Revista

Associação Médica Fluminense

amf

Ano XVIII - nº 93 - Out-Dez/2022
ISSN nº 1809-1741
Órgão Oficial - Filiada à Somerj
Você encontra a Revista AMF
no site: www.amf.org.br

Pedra de Itapuca com arbusto - Niterói - RJ
Foto: Dr. Miguel Chaves Filho

- Melanoma: tratamento em constante evolução

E mais:

- EcoDopplercardiografia compartilhada na "Era da Multimodalidade": o futuro é agora.
- Há séculos a sífilis nos consome com sofrimentos. Há séculos nos inebria de arte e cultura.
- Entre outros.

Filiada a
AMB SOMERJ

Lefe

Emergências Médicas

NOSSOS SERVIÇOS

EVENTOS - COBERTURA MÉDICA

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

TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR

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

LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIAS

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

ATENDIMENTO EMERGENCIAL

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

CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HS

0800 006 6668

www.lefeambulancias.com.br

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

Unimed Leste Fluminense:
Um caso de sucesso.

Dra. Zelina Caldeira - Presidente da AMF

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no terceiro trimestre de 2022, há registro de 50.196.862 vínculos a planos de saúde no Brasil, correspondendo a uma taxa de cobertura nacional de 25,88%, distribuídos entre 720 operadoras de saúde. As cooperativas médicas representam 36% desse público, com 274 instituições, correspondendo a 9,54% de cobertura no país. No Estado do Rio de Janeiro, 33,67% da população possui plano de saúde para assistência médica, sendo que 8,36% são beneficiários das cooperativas médicas, 16,15%, da medicina de grupo e 6,78%, dos seguros saúde.[1]

O setor da saúde suplementar envolve muitas demandas; está sujeito à regulação da ANS, cujas normatizações são atualizadas frequentemente, necessitando ajustar o equilíbrio entre receitas e despesas, além da questão da judicialização cujos valores são imprevisíveis. Para a sustentabilidade das operadoras ou planos de saúde que compõem o setor, fazem-se necessários a implementação contínua da estrutura organizacional e um olhar abrangente do mercado, instituindo novas abordagens, metodologias de trabalho e adaptações inerentes ao atendimento aos clientes, bem como aos órgãos reguladores.

O Sistema Unimed, ao longo dos seus 50 anos de existência, vem acumulando experiência e conhecimento e, apesar dos esforços, algumas de suas singulares faliram e outras estão em grande dificuldade financeira. Por outro lado, cooperativas têm investido em tecnologia, aquisição de serviços próprios, busca de novos parceiros e clientes, além da ampliação das competências de seus colaboradores, apresentando resultados positivos e concorrendo com grandes grupos do sistema.

A Unimed Leste Fluminense merece destaque como um caso de sucesso, uma vez que, em 2018, esteve em direção fiscal pela ANS e, em um ano, reverteu essa condição. Embora tenha havido perda na sua carteira, é considerada uma operadora de saúde de grande porte, com aproximadamente 115 mil vidas e 1400 colaboradores, entre a sede administrativa e os recursos próprios, 900 cooperados e rede conveniada composta por cerca de 200 prestadores de serviços, entre unidades hospitalares, serviços diagnósticos e terapêuticos.[2] Sua área de abrangência corresponde à Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, formada pelos municípios de Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim, somando uma população estimada de dois milhões de habitantes.[3]

A exemplo de grandes empresas, a Unimed Leste Fluminense precisou implementar sua estrutura de gestão, ficando essa descentralizada, aperfeiçoando e somando conhecimentos nas diversas áreas operacionais. Com foco no retorno de seu crescimento, estratégias foram e continuam sendo revistas e inovadas para conquista de maior porção do mercado em sua área de abrangência, observando pontos positivos e ameaças, como, por exemplo, expansão de concorrentes. Com auxílio da tecnologia de informações, os processos administrativos e fluxo de trabalho foram redesenhados de acordo com as necessidades de cada setor e, também, intersetoriais, visando adequações e transparência nas ações. Esses processos estão em constante evolução para atender às normatizações da ANS e do Sistema Unimed.

Grande parte do conhecimento de uma empresa, tanto adquiridos pela experiência, como meios de estudos, educação continuada e elaboração de processos, advém da força de trabalho. Os colaboradores compõem parte importante da riqueza de uma empresa; suas habilidades no desenvolvimento das suas funções estão diretamente relacionadas ao sucesso e ao lucro. A evolução do conhecimento, que agrega valor à empresa, é ilimitada e deve ser estimulada e compartilhada. Através da aplicação do conhecimento é possível inovar e se tornar sustentável. A velocidade na divulgação das informações é imensurável no contexto da globalização e meios digitais. As verdades são mutáveis, inclusive no campo das ciências, palpáveis em evidências e mensuração de resultados. As transformações acontecem e são inerentes ao desenvolvimento.

O resultado da cooperativa está diretamente relacionado à captação de receita, à redução de custos administrativos e operacionais, ao controle dos custos assistenciais etc. Seus atores são o núcleo de gestão, os cooperados, colaboradores, prestadores e clientes. Trata-se de uma estrutura complexa, cuja organização deve contemplar cada segmento, visando a um objetivo comum, que é prestar atendimento de excelência. Valores intangíveis estão agregados às ações com base nos conhecimentos adquiridos, influenciando diretamente na prática e adicionando valores aos serviços prestados.

Em uma cooperativa, os cooperados, naturalmente, constituem parte importante da empresa; sem cooperado não há cooperativa. Com certeza, no caso da cooperativa médica, a formação profissional, o bom conceito desses médicos e a acessibilidade são atrativos na busca de um plano de saúde, porém, atualmente, muitos outros aspectos são considerados.

A concorrência entre grandes grupos na saúde suplementar e os valores pagos na assistência, com custos cada vez mais elevados, levaram a construção de unidades de atendimentos, intitulando-se de verticalização. Várias operadoras possuem seus hospitais, centros de diagnósticos, ambulatórios etc., constituindo sua rede própria. No Sistema Unimed, não está sendo diferente.

A Unimed Leste Fluminense, no caminho para sua sustentabilidade e objetivando agregar valores à empresa, iniciou a construção de sua rede com a criação de um serviço de pronto atendimento (SPA), na cidade de São Gonçalo, estrategicamente, um local com densidade demográfica elevada e possibilidade de captar mais clientes, além dos que já possuía na região.

A partir daí, adquiriu, reformulou e expandiu um hospital no mesmo município. Há cerca de 10 anos, comprou um terreno, objetivando a construção de um grande hospital em Itaipu, um bairro da Região Oceânica, em Niterói. Esse empreendimento, lentamente, foi tomando forma: começou com um Centro de Imagem, um Centro Oncológico, um SPA e, este ano, mais precisamente, no dia 18/10, inaugurou, finalmente, de forma grandiosa, o Hospital Itaipu, com previsão de 200 leitos disponíveis para os beneficiários Unimed e demais credenciados.

Dessa forma, a Unimed Leste Fluminense vem crescendo. No momento, sua rede própria conta com dois hospitais, pronto atendimento, serviços de laboratório e de imagem, ambulatório com algumas especialidades pediátricas, e continua com projetos para ampliação dessa rede, além de um espaço específico para atendimento a crianças portadoras de transtorno de espectro autista.

A Unimed Leste Fluminense é uma empresa de grande importância em Niterói e municípios vizinhos, não somente em relação à assistência médica, mas, também, na economia da região, gerando empregos diretos e indiretos, e sustento a muitos de seus prestadores.

Mais um ano se passou e, assim, terminamos 2022: um ano difícil, ainda com consequências da pandemia da Covid19, necessitando de grande investimento na área social e na saúde. Frente a todas as dificuldades, têm-se que comemorar as vitórias, quaisquer que sejam essas. Em Niterói, a expansão da rede de assistência médica e hospitalar vem acontecendo com a presença de hospitais de grande porte, como, por exemplo, o Complexo Hospitalar de Niterói, o Hospital Icaraí e o Niterói D'Or. Somando-se a esses, a inauguração do Hospital Itaipu constituiu um marco importante para a cidade de Niterói como, também, para os municípios vizinhos.

Que tenhamos um 2023 com muitas realizações, paz e prosperidade!

Referências Bibliográficas

1- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Sala de situação. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em 18/12/2022.

2- Unimed Leste Fluminense. Disponível em: https://www.unimed.coop.br/site/web/lestefluminense. Acesso: 25/09/2022.

3- Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações em Saúde. População Residente. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def. Acesso: 25/9/2022.

Expediente

Associação Médica Fluminense
Avenida Roberto Silveira, 123 - Icaraí
Niterói - RJ - CEP 24230-150
Tel.: (21) 98860-1549 / 2710-1549
E-mail: amf@amf.org.br

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

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

Conselho Fiscal / Membros Efetivos
Claudio Vinicius Graciano da Silva
Fritz Alfredo Sanchez Cardenas
Luis Fernando Jogaib Mainier
Membros Suplentes
Kathya Elizabeth M. Teixeira
Paulo Fernando Rodrigues da Cal
Rafael Vilanova Lima

Assessora Participativa
Maria Gomes

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

Foto da capa: Pedra de Itapuca - Niterói/RJ
Dr. Miguel Chaves

Ano XIX - nº 93 - out/ nov / dez - 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.

Índice

Artigos Científicos
Melanoma: tratamento em constante evolução. **06**
EcoDopplercardiografia: compartilhada na "Era da Multimodalidade": o futuro é agora. **10**
Há séculos a sífilis nos consome com sofrientos. Há séculos nos inebria de arte e cultura. **18**

Crônica
A queda. **20**

Artigo
Cirurgia de estapedotomia.
A responsabilidade subjetiva do médico **22**

Agenda AMF
Exposição Sífilis. Dia do Médico: AMF celebra a data com Missa e homenagens. **24**
Inaugurado Hospital Itaipu da Unmed Leste Fluminense. musical. **27**

Artigo
Uma era que já era **29**

Acamerj
48º Aniversário da Acamerj **31**

Perfil
Dr. Emanuel Decnop Martins Junior **32**

Livro em Foco33

Clube de Benefícios **34**

A PIONEIRA EM **MEDICINA NUCLEAR** DO BRASIL, AGORA EM NITERÓI

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

RUA LOPES TROVÃO, 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 CONVÊNIOS

VEJA A LISTAGEM COMPLETA DE EXAMES

Nossa Linha de Cuidados trabalha para que nossos pacientes possuam 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

Melanoma:

tratamento em constante evolução

Dra. Flora Lino*

Dra. Flora Lino

O melanoma cutâneo é a mais letal das neoplasias de pele e, apesar dos recentes esforços com foco em prevenção, sua incidência vem crescendo nas últimas décadas, configurando um relevante problema de saúde pública.

Apesar de representar apenas 5% dos tumores cutâneos, o melanoma maligno é responsável por aproximadamente 95% das mortes relacionadas a neoplasias de pele no mundo.[1,2] Embora se trate de doença com potencial agressivo, as recentes e recorrentes incorporações de novos tratamentos permitiram uma importante mudança de paradigmas, principalmente, no que se refere ao prognóstico. Se previamente os tratamentos da doença avançada possuíam um baixíssimo potencial de benefício, oferecendo mediana de intervalo livre de progressão da doença em torno de três meses, hoje os desfechos são bastante superiores com alguns pacientes alcançando remissão completa da doença e possibilidade de suspensão de tratamento mesmo no cenário metastático. [3, 5]

Esta constante evolução, não apenas com novas drogas e combinações, como também, a indicação de terapias em novos cenários – como a recente incorporação de tratamento adjuvante para estágio mais precoce – vem exigindo cada vez mais a interação multidisciplinar e atualização constante dos profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes com esta patologia. Sendo assim, este artigo tem como objetivo realizar breve revisão sobre os principais aspectos do manejo do melanoma com doença localizada e atualização referente às recentes incorporações de tratamento sistêmico adjuvante para estágios iniciais.

Aspectos gerais

Estimativas do Instituto Nacional de Câncer preveem o surgimento de aproximadamente 8.980 novos casos no Brasil em 2023, com discreta predominância no sexo masculino.[6] Embora possua ampla extensão de seu território próximo a linha do Equador onde há maior exposição à radiação ultravioleta, a maior parte dos casos de melanoma no Brasil se concentram na região sul e sudeste, sugerindo que características genéticas e fenotípicas podem se sobrepor à carga de exposição solar ou distribuição geográfica quando se avalia fatores de risco.[7] Indivíduos com pele, olhos e fâneros claros, com inabilidade de se bronzear quando expostos ao sol, com múltiplos nevus displásicos ou atípicos possuem risco aumentado de desenvolvimento de câncer de pele.

A exposição cumulativa ao sol ao longo da vida, queimaduras solares sobretudo na infância e bronzeamento artificial são fatores de risco para melanoma, reforçando assim a necessidade de campanhas de conscientização da população sobre a importância dos cuidados com a pele.[8] Embora histórico pessoal e familiar, também, aumentem o risco para melanoma, a predisposição genética é rara devendo estar presente em menos de 10% dos casos.[9]

Diagnóstico

Classicamente nevos cutâneos que apresentem mudança de suas características como crescimento progressivo (em especial com aumento da sua espessura), lesões com surgimento de ulceração, sangramento e/ou dor ou mesmo com aspectos distintos das demais existentes são consideradas suspeitas para câncer de pele e devem ser avaliadas por dermatologista visando dermatoscopia.[10,11]

Embora nem todo melanoma possua o aspecto habitual, as características representadas na regra mnemônica ABCDE deve ser lembrada a fim de identificar lesões suspeitas. Nela, o A refere-se à assimetria da lesão, o B à irregularidade das bordas, o C à variação da coloração, D ao

*Oncologista clínica no Grupo Oncoclínicas e da Divisão de pesquisa clínica do Instituto Nacional do Câncer

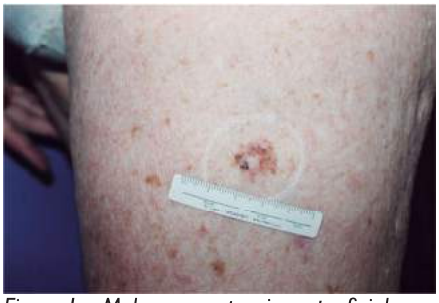


Figura 1 – Melanoma extensivo superficial exemplificando a aplicação das características da regra mnemônica ABCDE.

