÃO DO POST

**Associação Médica Fluminense**  
Departamento de Clínica Médica

**Desafios do controle de hipertensão arterial durante a pandemia**  
Palestrante: Ronaldo Gismondi  
Cardiologista UFF - Niterói 200

**19 de Abril de 2022**

**Terça-feira 07:30h**

LINK DO MEET NA DESCRIÇÃO DO POST

**Associação Médica Fluminense**  
Departamento de Clínica Médica

**Lançamento do livro - Existência humana "não lugar" Teoria e clínica**  
Palestrante: Sergio Antônio Belmont  
Psiquiatra e Psicanalista

**10 de maio de 2022**

**Terça-feira 07:30h**

LINK DO MEET NA DESCRIÇÃO DO POST

**Associação Médica Fluminense**  
Departamento de Clínica Médica

**Casos Selecionados de Dor Abdominal**  
Palestrante: Alair Sarmet - UFF - CHINDASA - ACAMERJ

**24|05|2022**  
Terça-feira  
**07:30h**

LINK DO MEET NA DESCRIÇÃO DO POST

**Associação Médica Fluminense**  
Departamento de Clínica Médica

**Uso da Medicina Nuclear na Medicina Interna**  
Palestrante: Prof. Claudio Tinoco Mesquita  
UFF - PROCARDIACO - ACAMERJ

**28 de junho de 2022**

**Terça-feira 07:30h**

LINK DO MEET NA DESCRIÇÃO DO POST

**Associação Médica Fluminense**  
Departamento de Clínica Médica

**Dr. Wellington Bruno**  
Cardiologista

**LANÇAMENTO DO LIVRO**  
**Leito 7 A Medicina Sem Pressa**

**21 de junho de 2022** **Terça-feira 07:30h**

LINK DO MEET NA DESCRIÇÃO DO POST

O Departamento de Clínica Médica da AMF, coordenado pelo Dr. José Luiz Reis Rosati, tem mantido uma excelente programação, com a participação de grandes especialistas da medicina, em encontros científicos quinzenais, às terças-feiras, 7:30h, em formato virtual. As aulas ficam disponíveis no canal da AMF, no Youtube: <https://youtu.be/aE>.

# CREMERJ na sede da AMF



Da esquerda para direita: Ramon Blanco, Joel Carlos Filho, Ronaldo Vinagre, Clovis Munhoz, Zelina Caldeira, Beatriz Costa, Marcelo Erthal e Benjamim Baptista



Da esquerda para direita: Clovis Munhoz, Zelina Caldeira, Cecília Salles e Marcelo Erthal

A AMF tem a satisfação de sediar a Delegacia de Niterói, do CREMERJ. A cerimônia de inauguração foi realizada no salão nobre a AMF, no dia 13 de maio, ocasião em que o Dr. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro brindou a todos com uma palestra sobre a História da Medicina em Niterói. Além do Presidente do CREMERJ, Dr. Clovis Munhoz, do Presidente da SOMERJ, Dr. Benjamim Baptista e da Presidente da AMF, Dra. Zelina Caldeira, participaram Diretores e Conselheiros das referidas instituições e outros médicos que prestigiaram o evento.

# Nova Agência Unicred



Icaraí ganhou mais uma unidade da Unicred. Além da localizada na sede da AMF, agora tem a agência, da Rua Ator Paulo Gustavo, 50, inaugurada no último dia 13 de maio. Estiveram presentes na inauguração a presidente da AMF, Dra. Zelina Caldeira e o Vice-Presidente, Dr. Gilberto Garrido.

Da esquerda para a direita: Atrás: Glauco Barbieri, Antonio Junior, Elder Machado, Roberto Wemeling, Abdul Nasser e Jerusa Marques. Na frente: Gilberto Garrido, Clarissa Trindade e Zelina Caldeira.

**Crianças, adultos e idosos:**

**A CARTEIRA DE VACINAÇÃO ESTÁ EM DIA?**

Nos últimos tempos, muito se falou da vacina contra a covid-19, que é fundamental para o controle da pandemia. Mas não podemos esquecer das outras doenças que também podem ser prevenidas pela vacinação.

