

Revista

Associação Médica Fluminense

amf



Ano XVIII - nº 92 - Jul-Set/2022
ISSN nº 1809-1741
Órgão Oficial - Filiada à Somerj
Você encontra a Revista AMF
no site: www.amf.org.br

Medicina de precisão

e o Tratamento da Neoplasia de Ovário: A importância da análise de BRCA

Praia de Camboinhas - Niterói - RJ
Foto: Dr. José Luis Reis Rosati

E ainda:

- Erotomania: Relato de um Caso de Migração Objetal
- Monkeypox, desinfecção de ambientes domésticos e de outros não relacionados à saúde
- Esclarecimento e união com a população: uma fórmula para ampliar a cobertura vacinal contra o HPV e defender a vida

Filiada a



Medicina

Para uma formação médica de resultados, some a sua vocação aos nossos diferenciais.



Há mais de 25 anos sendo um marco de excelência na formação médica, o IDOMED surgiu com o propósito de transformar o ensino da Medicina no país. Aqui, conectamos tecnologia de ponta ao cuidado humanizado, oferecendo ao aluno a prática médica que transforma vocação em excelência.

Parabenizamos todos os médicos pelo seu papel fundamental em nossas vidas.

18 de outubro
Dia do Médico



Saiba mais em idomed.com.br ▶

- Graduação • Especialização
- Pós-Graduação • MBA • Mestrado
- Doutorado • Residência Médica
- Cursos de Aperfeiçoamento

Repensando estratégias.....

Há quase três anos do surgimento da pandemia por Covid 19, depois de passarmos por momentos críticos de grande morbidade e muitos óbitos, estamos vivendo uma fase, talvez, de remissão, com diminuição significativa do número de casos e mortes decorrentes desses. No entanto, outras viroses respiratórias ou não, a exemplo da Monkeypox, têm acometido os indivíduos mais susceptíveis, ressaltando a importância do estado de alerta constante da saúde.

É sabido que, durante a pandemia, muitos diagnósticos foram postergados, assim como tratamentos de diversas patologias, o que colocou em risco a vida de muitos. Como exemplo, podemos citar a tuberculose, sífilis, dengue, patologias crônicas não transmissíveis, neoplasias etc. que mantêm uma alta incidência em nosso meio e tiveram seus prognósticos agravados durante a pandemia. Após esse período, chama atenção a baixa cobertura vacinal em nível mundial, registrando-se a menor taxa de vacinação infantil nos últimos 30 anos, abrindo a possibilidade do adoecimento e óbitos por doenças imunopreveníveis.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), “em 2021, 25 milhões de crianças não receberam a vacina tríplice bacteriana (difteria, tétano e coqueluche), dois milhões a mais do que em 2020 e seis milhões a mais do que em 2019. A cobertura da primeira dose da vacina contra o sarampo caiu para 81% em 2021, sendo o nível mais baixo desde 2008, significando que 24,7 milhões de crianças perderam a primeira dose dessa vacina em 2021, 5,3 milhões a mais do que em 2019. Outros 14,7 milhões não receberam a segunda dose necessária. Da mesma forma, em comparação com 2019, mais 6,7 milhões de crianças perderam a terceira dose da vacina contra a poliomielite e 3,5 milhões perderam a primeira dose da vacina contra o HPV – que protege as meninas contra o câncer do colo do útero mais tarde na vida.”

No Brasil, temos o Programa Nacional de Imunização (PNI) que é referência mundial, porém vem acontecendo queda da cobertura vacinal desde 2015, muito mais acentuada nos últimos três anos, não diferente de outros países do mundo. De acordo com dados do DATASUS/PNI, em 2022, a taxa de cobertura vacinal nacional informa-

da (atualizada em 18/9/2022) é de 43,96%. Em 2019, foi 73,44%, em 2020, 67,28% e em 2021, 59,87%. Isto é, vem decrescendo continuamente, o que coloca em risco a saúde de milhares de brasileiros, com aparecimento de doenças já controladas, como por exemplo, a poliomielite. No momento em que casos de poliomielite foram identificados em outros países, como Estados Unidos, Malawi e Israel, cuja doença estava considerada erradicada, estamos com a cobertura vacinal de apenas 49,5%, correndo o risco do aparecimento de surtos. A taxa de cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde é de 95%.

É de conhecimento das autoridades em saúde e governamentais da importância de se reforçar a vacinação e restaurar a cobertura vacinal, além do calendário infantil, ampliando o conhecimento e divulgação da vacinação para as diversas faixas etárias, sendo que aquelas recomendadas pela OMS estão disponíveis no SUS, de forma gratuita, para toda população brasileira. Vários fatores podem ser atribuídos a essas defasagens, mas com foco em nosso país, no qual contamos com o SUS, mesmo considerando as diferenças econômicas regionais, é possível a implementação de estratégias com divulgação de conhecimento e educação, assim como melhor gestão dos recursos destinados à saúde.

As campanhas de vacinação, que por vezes acontecem, devem ser reforçadas pelo atendimento contínuo nas salas de vacinação, que necessitam de maiores investimentos técnicos e em formação de recursos humanos, para melhor acolhimento, além do trabalho junto à sociedade, mesmo com movimentos locais de esclarecimentos, educação e incentivo à vacinação.

O Ministério da Saúde, através do SUS, possui diversos programas de atenção à saúde, em diferentes contextos, cuja gestão é municipal, uma vez que fazem parte da assistência primária. A tarefa de fazer funcionar esses programas, embora regidos pelos órgãos federais e instituições competentes com a elaboração de protocolos e manuais de orientação, é atribuição do município. Se por um lado temos avançado em inovações tecnológicas em saúde, faz-se necessário um olhar para a assistência básica, pensando em prevenção e promoção da saúde. O acesso à assistência à saúde não é equânime. Alguns recursos estão muito distantes de serem dis-



Dra. Zelina Caldeira - Presidente da AMF

ponibilizados para a população dependente do SUS.

Os fenômenos em saúde acontecem de forma concomitante. Patologias se sobrepõem. As questões sociais estão diretamente relacionadas à saúde de uma população. Com certeza, muitos esforços foram concentrados no atendimento aos pacientes acometidos pela Covid, embora, o número de internações e óbitos tenha sido significativo, a maioria apresentou formas moderadas e leves, não necessitando de internação; por outro lado, muitos outros faleceram sem nenhuma assistência. Houve um hiato nesse período, com consequências sociais, econômicas, emocionais e agravos na saúde.

É hora de investir em resgatar as questões de políticas de saúde. Uma delas é recuperar a cobertura vacinal, inovando em estratégias de captação, de informação e facilitando a adesão. Dessa forma, estaremos contribuindo para a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

Referências bibliográficas:

- Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. Cobertura Vacinal. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def. Acesso em: 17/09/2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fiocruz. Cobertura Vacinal no Brasil está em números alarmantes. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia>. Acesso em: 18/09/2022.
- OPAS. OPAS e Ministério da Saúde do Brasil promovem vacinação contra pólio e outras doenças em Dia D. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>. Acesso em: 17/9/2022.
- UNICEF/OMS. Pandemia de covid-19 alimenta o maior retrocesso contínuo nas vacinações em três décadas. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil>. Acesso: 17/9/2022.

Artigos Científicos

Medicina de precisão e o tratamento da neoplasia de ovário: a importância da análise de BRCA.	06
Erotomania: relato de um caso de migração objetal.	10
Em defesa da vida. Esclarecimento e união com a população: uma fórmula para ampliar a cobertura vacinal contra o HPV.	17

Artigo

Variola dos macacos. Monkeypox, desinfecção de ambientes domésticos e de outros não relacionados à saúde.	20
Turismo de saúde como um vetor de desenvolvimento e acesso à saúde qualificada.	24
Vida, trabalho e relacionamentos.	32

"Passeio em Cambinhas. Julho 2022. Consta que ao avistar a serra da Carioca adentrando o oceano, marujos da caravela de Americo Vespúcio, homens rudes do mar, ficaram com os olhos cheios de lágrimas pela beleza que enxergavam".



Praia de Cambinhas - Niterói - RJ
Foto: Dr. José Luis Reis Rosati

Perfil

Dr. Enildo Ferreira Féres. **30**

Sindhleste

Os hospitais precisam de ajuda para pagar o novo piso da enfermagem. **31**

Livro em Foco

A mão e a luva o que elege um presidente. **34**

Agenda AMF

Clube de Benefícios **36**

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 Cambinhas - Niterói/RJ

Dr. José Luis Reis Rosati

Ano XIX - nº 92 - Jul/Ago / Set - 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.



A PIONEIRA EM MEDICINA NUCLEAR DO BRASIL, AGORA EM NITERÓI

ATENDEMOS TODOS
OS PLANOS DA **UNIMED**
LESTE FLUMINENSE

RUA LOPESTROVÃO, 390 - ICARAÍ

- CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO:
ESFORÇO FÍSICO E FARMACOLÓGICO
(DOBUTAMINA E DIPIRIDAMOL)
- CINTILOGRAFIA RENAL: DTPA E DMSA
- CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES
- CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM TRODAT
- QUARTO TERAPÊUTICO (IODOTERAPIA)

Exames de **PET/CT** na unidade Centro
Transfer gratuito saindo da nossa unidade Niterói
(PET/CT FDG - F18, PET/CT PSMA - F18, FES - F18, NOTA - F18)

VEJA NO SITE
OS NOSSOS
CONVÊNIO

VEJA A LISTAGEM
COMPLETA
DE EXAMES



Nossa Linha de Cuidados trabalha para
que nossos pacientes possam o atendimento
mais personalizado possível. Consulte-nos.

MEDICINA NUCLEAR
VILLELA PEDRAS
DESDE 1954

OUTRAS UNIDADES:
CAMPO GRANDE | CENTRO | LEBLON | PETRÓPOLIS

AGENDE AGORA
SEU EXAME

CENTRAL DE MARCAÇÃO
☎ (21) 3511-8181

Medicina de Precisão

e o tratamento da neoplasia de ovário: a importância da análise de BRCA

Dra. Christiane de Melo Souza*



Dra. Christiane de Melo Souza
Oncologista Clínica do Grupo Oncoclínicas

Dados gerais e Epidemiologia

O câncer de ovário, segundo os dados mais recentes do INCA (2020), constitui a oitava neoplasia mais comum dentre todas, sendo o segundo tumor ginecológico mais prevalente, estando atrás apenas do câncer de colo uterino.

No Brasil, esperam-se 6.650 novos casos para o triênio 2020-2022, o que corresponde a um risco estimado de 6,18 novos diagnósticos a cada 100 mil mulheres.

Possui a maior taxa de mortalidade dentre as neoplasias de trato ginecológico, sendo responsável por 4,2% de toda a mortalidade por câncer entre as mulheres. Essa elevada frequência de morte pode estar relacionada com o tipo de célula ovariana atingida, onde o epitelial é o mais incidente e, também, de pior prognóstico.

A média etária das pacientes é 60 anos de idade, e o risco médio, ao longo

da vida para as mulheres, é cerca de 1:70.

Os principais fatores de risco associados ao câncer de ovário são: idade e histórico familiar de cânceres de ovário e de mama (mutações dos genes BRCA1 ou BRCA2), sendo o fator genético o mais importante.

Outros fatores de risco também são considerados: reprodutivos e hormonais (nuliparidade, lactação, ligadura de trompas e ooforectomia) e aqueles relacionados aos hábitos e ao estilo de vida (tabagismo, aumento do consumo de carnes e gorduras, sedentarismo).

A gravidez, a lactação e o uso de anticoncepcionais orais representam fatores de redução do risco dessa doença.

Câncer de ovário

É considerado uma patologia agressiva, de evolução rápida e potencialmente fatal.

Grande parte dos diagnósticos, em

torno de 75%, são feitos em estágios mais avançados (EIII e IV) por ser uma doença majoritariamente assintomática.

Quando sintomático, o câncer de ovário irá apresentar um quadro clínico exuberante, porém inespecífico. Podendo contar com a presença de aumento do volume abdominal, dor pélvica, sintomas gastrointestinais e síndrome consumptiva.

Tumores ovarianos no “sensu lato” são detectados essencialmente por exames clínicos e de imagem. Os dados obtidos a partir desses métodos de avaliação, bem como os resultados da pesquisa de marcadores tumorais (Ca 125, CEA, Beta-HCG, Alfafetoproteína e Inibina), levam à última etapa para a finalização do diagnóstico: a biópsia.

O correto estadiamento oncológico é realizado por cirurgia, com a obtenção de material através da biópsia do ovário, omento, linfonodos e coleta de líquido peritoneal.

*Oncologista Clínica do Grupo Oncoclínicas com foco em Oncogineco
Residência em Oncologia Clínica pelo INCA
Contato: christiane.souza@medicos.oncoclinicas.com

A Biópsia percutânea de cistos complexos deve ser evitada, dado o risco de extravasamento do tumor na cavidade pélvica.

A maioria dos casos de câncer de ovário se forma por células epiteliais (90% dos casos), sendo o restante por células germinativas e células estromais.

Com base nesse compilado de dados, é possível definir a melhor programação terapêutica para as pacientes.

Um fator que dificulta o diagnóstico precoce é a falta de estratégias de rastreamento de fácil acesso, visto que a forma mais prática para identificar a predisposição à doença são os testes genéticos que, além do alto custo, devem ser customizados de acordo com as variantes patogênicas mais frequentes em cada população, o que torna o acesso muito limitado.

BRCA

O BRCA é um gene localizado no núcleo celular, o qual codifica proteínas que estão envolvidas no reparo do DNA durante a divisão celular.

Sua mutação constitui o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de tumores de ovário. Geralmente, está presente uma história familiar positiva para câncer de mama ou de ovário, ou ambos - às vezes, ocorrendo em idade precoce e na mesma mulher. Tal mutação também pode estar relacionada a outros tumores, como próstata e pâncreas.

As variantes podem estar relacionadas à presença de uma mutação herdada ou adquirida em um dos dois genes, conhecidos como BRCA1 e BRCA2. Eventualmente, é feito o teste germinativo através da avaliação da presença de mutações por sangue ou saliva. Em caso de resultado negativo, segue-se à análise da peça tumoral, em busca de mutações somáticas. Todas as pacientes diagnosticadas com tumor de ovário devem realizar esse teste.

A prevalência dessas mutações na população em geral varia de 1/400 a 1/800. O risco de desenvolvimento de neoplasias, especialmente a de ovário, aumenta ao longo da vida, podendo variar de 16-44% no BRCA1 e 10% no BRCA2. Desse modo, o risco de câncer de ovário começa a aumentar acima do risco populacional após os 40 anos em mulheres com BRCA1 e após os 50 anos, em mulheres com BRCA2.

Outrossim, foi observada uma associação entre a presença do câncer de ovário e a síndrome de Lynch, que também envolve a predisposição autossômica dominante a câncer colorretal, câncer de endométrio e outros.

Medicina personalizada e Tratamento

A administração intravenosa de quimioterapia à base de taxano e platina é o padrão atual de cuidados perioperatórios para pacientes com tumor do ovário. Análogos de platina, como carboplatina e cisplatina, são os agentes mais ativos nesta doença.

Notavelmente, para pacientes com doença em estágio avançado que haviam sido submetidas a debulking ideal, esse regime quimioterápico resultou em mediana de sobrevida global de quase cinco anos.

Apesar da melhora em prognóstico, a recaída ainda ocorre na maioria com doença avançada, chegando a 70% das pacientes.

As características que são preditivas de sobrevida inferior incluem estágio avançado do tumor, idade superior a 65 anos, citorredução subótima, achados histológicos de alto grau ou células claras, ascite pré-operatória e um nível de CA-125 que não atingiu a faixa normal dentro de três ciclos de terapia.

Devido à alta prevalência do tumor de ovário e seu desenvolvimento silencioso, torna-se importante discorrer sobre novas estratégias de tratamento que visem melhorar o prognóstico e sobrevida das pacientes, sem, no entanto, deteriorar sua qualidade de vida.

A introdução de uma nova classe de drogas, conhecida com Inibidores de PARP (poli ADP-ribose polimerase), está mudando a jornada dessas pacientes.

São drogas-alvo (iPARP) que atuam impedindo a reparação de danos na replicação do DNA. Os genes BRCA, também, estão envolvidos em uma via diferente de reparo do DNA e as mutações nesses genes podem bloquear essa via. Ao bloquear a via PARP, esses medicamentos tornam difícil às células tumorais com um gene BRCA mutado reparar o DNA danificado, levando essas células à morte.

Hoje, no Brasil, temos aprovado pela ANVISA, a utilização de Olaparibe e Nira-

paribe no tratamento de tumores ovarianos. Esses fármacos são utilizados como terapia de manutenção após uma linha de quimioterapia baseada em platina.

As pesquisas que indicaram a utilização de tais medicamentos avaliaram pacientes com diagnóstico em estádios mais avançados, com resposta parcial ou completa após ciclo de tratamento quimioterápico com platina e independente do desfecho cirúrgico (se ressecção parcial ou completa de doença).

Estudos como SOLO-1 e PAOLA-1 avaliaram a eficácia em termos de sobrevida livre de progressão no uso de Olaparibe como tratamento de manutenção.

Como resultados, vimos uma redução no risco de morte em torno de 70% após 2 anos de uso de iPARP, mantendo-se esse benefício após 5 anos do início do tratamento com ainda 50% das pacientes sem recorrência de doença.

O estudo PRIMA avaliou o benefício na sobrevida livre de progressão com uso de Niraparibe. A duração média de sobrevida livre de progressão é de aproximadamente um ano e a maior duração da sobrevida livre de progressão no grupo do Niraparibe foi de 13,8 meses versus oito meses no braço placebo.

Nos estudos, foram avaliadas pacientes com e sem mutações no BRCA e o resultado em benefícios na duração da sobrevida livre de progressão foram notáveis em todos os subgrupos, apesar de algo maiores no grupo mutado, além de semelhantes nos três ensaios, não obstante o uso de diferentes inibidores de PARP em diferentes populações e com diferentes desenhos de intervenção.

De maneira geral, os efeitos colaterais associados ao tratamento com iPARP são modestos e poucos pacientes descontinuaram a terapia.

Desse modo, consolidamos a terapia de manutenção com iPARP como tratamento padrão para as pacientes portadoras de neoplasia de ovário após quimioterapia baseada em platina.

Considerações finais

A perspectiva para pacientes com câncer de ovário epitelial melhorou claramente na última década, em grande parte como resultado da quimioterapia de primeira linha à base de taxano e platina, bem como um aumento nas opções para o manejo da doença recorrente, como

a introdução dos inibidores de PARP no tratamento de manutenção.

O senso comum nos traz que o oncologista, o cirurgião oncológico e o geneticista devem trabalhar juntos no reconhecimento de síndromes familiares e na implementação de estratégias de redução de risco.

Embora não exista atualmente uma estratégia estabelecida de rastreamento do câncer de ovário com eficácia comprovada, a detecção de alvos moleculares para guiar uma tentativa de detecção precoce e, principalmente, adicionar drogas que tragam benefício clínico e de sobrevida, devem ser mandatoriamente avaliadas.