Breslow	Ampliação
In situ	0,5 a 1 cm
Até 1 mm	1 cm
De 1 mm a 2 mm	1 cm a 2 cm
A partir de 2 mm	2 cm

Tabela 1 – Recomendação de margens para ampliação de acordo com breslow de lesão primária[15]

diâmetro superior a 6 mm e E, referente à evolução ou crescimento.[12,13]

A biópsia possui especial importância na avaliação inicial de lesões suspeitas para melanoma, já que não apenas confirma o diagnóstico como, também, fornece informações que estabelecerão o estadiamento local e fatores prognósticos que em conjunto guiarão a conduta cirúrgica da lesão primária. A biópsia deve ser sempre que possível excisional. Para lesões extensas ou em localização anatômica de difícil ressecção, pode-se considerar inicialmente biópsia incisional por instrumento de punch ou por pequena incisão elíptica com lâmina de bisturi,[14] preferencialmente em área mais espessa e de maior suspeição à dermatoscopia, possibilitando assim avaliação adequada da espessura máxima da lesão. A biópsia por shave, que consiste na retirada de apenas parte da lesão cutânea por raspagem com lâmina cirúrgica, não é apropriada quando há uma forte suspeita de melanoma, pois não permite a avaliação do Breslow.[15]

Caracterização Molecular

A avaliação molecular com pesquisa de mutação do gene BRAF faz parte da avaliação inicial em pacientes candidatos a tratamento sistêmico e é realizada através de PCR ou sequenciamento genético no tecido tumoral biopsiado. Tal característica possui extrema relevância na prática clínica já que está relacionada à mecanismos fisiopatológicos de desenvolvimento e progressão da doença e pode ser alvo de tratamento quando presente. A mutação BRAF é encontrada em aproximadamente 50% dos casos, podendo ser mais frequente em pacientes jovens ou em lesões em áreas sem dano solar e o subtipo mais comumente encontrado é a V600K (80% dos casos), seguida da V600E. A mutação c-KIT apresenta uma menor prevalência e é mais comumente encontrada em melanoma acral ou melanoma de mucosa (21.4% e 18.3%, respectivamente).[16,17] Já mutações NRAS são encontradas, principalmente, em indivíduos mais velhos, estão ligadas a um pior prognóstico a até o momento não influenciam a terapêutica a ser instituida.[18]

Manejo Cirúrgico da lesão primária

À ressecção cirúrgica constitui a base do tratamento curativo do melanoma.[14] Diferentemente de outras neoplasias de pele onde a ressecção com obtenção de margens livres é suficiente para o tratamento local, no melanoma a complementação da cirurgia com ampliação de margens após exérese da lesão inicial se faz necessária. O tamanho das margens de ampliação varia conforme a profundidade da invasão tumoral em milímetros (Breslow) presentes na biópsia da lesão primária, assim como exposto na tabela 1 e tal procedimento deve ser realizado em todos pacientes com doença localizada.[15]

Biópsia de Linfonodo sentinela e linfadenectomia

A biópsia do linfonodo sentinela (BLS) está indicada em pacientes cujo breslow da lesão primária seja superior a 1 mm, desde que não haja linfonodos clinicamente suspeitos na avaliação inicial. A BLS deve ainda ser considerada em pacientes cuja biópsia apresentava margens profundas comprometidas por neoplasia além de lesões com Breslow entre 0,8 e 1mm associado a fatores de mau prognóstico como invasão angiolinfática, presença de ulceração ou índice mitótico $\geq 1/mm^3$. É recomendado a realização de linfocintilografia pré-operatória associada ou não à injeção de azul patente perilesional no momento da cirurgia, antes da ampliação de margens.[15,19]

Figura 2.1 – Injeção de azul patente em área de cicatriz cirúrgica antes da ampliação de margens

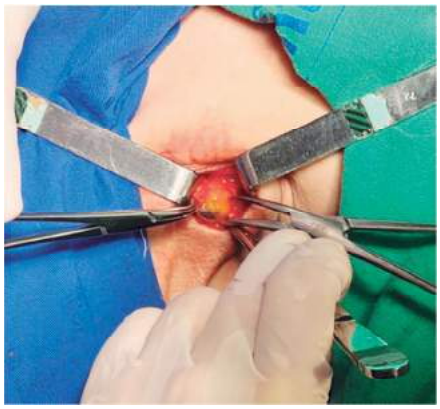


Figura 2.2 –Identificação de linfonodo sentinela corado por azul patente após passagem do PROBE

A conduta frente à positividade do linfonodo sentinela vem sendo rediscutida ao longo dos últimos anos e tende a ser conservadora na maior parte dos casos. A ausência de ganhos em taxas de sobrevida global e o risco significativo de linfedema em pacientes submetidos à linfadenectomia radical e a atual disponibilidade de tratamentos adjuvantes eficazes na atualidade são as principais justificativas para tal. De uma maneira geral, considera-se a indicação de linfadenectomia radical para

pacientes com doença nodal clinicamente detectável (preferencialmente confirmada por biópsia), pacientes com BLS positiva com foco de doença neoplásica superior a 1mm, mais de um linfonodo sentinela acometido ou pacientes pouco aderentes ou sem acesso a seguimento estreito. Para pacientes selecionados para conduta conservadora, vigilância clínica com exame físico e ultrassonografia de cadeia linfonodal devem ser realizados trimestralmente nos dois primeiros anos e semestralmente até o quinto ano de seguimento.[15,20,21] O agrupamento das informações baseadas no laudo histopatológico da lesão primária e do status nodal permitirão o estadiamento da doença locorregional de acordo com TNM – AJCC 8ª edição. Tal classificação possui implicações prognósticas e influencia a indicação de tratamento adjuvante, a depender do estadiamento.[22]

Tratamento adjuvante

Embora o tratamento cirúrgico possua potencial curativo em pacientes com estágios iniciais, um número relevante de pacientes acaba por evoluir com recidiva de doença nos anos seguintes ao diagnóstico. A indicação de tratamento adjuvante neste contexto visa reduzir o risco de recidiva e portanto aumentar as chances de cura dos pacientes tratados com estratégia combinada de cirurgia e tratamento sistêmico. Por muito anos, o tratamento adjuvante foi baseado no uso de interferon, com ganhos questionáveis às custas de toxicidade por vezes limitante,[23] entretanto, mais recentemente, estudos clínicos demonstraram eficácia das drogas utilizadas para pacientes com doença metastática, também, no cenário adjuvante. Imunoterapia com drogas anti-pd1 (pembrolizumabe ou nivolumabe) e terapia alvo direcionadas para mutação BRAF (Dabrafenibe em combinação com Trametinibe) foram estudadas na adjuvância.

O estudo CheckMate 238 comparou o uso de nivolumabe (anti-pd1) por um ano versus ipilimumabe (anti-ctla-4) em pacientes em estádios IIIB, IIIC e IV sem evidência de doença (usando a 7ª edição do AJCC) independente da presença de mutação BRAF. Com seguimento mediano de 48 meses, nivolumabe obteve melhor sobrevida livre de recorrência (HR=0,71; IC de 95%: 0,60-0,86; p=0,0003). Após seguimento de quatro anos, 51,7% dos indivíduos que receberam nivolumabe estavam livres de recorrência versus 41,2% do grupo ipilimumabe.[24]

Outro estudo relevante avaliando imunoterapia com droga anti-PD1, o Keynote 054, comparou Pembrolizumabe por um ano versus placebo em pacientes com melanoma BRAF mutados ou não, nos estádios IIIA (e comprometimento nodal com extensão mínima de 1 mm), IIIB e IIIC (AJCC 7ª edição), demonstrando menores taxas de recidiva nos indivíduos que receberam imunoterapia ((HR=0,59; IC de 95%: 0,49-0,70; p<0,0001). Após follow up de 3.5 anos, 59,8% dos pacientes tratados com pembrolizumabe estavam vivos e sem progressão, em comparação com 41,4% do grupo placebo.[25]

Com resultados apresentados em 2022, o estudo Keynote 716 avaliou o uso do Pembrolizumabe em comparação ao placebo em pacientes com EII de alto risco (IIB e IIC) ressecados. Em análise interina com seguimento mediano de 26,9 meses, o anti-pd1 demonstrou aumento da sobrevida livre de recorrência (HR=0,64; IC 95%: 0,50-0,84) com medianas ainda não alcançadas (81,2% no grupo que recebeu imunoterapia vs 72,8% no grupo controle) sem comprometimento da qualidade de vida.[26,27]

O único estudo que avaliou o uso de terapia alvo no cenário adjuvante foi o COMBI-AD. Nele, pacientes com melanoma BRAF V600E/K mutado EIII e comprometimento linfonodal mínimo de 1 mm de extensão foram randomizados para receber a combinação de Dabrafenibe e Trametinibe por um ano em comparação ao placebo. Com follow up de cinco anos, a terapia-alvo demonstrou superioridade com redução do risco de recidiva de 49% (HR=0,51; IC de 95%: 0,42-0,61; p<0,001). A redução do risco de metástases à distância foi de 45% (HR=0,55; IC de 95%: 0,44-0,70). É importante salientar que não existem estudos que comparem diretamente imunoterapia versus terapia alvo para pacientes mutados, portanto a escolha deve ser baseada no perfil de toxicidade, via de administração, comorbidades e preferência do paciente.

Conclusão

O tratamento do melanoma vem sofrendo constantes modificações ao longo dos últimos anos. Em menos de uma década, pudemos ver o tratamento da doença metastática mudar por completo com a substituição de tratamentos quimioterápicos com resultados em sua maioria frustrantes, pela terapia alvo e imunoterapia. Da mesma maneira, observamos modificações no manejo cirúrgico, assumindo condutas mais conservadores e portanto menos mórbidas, sempre que possível. Mais recentemente, a incorporação dos tratamentos adjuvantes em pacientes submetidos à ressecção cirúrgica com intuito curativo vem constituindo o mais recente capítulo na evolução do tratamento desta patologia. Embora se trate de doença de manejo complexo e que, preferencialmente, seja feita por equipe especializada, é importante que médicos generalistas estejam familiarizados com as recentes atualizações e requisitos básicos do tratamento do melanoma com doença localizada a fim de não perder a oportunidade de ofertar o melhor tratamento possível para pacientes com potencial de cura.

Poucas neoplasias possuem tanta relevância na qualidade da biópsia inicial quanto melanoma, uma vez que suas características (sobretudo o breslow) influenciarão diretamente a conduta cirúrgica. Realizar sempre que possível biópsia excisional e encaminhar pacientes para ampliação das margens conforme o breslow (indicada mesmo para pacientes com melanoma in situ) é condição sine qua non no manejo da doença localizada.

Pacientes que possuírem estadiamento locorregional de IIb a IIID ou mesmo aqueles pacientes com doença metastática completamente ressecada devem ser avaliados por oncologista a fim de se discutir a indicação de adjuvância com imunoterapia (independente do status BRAF) ou terapia alvo (para pacientes com presença de mutação BRAF). Levando em consideração que nem todos os médicos estejam habituados ao complexo sistema de estadiamento de neoplasias malignas (TNM), de maneira generalista podemos considerar que pacientes com melanomas com características de pior prognóstico (lesões espessas e/ou ulceradas e/ou com presença de acometimento linfonodal) devem ser avaliados quanto indicação de tratamento adjuvante.

Agradecimentos

Agradecimentos a Dra Luiza Kassuga e Dr Marcelo Sá pelo gentil fornecimento de imagens de acervo pessoal para ilustrar este artigo.

Referências Bibliográficas

1. 1. Luke JJ, Flaherty KT, Ribas A, Long GV. Targeted agents and immunotherapies: Optimizing outcomes in melanoma. Nat Rev Clin Oncol 2017; 14:463–482. - Google Search [Internet]. [cited 2019 Jun 20];Available from: https://www.google.com/search?ei=HP8LXbjWEYuj5OUP9cCOwAY&q=1.%09Luke+JJ%2C+Flaherty+KT%2C+Ribas+A%2C+Long+GV.+Targeted+agents+and+immunotherapies%3A+Optimizing+outcomes+in+melanoma.+Nat+Rev+Clin+Oncol+2017%3B+14%3A463%E2%80%93482.&oq=1.%09Luke+JJ%2C+Flaherty+KT%2C+Ribas+A%2C+Long+GV.+Targeted+agents+and+immunotherapies%3A+Optimizing+outcomes+in+melanoma.+Nat+Rev+Clin+Oncol+2017%3B+14%3A463%E2%80%93482.&gs_l=psy-ab.3...1824.1824..2928...0.0..0.0.0.....0....2j1..gws-wiz.5kpcWQRdYxY

2. Jemal A, Saraiya M, Patel P, et al. Recent trends in cutaneous melanoma incidence and death rates in the United States, 1992-2006. J Am Acad Dermatol 2011;65(5 Suppl 1):S17-25.e1-3.

3. Serrone L, Zeuli M, Sega FM, Cognetti F. Dacarbazine-based chemotherapy for metastatic melanoma: thirty-year experience overview. J Exp Clin Cancer Res CR 2000;19(1):21–34.

4. Middleton MR, Grob JJ, Aaronson N, et al. Randomized phase III study of temozolomide versus dacarbazine in the treatment of patients with advanced metastatic malignant melanoma. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol 2000;18(1):158–66.

5. Hodi FS, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, et al. Nivolumab plus ipilimumab or nivolumab alone versus ipilimumab alone in advanced melanoma (CheckMate 067): 4-year outcomes of a multicentre, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol 2018;19(11):1480–92.

6. Brasil - estimativa dos casos novos [Internet]. Inst. Nac. Câncer - INCA. [cited 2022 Dec 15];Available from: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/brasil/brasil-consolidado

7. de Melo AC, Wainstein AJA, Buzaid AC, Thuler LCS. Melanoma signature in Brazil: epidemiology, incidence, mortality, and trend lessons from a continental mixed population country in the past 15 years. Melanoma Res 2018;28(6):629–36.

8. de Snoo FA, Kroon MW, Bergman W, et al. From sporadic atypical nevi to familial melanoma: Risk analysis for melanoma in sporadic atypical nevus patients. J Am Acad Dermatol 2007;56(5):748–52.

9. Goggins WB, Tsao H. A population-based analysis of risk factors for a second primary cutaneous melanoma among melanoma survivors. Cancer 2003;97(3):639–43.

10. Tsao H, Bevona C, Goggins W, Quinn T. The transformation rate of moles (melanocytic nevi) into cutaneous melanoma: a population-based estimate. Arch Dermatol 2003;139(3):282–8.

11. Hoff PMG, Katz A, Chammas R, Odone filho V, Novis YS. Tratado de Oncologia. 1st ed. SãoPaulo: 2013.

12. DeVita, Jr VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: principles & practice of oncology. 11th edition. Philadelphia: 2019.

13. Rigel DS, Russak J, Friedman R. The evolution of melanoma diagnosis: 25 years beyond the ABCDs. CA Cancer J Clin 2010;60(5):301–16.

14. Morita SY, Balch CM, Pawlik TM, Posner MC, Klimberg VS, Tanabe KK. Textbook of Complex General Surgical Oncology. 1st edition. New York: McGraw-Hill; 2018.

15. Grupo Brasileiro de Melanoma. Manual de recomendações em melanoma do GBM. 2018;

16. Curtin JA, Busam K, Pinkel D, Bastian BC. Somatic Activation of KIT in Distinct Subtypes of Melanoma. J Clin Oncol [Internet] 2016 [cited 2019 Jun 24];Available from: https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/jco.2006.06.2984

17. Schoenewolf NL, Bull C, Belloni B, et al. Sinonasal, genital and acrolentiginous melanomas show distinct characteristics of KIT expression and mutations. Eur J Cancer 2012;48(12):1842–52.

18. Devitt B, Liu W, Salemi R, et al. Clinical outcome and pathological features associated with NRAS mutation in cutaneous melanoma. Pigment Cell Melanoma Res 2011;24(4):666–72.

19. Wong SL, Faries MB, Kennedy EB, et al. Sentinel Lymph Node Biopsy and Management of Regional Lymph Nodes in Melanoma: American Society of Clinical Oncology and Society of Surgical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol 2018;36(4):399–413.

20. Complete lymph node dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): a multicentre, randomised, phase 3 trial - The Lancet Oncology [Internet]. [cited 2019 Jun 24];Available from: https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(16)00141-8/fulltext

21. Faries MB, Thompson JF, Cochran AJ, et al. Completion Dissection or Observation for Sentinel-Node Metastasis in Melanoma. N Engl J Med 2017;376(23):2211–22.

22. Amin MB, American Joint Committee on Cancer, American Cancer Society, editors. AJCC cancer staging manual. Eight edition / editor-in-chief, Mahul B. Amin, MD, FCAP ; editors, Stephen B. Edge, MD, FACS [and 16 others] ; Donna M. Gress, RHIT, CTR-Technical editor ; Laura R. Meyer, CAPM-Managing editor. Chicago IL: American Joint Committee on Cancer, Springer; 2017.

23. Ives NJ, Suciu S, Eggermont AMM, et al. Adjuvant interferon-α for the treatment of high-risk melanoma: An individual patient data meta-analysis. Eur J Cancer 2017;82:171–83.

24. Weber J, Mandala M, Del Vecchio M, et al. Adjuvant Nivolumab versus Ipilimumab in Resected Stage III or IV Melanoma. N Engl J Med 2017;377(19):1824–35.

25. Eggermont AMM, Blank CU, Mandalà M, et al. Adjuvant pembrolizumab versus placebo in resected stage III melanoma (EORTC 1325-MG/KEYNOTE-054): distant metastasis-free survival results from a double-blind, randomised, controlled, phase 3 trial. Lancet Oncol 2021;22(5):643–54.

26. Long GV, Luke JJ, Khattak MA, et al. Pembrolizumab versus placebo as adjuvant therapy in resected stage IIB or IIC melanoma (KEYNOTE-716): distant metastasis-free survival results of a multicentre, double-blind, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol 2022;23(11):1378–88.

27. Long GV, Luke JJ, Khattak M, et al. Distant metastasis-free survival with pembrolizumab versus placebo as adjuvant therapy in stage IIB or IIC melanoma: The phase 3 KEYNOTE-716 study. J Clin Oncol 2022;40(17_suppl):LBA9500–LBA9500.

EcoDopplercardiografia

compartilhada na "Era da Multimodalidade": o futuro é agora.

Dr. Cesar A. S. Nascimento MDPhD*

Figura 1: (cedida pelo ex-presidente Alex Félix) diferença entre os métodos de imagem

Dr. Cesar A. S. Nascimento

I -INTRODUÇÃO

A EcoDopplercardiografia progrediu de forma impressionante nas últimas décadas. Uma pletora de novas técnicas, tais como a ecocardiografia tridimensional (3-D), o Doppler Tecidual, a Ecocardiografia com processamento de imagens e harmônicos, a ecocardiografia de contraste, a ecocardiografia digital e outras que alteraram as nossas estratégias de diagnóstico para os pacientes com doença do coração e dos vasos.