Um estudo do IEPS (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde) mostrou que a cobertura vacinal do Brasil encontrou seu pior momento em 2020. Apesar do efeito claro da pandemia, o movimento de decréscimo era notado desde 2015.

Precisamos reverter esse quadro! As vacinas são uma grande conquista da ciência e da humanidade no enfrentamento de doenças.

**Apoio:**

Associação Médica Fluminense

Unimed Leste Fluminense

# Dr. Flavio Augusto Viana Nery da Silva



## Tempo de formado:

19 anos.

## Especialidade:

Reumatologia.

## Por que escolheu essa especialidade:

Tive contato com a Reumatologia no início da Faculdade, visto que meu pai era Reumatologista e já o acompanhava no consultório e no CPN.

## Formação:

Universidade Gama Filho, depois Clínica Médica no Hospital Central da Polícia Militar e Reumatologia no "Fundão" (UFRJ).

Se não fosse médico, seria: Engenheiro de Computação (cheguei a fazer 6 meses de Informática mas larguei para ficar na Medicina) ou Jogador de Futebol (fui chamado pra fazer teste em alguns clubes quando era mais novo, mas meu pai descartou prontamente esta possibilidade).

## Fatos marcantes na profissão:

Acompanhei meu pai, Paulo Nery, meu grande incentivador e ídolo nesta especialidade, desde a faculdade. Na residência de Clínica Médica fiz um grande amigo e segundo incentivador, o Dr. Luiz Eduardo de Oliveira. No Hospital Central da Polícia Militar, já acompanhava o ambulatório de Reumatologia com ele desde essa fase. Passei dois meses na Santa Casa iniciando a Reumatologia e logo me juntei aos grandes nomes do Fundão (como Dr. Mario Newton, Dra. Blanca Bica, Laura Mendonça, entre outros). Fui tão acolhido que organizei o ambulatório de Lúpus Eritematoso Sistêmico e Nefrite Lúpica do HU, onde fiquei por cinco anos, dividindo com o consultório em Niterói e o Corpo de Bombeiros. Após, passei no concurso do Ministério da Saúde e assumi a vaga de Reumatologista do Hospital da Lagoa, onde atuo até o momento no Ambulatório de Artrite Reumatóide. Fundamos em Niterói, junto com outros Reumatologistas da cidade (Bruno Schau, Rodrigo Dezerto, Gilberto Garrido, Wilson Rocha, entre outros) o clube do Reumatismo de Niterói há quase 15 anos, com reuniões mensais na própria AMF. Organizo essas discussões já há mais de 10 anos, e até hoje fazemos um "Clubão" na primeira Reunião do ano no seu Salão Nobre. Participei da diretoria da Sociedade de Reumatologia do RJ por seis anos seguidos como diretor do interior 2015-16, 2019-20 e vice-presidente 2017-18. Sou responsável pelo comitê de Reumatologia da AMF desde sua formação. Participo ativamente do Maio Roxo, que é um movimento mundial dos grupos de pacientes para conscientizar sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico, e nesse movimento ajudei a redigir a primeira lei brasileira específica para os portadores de LES em Niterói. Lei que já está em vigor em mais de 80 municípios no Brasil. Fundei há 8 anos a clínica BYO - terapia imunobiológica assistida e clínica de vacinação, tornando um centro

*Apassionado pela reumatologia, o Dr. Flavio Augusto Viana Nery da Silva herdou essa especialidade do pai, o Dr. Paulo Nery. Com um precioso currículo na sua carreira de médico, o Dr. Flávio Nery participa ativamente do Maio Roxo, um movimento mundial dos grupos de pacientes para conscientizar sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico. Ele ajudou a redigir a primeira lei brasileira específica para os portadores de LES em Niterói, que já está em vigor em mais de 80 municípios no Brasil.*

de referência na cidade em serviços para a Reumatologia e outras especialidades, como Gastro, Dermatologia e Hematoma.

