

D I G I T A L

ANO II, Nº 14, JUNHO 2021, PNEUMOLOGIA & INOVAÇÃO

Jornal do Médico®

Plataforma de conteúdos de alto nível

Dr. Marcelo Alcântara,
Coordenador do Projeto Elmo

ELMO

Uma realidade
da Tecnologia &
Inovação para
salvar vidas

CONFIRA AINDA:

- Direito Médico • Evento
- Oncologia • Doença Rara
- e muito mais!



**REALIZAR O SONHO
DE MODERNIZAR
A SUA CLÍNICA
SEM JUROS
E SEM PARCELAS ATÉ
A PRÓXIMA GERAÇÃO**

Consórcio
Embracon
PORQUE SONHAR NÃO TEM LIMITES

CONSULTORA LÍDIA LISBOA

Atendimento Personalizado para todo o Brasil

 **Simule agora: (85) 99709-7002**

MENSAGEM AO LEITOR

Caro(a) usuário(a), depois de um ano iniciada as atividades da Revista Digital que somada as outras publicações especiais e impressas da plataforma, estamos chegando hoje ao número de 135 publicações com conteúdos de altíssimo nível assinados pelo Jornal do Médico®. Nossos agradecimentos pela sua leitura e engajamento!

Nesta edição de junho, trazemos duas temáticas de suma importância para a saúde e também na carreira de médicos e especialistas sobre Tecnologia & Inovação na Pneumologia, onde destacamos na capa o projeto ELMO coordenado pelo superintendente da Escola de Saúde Pública, Dr. Marcelo Alcântara (CE), que em seu artigo destaca a importância da união entre Tecnologia & Inovação e a ciência para salvar vidas.

Com relação a atualizações, trazemos um artigo da Genética Médica e Pneumologia de autoria das renomadas médicas Denise Carvalho de Andrade e Ellaine Carvalho que ressaltam sobre uma doença rara que leva ao acometimento pulmonar e hepático.

Com relação ao Direito Médico, trazemos um artigo do renomado Dr. Renato Evando relacionado a pneumologia, covid e judicialização, para que nossos usuários possam ficar ainda mais por dentro do mundo jurídico.

Na parceria com o movimento Médicos Atletas, temos uma entrevista exclusiva com o casal de médicos, Dr. Bruno Bonaccorsi (MG) e Dra. Ana Elisa Crepaldi (MG), que nos contam com exclusividade sobre os seus desafios da carreira na saúde e a importância da atividade física.

Como de praxe, na pluralidade dos conteúdos da nossa RD você poderá conferir conteúdos sobre medicina e saúde com autoria dos engajados e proativos conselheiros Ana Margarida, Marcelo Gurgel, Iane Lima, além dos convidados especiais Dr. Antero Gomes, Acad. Roberto Misici e Dr. Carlos Alberto Hossri (SBC).

Tenha uma ótima experiência com a nossa RD, próximo número estaremos falando sobre a área hospitalar e muito mais!

Até lá! Cuide-se e #VAIDARCERTO



Josemar ARGOLLO

CEO Jornal do Médico

MBA em Comunicação e Marketing em Mídias Digitais

Membro Honorário da SOBRAMES/CE

atendimento@jornaldomedico.com.br

FUNDADORES:

Jornalista Juvenal Menezes (DRT-CE 1947)

In Memoriam 1935-2017

Sra. Nahimi Argollo de Menezes

CEO:

Josemar ARGOLLO

Revista Digital Jornal do Médico, Ano II, Nº 14/2021 [Junho] Pneumologia & Inovação

Marca registrada junto ao INPI, Instituto Nacional da Propriedade Industrial.

Josemar Argollo Ferreira de Menezes-ME

CNPJ: 24.780.958/0001-00.

PRODUTORA DE CONTEÚDO: Érika Grecy

ASSESSORIA EDITORIAL:

Jor. Anatalice Rodrigues (DRT-CE 3548)

CONTRIBUIÇÃO FOTOGRÁFICA/IMAGENS

Banco de Imagens Jornal do Médico, Pexels e FREEPIK

SUGESTÕES DE CONTEÚDOS

atendimento@jornaldomedico.com.br

MAIS CONTEÚDOS EM NOSSO BLOG

www.jornaldomedico.com.br

REDES SOCIAIS

instagram.com/jornaldomedico

facebook.com/jornaldomedico

MARCA RECONHECIDA:

Câmara Municipal de Fortaleza

(Requerimento Nº 2240/2014

Vereador Dr. Iraguassú Teixeira)

Assembleia Legislativa do Ceará

(Requerimento Nº 860/2019

Deputado Dr. Guilherme Landim)

Academia Cearense de Medicina

Argollo

Marketing

CONTATOS:

Whats App: +55 85 996673827

atendimento@jornaldomedico.com.br

Skype: argollomarketing

O teor dos conteúdos publicados é de responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, a opinião da publicação.

**Cópia integral ou parcial, somente com
autorização expressa da direção executiva.**

CONFIRA NESTA EDIÇÃO



16

A Oncologia
e o câncer de
pulmão

7

A desafiadora carreira na
saúde do casal Ana e Bruno

11

Pneumologia e COVID-19:
Aspectos Éticos e
Judicialização

18

ELMO: A prova de que
investir em educação,
ciência e tecnologia salva vidas

21

Deficiência de Alfa-1
Antitripsina: Uma doença
rara que leva ao acometimento
pulmonar e hepático

26 Transplante de pulmão no Ceará - Experiência de 10 anos

29 Algoritmo de inteligência artificial na Pneumologia

31 Doença pulmonar granulomatosa: Os meandros de uma enfermidade complexa

34 Primórdios da Pneumologia Cearense

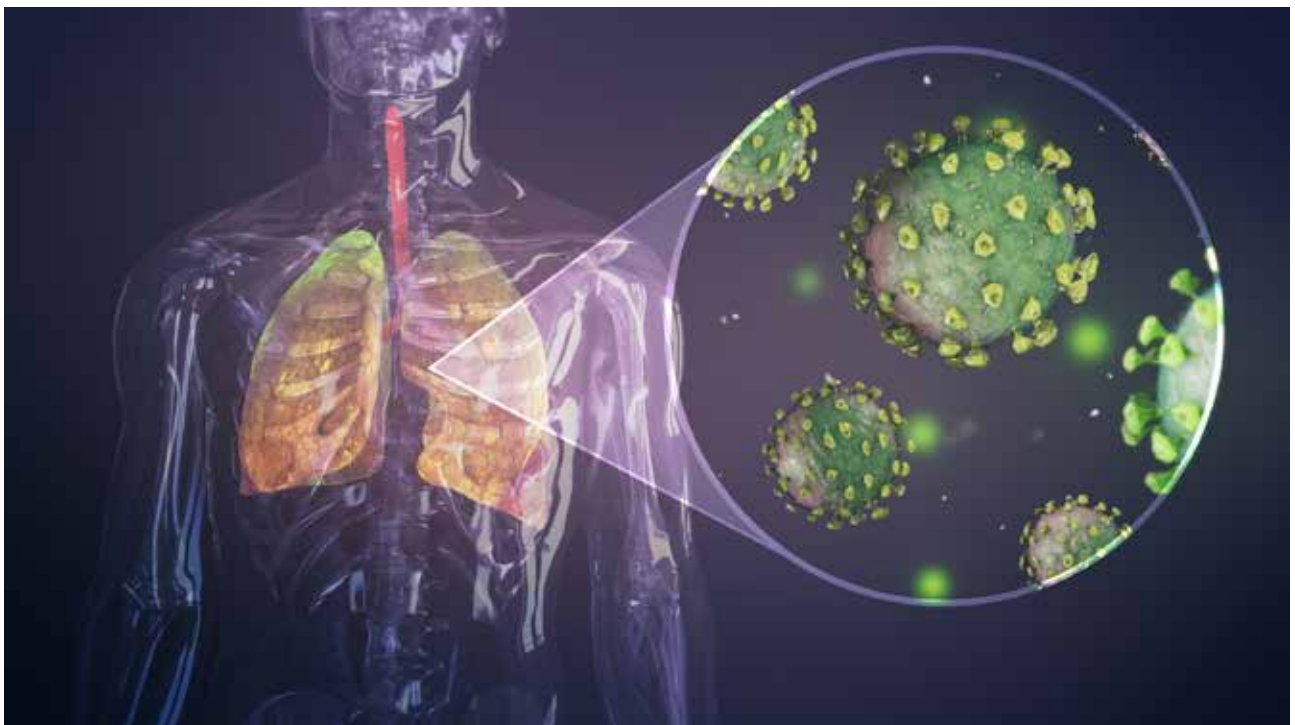
37
Impactos da COVID-19 são grande desafio para a área de Cardiopneumologia

41 Um dos mais importantes eventos científicos da Cardiologia trouxe uma série de simpósios e debates

44 A Exitosa XIX Bienal da Academia Cearense de Medicina

48 Reflexos da XIX Bienal da Academia Cearense de Medicina

51 Nossos escritos em tempos da COVID-19



Atualização Profissional Carreira Sustentável Trabalho Científico Grandes Especialistas



3º Congresso | On-Line

JORNAL DO MÉDICO®

Atualizações & Carreira Sustentável

Evento 100% On-Line de 29/Set a 02/Out 2021

Inscrições em breve!

www.jornaldomedico.com.br/congresso2021

Realização:

Jornal do Médico

Conselho Científico





***Dr. Bruno Bonaccorsi (CRM MG 34336 - Clínica Médica - RQE Nº: 23056) e
Dra. Ana Elisa Crepaldi (CRM MG 33815 - Cardiologista - RQE Nº: 41762)***

A DESAFIADORA CARREIRA NA SAÚDE DO CASAL ANA E BRUNO

REPORTAGEM: ERIKA GRECY
PRODUTORA DE CONTEÚDO

Não é nenhuma novidade que a rotina de um profissional médico é cheia de desafios. Agora, para um casal de médicos, o dia a dia pode se tornar ainda mais turbulento. Parceiros na vida e na profissão, os médicos Ana Elisa Crepaldi (CRM MG 33815 - Cardiologista - RQE Nº: 41762) e Bruno Bonaccorsi (CRM MG 34336 - Clínica Médica - RQE Nº: 23056), relatam a série de obstáculos frequentes que têm enfrentado na carreira profissional e na vida de casal.



Formada pela UFMG em 1999, Dra. Ana Elisa possui residência em Clínica Médica, Cardiologia, Ecocardiografia e Ecovascular, e é especialista em Cardiologia e Ecocardiografia pela SBC. Além disso, possui pós-graduação em Envelhecimento Saudável e em Medicina do Esporte e Exercício pela faculdade BWS de São Paulo. Em meio as inúmeras realizações na carreira profissional, Dra. Ana conheceu Bruno Bonaccorsi, médico também formado pela UFMG em 1999 e com residência em Clínica médica, Cardiologia e Medicina intensiva. Atualmente, Dra. Ana e Dr. Bruno estão casados e tem um filho, e já não dividem

apenas a vida de casal, mas também a vida profissional ao administrarem juntos uma clínica médica. “A gente construiu a nossa clínica, um sonho que já tínhamos há muito tempo, e ela se chama We Care You justamente porque acreditamos no cuidado e na medicina humanizada.”, afirma a especialista. “A gente integrou uma equipe muito disciplinar, com médicos nutricionistas, psicólogos, preparador físico, ortopedista, entre outros especialistas. Além disso, o nosso maior nicho são os atletas, mas atendemos também a outros públicos.”

De acordo com Dr. Bruno, diante da vida profissional de ambos focada em cuidar da saúde dos seus pacientes, o dia a dia não é fácil. “Não é uma rotina simples, pois as questões de saúde e doenças não acontecem apenas de segunda a sexta em horário comercial. Trabalhamos muito aos fins de semana, feriados e em alguns plantões noturnos.”, afirma o médico. “Nesse último ano tivemos uma demanda muito intensa por causa da pandemia, o que nos desgastou bastante”. Com isso, Dr. Bruno e Dra. Ana estão sempre em busca de cuidar do corpo e da mente, o que traz reflexos positivos para a carreira e para o casamento. “É preciso muita sabedoria para se manter saudável física e mentalmente. Além disso é preciso equilibrar o trabalho, família e ter muita sintonia e parceria entre o casal para a compreensão”, acrescenta ele.