Levantamos o arsenal tecnológico vigente que, aliando-se a outros métodos radiológicos (TC, RNM, Radionuclideos e Hemodinâmica), estão sendo utilizados em conjunto com a ecocardiografia tradicional, ampliando o espectro e a abrangência no cenário médico.

Além do treinamento das equipes e aquisição das máquinas, temos que avaliar as condições clínicas dos pacientes, instabilidade hemodinâmica, possibilidade de transporte, se estão cooperativos e podem receber contrastes ou irradiações.

O que podemos fazer na atualidade e com estas técnicas mais recentes? Quais são as demandas e as novas perspectivas?

II - DEMANDAS ATUAIS

1- Derrame Pericárdico

Atualmente, podemos ver o pericárdio facilmente com acurácia e podemos responder às perguntas dos clínicos: Qual é o grau do derrame leve, moderado ou severo? Existe restrição? Qual é o tipo de efusão pericárdica? Serosa, fibrinosa ou lipídica? Quais os volumes corretos da efusão pericárdica? Como diferenciar a constrição não calcificada?

Provavelmente, num futuro próximo, responderemos às duas últimas questões com a reconstrução tridimensional e a densitometria acústica do coração e da efusão pericárdica, mas, atualmente, devemos confirmar nossas avaliações dopplerfluxométricas com as imagens cartográficas e de alta definição tecidual da TC e RNM, pois estamos na "Era da Multimodalidade".

2- Cardiomiopatias

Hoje em dia, não temos problema para distinguir uma miocardiopatia restritiva da dilatada e hipertrófica, mas tínhamos dificuldade, por exemplo, para a abordagem global da região apical, a vitalidade dos segmentos e uma análise detalhada e definitiva do ventrículo direito, até que o eco de contraste, o desenvolvimento do strain e o 3D nos têm ajudado nestes objetivos. Quando persiste a dúvida, uma imagem Golden Standart, tanto cartográfica quanto focal, oferecida pela RNM, resolverá o diagnóstico de avaliação tecidual, acrescido com suas técnicas de perfusão com Gadolíneo e, mais recentemente, avaliação T1 e T2, ou seja, tempos diferentes de avaliação de contraste no extracelular para um mesmo exame. Em alguns casos como, por exemplo, nas Amiloidoses, ainda recebemos o reforço da Cintilografia cardíaca de captação óssea e miocárdica com Tc-pirofosfato confirmada por SPECT ou Specle Positron Emissão em

**Aposentado do serviço público federal onde desempenhou funções de preceptoria e coordenações, com mestrado na UFF e doutorado na FIOCRUZ. Dedica-se atualmente: a comissão científica do Instituto Nacional de Cardiologia, as leituras científicas e ecléticas, sendo Acadêmico da cadeira 31 da ABRAMES onde deposita seus escritos e composições. Foi fundador da DiagnostiCOR exames cardiológicos.*

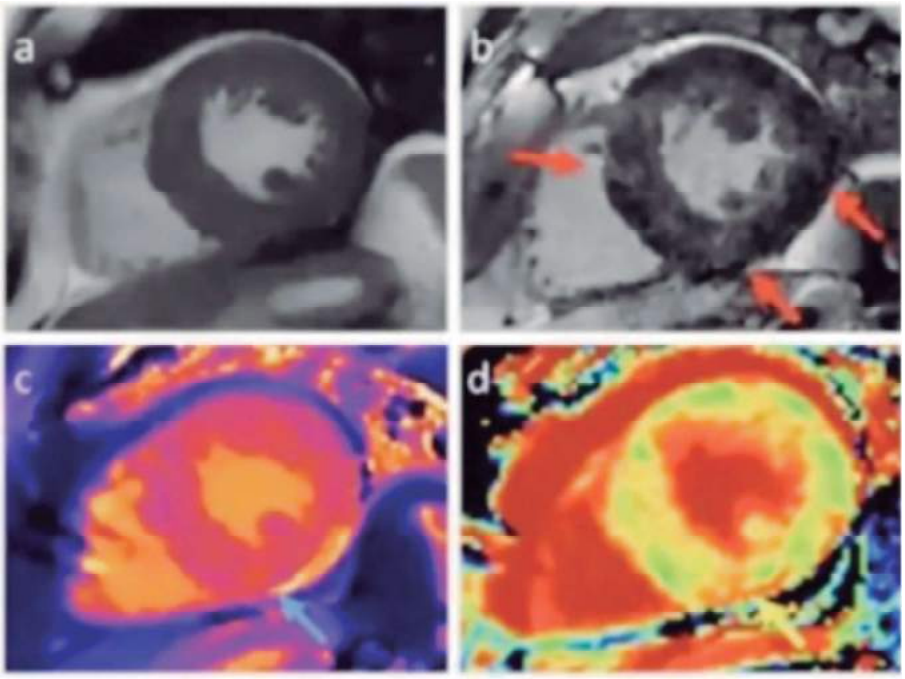


Figura 2: Recente avaliação T2, em fibrose miocárdica

Figura 3: Abaixo observamos a válvula mitral abordada pelo ECO3D (Degeneração Fibro Elástica - Doença de Barlow ou Degeneração Mixomatosa).

Tomografia Computadorizada por emissão de foto único. Outros traçadores podem usar esse atualíssimo recurso e, novamente, a multimodalidade mudando a história natural e deixando poucos casos duvidosos para a incômoda biópsia miocárdica.

3- Doença Valvular Nativa

Atualmente, não temos problema para diagnosticar e obter os parâmetros de gravidade da doença valvular isolada, porém nas lesões combinadas, podemos incorrer em erros dos métodos utilizados. Por exemplo, se tivermos uma estenose aórtica valvular combinada com uma estenose subaórtica membranosa ou muscular, o gradiente ao Doppler contínuo irá falhar na análise de cada uma delas, contudo, em breve, a planimetria de ambas as regiões pelo eco 3-D detectará a gravidade de cada uma delas isoladamente e essa planimetria, também, com maior acurácia poderá ser realizada com a RNM.

Nos prolapsos observamos maior acurácia, definição do scalop (concha) lesado, dilatação do anel, e muitas vezes o ETT3D como substituto eventual do ETE3D convencional. A válvula mitral apresenta-se em destaque; é praticamente uma anatomia patológica "in vivo".

4- Doença Valvular Protética

Ultimamente, temos avançado na avaliação das próteses valvulares com a EcoDopplercardiografia Transesofágica Multiplanar, e, se combinarmos esta técnica com o 3-D reconstrução em tempo real, estamos descobrindo o mecanismo e a magnitude real das disfunções protéticas. Quando as imagens ecocardiográficas associadas a janelas difíceis falham, tiramos essa dúvida levando o paciente para radioscopia que nos transmite com clareza a mobilidade dos discos das próteses mecânicas.

5- Massas, Tumores, Trombos e Dissecções

A EcoDopplercardiografia Transesofágica Multiplanar nos dá uma ferramenta de grande acurácia para diferenciar massas, trombos e dissecções, mas a nossa acuidade visual não nos permite fazer diferenciações microestruturais. Em um

Cortesia Robert Lang

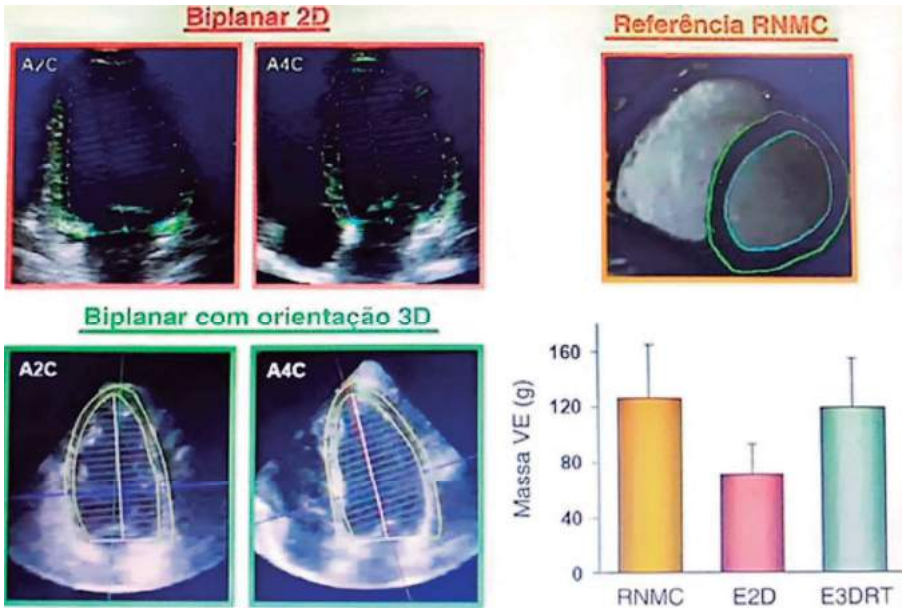


Figura 4: O Gráfico compara cálculo da Fração de Ejeção do Eco3D (verde) com RNM (amarelo) Eco2D (rosa).

futuro próximo, com a digitalização das imagens, poderemos diferenciar estruturas pequenas como fibrina, pannus, strends, usando uma cadeia neural fotográfica para a caracterização dos tecidos acoplado à RNM e, futuramente, aos ecocardiógrafos. Atualmente, buscamos ajuda das microbolhas de perfusão com a finalidade de diferenciar grandes massas de tumores ou trombos.

6- Dimensões cavitárias e funções

Apesar do progresso para avaliar a função do VE de Teihholtz (Modo-M), há cinco décadas e, ultimamente, com as regras de Simpson (2D), continuamos com o problema para avaliar os volumes de cavidade pelas técnicas 2-D, devido à dificuldade no delineamento dos bordos endocárdicos. Temos encontrado apoio e/ou solução com o uso de contrastes e da reconstrução tridimensional (3-D) destas cavidades, obtendo resultado bem próximo à RNM, nosso padrão ouro (Gold-Standard).

7- Doença Arterial Coronária (DAC)

Nas últimas duas décadas, temos tentado ajudar os pacientes com DAC usando os métodos ecocardiográficos, entretanto com um papel secundário frente aos outros métodos para avaliação desta doença. Hoje em dia, nós temos uma pletora de novas técnicas e processamento de imagens. O Doppler Tecidual, a Ecocardiografia Digital e de Contraste, as reconstruções coronarianas pela angio-TC associadas ao Escore de Cálcio Coronariano (CAC) são de extrema valia. Essas técnicas ampliam o espectro e as estratégias para abordagem dos pacientes com doença arterial coronária, quando em combinação com as vigentes, sendo a hemodinâmica o pilar dessa abordagem. Através das angioplastias transluminais e seus stents, agora desenvolvidos com fármacos para inibir a proliferação celular coibindo a obstrução dos mesmos, poderíamos parar por aí, mas não, com o ultrassom intracoronário (IVUS) e a Tomografia de Coerência Òptica (OCT), que usa um sistema infravermelho, podemos obter detalhes das placas, trombos, dissecções e outras patologias intracoronarianas, assim como a fração do fluxo de reserva FFI, que estuda os fluxos (pré e pós-placa), determinando a viabilidade do tratamento das mesmas, a hipertrofia do VE e a calcificação excessiva das placas, que prejudicam a avaliação.

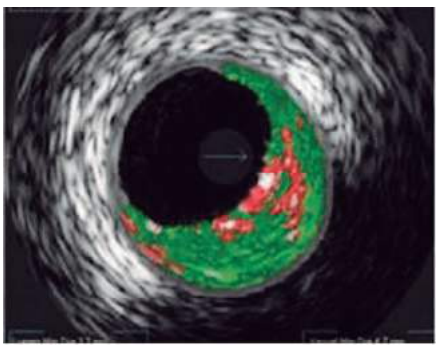


Figura 5: Uma ruptura de placa observada por Ultrassom Intracoronário.

III - NOVAS TÉCNICAS

1- Processamento de imagens com o doppler tecidual

Uma vantagem fundamental do processamento de imagens com o Doppler tecidual é que turnos de movimentos teciduais de grande amplitude em torno de 40 dB são mais altos que os sinais do fluxo sanguíneo. Os sinais fortes podem ser teoricamente mais altos que os processados rotineiramente pelo Bidimensional ou mesmo pelo Color Doppler. Colocando seu cursor sobre o miocárdio, conseguimos obter curvas em sentido oposto às curvas de fluxo ou DTI ou Doppler Tissue Image, obtendo ondas E', A' e S' essa linha (´) é nomenclatura para ser diferenciada da E e A do fluxo diastólico mitral. Importantes parâmetros como o E\E´ que se relacionam linearmente com a pressão capilar pulmonar.

A velocidade anular por este método, associado ou não ao Ecostress, nos oferece uma gama de parâmetros para avaliar a vitalidade dos miócitos associada com a rejeição em transplantados cardíacos, miocardiopatias, outras afecções etc. Podemos obter valores e parâmetros do Doppler Tecidual atrelados aos biomarcadores como, por exemplo, o BNP (brain peptídio natriurético) que está aumentado nas miocardiopatias.

2- Strain Bidimensional

Posteriormente, foram desenvolvidos softwares para detectar o strain baseado na Imagem 2D que produz pixels com pontilhados brilhantes, como se fossem estrelas salpicando o miocárdio. Estas são móveis em todas as direções durante o ciclo cardíaco, e esse spekles ou pontilhados são rastreados pelo software, que permite aferir esta movimentação longitudinal da ponta para base, assim como a rotação da base e sua relação com apex (que se movimenta no sentido inverso), possibilitando o cálculo do Twist ou rotação, torção, assim como o untwist, movimento de distorção que se responsabiliza pelo fenômeno da sucção, um dos primeiros componentes comprometidos ou reduzidos nos pacientes com alteração do relaxamento; todos os parâmetros registrados por curvas paramétricas ou gráficos.

A quantificação é simples. Se uma fibra, miócito ou segmento miocárdico possui, por exemplo, 10mm e, numa sístole normal ocorre uma redução para 8mm, ouve um encurtamento da fibra de -20% (expresso em vermelho pelo software) ou normal. Entretanto um miocardiopata encurtará menos ou seja, por exemplo, 10 mm; o valor numérico será baixo, de -10 % (expresso em pálido pelo software); este pode ser avaliado nos 17 segmentos e a média oferecerá o Strain global. O software oferece um mapa polar bastante didático, onde a deformação positiva se aproxima do vermelho e a negativa vai em direção do azul, criando um espectro de cores pela teoria de energia de distorção de Von Mises, com apresentação final similar ao da cintigrafia miocárdica, apontando áreas afetadas (em pálido), ou normais (em vermelho) ou azul se discinéticas. Tudo isso com sensibilidade muito maior, onde alterações contrateis invisíveis ao eyeball ou antes mesmo de reduzir a fração de ejeção, já se observa expressivas reduções do Strain 2D. No átrio esquerdo, a medida do Strain 2D, a despeito da auriculeta esquerda e veias pulmonares, pode ser feito, obtendo-se bons resultados quando comparados com desfechos e parâmetros de gravidade. Somos os pioneiros junto a equipe da Fiocruz nessa avaliação na miocardiopatia Chagásica, antes mesmo do desenvolvimento dos softwares específicos.

3- Ecocardiografia Tridimensional (3D)

Em princípio, as imagens em 3D eram executadas após aquisição das mesmas em disco de magneto óptico, subsequentemente, um sistema de processa-

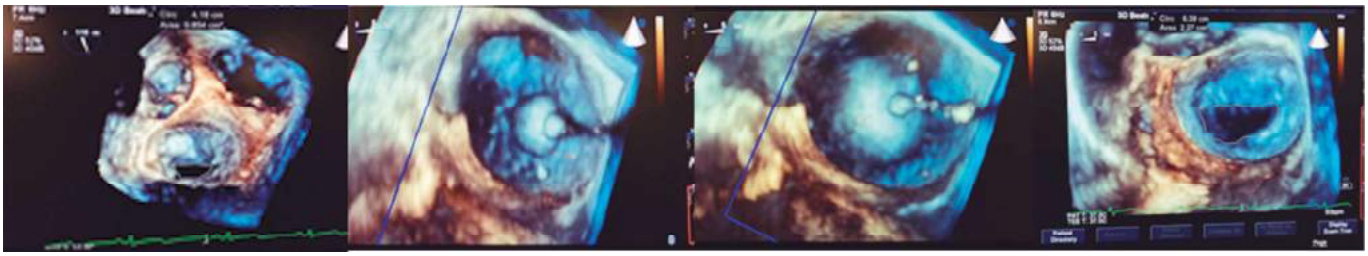


Figura 6: Abaixo valvuloplastia de estenose mitral por balão realizada pelo hemodinamicista Dr. Luiz Carvalho, antes durante e depois do balonamento.

mento de imagens que reconstruíam as imagens 2D em 3D ou tridimensionais. Atualmente já se utiliza um sistema 3D ou tridimensional em tempo real com os transdutores de baixa frequência.