## O que representa a AMF:

Gosto e faço questão de juntar as pessoas, trocar experiências sociais e profissionais, sempre fui muito bem acolhido pelos funcionários e suas gestões, sinto a AMF a casa dos médicos de Niterói, onde temos liberdade e espaço para nossas reuniões e um ponto de encontro charmoso, bem localizado e de fácil acesso na nossa cidade.

## Hobby:

Adoro esportes, mas com os joelhos quebrados (depois de 4 cirurgias) consigo jogar meu Tennis 2-3x/semana, acompanho meus filhos nas suas atividades de futebol e musculação, vejo séries e filmes durante as madrugadas, e nos finais de semana junto com meus amigos pra tomar um bom vinho.

## Livro preferido:

Gosto dos livros de suspense e aventura da Ágatha Christie e Dan Brown, já li todos que escutei falar, sem nenhum especial.

## Sua inspiração na profissão:

Meu pai, Dr. Paulo Nery. Se conseguir metade do carisma com os amigos e pacientes e sagacidade que ele tinha diante de um caso clínico, tenho certeza que serei um bom médico!

## Qual a importância da família na vida do médico:

Essa pergunta deveria ser invertida, primeiro temos a formação familiar, pais, irmãos, filhos, companheiros, depois temos a medicina. Agradeço minha vida aos meus pais, meus irmãos e meus filhos, que hoje são o meu foco de caráter e crescimento.

## Programa imperdível:

Mengão no Maracanã com meus irmãos e meus filhos.

## Música preferida:

Ouçõ, canto e dança de tudo, de Rock Clássico a Pisadinha!! Rsr

## Frase para a posteridade:

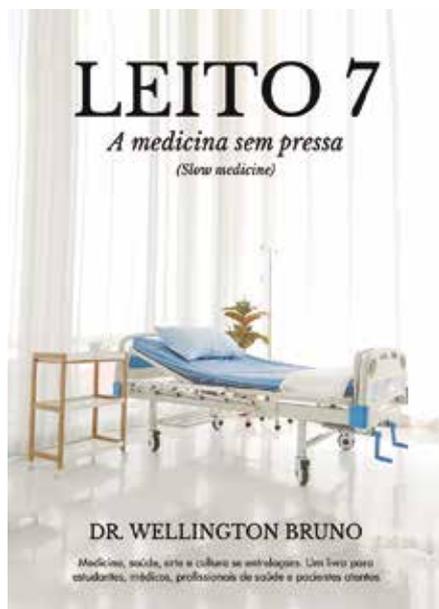
"Não tenho muitos sonhos, mas quero participar dos sonhos dos meus amigos!"

## Mensagem aos jovens médicos:

Estudem, participem, coloquem a mão, não deixem o tempo passar despercebido, desfrutem dos mais velhos o quanto puderem, sejam muito felizes, curtam a medicina, mas curtam sua vida, também, com liberdade e responsabilidade.

## Porque sou sócio da AMF:

Sinto me em casa na AMF, encontro amigos, faço novas amizades, troco experiências, e acho fundamental termos um ponto de referência médica na nossa cidade, juntos somos sempre mais fortes e mais felizes também!



**Livro:**

“Leito 7- a medicina sem pressa  
('Slow Medicine')”

**Autor:**

Wellington Bruno

**Edição independente**

em e-book na amazon.com.br para  
Kindle

## “Leito 7- a medicina sem pressa ('Slow Medicine')”

Desde o primeiro número da Revista da AMF, tenho contribuído com esta coluna sobre livros com o intuito de estimular a leitura e promover a cultura geral entre nós médicos. Raramente houve uma edição desta revista sem esta coluna. Nesta edição de número 91, tive a honra de ser solicitado por nossa presidente, Dra. Zelina Caldeira, a escrever algumas linhas sobre este livro escrito e publicado por mim, primeiramente, em livro digital (e-book), com exclusividade na amazon.com.br para o Brasil e o mundo em língua portuguesa.

