



ABR em Curitiba e no Congresso Brasileiro

Em 1820, Curitiba era chamada Nossa Senhora dos Pinhais de Curitiba e contava somente com 220 casas. O início da exploração e do comércio da erva-mate e da madeira provocou um impulso em seu crescimento. Vinte e dois anos depois, com 5.819 habitantes, era elevada à condição de cidade.

Em 1853 foi criada a província do Paraná. No ano seguinte, já com o nome de Curitiba, foi escolhida capital. O governo provincial promoveu, então, a colonização através de imigrantes europeus, principalmente italianos e poloneses.

Eduardo dos Santos Paiva, presidente deste Congresso, saudou os congressistas falando das belezas de Curitiba, em plena primavera, pronta para ser revisitada ou conhecida pela primeira vez neste evento, que trouxe inúmeros meios de interação para que os reumatologistas conhecessem as novidades e os vários temas tratados por palestrantes nacionais e internacionais. Esses diversos assuntos foram cuidadosamente escolhidos pela comissão científica da Sociedade Brasileira de Reumatologia, cuja presidência está a cargo do Dr. César E. Baaklini.

Apesar da situação econômica que o Brasil atravessa, estiveram presentes no Congresso 1.580 participantes, durante o qual foi realizado o Encontro Anual da Academia Brasileira de Reumatologia (ABR) que trouxe uma polêmica inusitada em relação às suas realizações anteriores, na apresentação da já famosa tertúlia. Leia mais na página 6.

O presidente Joaquim Nava Ribeiro e o diretor de eventos Aloysio Fellet deram posse ao novo acadêmico Roger Abramino Levy (foto ao lado). Durante o congresso tivemos o lançamento do livro *Tratado Brasileiro de Reumatologia* editado pelos acadêmicos Hamid Alexandre Cecin e Antônio Carlos Ximenes, além de contar com os editores associados: Adil Muhib Samara, João Carlos Tavares Brenol, Mittermayer Barreto Santiago e Wiliam Habib Chahade.



XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE
REUMATOLOGIA
07 A 10 DE OUTUBRO DE 2015
EXPOUNIMED - CURITIBA - PR



ESCOLÁPIO

Orgão Oficial da Academia Brasileira de Reumatologia



DIRETORIA BIÊNIO 2015-2016

PRESIDENTE

Joaquim Jaguaribe Nava Ribeiro

PRESIDENTE ELEITO

Mário Newton Leitão de Azevedo

SECRETÁRIO GERAL

Washington Bianchi

2º SECRETÁRIO

Izaías Pereira da Costa

TESOUREIROS

1o. Antonio Carlos Ximenes

2o. Lauredo Ventura Bandeira

DIRETORIA CIENTÍFICA

Coordenadores:

Aloysio J. Fellet

Membros:

Elizabeth Andrade Tavares

Helenice Alves Teixeira Gonçalves

José Carlos Almeida Pernambuco

Fernando S. Cavalcanti

Geraldo da Rocha Castelar P. Filho

Wanda Heloísa Rodrigues Ferreira

Paulo Madureira de Pádua

José Marques Filho

CONSELHO DELIBERATIVO

Membros da Diretoria (ex-Presidentes)

Roberto Carneiro

Aloysio J. Fellet

Rubem Lederman

Geraldo W. S. Gonçalves

Ueliton Vianna

Lipe Goldenstein

Adil Muhib Samara

Geraldo Gomes de Freitas

Walber Pinto Vieira

João Francisco Marques Neto

MEMBROS CONSELHEIROS

Swami J. Guimarães

Elizia Fernandes Lima

Carlos Eduardo Cury

Geraldo Furtado

José Eduardo Gonçalves

BOLETIM ACADÊMICO

Conselho Editorial

José Knoplich

SITE DA ACADEMIA

<http://www.academiareumatol.com.br>

Editado Pela Medgraf

knoplich@uol.com.br

EDITORIAL

Sucesso em Curitiba

Foi realizado de 07 a 10 de outubro de 2015 o Congresso Brasileiro de Reumatologia na cidade de Curitiba, sob a presidência do Prof. Dr. Eduardo dos Santos Paiva. Havia uma preocupação em relação à presença dos reumatologistas devido à situação econômica do país, mas, felizmente, foi registrada uma grande frequência dos especialistas nesse evento. Na ocasião também foi realizado o Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica. Deve-se notar que seria impossível realizar um resumo desse magnífico Congresso que contou com a presença de 15 convidados internacionais.