Um aumento de 16 feixes é alcançado e este processo notável nos permite esquadrinhar um volume piramidal. O transdutor e scanner volumétrico e de tempo é pouco maior que o convencional, porém possui estes 3000 cristais piezoelétricos, sendo que 512 destes estão conectados com os 256 elementos usados para transmissão e 256 para receber ultrassom. Um scanner realtime forma 16 linhas de imagem para cada linha que transmite, reproduzindo, globalmente, a imagem com riqueza de detalhes.

No estudo 3D da Válvula Mitral, na estenose, observa-se na avaliação morfológica, melhor planimetria pelos nove cortes, pós-valvuloplastias. A medida dos diâmetros do anel tricuspídeo, também, se benefiacia do método.

Nas Próteses, o Eco 3D, também, tem sido usado na comparação do formato e dinâmica entre as próteses. Todas estas informações obtidas com o Eco 3D são importantes no planejamento do reparo da válvula, para a estratégia cirúrgica e para o desenvolvimento de novas próteses. E se acoplado a impressora 3D, podem formatar estruturas para planejamento estratégico dos procedimentos e num futuro próximo para substituição das áreas, válvulas ou próteses deficientes.

A TC pode auxiliar e quantificar o grau de calcificação valvar nativa determinante na evolução e prognóstico da estenose aórtica, além de realizar uma triagem cartográfica antes do Implante Valvar Aórtico Transcutâneo (TAVI) , onde, além das características da válvula e do TSVE, observa-se e afastam-se patologias (estenoses, ateromas ou dissecções) do trajeto aórtico por onde o calibroso cateter irá ascender, assim como avaliação das artérias ilíacas, pontos de punção para o tratamento percutâneo das lesões aórticas, atualmente, preferencialmente das estenoses,

As imagens são identificadas e compreendidas pelos cirurgiões, antes e durante o procedimento, facilitando as estratégias cirúrgicas a serem abordadas no tratamento, a avaliação funcional da plastia ou troca valvar ainda dentro da sala, o que permite a pronta correção, evitando as temíveis e desconfortáveis reoperações precoces; a correção ocorre dentro do mesmo plano anestésico. Com o mitraclip, a orientação da clipagem (pelo cateterismo) e a avaliação do grau de regurgitação residual são realizadas, aumentado o sucesso dos procedimentos.

4 - Eco De Contraste Miocárdico

É um método de ultrassom que usa injeção intravenosa de microbolhas como agentes de contraste para avaliar estruturas anatômicas cardíacas, perfusão e, mais recentemente, a viabilidade miocárdica. O potencial futuro desta nova técnica e suas implicações são ilimitados.

É um método alternativo com reprodutibilidade, que poderá ser feito em 3D e realtime, avaliando os defeitos de perfusão sem nenhuma exposição à radiotividade, não invasivo e de custo relativamente barato.

O principal desafio dos contrastes é a produção de agente de grande estabilidade, que, após a passagem transpulmonar, assegure a persistência dentro da microvasculatura miocárdica. Para permitir tal descoberta vários grupos têm pesquisado protetores contra perda de gás, admissão de gás menos solúvel e de alta densidade atuando sobre a tensão superficial das bolhas e viscosidade dos agentes.

Três gerações de agentes de contraste estão comercialmente disponíveis:

• Albuminex: Um dos pioneiros utilizando microesferas de albumina encapsulada com ar como gás; seu tamanho é 4.3micra.

• PESDA (Perfluorcarbono exposto e sonicado com dextrose e albumina): Bastante usado em nosso meio, recebe críticas quanto ao seu preparo artesanal, sujeito à contaminação.

• Levovist: Tem como matriz surfactante a galactose, como ar e como gás, seu tamnho é 2-4micra. Entretanto, estas microbolhas se colapsavam precocemente devido à difusibilidade do oxigênio e do nitrogênio. Para aumentar o tempo de sobrevivência das microbolhas, foram utilizados os gases da classe dos perfluorocarbonados no preparo dos contrastes de segunda geração.

• Optison: A concha é a mesma que Albunex, mas o gás é perfluoropentano, o tamanho é 3.7micra. Depositamos expectativa no Definty e, a julgar pelo nome comercial, os cientistas da Bristol pensam o mesmo, pois está em constante observação devido à cápsula lipídica. A melhora no delineamento endocárdico está definida com estes agentes e liberada pelo FDA, porém os critérios de análise de perfusão ainda estão em fase de estudo.

• Sonovue: Isto é a segunda\terceira geração de agente de contraste; é o que usamos aqui no Brasil, com fosfolipídeo com concha e hexafluoride de enxofre que é um gás inóquo; o tamnho é 2.5micra

O futuro da ecocardiografia miocárdica de contraste:

1 – Aplicações de intraoperatórias: Avaliação da perfusão miocárdica antes e após a administração de agentes cardioplégicos, diagnosticando a isquemia miocárdica intraoperatória e a morte celular, ajudando o cirurgião nas colocações dos enxertos nas áreas de viabilidade. Ava-

liação da primeira septal no cateterismo para alcoolização da mesma e redução da massa do TSVE na cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva, evitando a miectomia que, a despeito de ser uma opção de tórax aberto pela precisão na resseção cirúrgica, persiste como golden-standart nessa patologia.

2 – Quantificação de tecido miocárdico lesado ou necrótico. Isto é, baseado na observação da região com perfusão normal e fluxo borbulhante enquanto que o tecido necrótico não mostra nenhuma opacificação.

3 – Trombólise Arterial e Venosa. Ligado às microbolhas, o fibrinogênio ajudará no diagnóstico do tamanho e localização do trombo. Agentes trombolíticos poderão ser colocados nas bolhas que, após a destruição subsequente pelas ondas de ultrassom, lançarão os agentes sobre o trombo. Pesquisas promissoras estão sendo feitas para liberação de drogas, material genético e até mesmo células-tronco em sítios específicos.

4 – Avaliação de Viabilidade. Em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva através da análise da microcirculação segmentar.

5 – Doença Arterial Coronariana Crônica. A reserva de fluxo e a presença ou não de perfusão no território da coronária estenosada.

Hoje em dia microbolhas com aquisição de imagens em tempo simultâneo, em breve os novos agentes de contraste nos fornecerão informações essenciais à cabeceira do paciente, relativas ao diagnóstico, estratificação de risco e à avaliação de intervenção terapêutica em qualquer fase da DAC.

V - O FUTURO DA ECODOPPLERCARDIOGRAFIA

Por que ressalto o ultrasom: Lógico, há quarenta e cinco anos, acompanho este método, encantaram-me e a sua flexibilidade, onipresença e não invasibilidade.

O futuro de técnicas de ultrassom pode ser dividido em seis passos distintos:

1 – O desenvolvimento de substâncias de contrastes com processamento de imagens em tempo real.

Hoje, o destaque dos bordos e extremidades do endocárdio, a flash ecocardiografia de perfusão, o eco stress com drogas e adenosina já são uma realidade. No futuro, exisitirão contrastes inalados pela respiração, serão similares à cintigrafia de perfusão, ao uso terapêutico de ultrassom com tratamento localizado com baixas doses de fármacos, sem efeitos colaterais (trombólise, angiogênese e trombogênese).

2 – As máquinas pequenas e portáteis.

Já possuímos máquinas ágeis com botões mais fáceis ou sem botões, com tecnologia de toque "touch screenning". Com o toque na figura na tela do monitor, será obtido o algoritmo correspondente para análise do segmento ou válvula tocada. Com o alto controle da imagem com ganho automático, todas as máquinas serão capazes de interagir em telemedicina, disco óptico, sistema Dicom, Ethernet, internet 333 e até reconstruções anatômicas virtuais 5G.

3 – A digitalização e o envio de imagens para outros lugares.

Importante para o processo educacional, com câmeras, conexões, armazenamento digital, arquivo em discos, micro CD's, 5G e WEB farão um elo entre os achados científicos. A realidade virtual com seus óculos e as imagens 5G "in vivo" eliminarão os atuais monitores.

4 – O desenvolvimento das imagens 3D em tempo real.

Todo o nosso universo foi criado em tridimensional. Agora temos obrigação científica de reconstruí-lo como tal. Estruturas anatômicas, fluxos, fração de ejeção em 3-D em tempo real, à beira do leito e aí por diante.

O Impacto da Ecocardiografia 3D nas cardiopatias: A Ecocardiografia é a maior ferramenta diagnóstica para obtenção de imagem em tempo real de estruturas e função cardíacas, além da facilidade de execução, baixo custo e mínimo risco à realização do procedimento.

5 – A Onipresença do ultrassom

Consenso (fibrilação atrial, fonte embolígênica), Trabalhos de Hipertensão (a massa ventricular nos estudos de Framinghan), ou seja, em todos lugares, pequenos probes como as sondas transnasais para monitorização transesofágica contínua em UTIs e Unidades Coronarianas, no Centro Cirúrgico, na sala de Hemodinâmica, nas ablações por radiofrequência, identificando, localizando as atividades das vias anômalas, detectando pacientes de alto risco com miocardiopatias, ajudando na cardioversão, na estratificação e no diagnóstico das complicações.

Localização do septo interatrial nas valvuloplastias da v. mitral por balão, para perfurar o septo sob visão (sinal da tenda). Seleciona e guia o hemodinamicista no fechamento no defeito do septo interatrial moderado central tipo Ostium secundum e no defeito do septo interventricular. Como guia na dilatação por balão na Coarctação da Aorta, na liberação das Endopróteses Aórticas e Cor-valve, na redução septal da cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva, por alcoolização da primeira artéria septal, localizando com microbolhas o caminho perfusional da septal a ser ocluída, evitando insucesso do método..

6 – A associação destes cinco passos entre si:

Um exemplo seria o Ecoestresse com imagens 3D nos estudos de perfusão miocárdica com microbolhas. .A associação dos recursos de triagem decorrente da portabilidade da ecocardiografia à interpolação dos recursos de avaliação Dopplerfluxométricos às imagens cartográficas e abrangentes da TC e RNM, essa última cada vez mais frequentemente evoluindo seus softwares para avaliação dos fluxos; e fica para a hemodinâmica o tratamento através dos dispositivos, stents e oclusores, quando a ecocardiografia, também, atua como coadjuvante, compartilhando com o cateterizador os caminhos e uma dupla visão do procedimento, aumentando a chance de sucesso.

Evolução dos avanços tecnológicos

Todos esses recursos ocorreram progressivamente em um compartilhamento de idéias entre a necessidade dos clínicos a exigência dos ecocardiografistas pelos avanços em conssonâcia com os engenheiros e cientistas da indústria de novas tecnologias:

1994 - Quantificação acústica;
1996 – Colorkinesis;
1997 – Quantificação digitalizada;
2002 – Mensuração 2D da FE do VE automatizada;
2005 - Mensuração automatizada do Strain;
2010 - Mensuração 3D da FE do VE au-

tomatizada;
2013 - Mensuração 3D-PISA da regurgitação Mitral automatizada 3D dos volumes regurgitantes e débito sistólico do VE automatizados;
2014 - Mensuração automatizada do arco aórtico;
2016 - Mensuração 3D automatizada das múltiplas câmaras com oferecimento de suas curvas de enchimento e esvaziamento, "um sonho utópico do ciclo cardíaco da minha arquétipa fisiologia, agora em nossas mãos, com suas peculiaridades nos humanos normais, atletas, miocardiopatias dilatadas, restritivas obliterativas, pericardiopatias, levando a uma compreensão pós-moderna das respectivas fisiopatologias, com evidente impacto em suas abordagens, tratamentos, aliviando os sintomas, estendendo a perspectiva de vida e, muitas vezes, salvando vidas, através do diagnóstico precoce e correto.

Aplicação da inteligência artificial na Ecocardiografia:

1-Classificação : "deep learning" no reconhecimento dos cortes básicos.

2-Otimização : Refinamento na avaliação dos bordos endocárdicos. Avaliação segmentar dos ventrículos também a partir do eixo curto.

3-Detecção simultânea do endocárdio e epicárdio.

4-Priorizar e otimizar a segmentação automática das cavidades cardíacas.

5-Cálculos dos volumes: Detecção do endocárdio com autogeração dos volumes, para a avaliação funcional do ventrículo esquerdo.

6-Identificação: Da avaliação automatizada das válvulas, diagnóstico das cardiomiopatias, analise miocárdica pelo strain,, itens fundamentais no diagnóstico das cardiopatias

7-Indices de Trabalho Miocárdico (Myocardial Work Index), onde observamos fascinados as curvas-pressão-volume agora beira do leito, o que antes era apenas experimental. Déjá Vu quando levamos o tambor enfumaçado de Marey do laboratório de fisiologia para enfermaria.

VI - O FUTURO DO ECOCARDIOGRAFISTA (off label)

No item anterior, de forma resumida e concisa, inseri tópicos relacionados

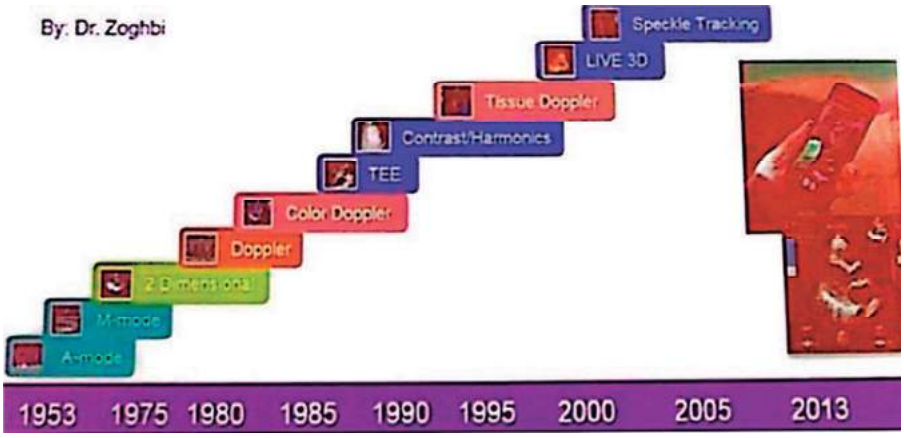


Figura 7: Possibilidades da EcoDopplercardiografia com contraste

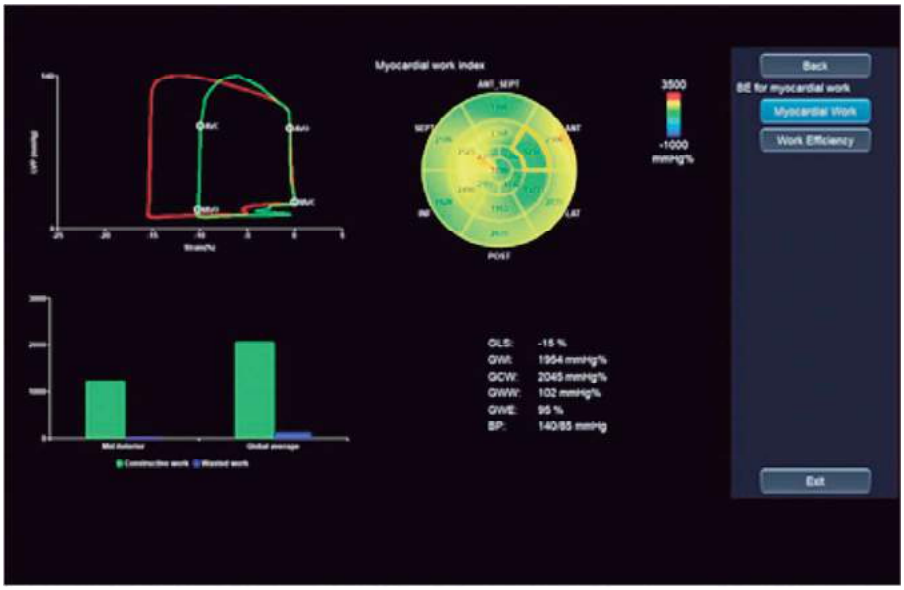
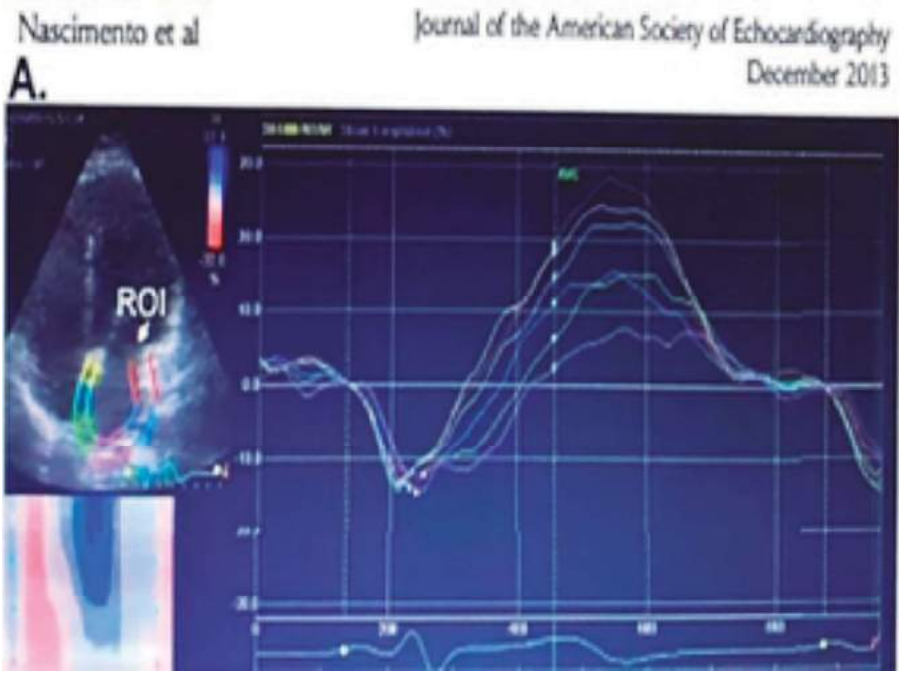


Figura 8: Acima à esquerda uma curva do Myocardial Work Index e abaixo as curvas de função atrial (Reservatório, Condução e de Reforço) obtidas pelo Strain Atrial Esquerdo



(Cortesia Dr. Rodolfo Lustosa)

ao futuro da Ecocardiografia, e sua interação com outros métodos ressaltando a multimodalidade, mas também, podemos levantar uma outra questão: de "qual será o futuro ou a sobrevivência do ecocardiografista"!