Quanto a prática de esportes, o casal de médicos faz o possível para encaixar os treinos na rotina. Apaixonados pelo triathlon e por outras modalidades esportivas como natação e corrida, Dra. Ana e Dr. Bruno não dispensam os treinos mesmo diante das turbulências do trabalho. “Colocar os treinos no dia a

dia é a parte mais difícil, pois dependendo da época, se temos alguma competição, precisamos treinar duas vezes todo dia”, comenta a especialista. “Treinamos de manhã, trabalhamos e treinamos à noite, dormimos e repetimos tudo no outro dia”. Ainda segundo Dra. Ana, essa é uma rotina cansativa e complicada de manter, mas é o que os dois amam fazer.

Dra. Ana e Dr. Bruno também fazem parte dos especialistas que acompanham o movimento Médicos Atletas nas redes sociais. Ambos conheceram a plataforma por meio do Instagram e adoram o incentivo que é lançado aos profissionais da área médica para uma carreira mais saudável. “Acho a ideia da plataforma excelente.

Uma forma de estimular os médicos a difundirem um estilo de vida saudável com conceito de longevidade, dando exemplo prático do que prescrevem e recomenda aos seus pacientes”. Diz Dr. Bruno Bonaccorsi. Para Dra. Ana o movimento ajuda a mudar essa visão de que o médico está sempre cansado e estressado, mostrando que ele também pode levar uma vida mais leve. “A plataforma vai mudando muito a vida dos médicos, vemos o antes e depois de alguns e temos a noção da diferença, da mudança do estilo de vida... e isso é muito legal, pois temos que ser exemplo para os nossos pacientes.”, finaliza Dra. Ana.





CONTABILIDADE
GERENCIAL

A C&C Contabilidade
cuida de suas finanças
para você cuidar de
quem mais importa:
SEUS PACIENTES!

• Setor de legalização • Setor Fiscal
• Setor Pessoal • Setor Contábil

☎ (85) 9.9117.7969

@/cecontabilidadegerencial

f/coutinhoecarvalhocontabilidade

✉ carvalho@coutinhoecarvalho.com.br

🌐 www.coutinhoecarvalho.com.br



PNEUMOLOGIA E COVID-19: Aspectos Éticos e Judicialização

AUTOR: DR. RENATO EVANDO MOREIRA FILHO

*Médico e Advogado, Especialista em Direito Médico
e Professor Doutor da Universidade Federal do Ceará*

CRM-CE 6921 OAB-CE 22667

renatoevandom@secrel.com.br



Desde cedo na História da Medicina, o “respirar” se mostrou tema de interesse. De fato, a compreensão sobre a anatomia, fisiologia e enfermidades que afetam os pulmões se revelou como componente essencial para a continuidade da civilização humana. Ainda na antiguidade grega de Hipócrates, de Cós, a ausculta (oitiva) dos pulmões com o ouvido do médico sobre o tórax do doente, além da percussão torácica eram descritas na semiologia. Com o passar dos séculos, diversos elementos foram compondo a Pneumologia como especialidade médica. São exemplares: René Laennec (1816 - criação do estetoscópio moderno e publicação da obra “De l’auscultation mediate”), o espirômetro (1844 - instituído por John Hutchinson), a tuberculose (denominada tísica, do grego phthísis – consumpção. Foi marcada pela descrição de Robert Koch do *Mycobacterium tuberculosis*, correlacionando-o com a doença, em 1882); Radiografias (1895 - pioneiramente aplicadas por W. Roentgen), broncoscopia com fibra óptica (1958), tomografia computadorizada (1972) e ressonância magnética (1980).

Em 2020, com a instalação mundial da Covid-19 promovida por um vírus de transmissão e comprometimento respiratórios, a assistência da Pneumologia se elevou em destacada posição. Em consequência, questões Bioéticas surgiram neste cenário. Ressaltamos:

(I) Inexistência de protocolos com tratamentos específicos: pesquisa e experimentação científica

Oportuno destacar a relevância que a pesquisa científica assume, a fim de fundamentar as decisões dos profissionais de Medicina.

Em homenagem ao princípio II do Código de Ética Médica (CEM), in verbis: “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”, ergueu-se a preocupação com a efetividade das pesquisas *in vitro* quando transplantadas para as instituições clínicas. Desta forma, o interesse em temas como “Grau de evidência científica” e “Ética em pesquisa com seres humanos” esculpiram os cuidados na assistência, incluindo o diagnóstico e prognóstico dos doentes com Covid-19 alicerçados, entre outros parâmetros, na intensidade do comprometimento pulmonar. Não custa lembrar: “Ensino e Pesquisa Médica” é o tema do capítulo XII do CEM (Resolução CFM 2.217/2018), distribuído do art. 99 ao art. 110.

(II) Tomada de decisão: as Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

As UTI sempre foram palco de recepção a enfermos portadores de doenças graves - com potencial risco a vida e possibilidade de recuperação clínica. Em face da situação sanitária da Covid-19, significativa quantidade de leitos de UTI foram criados. No gerenciamento de tais leitos, inúmeros normativos dos Conselhos de Medicina incidem. São exemplos:

- Resolução CFM 2.271/2020: define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário (UCI) conforme

sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento;

- Parecer CFM 24/2019: as UTI e as UCI devem desenvolver critérios de qualidade para a segurança dos pacientes, além de definir atribuições e competências na composição da equipe;

- Parecer CFM 42/2017: reconheceu o suporte respiratório e cardiovascular por intermédio da Circulação Extracorpórea com Oxigenação por Membrana (ECMO) como procedimento não experimental, de alto risco e complexidade;

- Parecer CRM MS 01/2014: aponta critérios de priorização de vagas para a UTI, tornando mais justo e equânime o acesso às vagas disponíveis.

Ao analisarmos o tema sob o espectro do Direito Médico; é possível evidenciar inúmeros normativos exarados pela administração pública – municipal, estadual, distrital ou da União – e Poder Legislativo, alguns destes com potencial para conversão em demandas judiciais - a denominada “Judicialização”. Distinguimos:

Lei 3.989/2020 - Dispõe sobre o uso da Telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus SARS-CoV-2.



O termo “Telemedicina” permite espectro mais largo do que a legislação federal pretende conceder. A rigor, a “Telemedicina” já é utilizada no Brasil há quase duas décadas, considerando a autorização, pelo CFM, da utilização da “Teleradiologia” e da “Telepatologia”, por exemplo. A expressiva inovação, ao menos no Brasil, que esta lei trouxe foi a autorização da “Teleconsulta”. Considerando a contingência da pandemia; especialidades como Psiquiatria, Infectologia, Endocrinologia, Cardiologia e mesmo a Pneumologia, dentre outras, puderam se valer das possibilidades deste disciplinamento. Consultas, solicitação e avaliação do resultado de exames complementares, além da emissão de atestados e prescrições médicas se tornaram possíveis na modalidade “a distância”. Oportuno destacar que a mesma lei dispõe que competirá ao Conselho Federal de Medicina a regulamentação da Telemedicina após o período da pandemia da Covid-19;

(b) Lei 14.006/2020 – estabeleceu o prazo de 72 horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde.

Por meio desta legislação, restou autorizada a importação célere e emergencial de medicações, sem registro na ANVISA, mas que tivessem registro e autorização de distribuição nos países de origem. Desta forma, medicamentos que não tinham o uso franqueado, no Brasil, passaram a ser passíveis de prescrição médica, incluindo antivirais e outras drogas de suporte ventilatório de interesse dos

pneumologistas, por exemplo.

(c) Considerando a vastidão das questões jurídicas aplicáveis a pandemia da Covid-19, elencamos alguns temas de interesse que merecem leitura atenta:

- Lei 13.709/2018: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e tratamento dos dados sensíveis dos pacientes, obtidos durante a pandemia;

- Autonomia Universitária, pandemia e abreviação para conclusão de cursos da área da Saúde;

- Limitação da execução de certos procedimentos médicos eletivos.

Oportuno destacar algumas efemérides associadas ao tema, a exemplo da homenagem aos especialistas (02 de junho - Dia do Médico Pneumologista) e a data de estímulo a investida contra causa comum de pneumopatias (29/08 - Dia Nacional de Combate ao Fumo).

In fine, como se sabe, a respiração é ato contínuo e espontâneo, costumeiramente mais valorado na sua ausência ou limitações. Bebendo na fonte do bardo mineiro Drummond: “Entre um e outro amor, é aconselhável um pouco de respiração”.

2º Congresso do Movimento Médicos Atletas

"COMMAT

Muito além das endorfinas

18 a 21 de outubro de 2021



- Saúde Mental
- Exercício é Remédio
- Nutrição ▪ COVID
- Trabalho Científico
- Muito mais!

www.medicosatletas.com.br/congresso

Realização:



Apoio:

Jornal do Médico®



A ONCOLOGIA E O CÂNCER DE PULMÃO

AUTORA: CONSELHEIRA DRA. IANE LIMA

Oncologia Clínica - CRM-CE 8515 - RQE N°: 3868

Conselheira Editorial do Jornal do Médico®

iane@quimioclinic.com.br



O câncer de pulmão é o segundo tipo mais comum no Brasil, tanto em homens quanto em mulheres. Embora a incidência venha diminuindo nos últimos anos com as campanhas contra o tabagismo, ainda há um longo desafio pela frente. Sua alta mortalidade está diretamente relacionada com o diagnóstico tardio, com doenças mais avançadas. Muitas pesquisas estão sendo desenvolvidas em diversos centros médicos do mundo inteiro, promovendo grandes avanços na prevenção, diagnóstico precoce e principalmente no tratamento. Nessa área, as terapias-alvo e a imunoterapia vêm se tornando cada vez mais indispensáveis na oncologia.

O tratamento para o câncer de pulmão varia conforme a histologia, condição clínica do paciente, e principalmente com o estágio da doença. Nos estadiamentos mais iniciais, a cirurgia continua tendo um papel fundamental. A radioterapia pode ser usada tanto após a cirurgia, quanto em casos irresssecáveis, de forma isolada ou em combinação com a quimioterapia. Avanços técnicos como a radioterapia estereotática têm oferecido maior segurança e melhores resultados. Porém, infelizmente a grande maioria dos pacientes ainda é diagnosticada em fases mais tardias da doença, quando a principal finalidade do tratamento é controlar o avanço do tumor, mantendo a melhor qualidade de vida possível. Nesse contexto, a quimioterapia a base de platina segue como base para a maioria dos protocolos. A escolha de um esquema terapêutico é feita conforme o uso anterior de outros medicamentos e de acordo com as características do paciente e a preferência do médico.



A oncologia tem gerado muito conhecimento em relação à biologia das células tumorais, direcionando cada vez mais o tratamento para alvos específicos. Hoje, o material colhido para avaliação patológica deve ser suficiente para a análise histológica, imuno-histoquímica, e por vezes, testes genéticos; pesquisa de mutações (ex.: EGFR) e rearranjos genéticos (ex.: ALK) têm implicações tanto prognósticas, quanto terapêuticas.

Uma nova e promissora arma no manejo das neoplasias é a imunoterapia; medicamentos que estimulam o sistema imunológico do paciente para reconhecer e “destruir” as células cancerígenas. Podemos classificá-la em dois grupos, de acordo com as substâncias utilizadas e seus mecanismos de ação: ativa (substâncias estimulantes e restauradoras da função imunológica e vacinas de células tumorais são administradas para intensificar a resistência do corpo ao crescimento do tumor) e passiva (uso de anticorpos anti-tumorais para aumentar a capacidade imunológica de combate à doença).

Apesar de todos os avanços, o câncer de pulmão continuará sendo o responsável pela morte de muitos pacientes. A melhor forma de diminuir o número de casos é com a prevenção e principalmente o diagnóstico precoce.



ELMO: a prova de que investir em educação, ciência e tecnologia **SALVA VIDAS**

AUTOR: DR. MARCELO ALCANTARA HOLANDA

*Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará,
Pneumologista e Intensivista, Professor Associado da UFC,
Coordenador do Projeto Elmo (CRM-CE 6702)
E-mail: ascom.esp@gmail.com*



O Brasil sofre com a Covid-19, mas sofre muito mais por não investir fortemente em educação, ciência e tecnologia, pilares estratégicos para o setor saúde. Um país rico é um país que confia na ciência, que faz inovação. E o estado do Ceará vem mostrando o seu potencial.