Há esperança de que a combinação dessas abordagens melhore ainda mais a sobrevida de pacientes com esta doença muitas vezes letal.

Referências Bibliográficas

ARAGÃO, J A et al. *Epidemiologia e fatores de risco associados ao câncer de ovário: revisão integrativa*. Disponível em: s3.amazonaws.com/downloads.editoracientifica.com.br/articles/210404258.pdf. Acesso

em: 13/08/2022.

BRASIL. MINISTÉRIO da SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 30/07/2022.

CANNISTRA, S A. *Cancer of the Ovary*. *N Engl J Med*. 2004 Dec 9;351(24):2519-2529. Disponível em: www.nejm.org. Acesso em: 13/08/2022.

GONZÁLEZ-MARTÍN, A; POTHURI, B; VERGOTE, I et al. *Niraparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer*. *N Engl J Med*. 2019;381(25):2391-2402. Disponível: <https://www.nejm.org>. Acesso em: 01/08/2022.

LONGO, DL. *Personalized Medicine for Primary Treatment of Serous Ovarian Cancer*. *N Engl J Med*. 2019 Dec 19;381(25):2471-2474. doi: 10.1056/NEJMe1914488. PMID: 31851805. Disponível em: www.nejm.org. Acesso: 02/08/2022.

MOORE, K; COLOMBO, N; SCAMBIA, G et al. *Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Can-*

cer. *N Engl J Med*. 2018;379(26):2495-2505. doi:10.1056/NEJMoa1810858. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/>. Acesso em: 02/08/2022.

MORAES, Margarida Maria Fernandes da Silva; BIAGI, Giovana Bachega Badiale. *Ovário – Neoplasias*. 5ª edição – 2019. Sociedade Brasileira de Patologia.

NEFF, RT; SENTER, L; SALANI, R. *BRCA mutation in ovarian cancer: testing, implications and treatment considerations*. *Ther Adv Med Oncol*. 2017;9(8):519-531. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28794804>. Acesso em: 02/08/2022.

RAY-COQUARD, I, PAUTIER, P, PIGNATA, S, et al. *Olaparib plus Bevacizumab as First-Line Maintenance in Ovarian Cancer*. *N Engl J Med*. 2019;381(25):2416-2428. Disponível: <https://www.nejm.org>. Acesso em: 01/08/2022.

SANTOS, M. A. P.; FERNANDES, F. C. G. de M. .; SANTOS, E. G. de O. .; BEZERRA DE SOUZA, D. L.; BARBOSA, I. R. *Tendências de Incidência e Mortalidade por Câncer de Ovário nos Países da América Latina*. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 66, n. 4, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.813



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

INTERCÂMBIO & TURISMO
TraveLMATE

Sua próxima viagem passa por aqui

TRAVELMATE NITERÓI
R. Cel. Moreira César, 229
Loja 216 | Icaraí
21 98102-4372
travelmate.com.br



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

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

Erotomania: relato de um caso de migração objetal

Dra. Gabriela Coelho Vaz Martins¹, Dr. Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior²



Resumo

A Erotomania ou Síndrome de Clérambault é atualmente caracterizada como um transtorno delirante persistente, no qual o tema central do delírio é ser amado por outro. Clérambault é considerado o primeiro psiquiatra a descrever sistematicamente as características centrais desta síndrome, que poderia ser transitória e sobreposta a transtornos paranoides, assim como ser um dos pródromos da esquizofrenia, ou mesmo uma entidade clínica autônoma. As características, evoluções e desfechos do quadro de cada paciente com esta patologia são bastante variados apesar do tratamento, que inclui uma combinação de tratamento farmacológico, intervenções psicológicas e estratégias de gestão de riscos. Este trabalho foi realizado a partir de pesquisa nas bases de dados PubMed e LILACS para embasamento de um relato de caso. Concluído

que há um consenso na literatura de que a minoria dos casos deste transtorno alcança completa remissão, porém sem tratamento, esta doença crônica tende a se agravar com o tempo, causando prejuízos sociais no paciente, assim como no objeto do delírio, podendo levar a comportamentos agressivos contra este ou terceiros que sejam vistos como rivais ou ameaças, sendo necessária manutenção do tratamento por tempo indeterminado.

Abstract

Erotomania or Dr. Clérambault syndrome is currently characterized as a persistent delusional disorder, in which the central theme of delusion is to be loved by another. Clérambault is considered the first psychiatrist to systematically describe the central characteristics of this syndrome, which could be transient and overlapped with paranoid disorders, as well as being

one of the prodromes of schizophrenia, or even an autonomous clinical entity. The characteristics, evolutions and outcomes of each patient with this pathology are quite varied despite the treatment, which includes a combination of pharmacological treatment, psychological interventions and risk management strategies. This study was carried out based on research in the PubMed and LILACS databases to support a case report. Concluded that there is a consensus in the literature that the minority of cases of this disorder achieves complete remission, but without treatment, this chronic disease tends to worsen over time, causing social damage in the patient, as well as in the object of delusion, which may lead to aggressive behaviors against him or others that are seen as rivals or threats, maintenance of treatment is required indefinitely.

Introdução

Erotomania ou Síndrome de Clérambault, também, já foi conhecida como estado paranoico erótico, delírio da paixão, síndrome do amante fantasma, reação psicótica de transferência erótica, amor delirante, amor insanus, melancholie erotique, old maids insanity e psychose passionelle (FERIOLI et al., 2007; Jordan et al., 1980; SAMPOGNA et al., 2020). Referências à erotomania são encontradas desde a Grécia antiga, nos trabalhos de Hipócrates, Plutarco e Galeno, com importantes descrições fenomenológicas que contribuíram para a evolução do conceito de erotomania nos trabalhos de Alexander Morrison, Karl Jaspers e Ernst Kretschmer (KELLY, 2017).

No século 19, Emil Kraepelin, em seu trabalho Maniac-Depressive Insanity and Paranoia, discutiu os limites entre dementia

¹ Médica Residente, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ), TCC apresentado em 26/05/2022

² Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Preceptor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ); Coordenador do Departamento de Psiquiatria da AMF; orientador do TCC.

praecox (esquizofrenia), insanidade maníaco-depressiva e paranoia, sendo a erotomania considerada um subtipo desta última e nomeada com "megalomania paranoica". Pela definição de Kraepelin, paranoia é um delírio inabalável, de início insidioso, resultado de causas internas, acompanhado da preservação total da forma e do curso de pensamento. Em sua descrição, tratavam-se, em sua maioria, de mulheres acima de 30 anos, com quadros progredindo de um olhar inicial do objeto, através de "alucinações sonhadoras" a obstáculos e desapontamento com a falta de progresso do relacionamento. Notou, também, que o desenvolvimento do conteúdo do delírio diminui lentamente, mas o núcleo delirante permanece (SAMPAIO et al., 2007).

Apesar da definição de erotomania como uma forma de paranoia proposta por Kraepelin (inclusive com casos relatados apresentando características idênticas às dos apresentados por Gaëtan), ela foi eternizada com o nome de síndrome de Clérambault, após a publicação de sua obra *Les Delires Passionnelles* (1921), onde identificou as semelhanças de seus quadros como: "o mesmo afeto exaltado, a mesma predominância de sentimentos, o mesmo poder emocional e o mesmo tipo de paixão mórbida" (SAMPAIO et al., 2007; CALIL et al., 2005). O Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault foi um famoso psiquiatra parisiense que trabalhou como chefe da Enfermaria Especial da Polícia da Prefeitura de Paris. Tinha uma vasta experiência em casos psicologicamente complicados e atendeu diversos casos de psicose caracterizada como delírio passional (DELGADO et al., 2018). Clérambault é tido como o primeiro a descrever sistematicamente as características centrais desta síndrome, relatando seis casos do que chamou de erotomania pura e cinco casos do tipo secundária (ou associada). No entanto, tais estudos foram publicados após sua morte e seus colegas decidiram usar o epônimo "síndrome de Clérambault" para a síndrome delirante erotomaniaca (SAMPOGNA et al., 2020).

Segundo Clérambault, a erotomania é uma síndrome de emoções patológicas, onde uma emoção (veemente, profunda) se associa a um tema ou grupo de ideias e forma uma estrutura cognitiva permanente chamada "nó ideo-afetivo", dando origem a um "postulado fundamental". Esta crença com uma base afetiva se torna autônoma. Na Erotomania, o sentimento de base seria

um misto de orgulho, desejo e esperança. O postulado fundamental é de que o sujeito acredita estar em uma relação amorosa com outro (objeto), ou apenas é amado por ele, geralmente de nível social superior, e este outro é o primeiro a se apaixonar e fazer investidas. Há temas secundários derivados deste, como: o objeto é incapaz de ser feliz sem o sujeito, o objeto é desimpedido ou seu casamento é inválido, o objeto faz tentativas de contactar o sujeito, tem conversas indiretas e mantém vigilância contínua ou proteção através de recursos fenomenais a seu dispor, há uma simpatia ou apoio universal pelo relacionamento e o objeto apresenta atitude paradoxal ou contraditória em relação ao sujeito. Este último foi tido pelo psiquiatra francês como de importância singular e sempre presente, enquanto os outros eram raramente todos encontrados em um paciente. Há grande variedade na escolha do objeto, incluindo múltiplos, podendo ser sucessivos ou simultâneos, uma pessoa imaginária ou alguém do passado do sujeito. Dr. Clérambault acreditava que quanto maior o aspecto "imaginativo" da Erotomania, menor o componente afetivo. Para ele, a pureza dos casos dependeria da intensidade afetiva, restrição a um único tema delirante, evolução estereotipada e tendência a agir de acordo com crenças. Acreditava ainda que um estado emocional preparatório para o surgimento da síndrome seria similar ao encontrado na hipomania e em estados de intoxicação patológicos. O quadro evoluiria ordenada e invariavelmente em três fases: esperança, despeito e rancor. A fase do rancor sendo a mais importante delas e a que caracteriza melhor a síndrome. Nesta fase, depois de repetidas rejeições e se sentindo humilhado, o sujeito exerceria retaliações contra o objeto de amor ou terceiros. Segundo o psiquiatra, a erotomania tanto pode ser uma síndrome transitória e sobreposta a transtornos paranoides, como pode ser um dos pródromos da esquizofrenia, ou mesmo uma entidade clínica autônoma (JORDAN et al., 1980; SAMPAIO et al., 2007; CALIL et al., 2005; SIGNER, 1991; CLÉRAMBAULT, 1999; VALADAS et al., 2020). Dr. Clérambault, ainda, classifica a erotomania em forma pura (ou primária), com início súbito, em estado de consciência claro, ausência de alucinações, evoluindo de forma crônica, e em forma secundária, com início gradual e como processo sobreposto a uma psicose pré-existente do tipo paranoide (DELGADO et al., 2018; CALIL

et al., 2005; ASSRA, 1989). Notando que pacientes com delírios erotômanos podiam não apresentar outros sintomas psicóticos, o médico argumentava em favor de se tratar de uma entidade nosológica própria e discreta (RUDDEN et al., 1990).

Desde sua apresentação por Clérambault, a Erotomania tem sido alvo de tentativas de conceitualização, questionamento acerca da utilidade de mantê-la como síndrome independente e incorporada aos sistemas diagnósticos de diferentes maneiras (VALADAS et al., 2020). Os métodos de registro de sua época, como a evolução dos eventos e descrições dos temas narrados de maneira meticulosa, enquanto informações sobre as características diagnósticas consideradas importantes para a psiquiatria nas décadas seguintes serem esparsas, associados à raridade encontrada na literatura de sua forma primária, são motivos dados (SIGNER, 1991; ASSRA, 1989). No século XX, pacientes com delírios erotômanos foram em maior frequência diagnosticados com paranoia, se os delírios fossem o único sintoma psicótico, ou Esquizofrenia paranoide se outros sintomas de psicose estivessem presentes. Exemplos de psiquiatras desta linha de pensamento são Arieti, Hollender, Callahan e Lehmanse. Outros defendiam uma visão mais heterogênea dos pacientes com delírios de erotomania. Raskin, Sullivan e Seeman apresentaram casos em que pacientes erotomaniacos pareciam exibiam quadros de transtornos de humor ou esquizoafetivos (RUDDEN et al., 1990).

Alguns destes estudiosos propuseram divisões para os quadros de delírios erotomaniacos, como Hollender e Callahan (1975) que os dividiram em dois subtipos: uma forma primária ou pura com início súbito e fixado em um único objeto, evoluindo cronicamente em um sistema encapsulado (paranóia) e um tipo secundário com início gradual, sobreposto a outros sintomas (esquizofrenia). Já Seeman (1978) subdividiu em um tipo fixo com delírio constante e outro cujo delírio tinha curta duração, embora intenso e recorrente. Ao primeiro grupo associava maior número de hospitalizações, raras tentativas de contato, escolha mais frequente por indivíduos comuns, características marcadamente passivas e com pouca experiência sexual; seus delírios eram vistos como defesa contra baixa autoestima, sexualidade e agressão externa. O segundo grupo consistiria em indivíduos melhor integrados socialmente, com repetidos casos

de amor não correspondido por figuras de autoridade, duração dos delírios por apenas alguns meses, confronto do objeto da relação, com quem tinham algum contato, os pacientes eram independentes com aspirações pessoais elevadas, tinham vida sexual ativa e eram agressivos e impulsivos. Nestes casos, o delírio seria visto como reação de defesa contra homossexualidade, sentimentos competitivos e de ressentimento. A erotomania secundária tem sido associada à esquizofrenia, ao transtorno esquizoafetivo, ao transtorno bipolar de humor e a síndromes orgânicas agudas ou crônicas (JORDAN et al., 1980; CALIL et al., 2005; SIGNER, 1991).

Existem múltiplas teorias psicodinâmicas que tentam explicar a etiologia da síndrome de Clérambault, entre elas: Arieti e Math (1959) sugerem que o sentimento envolvido na erotomania é amor-próprio, negado e projetado em um outro ou como um deslocamento de tendências homoeróticas inconscientes. Enoch e Trethowan (1979) acreditavam que dependia dos conflitos gerados por afetos não correspondidos e o desejo de se rebelar contra papéis sociais, assim como uma contribuição do narcisismo. A importância de um abalo ao narcisismo, secundário a defeitos físicos, intelectuais ou sociais (reais ou percebidos), também, foi enfatizada (SIGNER, 1991). Segal observou características em comum em seus pacientes: pouco atraentes fisicamente, solitários, imaturos, limitados intelectualmente, socialmente inibidos, sexualmente pouco experientes, com empregos de baixo prestígio e considerou que eles procuravam atenuar seu sentimento de inferioridade através de compensações psicológicas, projetando construções delirantes narcísicas em pessoas mais valorizadas socialmente. Freud propôs que a erotomania seria uma das diversas manifestações do centro de conflito da paranóia e estaria diretamente ligada a uma relação insatisfatória com a própria mãe, causando dificuldades de relacionamento íntimo e comprometendo a vida conjugal. Jordan acreditava que a erotomania podia se desenvolver a partir da busca por uma figura paterna segura, erotizada e inatingível, assim como da necessidade de afastar impulsos homossexuais próprios (SAMPAIO et al., 2007).

Há relatos na literatura de que a erotomania pode ocorrer associada à Síndrome de Capgras, Síndrome de Fregoli e à Folie à Deux e secundariamente a diver-

sas causas orgânicas como: traumatismo cranioencefálico, convulsões, hemorragia subaracnóide, gravidez, infecção pelo HIV, doença de Cushing, uso de contraceptivos orais, perimenopausa, uso de anfetaminas, consumo abusivo de álcool, retardo mental, doença de Alzheimer. Entende-se que alterações metabólicas e estruturais são capazes de produzir síndromes delirantes por causas orgânicas, especialmente quando afetam estruturas límbicas basais ou temporais. A síndrome de Clérambault está incluída nestes quadros, porém casos relatados na literatura são esparsos e raros (VALADAS et al., 2020; SIGNER et al., 1987; OLOJUGBA et al., 2007).

Testes neurofisiológicos sugeriram que a erotomania poderia estar associada a déficits na flexibilidade cognitiva e na leitura associativa (mediadas pelo sistema frontal subcortical) e a déficits nas habilidades verbal e de visão espacial. Prejuízos no funcionamento da visão espacial ou lesões no sistema límbico, especialmente nos lobos temporais, em combinação com experiências amorosas ambivalentes e de isolamento afetivo, poderiam contribuir com as interpretações delirantes. Já déficits na flexibilidade cognitiva poderiam contribuir com a manutenção de crenças delirantes (o conteúdo do delírio seria determinado pela cultura e pelas experiências pessoais de cada paciente). (SAMPAIO et al., 2007).

Os objetivos deste estudo foram: verificar na literatura dados que corroborem o diagnóstico dado à paciente. Verificar diagnósticos diferenciais e comorbidades, tratamento farmacológico e não farmacológico mais indicados, prognóstico e necessidade de manutenção do tratamento após alta hospitalar.

Com tais objetivos foi realizada pesquisa nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO com os termos Erotomania e Dr. Clérambault Syndrome, sem restrição de data e selecionados 16 artigos em inglês e português para embasamento teórico sobre um relato de caso.

Epidemiologia

Até hoje, a incidência da Erotomania não é bem definida, sendo considerada uma síndrome rara. Em 2005, não atingia mais de 200 casos relatados na literatura médica, no entanto, alguns autores defendem que possa ser subdiagnosticada, levando sua incidência a ser subestimada (JORDAN et al., 1980). Motivos sugeridos

na literatura são: por frequentemente não ser reconhecida como síndrome distinta, sendo diagnosticada como uma das entidades psiquiátricas maiores e por pessoas com esta síndrome nem sempre chegarem aos cuidados de profissionais de saúde mental. Não parece estar restrita a um tipo específico de cultura, sociedade, idade, etnia ou status socioeconômico. Pode ter seu início desde a puberdade, quando os ideais do amor e idealização do objeto de amor começam a tomar forma (JORDAN et al., 1980; CALIL et al., 2005; DELGADO et al., 2018; VALADAS et al. 2020; SEEMAN, 2016). Na maior parte da literatura publicada há prevalência de sua ocorrência no sexo feminino, embora o sexo masculino seja mais prevalente nas amostras forenses, visto que sexo masculino é um dos fatores de risco para comportamento violento nesta patologia. Há discordância sobre histórico familiar ser significativo para síndrome de Clérambault ou não, porém estudos realizados até o momento não demonstraram nenhuma evidência de causa genética. Em geral, o objeto de amor é do sexo oposto, porém há relatos de casos de homossexualismo em ambos os sexos (CALIL et al., 2005; VALADAS et al., 2020).