A multiplicidade de possibilidades resumidas, acima, transforma aquele "ecocardiografista raiz", que realiza exames em seus laboratórios, solicitados pelos clínicos, e, geralmente, é assalariado ou trabalha por 1/3 da produção, ficando os 2/3 restantes para a indústria dos aparelhos, proprietários do serviço e impostos. Essa condição na atualidade, e a tão esperada popularização do método não atendem às necessidades de uma sobrevivência confortável dos ecocardiografistas, e não estou nem abordando o futuro inevitável da realização do exame por técnicos aliados à telemedicina, que a despeito dos erros, será importante para o nosso país continental e com múltiplos padrões populacionais. Há muito que atentamos para o fato, e temos estimulado os dedicados residentes e pós-graduandos da técnica a se dedicarem a uma outra especialidade paralela à ecocardiografia básica, por exemplo, docência, terapia intensiva, anestesiologia, triagem em clínica médica, TC, RNM e medicina nuclear; estes últimos descambam na tão importante a multimodalidade, para culminarem em um diagnóstico correto e desfecho favorável, nos casos clínicos abordados.

VII - CONCLUSÃO

O futuro da medicina de imagem ligada à ecocardiografia está intimamente atrelada ao progresso da medicina e da cardiologia moderna de uma forma geral, inserida nos protocolos de multimodalidade das imagens. Com o humanismo e a sensibilidade médica aliada às novas tecnologias de ponta, obteremos um diagnóstico ágil, indolor, efetivo, direcionando aos pacientes, razão de ser de nossa arte, conduzindo a um tratamento abrangente, eficiente e definitivo. Com evidente conflito de interesse verifico que a ecodopplercardiografia, devido às suas características de flexibilidade, onipresença e não invasibilidade, estará sempre presente aqui, ali e em todos os lugares em que se aplica e se desenvolve a medicina contemporânea. *"Here, there and everywhere" (John Lennon).*

VIII - Referências Bibliográficas

1- Agati L. Tonti G. Galiuto L. et al. Quantification methods in contrast echocardiography. Eur J Echocardiogr 2005;6(Suppl 2):S14-S20.

2- American Society of Echocardiography Task Force on Standards and Guideline for the use of ultrasonic contrast echocardiography.Contrast echocardiography: current and feature applications. J Am Soc Echocardiogr 2000;13:331-42

3- Ballal R. Nanda N. Gatewood R. et al. Usefullness of transesophageal echocardiography in assessment of aortic dissection. Circulation 1991;84:1903-14.

4-Bansal R.C. Tajik A.J. Seward J.B. Offord K.P. Feasibility of detailed two-dimensional echocardiographic examinations in adults: prospective study of 200 patients. Mayo Clin Proc 1980;55:291-308

5-Belick J.T. Bierig S.M. Chadwell K. Roberts B. Clinical application of harmonic power Doppler imaging in the assessment of myocardial perfusion by contrast echocardiography. J Am Soc Echocardiogr 2005;18:1083-92

6-Belém L. J. Nascimento C. A. S. Felix, A. Salgado, A. . Ecocardiografia Atual, Manual de Novas Tecnologias,. 2011. (Editoração/Livro).

7-Cardin N. et al Doppler Tissue Imaging: Regional Myocardial Function in Hyperthrophic Cardiomyopathy and in Athlete's Heart J Am Soc Echocardiogr 2003;16:223-32

8-Conh J.N. Joelson G. Zeische S. et al V-HeFTII Vasodilator-Heart Failure Trial II – New Engl J med 1991; 325:303-310

9-Edwards W.D. Tajik A.J. Seward J.B. Standardized nomenclature and anatomic basis for regional tomographic analysis of the heart. Mayo Clin Proc 1981;56:479-97

10-Edvardsen T.Urheim S. Skulstan H. et al Quantification of Left Ventricular Systolic Function by Tissue Doppler Echocardiography: Added Value of Measuring Pre and Postejection Velocities in Ischemic Myocardium Circulation 2002;105:2071-2077.

11-Feigenbaum H. Amsttrong W.F. Ryan T. - Echocardiography – seventh edition 7º Lippincott Williams and Wilkins, 2010.

12-Gussenhover E.J. Tams M.A. Roclandt J.R.T.C. et al – Transesophageal two-dimensional echocardiography. Its role in solve clinical problems. J.Am.Coll Cardiol 1986;8:975-9.

13-Hatle L. Angelsen B. - Doppler Ultrasound in Cardiology: Physical Principles and Clinical Applications. Philadelphia, Lea & Febiger, 1985.

14-Jeremias A. Kirtane A. J. StoneG.W. et al Flow Reserve: Accuracy, Prognostic Implications, and Limitations. J Am Coll Cardiol. 2017;69(22):2748—-58.

15-Kato T. S. Noda A. Izawa H. et al Discrimination of Nonobstructive Hypertrophic Cardiomyopathy from Hypertensive Left ventricular Hypertrophy on the Basis of Strain Rate Imaging by Tissue Doppler Ultrasonography Circulation 2004;110:3808-3814.

16-Kerut K.E. Mcilwain E.F. Plotnick G.D. - Handbook of echo-Doppler interpretation. Futura Publishing Company, Inc., New York, 1996.

17-Klein A.L. Grimm R.A. Murray R.D. et al. ACUTE - Assessment of Cardioversion Using Transesophageal Echocardiography. New Engl. J. Med. 2001;344:1411-1420

18-Lang R.M. Bierig M. Devereux R.B. et al. - Recommendations for chamber quantification. Eur J Echocardiography 2006;7:79-108.

19-Lang NG R. M; Shernan S. K.; Shirali G. S. et al. Atlas Abrangente de Ecocardiografia 3D. Rio de Janeiro: Dilivros, 2015. (supervisor. Tradução/livro - Cesar A S Nascimento).

20-Lindner J. R. Kaul S. – Delivery of Drugs with Ultrasound. J Am. Soc. Echocardiogr. May 2001. 18-4 329-337.

21-Morcerf F.A.P. Ecocardiografiauni-bidimensional e Doppler Ed. Revinter Ltda. RJ 1990.

22-Nagueh S. F. Smisseth O.A. Appleton C. P. et al - Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography: An Update from the American Society of Echocardiography and thr \european Association of Cardiovascular Imaging.J Am. Soc. Echocardiogr. 2016;29:277-314

23-Nanda N. C. Miller A. Pohey F. et al. - Assesment of Myocardial Perfusion by Power Contrast Imaging Using a New Echo Contrast Agent. J Am. Soc. Echocardiogr. July 2000 17-5 457-462

24-Nanda N. C. Pinheiro L. Sanyal R. et al - Multiplane transesophageal echocardiographic imaging and three-dimensional reconstruction. Echocardiography 1992;9:667-676.

25- Nascimento C A S ; Gomes, VAM; Saraiva, R M. et al - Left Atrial and Left Ventricular Diastolic Function in Chronic Chagas Disease. Journal of the American Society of Echocardio-

graphy v. 26, p. 1424-1433, 2013.
26- Nascimento C. A. S. Araoz O. Viscontii, R. B. et al . - O valor do Doppler tecidual no diagnóstico diferencial da hipertrofia do atleta e da cardiomiopatia hipertrófica . Revista Brasileira de Ecocardiografia 2008. Cont. ISSN 1984-3038 Revista Brasileira de Ecocardiografia e Imagem Cardiovascular), 2012.
27- Nascimento C. A. S..Belém, LJ Cordovil,I Diferentes significados da disfunção diastólica tipo I, conforme o grupo estudado - nova proposta de classificação da disfunção diastólica tipo I com Doppler ecocardiograma aliado ao Doppler tecidual. Revista Brasileira de Ecocardiografia e Imagem Cardiovascular),, v. 21, p. 18-26, 2008.
28-Oh J.K. Tajik A.J. Seward J. B. et al-The echo manual – from the Mayo Clinic. Second Edition. Lippincott-Raven, 1999.
29- Otto C.M.- The practice of clinical echocardiography. W.B. Saunders Company, New York, St. Louis , 2006
30- Poldermans D. Boersma E. Bax J.J. et al - DECREASE – Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress EcoDopplercardiography Study Group – New Engl. J. Méd 1999; 341:1789-1794.
31 Porter T.R. Cwajg G.J. Myocardial Contrast Echocardiography. A new Gold Standart for Perfusion Imaging? J Am. Soc. Echocardiogr. Jan 2000 18-1 79-87
32-Porter,T.R.; Leveen R.F.; Fox R. et al. Thrombolytic enhancement with perfluorocarbon exposed sonicated dextrose albumin microbbubles. Am. Heart J. 1996 132:964-968.
33-Roeland J.R.C.T. Pandiam N. Multiplane transesophageal Echocardiography. Churchill Livingstone Inc., 1996.
34-Rudski L., Januzzi L. J. Rigolin V.H, et al - Multimodality Imaging in Evaluation of Cardiovascular Complications in Patients With COVID-19: J Am Coll Cardiol 2020 Sep 15;76(11):1345-1357
35-Seetharam K. Balla S. Bianco C. et al Applications of Machine Learning in Cardiology.Cardiol Ther. 2022 Sep;11(3):355-368. doi: 10.1007/s40119-022- 00273-7.
36-Sogaard P. Egeblad H. Kim W. et al - Tissue Doppler imaging preditcs improved systolic performance and reversed left ventricular remodelling during long-term cardiac resynchronization therapy. J Am Coll Cardiol 2002;40:723-30
37-Suaide S.C.E. et al Study of the Myocardial Contraction and Relaxation Velocities Through Doppler Tissue Imaging Echocardiography. A New Alternative in the Assessment of the Segmental Ventricular Function Arq Bras Cardiol 2002;78:206-11.
38-Sutherland G.R. Stewart M.J. Groundstroen K.W. et al Color Doppler myocardial imaging: a new technique for assessment of myocardial function J Am Soc Echocardiogr 1994;7:441-58
39-Thomas L. Foster E .Hoffman J.I.E. et al. The mitral regurgitation index: an echocardiographic guide to severity. J Am Coll Cardiol 1999;33:2016-22.
40-Urheim S. Edvarsen T. Torp H.. et al Myocardial Strain by Doppler Echocardiography: Validation of a New Method to Quantify Region Myocardial Function Circulation 2000;102:1158-1164.
41-Weidemann F. Edvarsen T.Torp H. et al - Quantification of regional left and right ventricular radial and longitudinal function in healthy children using ultrasound-based strain rate and strain imaging. J Am Soc Echocardiogr 2002;5:20-8
42-Westenberg J. M. Lamb H. J. der Geest Rob J. et al - Head-to-Head Comparison Between Tissue Doppler - Imaging and Velocity-Encoded Magnetic Resonance Imaging - Left ventricular reverse remodeling.predicts long term survival after resynchronization therapy. Circulation 2005; 112:1580.

Há séculos a sífilis nos consome com sofrimentos.

Há séculos nos inebria de arte e cultura.

Dr. Mauro Romero Leal Passos*

Em agosto de 1530, o médico, escritor, humanista e astrólogo Girolamo Fracastoro (Hieronymus Fracastorius) publicou, em Verona, Itália, o poema latino Syphilis Sive Morbus Gallicus (Sífilis Ou Mal Francês), no qual descreve a doença que o deus grego Apolo impôs a Syphilus, um pastor de ovelhas que amava mais o rei Alcithous, de sua região, do que os deuses.

Como um grande mal da época, cada região colocava o problema em outra região: mal espanhol, mal napolitano, mal francês, entre outros. Entretanto, hoje, por análises de biologia molecular, sabe-se que a sífilis existiu em outras partes do mundo antes da época de Fracastoro. Antes mesmo da época das navegações para descobrimento das Américas. Muitos preconceitos contra as pessoas que tinham a doença marcaram gerações. Inclusive, a doença recebeu, em séculos passados, o nome de Iues, que significa peste ou flagelo, para que se evitasse falar o seu nome, sífilis. Imagine, era preferível falar o senhor, a senhora tem peste, praga, flagelo do que falar o senhor, a senhora tem sífilis.

De Girolamo para cá, inúmeras obras de arte usando a sífilis como pano de fundo foram realizadas por diversos autores de diferentes áreas – desde pinturas, como as de Rembrandt (retratando a lesão tardia de nariz em sela) e Edvard Munch (mostrando a herança da sífilis congênita), até filmes de longa metragem, como Dr. Ehrlich's Bullet Magic (sobre os primeiros medicamentos desenvolvidos especificamente para tratar a sífilis: salvarsan-606 e neo-salvarsan-914), Miss Erver's Boys (sobre o estudo antiético da sífilis não tratada em homens negros de Tuskegee, Alabama, Estados Unidos) e Heleno (sobre a vida do jogador de futebol ídolo do clube Botafogo, Rio de Janeiro, que se negou a tratar a sífilis e morreu com sequelas tardias em um sanatório em Minas Gerais).

No início de 1905, a bactéria Treponema pallidum foi identificada como o agente etiológico da sífilis e, em seguida, o primeiro exame sorológico para o seu diagnóstico foi apresentado aos médicos europeus.

Embora tenha sido descoberta em 1928, foi no início da década de 1940 que a penicilina se tornou o principal antibiótico para tratar de forma efetiva e sem resistência bacteriana, até os dias de hoje, todas as formas de sífilis em adultos, crianças e neonatos.

Poucas doenças têm os dados históricos, os acontecimentos científicos e os elementos artísticos que a sífilis apresenta. E, apesar de todo o conhecimento e da disponibilização de diagnósticos, tratamentos, acompanhamento, rastreio, prevenção, materiais de comunicação e mídia junto à população, além das possibilidades de análises estatísticas e de vigilância em saúde pública, a sífilis continua acometendo de forma crescente pessoas em quase todo o mundo, seja em países de baixo, médio ou alto desenvolvimento econômico e sociocultural. Entretanto, o número de casos de sífilis, no Brasil, está há décadas acometendo cada vez mais nossa população. Seja adultos, gestantes, crianças. Todavia, o amplo debate com a população, especialmente dos órgãos de imprensa deixa a desejar. Como exemplo, citamos o Brasil, na página de internet indicadoressifilis.aids.gov.br, mostra que em 2019 155.975 casos de sífilis adquirida, 62.086 casos de sífilis em gestantes e 24.236 casos de sífilis congênita. Todavia, dados da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro revelam que, em 2019, só no estado do Rio de Janeiro, do total de 6.233 notificações de sífilis congênita 282 conceptos tiveram como evolução óbito por sífilis congênita, aborto ou natimorto. Incrível, nem nos dias de altas tecnologias, as estatísticas não conversam entre si. Chegamos ao ponto de ver que tem municípios

Dr. Mauro Romero Leal Passos

Médico, professor titular chefe do Setor de DST da Universidade Federal Fluminense; editor-chefe do Jornal Brasileiro de DST (único periódico científico aberto indexado nas Américas); fundador e ex-presidente da Sociedade Brasileira de DST; 1º. presidente do Congresso Brasileiro de DST e Aids, Rio de Janeiro de 1996; presidente da Associação de DST do Estado do Rio de Janeiro

que notificam mais casos de sífilis congênita do que sífilis em gestantes. Passando a dúvida: como essas crianças foram infectadas?