Estávamos na primeira semana de abril de 2020. A Covid-19 impunha medos, com mais interrogações do que certezas. Como seríamos menos impactados? Como atender melhor e garantir assistência à população? Em abril de 2020, o Brasil e o estado do Ceará viviam uma situação dramática. A catástrofe iminente era a provável falta de ventiladores mecânicos e leitos de UTI. Com o número crescente de casos e as projeções, imaginávamos que pessoas morreriam sem esses equipamentos. Havia uma pressão enorme para a solução para essa questão.

Por uma provocação da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), fizemos uma reunião: ESP, Funcap, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza e Sistema FIEC/Senai. Várias ideias relacionadas ao assunto foram colocadas à mesa, os pesquisadores apontavam para o desenvolvimento de um ventilador mecânico cearense. Observei as propostas e disse: "A gente jamais vai conseguir fazer um respirador mecânico do zero. Não estamos conseguindo nem fabricar máscaras suficientes". Era impossível, dado à complexidade dessas máquinas, desenvolver um ventilador em tempo tão curto.

Apresentei a figura de um paciente nos

EUA que, em 2016, usava um capacete, conhecido como helmet, para auxiliar a respiração em um quadro grave de insuficiência respiratória parecido com a Covid-19. No Brasil não existia, não conseguiríamos importar também. Revisamos a literatura: os helmets americanos e europeus evitavam que cerca de 50% dos pacientes fossem intubados. A ideia foi bem aceita e a partir daí se formou uma força-tarefa para o projeto do nosso capacete 100% cearense.

Éramos uma força-tarefa multidisciplinar, abraçada pelo Governo do Ceará, por meio da Secretaria da Saúde do Estado (Sesa), ESP/CE e Funcap, tendo ainda a Federação das Indústrias do Estado do Ceará (Fiec), por meio do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai/Ceará), UFC, Unifor e apoio do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) e da empresa Esmaltec.

Montamos um laboratório no sistema Senai (Serviço Nacional da Indústria) com equipe que reunia fisioterapeutas, engenheiros clínicos, desenhistas de produtos industriais, médicos. Elaborou-se o conceito, a construção e testagem de protótipos. Tudo em tempo recorde: em dez dias de pesquisas e diálogos, já fazíamos o primeiro teste de conceito.

Três meses e nove protótipos depois, chegamos ao que achamos ideal para os testes clínicos, realizados no Hospital Estadual Leonardo da Vinci. Foram 10 pacientes com Covid-19 confirmada e necessitando de oxigênio, com hipoxemia significativa e precisando de máscara de reservatório em torno de 10L/min. Ao



final dos testes, em outubro, observamos excelente resposta na aplicação do Elmo. Nove de dez pacientes melhoraram a oxigenação imediatamente. Seis dos dez pacientes não precisaram de intubação.

O Elmo tornou-se uma realidade a partir daí. Só em leitos do Sistema Único de Saúde no Ceará foram três mil pacientes tratados, até junho de 2021. Em todo o país, o dispositivo é motivo de esperança. O equipamento está presente em 23 estados.

O resultado de cerca de 60% de sucesso persiste nos 6 meses em que os hospitais da rede pública do Ceará aplicam o Elmo.

A perspectiva atual é seguirmos com o que está ocorrendo no estado do Ceará: a difusão da inovação com sua incorporação gradual no sistema de saúde, no caso do SUS, mas também no sistema de saúde suplementar, não só no tratamento da Covid-19. O Elmo é a prova de que investir na ciência, educação e tecnologia salva vidas.



DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

**Uma doença rara que leva ao
acometimento pulmonar e hepático**

AUTORAS: DRA. DENISE CARVALHO DE ANDRADE

CRM-CE: 8141 RQE: 6701

DRA. ELLAINE CARVALHO

CRM-CE: 15438 RQE: 6704

ambas são especialistas em Genética Médica
geneticamedicaceara@gmail.com



A deficiência de alfa-1 antitripsina (DAAT) é um distúrbio raro de etiologia genética, causada por uma mutação no gene SERPINA1, que codifica o inibidor de protease alfa-1 antitripsina. Ocorre com uma frequência comparável à da fibrose cística, afetando cerca de um em cada 2.000 a 5.000 indivíduos nascidos vivos. A DAAT predispõe ao acúmulo e a consequente redução dos níveis séricos de alfa-1 antitripsina (ATT) que, determinam respectivamente, doença hepática e pulmonar. Pode se manifestar com disfunção hepática em indivíduos desde a infância até a idade adulta e com doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema e / ou bronquiectasia), caracteristicamente em indivíduos com mais de 30 anos.

A enzima ATT é produzida principalmente no fígado e atua como uma antiprotease e possui como principal função inativar a elastase neutrofílica, impedindo a ocorrência de dano tecidual, sendo considerada uma proteína de fase aguda, e seus níveis séricos podem estar aumentados em processos infecciosos. Portanto, ocorre a destruição de uma molécula de AAT para cada protease inibida, de modo que existe uma perda de moléculas de AAT. Entretanto, em condições normais, existe um excesso de AAT nos pulmões, o que garante proteção frente à ação elastolítica da elastase neutrofílica. Além de agir como antiprotease, a AAT parece ter importante função antiinflamatória nos pulmões.

A DAAT consiste em um dos distúrbios metabólicos mais comuns em pessoas de herança do norte da Europa, ocorrendo em aproximadamente um em 5.000-7.000 indivíduos na América do Norte

e um em 1.500-3.000 na Escandinávia. AATD também ocorre (em frequências mais baixas) em todos os outros subgrupos raciais em todo o mundo. Apesar da sua importância, não existem dados epidemiológicos brasileiros a respeito da prevalência da doença. O subdiagnóstico também tem sido uma importante limitação tanto para o estudo da doença quanto para o tratamento adequado dos pacientes.

A expressão clínica da doença varia dentro e entre famílias. Em adultos, o tabagismo é o principal fator na aceleração do desenvolvimento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) nesses pacientes. Os não fumantes podem ter uma expectativa de vida normal, mas também podem desenvolver doenças pulmonares e / ou hepáticas. Embora relatado, o enfisema em crianças é extremamente raro. Embora a história natural da AATD varie, dependendo em parte do que trouxe o indivíduo à atenção médica (por exemplo, sintomas pulmonares, sintomas hepáticos, parente assintomático de um indivíduo afetado), o início da doença respiratória em fumantes com AATD é caracteristicamente entre as idades 40 e 50 anos. A doença hepática associada, que está presente em apenas uma pequena parte das crianças afetadas, se manifesta como colestase neonatal. A incidência de doença hepática aumenta com a idade. A doença hepática em adultos (manifestando-se como cirrose e fibrose) pode ocorrer na ausência de história de doença hepática neonatal ou infantil.

Praticamente 80% dos pacientes são identificados a partir da investigação de sintomas respiratórios, enquanto, em apenas 3% dos casos, o diagnóstico deve-se

à doença hepática. O reconhecimento desta condição como causa de doença pulmonar é importante para o pneumologista, já que pode haver grandes retardos entre o início dos sintomas e o diagnóstico. O intervalo entre o início dos sintomas e a identificação da doença pode ser de 8 anos ou mais.

O diagnóstico desta patologia, em geral, baseia-se na demonstração de baixa concentração sérica de alfa-1 antitripsina (AAT) e através do teste genético com a identificação de alterações genéticas específicas no gene SERPINA1. De fato, em muitos pacientes, o reconhecimento das variantes genéticas envolvidas é feito apenas tardiamente e após consultas com diferentes médicos. O diagnóstico precoce é essencial para a implementação de medidas preventivas e para limitar a carga da doença. Embora diretrizes nacionais e internacionais para o diagnóstico e manejo da DAAT estejam disponíveis há mais de 20 anos, cerca de 85% dos casos não são diagnosticados e, portanto, não são tratados. No Brasil, os motivos para o subdiagnóstico da DAAT incluem o desconhecimento dos médicos sobre a condição, a diversidade racial da população, o fato de os níveis séricos de AAT serem avaliados em um número limitado de indivíduos e a falta de ferramentas diagnósticas disponíveis.

No estudo epidemiológico denominado Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO, Projeto Latino-Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar), delineado para o rastreamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e conduzido na cidade de São Paulo, descobriu-se que 15,8% dos indivíduos com 40 anos ou mais eram portadores de DPOC e que 12,5% desses

indivíduos nunca haviam sido expostos ao tabaco. A partir desses dados, infere-se que outros fatores de risco para a DPOC, além do tabagismo, sejam importantes no Brasil, entre eles a deficiência de AAT. Um estudo em portadores de DPOC encontrou deficiência grave de AAT em 2-3% dos pacientes. Ainda segundo o estudo PLATINO, estima-se que haja de 5 a 7 milhões de portadores de DPOC no Brasil. Porém, não se sabe quantos desses pacientes têm deficiência de AAT ou qual o alelo deficiente mais comum.

A DPOC nesses pacientes é tratada com terapia padrão. A terapia de aumento com infusão intravenosa periódica de antitripsina alfa-1 humana combinada (AAT) é usada em indivíduos com enfisema estabelecido. O transplante de pulmão pode ser uma opção apropriada para indivíduos com doença pulmonar em estágio terminal. O transplante de fígado é o tratamento definitivo para doenças graves (irá restaurar os níveis de AAT). A terapia com dapsona ou doxiciclina é usada para paniculite; se refratário a isso, a terapia de aumento de AAT intravenosa em altas doses é indicada. Deve-se evitar veementemente o tabagismo (ativo e passivo); exposição ocupacional a poluentes ambientais usados na agricultura, poeira mineral, gás e fumos; uso excessivo de álcool.

Esses pacientes deverão ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar e deverão passar por um adequado aconselhamento genético a fim de identificar a alteração genética para auxílio na confirmação diagnóstica além de possibilitar o mais cedo possível a investigação genética daqueles parentes em risco que se beneficiariam da instituição de

tratamento e medidas preventivas.\

REFERÊNCIAS:

Alpha-1 Antitrypsin Deficiency -
GeneReviews® - NCBI Bookshelf (nih.gov)

José R Jardim, Francisco Casas-
Maldonado, Frederico Leon Arrabal
Fernandes, Maria Vera Cruz de O
Castellano, María Torres-Durán, Marc

Miravittle. Atualização e perspectivas
futuras para o diagnóstico da deficiência
de alfa-1 antitripsina no Brasil. J Bras
Pneumol, 2021; 47 N (3).

Aquiles A Camelier, Daniel Hugo
Winter, José Roberto Jardim, Carlos
Eduardo Galvão Barboza, Alberto Cukier,
Marc Miravittles. Deficiência de alfa-1
antitripsina: diagnóstico e tratamento. J
Bras Pneumol. 2008;34(7):514-527.

SOBRE AS AUTORAS:



DRA. DENISE CARVALHO DE ANDRADE,
CRM-CE: 8141 RQE: 6701

Especialização em Genética Médica pela Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Genética Médica, Mestrado em Ciências Fisiológicas pela UECE e Doutorado em Genética pela Universidade de São Paulo (USP-SP). Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Presidente da Regional Norte e Nordeste da Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica (SBGM); Médica geneticista do Complexo Hospitalar Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Clínica Genclinics. Professora Adjunta concursada de Genética Médica na UECE e docente da disciplina de Genética e Embriologia do Centro Universitário Christus. Atua também como membro titular da Sociedade Americana e Europeia de Genética Médica.



DRA. ELLAINE CARVALHO,
CRM: 15438 RQE: 6704

Residência em Genética Médica pela Universidade de São Paulo (USP-SP). Título de especialista em Genética Médica pela Sociedade Brasileira de Genética Médica e Associação Médica Brasileira. Estágio em Displasias Esqueléticas no Hospital Necker-Enfants Malades- Paris-França. Doutorado em Biotecnologia com ênfase em Genética Médica (Renorbio- Universidade Estadual do Ceará). Docente da disciplina de Genética e Embriologia do Centro Universitário Christus (Unichristus). Membro da Sociedade Americana e Europeia de Genética Médica. Médica geneticista do Hospital Geral dr César Cals, do Centro Oncológico Leonardo da Vinci e da Clínica Genclinics.