“Leito 7- a medicina sem pressa ('Slow Medicine')” é uma obra de não ficção que contém a memória de mais de três décadas de prática clínica profissional em serviços públicos e privados. Utiliza o recurso de storytelling para abordar os temas elencados, além de literatura, informação em saúde e estilo de vida e, adicionalmente, aborda a evolução da medicina ao longo dos séculos; especialmente, as últimas três décadas de excepcional evolução técnica e científica com redução da atenção e humanismo na profissão. Dá especial ênfase à importância da atenção, da empatia, da paciência, da sensibilidade, da comunicação, da busca pela excelência, da inovação, da interdisciplinaridade, da avaliação funcional, da dor dos pacientes, dos cuidados paliativos, do tempo, da espiritualidade e da importância de se 'ter um médico' que o conheça. Ela procura dar informação aos pacientes leigos sobre AUTOGESTÃO DA SAÚDE, e de como podem otimizar o resultado de suas consultas ao organizar suas informações através de uma narrativa objetiva e cronológica dos sinais e sintomas que o levam ao médico, ao mesmo tempo que ajuda a sedimentar este conhecimento para jovens estudantes das áreas da saúde.

É uma obra nossa, niteroiense, brasileira, de cunho universal, cujo capítulo que dá nome ao livro se passa em uma das



**Dr. Wellington Bruno**  
Cardiologista, associado AMF

enfermarias do sexto andar do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP-UFF) num outono ensolarado de 1984, e mostra o quão importante é a prática clínica e o 'aprendizado à beira do leito' desde os primeiros anos da faculdade até o fim de nossas atividades profissionais.

É preciso desacelerar. As críticas não são 'críticas pelas críticas'. Todos os serviços precisam de eficiência e sustentabilidade, mas é preciso buscar um equilíbrio. As críticas estão lá com o objetivo de estimular uma atitude reflexiva acerca do que estamos construindo e fazendo no nosso dia a dia nesta profissão milenar imbuída de História, Humanismo e Conhecimentos (gerais e específicos) para dar a melhor qualidade e quantidade de vida digna possível aos seres humanos na Terra.

Há outras obras escritas por médicos escritores no mercado brasileiro e internacional, sobretudo em língua inglesa e francesa; porém, esta é especialmente inédita pelo tipo de abordagem. Acredito na necessidade de busca de outras fontes literárias e artísticas para aprimorar a prática clínica nestes tempos de aceleração da vida e insatisfação geral de profissionais da saúde e de pacientes com a assistência à saúde de forma apressada, protocolar e despersonalizada, sem atenção aos aspectos humanos dos pacientes. Portanto, 'Leito 7' somos todos nós que precisamos ou precisaremos de assistência e atenção algum dia.

Desejo que sua leitura seja agradável e profícua. Até a próxima (leitura), pessoal!

## Apresentamos aqui o Clube de Benefícios AMF

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



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

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

Tel: (21) 2611-1984 / 27119033



**Instituto Brasileiro de Línguas Icarai**

<http://unidades.ibl-idio-mas.com.br/icarai/>  
Para os associados da AMF serão concedidos

50% desconto nos idiomas Inglês, Espanhol e Francês e 40% de desconto nos idiomas Alemão, Italiano e Japonês



(21) 2542-0080  
(21) 98669-2818

Isenção da taxa de matrícula, em todos os cursos

Desconto no percentual de 10%, a partir da 2ª parcela das mensalidades.

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



Desconto de 20% em cursos



Desconto de 20% em todas as atividades.

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

Tel: (21) 2704-0012



Desconto de 20% em serviços pontuais

Tel.: (21) 2220-0569

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



(21) 2018-2568  
(21) 98449-3352

Desconto de 10% na comissão de corretagem e kit de certidões na venda do imóvel a todos os associados (médico + cônjuge).  
[www.davisaramago.com](http://www.davisaramago.com)



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

familiares dos associados da AMF

Isenção da taxa de inscrição nos cursos livres realizados pela Scuola di Cultura



- 20% de desconto no seguro viagem

- 5% de desconto nos pacotes nacionais e internacionais (aéreo + hotel + serviço)

- 5% nos cursos de idiomas

[niteroi@travelmate.com.br](mailto:niteroi@travelmate.com.br) - Tel: 3674-3008



(21) 2610-5328 / 2714-9403 / 2704-5106

Desconto de 15% em todos os serviços para associados da AMF

## O associado da AMF dispõe também de:

Consultoria jurídica subsidiada.