Quantas reportagens lemos, ouvimos, assistimos sobre este tema nos últimos anos? As poucas matérias são esparsas e jamais, jamais ocorreram simultaneamente em jornais e revistas impressas, rádios, televisões, mídias digitais por dias seguidos visando massificar o assunto e oferecer o máximo de informações para todas as populações. Junto a tudo isso, em muitas maternidades públicas das grandes cidades não há um dia sem ter um recém-nascido com sífilis congênita. Sem falar que existem maternidades privadas no Brasil que atendem, mas não notificam os seus pacientes com sífilis congênita. Fora o problema da doença em si, ainda enfrentamos os problemas de notificação e investigação adequada de cada caso.

Assim, um grupo multiprofissional propôs, articulou, pesquisou, debateu e executou uma atividade única registrada no mundo até hoje: uma exposição sobre história, ciência e arte na esfera do tema sífilis.

Como curador emérito da exposição (realizada de novembro de 2021 a fevereiro de 2022 no Paço Imperial, Rio de Janeiro, http://exposifilis.aids.gov.br/), e como profissional que pesquisa, que escreve e que atende pessoas com sífilis, aprendi a cada dia, a cada reunião do grupo gestor, novas informações sobre a sífilis, sobretudo, como trabalhar em grupo faz com que cada participante cresça mais. Esta exposição marca o entrosamento total entre instituições públicas, Ministério da Saúde (Departamento de Doenças de Condição Crônica e IST), Universidade Federal Fluminense (Setor de DST), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde), Organização Mundial da Saúde (Organização Pan Americana da Saúde), Paço Imperial com organizações não governamentais como Sociedade Brasileira de DST/Associação de DST do Estado do Rio de Janeiro.

Um desses aprendizados foi saber que Fracastoro, criador da palavra sífilis, em um poema que relacionava a causa da doença a castigo divino, anos depois, em 1546, escreveu e publicou importante obra, mas que pouquíssimos conhecem – De contagione et contagiosis morbis et curatione –, sobre o contágio e os males contagiosos e sua cura e que são transmitidos por partículas de pessoa para pessoa, seres vivos que se reproduzem, ou sementes de contágio. Apresentava ali, Fracastoro, séculos antes das descobertas microscópicas dos microrganismos a teoria de que doenças infecto-contagiosas eram causadas por seres vivos e não por castigos de deuses.

Devido a riqueza do material, do pouco tempo de exposição, com interrupções pela pandemia da COVID-19 resolvemos trazer para a nossa casa, Associação Médica Fluminense, AMF (Sala Waldenir de Bragança), Icaraí, Niterói, RJ uma nova exposição. Pois, é na AMF que recebemos desde a época de acadêmico de medicina, década de 1970, esteio para muitas de nossas inquietudes. Além do mais, é Niterói a sede de nossas outras casas: a Sociedade Brasileira de DST e o Setor de DST do Departamento de Microbiologia do Instituto Biomédico da Universidade Federal Fluminense, que em todos os momentos são alicerces de nossas atividades. Esta nova versão conta, também, com apoio de Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Laboratório Bittar, Sindicato dos Hospitais Clínicas e Casas de Saúde de Niterói (Sindhleste). Porém, sentimos falta de apoio de tradicionais instituições da nossa região.

Prepare-se. Vá com a mente aberta para conversar sobre qualquer preconceito que possa existir. Pois você vai se surpreender, como nós fomos, com os mais diversos elementos que apresentaremos.

Muitas peças do acervo da exposição no Paço estarão presentes. Porém, nesta nova versão apresentaremos obras inéditas, provocantes e a possibilidade de conversas presenciais com monitores acadêmicos de medicina da Universidade Federal Fluminense (alunos da disciplina optativa de DST, alunos de iniciação científica e sobretudo, alunos da Liga Acadêmica de IST da UFF) e com membros da curadoria, com a finalidade de dirimir dúvidas e externar inquietudes.

Como nós, você sentirá orgulho das parcerias estabelecidas pelas distintas entidades envolvidas nesse trabalho.

Queremos provocar você a perceber que a nossa forma misturada de apresentação da exposição não é desorganizada, como estão as gestões da educação e da saúde pública, de entidades privadas em inúmeros municípios e estados brasileiros, no que diz respeito ao combate à sífilis congênita, principalmente. Os números de notificações dizem isso.

Há séculos a sífilis consome com sofrimentos. Há séculos a sífilis nos inebria de arte e cultura.

Há muitas décadas conhecemos o agente etiológico, o diagnóstico, o tratamento da sífilis. Até hoje sem resistência da bactéria à penicilina.

Assim, lançamos um desafio para toda a sociedade brasileira: reconhecer, trabalhar e reverter, os absurdos números de casos de sífilis congênita (SC), de óbitos fetais e não fetais, no Brasil. Pois estes representam um atestado de má qualidade de pré-natal. Uma negligência que não cansa de nos envergonhar. Ao mesmo tempo que é uma vergonha que não cansamos de negligenciar.

Sintam um abraço afetuoso de toda a equipe da curadoria da exposição. "Precisamos falar mais sobre sífilis, sem preconceitos".

A queda

Dra. Maria Lúcia O. Santos*

E lá me fui ao chão, feito Terezinha que ainda não tinha descoberto que não era o pai, nem o irmão, mas um terceiro... que lhe daria a mão!

O chão em gotas de azeite de um bacalhau, quiçá norueguês, ou de qualquer nacionalidade, recém saído do forno, e que só chegou à minha boca dias depois, mas que prometia, pelo sabor de participação e cooperação, deliciar tantas papilas levando-as ao êxtase...

Êxtase que cheguei no silêncio do gemido, na cegueira da visão, na "perda das pernas" quando puxei fundo o ar...

O ar? O ar sumiuuuuu.... Não dava para respirar! Tinha que ser curto e rápido até me levantar; só depois foi que puxei fundo e segurei, expirando na dor... que me fez gelar!

Ah! o gelo! Este veio logo, e colocado naquele lugar, me amorteceu!!!! Mas, pude pensar:

-Meu sacro se partiu!... ou melhor: meu sagrado está fragmentado e agora, "dormitando gelado" ...

O que mais poderia eu esperar de uma noite de Natal!

Pensava em brincar, rir, conversar, e o que me foi permitido foi silenciar, parar, distanciar!

Silenciar do mundo externo ....

Parar de correr atrás do já encontrado...

Distanciar do que já está longe demais...

Reclusão?

Hum! Aonde está??

Se o meu silêncio chamou meus amigos...

Se parei a minha casa e nela pude me abrigar...

Se a distância se reduziu em mim mesma, e pude ver, sentir, tocar, ouvir, pressentir, coisas esquecidas do meu sagrado...

Ah! Meu Sagrado! Quantas vezes partido? Quantas vezes gelado? Quantas vezes precisando de cuidados!....

Até parece que posso negar as quedas que já tive!...

Não, não posso; ou melhor, não devo! Porque senão o "calo" não se faz de forma correta e vou sentir "dores", a cada mudança de estação, mudança de posição, mudança de "opinião" ...

Porque quis o diagnóstico correto, busquei o especialista de confiança!

Porque busco me refazer, obedeço ao tratamento!

E porque sei que nada é por acaso, disponho-me, intimamente, a tentar diagnosticar, e tratar das minhas fragmentações...

Minha escuta estará atenta!

Meus recursos serão mobilizados!

Porque Sagrado é sacro!...

Terei os Anos Novos todos para tanto! Deram-me apenas 21 dias, mas eu sei que terei tantos quantos forem precisos...

Dra. Maria Lúcia O. Santos

E a cada Natal, a lembrança se fará mais forte: ao relembrar o nascimento, a proposta de renascer...

Por tudo isto, só me resta agradecer!

Pela noite, pela acolhida, pela oportunidade, pelo reencontro, pelas descobertas, pelo carinho, pelos cuidados, pela dor bem-vinda ...

Agradeço. Agradeço, ainda assustada e dolorida, não menos humildemente, este presente, da Noite Sacra do Natal!

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

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

ESCANEIE O QR CODE PARA SABER MAIS

escolha cooperar, escolha UNICRED

Cirurgia de estapedotomia
A responsabilidade subjetiva do médico

Karla Galindo Kiuchi*, Solange da Cunha Pacheco**

O objetivo desse artigo é alertar para a responsabilidade subjetiva do médico, citando, como exemplo, a cirurgia de estapedotomia.

A estapedotomia - cirurgia do ouvido reservada para pacientes portadores de Otosclerose - como qualquer procedimento cirúrgico, está sujeita a resultados não favoráveis, que podem variar da simples não melhora auditiva até a mais temida cofose, perda da audição com surdez profunda, sendo que alguns casos podem ter o seu resultado inicial satisfatório agravado no pós-operatório mais tardio.

Os riscos e complicações inerentes à cirurgia de estapedectomia consistem em: tontura leve; infecção (com drenagem de secreção, inchaço e dor); distúrbio de paladar e boca seca; perda da audição. A perda total da audição é uma complicação muito rara (menos de 2%); zumbido; perfuração no tímpano; paresia ou paralisia do nervo facial; fístula liquórica.

É preciso ressaltar, contudo, que o resultado cirúrgico depende de vários fatores, entre eles, a experiência e a habilidade do cirurgião, aspectos anatômicos e constitucionais do paciente e circunstâncias transoperatórias que podem ser imprevisíveis. Sendo assim, algumas complicações acontecem no pós-operatório por condutas impróprias e descuidos do próprio paciente.

Em alguns casos é preciso nova intervenção cirúrgica para resolução da complicação. Com o objetivo de realizar a análise da indicação ou não de uma nova cirurgia, sopesando o risco de uma nova intervenção com as chances de melhora, é necessário saber se os sintomas surgiram com a primeira operação ou decorrentes de complicação que veio a se manifestar depois.

Diante dessa cirurgia delicada, dos seus riscos e da possibilidade de uma nova operação, faz-se necessário esclarecer a responsabilidade do médico cirurgião nestes casos.

A responsabilidade médica

O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990) estabeleceu a regra da responsabilidade subjetiva para os profissionais liberais prestadores de serviço, aí incluída a responsabilidade civil do médico:

"Artigo 14, § 4º - A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa."

Com isso, em caso de demanda em face do profissional de saúde, o autor está obrigado a comprovar a culpa do médico (imprudência, negligência ou imperícia).

Sabe-se que nenhum médico, por mais competente que seja, pode se comprometer a curar o paciente ou a garantir o sucesso de uma cirurgia, pois a atividade médica é extremamente complexa e envolve diversas limitações.

A obrigação que o médico assume é a de se dedicar ao paciente com toda diligência, de acordo com a evolução da ciência médica, de sorte a empregar todos os meios conhecidos e apropriados e os métodos científicos de sua profissão, de modo alcançar o melhor resultado possível para o paciente.

Portanto, a obrigação assumida pelo médico cirurgião no caso da cirurgia de estapedotomia é de meio e não de resultado, de modo que se a cirurgia apresentar alguma complicação, não se pode dizer, só por isso, que o médico teria cometido algum erro.

Nesse sentido, dispõe o doutrinador SÉRGIO CAVALIERI FILHO, Programa de Responsabilidade Civil. 11ª Ed. São Paulo: Atlas, 2014. p.

"Disso resulta que a responsabilidade médica, embora contratual, é subjetiva e com culpa provada. Não decorre do mero insucesso no diagnóstico ou no tratamento, seja clínico ou cirúrgico. (...) Só demonstrando-se erro grosseiro no diagnóstico, na medicação ministrada, no tratamento desenvolvido, ou, ainda, injustificável omissão na assistência e nos cuidados indispensáveis ao doente, tem-se admitido a responsabilização do médico."

Não se cuida, portanto, de hipótese de responsabilidade civil com culpa presumida, visto que não se trata de obrigação de resultado, mas sim, insista-se, de obrigação de meio, razão pela qual a culpa deve ter provada no caso em análise.

Todavia, ainda que a responsabilidade seja subjetiva sem culpa presumida e necessite que o paciente realize a prova de imperícia, negligência ou imprudência, é importante que o médico adote medidas de proteção, para caso de eventual ação judicial.

É sabido que o Conselho Federal de Medicina exige dos médicos um prontuário legível, sem rasuras, bem como um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todavia, ter uma boa relação médico-paciente é fundamental na prevenção de litígios. Além disso, o médico precisa estar atento à necessidade da prévia e adequada informação ao paciente, não apenas por ser uma exigência legal. Um paciente bem informado, que possui uma relação de confiança com o seu médico, faz uma escolha consciente e, em caso de resultados adversos, dificilmente irá processar o seu médico.

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

** Advogada do escritório Motta e Assumpção Advogados Associados. Presidente da Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB Niterói. Pós-graduada em Direito Civil, Processo Civil e Empresarial pela FESUDEPERJ, em Direito do Trabalho e Processo do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes, com atualizações na área de Direito de Família e Sucessões. Delegada da Comissão de Alienação Parental da OAB Niterói. Curso de atualização em Violência Doméstica.
Instagram: @advma.advogados - Site: www.advogadosma.com

LABORATÓRIO VYP
medicina diagnóstica

A VYP Medicina Diagnóstica nasceu com o objetivo de aperfeiçoar e fortalecer o relacionamento entre o profissional de saúde e seu paciente na busca da assistência à saúde com excelência, respeito e humanismo. Nossas operações são avaliadas pelo impacto do conceito ESG (Environmental, Social and Governance), produzindo ganhos ambientais e desenvolvendo uma sociedade mais justa.

Exames Oferecidos:

- Exames de Imagens **(Unidade Icaraí)**
- Ultrassonografia **(Unidade Icaraí)**
- Sexagem Fetal
- Teste de COVID-19
- Teste de Gravidez
- Check-up Laboratorial
- Exame de DNA
- Exame Toxicológico e etc

Temos **Coleta Domiciliar**. Conheça condições.

MARCAÇÕES:

21 2703-6464
99847-7024

0800 079 7200
4020 7200

Icaraí
Rua Tavares de Macedo, 179,
Loja 102, Icaraí, Niterói - RJ

Centro
Rua Dr. Borman, 49
Centro, Niterói - RJ

Maricá
Av. N. Sra. do Amparo, 180
Loja 2, Centro, Maricá - RJ

Rio Bonito
Rua Des. Itabaiana de Oliveira, 106
Loja 11, Centro - Rio Bonito

VYP
medicina diagnóstica

Exposição Sífilis

Da esquerda para direita: Christina Bittar, Ilza Fellows, Emílio Balbi, Zelina Caldeira, Mauro Romero, Gilberto Garrido e Eduardo Duarte.

Mauro Romero com estudantes em visita guiada.

A AMF recebeu a exposição "Precisamos falar mais sobre Sífilis sem preconceitos", sob a curadoria do Prof. Mauro Romero. A inauguração foi em 15/10, no Espaço Waldenir de Bragança na AMF. Na ocasião, alunas da Faculdade de Medicina de Valença e da UFF declamaram a poesia de Vinicius de Moraes, o Dia da Criação, acompanhadas pela belíssima interpretação ao piano de Eliane Duarte. Nesse dia, inaugurava-se, também, o antigo piano da AMF, um Labrousse de meia cauda, que foi totalmente restaurado.

Com material muito bonito e educativo, com réplicas de artistas como Rembrant, livros dos séculos XVIII e XIX etc., a exposição está aberta ao público, de terça-feira a domingo, de 10 às 17h, e tem recebido visitas de alunos do segundo grau, acompanhados de professores.