Ouçá agora.



Anchor



Spotify



DICAS SOBRE PUBLICIDADE
MÉDICA E DA ÁREA DA SAÚDE

ENTREVISTAS EXCLUSIVAS
COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE SUAS ESTRATÉGIAS DE
MARKETING

ANÁLISES TÉCNICAS SEM
MARKETÊS SOBRE MARKETING
DIGITAL E MARCA PESSOAL



Trocando as Bulas
Com Argollo & Mônica Vieira

SEJA UM PARCEIRO OU O PRÓXIMO
PACIENTE DO NOSSO CONSULTÓRIO:

www.jornaldomedico.com.br/trocandoasbulas

Jornal do Médico

in
spi
ra **go!**



TRANSPLANTE DE PULMÃO NO CEARÁ

Experiência de 10 anos

AUTOR: DR. ANTERO GOMES NETO

Cirurgião Torácico, CRM: 3674-CE - RQE N°: 4680

Médico do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (CE)

Professor Associado do Depto. de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFC

E-mail: anterogn@gmail.com



O transplante de órgão é considerado um procedimento cirúrgico de alta complexidade por várias razões, e aqui enumero algumas delas: o envolvimento de duas pessoas, sendo uma o receptor e a outra o doador; o órgão a ser transplantado apresenta perda irreversível de sua função fisiológica; a cirurgia exige uma técnica refinada e uma equipe bem treinada para executá-la; o manejo do pós-operatório requer uma equipe multiprofissional bem preparada, altamente qualificada, e recursos hospitalares adequados.

O transplante de pulmão, por outro lado, tem um aspecto sui generis por ser o único órgão que quando transplantado mantém contato com o ambiente externo através da via aérea, que o torna mais suscetível à infecção respiratória. Além disso, se no pós-operatório o doente permanece entubado e em ventilação mecânica por tempo prolongado, e por ser imunossuprimido, o risco de infecção é potencializado. Por tudo isso, fazer transplante de pulmão é um grande desafio, mas pode ser transposto, e a literatura médica tem mostrado isso, pela combinação da excelência de recursos humanos e materiais da instituição que se propõe a fazê-lo. No Brasil, somente três estados, São Paulo, Rio Grande do Sul e Ceará, realizam o transplante de pulmão, e no Brasil, por ser um país de extensão continental, o Ceará assume uma posição estratégica para o Ministério da Saúde, por atender pacientes portadores de doença pulmonar avançada das regiões norte e nordeste do País.

No Ceará, o Hospital de Messejana tem uma equipe multiprofissional de alto nível

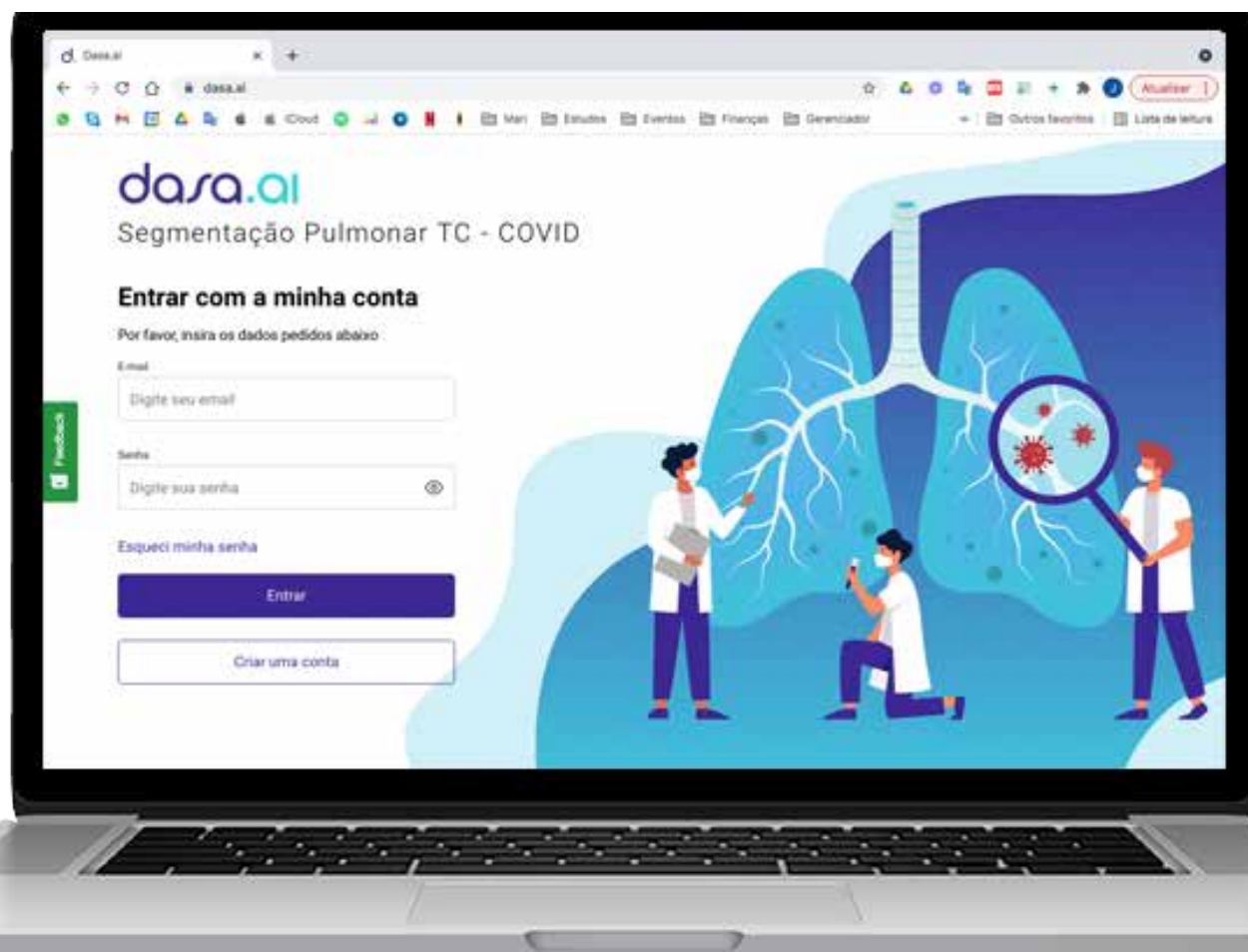
técnico, constituída por médicos cirurgiões torácicos, anesthesiologistas, pneumologistas, intensivistas, e pelos demais profissionais da enfermagem, farmácia, odontologia, fisioterapia, serviço social, psicologia, nutrição e terapia ocupacional, que, pelo empenho e profissionalismo, vem fazendo transplante de pulmão há 10 anos com bons resultados. Essa equipe, na época coordenada por mim, fez com sucesso o primeiro transplante pulmonar do Ceará, que foi também o primeiro do Norte e Nordeste, em 14 de junho de 2011. Até este ano, foram feitos 48 transplantes, em 47 pacientes, sendo um retransplante por perda do enxerto, após episódios sucessivos de rejeição. Ressalta-se que um programa de transplante necessita da educação continuada dos seus profissionais, no sentido da busca de novos conhecimentos e da incorporação de novas terapias e de novas tecnologias, como o dispositivo de ECMO, que agregou valor no suporte transoperatório e no tratamento de algumas complicações pós-operatórias. Imbuídos deste objetivo, parte da nossa equipe, que incluiu cirurgiões torácicos e



pneumologistas, esteve no mês de janeiro de 2020 visitando o programa de transplante pulmonar de Toronto/Canadá, que é referência para o mundo nesta área, e não por acaso onde foi realizado em 1983 o primeiro transplante pulmonar do mundo em humano com absoluto sucesso. Desde então o número de transplantes realizados no mundo, pelo registro da Sociedade Internacional de Transplante de Coração e Pulmão, vem aumentando anualmente, alcançando quase 70.000 transplantes em adultos.

Os Estados Unidos da América (EUA) atualmente realizam em torno de 2.500 transplantes de pulmão por ano (Organ Procurement and Transplantation

Network, 2021), enquanto o Brasil tem feito em média menos de 100 por ano, totalizando 894 nos últimos 10 anos, de 2010 a 2020, de acordo com os registros de transplantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), o que demonstra uma defasagem muito grande em relação aos EUA. Deixo esses números para reflexão dos leitores e das autoridades governamentais, mas deduz-se que existe uma demanda reprimida muito grande de pacientes com doença pulmonar avançada que necessitam de um transplante para viver, ou que estão morrendo pela falta dele. O Brasil através do SUS e de todas as instâncias governamentais precisa resgatar essa dívida com a sociedade brasileira.



ALGORITMO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL na pneumologia

REPORTAGEM: ERIKA GRECY
Produtora de Conteúdo

Já não é mais novidade que o mundo está se tornando cada vez mais digital e tecnológico, inclusive na medicina, que já conta com uma série de benefícios para a carreira de médicos e profissionais da saúde.

A pandemia de COVID-19 acelerou ainda mais os processos tecnológicos, visto que há grande necessidade por respostas cada vez mais rápidas em diagnóstico das mais variadas patologias na saúde do paciente. Além disso, essa modernidade também tem proporcionado a carreira de médicos e especialistas em saúde uma melhor avaliação de cenários na saúde do paciente, em que a Telemedicina é um das grandes possibilidades da assistência sem fronteiras.

Um elemento tecnológico de grande importância e que vem fazendo a diferença na medicina é a Inteligência Artificial; tecnologia que traz soluções, abordando redes neurais artificiais, algoritmos, sistemas de aprendizado e outras ferramentas que simulam habilidades humanas, trazendo dados mais precisos e melhores condições para avaliação e decisão médica em benefício na saúde do paciente.

Um exemplo do uso da Inteligência Artificial na medicina é o surgimento de uma solução colaborativa e gratuita que traz a possibilidade de médicos do mundo todo fazerem o upload de exames de tomografia computadorizada de tórax para serem avaliados pelo algoritmo de inteligência artificial (AI), que quantifica o acometimento do pulmão pela COVID-19. O resultado quantitativo é enviado para o e-mail do médico do paciente, em até cinco minutos, e a iniciativa deixa o diagnóstico



*Reportagem com Dr. Leonardo Vedolin, CRM: 179324-SP
Vice-Presidente da Área Médica da Dasa*

da doença ainda mais assertivo.

“Nos centros que não usam AI, a análise da tomografia é subjetiva com laudos que indicam comprometimento entre 30% e 50%, por exemplo, e essa interpretação pode mudar entre diferentes médicos. Com a AI, as lesões são classificadas por padrões de 1 a 4 que indicam o acometimento do pulmão pela COVID-19. Essa assertividade impacta na definição de conduta, desfecho e na evolução da doença”, explica Leonardo Vedolin, vice-presidente da área médica da Dasa.

O site que permite o upload das imagens de TC de tórax a serem avaliadas pelo algoritmo já está disponível e pode ser acessado por especialistas de qualquer área e de todas as partes do mundo, sendo preciso informar apenas CPF, CRM e e-mail em <https://dasa.ai>. Além disso, o site também oferece segurança ao ter todas as imagens anonimizadas, sem identificação do paciente ou de qualquer informação clínica após o upload.

A tecnologia e a inovação em saúde é um processo em constante evolução, onde vale muito que médico e profissional de saúde tenham conhecimento sobre essas ferramentas e tirem o máximo proveito em benefício na saúde dos pacientes e consequente as suas desafiadoras carreiras.



DOENÇA PULMONAR GRANULOMATOSA: Os Meandros de uma Enfermidade Complexa

REPORTAGEM: MAURÍCIO MAYKON
Jornalista

Nos últimos anos houve um considerável aumento, na área da medicina, de estudos referentes aos problemas que acometem o sistema respiratório humano, com destaque para uma doença complexa e de variada incidência, conhecida como Doença Pulmonar Granulomatosa. Essa enfermidade não se refere a um tipo patológico específico, mas a um amplo espectro de patologias com manifestações clínicas múltiplas e desfechos variáveis. Nesse sentido, a principal característica dessa doença consiste na formação de granulomas no sistema respiratório, em especial nos pulmões, ocasionando insuficiência no funcionamento deste órgão, podendo resultar em diversos problemas.