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 40 anos, solteira, estudante universitária, comparece ao Hospital Psiquiátrico, por meios próprios e acompanhada de um familiar, após orientação de psiquiatra e psicóloga assistentes, para uma internação psiquiátrica voluntária, devido a um processo por denúncia de assédio feita contra ela por professor da faculdade que cursava. No momento da internação apresentava-se com aparência adequada, globalmente orientada, hipertensa, logorreica, humor ansioso, ideação delirante persecutória, sem alterações de sensopercepção e consciência de morbidade prejudicada. Ao exame físico, apresentava lesões hipercrômicas disseminadas pelo corpo, do pescoço até pés (devido a doença de base), não foram encontradas outras anormalidades, exame laboratoriais sem alterações. Faz tratamento na saúde mental há 10 anos, após alta de sua primeira internação psiquiátrica, quando acreditava estar romanticamente envolvida com médico que tratava sua dermatite atópica, o mesmo passou a evitá-la, culminando em invasão da paciente no domicílio do médico, o que

ocasionou sua apreensão pela polícia e encaminhamento para internação em hospital psiquiátrico, onde permaneceu por um mês. Portadora de bronquite alérgica, dermatite atópica, glaucoma bilateral com deficiência visual em olho esquerdo e alergia a diversas substâncias (entre elas, ácido valpróico e Fumarato de Rupatadina). Sem relato de doenças psiquiátricas na família, mora com pai, com quem tem bom relacionamento, mãe falecida com histórico de relacionamento conflituoso entre as duas desde os 17 anos. Nega tabagismo e uso de qualquer substância ilícita. Pai da paciente acredita que problema da filha é "teimosia", que está sendo "vítima de covardia" e minimiza ações dela.

Em primeiras consultas na enfermaria, a paciente se encontrava colaborativa e receptiva à abordagem para consultas, aparência cuidada, orientada. Contava, de forma ininterrupta, com riqueza de detalhes e leve aumento de velocidade de fala sobre sua primeira internação, quando acreditava estar envolvida amorosamente com o profissional que a tratava na época. Inicialmente, disse que se interessou por ele, porque a tratava muito bem, porém apesar de não demonstrar interesse, "não agiu como homem" por não ter lhe barrado e dito que tinha namorada. Em seu relato, falava de comportamento evitativo do médico com suas tentativas de contato e frequentes presentes ofertados, chegando a deixar de ser o responsável por seu tratamento. Tal situação culminou em invasão da paciente no prédio do homem, segundo a mesma para entender o porquê de ele evitá-la e para continuar seu tratamento, levando à primeira internação psiquiátrica. Disse não ter noção de que seria crime "ir à casa dele" e que ficou um mês "em observação" pois "não tinha nada". Entre internações, fala de relacionamento a longa distância com estrangeiro que viria uma vez por ano para vê-la. Após quatro anos, conheceu um professor de sua faculdade, comentava com colegas sobre beleza do mesmo e ao ouvir comentários maldosos das outras em relação ao homem, interpretava que estavam com inveja dela por ter duas bolsas de estudos. Disse ter iniciado contato com o professor por e-mail e que após algumas trocas de correspondência eletrônica, ele a chamou para jantar "como amigos" enfatiza. Relatou que durante o jantar, ele só reclamou, não sorriu nenhuma vez e que ela ficou calada a maior parte do tempo. Na despedida,

agradeceu a presença do professor que em resposta "ele abriu um sorriso e disse: o prazer foi meu, você é muito educada", foi neste momento que ela percebeu seu interesse. Porém, no dia seguinte, à sua aproximação, o homem a ameaçou de processo por assédio sexual e a evitava. A reação da paciente foi acreditar que teria sido porque lhe contou sobre acontecimentos que levaram à primeira internação, dar presentes e procurá-lo na faculdade para tentar resgatar relação, a despeito de rechaço, enfatizando para examinador "como aluna e professor". Reclamava de injustiça que está sofrendo, disse fazer uso de medicação desde a primeira internação, em 2009, embora não concordasse com necessidade de uso da mesma nem de diagnóstico feito por psiquiatra que a acompanha "F22, erotomania e Clérambault", "meu problema é social". No momento, em uso de Haloperidol 10mg/dia, Quetiapina 100mg/dia, Prometazina 50mg/dia.

Nos meses março e abril de 2019, evolui com pouca crítica em relação a ações que levaram à nova internação, sem alterações de fala e de humor, dizendo ter "problema de informalidade" o que significa "tentar resolver por meios próprios", inclusive determinações da lei. Reconhecia isto como desencadeador de suas duas internações e que a prejudicava. Disse ter intenção de continuar tratamento ambulatorial após alta e que seu maior incômodo nele era ouvir "o cara não gosta de você" e afirmava que queria que ele a visse como aluna. Em outro momento afirmava entender que isto não é necessário e que quer "seguir com minha vida". Relatado por membro da equipe: questionada sobre relevância de comentário sobre local marcado para encontro no dia do jantar ser na igreja, a paciente respondeu: "Ah, um homem...uma mulher... na frente de uma igreja...". Neste período queixa-se de discinesia, reduzida a Quetiapina para 50mg/dia e substituída Prometazina por Biperideno 6mg/dia

Ao final de abril, mantinha-se colaborativa com rotinas da enfermaria, participando de oficinas terapêuticas, diz que só se aproximará ou falará com professor "quando for obrigada e na frente do juiz ou do advogado", falava mais sobre planos futuros e menos sobre situação com professor e sensação de injustiça, apresentava maior crítica sobre consequências de atitudes que a levaram a internações, teve diversas licenças externas para tratamento clínico sem inter-

corrências. Demonstrava desejo por alta sem atitude reivindicativa. Em 25/04, paciente apresentava condição de alta hospitalar, porém chega ao hospital um mandado de internação compulsória para a paciente, cujo conteúdo impõe consulta ao juízo para alta. Explicada situação para a paciente sobre adiamento da alta e motivo, a mesma relata tristeza e ansiedade, porém se manteve calma e cooperativa, sem alteração do quadro durante todo o período, manteve licenças terapêuticas externas, inclusive para eventos sociais de família, sem intercorrências. Em 29/04, é entregue laudo médico com indicação de alta à direção para ser enviado à Justiça. Em 27/06/2019, chega à direção do hospital o mandado de ordem de desinternação da paciente e consequente alta hospitalar, com indicação de manutenção de tratamento ambulatorial. Na alta hospitalar estava em uso de: Haloperidol 10mg/dia, Quetiapina 50mg/dia e Biperideno 6mg/dia.

Discussão

Previamente à sua primeira internação psiquiátrica, aos 31 anos, a paciente não apresentava nenhuma alteração em seu desenvolvimento, comportamento e funcionamento social que a levasse à atenção da saúde mental. Não teve atrasos ou problemas escolares, tinha poucos amigos, bom relacionamento com professores, relação conflituosa com mãe, relatou relacionamentos amorosos prévios, porém segundo seu pai, tem "dificuldade de esquecer" relacionamentos após término. Assim como ocorre em diversos casos do transtorno delirante, sua primeira indicação de tratamento na saúde mental foi através da Justiça, após comportamento inadequado e passível de punição perante a lei, com indicação de retirada do convívio em sociedade para tratamento (internação). Em ambas as ocasiões, relata interesse desses homens em posições com prestígio na sociedade (médico responsável por seu tratamento, professor de universidade renomada com aparência socialmente desejada) expressados por frases sugestivas, gestos, olhares, trocas de mensagens eletrônicas, mensagens implícitas no ambiente. Nas duas situações, dava presentes, enviava mensagens, procurava interação insistentemente, apesar da rejeição e tentativas de distanciamento claras e diretas dos indivíduos. Também em ambas, insistiu em aproximação apesar de restrições impostas por instituições (Centro de tratamento médico/Faculdade), cometeu atos ilegais (invasão de

propriedade particular/ quebra de "medida protetiva") e se mostrou indignada com atitudes dos objetos de delírio, sempre justificando sua insistência com querer entender o porquê do comportamento do outro e manter relação prévia (médico/paciente, aluna/professor). Embora em alguns momentos deixasse mais claras as expectativas e contradições que tinha: "não agiu como homem" deixando explícito estar em outro relacionamento e sua falta de interesse (primeira internação), demandar ser recebida como aluna, quando não cursava aulas do professor e culpar "aluna querida dele" por comportamento de esquiva do mesmo (segunda internação), além de se sentir prejudicada por terceiros (geralmente do sexo feminino) em sua busca de reatar relação com objetos do delírio.

Em sua internação mais recente, mantinha aparência e comportamento adequados, orientação global, ansiedade intensa, discurso coerente, inicialmente falando mais rapidamente que o normal e sem parar (caso não fosse interrompida) sobre situação atual em que Justiça determinou sua internação para tratamento devido à denúncia de assédio e como isto era uma injustiça e estava sendo perseguida, chegando a ser "interrogada por junta de professores" da faculdade, por denúncia de um professor (desde 2013), seguindo para relato de sua primeira internação. Mantinha negativa de seu interesse amoroso por homens cujas denúncias levaram às suas internações, no entanto, em seu discurso aparecem elementos de esperança e ressentimento por "sinais" dúbios por parte destes homens e insistência dela, em se aproximar e entender motivo de rechaço, apesar de sinais claros por parte dos indivíduos envolvidos. Ao longo das consultas cessam aumento da velocidade de fala, com redução acentuada da ansiedade. Importante ressaltar que apesar do detalhamento da situação que a levou à primeira internação, a paciente expressa apenas rancor pelo primeiro objeto de delírio e foca seu discurso na injustiça sofrida e motivo de internação psiquiátrica anterior, tentando justificar sua segunda internação como consequência de um erro passado. Há uma migração da sua atenção, afeto e esperança/delírio para outro objeto (professor).

Nas primeiras consultas, a paciente narra em detalhes características físicas e comportamentais do objeto de seu delírio, como desperta interesse de várias mulhe-

res, mas não é visto em nenhum relacionamento, os rumores negativos devido a isto e sua atenção crescente no mesmo. Inicialmente afirmava terem começado a trocar e-mails (mutuamente) e ele tê-la convidado para um jantar, "como amigos" acrescenta rápida e enfaticamente para examinador, como se soubesse aonde o mesmo quisesse chegar e afirmar para ela. É um questionamento a se fazer, levando em conta que se tratava de uma segunda internação da paciente, por motivo semelhante e esta não possuir déficit cognitivo nem dificuldade de compreensão e interpretação das situações que vive, fora as relacionadas aos objetos de seus delírios, além de seguir em tratamento ambulatorial psiquiátrico e psicológico. Durante referido jantar, narra uma situação em que objeto não demonstra nenhum apreço por sua presença nem interesse nela, no entanto um único gesto ("sorrisão") com uma frase comum ("o prazer foi meu, você é muito educada"), preenchidos por uma gama de detalhes do momento e do ambiente ao redor, lhe passam a certeza de um interesse amoroso dele por ela. Enquanto, paradoxalmente, no dia seguinte, na faculdade, o professor não suporta sua aproximação e ameaça denunciá-la.

Ao longo da internação mantém discurso de aproximação mútua, comportamento incompreensível do homem para com ela, sendo justificado pela mesma após algum tempo como reação a seu relato de última internação psiquiátrica, impossibilidade de aceitar distanciamento e manutenção de procura e imposição de sua presença ao professor. Se mostra revoltada quando relata ter sido chamada de "oferecida" e que "não parava de falar" durante o jantar pelo homem no processo de denúncia. Outros elementos, colhidos em consultas ou em interações com membros da equipe do hospital surgem: o significado para ela, de terem se encontrado na frente de uma igreja para o jantar; admitir que foi a primeira a enviar e-mail com conteúdo como "que bonitinho você dando aula"; seu entendimento de que na primeira internação ficou em "observação" porque "não tinha nada"; manutenção de tratamento após primeira internação, como determinado pela Justiça, embora não veja necessidade de medicação e não concorde com diagnóstico de seu psiquiatra, acreditando que seu problema é "social" e de "informalidade"; afirmar que seu maior incô-

modo na psicoterapia é ouvir; "o cara não gosta de você", corroboram refratariedade da ideação delirante presente desde a primeira internação com mudança de objeto de delírio na internação atual e ausência de consciência de morbidade. Como orientado na literatura, não devemos nos ater aos fatos (que o doente sempre pode negar), mas, outrossim, aos pontos de vista do doente que transparecem nas fórmulas específicas. Para examinar esses pacientes, não basta entrevistá-los: é também, preciso "acioná-los". É de suma importância conseguir ativar o elemento esperança sempre presente na síndrome erotomaniaca (CLÉRAMBAULT, 1999).

A duração do quadro associada à ausência de outros sintomas psicopatológicos e funcionamento social adequado, quando não ligado ao delírio, cujo tema central é estar romanticamente envolvida com outro, apontam que quadro da paciente se enquadra na Erotomania. Nas subdivisões propostas por Hollender e Callahan se encaixaria, atualmente, no subtipo primário com início súbito e fixado em um único objeto, evoluindo cronicamente em um sistema encapsulado; nas subdivisões de Seeman, estaria mais adequadamente designada como recorrente, com "curta" duração, intenso e recorrente (devido à mudança de objeto), com características como melhor integração à sociedade, repetidos casos de amor não correspondidos por figuras de autoridade, confronto do objeto da relação (com quem tinha algum contato), impulsividade. Nestas subdivisões há características no quadro da paciente que não se encaixam perfeitamente em seus modelos, assim como defendido por Clérambault, raramente todas são encontradas em um paciente. Porém, o comportamento paradoxal do objeto está claro, apresentação tida como de importância singular e sempre presente.

Em relação a sintomas de humor, apesar da fala de velocidade aumentada e ininterrupta nos primeiros dias de internação da paciente, há que se levar em conta o momento de ansiedade intensa a que estava submetida, devido à indicação de internação psiquiátrica por ordem da Justiça, sem entender o motivo desta decisão (consequência de seus atos) e se considerar vítima de injustiça. Ao longo dos primeiros dias de atendimento, tal sintomatologia regrediu, porém, o conteúdo delirante permaneceu, com alterações no discurso como, querer "seguir minha vida",

desejo de retornar à faculdade para terminar seu curso, "só falo com o professor quando for obrigada e na frente do juiz ou advogado". O entendimento do que aconteceu no jantar, interesse mútuo de ambos a princípio, seguido de comportamento incompreensível por parte dele, percepção prejudicada de seus atos como algo inadequado e extremos, permaneceram a despeito do tratamento. Afastando hipóteses diagnósticas de Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno Afetivo Bipolar.

Conclusão

O transtorno delirante persistente, incluindo o subtipo erotomaníaco, continua sendo um transtorno psiquiátrico que chega ao tratamento, em sua grande parte, após determinações judiciais, com pouca probabilidade de remissão completa do delírio, a despeito dos tratamentos disponíveis e conhecidos na atualidade, assim como suas combinações.

O tratamento inclui uma combinação de uso de fármacos, intervenções psicológicas e estratégias de gestão de riscos. Neurolepticos são os fármacos mais utilizados no tratamento, embora seus efeitos sejam modestos, com pouco efeito no núcleo delirante. Servem para reduzir a intensidade afetiva dos delírios e das ideias de referência que os acompanham. Atualmente, os atípicos atípicos (Risperidona, Olanzapina, Clozapina) são preconizados, em especial a Risperidona, em doses menores que 6mg por dia. Estudos aconselham iniciar com baixas doses, aumentar gradualmente, com troca da medicação caso não haja resposta satisfatória após seis semanas em uso de dose pretendida. A Pimozida foi comumente utilizada em transtornos delirantes e é referida como droga alternativa, especialmente em casos onde há associação de delírios erótico-paranoides com alucinações sexuais somáticas, nas doses entre 2 a 16mg por dia. Ocasionalmente, eletroconvulsoterapia pode ser usada como tratamento, mas raramente produz uma melhora significativa nos quadros, podendo os mesmos serem temporários. Não há evidências de que psicoterapia individual, como única forma de tratamento, ajude esses pacientes. Alguns autores acreditam que indivíduos, quando separados de seus objetos amorosos (problemas judiciais, hospitalizações), podem apresentar melhora do delírio com uma eficácia semelhante a do tratamento medi-

camentoso. Outras opções de tratamento incluem terapia cognitiva comportamental, intervenções psicodinâmicas, psicoterapia e terapia familiar (SAMPOGNA et al., 2020; SAMPAIO et al., 2007; CALIL et al., 2005; DELGADO et al., 2018).

A maioria dos casos publicados de erotomania secundária ao transtorno de humor bipolar mostrou uma melhora dos sintomas simultâneos de mania e erotomania quando utilizados estabilizadores de humor como lítio, carbamazepina e valproato de sódio. Grande parte das descrições indica cronicidade e reduzida resposta ao tratamento para pacientes erotomaníacos com esquizofrenia, mesmo quando em uso de neurolepticos. Entretanto, o tratamento incisivo às desordens subjacentes parece oferecer os melhores resultados no alívio dos sintomas da erotomania secundária (CALIL et al., 2005).

Há um consenso na literatura de que a minoria dos casos de Transtorno Delirante subtipo erotomaníaco alcança completa remissão, porém sem tratamento, esta doença crônica tende a se agravar com o tempo, causando prejuízos sociais no paciente, assim como no objeto, podendo levar a comportamentos agressivos contra o indivíduo do delírio ou terceiros que sejam vistos como rivais ou ameaças (SAMPAIO et al., 2007; CALIL et al., 2005; DELGADO et al. 2018). A indicação de tratamento medicamentoso (atípicos) se mantém, com o objetivo de reduzir a carga afetiva dos delírios e das ideias de referência que o acompanham, permitindo que estes sujeitos retornem a uma vida socialmente adaptada.