Dia do Médico

AMF celebra a data com Missa e homenagens

Por Irma Lasmar

Após dois anos sem eventos presenciais devido à pandemia do novo coronavírus, a Associação Médica Fluminense realizou sua tradicional celebração do Dia do Médico. A data, que converge com o dia comemorativo de São Lucas, o santo católico padroeiro da categoria, contou como sempre com Missa votiva na Capela de São Lucas e café da manhã com homenagens aos destaques do ano no salão nobre, ambos localizados na chamada Casa do Médico, que reúne a AMF, a ACAMERJ, o CREMERJ e a UNICRED, no bairro de Icaraí, em Niterói.

Abrindo as comemorações às 8h, a Missa na capela - construída em 1970 durante a presidência do Acad. Prof. Dr. Waldenir de Bragança - foi ministrada pelo padre Isaías Souza, pároco do local desde a morte do

monsenhor Elídio Robaina, em 26 de junho deste ano. Antes de ser internado, Mons. Robaina reservou dezenas de exemplares de três livros escritos por ele para serem presenteados aos médicos em seu dia festivo, além de um de seus quadros para a associação. E seu desejo foi cumprido na data.

"Cada um de nós é ferramenta de Deus para salvar vidas no sentido espiritual. A nobreza da vocação médica é devolver vida e esperança às almas. Tão importante quanto as técnicas é o afeto", disse Padre Isaías para uma plateia de aproximadamente 80 pessoas, conclamando aos profissionais da área para que nunca percam a sensibilidade e o calor humano.

Durante a homilia, o pároco relembrou a história de São Lucas e sua importância na redação de dois livros da Bíblia Sagrada. Identificado como médico em Colossenses 4:14, foi também o pintor das primeiras imagens de Maria de Nazaré, da qual colheu as informações sobre a infância de Jesus Cristo contidas em seu evangelho. O religioso, também, promoveu o agradecimento coletivo por mais um ano de livramentos.

A primeira das duas missas celebradas na data (a outra ocorreu à noite), também, foi especialmente dedicada aos médicos Paulo Afonso Lourega de Menezes, Fabio Matias e Lédio Maia, associados falecidos no ano passado devido a complicações da Covid-19. Nela esteve presente o secretário municipal de Saúde de Niterói, Dr. Rodrigo Oliveira. A capela ficou aberta durante todo o dia com rezas de terços.

Já o café colonial, patrocinado pela Unimed Leste Fluminense, reuniu cerca de 150 pessoas. Compuseram a mesa de honra a presidente da AMF, Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira; o segundo secretário do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), Dr. Yuri Sales Lutz, naquele ato representando o presidente de sua instituição, Dr. Clovis Bersot Munhoz;; o presidente do Conselho Consultivo da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Acamerj) e ex-presidente da AMF, Dr. Alcir Vicente Visela Chácar; e o diretor-secretário geral da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj), Dr. Rômulo Capello Teixeira, representando seu presidente, Dr. Benjamin Baptista de Almeida.

Compareceram ainda à ocasião, dentre outros, o diretor presidente da Unimed Leste Fluminense, Dr. Benito Petraglia; o presidente da Unicred Niterói, Dr. Roberto Wermelinger da Silva, o diretor geral do Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), Dr. Rogério Reis; o diretor do Sindicato dos Hospitais de Niterói, Dr. Vinícius Queiroz; Dr. Aloysio Decnop Martins, ex-presidente da AMF, Dr. Ramon Varela Blanco, diretor da Somerj e o Dr. Tarciso Rivello, superintendente do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Da esquerda para a direita: Gilberto Garrido, José Manoel Martinho , Domênico Accetta, Valeria Patrocínio, Rômulo Capelo, Zelina Caldeira, Moyzes Damasceno, Benito Petraglia, Alcir Chacar, Mauro Diniz e Jocemir Lugon.

Rômulo Capelo, Yuri Salles, Zelina Caldeira e Alcir Chacar

Secretário Municipal de Saúde Rodrigo Oliveira e Zelina Caldeira

"Niterói é possui e formou grandes médicos e eu me sinto privilegiada de ter a honra de estar, neste momento, como presidente desta casa e poder usufruir da companhia e do conhecimento de tantos ilustres colegas. Parabéns a todos e que Deus os acompanhe nesta trajetória belíssima que é a Medicina", exclamou Dra. Zelina.

Dr. Yuri destacou sua satisfação em rever pessoalmente os colegas de profissão após dois anos de pandemia. "É um enorme prazer comemorar este Dia do Médico com todos, no contato direto, olho no olho, depois de um período tão difícil para todos e, especialmente, para os médicos como eu, que estive na linha de frente no combate ao coronavírus, no Huap, vivenciando a dificuldade de tratar uma doença desconhecida que ceifou tantas vidas, inclusive médicos", relembrou.

Em seu pronunciamento, Dr. Alcir parabenizou os colegas pelo seu dia comemorativo, mas lamentou a ausência, por motivos de saúde, do Acad. Prof. Dr. Waldenir de Bragança, um dos edificadores da Associação Médica Fluminense. "Tive a honra de estar ao lado dele quando construiu esta casa. Um líder presente em todos os lugares na defesa da classe", exaltou.

Dr. Rômulo ressaltou a excelência da AMF no cumprimento de seu papel. "Trabalhamos 24 horas por dia em prol da nossa sociedade. O aprendizado contínuo faz parte da nossa vida. E a necessidade do convívio social como este que a AMF realiza é um momento ímpar. Esta casa cheia espelha o potencial de Niterói na valorização da categoria médica. Ver aqui os mais experientes ao lado da nova geração é fundamental para mostrar que a nossa classe está no caminho certo do associativismo", afirmou.

Dr. Moyzés Pinto Coelho Duarte Damasceno e Dra. Valéria do Patrocínio Teixeira Vaz foram agraciados com o prêmio Personalidade Médica do Ano de 2022. Ele, clínico e intensivista nascido em Volta Redonda, coleciona passagens exitosas pela Santa Casa de Misericórdia, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), Grupo Dasa e Hospital de Clínicas de Niterói, atual CHN, onde continua. Foi presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro e coordenador do Departamento de

Medicina Intensiva da AMF.

"Dr. Moyzés sempre preservou o relacionamento médico-paciente e o foco na prevenção dos eventos adversos e a segurança. Aprendi como o avanço tecnológico é importante, porém o toque humano sempre será fundamental. Outra de suas convicções é que o médico nem sempre vai curar, mas pode evitar danos e adversidades ao doente durante sua internação e, assim, amenizar o sofrimento", retratou o Dr. Alair Sarmet, que leu sua biografia ao microfone. Entregaram-lhe a placa a Dra. Ilza Fellows e o Dr. Rogério Reis, respectivamente a ex-diretora e o atual diretor do CHN.

"Minha história é muito pequena perto da trajetória dos demais agraciados e de tantos grandes médicos aqui presentes. Por isso demorei a acreditar que fui escolhido em meio a tantos nomes importantes. Médicos devem ser pontes, e nunca muros, junto aos pacientes, à equipe multidisciplinar, à esfera administrativa e às novas gerações", refletiu o homenageado, que dedicou 28 de seus 35 anos de carreira à cidade de Niterói.

Pediatra em niteroiense, Dra. Valéria é atualmente vice-presidente da Unimed Leste Fluminense (de onde já foi diretora financeira, de Mercado e da Unicred), além de diretora científica da AMF. Formou-se pela UFF, fez residência no Hospital Geral de Bonsucesso, atuou nas redes de saúde pública de Niterói e São Gonçalo e também clinicou em consultório particular. Dra. Zelina proferiu a saudação. "Ela tem uma carreira ampla e bonita, com destaque para a dedicação ao cooperativismo", mencionou. Dr. Gilberto Garrido Junior, Dr. José Emídio Ribeiro Elias e Dr. Benito Petraglia entregaram, juntos a placa. "Lembrarei deste momento para sempre em minha vida. Agradeço ao apoio da minha família e dedico esta honraria à minha mãe, hoje com 94 anos, que foi a primeira a sonhar com uma filha médica. Sou o resultado de muitas orações e de uma grande fé", comentou, emocionada.

O prêmio de Mérito Associativista do Ano foi concedido ao Dr. Ruy Justo Carneiro Cutrim Júnior. Maranhense de nascimento, veio jovem para o Rio de Janeiro com o objetivo de estudar Psiquiatria. A esposa Isolda Cardoso foi a oradora. "Admiração, respeito e orgulho definem meus sentimentos. É uma justa homenagem, pois Ruy nasceu para o que faz", resumiu ela, que é psicóloga, psicopedagoga e sócia

Convidados no Café Colonial

Izoda Cutrim, Ruy Cutrim, Zelina Caldeira e Rômulo Capelo.

do marido no Espaço Multi do Aprender. Dr. Rômulo Teixeira, da SOMERJ, entregou o certificado. "Todos os presidentes da associação me abriram as portas, mas a Dra. Zelina escancarou a entidade para mim, me permitindo trazer eventos importantes sobre saúde mental e tornando a Casa do Médico, também, a casa dos novos médicos", agradeceu o homenageado.

Dr. Domenico Accetta recebeu a Medalha Dr. Altamiro Vianna. O ginecologista e obstetra nasceu na Itália, de uma família humilde, com a qual veio para o Brasil ainda bem jovem por ocasião da Segunda Guerra Mundial. Seu irmão, o também médico Pietro Accetta, fez uma saudação permeada de humor e emoção. "Ele foi, principalmente, meu principal professor de ética, de humanidade, de compromisso. Vivemos bons e maus momentos, mas sempre unidos", contou Dr. Pietro. Dr. Alcir Chácar entregou a medalha. "Eu e meus irmãos, Pietro e Ítalo, devemos tudo aos nossos pais, um engraxate e uma dona de casa, que com muito sacrifício e em um país diferente, conseguiram formar filhos médicos com louvor", declarou ele, que não conteve as lágrimas.

Dr. Mauro Diniz Moreira recebeu a Medalha Dr. Márcio José de Araújo Torres. O imunologista clínico nasceu no Rio e foi criado em Niterói, onde fez toda a sua formação acadêmica, inclusive Medicina na UFF. Dedicou-se, também, à educação e à política associativa. Participou da fundação e coordenação do primeiro curso de Medicina do Trabalho da UFF. "Ele deu mais a esta cidade do que recebeu. Carrega uma inquietação visionária, sem, contudo, perder o olhar humanístico", justificou Dr. Jocemir Ronaldo Lugon, após saudar o homenageado. A Dra. Karin Fernandes Jaegger entregou a medalha. "Agradeço à minha família, à família, aqui presente, do patrono da medalha e aos meus colegas de turma desde 1959, também, agora ao meu lado, apesar das tribulações da jornada médica", falou Dr. Mauro.

Dr. José Manuel da Silva Gomes Martinho conquistou a Medalha Dr. José Hermínio Guasti. Cirurgião geral formado pela UFF, onde também foi professor, morou na França e de lá trouxe para Niterói novas técnicas em cirurgia de fígado, via biliar e pâncreas. Foi pioneiro nacional em transplante de fígado intervivos, adulto e pediátrico, realizado no Hospital Geral de Bonsucesso nos anos 1980. O Dr. Reinaldo Fernandes leu sua biografia e a Dra. Christina Bittar lhe colocou a medalha. "Serei breve porque me sinto mais à vontade com um bisturi na mão do que com um microfone", brincou Dr. José Manuel, que humildemente teceu elogios ao amigo médico que lhe fez a saudação: "Reinaldo é o exemplo do aluno que suplanta o mestre".

Inaugurado

Hospital Itaipu da Unimed Leste Fluminense

Da esquerda para a direita: Ieda Lúcia, Valeria Patrocínio, Benjamim Baptista, Zelina Caldeira e Yuri Salles.

Em 18 de outubro de 2022, foi realizada a solenidade de inauguração da primeira fase do Hospital Itaipu da Unimed Leste Fluminense. Possuindo a melhor arquitetura hospitalar, o Hospital Itaipu tem previsão para 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. Dispõe de um bem estruturado Pronto Atendimento, tanto para adultos quanto pediátrico, com todo suporte de imagem e laboratório para melhor resolutividade dos casos de urgência e emergência. A unidade proporciona aos beneficiários uma assistência médica hospitalar com atendimento de tecnologia de ponta em permanente inovação, por meio de uma equipe profissional multidisciplinar de excelência.

A inauguração contou com a Companhia Artística Cantante Díem que interpretou lindas peças de W. A. Mozart, regida pelo Maestro Joabe Ferreira.

Foi um momento de júbilo e muita emoção para toda diretoria, representada pelo presidente, Dr. Benito Petraglia. Entre os presentes, além dos médicos cooperados, colaboradores e representantes de empresas parceiras, citam-se as autoridades: Dr. João Alberto da Cruz, diretor presidente da Unimed Federação Rio, Dr. Rodrigo Oliveira, Secretário de Saúde de Niterói, Dr. Luiz Paulino Moreira Leite, Secretário de Desenvolvimento da Prefeitura de Niterói, Dr. Yuri Salles Lutz, Diretor do CREMERJ, Dr. Benjamin Baptista, presidente da SOMERJ, Dr. Roberto Wermelinger da Silva, presidente da Unicred Niterói e Dra. Zelina Caldeira, presidente da AMF.

Café musical

Convidados no Café Musical

O Departamento de Clínica Médica da AMF, coordenado pelo Dr. José Rosati, encerrou o ano com o tradicional Café da Manhã Musical, que aconteceu na manhã de 06/12, no salão nobre Dr. Aloysio Decnop, na AMF. Tivemos a satisfação de ouvir o violão do Dr. Sirley Oliveira, músico de excelência, e a voz e violão do pneumologista, Dr. Jorge Manhães.

Nesse momento de descontração e fraternidade, também, foram expostas fotografias feitas e enviadas por colegas desse grupo. A exposição, com o título Paisagens de Niterói, foi proposta pela Dra. Zelina Caldeira, presidente da AMF, tendo logo a

adesão de diversos médicos. A comissão julgadora foi composta por Antônio Alberto Machado, presidente da Sociedade Fluminense de Fotografias, e os fotógrafos Herbet Macário e Marcelo Alram. Os três primeiros colocados foram Dr. Miguel Chaves (1° lugar), com a foto "Pedra de Itapuca com arbusto", Dra. Rosaura Victer (2° lugar), "Vista do Parque da Cidade" e a Dra. Sheila Crespo (3° lugar), "Por do sol na lagoa de Itaipu". Todas as outras belíssimas fotos receberam menção honrosa.

Participaram da exposição, além de os três já mencionados, a Dra. Maria Lúcia Santos, o Dr. Mauro Diniz, Dr. Luiz Augusto Nacife e o Dr. José Rosati.

Miguel Chaves

Rosaura Victer

Sheila Crespo

Da esquerda para a direita: Miguel Chaves, Sheila Crespo, Maria Lucia, Rosaura Victer e Mauro Diniz.

Reunião de encerramento de ano

Da esquerda para a direita: Karin Jaegger, Eduardo Duarte, Zelina Caldeira, Gilberto Garrido, Ilza Fellows, Jorge Abunahman e Christina Bittar

Gabriela Herthal, Marcelo Erthal, Roberto Wermelinger, Zelina Caldeira, Cecília Salles, Helder Machado, Gilberto Garrido e Yuri Salles.

Felipe Ribeiro, Zelina Caldeira, Ilza Fellows, Benito Petraglia e Eduardo Duarte

No último dia 08 de dezembro a AMF realizou a reunião de encerramento de ano com os Conselhos Deliberativo e Fiscal. Participaram, além dos Coordenadores dos Departamentos de Especialidades, alguns representantes de instituições médicas, a Diretoria da AMF e os colaboradores.

Nos prestigiaram com suas presenças, os Diretores do Cremerj, Dr. Marcelo Erthal e Dr. Yuri Sales, o Diretor Clínico do CHN,

Dr. Felipe Ribeiro, os Presidentes da Unimed, Dr Benito Petraglia e da Unicred, Dr. Roberto Wermelinger, e os Ex-Presidentes da AMF, Dr. Alcir Chacar e Dr. Aloysio Decnop.

Uma Era,

que já era

Prof. Moacir Martins Junior*

Prof. Moacir Martins Junior

Quando nos referimos à gestão empresarial em um contexto amplo, podemos dizer que uma empresa é formada por processos organizacionais. Apesar disso, ainda há certa dificuldade em compreender o que de fato é esse conjunto de elementos, que está presente no dia a dia das organizações.

Devido às suas características, os processos empresariais precisam ser adequadamente gerenciados pois, eles relacionam pessoas, recursos e informações para que os objetivos e metas possam ser alcançados. Sendo assim, os processos se tornam extremamente relevantes para o resultado do negócio.

Conceitualmente, o conjunto de elementos estruturados e devidamente organizados, que conduzam à realização de um produto ou serviço, é chamado de processo organizacional.