De acordo com os cientistas, um granuloma pode ser descrito como um tipo de inflamação no tecido do organismo humano, em forma de nódulo, formado principalmente como consequência da reação de células imunológicas que tentam eliminar “agentes estranhos” ao corpo. É descrito ainda como uma agregação focal de células inflamatórias, macrófagos ativados (histiócitos epitelioides), células gigantes de Langhans e linfócitos.

A partir de diversos estudos, conseguiu-se verificar que a Doença Pulmonar Granulomatosa se caracteriza por uma multiplicidade de agentes causadores (fungos, bactérias, vírus, entre outros) e que a obtenção de um diagnóstico assertivo requer um trabalho minucioso do médico, necessitando de exames laboratoriais e de imagem, acompanhamento do paciente e estudo dos sintomas, tendo em vista descartar outras possibilidades e iniciar o tratamento de modo ágil e eficiente.

Isso ocorre devido ao pequeno tamanho das amostras de tecido obtidas por biópsia pulmonar transbrônquica (BPTB), juntamente com a alta variabilidade entre os patologistas, complica a interpretação da patologia. Assim, muitas vezes há a necessidade de uma biópsia pulmonar cirúrgica, pois esta pode fornecer amostras de tecido maiores em comparação com BPTB.

Como a infecção é uma causa comum de granulomas pulmonares, é sempre importante excluir doenças pulmonares infecciosas. Os organismos mais frequentemente encontrados nos granulomas pulmonares são as micobactérias e os fungos. Embora as doenças pulmonares infecciosas possam mostrar granulomas necrosantes e não necrosantes, os granulomas necrosantes têm maiores probabilidades de estarem associados a doenças pulmonares infecciosas. Os médicos devem observar que a tuberculose (TB) também pode mostrar granulomas não necrosantes, dependendo do estado imunológico do paciente.

Assim, no momento em que as micobactérias são identificadas, o próximo passo é diferenciar micobactérias tuberculosas de micobactérias não tuberculosas (MNT). No entanto, a micobactéria tuberculosa e a MNT são morfologicamente semelhantes, e frequentemente indistinguíveis. Atualmente, os únicos métodos definitivos de diferenciação para as micobactérias, são a cultura microbiológica e a PCR. As micobactérias podem crescer em cultura mesmo quando a coloração específica produz resultados negativos. Se a cultura microbiológica não estiver disponível, a PCR é o único método para diferenciar os organismos.

Deve-se destacar que a doença granulomatosa pode ocorrer a partir de enfermidades infecciosas, como tuberculose, granuloma fúngico e micobacteriose não tuberculosa; e não infecciosas, como sarcoidose, granulomatose sarcóide necrosante, granulomatose broncocêntrica, entre outros. Tal fato evidencia a complexidade dessa doença e as inúmeras possibilidades de intervenção e tratamentos, devendo o profissional estar alinhado com o que há de mais assertivo e moderno no combate aos efeitos da enfermidade.

Desse modo, os avanços recentes nos procedimentos diagnósticos para doenças pulmonares granulomatosas foram revisados. Embora alguns dos procedimentos diagnósticos tenham potencial para melhorar a precisão do diagnóstico, eles ainda não podem ser usados rotineiramente na prática. Como o granuloma por si só é um achado inespecífico, a abordagem multidisciplinar é importante para um diagnóstico confiável. Assim, a caracterização dos achados histológicos associados, e a avaliação dos achados clínicos e radiológicos, são cruciais para obter um diagnóstico preciso.



Reportagem com Dr. Dylvarado Costa Lima
CRM 3886-CE / RQE 8927
E-mail: dylvardofilho@hotmail.com

*O artigo completo sobre esta revisão de literatura
será disponibilizado na íntegra em breve no
formato de E-book pelo Aplicativo Jornal do
Médico e site jornaldomedico.com.br*



PRIMÓRDIOS DA PNEUMOLOGIA CEARENSE

AUTORA: CONSELHEIRA ANA MARGARIDA

*Médica CRM 1782-CE, historiadora, imortal da Academia
Cearense de Medicina e conselheira Editorial do Jornal do Médico*
E-mail: anamargarida50@uol.com.br



A história da pneumologia no Ceará começa com a luta contra a tuberculose, pois como disse Affonso Berardinelli Tarantino (1915-2014) o bacilo de Koch, até a descoberta dos quimioterápicos, reinava absoluto e não abria espaço nos pulmões para as outras pneumopatias.

Na primeira metade do século XX, a tuberculose, também conhecida como “peste branca”, foi altamente prevalente nas grandes cidades. Na década de 1920, os coeficientes de mortalidade por tuberculose oscilavam de 150 a mais de 300 por 100.000 habitantes em todas as grandes metrópoles do Mundo. Era uma verdadeira tragédia social e familiar.

Em quase todas as capitais brasileiras, nas décadas de 1930 e 1940, estes índices variavam de 150 a 500 por 100.000 e a tuberculose era a principal causa de morte. Na capital alencarina, o coeficiente de mortalidade por tuberculose era de 300 por 100 mil, somente superada pelas diarreias e enterites.

Até a inauguração do “Sanatório de Messejana”, em 1º de maio de 1933, a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza foi o hospital que acolheu os tuberculosos. Inaugurada em 12 de fevereiro de 1861, com 80 leitos, a Santa Casa de Misericórdia cumpriu importante papel por ter sido o primeiro hospital de Fortaleza e único refúgio para os doentes das mais diversas patologias.

As Santas Casas de Misericórdia surgiram em Lisboa-Portugal, em 1498, por iniciativa do frei Miguel de Contreiras com o apoio da rainha Leonor, casada com o rei Dom João II. A Ordem das Santas

Casas de Misericórdia foi instituída pela Igreja Católica com o objetivo de praticar a caridade e tinha como missão cuidar dos pacientes desvalidos.

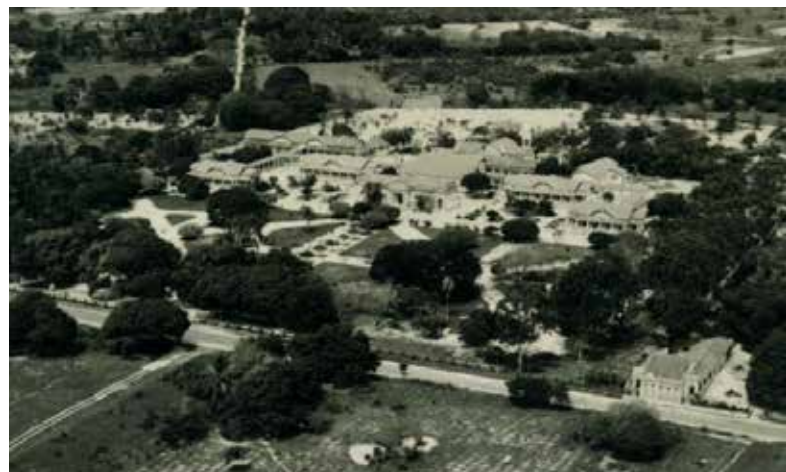
A irmandade foi trazida para o Brasil, em 1540, quando foi inaugurada a Santa Casa de Santos-SP. Em 1545, foi criada a Santa Casa de Vitória-ES e, em 1560, a de Porto Seguro-BA e a de Olinda-PE. A do Rio de Janeiro foi criada, em 1582, e a de São Paulo, em 1624.

No Ceará, em consequência da seca de 1845, que elevou dramaticamente o número de doentes, foi cogitado pelo Presidente da Província, Cel. Inácio Correia de Vasconcelos, a construção de um Hospital da Caridade. A referida construção foi iniciada, paralisada e concluída somente em 1857.

Em 1859, o Presidente da Província, Antônio Marcelino Nunes Gonçalves, organizou a Irmandade da Misericórdia em Fortaleza para ser a mantenedora do Hospital da Caridade, que passou a chamar-se Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Em 1861, a Santa Casa foi inaugurada pelo

Vista aérea do Sanatório de Messejana (CE)

Fonte: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=435410>



referido Presidente.

A criação do primeiro sanatório do Ceará para tratamento dos pacientes tuberculosos foi fruto do idealismo de três conceituados médicos: João Otávio Lobo (1892-1962), Lineu de Queiroz Jucá (1905-1946) e Pedro Augusto Sampaio (1884-1967) que abraçaram a causa da tuberculose.

Com o nome de “Sanatório de Messejana”, foi inaugurado com 20 leitos para tratar os tuberculosos, através do regime higieno-dietético (repouso e alimentação) e intervenções cirúrgicas da tuberculose como: pneumotórax (segundo José Rosemberg (1909-2005) o tratamento heroico até o advento das drogas quimioterápicas), o pneumoperitônio, cirurgia de Jacobeus (secção de aderências pleurais), plumbagem, frenicotomia, frenicotripsia, frenicosectomia, toracoplastia, ressecção pulmonar etc.

O Sanatório de Messejana foi um hospital privado até 1940, quando o IPEC (Instituto de Previdência do Ceará) o adquiriu tornando-o público. Em 1944, o fisiólogo Dr.

Carlos Alberto Studart assumiu sua direção permanecendo neste cargo até 1983.

Na década de 1930, o sanitarista João de Barros Barreto escolheu o Ceará para ser sede de um dos 12 sanatórios a serem construídos no Brasil, já que a magnitude da tuberculose em nosso meio incluía nosso Estado nos critérios de escolha.

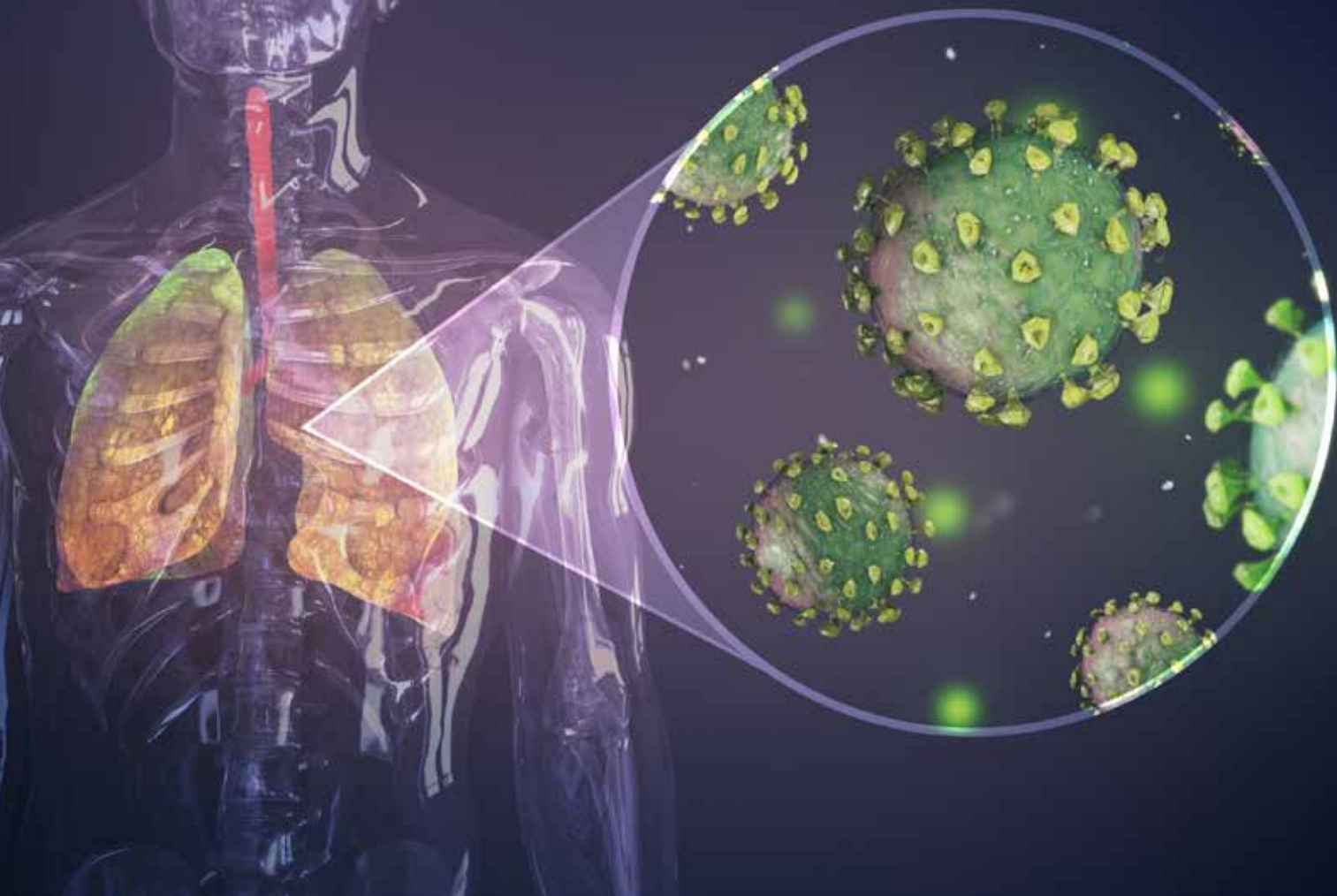
A construção do “Sanatório em Maracanaú” foi graças a doação do terreno pelo Estado do Ceará e consumiu mais de uma década (1938-1950). Por questões políticas e operacionais o Sanatório de Maracanaú (SM), como passou a ser chamado, só abriu efetivamente suas portas, em 04 de junho de 1952, graças ao trabalho de uma plêiade de abnegados, dentre eles o Dr. Gilmário Mourão Teixeira, que foi seu primeiro diretor.