Referências bibliográficas

1. ASSRA, A. Erotomania in a Saudi woman. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155(4): 553-555. Disponível em < Erotomania in a Saudi Woman | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core > . Acesso em: 11/02/2022
2. CALIL, L. C.; TERRA, J. R. Síndrome de De Clérambault segundo relato de caso em português. *Rev Psiq RS*, 2005; 27(1):82-84
3. CALIL, L. C.; TERRA, J. R. Síndrome de De Clérambault: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras. Psiquiatr*, 2005; Vol 27(2): 152-156
4. CLÉRAMBAULT, G. G. Os delírios passionais erotomania, reivindicação, ciúmes. (tradução). *Clássicos da Psicopatologia, 1999 Ver Latinoam Fundam* 2(1): 146-155. Disponível em <SciELO - Brasil - Os delírios passionais: erotomania, reivindicação, ciúmes> . Acesso em: 11/02/2022
5. DELGADO, M. G.; BOGOUSSLAWSKY, J. De Clérambault Syndrome, Othello Syndrome, Folie à Deux and Variants. *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus.*

- Part II - From Psychiatry to Neurology. 2018, Vol 42: 44-50. Disponível em <De Clérambault Syndrome, Othello Syndrome, Folie à Deux and Variants - Abstract - Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus - Part II - Karger Publishers> . Acesso em: 11/02/2022
6. FERIOLI, V. et al. A Case of de Clerambault Syndrome in a Male Stalker With Paranoid Schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2007; Vol. 49, No 7: 498
7. JORDAN, H. W.; NASHVILLE, G. H. De Clerambault Syndrome (Erotomania): A Review and Case Presentation. *Journal of the National Medical Association*, 1980, Vol. 72, No 10: 979-985. Disponível em <De Clerambault Syndrome (Erotomania): A Review and Case Presentation (nih.gov)> . Acesso em: 11/02/2020
8. KELLY, B. D. Love as delusion, delusions of love erotomania, narcissism and shame. 2017. Disponível em <Love as delusion, delusions of love: erotomania, narcissism and shame | Medical Humanities (bmj.com)> . Acesso em: 11/02/2020
9. OLOJUGBA, C. et al. De Clerambault's syndrome (erotomania) as a presenting feature of fronto-temporal dementia and motor neurone disease (FTD-MND). *Behavioural Neurology*, 2007, 18: 193-195. Disponível em <De Clerambault's Syndrome (Erotomania) As a Presenting Feature of Fronto-Temporal Dementia and Motor Neurone Disease (FTD-MND) (hindawi.com)> . Acesso em: 11/02/2020
10. RUDDEN, M.; SWEENEY, J; FRANCES, A. Diagnosis and Clinical Course of Erotomanic and Other Delusional Patients. *Am J Psychiatry*, 1990, 147(5): 625-628. Disponível em <Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients | American Journal of Psychiatry (psychiatryonline.org)> . Acesso em: 11/02/2022
11. SAMPAIO, T. M.; ANDRADE, A. G.; BALTIERI, D. A. Síndrome de Clérambault: desafio diagnóstico e terapêutico. *Rev Psiquiatr RS*, 2007, Vol 29(2):212-218
12. SAMPOGNA, G. et al. The de Clérambault Syndrome: more than just a delusional disorder? *International Review of Psychiatry*, 2020, Vol 32, No 5-6: 385-390. Disponível em <The de Clérambault syndrome: more than just a delusional disorder?: International Review of Psychiatry: Vol 32, No 5-6 (tandfonline.com)> . Acesso em: 11/02/2020
13. SEEMAN, M. V. Erotomania and Recommendations for Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 2016, 87: 355-364. Disponível em <Erotomania and Recommendations for Treatment | SpringerLink> . Acesso em: 11/02/2020
14. SIGNER, S. F; CUMMINGS, J. L. De Clérambault's syndrome in organic affective disorder: two cases. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 151(3): 404-407. Disponível em <De Clérambault's Syndrome in Organic Affective Disorder | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core> . Acesso em: 11/02/2022
15. SIGNER, S. F. "Les Psychoses Passionnelles" Reconsidered a review of de Clérambault's cases and syndrome with respect to mood disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 1991, Vol 16, No. 2: 81-90. Disponível em <"Les psychoses passionnelles" reconsidered: a review of de Clérambault's cases and syndrome with respect to mood disorders. (nih.gov)> . Acesso em: 11/02/2020
16. VALADAS, M. T. R. T.; BRAVO, L. E. A. De Clérambault's syndrome revisited: a case report of Erotomania in a male. *BMC Psychiatry*, 2020, article number 516. Disponível em <De Clérambault's syndrome revisited: a case report of Erotomania in a male | BMC Psychiatry | Full Text (biomedcentral.com)> . Acesso em: 11/02/2022

CONHECAUNICRED.COM.BR

  @UNICREDNITEROI



UNICRED - INSTITUIÇÃO FINANCEIRA COOPERATIVA

UNICRED - INSTITUIÇÃO FINANCEIRA COOPERATIVA

UNICRED - INSTITUIÇÃO FINANCEIRA COOPERATIVA

Nosso objetivo

é a prosperidade dos cooperados

**Aqui você é dono do negócio
e faz parte das decisões.**

ASSOCIE-SE À

UNICRED NITERÓI!

CONHECAUNICRED.COM.BR

ESCANEE
O QR CODE
PARA
SABER MAIS



escolha cooperar,
escolha

UNICRED 

Em defesa da vida

Esclarecimento e união com a população:
uma fórmula para ampliar a cobertura vacinal contra o HPV

Julia Sampaio de Souza Morais¹, Mauro Romero Leal Passos², Paula Varella Leal Passos³ Carolina Varella Leal Passos³



Em um contexto de repercussões associadas a pandemias globais, diversos veículos de comunicação têm relatado a preocupação acerca da redução da cobertura vacinal no Brasil.^{1,2} A cobertura em relação a vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV), também está incluída neste triste cenário. A adesão à vacina contra o HPV ainda é mais baixa que a desejada.³ Estudos revelam que a maior parte dos municípios brasileiros atingiram a cobertura preconizada de 80% apenas na primeira dose, de forma que apenas 32% alcançou a meta desejada para a segunda dose.⁴ Análises revelam que essa baixa cobertura está associada a baixo nível educacional, a residências em zona rural, ao baixo acesso à informação e aos serviços de saúde e a

baixa renda.^{5, 6, 7, 8}

Diante ao adverso cenário associado às baixas taxas de cobertura vacinal contra o HPV, gostaria de descrever e relatar o sucesso obtido em uma campanha de vacinação contra o HPV no município de Niterói, que possui baixa adesão à vacina, e convidá-los para uma reflexão acerca do tema.

A campanha de vacinação foi realizada em 07 de março 2020, na Associação Médica Fluminense, no município de Niterói, em parceria com a Universidade Federal Fluminense e com a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. Contamos com uma equipe composta por enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e acadêmicos. As vacinas foram

disponibilizadas gratuitamente pelo município e pelo Estado do Rio de Janeiro. A divulgação foi realizada por intermédio de panfletos, visitas às escolas, rádio, internet e cartazes. A vacina foi ofertada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Os resultados da pesquisa contaram com 289 entrevistados de um total de 370 vacinados na campanha. Os dados coletados mostraram uma pequena diferença relacionada ao sexo, onde 54,1% dos vacinados foram do sexo feminino e 45,9 % do masculino. A procura foi consideravelmente maior por pessoas que moravam no bairro onde a ação foi realizada (62,8%), mostrando a importância da proximidade ou facilidade de acesso na busca por um serviço e, assim, da necessidade das equipes de saúde de ir a campos externos para garantir serviços à população. Dessa forma, conclui-se que as limitações associadas à baixa cobertura vacinal explicitada por outros estudos demonstram que a distância, e o baixo acesso às informações e aos serviços de saúde, realmente são fatores determinantes para a triste realidade vacinal nacional.

Outro fato que mostrou o impacto da divulgação por meios que fazem mais parte do dia a dia foi, a resposta à pergunta "Como soube da campanha?". A "internet"

¹Aluna Interna da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF, Niterói, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9901-209X>

²Médico, professor titular chefe do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis (MIP/CMB) da Universidade Federal Fluminense - UFF, Niterói, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6183-7985>

³Aluna, Faculdade de Medicina da Universidade de Vassouras, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3806-6289>,

³Aluna, Faculdade de Medicina da Universidade de Vassouras, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3124-1774>

foi a maior representante da resposta à questão, com 67,2 % do total, tendo destaque os aplicativos de mensagens. Concluímos que é necessário que as equipes de saúde "saíam da área de conforto" para buscar pela população, ocupando todos os espaços para informação e divulgação e ser mais próxima do público para facilitar busca e acesso pelos serviços para aumentar a cobertura vacinal. Os números alcançados na campanha são relevantes e reitera que, se mais ações como esta forem executadas, preferencialmente em outras áreas da cidade, do estado e do país, as taxas de cobertura de vacinação contra HPV poderão ultrapassar as médias nacionais.

Não há como negar que o HPV, que é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais frequentes no mundo, que pode cursar com doenças graves, como câncer de colo de útero, de pênis, de ânus e orofaringe.^{10,11,12} Além disso, essa possivelmente grave e disseminada infecção pode ser evitada através do sucesso das campanhas de vacinação. Diante a esse triste cenário nacional e regional, decidimos registrar nossa preocupação de longa data, que, aumenta cada dia mais, diante a redução da cobertura vacinal progressiva a cada ano. A publicação desta matéria tem como objetivo ampliar o acesso às informações acerca da problemática exposta, a reiterar que com medidas simples é possível solucionar o problema e, consequentemente, contribuir para a melhora das taxas de cobertura vacinal contra o HPV no Brasil.

E mais, devido aos imensos problemas causados pela pandemia de COVID-19 (iniciada em 2020) e ao crescimento de movimentos antivacinas, outras atividades como a acontecida na AMF deveriam urgentemente serem realizadas.

Os autores declaram que não existe conflito de interesses, que não houve qual-



quer financiamento para a realização deste trabalho e que todos trabalharam de forma igualitária.

Referências Bibliográficas

1-Vacinação infantil despenca no país e epidemias graves ameaçam voltar. Senado federal. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2022/05/vacao-infantil-despenca-no-pais-e-epidemias-graves-ameacam-voltar...>

2-Baixa cobertura vacinal preocupa senadores e especialistas. Senado notícias. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/19/baixa-cobertura-vacinal-preocupa-senadores-e-especialistas...>

3-Tobias GC, Iwamoto KOFI, Teixeira LMB. Estratégia de vacinação contra HPV. Rev Enferm UFPE On Line 2017; 11(12): 5282-8. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22841p5282-5288-2017>

4-Moro A, Santos CL, Couto MP, Ávila LB, Ditterich RG, Mazon LM. Coberturas vacinais do Papiloma Vírus Humano no contexto brasileiro. Saúde Meio Ambiente [Internet] 2017 [acessado em 15 fev. 2019]; 6(2): 124-32. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/1528> <https://doi.org/10.24302/sma.v6i2.1528>

5-Fernández-Feito A, Lana A, Parás Bravo P, Pellico López A, Paz-Zulueta M. Knowledge of the Human Papillomavirus by Social Stratification Factors. Nurs Res 2020; 69(3): E18-25. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000413>

6-Thompson EL, Rosen BL, Maness SB. Social Determinants of Health and Human Papillomavirus Vaccination Among Young Adults, National Health Interview Survey. J Community Health 2019; 44(1): 149-58. <https://doi.org/10.1007/s10900-018-0565-2>

7-Kruse MH, Bednarczyk RA, Evans DP. A human rights approach to understanding provider knowledge and attitudes toward the human papillomavirus vaccine in São Paulo, Brazil. Papillomavirus Res 2020; 9: 100197. <https://doi.org/10.1016/j.pvr.2020.100197>

8- Tiley K, White J, Andrews N, Tessier E, Ramsay M, Edelstein M. What school-level and area-level factors influenced HPV and MenACWY vaccine coverage in England in 2016/2017? An ecological study. BMJ Open 2019; 9(7): e029087. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029087>

9-World Health Organization. Guide to Introducing HPV Vaccine into National Immunization Programmes. Genebra: World Health Organization; 2017. 91 p.

10-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 120 p.

11-Sanjósé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. Lancet Infect Dis 2007; 7(7): 453-9. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70158-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70158-5)

12- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. 120 p.

ALTA TECNOLOGIA EM EXAMES LABORATORIAIS

LABORATÓRIO

BITTAR

Participando há mais de 30 anos do Programa de Excelência para Laboratórios Médicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (PELM), e também do Programa Nacional de Controle da Qualidade (PNCQ).



NOSSAS UNIDADES:

NITERÓI: Centro | São Francisco | Shopping Icaraí | Presidente Backer
Av. Roberto Silveira | Itaipu Multicenter


SÃO GONÇALO: Centro | Alcântara

ATENDIMENTO DOMICILIAR

EXAMES GENÉTICOS | EXAMES PARTICULARES | EXAME TOXICOLÓGICO
TESTE DE PATERNIDADE | PROVAS HORMONAIS | COLETA ESPECIAL PARA CRIANÇAS

www.labittar.com.br

 (21) 2621 6161

 @labittar

 (21) 99995 6816

 /laboratoriobittar

Dir. Geral: Dr. Elimar Bittar - CRM: 5203148-7
Dir. Téc: Christina Bittar - CRM: 5240248-4

Varíola dos macacos

Monkeypox, desinfecção de ambientes domésticos e de outros não relacionados à saúde

Dra. Paula Varella Leal Passos¹, Dra. Carolina Varella Leal Passos², Dra. Julia Sampaio de Souza Morais³, Dr. Mauro Romero Leal Passos⁴



Desinfetante

Ao escolher um desinfetante, é importante considerar quaisquer riscos potenciais à saúde e não misturar desinfetantes ou adicionar outros produtos químicos.

Leia as instruções: Siga as instruções do produto.

Pré-limpeza da superfície: Certifique-se de lavar a superfície com água e sabão se as instruções mencionarem pré-limpeza ou se a superfície estiver visivelmente suja. A sujeira pode impedir que o desinfetante funcione.

Siga o tempo de contato: Siga as instruções: A superfície deve permanecer úmida pelo tempo indicado pelo fabricante do produto para garantir a eficácia do produto. Reaplique se necessário.

Limpeza e Desinfecção

Durante o isolamento em casa, as pessoas com monkeypox devem limpar e desinfetar os espaços que ocupam regularmente para limitar a contaminação doméstica.

Isolando os que vivem sozinhos em casa:

Pessoas com monkeypox que estão se isolando sozinhas em casa devem limpar e desinfetar regularmente os espaços que ocupam, incluindo superfícies e itens comumente tocados, para limitar a contaminação doméstica. Efetue a higiene das mãos, depois usando um produto para as mãos à base de álcool que contenha pelo menos 70% de álcool ou água e sabão se o álcool não estiver disponível. Quem tiver disponível solução de clorexidina a 2% também pode ser usada.

Isolando os que vivem com outros em casa:

Pessoas com monkeypox que estão iso-

Este documento fornece considerações sobre limpeza e desinfecção de configurações, como casas e carros, que podem estar contaminados com Monkeypox Vírus.

Finalidade da Desinfecção Doméstica

Pessoas com varíola dos macacos, que não precisam de hospitalização, podem ficar isoladas em casa. A transmissão do Monkeypox Vírus (MPXV) é possível desde o início dos primeiros sintomas (dores no corpo, dores na garganta, febre...) até que as crostas enegrecidas em lesões se separem e a pele (e mucosas) esteja totalmente curada.

Os MPXV podem sobreviver em roupas de cama, vestimentas (calças, camisas, vestidos, blusas, cuecas, calcinhas) e em superfícies ambientais, principalmente quando em ambientes escuros, frescos e de baixa umidade. Em um

estudo, os pesquisadores descobriram vírus vivos 15 dias após a casa de um paciente ter sido desocupada. Estudos mostram que outros Orthopoxvirus (família do Monkeypox Vírus) intimamente relacionados podem sobreviver em um ambiente, semelhante a uma casa, por semanas ou meses. Materiais porosos (roupas de cama, toalhas de banho ou de rosto, roupas em geral...) podem abrigar vírus vivos por mais tempo do que superfícies não porosas (plástico, vidro, metal).

Os Orthopoxvírus são muito sensíveis à luz ultra violeta (UV). Apesar de a capacidade dos Orthopoxvirus persistirem no ambiente, eles também são sensíveis a muitos desinfetantes, e a desinfecção é recomendada para todas as áreas (como casa e veículos) onde uma pessoa com varicela passou algum tempo, bem como para itens considerados ser potencialmente contaminado.

¹Estudante, Faculdade de Medicina da Universidade de Vassouras, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3806-6289>

²Estudante, Faculdade de Medicina da Universidade de Vassouras, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3124-1774>

³Estudante, Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9901-209X>

⁴Médico, professor titular chefe do Setor de DST da UFF, Niterói, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6183-7985>

lados em casa com outras que não têm monkeypox devem seguir as orientações de isolamento e controle de infecção, e quaisquer espaços, aparelhos ou itens compartilhados devem ser desinfetados imediatamente após o uso.

As pessoas que se recuperaram da varíola dos macacos e cujo período de isolamento terminou, devem realizar uma desinfecção completa de todos os espaços da casa com os quais estiveram em contato. Siga as etapas abaixo para minimizar o risco de infecção para outras pessoas em sua casa após a recuperação.

Se a limpeza e desinfecção for feita por outra pessoa que não a que esteja com monkeypox, esta deve usar, no mínimo, luvas médicas descartáveis e um respirador ou máscara (pode ser cirúrgica) bem ajustada.

Roupas padrão que cubram totalmente a pele devem ser usadas e imediatamente lavadas de acordo com as recomendações abaixo.

A higiene das mãos deve ser realizada usando uma solução alcoólica (70%) ou água e sabão se tal solução não estiver disponível. Em média a solução com álcool para mãos de médio tamanho não deve ser menor que 3ml. Mais detalhes em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33678183/>

Concentre-se na desinfecção de itens e superfícies que estiveram em contato direto com a pele da pessoa com monkeypox, ou muitas vezes na presença da pessoa com monkeypox, durante o isolamento. Se não tiver certeza, desinfete.

Não seque a poeira ou varra, pois isso pode espalhar partículas infecciosas.

Métodos de limpeza úmida são preferidos, como lenços desinfetantes, sprays e esfregões.

A aspiração é aceitável usando um aspirador com filtro de ar de alta eficiência. Se não estiver disponível, certifique-se de que a pessoa que está aspirando usa uma máscara ou respirador bem ajustado.

Limpe e desinfete a casa na seguinte ordem:

1- Contenção geral de resíduos

Recolha e guarde em um saco selado (fechado) quaisquer resíduos sujos, como bandagens, toalhas de papel, embalagens de alimentos e outros itens de lixo em geral.

2- Lavanderia

Reúna roupas e lençóis contaminados antes que qualquer outra coisa no quarto seja limpa. Não agite os lençóis, pois isso

pode espalhar partículas infecciosas.

3- Superfícies duras e utensílios domésticos

4- Móveis estofados e outros móveis macios

5- Carpete e piso

6- Depósito de lixo

Lavanderia

Roupas, lençóis e materiais de cama usados ou contaminados, toalhas e outros itens de tecido devem ser contidos até a lavagem. Sempre que possível, as pessoas com varíola dos macacos devem manusear e lavar suas próprias roupas sujas. A roupa não deve ser misturada com a dos outros membros do agregado familiar.

Siga estes procedimentos de lavagem:

- Manuseie a roupa suja de acordo com as práticas padrão, evitando o contato com contaminantes da erupção que possa estar presente na roupa.

- A roupa suja nunca deve ser sacudida ou manuseada de forma que possa espalhar partículas infecciosas.

Lavanderia residencial:

Transfira a roupa suja para lavar em um recipiente ou saco impermeável que possa ser desinfetado posteriormente. Alternativamente, pode ser usado um saco de tecido que, também, pode ser lavado junto com os itens sujos.

Lave a roupa em uma máquina de lavar padrão com sabão em pó ou líquido, seguindo as instruções do rótulo. Desinfetantes de lavanderia podem ser usados, mas não são necessários.

Lavanderia em casa não disponível:

Quando as lavanderias domésticas (instalações não compartilhadas com outras famílias) não estiverem disponíveis, os indivíduos devem coordenar com o departamento de saúde pública local para determinar as opções de lavagem apropriadas. Infelizmente, não conhecemos esses detalhamentos no nosso município e estado. Porém, decidimos manter este parágrafo para que os gestores públicos considerem pensar nesse assunto.