Um processo organizacional é composto pelas entradas (recursos tangíveis ou intangíveis), que podem ser: insumos, matérias primas ou conhecimentos e pelas saídas, que são os produtos e serviços prontos e disponíveis para serem comercializados no mercado de atuação da empresa.

A validade e a maior relevância de um processo estão no fato de que ele é realizado para gerar valor. Isso acontece, de fato, quando a transformação de entradas em saídas atende, em sua plenitude, as necessidades de um cliente - que pode estar dentro ou fora da empresa.

A importância do gerenciamento por processos nas organizações

Nas organizações, onde os gestores entendem esse conceito, sua dinâmica e sua importância, os processos estão claramente desenhados, formalizados, atualizados e disponíveis à operação para serem executados.

Gerenciar processos é hoje uma responsabilidade indelegável da linha de comando e deve fazer parte da sua avaliação de desempenho; uma vez que processos bem desenhados, gerenciados e cumpridos fornecem uma visão objetiva do que se espera do negócio, otimizam o uso dos recursos, além de contribuir para a mitigação dos riscos e do desperdício.

Para se entender o significado e a importância dos processos organizacionais, lembro a afirmação do consultor Leonardo Navarro que diz: "É por isso que eles são tão fundamentais para uma empresa: eles são como as veias e artérias são para um organismo. "

A hierarquia dos processos organizacionais

Os processos organizacionais, por sua vez, possuem características distintas que determinam sua abrangência e, de algum modo, sua hierarquia.

Desta forma, a hierarquia de processos é um orientador para que o gestor possa priorizar as ações operacionais e de execução em sua área de ação. Assim temos:

Os Macroprocessos

Os macroprocessos impactam diretamente a atividade fim e o resultado global da empresa, interferem e provocam interdependência em um ou mais departamentos e em suas competências. Comumente, são

*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

da alçada do top-down, ligados à estratégia e ao Know-how da empresa. Em um hospital, o exemplo de macroprocesso pode ser a Gestão Clínica. Em uma montadora de automóveis pode ser a fabricação do automóvel modelo "x". Em uma unidade de produção agrícola pode ser o plantio e formação de uma espécie "y".

Os Processos

São conjuntos ordenados e definidos de atividades de alta complexidade, com início, fim, entradas e saídas muito bem definidos, compreendendo subprocessos ou tarefas distintas e interligadas, que buscam entregar um objetivo claro e específico. Quase sempre estão relacionados aos departamentos ou áreas gerenciais, finalísticas e de apoio. Em um hospital, o exemplo de processo pode ser a internação hospitalar. Em uma montadora de automóveis pode ser a pintura do automóvel modelo "x". Em uma unidade de produção agrícola pode ser a irrigação de uma espécie "y".

Os Subprocessos

São conjuntos de tarefas de média complexidade, sendo compostos por atividades distintas e interdependentes e, que, juntas, realizam um objetivo específico de forma ordenada e lógica. Os subprocessos dão apoio a um processo. Em um hospital, o exemplo de subprocesso pode ser o recrutamento e seleção de profissional médico da especialidade "x". Em uma montadora pode ser a montagem do banco traseiro do automóvel modelo "x". Em uma unidade de produção agrícola poderia ser o enchimento do vaso de transporte.

Os grupos de processos

Os processos, segundo sua tipologia, são classificados em três grandes grupos:

1- Chaves, Primários ou Finalísticos.

2- De Apoio ou Suporte.

3- Gerenciais, Administrativos ou de Gestão.

Cada um deles, possui peculiaridades que os tornam mais ou menos complexos e, portanto, com um certo grau de importância em relação ao seu impacto no resultado de determinada empresa.

Processos chaves, primários ou finalísticos: são aqueles que estão diretamente relacionados ao "core business", à atividade fim da empresa, ou seja, seus produtos e serviços. Deste modo, esses processos:

- São fundamentais para atender às especificações e necessidades dos clientes.
- Definem a entrega de valor ao cliente.
- Fornecem uma visão sistêmica da cadeia de valor.

Os processos de suporte ou apoio, como o próprio nome sugere, são aqueles que dão suporte e apoiam os processos chaves para que eles possam existir. Estão relacionados à administração dos recursos e, portanto:

- Suportam os processos primários.
- Normalmente não são processos que se relacionam diretamente com o cliente.
- Estabelecem uma relação que afeta o desempenho dos processos finalísticos.

Por fim, os processos de gestão, administrativos ou gerenciais estão relacionados às medições, ajuste e desenvolvimento organizacional. São processos focados nas relações e nas ações gerenciais; por isso:

- São orientativos e de coordenação às atividades dos processos primários e de suporte.
- Determinam e avaliam a eficácia e eficiência da empresa.
- Medem, monitoram e controlam.
- Estabelecem referenciais para a melhoria contínua da organização.

Gestão por processos – uma questão de visão

Processos ineficientes, mal projetados, com fluxos de trabalho desordenados, sem formalização e padronização são sintomas que sugerem, em qualquer organização de qualquer porte, a falta de uma gestão profissionalizada.

A distorção da visão gerencial, tem levado muitas dessas empresas relegarem o cuidado e a prática consolidada de gerir seus processos com prioridade à eficiência e à redução dos custos, o que poderia lhes conferir maior lucratividade, competitividade e maior capacidade de investimento.

Por outro lado, o estabelecimento de uma gestão por processos, revela o quanto as empresas e as organizações estão preocupadas com a perenidade do negócio.

Podemos verificar, desta forma, a absoluta necessidade de formalizar os processos organizacionais, a começar por aqueles que pertencem ao grupo dos chamados processos-chave ou finalísticos.

Houve uma época, a chamada era da informalidade, onde a formalização dos processos era tida como uma atividade de geração de despesa; os gestores acreditavam que "escrever" e "descrever" as atividades era perda de tempo e que desta forma, somente trazia um acréscimo de custos.

O entendimento desses profissionais era o de que bastava ter funcionários com aptidão para a tarefa e bem "adestrados" que tudo sairia de acordo com o "estipulado".

Acontece que o mundo foi mudando e a forma de "fazer as coisas" foi sendo transformada pelo advento da tecnologia, da democratização do conhecimento e da inversão da estabilidade para a instabilidade.

Gestão por processos – um ganho para todos

Na medida em que a competitividade aumenta, as empresas e seus gestores começam a perceber que processos formalizados – aqueles adequadamente definidos e descritos - trazem um ganho expressivo de qualidade, produtividade e agregação de valor ao produto e ao serviço oferecido ao cliente.

Tenho constatado, através da minha atuação na estruturação, formalização e procedimentação de processos, que os ganhos conseguidos por meio de uma gestão profissional por processos, são relevantes tanto para as empresas quanto para os profissionais em seus vários níveis de atuação.

Para as empresas, pois permite que elas possam estabelecer parâmetros confiáveis para a implementação de melhorias com ganhos de tempo, recursos empregados e qualidade, além de possibilitar a essas organizações uma tomada de decisão com maior agilidade e acerto.

Em particular, para as organizações cujas atividades estão ligadas a processos de elevado risco e complexidade, como por exemplo na área da saúde, entre outras, a gestão por processos é absolutamente importante e necessária, uma vez que poderá diminuir a possibilidade de passivos, através de processos pensados, desenhados e realizados com foco na prevenção.

Já para os profissionais, os ganhos estão diretamente relacionados ao nível de conhecimento e habilidades que aumentam na medida em que é exigido deles uma maior e mais direta participação na construção das melhorias de forma sistemática. Hoje, independente da função que o profissional desempenha, sua integração e disposição para sugerir melhoria nos processos é fator de diferenciação de desempenho.

Além disso, esses profissionais, seja qual for sua atuação – operacional, gerencial ou técnica, quando comprometidos com a metodologia de padronização e melhoria dos processos adquirem um diferencial fundamentalmente importante no mercado.

A gestão por processos, que na sua essência exige organização, formalização e melhoria, é um passo importante para abandonar "os usos e costumes" e a velha máxima do "sempre foi feito assim".

É deixar de fazer parte de uma era, que já era.

Até...

48º Aniversário da Acamerj

Acadêmico Antônio Luiz de Araújo
Presidente da Acamerj

Em dezembro de 1974, um diferenciado grupo de Médicos, Professores, Pesquisadores, Cientistas, todos visionários e apaixonados pelo convívio associativo, fundaram a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, com o primeiro nome de Academia Fluminense de Medicina. Conhecer o passado é essencial para conduzir o presente e resguardar o futuro.

O primeiro Presidente Prof. Dr. Carlos Tortelly Rodrigues Costa agregou consigo fundadores como Waldenir de Bragança. Herbert Praxedes, José Hermínio Guasti, Salvador Borges Filho, Francisco de Almeida Pimentel, Ronaldo Pontes, Heitor dos Santos Braga e Guilherme Eurico Bastos da Cunha. Todos partícipes da rica história médica de Niterói e de todo nosso estado.

O nome Academia é histórico, tradicional, alicerce do conhecimento, cultura, filosofia, que nos remete a Grécia antiga, à Platão que por volta dos anos 380 a.C reunia amigos, colegas cientistas, discípulos às sombras das oliveiras se seu bem cuidado Jardim para troca de saber, objetivando simplificar, ou pelo menos, tornar mais divulgável pensamentos de diversas áreas: Astronomia, Matemática, Direito, Filosofia e também da Medicina.

É com essa imagem de agregação, diálogo, troca de aprendizado em Ciências Médicas e da cultura em geral que transmito a todos colegas médicos, o que é ACAMERJ.

Os avanços tecnológicos na Medicina representam muito mais que o futuro, como também são o presente pujante e profícuo de nossa profissão.

A ACAMERJ é assim, de nós para todos e todas.

Boas festas, com saúde plena para realização dos sonhos projetados para 2023.

Dr. Emanuel Decnop Martins Junior

Tempo de formado:
40 anos

Especialidade:
Ginecologia e Obstetrícia.

Por que escolheu essa especialidade:
Pela grande diversidade de campos de terapêutica que ela apresenta, por exemplo: distúrbios endócrinos, infecções, tumores, infertilidade, etc., além da obstetrícia com seus desafios próprios.
Certamente o convívio diário com um brilhante profissional que é o meu tio e padrinho, Dr Aloysio Decnop foi determinante neste escolha.

Formação:
UFF, pós graduação na 28 enf da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, médico do Ministério da Saúde, staff da Casa de Saúde Santa Martha.

Se não fosse médico, seria:
Na verdade sempre desejei ser médico. Influência de um avô, Edésio Silveira que por sinal participou da fundação da nossa AMF e do tio citado anteriormente, ambos muito prestigiados na nossa cidade.

Fatos marcantes na profissão:
Aprovação no último concurso federal , na épocaINAMPS além de aprovação em concursos para médico do Estado do Rio e também de Niterói. Aprovação no TEGO 1983, junto a AMB e a FEBRASGO.
Na realidade o que marca de forma profunda a carreira do médico são os preciosos momentos em que sua atuação salva vidas e confesso que os vivi diversas vezes nesses 40 anos de profissão.

O que representa a AMF:
Um local de referência, acolhimento e de identidade de nós que exercemos a mais bela e talvez a mais árdua das profissões.

Hobby:
Tenis, futebol, leitura e cinema.

Livro preferido:
Diversos, um deles O Código Da Vinci de Dan Brown

Sua inspiração na profissão:
Os já citados avô e o tio.

Qual a importância da família na vida do médico:
É o bem mais valioso na vida de qualquer ser humano.

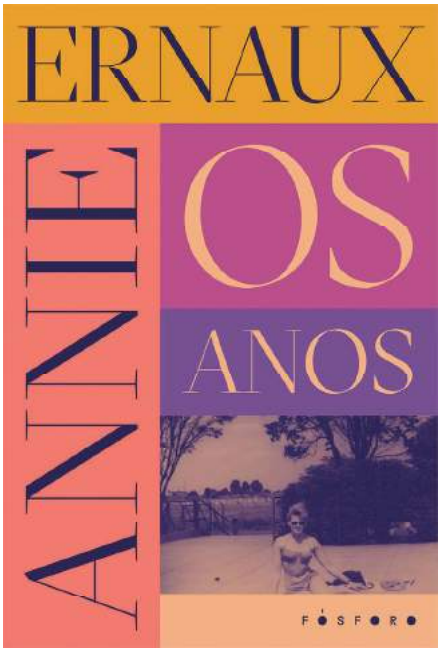
Programa imperdível:
Jogos do Flamengo

Música preferida:
Várias: Memories (Bárbara Streisend), Clonfito (Fagner), My Way (Frank Sinatra, Caruso (Pavarotti), dentre muitas outras.

Frase para a posteridade:
Trate quem lhe cerca da mesma forma que gostaria de ser tratado.

Mensagem aos jovens médicos:
Jamais deixem de valorizar o contato com o paciente num mundo de constantes evoluções tecnológicas diagnósticas pois elas são e sempre serão complementares a um raciocínio medico.

Porque sou sócio da AMF:
Pelo já citado e por ela fazer parte de maneira marcante da vida do médico Niteroiense.



Livro:
"Os anos"
Autor:
Annie Ernaux
Tradução:
Marília Garcia
Editora:
Fósforo

"Os anos"

Dr. Wellington Bruno
Cardiologista, associado AMF

Sensacional! Fabuloso! Prodigioso! Original! Exagerei? Não. Escrevo sobre 'Os anos', livro extraordinário de Annie Ernaux, escritora francesa, Prêmio Nobel de Literatura de 2022. Na verdade, não li nenhum outro livro desta autora, mas posso dizer que é merecedora do prêmio só por este livro primoroso, com boa dose de autobiografia, escrito com maestria e certamente traduzido com maestria, dada a fluidez de sua leitura em nossa língua pátria.

A partir de imagens de fotografias antigas, a narradora mescla fatos e histórias de sua vida íntima e familiar com referências a fatos históricos, personalidades, escritores, filósofos e artistas reais desde a Segunda Guerra Mundial chegando aos nossos dias. De fato, além de nos transportar ao mundo feminino, à cabeça de uma mulher, ao longo de suas páginas, fazemos uma viagem no tempo com fatos reais: uma crônica desses tempos e revoluções de costumes e tecnológicas com referências históricas que lemos ou vivenciamos, sobretudo a partir da França.

Você não precisa concordar com todo o seu pensamento, com tudo que ela defende. Eu mesmo não sou favorável ao aborto, mas isso não pode lhe impedir de ler ou ouvir as razões de quem pensa diferente, tampouco de reconhecer o talento literário de quem escreve. E digo que este é um livro que vocês terão dificuldades para interromper sua leitura por conta de horário de dormir, de trabalhar ou de dar atenção a outras atividades.

A jovem editora Fósforo acertou em cheio ao trazer Annie Ernaux ao leitor brasileiro antes dela receber o Prêmio Nobel de Literatura de 2022.

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

Apresentamos aqui o Clube de Benefícios AMF

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

Desconto de 30% nas atividades esportivas (natação) e 20% nas atividades de fisioterapia e hidroterapia para associados e dependentes.
www.aquafishniteroi.com.br
Tel: (21) 2611-1984 / 27119033

Instituto Brasileiro de Línguas Icaraí
http://unidades.ibl-idiomas.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

HCA
HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

Em Caso de Emergência
(21) 3578-3636

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

LABORATÓRIO VYP
medicina diagnóstica

A VYP Medicina Diagnóstica nasceu com o objetivo de aperfeiçoar e fortalecer o relacionamento entre o profissional de saúde e seu paciente na busca da assistência à saúde com excelência, respeito e humanismo. Nossas operações são avaliadas pelo impacto do conceito ESG (Environmental, Social and Governance), produzindo ganhos ambientais e desenvolvendo uma sociedade mais justa.

Exames Oferecidos:

- Exames de Imagens **(Unidade Icaraí)**
- Ultrassonografia **(Unidade Icaraí)**
- Sexagem Fetal
- Teste de COVID-19
- Teste de Gravidez
- Check-up Laboratorial
- Exame de DNA
- Exame Toxicológico e etc

Temos **Coleta Domiciliar**. Conheça condições.

MARCAÇÕES:

21 2703-6464
99847-7024

0800 079 7200
4020 7200

Icaraí
Rua Tavares de Macedo, 179,
Loja 102, Icaraí, Niterói - RJ

Centro
Rua Dr. Borman, 49
Centro, Niterói - RJ

Maricá
Av. N. Sra. do Amparo, 180
Loja 2, Centro, Maricá - RJ

Rio Bonito
Rua Des. Itabaiana de Oliveira, 106
Loja 11, Centro - Rio Bonito

VYP
medicina diagnóstica