Extrato de um texto de Ana Margarida Furtado Arruda Rosemberg: “FRAGMENTOS DA HISTÓRIA DA PNEUMOLOGIA CEARENSE” publicado na revista da Sociedade Cearense de Pneumologia e Tisiologia, em dezembro de 2010.

Vista aérea do Sanatório de Maracanaú (CE)

Fonte: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=436820&view=detalhes>





Impactos da COVID-19 são grande desafio para a área de **CARDIOPNEUMOLOGIA**

AUTOR: DR. CARLOS ALBERTO CORDEIRO HOSSRI

*cardiologista, com habilitação em Ergometria e
Reabilitação Cardiovascular, especialista em Medicina do Exercício e do Esporte e
presidente do Grupo de Estudos de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica
(GERCPM) do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e
Reabilitação Cardiovascular (DERC), da Sociedade Brasileira de Cardiologia
CRM/SP 56495 - RQE 14156 e RQE 35939
www.portal.cardiol.br instagram: @sbc.cardiol*



Após mais de um ano de pandemia, a batalha para a reabilitação das inúmeras sequelas provocadas pelo novo coronavírus continua.

Grande é o desafio que a área da cardiopneumologia vivencia com os impactos gerados pela pandemia da Covid-19. Embora tenhamos a experiência de pouco mais de um ano, ainda muitas incertezas permanecem dentro do nosso horizonte. Além da busca de melhores e adequadas medidas no tratamento da SARS-CoV-2, as batalhas continuam dentro do cenário da reabilitação com suas inúmeras e heterogêneas sequelas.

Há cerca de um ano, publicamos nosso Posicionamento do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular (DERC), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), sobre a atuação médica em suas áreas durante a pandemia por Covid-19, e tais orientações estão de acordo com os melhores níveis de evidência científica até o momento.

Muitos efeitos de longo prazo ainda estão sendo conhecidos, incluindo aspectos

fisiopatológicos de como o vírus afeta o condicionamento físico geral. Foram identificados danos ao coração, cérebro, pulmões e rins, mas ainda não há como identificar ou prever de forma exata quais os indivíduos que sofrerão tais comprometimentos. Algumas pessoas também podem apresentar sintomas persistentes, incluindo falta de ar, dores musculares, perda de força e exaustão, gerando quadros de angústia e depressão, especialmente para indivíduos previamente ativos ou mesmo atletas.

A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por Covid-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. Os idosos e os que possuem outras condições de saúde, como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode pegar a Covid-19 e ficar gravemente doente.

Cronogramas para voltar ao esporte ou exercício, restrições do treinamento físico, isolamento e quarentena

Todas as pessoas que praticam exercícios com teste positivo para Covid-19, independentemente dos sintomas, devem descansar por um período mínimo de 10 dias. Não deve haver atividade física ou treinamento nesse período de 10 dias. Se o teste de um indivíduo for positivo, mas não apresentar sintomas, o início do isolamento começa na data do teste positivo. Se eles forem sintomáticos, este período começa na data em que os sintomas começaram.

As recomendações clássicas para qualquer quadro infeccioso devem ser seguidas: boa hidratação, nutrição adequada e acatar as orientações e os conselhos de seus profissionais de saúde. O cronograma de retorno ao exercício ou esporte é determinado por quão leve, moderado ou grave o caso foi. Após o acometimento pelo SARS-CoV-2, o retorno às atividades físicas deve ser gradual, após o obrigatório período da quarentena.

Para a maioria das pessoas, mesmo as ativas, o retorno à atividade física habitual provavelmente será um processo lento e exigirá paciência. Nesse sentido, é fundamental o estímulo ao paciente para que sua motivação supere o processo muitas vezes longo de reabilitação.

ACOMETIMENTOS CARDÍACOS E PULMONARES

Lesões cardíacas podem ser diversas e respondem por cerca de 10% a 20% dos casos e podem cursar com inflamações do coração tanto no pericárdio (pericardite), ou mesmo no músculo cardíaco (miocardite), que é mais provável de ser encontrada em pessoas que tiveram um caso moderado ou grave da Covid-19, mas pode acontecer com qualquer pessoa que tenha sido infectada com presença de arritmias cardíacas graves. Dado este risco potencial aumentado de miocardite, os indivíduos previamente melhor condicionados e atletas ao retornarem às atividades físicas após infecções por Covid-19 precisam ser liberados por um profissional de saúde que irá determinar se algum teste adicional é necessário. Devido ao risco de miocardite,

a retomada dos treinamentos deve seguir um retorno gradativo da atividade física para monitorar os sinais e sintomas dessa grave complicação. Essas pessoas podem necessitar de exames adicionais, incluindo o eletrocardiograma, imagens do coração, como ecocardiograma ou mesmo ressonância magnética, além de exames séricos que mensuram a presença de alterações inflamatórias, de comprometimento muscular cardíaco e marcadores enzimáticos antes de serem liberados para iniciar uma progressão de volta à atividade.

Após 30 dias pode ser submetido a exames funcionais, como o teste ergométrico, ou, de preferência, o teste cardiopulmonar que irá fornecer dados objetivos de seu quadro funcional, cardíaco e respiratório, além de orientar a prescrição dos treinamentos de reabilitação.

Estudos pioneiros chineses evidenciaram que 33% dos pacientes que morreram com comprometimento respiratório também apresentavam acometimento cardíaco, com lesão miocárdica ou insuficiência cardíaca documentada. Além disso, 7% das vítimas fatais tiveram lesão cardíaca isolada e evoluíram para choque cardiogênico.

O acometimento respiratório é de fato mais comumente observado e associado à manifestação de cansaço, dispneia e muito frequentemente queixa de fôlego curto aos esforços. Na presença de queda da saturação de oxigênio, ou lesões características observadas na tomografia de tórax do tipo “vidro-fosco” superiores a 25% da área pulmonar, existe a indicação reforçada de reabilitação pulmonar, cujos efeitos

terapêuticos permitirão recuperação mais ágil e efetiva da capacidade respiratória.

Retorno gradual aos esportes para os pacientes convalescentes da Covid-19 atletas e adultos ativos, pois, como descrevemos, as complicações podem acometer inúmeros órgãos conforme destacados na **ilustração abaixo**:

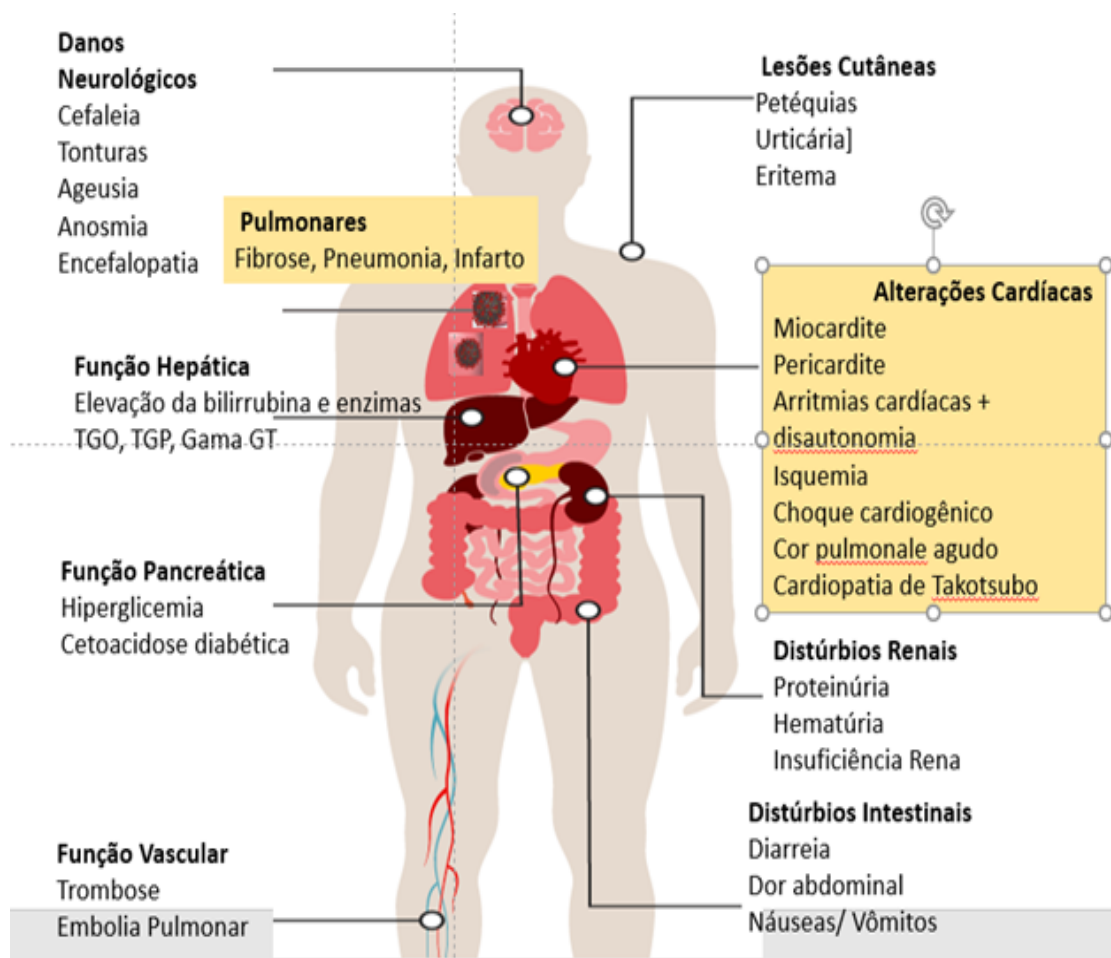
Em suma, a reabilitação cardiopulmonar é a melhor estratégia terapêutica para recuperação ampla dos pacientes que apresentaram sequelas cardíacas e ou respiratórias dessa infecção que se tornou um grande desafio para o mundo na atualidade.

REFERÊNCIAS:

Grossman GB, Sellera CAC, Hossri CAC, Carreira LTF, Avanza Jr. AC, Albuquerque PF, et al. Posicionamento do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular (DERC/SBC) sobre a atuação médica em suas áreas durante a pandemia por COVID-19. Arq Bras Cardiol. 2020; 115(2):284-291.

Li J. Rehabilitation management of patients with COVID-19: lessons learned from the first experience in China. Eur J Phys Rehabil Med. 2020;56(3):335-8.

Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):943-98.





UM DOS MAIS IMPORTANTES EVENTOS CIENTÍFICOS DA CARDIOLOGIA

**trouxe uma série de
simpósios e debates**

AUTORA: ERIKA GRECY
Produtora de Conteúdo

Considerado um dos mais importantes eventos científicos da Cardiologia brasileira, o 40º Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia aconteceu de forma virtual, com mais de 1800 inscritos em um programação de alto nível focada na carreira que abordou diversos temas da atualidade.