Superfícies duras (e interiores de automóveis não porosos)

Limpe e desinfete rotineiramente superfícies e itens comumente tocados (como balcões ou interruptores de luz) usando um desinfetante registrado como produto saneante registrado na ANVISA e de acordo com as instruções do fabricante. Ver mais detalhes em: <https://dados.gov.br/dataset/produtos-de-higiene-perfumes-cosmeticos-e-saneantes-registrados-no-brasil-saneantes>

br/dataset/produtos-de-higiene-perfumes-cosmeticos-e-saneantes-registrados-no-brasil-saneantes

- Isso inclui superfícies como mesas, bancadas, maçanetas, puxadores de vaso sanitário, torneiras, interruptores de luz e pisos.

- Inclua superfícies internas de geladeira, freezer, outros eletrodomésticos, espaços internos de armários ou gavetas, caso tenham sido acessados pela pessoa com monkeypox.

- Itens e superfícies dentro de casa que provavelmente não estiveram em contato com a pessoa doente com varíola não precisam ser desinfetados.

Isso inclui roupas e itens em gavetas ou caixas que não estiveram em contato ou na presença direta da pessoa com monkeypox.

- Lave a louça suja e os talheres na máquina de lavar louça com detergente e água quente ou à mão com água quente e detergente. Porém, no dia-a-dia das famílias brasileiras tal equipamento raramente é disponível. Até mesmo água quente em torneira da pia. Então, indicamos que, lave separadamente os utensílios das pessoas com monkeypox, usando esponja diferente da usada para os utensílios das pessoas da família que não estão doentes.

Móveis estofados, carpetes e móveis macios (e interiores de carros porosos)

- Se a pessoa com monkeypox teve contato direto com a pele e/ou drenagem excessiva de fluidos de erupções em móveis macios, como móveis estofados, tapetes, tapetes e colchões, a limpeza a vapor pode ser considerada. Procure as autoridades de saúde estaduais ou locais para obter mais orientações. Disponibilidade muito rara para a população brasileira, mesmo para os mais ricos.

- Se a pessoa com monkeypox teve contato mínimo com móveis macios, desinfete a superfície com um desinfetante apropriado para a superfície.

Depósito de lixo

Geralmente, o gerenciamento de resíduos domésticos, incluindo aqueles de pessoas com monkeypox isolada em casa, deve continuar normalmente. Os sistemas municipais de gestão de resíduos coletam e descartam rotineiramente materiais residuais de indivíduos com doenças infecciosas

e podem fazê-lo com segurança usando os procedimentos existentes. Ideal seria essa ação estar popularizada no nosso maio.

- A pessoa com monkeypox deve usar uma lixeira forrada e dedicada na sala onde está se isolando.

Quaisquer luvas, bandagens ou outros resíduos e itens descartáveis que estiveram em contato direto com a pele devem ser colocados em um saco plástico selado e depois jogados na lixeira específica. Ideal é ter uma coleta para lixo biológico, como tem nos serviços médicos (ambulatoriais/hospitalares).

A pessoa com monkeypox ou outros membros da família deve usar luvas ao remover os sacos de lixo e manusear e descartar o lixo.

- Se serviços de limpeza profissional forem usados, trate e/ou descarte os resíduos de acordo com as leis e regulamentos estaduais, locais, tribais e territoriais aplicáveis para gerenciamento de resíduos. Essas empresas devem seguir as normas aplicadas no Brasil. Ver detalhes em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/virtual%20tour/hipertextos/up1/descarte-residuos-grupo-a.htm>

IMPORTANTE: Em domicílio, o descarte de protetor de calcinhas e/ou absorventes íntimos (externos e internos) em sacos plásticos e antes de lacrar, borrife ou despeje álcool 70o, especialmente se a pessoa com MPXV tem lesões genitais e/ou anais. Isso diminuirá uma possível contaminação dos depósitos de lixo. Uma vez que esses materiais contaminados com MPXV cair na natureza poderão contaminar animais roedores que habitam tais lugares. Ou contaminar pessoas que por razões diversas manipulam esses mesmos materiais.

Óculos de grau

Assim como as roupas, a limpeza re-

gular dos óculos e acessórios que têm contato direto com a pele, é extremamente importante, pelo menos uma vez ao dia.

Siga estes procedimentos para a lavagem correta

1- Lave bem as mãos

Antes começar o processo de limpeza dos óculos, certifique-se de que as suas mãos estão bem limpas e secas.

2. Passe as lentes em água corrente

Agora que você está com as mãos limpas, faça um primeiro enxágue das lentes na torneira.

3. Aplique sabão neutro

Aqui é preciso tomar bastante cuidado. Não utilize produtos que contenham perfume ou loção hidratante, prefira sempre os neutros. Também não é preciso usar muita quantidade, já que o sabão é concentrado.

4. Esfregue gentilmente

Esfregue as lentes em toda a superfície dos seus óculos. Não se esqueça de retirar o resíduo da parte que fica entre o aro e a lente, lugar perfeito para acumular poeira. O apoio do nariz, que costuma acumular oleosidade da pele, também, não deve ser ignorado. Procure fazer movimentos circulares com cuidado. Em alguns cantos mais difíceis de alcançar, a dica é utilizar uma escova de dentes (não a mesma que você usa em seus dentes), mas tome bastante cuidado para não encostar nas lentes e riscá-las.

5. Enxague completamente

Retire todo o sabão com a água da torneira. Enxágue bem.

6. Elimine o excesso de água

Antes de secar com um pano ou papel macio, agite-os levemente para tirar o excesso.

7. Seque os óculos

Com um papel macio ou tecido, seque

toda a superfície dos óculos pois qualquer umidade pode gerar manchas quando secar. Procure utilizar uma toalha de microfibra. Papel higiênico/lenço de papel de boa qualidade, também, pode ser usados.

8. Inspeção as lentes

Tenha certeza de que toda a sujeira foi removida colocando as lentes contra a luz. Sempre que puder, evite tocá-la.

OBSERVAÇÃO: Entrar no banho com óculos e lavá-lo durante o banho, pode ser uma estratégia.

Assim como os demais itens, é recomendado que o indivíduo infectado faça a higienização de seus pertences, no caso de impossibilidade deve-se pedir para outra pessoa fazê-lo, para evitar a contaminação é recomendado o uso de luvas descartáveis para realização da limpeza.

Nota dos autores

Este texto foi preparado usando-se importante documento divulgado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças do governo norte-americano (CDC- USA). Entretanto, os autores fizeram algumas adaptações e inserções visando atingir a sociedade brasileira.

O documento original base (atualizado em 18 de julho de 2022) está disponível em <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/specific-settings/home-disinfection.html>

Aproveitamos para agradecer a valiosa instituição CDC-USA qual está sempre atenta e responde rapidamente aos desafios que a saúde pública mundial necessita enfrentar.

Os autores declaram que não existe conflito de interesses, que não houve qualquer financiamento para a realização deste trabalho e que todos trabalharam de forma equalitária.



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

INTERCÂMBIO & TURISMO
TraveMATE

Sua próxima viagem passa por aqui

21 98102-4372
travelmate.com.br

CIRURGIA PLÁSTICA

Ame-se todos os dias!

www.doutormarcelomoreira.com.br

✉ contato@doutormarcelomoreira.com.br
📍 Rua Barão de Lucena, 48 - 2º andar, sala 5
Botafogo, Rio de Janeiro, RJ.

TELEFONES:

📞 Botafogo - (21) 3208-2186 | (21) 2246-3079

📞 (21) 99629-2093

📞 Barra da Tijuca - (21) 2493-2565.

📱 /clinicadrmarcelomoreira

📷 @clinicadrmarcelomoreira

Planos de saúde

amil Allianz CASI

SAÚDE CAIXA MUTUA PETROBRAS

mediservice + Golden Cross

Unimed bradesco

*A partir de 500.



Turismo de saúde como um vetor de desenvolvimento e acesso à saúde qualificada



Ricardo da Fonseca*

Não é incomum que o desenvolvimento e consolidação de importantes iniciativas para a sociedade enfrentem resistências pontuais e isoladas da própria sociedade e de lideranças que seriam beneficiadas, junto com seus liderados, por estas iniciativas. O mesmo ocorre na área da saúde. A história da ciência e da saúde humana, em constantes evoluções, é plena de casos de resistência ao novo por parte da Academia, que busca evidências, da Imprensa, dos Governos e da sociedade. Diversos são os fatores que criam este ambiente de descrédito, como a natural relutância do indivíduo e das corporações ao novo e a tudo que ele representa em um ambiente estável e controlado. O apego do indivíduo ao seu conhecimento sem motivações internas para ser maleável e receptivo ao conhecimento do outro é um dos fatores que gera uma resistência ao novo, construindo uma verdadeira muralha às novas ideias. Nesse desenho, construímos nossas ideias pré-concebidas a respeito dos assuntos que não deixamos entrar em nosso universo pessoal.

Essa dificuldade de aceitação ao “novo” é compreensível, especialmente se considerarmos que durante as três últimas décadas absorvemos uma centena de conhecimentos através do estudo universitário e da leitura de grandes autores, certos de que estávamos nos tornando senhores do conhecimento humano, e hoje somos confrontados, sem aviso prévio nem piedade, com a revolução que o conceito de Big Data e as grandes empresas de tecnologia da informação trouxeram a todos. Na saúde, basta lembrar as experiências proporcionadas pela IBM Watson Health, que revolucionam a maneira de analisar e gerenciar a saúde, balançando conceitos até então considerados modernos e eficientes.

Nesse universo de oposição ao novo, é natural que haja uma resistência por parte dos profissionais da Saúde em relação ao chamado “Turismo de Saúde”, inclusive por entenderem essa prática como sinônimo de atendimento da saúde no atacado e de má qualidade no atendimento às necessidades do indivíduo. Nesse sentido, e para que o indivíduo compreenda o papel

do Turismo de Saúde na sociedade moderna, é essencial que este se permita acessar novos conhecimentos, inclusive dentro de áreas que atua e nas quais é experiente e capacitado.

Turismo de Saúde

A priori, para alguns, a expressão “Turismo de Saúde” está ligada a atividades ruins ou não éticas, por fazerem uma associação imprecisa de Turismo a práticas voltadas ao lazer e à alegria, e de Saúde a práticas de tratamento a doenças, sofrimento e dor, o que os leva a concluir que a prática não pode ter algo de bom. Encontramos indivíduos, inclusive, que são “contra” o Turismo de Saúde por acharem uma afronta ao bom senso, em um país com tanto déficit de atendimento na área da saúde, pessoas pensarem em um produto para uma “elite”.

Partem de equívocos, com pensamentos que não se mantêm de pé face ao conhecimento do que é Turismo de Saúde e dos resultados inclusivos que traz para uma sociedade em termos gerais.

Mas, então, o que é o “Turismo de Saúde”?

Compreendendo o caráter político e

*Ricardo da Fonseca é jornalista, redator e produtor cultural, com ampla experiência no mercado da comunicação. É head do projeto Território Saúde voltado à difusão dos conhecimentos da área da Saúde de maneira acessível ao cidadão comum, além de coordenar projetos de comunicação nas áreas da gastronomia e das artes. É sócio fundador da WideBrasil Comunicação Integrada (1994) e da Luneta Editora (2012) e um dos fundadores do Instituto Cultura Brasileira (2005), do qual é presidente. É um dos fundadores do Niterói Convention & Visitors Bureau (2018), do qual foi seu primeiro presidente e o primeiro presidente, ligado à iniciativa, do Conselho Municipal de Turismo de Niterói (2021).

circunstancial das palavras, buscar origens etimológicas ou sentidos absolutos nem sempre atende as necessidades de compreensão do indivíduo sobre determinados temas. Este é o caso do chamado Turismo de Saúde. Importante destacar, a partir deste momento, que o próprio significado da palavra “Saúde” vem sendo redesenhado ao longo dos tempos, a partir de uma compreensão mais madura do universo de relações do indivíduo e da sociedade. Saúde, hoje, não tem o mero significado de “tratamento a doenças” e, por isso, uma prática reativa que depende de um acontecimento ruim que atinge o indivíduo – a doença. Saúde, nos dias atuais, tem um significado mais amplo e carregado de responsabilidades individuais. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

Seguindo adiante, nas definições das palavras, busquemos o significado da palavra “Turismo”. Segundo a Organização Mundial do Turismo (OMT), agência da ONU especializada em Turismo e destinada a promover e desenvolver o Turismo, “o turismo compreende as atividades que realizam as pessoas durante suas viagens e estadas em lugares diferentes ao seu entorno habitual, por um período consecutivo inferior a um ano, com finalidade de lazer, negócios ou outras.”

Percebemos, na afirmação, que o que caracteriza o Turismo não é o motivo de uma viagem, mas o deslocamento geográfico realizado e as atividades que se relacionam direta ou indiretamente a este deslocamento. Pode-se, então, concluir que Turismo de Saúde é um processo que envolve o tratamento de saúde – seja hospitalar, médico, odontológico, de reabilitação ou preventivo – em uma localidade distinta do domicílio de quem a procura – o que, se olharmos sob a perspectiva da história, nos fará concluir que a prática existe desde que o homem se locomove de sua pólis em busca de saúde e bem-estar.

A partir deste momento, e já alinhados à ideia de que a palavra “saúde” representa um estado de completo bem-estar, podemos inferir que é um direito inalienável do indivíduo buscar seu “bem-estar físico, mental e social” da maneira que ele entenda ser a melhor para ele – e isso inclui, não apenas a escolha das práticas que levam a alcançar a “saúde” como os meios e locais onde encontre as condições para manter-se saudável. Sob esta ótica, o “Turismo de saúde” é mais do que a possibilidade de o indivíduo buscar seu “bem-estar físico, mental e social” – eventual

ou de modo sistêmico – através de práticas, tratamentos e procedimentos fora de sua cidade domicílio.

“Origens” recentes do Turismo de Saúde

Ainda que surgido em tempos imemoriais, o processo que deságua no ressurgimento do Turismo de Saúde como é compreendido nos dias atuais é complexo, não artificial e pode ser percebido como consequência de diversos eventos aleatórios, inclusive as transformações no ambiente social e as decisões políticas e legais que regulam as sociedades, as empresas, as instituições, os governos e o indivíduo. Esse universo de inter-relações propiciou o surgimento de novas atividades não circunscritas a limitados ambientes geográficos. Gerou, também, novos conhecimentos, necessidades e oportunidades. Observe-mos, por exemplo, os efeitos da globalização na vida do cidadão, com avanços tecnológicos que geraram fortes impactos na qualidade dos serviços no setor do Turismo, permitindo o acesso mais confiável e controlado às informações de promoção e o gerenciamento das viagens, dando mais segurança na escolha dos destinos, na hospedagem e nos demais serviços oferecidos pelas cidades-destino. Este cenário fez com que houvesse uma ampliação do mercado aeroviário, que trouxe mais investimentos para o setor, ampliando as rotas aéreas e o número de voos, multiplicando as empresas low coast, com tarifas diferenciadas, reduzindo os custos de passagens e ampliando a procura por viagens internacionais que, por sua vez, ativaram fortemente a economia dos países-destinos e despertaram diversas nações a investirem na construção de uma melhor infraestrutura turística e de serviços visando atrair novos e mais abastados visitantes.

Outro impacto que o avanço tecnológico gerou, agora na saúde, foi no desenvolvimento dos equipamentos de análises laboratoriais, de análises clínicas e de imagem, levando mais precisão, agilidade e eficácia aos serviços de saúde, que impactaram positivamente no mercado da medicina, seja no seu aspecto preventivo, diagnóstico ou curativo, fazendo com que houvesse a redução dos custos dos equipamentos e acessórios, permitindo que países em desenvolvimento os adquirissem e fossem capazes de oferecer serviços de saúde que outrora estavam disponíveis apenas em países desenvolvidos. Descobertas de novos medicamentos e terapêuticas mais eficientes, também, foram

importantes instrumentos de evolução nos tratamentos de saúde, fazendo com que a expectativa de vida do indivíduo aumentasse significativamente. Ao lado disso, meios tecnológicos permitiram a maior circulação do conhecimento, inclusive além das fronteiras das nações, tornando cada vez mais especializados e competentes os profissionais da saúde que exerciam suas atividades profissionais nos países em desenvolvimento. A saída do Estado de algumas ações estratégicas ligadas à saúde privada, incentivando a competição e a participação de grupos empresariais e empresas na oferta dos serviços de saúde, também, para que novos serviços financeiros fossem sendo desenhados, como os produtos de financiamento de tratamentos e de procedimentos de saúde.

Nos avanços na área da tecnologia da informação, a consolidação e popularização da internet, não só permitiu ao cidadão o acesso a um maior universo de informações relacionadas ao mundo, aos destinos turísticos e aos tratamentos de saúde de vanguarda existentes em outras cidades ou países, como propiciou o surgimento das Redes Sociais, aproximando pessoas com interesses comuns, criando comunidades para troca de experiências relacionadas à doença, saúde e bem estar e despertando o desejo de buscarem e conhecerem novos países e tratamentos no exterior. Por fim, a internet propiciou o surgimento de um vastíssimo número de websites com informações relacionadas à saúde e bem estar.

Por que a segmentação em “Turismo de Saúde”?

A segmentação do mercado do Turismo em Turismo de Saúde é o resultado de uma constatação: pessoas saem de suas cidades e países em busca de tratamentos de saúde em outras regiões. Nada, neste primeiro momento, no que se refere ao Turismo de Saúde é fruto de uma teoria que se aplica à prática, mas de uma prática que desperta a existência de um comportamento, que, visando um permanente aprimoramento, irá gerar a necessidade de estudos, análises e a construção de teorias e de métodos de ação.

O olhar do Turismo de saúde é diferenciado, não apenas porque os interesses e motivações deste viajante, que busca tratamentos de saúde, são diversos das motivações de um turista que busca lazer ou entretenimento, mas, também, porque aquele demanda um tipo de atendimento especializado, mais personalizado e qualificado, inclusive pelo fato de que em alguns casos sua saúde está mais debilitada do que

a de um viajante de um turismo de lazer ou negócios.

Vale destacar, ainda, que a segmentação permite que todo o processo – que se inicia na decisão de buscar o procedimento fora de sua cidade ou país até o retorno ao seu domicílio, já com o procedimento de saúde realizado – seja analisado um a um e identificadas as melhores práticas em favor do viajante/paciente, determinando quais os serviços mais adequados a serem colocados à sua disposição.

A segmentação permite, ainda, que estudos mais detalhados sejam realizados, gerando a produção e organização de dados específicos e mais confiáveis, essenciais para os agentes inovadores atuarem oferecendo produtos e serviços alinhados às demandas que este mercado traz, para que grupos empresariais invistam no segmento com riscos mais controlados e para que seja possível a definição de uma política pública mais eficiente.

Por fim, e sem esgotar a questão, a segmentação permite a melhor compreensão deste mercado e permite que sejam elaborados e implantados planos de marketing e comunicação mais eficientes por parte dos diversos players do mercado do Turismo e da Saúde.

Qual o papel do Turismo na questão “Turismo de Saúde”?