Desconto de 30% para locação do salão de eventos da AMF;

Desconto de 50% para locação das salas de conferência;

Desconto de 50% para locação da churrasqueira

Utilização livre da piscina nos finais de semana e durante a semana sem acompanhamento de professor de natação.



Confira no site: [www.amf.org.br](http://www.amf.org.br)



# PRONTO ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA **24 HORAS**

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

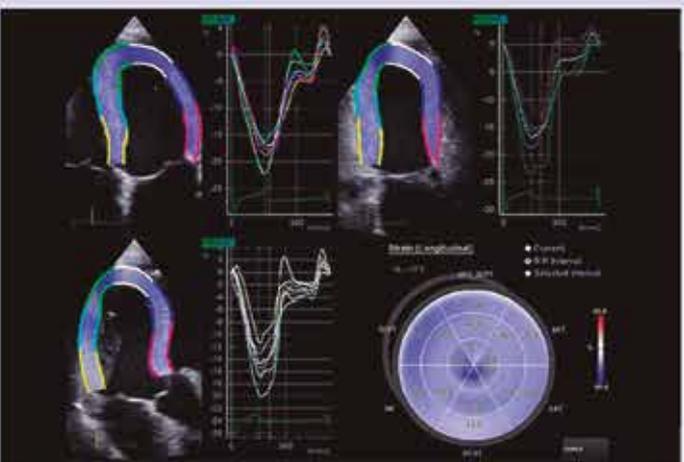
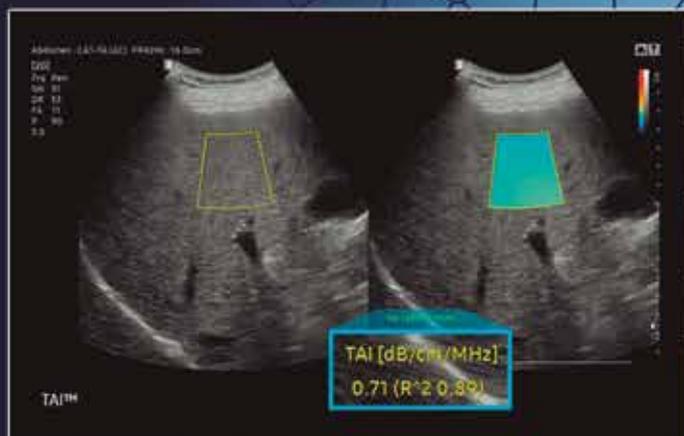


HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

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

Alameda São Boaventura, 321 - Fonseca - Niterói - RJ  
[www.hospitalalameda.com.br](http://www.hospitalalameda.com.br)

# Tecnologia de ponta para melhores resultados



Investir em tecnologia para trazer melhores resultados para médicos e pacientes é marca registrada da nossa empresa. Sendo assim, o IRSA acaba de adquirir um sistema de ultrassom premium com Elastografia Shearwave que permite:

- Medição de rigidez da próstata, fígado, tireoide e mama de forma menos invasiva e muito mais precisa;
- Medição quantitativa e qualitativa da atenuação e da dispersão tecidual para avaliar as alterações esteatóticas do fígado;
- Na área cardiológica, mostrar o movimento ventricular esquerdo e dissincronias através do recurso Strain;



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

Whatsapp  
21 99037-3112

Unidade Centro  
Av. Ernani do Amaral Peixoto, 178  
Sl.s. 103 a 205 - Centro - Niterói

Central de Marcação  
21 2729-1669 / 2612-9300

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

© f irsaradiologia  
irsa.med.br