De acordo com Dr. Nivaldo Filgueiras (CRM: 10366 - RQE N°: 3402 - RQE N°: 4324) cardiologista intensivista e presidente da Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia (SNNC), os três dias de Congresso, trouxe uma série de simpósios e debates de importante impacto para a carreira dos especialistas, reunindo mais de 165 palestrantes, além de aulas ministradas por grandes nomes como os especialistas Renato Lopes, da Duke University nos Estados Unidos, Ricardo Petraco, da Imperial College of London, do Reino Unido e João

Brum, presidente da Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular (APIC). “O evento contou também com o 15º Simpósio Norte-Nordeste de Hemodinâmica, apresentando estudos clínicos e debates com os mais recentes estudos divulgados no mundo.”, contou o presidente da SNNC.

Ainda segundo Dr. Nivaldo Filgueiras, o Congresso se tornou ainda mais especial por ter ocorrido com tanto sucesso mesmo em meio a pandemia da COVID-19. “Sem dúvida alguma foi um evento especial. Nós utilizamos uma plataforma digital excelente, tivemos recorde de inscritos no congresso, recorde de inscrições de temas livres e houve uma atualização científica muito importante, já que o congresso aconteceu uma semana após as apresentações de vários estudos científicos, ocorridos no congresso americano de cardiologia do American College of Cardiology (ACC)”, afirmou o presidente.



“Então, nós pudemos atualizar todos os cardiologistas em relação aos temas mais relevantes, tivemos vários profissionais de outras especialidades, profissionais da área da saúde como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos... E tivemos também um recorde total em relação à presença durante as aulas e palestras. Realmente foi um evento marcante”.

O 40º Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia também premiou pela primeira vez os melhores temas livres. “Os três primeiros colocados ganharam um prêmio em dinheiro. Com isso, foi trazido um estímulo muito grande para que nos próximos anos mais publicações relevantes estejam acontecendo no nosso congresso. No geral foi o maior congresso da história, entre os congressos norte e nordeste que aconteceram até hoje”, ressalta Dr. Nivaldo.

O congresso foi uma grande contribuição científica para a atualização dos especialistas, e ainda contou com a magnífica apresentação da cantora



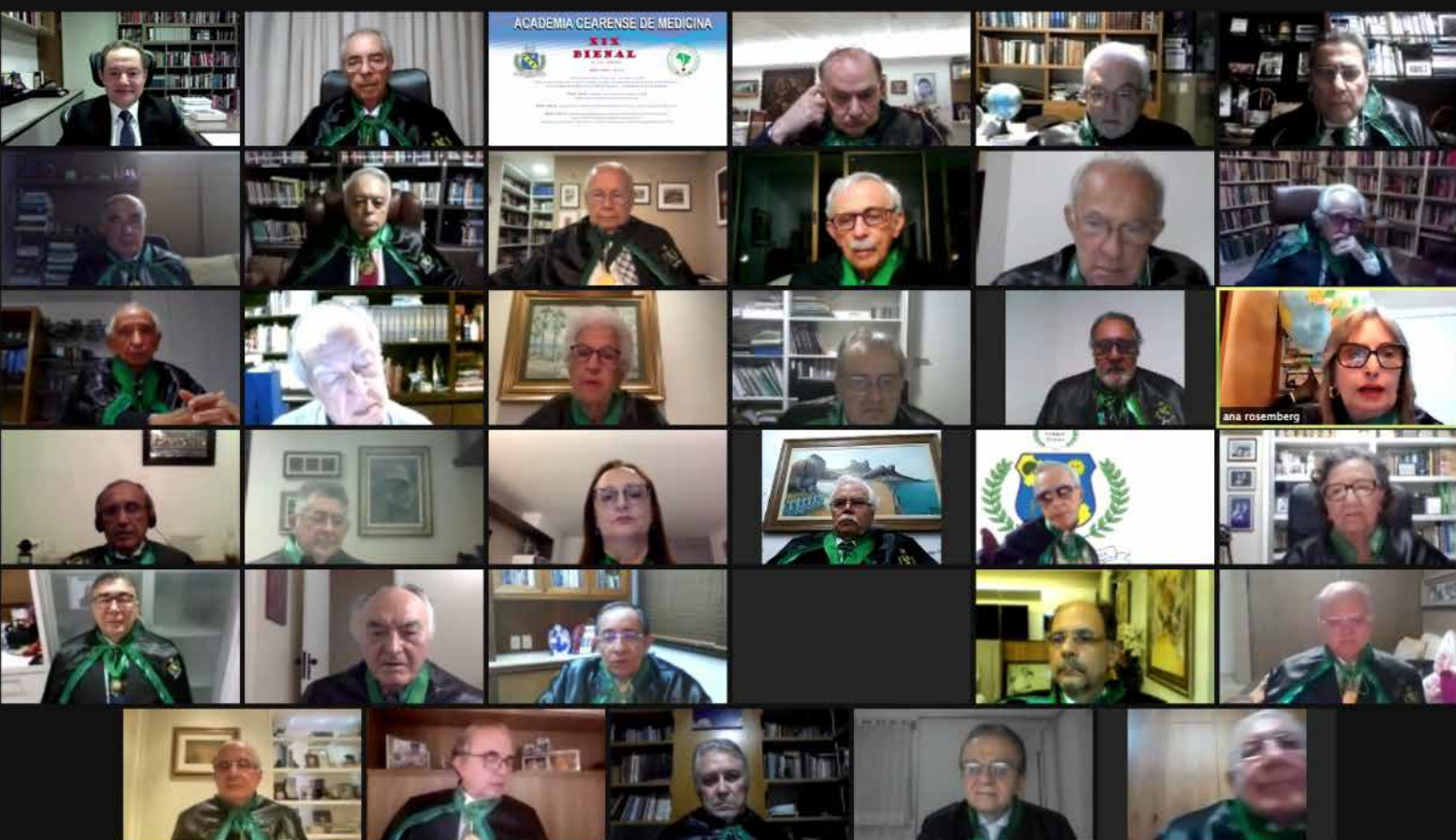
ENTREVISTADO: DR. NIVALDO FILGUEIRAS

CRM: 10366-BA, Especialista em cardiologia (RQE Nº: 3402) e medicina intensiva (RQE Nº: 4324), Presidente da Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia (SNNC)



**40º CONGRESSO
NORTE - NORDESTE
DE CARDIOLOGIA**

paraibana Elba Ramalho, que realizou um show exclusivo, trazendo seus grandes sucessos e apoio a campanha “Um Coração no Combate à Fome”, que vai distribuir cestas básicas para instituições que ajudam famílias necessitadas das regiões Norte e Nordeste.



A EXITOSA XIX BIENAL DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

AUTOR: CONSELHEIRO ACAD. PROF. DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Médico e membro das Academias Cearenses de Medicina e de Saúde Pública

Conselheiro Editorial do Jornal do Médico®

CRM-CE Nº 2412, RQE Nº 589

marcelo.gurgel@uece.br



Academia Cearense de Medicina (ACM) realizou em Fortaleza, de 12 a 14 de maio de 2021, a sua XIX Bienal, evento de natureza científica e cultural e de notória relevância para a Medicina cearense.

O programa científico, tendo a Covid-19 como tema central, foi elaborado pela Diretoria Científica e por integrantes da ACM mais afeitos ao temário tratado.

A programação do evento foi desenvolvida em Sala Virtual Zoom, com links reservados aos expositores e acadêmicos, sendo também aberto a profissionais e estudantes da área de Saúde e ao público em geral interessado na problemática da presente pandemia, sem necessidade de inscrição prévia, acessível por meio das redes sociais (Facebook e YouTube) vinculadas ao Site da ACM.

A sessão solene de abertura, ocorrida na noite de 12/05/2021, constou das falas iniciais dos acadêmicos Pedro Henrique Saraiva Leão, presidente da ACM, Janedson Baima Bezerra, presidente da Bienal, e José Otho Leal Nogueira, Presidente de Honra da Bienal. Coube ao Acad. Vladimir Távora Fontoura Cruz, em continuidade, proferir efetuar o discurso de saudação pelos 43 anos de fundação do sodalício médico.

Após o lançamento do Volume XIX dos Anais da ACM, conduzido pelo presidente Pedro Henrique Saraiva Leão, juntamente com o diretor de Publicações da ACM, o Acad. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, deu-se Conferência Magna de Abertura "Covid-19: Direitos humanos em quarentena?", pronunciada pelo procurador

federal Ailton Benedito de Souza (GO), encerrando as atividades daquela noite.

Os trabalhos da manhã de 13/05/2021 foram iniciados pela Conferência "Covid-19 e as epidemias na história do homem", proferida pela professora e pesquisadora Margareth Pretti Dalcolmo (RJ). Em seguida, houve o Painel: "Covid-19: a doença", com os seguintes temas: 1. "Medicina translacional: da biologia molecular à fisiopatologia da doença"; 2. "Covid-19 como doença sistêmica: as repercussões dos sistemas respiratório, vascular, digestivo, renal e neurológico"; e 3. "Observação clínica ainda é a maior ciência. Fatos que sustentam o uso dos corticoides e outras drogas na Covid-19", com os painelistas Roberta Lacerda Dantas (RN) e Fernando Antônio Brandão Suassuna (RN), Weiber Silva Xavier (CE) e Roberto Sebastian Zeballos (SP), nessa mesma ordem. Completando a manhã, o Simpósio "Covid-19: apresentações especiais", integrado por: 1. "Sobreposição de Covid e dengue e outras arboviroses" (doenças paralelas) e 2. "Síndrome inflamatória sistêmica em criança e adolescente com Covid-19", sendo seus simposiastas os professores Ivo Castelo Branco Coelho (CE) e Robério Dias Leite (CE).

O expediente da tarde de 13/05/2021 foi aberto pela Conferência "Os paradigmas do conhecimento médico, o tratamento precoce e a vontade de curar", exposta pela médica e pesquisadora Nise Hitomi Yamaguchi (SP). Na sequência, teve o Painel: "Covid-19: o tratamento (o estado da arte)", quando foram tratados os temas: 1. "Covid 19: Cuidados iniciais e encaminhamento para hospitalização"; 2. "Covid-19 e o sistema respiratório: métodos

de oxigenação invasivos e não invasivos”; e 3. “Covid-19 como doença imunológica: plasmaterapia, imunoglobulina hiperimune, e outros recursos”, pelos painelistas Mônica Cardoso Façanha (CE), Marcelo Alcântara Holanda (CE) e Luciana Maria de Barros Carlos (CE). Para concluir as atividades vespertinas, sucedeu o Simpósio “Pós-Covid-19”, discorrendo sobre: 1. “Variantes virais, mutações e reinfeção” e 2. “Aspectos clínicos e tratamento de variantes na Covid-19”, de responsabilidade dos simposiastas Eveline Santana Girão (CE) e Flávio Aduara Cadeggiani (DF).

O turno matutino de 14/05/2021 foi começado pela Conferência “Covid-19: aspectos médico-psicossociais”, sob o encargo do médico psiquiatra Hélio Angotti Neto (DF). A seguir transcorreu o Painel “Covid-19: a profilaxia”, exibindo os temas: 1.

“Imunogenicidade das diferentes formas de vacinas x resposta imune ao coronavírus”; 2. “Covid-19: validade da imunização e estratégias de vacinação para garantia da eficácia”; e 3. “Covid-19: como alguns povos conseguiram controlar a pandemia antes da vacina”, contando com os painelistas Eurico de Arruda Neto (SP), Jeová Keny Baima Colares (CE) e Antônio Carlile Holanda Lavor (CE). Fechando a manhã, teve o Simpósio “Situações paralelas à doença”, tratando de: 1. “O respeito à dignidade da pessoa humana em tempos de pandemia” e 2. “Repercussão econômica da Covid-19: os contextos brasileiro e internacional”, com os simposiastas José Abelardo Garcia de Meneses (BA) e Felipe Bastos Gurgel Silva (USA).