Quando falamos em “Turismo de Saúde”, precisamos ter em mente que este é um termo que foi, em parte, apropriado pelos profissionais do Turismo para se referir a uma prática que é realizada há décadas por médicos, dentistas, profissionais da reabilitação e do bem-estar. Uma importante e necessária apropriação, já que agrega benefícios e valores que até então não eram oferecidos ao paciente pelos profissionais da saúde.

Se de um lado, o visitante é tratado pelo profissional da saúde como “paciente”, recebendo deste todo o carinho, atenção e cuidado, por outro, não cabe a estes profissionais preocuparem-se com questões relacionadas à captação do cliente para um determinado hospital ou profissional de Saúde, seu traslado e hospedagem, ou apresentação dos atrativos turísticos locais, inclusive na gastronomia, inclusive no que se refere ao controle na qualidade do serviço destas atividades periféricas, sob a ótica do profissional da saúde.

É neste ambiente que a cadeia produtiva do Turismo atuará, seja através das agências de viagens, da rede hoteleira e de pousadas, das empresas de traslado e alimentação, cooperando de forma organizada com os profis-

sionais de saúde e da rede de atendimento médico-hospitalar, permitindo a construção de um ecossistema mais qualificado para o atendimento do paciente e oferecendo a ele uma melhor experiência.

Importante salientar, no entanto, que nem sempre o viajante/paciente irá usufruir dos atrativos turísticos da cidade na qual realizará os procedimentos de saúde. Isso porque a principal motivação da viagem é terapêutica, e em alguns casos, o procedimento efetuado exigirá maiores cuidados ou um período maior de convalescença. Isso, no entanto, não descaracteriza a prática do Turismo, reconhecido pelo uso de serviços de traslado e hospedagem, e pela origem de seu domicílio.

Turismo de Saúde no Brasil e no mundo.

Uma coisa é certa: cada vez mais conhecemos com menos profundidade as coisas que ocorrem no mundo. E a explicação é simples. Nossas buscas por informação e conhecimento deixaram de ser regionais para serem globais. E há tanta informação relevante relacionada aos assuntos que nos interessam pessoal e profissionalmente, que somos obrigados a abrir mãos de conhecer assuntos que não tocam a nós e aos nossos interesses. Paralelo a isso, o fato de que esses assuntos, assim como os assuntos de nosso interesse, estão sendo estudados e aperfeiçoados diariamente por milhares de profissionais em universidades e empresas ao redor do mundo fazem com que estes conhecimentos se multipliquem de maneira a não termos condições de nos manter atualizados.

No aspecto do Turismo de Saúde, no entanto, a situação é um pouco outra: o Brasil ainda não foi capaz de construir uma base de dados com informações confiáveis que permitam um melhor desenho deste mercado, visando sua melhor compreensão e a elaboração de políticas públicas mais adequadas. Os dados que circulam, atualmente, que poderiam servir ao mercado do Turismo de Saúde no Brasil, são coletados basicamente a partir da informação transmitida pelo viajante ao Hotel no momento do check-in, com o preenchimento da Ficha Nacional de Registro de Hóspedes (FNRH). Ainda assim, são dados imprecisos para este segmento, uma vez que grande parte dos hóspedes que chegam a uma cidade para realizar procedimentos de saúde prefere declarar que sua estada é motivada por lazer ou negócios, omitindo as verdadeiras razões de sua viagem. Isso se dá, em grande parte, porque essas pessoas preferem manter a privacidade em relação

às questões de saúde e por considerarem a FNRH uma burocracia desnecessária – o que é um grande engano.

A partir deste cenário e levando em conta a necessidade de se compreender melhor este mercado, ainda se tornam necessárias, nas discussões relacionadas ao Turismo de Saúde, que as referências internacionais sejam mencionadas, por ser um universo que já se mostrou maduro o suficiente para apontar caminhos e tendências.

Considerando que os aspectos que propiciaram o ressurgimento do Turismo de Saúde alcançaram grande parte dos países livres, há de se compreender que aqueles que foram mais capazes de aproveitar as oportunidades foram os que se destacaram na implantação e desenvolvimento deste mercado. Segundo o Medical Tourism Index, que produz anualmente uma publicação com as principais informações deste mercado, os países que mais se destacaram neste segmento nos anos de 2020/2021, foram: Canadá, Singapura, Japão, Espanha, Reino Unido, Dubai, Costa Rica, Israel, Abu Dhabi, Índia, França, Alemanha, Omã, Coreia do Sul, República Checa, Taiwan, Tailândia, Itália, República Dominicana, Argentina, Portugal, África do Sul, Hungria, Filipinas, Colômbia, Egito, Malta, Brasil, Polônia, Turquia, Marrocos, Bahrein, China, Grécia, Arábia Saudita, Jordânia, Panamá, Tunísia, Catar, Jamaica, Rússia, México, Líbano, Guatemala, Kuwait e Irã.

Importante destacar que o Brasil possui uma relevante reputação no assunto, estando na 28ª. posição, tendo perdido seis posições em relação ao ranking 2019 do Medical Tourism Index. Analisando os avanços na área da Saúde no país, facilmente se conclui que esta perda de posição está relacionada à incapacidade do poder público de tratar o assunto como merece, incluindo-o como pauta prioritária nas políticas de Estado. Indicadores já existem. Exemplos de sucesso não faltam.

Os resultados internacionais são sempre importantes cases e norteadores para quem busca identificar caminhos. A simples consulta aos procedimentos mais procurados nos países que integram os dez principais destinos internacionais de Turismo de Saúde já nos oferecem elementos para tal. Se buscarmos informações estratégicas somente analisando o 1º lugar no ranking da MIT 2020/2021, o Canadá, teremos acesso às principais demandas de estrangeiros que o país atende, e que são: angiografia coronária, angioplastia coronária, substituição total do cotovelo, substituição total do qua-

dril, substituição total do joelho, substituição total do ombro, tratamento da epilepsia, tratamento de toxicod dependência e dependência alcoólica, oftalmologia, cuidados com a pele, imersão de fitness e wellness, testes de diagnóstico, laboratórios clínicos, dermatologia, cirurgia vascular, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, cirurgia de pálpebra e prótese dentária parcial.

Consultando e cruzando os dados disponíveis relacionados ao Turismo de Saúde no exterior, identificaremos os fatores preponderantes na decisão dos visitantes/pacientes de realizar procedimentos no exterior. A maioria declara que sua decisão está baseada no custo do procedimento, tendo como apoio para a decisão a reputação do profissional de saúde e do estabelecimento no qual será realizado o procedimento. Atendidas essas expectativas, ser um destino seguro, hospitaleiro, com infraestrutura de qualidade – hotéis, restaurantes, lazer e comércio – e meios de acesso eficientes, a partir de seu país, completam o principal quadro de exigências daqueles que buscam um tratamento de saúde fora de seu domicílio.

O quadro a seguir nos apresenta um comparativo parcial de procedimentos de saúde e os preços cobrados (em dólar) em alguns dos principais destinos do Turismo Médico ao redor do mundo (2021), demonstrando claramente o espaço que o Brasil tem para conquistar uma importante fatia

deste mercado.

Considerando dados como os apresentados acima, e que demonstram o impacto do Turismo de Saúde nos custos de cirurgias, procedimentos e tratamentos médicos, seguradoras norte-americanas realizaram parcerias com instituições internacionais, na Índia, México e Tailândia com o objetivo de validar o modelo. De acordo com a consultoria internacional Deloitte, participaram desse teste-piloto as seguradoras Anthen Blue Cross and Blue Shield (WI), United Group Program (FL), Blue Shield and Health Net (CA), e Blue Cross Blue Shield (SC).

O mercado do Turismo de Saúde

Alinhados, então, a uma prévia definição de Turismo de Saúde e aos dados de mercado apresentados até o momento, podemos avançar nas consequências diretas deste “deslocamento voluntário e temporário em busca de saúde” para as cadeias produtivas do Turismo e da Saúde.

Considerando que nenhum procedimento de saúde realizado fora de seu domicílio é resultado de uma ação intencional do indivíduo, podemos concluir que a decisão ao ser tomada atará grande parte dos processos que envolvem essa jornada, a começar pelo contato com o estabelecimento de saúde a que pretende realizar o procedimento através de seus

profissionais da área médica, administrativa ou financeira. Uma vez definidos e agendados os procedimentos e partindo do fato que qualquer deslocamento de média ou longa distância exigirá organização de qualidade, adentra-se a etapa de contato com as agências de viagens locais para a organização do traslado e hospedagem do visitante/paciente e, em grande parte dos casos, seu acompanhante.

Através das práticas de deslocamento, então, ativa-se grande parte dos processos que envolvem o traslado do indivíduo, movimentando a economia formal e informal que integra estes ecossistemas, sejam em terminais aeroviários, hidrovias ou rodoviários, postos de combustíveis, pedágios e profissionais que atuam nesses universos. Uma vez realizado o deslocamento, pressupõe-se a necessidade de o visitante/paciente hospedar-se em algum local, o que fomentará a atividade receptiva de hotéis, pousadas e de serviços como o AirBNB. Manifesta-se, ainda, durante a estada deste visitante, a necessidade de locomover-se a curtas distâncias e alimentar-se, o que mais uma vez ativa o mercado local – o da gastronomia e o dos serviços de transporte individual.

Já no seu destino, bem acomodado, e dando início aos preparativos para a realização dos procedimentos de saúde que o trouxeram ao país, uma poderosa e eficiente rede de saúde da cidade é ativada, através dos serviços oferecidos pelos hospitais, clínicas de saúde, laboratórios de análises clínicas e patológicas, spas, entre tantos outros, contribuindo, inclusive, para o preenchimento da capacidade ociosa dessas instituições e profissionais.

Sobre este primeiro olhar, já é possível perceber o impacto do Turismo de Saúde na economia local e já é possível inferir algumas consequências no desenvolvimento social de uma cidade ou região – o que já justificaria termos uma percepção mais madura do tema “Turismo de Saúde”.

Desconfianças

Apesar da força dos fatos, a escolha por procedimentos no exterior ainda desperta em uma parte dos indivíduos algumas desconfianças, seja pela existência de padrões médicos e hospitalares diferentes dos praticados em seu país de origem, seja pelo pouco acesso que tem à reputação do hospital e do profissional de saúde que o atenderá.

No entanto, a aquisição dos hospitais por grandes grupos, inclusive transnacionais, com o alinhamento da gestão e das

PROCEDIMENTOS	EUA	Colômbia	Índia	México	Tailândia	Vietnam
Angioplastia	\$28.200	\$11.700	\$5.500 - 6.200	\$5.000 - 12.000	\$10.938	\$8.510 - 12.290
By-pass coronário	\$123.000	\$11.200	\$7.000	\$15.000 - 35.000	\$17.188	NA
Substituição da válvula cardíaca	\$170.000	\$20.000	\$11.500 - 8.500	\$10.000 - 35.000	\$21.188	NA
Artroplastia do quadril (Substituição de quadril)	\$40.364	\$8.000	\$14.000 - 7.000	\$13.500	\$7.813	\$6.280 - 9.860
Artroplastia do Joelho (Substituição do joelho)	\$35.000	\$8.000	\$6.000 - 12.000	\$12.500	\$6.563 - 12.500	\$6.900 - 9.490
Implante dentário	\$1.500	\$1.500	NA	\$975	\$1.719 - 2.813	\$1.800 - 2.200
Gastroplastia (cirurgia bariátrica)	\$7.000	\$7.000	\$9.000	\$8.000	\$16.800	NA
Histerectomia	\$5.200	\$5.200	\$3.800	\$6.000	\$3.585 - 7.700	\$2.600 - 3.110
Implantes mamários	\$6.400	\$5.000	\$7.500	\$4.200	\$1.750	\$3.610 - 5.240
Rinoplastia	\$6.500	\$3.000	\$6.200	\$3.600	\$313 - 625	\$780 - 3.110
Ritidectomia (lift facial)	\$11.000	\$5.200	\$7.200	\$6.200	\$2.813	\$2.320 - 3.220
Lipoaspiração	\$5.500	\$4.500	\$4.800	\$2.500	\$1.875	\$5.110 - 6.480
Abdominoplastia	\$8.000	\$5.000	\$7.800	\$4.200	\$7.143	\$3.770 - 4.080
Cirurgia Lasik (ambos os olhos)	\$1.000	\$1.000	NA	\$1.400	\$2.650	\$1.320 - 1.530
Cirurgia de Córnea (por olho)	\$17.500	\$2.500	NA	NA	\$5.188	\$690 - 1.070
Cirurgia de catarata (por olho)	\$3.500	\$2.000	\$1.400	\$2.500	\$1.800	\$1.000 - 1.260
Tratamento de Fertilização in Vitro (FIV)	\$15.400	\$13.000	\$6.500	\$6.500	\$3.750 - 15.625	NA

Fonte: Medical Tourism Index

práticas internas, vem reduzindo em muito a preocupação de alguns potenciais viajantes/pacientes. Além disso, a acreditação internacional dos hospitais e de complexos hospitalares é, sem dúvida, um importante avanço na conquista da confiança do viajante/paciente internacional.

Outra preocupação do viajante/paciente está relacionada ao período pós-procedimento e aos eventuais riscos de ocorrerem complicações nesses dias, inclusive durante o retorno a seu domicílio e depois. O sentimento de incerteza se o profissional que realizou o procedimento fará um acompanhamento cuidadoso e eficiente estando ele em outro país ou cidade gera um desassossego no candidato. É uma preocupação legítima e não há dúvidas de que os cuidados preventivos fazem parte das orientações que o profissional de saúde e o hospital passarão ao paciente em alta. Caberá ao paciente seguir à risca os procedimentos preventivos. Além disso, a permanência do visitante/paciente por mais alguns dias na cidade-destino, para um acompanhamento mais próximo do profissional e sua equipe, durante uma ou duas semanas pós-procedimento, reduz bastante essa preocupação. Por fim, não podemos desconsiderar que, devido à complexidade de qualquer procedimento de saúde, é de bom alvitre que exista uma relação harmônica, profissional e regular entre o profissional da saúde que realizou os procedimentos do viajante/paciente no Brasil e seu médico no país de origem.

Turismo de Saúde, vetor de desenvolvimento local

Depois de uma análise sobre motivações, fatores de desenvolvimento e demandas que gravitam em torno do Turismo de Saúde, já é possível concluir que este segmento de mercado tem um enorme potencial para avançar no país e, especialmente, nas cidades em que a medicina, a odontologia e a rede de saúde encontram-se em estágio avançado de desenvolvimento, propiciando às instituições e aos profissionais que prestam os serviços demandados, uma nova fonte de renda, até então pouco explorada.

Se a geração de renda já não fosse uma importante razão para tratar o assunto como política pública voltada ao desenvolvimento econômico, o Turismo de Saúde tem se mostrado, nas cidades onde ele ocorre, um poderoso vetor de desenvolvimento local, gerando aumento da renda do trabalhador de áreas além da

saúde, uma vez que o surgimento de novas necessidades e demandas no entorno propiciam o surgimento de novas atividades econômicas locais, novas oportunidades e novos mercados.

O aumento da renda do trabalhador local e de seu poder de compra leva, por sua vez, ao aumento do consumo de produtos e serviços por parte deste trabalhador que, mais capitalizado, opta, também, por se movimentar na escala de consumo, adquirindo produtos e serviços que até então se via impossibilitado de adquirir – inclusive na área da saúde – ativando e reativando uma cadeia de negócios sem fim.

Mas não é somente no aspecto financeiro que há um upgrade na vida das pessoas da cidade em que o Turismo de Saúde é tratado como vetor de desenvolvimento. Considerando os níveis de exigência de um viajante/paciente originário de países desenvolvidos, inclusive no atendimento, surge a necessidade de que processos internos nos estabelecimentos de saúde sejam revisitados e aprimorados, visando oferecer a este exigente paciente, experiências de alta qualidade. Neste momento, ativam-se demandas junto às empresas e profissionais de capacitação nas áreas da saúde, de recursos humanos (atendimento) e segurança.

Ainda tendo como foco a oferta de uma experiência de qualidade aos pacientes que chegam; o aprimoramento no conhecimento e fala de idiomas, especialmente inglês e espanhol, propiciam a criação de cursos de aprendizado e aprimoramento do idioma de pequena e média duração, ativando, agora, cursos e profissionais de idiomas. A presença mais intensificada de Turistas internacionais obriga, também, às empresas de transporte, inclusive taxis, Uber, 99 e Cabify, a capacitarem seus profissionais para a prática de comportamentos mais adequados, bem como a aprenderem a se comunicar melhor através de idiomas que até então não havia necessidade de conhecerem. O mesmo se dá com os profissionais da gastronomia, especialmente garçons, hostess e caixas, que devido ao aumento no fluxo de turistas estrangeiros, são levados a aprender idiomas estrangeiros.

Sob a ótica do aprimoramento da qualidade dos serviços, proporcionado pelas exigências que este mercado impõe, não podemos perder de vista que além de os estabelecimentos e a cidade terem feito um upgrade nos seus serviços, proporcionando uma melhor experiência aos turistas e os moradores da cidade ou região, a capaci-

tação dos profissionais permite que estes se aprimorem intelectual e desenvolvam potencialidades até então latentes ou reprimidas, propiciando avanços individuais na jornada de evolução social.

Não bastasse, no entanto, o resultado econômico e social relevante que a presença regular de um visitante internacional propicia a uma cidade, seus moradores e trabalhadores, no âmbito do Turismo de Saúde esse efeito se intensifica e retorna, também, nos serviços de saúde voltados à população local.

Como desenvolver o Turismo de Saúde?

Fato é que, apesar de sua importância estratégica, um pequeno número de lideranças se organiza em torno de um trabalho sistemático e regular em favor do avanço do “Turismo de Saúde” no Brasil e no estado do Rio de Janeiro e seus municípios. Os principais agentes de aceleração deste mercado – o poder público, os gestores de hospitais e clínicas e os profissionais que integram as cadeias produtivas da Saúde e do Turismo – passam tempo demais absorvidos em atividades tradicionais que poucas vezes se mostram disponíveis para voltar seus olhares para novas oportunidades. Não que, conceitualmente, não haja interesse dessas lideranças em inovar. Ao contrário, cada vez mais os conceitos de inovação perpassam suas reuniões de diretoria e de alinhamentos com as equipes. Ocorre, no entanto, que grande parte dessas lideranças ainda têm receio dos riscos inerentes às tomadas de decisão inovadoras. Sentem-se mais confortáveis aguardando as mudanças chegarem para, então, a acompanharem.

Em face dessa situação, percebe-se claramente que a construção de um mercado de Turismo de Saúde exige das lideranças – as que entendem que o desenvolvimento deste segmento é “para agora” – o investimento de seu tempo e dinheiro sensibilizando e mobilizando os participantes do mercado da Saúde e do Turismo, bem como do poder público – cada um de acordo com suas atividades e peculiaridades. Um trabalho que exige, inclusive, sensibilidade para transmitir a esses atores, que é necessária uma atuação mais proativa e em conjunto, visando atingirem um fim de interesse comum, o que não significa o alinhamento absoluto das opiniões e posicionamentos dos profissionais da saúde e do turismo. Ao contrário, a força desta união estará na singularidade de cada movimento e de cada colaborador.

Nesse aspecto, a participação das associações de classe, das associações empresariais, dos Hospitais, das Clínicas de Saúde, dos profissionais da saúde – gestores, médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, acadêmicos, profissionais da reabilitação e do wellness, entre outros -, dos profissionais do Turismo, dos comunicadores, jornalistas, advogados, das lideranças presentes nos governos municipais, estaduais e Federal é de suma importância, pelo que individualmente têm a contribuir e pela sinergia que virá a partir das ações que realizarem em conjunto.

Qual a parte que lhe cabe?

Chegamos, gradual e cuidadosamente, à conclusão de que o Turismo de Saúde é um segmento no qual todos se beneficiam – pacientes, estabelecimentos e profissionais da Saúde e do Turismo, sociedade e poder público – seja através da redução de despesas por parte do paciente, obrigatoriamente atrelada a um atendimento mais qualificado, por meio do aumento do faturamento dos hospitais, clínicas, hotéis e restaurantes, ou pela ampliação da procura de determinados prestadores de serviços, inclusive médicos, dentistas, fisioterapeutas.

Pudemos, ainda, ao longo desta rápida viagem pelo universo do Turismo de Saúde, compreender que existe uma demanda – em parte atendida e em parte reprimida – que precisa ser observada com atenção e tratada de maneira mais profissional, mais eficiente e que seja capaz de gerar segurança nos processos.

Neste sentido, qual o papel que cada agente deve exercer? Qual o papel dos complexos hospitalares e dos grandes hospitais nessa missão? Qual o papel dos médicos e demais profissionais da Saúde? E o poder público? Qual parte do processo de construção de um Turismo de Saúde forte está em suas mãos?

De acordo com o consultor em gestão da qualidade e segurança em saúde, Allan Kern, o papel dos Complexos Hospitalares no desenvolvimento e consolidação no Turismo de Saúde é “prestar serviços adequados – com qualidade, segurança e confiabilidade – àqueles que deles se beneficiarão e utilizar os recursos de forma responsável, observando o princípio de fazer a coisa certa, para a pessoa certa e na hora certa. Sobretudo, devem assegurar que o cuidado ao paciente seja prestado dentro de normas empresariais, financeiras, éticas e legais existentes, proteger seus pacientes e acompanhantes e lhes assegurar seus direitos. Adicionalmente, devem reduzir as

barreiras linguísticas, culturais e outras barreiras ao acesso e à prestação de serviços e fornecer informação e educação aos pacientes e acompanhantes de uma forma que possam entender.” Em relação ao papel que entende ser o dos médicos e demais profissionais da Saúde, são ainda as palavras do especialista que reproduzimos: “prestar cuidados que respeitam as preferências, necessidades e valores individuais do paciente assegurando que esses valores sejam o guia de todas as decisões clínicas – por exemplo, hábitos religiosos, étnicos, sociais, aspectos físicos e emocionais. Garantir que a comunicação seja e permaneça eficiente e que o compartilhamento de informação seja imparcial, completo, oportuno e preciso, com o uso de vocabulário simples e de termos leigos, a fim de ajudar o paciente a entender as informações relacionadas ao seu cuidado. Documentar no prontuário do paciente as necessidades educacionais e barreiras educacionais também é uma questão que os profissionais da saúde não podem abrir mão.”

Por fim, na expectativa de compreendermos melhor o papel do poder público para que possa ser provocado a agir com eficiência no Turismo de Saúde, Allan Kern enfatiza que “o principal papel do poder público para o avanço e crescimento do segmento é trabalhar na regulamentação, para atrair de forma competitiva, pacientes estrangeiros ou domésticos, por meio da definição de estratégias governamentais relativas ao desenvolvimento e gestão da indústria do turismo médico, a fim de apoiar de forma ativa o desenvolvimento do Brasil como um centro de turismo médico e para diversificar a economia de forma sustentável e inovadora.”.

Território Saúde

Compreendendo que a construção de um Turismo de Saúde forte no Brasil e no Rio de Janeiro necessita de comprometimento, esforços concentrados e articulação, temos buscado, desde 2019, atuar na sensibilização e mobilização dos atores que integram este mercado, especialmente através da articulação junto aos sindicatos patronais de hospitais e associações de classe de profissionais da saúde, junto a gestores, empresários e legisladores; bem como da realização de apresentações em fóruns, da participação em feiras de saúde, da promoção e disseminação persistente de conteúdo em formato de artigos, e-books, postagens em redes sociais; da edição da publicação eletrônica “BHCT - Brazil health care tourism” e do website www.brazil-healthcaretourism.com, além da realização de eventos, como o I Encontro de Turismo de Saúde de Niterói, que ocorrerá em novembro próximo, na sede da Associação Médica Fluminense (AMF) e na Câmara Municipal de Niterói – iniciativas essas que ocorrem sob a bandeira do projeto Território Saúde.

healthcaretourism.com, além da realização de eventos, como o I Encontro de Turismo de Saúde de Niterói, que ocorrerá em novembro próximo, na sede da Associação Médica Fluminense (AMF) e na Câmara Municipal de Niterói – iniciativas essas que ocorrem sob a bandeira do projeto Território Saúde.

Nessa jornada, suspensa, momentaneamente, em razão dos efeitos da pandemia da Covid 19, pudemos contar com o apoio de importantes entidades que atuam no universo da Saúde e do Turismo, como o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Niterói e São Gonçalo (SINDHLESTE), a Associação Médica Fluminense (AMF), da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ), a Comissão de Turismo da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), a Comissão de Turismo da Câmara Municipal de Niterói, o Sebrae, a Sociedade de Turismo Médico e Saúde (STEMS) entre outros parceiros.

Referências Bibliográficas

- BHM Healthcare Solutions. *The Big Five Healthcare Accreditation Organizations – Side by Side Comparison*.
- Da Fonseca, Ricardo. *O Turismo de Saúde em Niterói. Turismo de Saúde na Prática: Potências e Capacidades. Apresentação para o Fórum Permanente de Desenvolvimento Estratégico do Estado do Rio de Janeiro*.
- Diversos autores. *Cadernos Do Desenvolvimento. Desenvolvimento, saúde e mudança estrutural. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0 no contexto da Covid-19. Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento. 2021*.
- Gadelha, Paulo; Noronha, José Roberto de; Dain, Sulamis e Ruth Pereira Telma (Org.). *Brasil Saúde Amanhã - População, economia e gestão*. Editora Fiocruz. 2016.
- Hidalgo, Bruno. *Regiões de Influência das Cidades*. IBGE - Diretoria de Geociências (DGC). 2018
- IBM Watson Health <https://www.ibm.com/br-pt/watson-health/learn/healthcare-transformation>
- Medical Tourism Index. www.medicaltourism.com/mti/home
- Ministério do Turismo. *Brasília. Turismo de Saúde - orientações básicas*. 2010. www.gov.br/turismo/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes
- Organização Mundial de Saúde (OMS) www.who.int/pt
- Organização Mundial de Turismo www.unwto.org/
- World Health Organization (WHO). *Constitution of the World Health Organization*. Geneve; 1946. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

Dr. Enildo Ferreira Féres



Com mais de meio século exercendo a medicina, o cirurgião vascular e angiologista Enildo Ferreira Féres deixa uma mensagem para os jovens médicos: “A despeito da importância dos exames de imagem, não negligenciem uma boa história e exame clínico, além de um atendimento humanizado” Ele considera a AMF um espaço de educação continuada e troca de conhecimentos.

Tempo de formado:

52 anos

Especialidade:

Cirurgia Vascular e Angiologia

Por que escolheu essa especialidade:

Pela oportunidade que tive de acompanhar meu irmão, Edilson Féres, juntamente com João Francisco Pitombo, que já exerciam a especialidade.

Formação:

Graduação na Universidade Federal Fluminense / Titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular / Cirurgião vascular - Oficial médico da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro PEMERJ /Cirurgião Vascular do Instituto Nacional de Previdência Social- INPS/Niterói / Curso de Especialização em Cirurgia Endovascular pelo Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular de São Paulo / Curso Anual de Especialização em Angiologia da PUC- RJ (Prof. Fernando L.V. Duque)
Exerci as funções de:

- Diretor do Hospital da Polícia Militar de Niterói / Diretor Geral de Saúde da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro / Gerente de Saúde do Instituto de Segurança Pública (ISP) RJ.

Se não fosse médico, seria:

Não me vejo exercendo outra profissão.

Fatos marcantes na profissão:

Fato muito emocionante, para mim, foi ter atendido a filha de um paciente, trinta anos após tê-lo operado. A mesma relatou-me que na ocasião da cirurgia de seu pai, seu irmão recém- nascido, recebeu o nome de Enildo.

30 - revista amf

O que representa a AMF:

A AMF é um local de integração com profissionais de diversas especialidades, permitindo a troca de conhecimentos e confraternizações, além de discussão de temas de interesses da profissão.

Hobby:

Caminhada e curtir a natureza no interior, especialmente em Santa Maria Madalena, minha cidade Natal.

Livro preferido:

Médico de Homens e de Almas - A história de São Lucas.
Autor: Taylor Caldwell

Sua inspiração na profissão:

Ao vir do interior, aos quatorze anos, morei numa república de vestibulandos e estudantes de medicina, em Niterói, o que me aumentou, ainda mais, o interesse pela profissão.

Qual a importância da família na vida do médico:

A família representa o esteio e o porto seguro de qualquer profissional.

Programa imperdível:

Estar com a família e um bom papo, em boas companhias.

Música preferida:

Moonlight Serenade - Glenn Miller

Frase para a posteridade:

“ A melhor maneira de ser feliz é contribuir para a felicidade dos outros.” - Confúcio

Mensagem aos jovens médicos:

A despeito da importância dos exames de imagem, não negligenciem uma boa história e exame clínico, além de um atendimento humanizado, onde, também, ouvir o paciente seja uma constante, tratando-os como gostariam de ser tratados. Mantenham-se sempre atualizados na especialidade.

Porque sou sócio da AMF:

Considero importante contribuir para o engrandecimento da Associação, como um espaço de educação continuada e troca de conhecimentos.

Os hospitais precisam de ajuda para pagar o novo piso da enfermagem



Vinícius Queiroz
Presidente do SINDHLESTE

Foi num domingo à noite, no dia 04 de setembro do corrente ano, que o Ministro do Supremo Tribunal Federal, Luís Roberto Barroso, suspendeu a lei que aumentaria o salário-mínimo da enfermagem para R\$ 4.7 mil.

No dia 15 de setembro, com o placar de 7 a 4, o STF formou maioria de votos para manter a suspensão da lei que criou o piso salarial dos profissionais de enfermagem até que sejam analisados os impactos da medida na qualidade dos serviços de saúde e no orçamento de municípios e estados. O aporte financeiro pode chegar a R\$ 16 bilhões por ano.

A lei nº 14.434 que fixa pisos salariais para enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras foi aprovada em julho pelo Congresso e sancionada no dia 07 de agosto de 2022 pelo Presidente Jair Bolsonaro.

Apresentada pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos de Serviços, a ação, analisada pelo STF, questiona a validade da medida por entender que a fixação de um salário-base para a categoria terá impactos nas contas de unidades de saúde particulares pelo país e nas contas públicas de estados e municípios.

Um estudo desenvolvido pela rede privada da saúde, contabilizou que o novo piso da enfermagem, provocaria o fechamento de 20 mil leitos de hospitais particulares e filantrópicos. E uma demissão de cerca de 85 mil enfermeiros. Além disso, a aprovação da lei obrigaria as operadoras de saúde a fazer um reajuste de 14% nos valores praticados em 2023, em comparação ao

reajuste de 9% sem a aprovação da lei.

No passado, Florence Nightingale foi uma enfermeira britânica, que ficou famosa por ser a pioneira no tratamento de feridos durante a Guerra da Criméia. Florence era uma jovem de família rica e em 1845 rebelou-se contra o papel convencional para as mulheres do seu status, que se tornavam esposas submissas e decidiu dedicar-se ao ofício da enfermagem. Até então, o papel de enfermeira era exercido por mulheres ajudantes em hospitais ou acompanhando exércitos. Florence é considerada uma pioneira nesse ofício.

A Enfermagem é uma das atividades mais antigas e importantes no segmento da saúde. São profissionais que dedicam suas vidas na recuperação de todo e qualquer paciente. Uma profissão respeitada e indispensável no cuidado da saúde dos indivíduos. Com o avanço da medicina, muitos profissionais de enfermagem buscam aperfeiçoamento do seu conhecimento para o suporte na especialização em exames e demais procedimentos. Seja na prevenção, ou no tratamento de doenças, os profissionais de enfermagem atuam, em sua rotina, na promoção da saúde da sociedade.

Diante disso, como não valorizar e não reconhecer o importante trabalho dos profissionais da Enfermagem? Uma profissão indispensável na rotina de qualquer hospital. Evidente que a rede de hospitais, seja público ou privado, possui interesse no reajuste salarial de seus colaboradores. Em se tratando de Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares

de Enfermagem, não é diferente. Mas, infelizmente, dentro desse debate acalorado com viés político, algumas manifestações tratam os hospitais como um vilão nessa história, uma visão perversa e contorcida do processo.

É importante que exista um planejamento e um diálogo bem fundamentado para avaliar de que forma essa medida pode ser adotada. O aumento repentino do piso da enfermagem gera um impacto negativo sem precedentes na folha salarial dos hospitais em todo o Brasil. Regiões como o norte e nordeste do país, onde a distância salarial em relação ao mínimo estabelecido pela nova lei é maior, passaria por uma catástrofe de demissões e fechamento de hospitais.

A decisão do Poder Judiciário, permite um tempo maior de análise mais aprofundada e o estudo de alternativas para a busca de uma solução que permita atender, de forma plena, o quadro atual dos profissionais e das instituições. A desoneração da folha de pagamento, através da redução de encargos sociais, possibilitaria condições de caixa, já que hoje, os hospitais pagam INSS integral. Talvez esta contrapartida seja um bom caminho para amenizar o impacto da nova lei.

Os hospitais querem pagar o novo piso da enfermagem, mas precisam de contrapartidas para evitar demissões e fechamento de leitos. Com planejamento prévio e uma saída bem estruturada, conseguiremos manter a boa governabilidade das instituições. A postura dualista de “mocinho e bandido” que muitas vezes costuma ser manifestada, não contribui com boas soluções para uma saúde de qualidade para toda a sociedade.

Vida, trabalho e relacionamentos



Prof. Moacir Martins Junior *

Somos impactados pelas mudanças que ocorrem a todo momento; seja no âmbito econômico, social, político e mesmo de valores, num mundo rodeado por circunstâncias que, de algum modo, nos fazem repensar as dificuldades, seus motivos e suas soluções.

Esse contexto não está relacionado somente a nossa vida pessoal, pelo contrário, nossa vida profissional tem sido afetada de forma, também, muito significativa. Assim como na vida pessoal, nem todos os momentos são alegres ou divertidos, os problemas, desafios, frustrações e o estresse são partes dessa nossa jornada.

No trabalho, nada traz maior prazer do que chegar ao final do dia, e sentir que, de alguma forma, você fez diferença, por menor que ela seja, na sua vida e na vida de outras pessoas.

Pode parecer até meio poético, mas vale muito a pena pensar o quanto seu trabalho faz você se sentir bem ao final de

cada jornada. Estou falando de significado, ou seja, apesar de todas as suas, e as muitas dificuldades, é importante saber que o trabalho pode, e deve trazer alegria e satisfação para nós.

Não importa a sua atividade, a sua profissão; o mais importante é que você faça deste seu trabalho, algo que lhe dê prazer e, que de alguma forma, possa ser compartilhado.

Mas é claro que as vezes nosso trabalho é “chato”, “maçante” e cansativo e ficamos pensando e dando um jeitinho de ficar na cama por mais tempo só de pensar que temos que nos levantar e ir para “aquele lugar”.

Acontece que a satisfação não vem somente de um trabalho em que todos os dias são “cor de rosa”, até porque nem todos os dias são assim; e para falar a verdade ultimamente poucos dias tem sido assim.

Mas a satisfação no trabalho vem,

principalmente, do quanto ele é necessário para você e para aqueles que, de alguma forma, dependem daquilo que você faz. Seus colegas, sua família, seus amigos e assim por diante.

É exatamente neste ponto, que surge uma outra dimensão e que nos faz refletir se é possível separar de forma totalmente distintiva a vida pessoal da vida profissional; como uma interfere na outra e, de que forma, devemos tratar essa interação.

Uma pesquisa realizada, no início de 2020, pelo Instituto Apsos e divulgada pelo Sindicato das Empresas de Serviços Contábeis e das Empresas de Assessoramento, Perícias, Informações e Pesquisas no Estado do Paraná – SESCAP-PR – entidade que representa mais de 38 mil empresas de serviços no Estado, trouxe resultados que são importantes para esta nossa reflexão. Um dado relevante da pesquisa mostra que: “os brasileiros são os que mais misturam vida pessoal com a profissional;

*Conferencista, palestrante e Consultor empresarial. Autor do livro *Labor e Divagações*.

Envie suas sugestões de temas para o prof. Moacir. Para contatos e esclarecimentos: moa@prof-moacir.com.br. Viste também: www.prof-moacir.com.br

74% deles carregam seus computadores, smartphones e tablets durante as férias ou fins de semana para trabalhar, contra 47% dos britânicos ou 50% dos alemães.

Essa prática gera, na maioria dos casos, estresse e desconforto já que os profissionais não conseguem desligar-se das rotinas empresariais em períodos de lazer, além de possível queda na produtividade, pois o exagero pode acumular cansaço, afetando a saúde dos profissionais. Além disso, brasileiros e chineses são os que menos veem problema em usar os dispositivos para fins pessoais e profissionais.”

Outro estudo, intitulado: “Geração Z: vida profissional e planos futuros”, realizado em meados de 2019 pelo Sistema CNDL, SPC e SEBRAE, trazem, também, resultados importantes e muito oportunos para esta nossa reflexão. Segundo informado pelo estudo, foram ouvidos indivíduos com idade entre 18 e 24 anos, residentes em todas as capitais do país, homens e mulheres pertencentes a todas as classes econômicas e escolaridades.

Lembrando que a geração Z é a geração de pessoas que nasceu entre os anos 90 e o fim da primeira década do século XXI (2010). A geração dos zoomers apresenta íntima relação com a tecnologia. São pessoas acostumadas a um ambiente totalmente conectado e digital, abertas à inovação, comunicação e diversidade. Para os zoomers, “a felicidade na vida adulta consiste em uma combinação entre segurança, estabilidade emocional e algum grau de realização na profissão. Tendo em vista as prioridades para considerar-se um adulto feliz e realizado, as mais mencionadas são: adquirir casa própria (20,5%, aumentando para 26,4% entre as mulheres), ter sucesso no trabalho (18,0%), trabalhar no que gosta (17,9%), ter paz interior (16,8%) e ser feliz na profissão (14,5%, aumentando para 24,6% na Classe A/B).”