Das 13h às 13h30, abrindo a sessão de encerramento, pôs-se em curso o



lançamento do livro “Escritos em tempos da Covid-19”, apresentado pelo Acad. Antônio Carlile Holanda Lavor, obra de autoria do Acad. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, que, ato contínuo, discursou esmiuçando o processo de construção do livro e exibiu um audiovisual contendo ilustrações relacionadas a grandes epidemias que assolaram a humanidade.

Das 13h30 às 14h, o Acad. Pedro Henrique Saraiva Leão fez a outorga da Medalha Antônio Justa aos médicos Edmar Maciel Lima Júnior, Huygens Parente Garcia, Manoel Odorico de Moraes Filho, Marcelo Alcântara Holanda e Maria Elisabete Amaral de Moraes.

A Conferência Magna de Encerramento, intitulada “Plataformas vacinais: presente e futuro”, foi ministrada pelo professor e farmacêutico Arnaldo Correia de Medeiros (DF), concluindo assim a programação científica traçada.

Ao final do evento, o Acad. Janedson Baima Bezerra, Vice-Presidente da ACM, fez um minudente Sumário da Bienal, tecendo comentários atinentes à programação desenvolvida e prestou tocante homenagem ao Acad. Sérgio Gomes de Matos, Patrono (in memoriam) da Bienal, que abruptamente deixou o convívio fraterno, buscando abrigo em uma morada celestial junto ao Pai Eterno.

A XIX Bienal revestiu-se de pleno sucesso, pela excelência da sua programação cumprida rigorosamente, conforme o planejado, e preenche conhecimento científico associado ao tema da Covid-19, que atraiu um vasto público, tanto na sala virtual do Zoom, com expressivo número de acadêmicos acompanhantes, como nas mídias sociais disponíveis ao público externo.

De parabéns estão os membros da ACM e, mais especialmente, os integrantes da Comissão Organizadora da referida Bienal.



REFLEXOS DA XIX BIENAL DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

AUTOR: ACAD. ROBERTO MISICI

Membro do Conselho Científico - ACM, Cadeira n. 02
misiciroberto@hotmail.com



AXIX Bienal da Academia Cearense de Medicina (ACM), evento de grande magnitude realizado de 12 a 14 de maio próximo passado, que no contexto geral de sua programação objetivou e sugeriu diretrizes na reconstrução de uma nova visão em relação a esta crise epidêmica que atinge a humanidade.

Também a Bienal visualizou que, em meio a tanto sofrimento e perplexidade, de tantos casos e óbitos registrados, temos que semear esperança na fé. Este relato objetiva e deseja demonstrar as necessidades e sofrimentos das pessoas em várias situações de maneira muito pessoal, sentida, comprometida e esperançosa de uma nova era pós pandemia, já que o infame vírus ameaça a todos sem nenhuma discriminação, mas sobretudo porque o mundo pós Covid-19, deve ser sentido e realizado por todos.

Devemos encorajar todos que detém responsabilidades médicas, políticas e sociais, como tem sido feito pela a nossa ACM, nas suas intervenções através dos nossos acadêmicos. Devemos trabalhar ativamente em prol do bem comum, partilhando eticamente os fatos, informações conhecimentos e recursos.

Devemos ainda com muito esmero e seriedade, para os que normalmente são mantidos em silêncio e invisíveis, os mais pobres, sendo assim nos ajudando a tomarmos consciência do que realmente está acontecendo e de nossa verdadeira condição.

Precisamos nos precaver que além do

vírus biológico SARS CoV-2, agente causal da Covid-19, temos que nos livrar de um muito pior que pode nos atingir o “VÍRUS DA INDIFERENÇA EGOÍSTA”.

É tempo de remover as desigualdades, sanar as injustiças proporcionando a integralidade na saúde da humanidade inteira.

Olhando para o futuro, vamos observar sinais de que a pandemia da Covid-19 exibiu claramente. Não devemos esquecer o quanto a perda do contato humano durante este período nos tenha empobrecido profundamente, quando fomos separados da família, dos amigos etc., incluindo a crueldade total de não podermos acompanhar os moribundos nos seus últimos momentos de vida e depois chorá-los devidamente. Não consideremos óbvio o fato de podermos retomar a convivência no futuro, mas redescubramo-la e encontraremos forma de fortalecer agora esta probabilidade.

Diante disto neste momento estamos todos envolvidos e implicados por causa da Covid-19 com fenômenos associados de desigualdade, aquecimento global e a má gestão, fatores estes que ameaçam a todos nós.

A Covid-19 permitiu-nos por a prova o egoísmo e a concorrência e uma nova era de solidariedade, colocando todos os seres humanos no mesmo plano de dignidade, cada um assumindo a sua responsabilidade, contribuindo para que todas as gerações futuras pudessem prosperar.

A pandemia da Covid-19 deve eliminar

determinadas ações comportamentais nocivas à própria saúde como a indiferença, porque o mundo inteiro está sofrendo e deve-se sentir unido no enfrentamento da mesma.

O expurgo do egoísmo, pois o desafio que enfrentamos nos une a todos e não faz distinção de pessoas, com mais solidariedade, recorrendo a soluções inovadoras e as convivências pacíficas e ao progresso das próximas gerações.

A abolição das divisões, a quantos tem responsabilidades nos conflitos, para que tenham coragem de aderir ao apelo de cessar fogo global e imediato em todos os cantos do mundo. Ainda não é tempo para continuar a fabricação e comercialização de armas, gastando somas enormes que deveriam ser usados para cuidar das pessoas e salvar vidas.

Também não é tempo para o esquecimento, e que a crise que estamos enfrentando não nos faça esquecer, muitas outras emergências que acarretam sofrimentos a inúmeras pessoas.

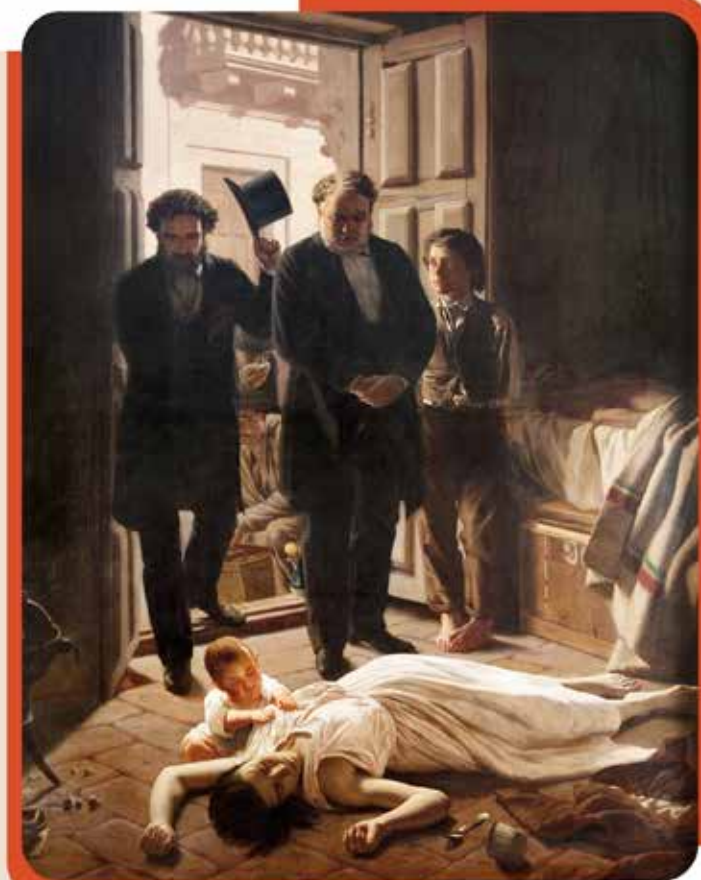
Verdadeiramente estas ações

comportamentais como: a indiferença, o egoísmo, a divisão e o esquecimento não são as que queremos viver neste tempo de pandemia, mas queremos bani-las por completo.

Se a luta contra a pandemia da Covid-19, é uma guerra, todos nós representamos um verdadeiro exército invisível que luta em trincheiras mais perigosas. Este exército que somos todos nós, médicos e profissionais da área da saúde, têm como tripé de defesa uma arma potente representada pela solidariedade, esperança e sentido de comunidade que reverdecem nos dias de hoje em que ninguém se salva sozinho e que ela encontre os anticorpos da justiça, da caridade e da solidariedade para vencermos definitivamente e integralmente este perigoso e nefasto inimigo que é o vírus SARS CoV-2.

Finalizando, o evento da XIX Bienal teve como propósito primordial aproximar cada vez mais a ACM das instituições em que a mesma está envolvida com nossa saúde, em termos de colaborar com as autoridades competentes com o escopo final de divulgar e informar eticamente “EXTRAMUROS”, a educação médica e a promoção da saúde.

ESCRITOS EM TEMPOS DA COVID-19



MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

NOSSOS ESCRITOS em tempos de COVID-19

AUTOR: CONSELHEIRO ACAD. PROF. DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Médico e membro das Academias Cearenses de Medicina e de Saúde Pública

Conselheiro Editorial do Jornal do Médico®

CRM-CE N° 2412, RQE N° 589

marcelo.gurgel@uece.br



Em fevereiro último completou-se um ano da identificação oficial do primeiro caso da Covid-19 no Brasil, aportada em 26/03/2020. Como vaticinara o adivinho a César para se ter “cuidado com os idos de março”, o Ceará, logo a seguir, diagnostica o seu caso-índice dessa doença em 15/03/2020.

Em 17/03/2020, após tomar parte na reunião que oficializou o “Grupo de Trabalho de Enfrentamento à pandemia do coronavírus no âmbito da Fundação Universidade Estadual do Ceará”, do qual sou membro efetivo, optei por me resguardar em casa a fim de diminuir o nível de exposição ao novo coronavírus.

Naquela mesma semana, aproveitando dois feriados locais, o Dia de São José (19/03), padroeiro do Ceará, e a magna data da abolição da escravatura na Terra da Luz (25/03), eu havia me programado para passar alguns dias nos EUA, para rever meus familiares ali radicados.

O avanço da Covid-19 no território do Tio Sam e o início do progressivo fechamento do espaço aéreo norte-americano prenunciavam prováveis dificuldades para o meu retorno ao Brasil, o que me obrigaria a uma permanência de duração incerta fora do meu torrão e ainda ao desabrigo da cobertura de seguro saúde não garantido pelas seguradoras em situação de epidemias.

Além desses entraves, a longa duração do voo, envolvendo conexões e escalas com passagem por aeroportos de alto risco da transmissão viral, reforçou a minha decisão de, temporariamente, suspender a viagem.

Isto posto, diante da determinação das autoridades públicas de se cumprir o

distanciamento social, mantive-me em casa e incorporei o teletrabalho, como modo de produção laboral, para executar as múltiplas atividades integrantes do meu dia a dia.

Em 26/02/2020 alcancei 343 dias de um relativo confinamento domiciliar, apenas rara e eventualmente descontinuado, quando a condição presencial se afigura uma exigência absoluta.

A vigência dessa pandemia agregou compromissos inerentes a essa nova situação.

Assim, sob o pressuposto de ser médico sanitário e formador de opinião, contribuí com mais de meia centena de entrevistas concedidas às mídias locais e publiquei dezenas de artigos, nos moldes de crônicas e ensaios, na grande mídia cearense, todos eles focados na Covid-19, ora oportunamente enfeixados nesse livro.

Como médico, economista, pesquisador e professor universitário, foi possível trazer à baila diversos estudos científicos relacionados com a pandemia por SARS-CoV-2, que foram convertidos em trabalhos apresentados, artigos, capítulos e livros, os quais encontram-se sumarizados nessa obra.

Apesar das muitas perdas e dos sofrimentos impingidos à nossa gente, uma pitada de tom burlesco foi adicionada ao final desta publicação, inserindo-se nela alguns causos jocosos, mitigando a aridez de tão excruciente temática.

Com o desiderato de uma saudável leitura, invoquemos ao Criador para que, com o suporte da Ciência, sobrevenham dias melhores em nossas vidas.

**VAI SAIR?
USE MÁSCARA
E PROTEJA-SE
CONTRA A
COVID-19.
FAÇA SUA
PARTE!**

WWW.JORNALDOMEDICO.COM.BR

 **Jornal do Médico**