Como vemos, aliar a vida pessoal e

vida profissional ainda é uma dificuldade a ser vencida para muita gente. Os cientistas do comportamento, têm chamado isto de Inteligência Relacional. Criada pelas pesquisadoras Erica Dhawan e Saji-Nicole Joni, a Inteligência Relacional é uma competência tão importante e relevante quanto a inteligência emocional no desenvolvimento de uma carreira e de uma vida de sucesso. Neste sentido, a Inteligência Relacional nos ensina que os relacionamentos são o que temos de mais importante na nossa trajetória e, que eles devem ser cultivados de forma mais positiva possível, em quaisquer aspectos da vida.

A construção de relacionamentos mais efetivos e adequados são fundamentais para vivermos uma vida mais equilibrada, principalmente, num mundo onde a tecnologia e a competição nos levam para caminhos conflitantes e com relevân-

“Equilibrar vida pessoal e vida profissional, parte da consciência de que a ambição material não deve ser a única coisa a ser buscada, mas sim, o desejo de encontrar realização pessoal e felicidade.”

cia para a individualidade e a personalidade. Esta é a chave, portanto, para o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal.

Vários profissionais têm me procurando queixando-se de sua falta de prazer no trabalho e que isto tem trazido problemas, também, na sua vida pessoal. Para essas pessoas, minha resposta é, invariavelmente, a mesma: você pode entregar os pontos e ir levando como dá, fazer somente o que lhe pedem e com o mínimo esforço ou, então, você pode dar uma oportunidade a você mesmo e dar ao seu trabalho um significado que lhe traga satisfação e contage seu ambiente e as pessoas que estão à sua volta.

O trabalho sempre foi uma fonte de realização importante para o homem. Buscar essa realização é possível e você pode começar fazendo coisas muito simples, como dar o melhor de si, empregar sua energia, sua capacidade e sua inteligência para fazer o melhor sempre. Isto lhe trará uma satisfação que nenhum elogio, é capaz de lhe dar.

Ainda que alguma coisa não esteja saindo da forma que você imagina ou queria, lembre-se que muitas vezes você pode encontrar apoio e alternativas, discutindo e mesmo dialogando com as pessoas que estão a sua volta e lhe querem bem.

Sua satisfação no trabalho pode e deve ser compartilhada com os seus, aqueles que de alguma forma torcem pelo seu sucesso e vivem as suas conquistas. Seja qual for a situação, as pessoas que estão a nossa volta, que vivem nossas decepções e nossas alegrias, esperam o melhor de nós e se alegram com nosso sucesso, por isso é muito importante uma vida que equilibre a vida pessoal e a profissional.

Hoje meu recado é para que você profissional: lembre-se que tudo o que você faz pode ser feito com propriedade, com uma marca pessoal que reflete a sua excelência e sua honradez e que no final das contas, pode trazer satisfação em todas as áreas da sua vida.

Equilibrar vida pessoal e vida profissional, parte da consciência de que a ambição material não deve ser a única coisa a ser buscada, mas sim, o desejo de encontrar realização pessoal e felicidade, conciliando tempo e dedicação para que os demais elementos da vida não sejam esquecidos.

Trabalho e vida pessoal podem muito bem andar em equilíbrio e lhe trazer melhores resultados na jornada dessa vida, basta que você busque a inteligência nos relacionamentos; e isso só depende de você – para isso dê o melhor de si.



Livro:

A mão e a luva- o que elege um presidente

Autor:

Alberto Carlos Almeida e Tiago Garrido

Editora:

Record

“A mão e a luva- o que elege um presidente”

Este a 'A MÃO E A LUVA- O QUE ELEGE UM PRESIDENTE' é antes de tudo um livro inteligente. Os autores traçam uma relação entre o romance 'A MÃO E A LUVA' de Machado de Assis, do século 19, e as eleições presidenciais desde que o Brasil retornou à normalidade das eleições livres e democráticas nos anos 80. No romance de Machado, a donzela protagonista Guiomar precisa escolher entre três pretendentes a casar-se com ela. Um é sentimental, apaixonado, disposto a se matar por sua musa, outro tem herança e não se esforça muito na vida, enquanto o terceiro é um advogado ambicioso que se encaixa bem como uma luva para suas pretensões sociais.

Para os autores, a opinião pública brasileira comporta-se como Guiomar. Sua principal preocupação é a economia brasileira, seu poder de compra para alcançar seus objetivos e consumo. Em cada eleição, na economia brasileira há a luva do controle da inflação, do acesso aos bens de consumo, do desemprego e assim por diante. Para fundamentar esta tese, os autores se baseiam nas pesquisas de intenção de votos, nos dados da economia da época e nos resultados das eleições de cada ano eleitoral até as eleições de 2018 que elegeram o então presidente Jair Bolsonaro.

A leitura é fácil e agradável, bem funda-



Dr. Wellington Bruno

Cardiologista, associado AMF

mentada, até que uma visão crítica apartidária permite perceber uma redução da relevância dos fatos absurdos que mancharam a história pessoal e política de Lula, Dilma e o partido dos trabalhadores (PT). Ao mesmo tempo, há uma ênfase nos erros de Bolsonaro na condução da pandemia de COVID 19 e a figuração do ex-juiz Sergio Moro e o ex-procurador da república Deltan Dallagnol como meros destruidores de símbolos importantes da política brasileira (quando os fatos comprovaram o heroísmo destes no combate à corrupção com a operação Lava Jato no Brasil).

Enquanto escrevo esta resenha sobre este livro ainda não sabemos o resultado das eleições presidenciais. Mas, certamente, já teremos conhecimento quando de sua publicação nesta revista após o 2 de outubro deste ano, confirmando ou não a tese defendida pelos autores acerca da opinião pública brasileira. De todo modo, acho que vou reler 'A Mão e a Luva', de Machado de Assis, e rever Guiomar.

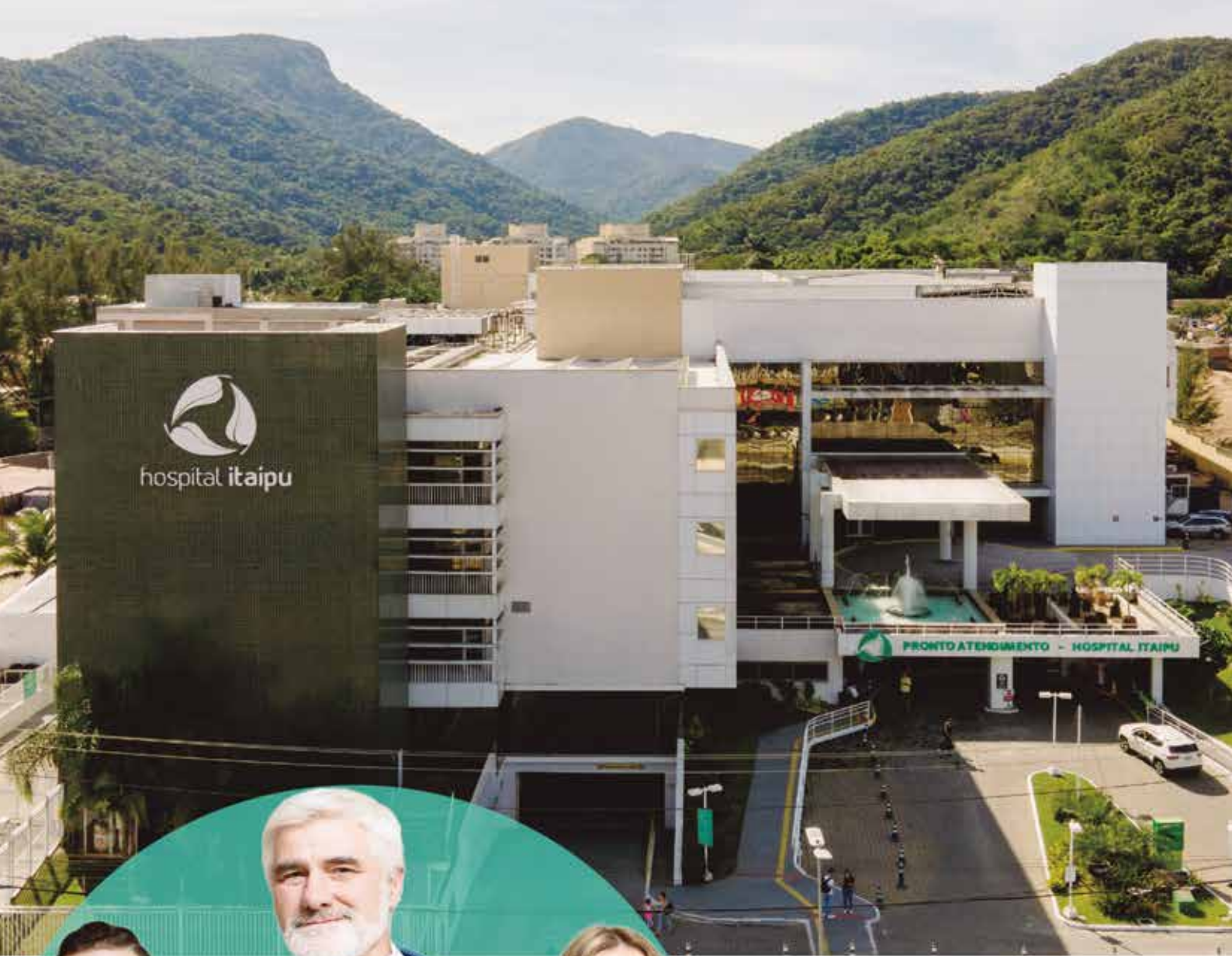
Vale a pena a leitura. Até a próxima, pessoal!

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

INTERCÂMBIO & TURISMO
TravelMATE

Sua próxima viagem passa por aqui

21 98102-4372
travelmate.com.br



Possuindo a melhor arquitetura hospitalar, o **Hospital Itaipu** dispõe **220 leitos, 40 leitos de UTI hemodinâmica e 12 salas de cirurgias** e a **mais alta tecnologia médica** oferecendo **segurança e humanismo** para os clientes.



Estrada Francisco da Cruz Nunes, 5599
Itaipu - Niterói.



hospital itaipu

Departamento de Clínica Médica

Coordenador: Dr. José Luiz Reis Rosati

Encontros virtuais do Departamento:

As palestras são disponibilizadas no Canal do Youtube da AMF
<https://youtube.com/channel/UC45xtBvAjoZ4Ytk-beibDvA>

Tema: Minha Experiência com Hiperplasia Prostática Benigna

Palestrante: Dr. Aday Coutinho

Data: 26/07/2022

Tema: Lesões Císticas do Pâncreas e sua avaliação pelo endoscopista

Palestrante: Dr. Marcelo Neves

Data: 23/08/2022

Tema: Metaverso e Medicina

Palestrante: Dr. Erito Marques

Data: 06/09/2022

Tema: Direito Médico e da Saúde

Palestrante: Dra. Solange da Cunha Pacheco

Data: 27/09/2022

Departamento de Psiquiatria

Coordenador: Dr. Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior

Encontro presencial do Departamento

Tema: Comportamento Suicida nos Transtornos Psiquiátricos

Palestrante: Dr. Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior

Data: 04/10/2022

I ENCONTRO DE TURISMO DE SAÚDE RIO-NITERÓI

Data: 10 / NOV / 2022
Horário: 9:00 - 12:00
Local: Associação Médica Fluminense

Expositores:
Eduardo Duarte, cirurgião plástico e gerente médico do Centro Cirúrgico do CHN;
Vinicius Queiroz, presidente do SindhLeste;
Lymark Kamaroff, presidente da AEDM;
Roberta Werner, diretora comercial do Rio CVB;
Ricardo Da Fonseca, head do Território Saúde.

Inscreva-se gratuitamente
www.riohealthcaretourism.com

REALIZAÇÃO: SAÚDE, TERRITÓRIO SAÚDE
APOIO: SINDHLESTE, visit.rio
PARTICIPANDO: abrasel, AEDM, WIDEBRASIL

Comemorações do Dia do Médico

No próximo dia 18 de outubro a Associação Médica Fluminense retomará parte das comemorações, presenciais, do Dia do Médico, interrompidas nos dois últimos anos, em decorrência da Pandemia.

Será realizado o Café Colonial dos médicos, com o patrocínio da Unimed Leste Fluminense, ocasião em que serão homenageados alguns médicos da nossa cidade com os títulos de: "Personalidade Médica do Ano" para o Dr. Moyzes Pinto Coelho Duarte Damasceno; "Personalidade Médica com ênfase no cooperativismo": Dra. Valéria Patrocínio Teixeira Vaz; "Mérito Associativista": Dr. Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior.

Além desses, será feita a outorga das medalhas Dr. José Hermínio Guasti, Dr. Altamiro Viana e Dr. Márcio Torres para os médicos Dr. José Manoel da Silva Gomes Martinho, Dr. Domenico Accetta e Dr. Mauro Diniz Moreira, respectivamente.

As comemorações iniciam-se com uma missa na Capela de São Lucas (anexo à AMF) às 08:00 horas, seguida do café de conagraçamento entre os médicos e convidados, no salão nobre da AMF.

Neste ano, não será realizada a tradicional Festa do Dia do Médico, devendo ser retomada em 2023.

Exposição "Precisamos falar mais de Sífilis, sem preconceito."

No dia 15 de outubro de 2022, Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita, será inaugurada, na sede da AMF, a Exposição "Precisamos falar mais de Sífilis, sem preconceito".

A Associação Médica Fluminense vai abrir um novo espaço cultural em sua sede, no Salão Dr. Waldenir Bragança e, iniciando as atividades culturais, aceitou a proposta da Sociedade Brasileira de DST e do Setor de DST da Universidade Federal Fluminense para realizar uma releitura da exposição Sífilis: história, ciência, artes acontecida no Paço Imperial, no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

A organização e curadoria principal da exposição estão a cargo do Dr. Mauro Romero Leal Passos.

O novo salão cultural planeja ser um local para receber exposições, apresentações e outras atividades culturais e artísticas, além de ser um espaço para encontros. Um dos destaques desse novo espaço cultural é o Piano da AMF, que foi totalmente restaurado e pretende apresentar grandes novidades.

SUERJ



Da esquerda para a direita: Dr. Luiz Paulo Tostes Coimbra - Diretor Presidente - Unimed Nacional, Sr. Vinícius Mesquita - Presidente OCB/Sescoop - RJ, Dr. Paulo Wesley Ferreira Bragança - Presidente da Unimed Costa Verde, Dr. Omar Abujamra Junior - Presidente da Unimed do Brasil, Dr. Helton Freitas - Diretor-Presidente da Seguros Unimed, Presidente da Fundação Unimed e Diretor-Geral da Faculdade Unimed, Dr. João Alberto da Cruz - Presidente da Unimed Federação Rio, Dr. Benito Petraglia - Diretor de Mercado da Unimed Federação Rio e Presidente da Unimed Leste Fluminense, Dr. José Manes - Diretor de Integração e Intercâmbio - Federação Rio, Dr. Adelson Severino Chagas - Diretor-Presidente da Unimed Participações, Dr. Fábio Nasser Monnerat - Diretor Administrativo - Operacional - Federação Rio, Dr. Rodrigo Luna Venancio - Diretor Financeiro - Federação Rio

De 18 a 21 de agosto, aconteceu o 300 Simpósio das Unimeds do Estado do Rio de Janeiro, no Club Med Rio das Pedras, Mangaratiba. Evento organizado pela Unimed Federação Rio que, também, comemorou seus 50 anos, teve como tema "Conecte os Sentidos". Reuniu cerca de 700 participantes, entre esses, representantes de diversos segmentos do Sistema Unimed, as 18 singulares Unimed do Estado do Rio de Janeiro, representadas por seus diretores e colaboradores, e cooperativas de outros segmentos.

Foram três dias de aprendizado, integração e network, com apresentação de temas relacionados à saúde suplementar, boas práticas e custos assistenciais, excelência no atendimento, intercâmbio, sustentabilidade, cooperativismo etc.

A Unimed Leste Fluminense esteve muito bem representada com a presença de toda diretoria, gerentes e lideranças. Dr. Benito Petraglia, atual presidente da Unimed Leste Fluminense e Diretor de Mercado da Federação Unimed Rio, presidiu algumas mesas e proferiu a palestra "Sustentabilidade da Saúde Suplementar".

Ressaltamos, também, a presença da Unicred Central RJ/MT, com a participação da diretoria da Unicred Niterói, o presidente, Dr. Roberto Wermelinger da Silva e os diretores executivos, Sra. Clarissa Trindade e Sr. Antônio Francisco da Silva Junior.

Lançamento do Livro OAB



Magalhães Moraes, Pedro Porto Alves, Renata Munis Fonseca Fernandes e Vanessa da Silveira Viana.

O evento teve a participação da Dra. Zelina Caldeira, que compôs a mesa, representando a Associação Médica Fluminense.

edição 92 - jul-set/2022



Dr. Roberto Wermelinger, Dra. Zelina Caldeira, Dra. Valéria Patrocínio, Sra. Clarissa Trindade e Sr. Antônio Francisco Junior.

Seminário



Seminário Secretaria Municipal de Saúde, com apoio da Fundação do Câncer

A Secretaria Municipal de Saúde, com apoio da Fundação do Câncer, realizou em 21/09, o Seminário "Niterói Vencendo o Câncer: O controle do câncer e as perspectivas futuras", reunindo profissionais de saúde de Niterói. "Estamos em um esforço conjunto de articular novas formas de atendimento que coloque o usuário no centro, superando entraves burocráticos", disse o secretário de saúde de Niterói, Rodrigo Oliveira, um dos palestrantes do dia. A Associação Médica Fluminense sediou esse evento, cuja programação continua nos dias 26/10 e 30/11, abordando os temas sobre o rastreamento e tratamento do câncer de mama e do colo de útero.



Dr. Luiz Antônio Santini, Dra. Zelina Caldeira, Dr. Rodrigo Oliveira, Vereador Binha Guimarães, Dr. Luis Augusto Maltoni, Sra. Angélica Duarte, no púlpito.

Apresentamos aqui o Clube de Benefícios AMF

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



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

www.aquafishniteroi.com.br

Tel: (21) 2611-1984 / 27119033



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



Desconto de 20% em cursos



Desconto de 20% em todas as atividades.

www.metodosupera.com.br

Tel: (21) 2704-0012



Desconto de 20% em serviços pontuais

Tel.: (21) 2220-0569

www.marketmed.com.br



(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



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 - 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



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



Parabéns, médicos!
É um orgulho tê-los
como inspiração.

18 de outubro - Dia do Médico



IRSA
Diagnóstico
por imagem

Whatsapp

21 99037 3112

Central de Marcação

21 2729 1669 21 2612 9300

© f irsaradiologia
irsa.med.br



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



Unidade Centro

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



Unidade Icarai

Rua Domingues de Sá, 321
Icarai - Niterói / RJ