Consolidando uma tradição a Academia Brasileira de Reumatologia realizou a sua reunião anual durante o Congresso que teve como novidade, como pode ser lido adiante, a Tertúlia, que depois foi questionada e debatida entre os acadêmicos via e-mail. Durante o Congresso foi lançado o novo *Tratado de Reumatologia Brasileira* e também foi apresentada a nova edição do tratado *Enfermidades da Coluna Vertebral*, em sua 4a. edição. Com certeza, a publicação desses dois tratados, sendo o primeiro sobre reumatologia geral e o segundo, específico sobre enfermidades da coluna vertebral, foi uma ocorrência rara já que houve um intervalo de vários anos sem publicações semelhantes.



O principal assunto, em grande parte desse Congresso e na Reunião da Academia foi sobre o tema da Fibromialgia. Durante o Congresso foi feita uma indagação se ela existe realmente ou é um distúrbio da sensibilidade nervosa com influência de fatores sociais, psicológicos e até mecânicos.

A próxima reunião da ABR, que será realizada no XXXIII Congresso Brasileiro de Reumatologia em 2016, entre 24 e 27 de agosto, em Brasília, trará a provável continuação dos debates iniciados nessa reunião de Curitiba.

Assim fechamos o nosso ano de 2015, esperando um próximo ano repleto de saúde e realizações profissionais.

Joaquim Jaguaribe Nava Ribeiro
Presidente da ABR

Atuais desafios dos modelos da saúde no Brasil

A lógica da saúde no Brasil não é fácil de entender. Enquanto 75% dos brasileiros são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 como forma de garantir o atendimento gratuito e integral a qualquer cidadão, mais da metade dos gastos totais com procedimentos médicos vem da iniciativa privada: segundo a Agência Nacional de Saúde, aproximadamente 54% de tudo que é pago com medicamentos, atendimentos, exames e procedimentos saem dos bolsos de empresas ou famílias.

Esses são números que refletem como o objetivo básico da saúde pública universal não se alcança – e o mesmo acontece com relação à promoção da medicina preventiva. Nesse campo, o Brasil vem, repetidamente, dedicando mais atenção à gestão da doença, o que não elimina a pressão no combate às consequências sem tentar minimizar ou prevenir as causas.

E isso se reflete, ainda, em como a população vê o atendimento de saúde de forma geral: segundo reportagem publicada pelo Estadão Conteúdo em agosto de 2014, uma pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) revela que 93% da população brasileira considera péssimo, ruim ou regular a qualidade dos serviços públicos e privados do País. A avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) é pouco mais positiva: 87% classificam como péssimos, ruins ou regulares os serviços.

O sistema público, na leitura de Carlos Kfoury, superintendente executivo do Hospital do Coração, em São Paulo, tem características pouco favoráveis. Ele afirmou em entrevista à revista Panorama, editada pela Associação Nacional dos Hospitais Privados ANHP, que a saúde praticada na esfera pública tem particularidades distintas em relação àquela praticada pelo segmento privado, com desarticulações que geram ineficiências no sistema. Essa desarticulação é uma das causas mais patentes dos problemas notados pela sociedade na prestação dos serviços, e estaria na articulação, portanto, um caminho que já se mostrou eficaz na prática (veja abaixo em “Um exemplo bem-sucedido de parceria”).

A busca por saúde complementar

O cenário que se apresenta faz o acesso aos planos de saúde ser uma das demandas mais proeminentes das classes emergentes, que cresceram muito em renda. E esse desejo não arrefece nem diante dos sinais da crise econômica. Nos últimos dez anos, o número de brasileiros com acesso a planos privados de saúde praticamente dobrou, e 63% destes beneficiários ainda estão na região Sudeste.

Para Yussif Ali Meri Jr., presidente da Federação dos Hospitais do Estado de São Paulo, diante do agravamento da crise, o que tende a acontecer é a desassistência, já que o sistema público de saúde já não comporta a atual demanda. Diante de um descredenciamento de usuários da saúde suplementar, a única saúde disponível será simplesmente o “não atendimento”.

Outro desafio a ser enfrentado de frente é de responsabilidade da saúde suplementar: mesmo no acesso à rede privada, o nível de

satisfação dos usuários ainda está longe do ideal. Segundo a Anahp, cerca de 11% dos brasileiros consideram o serviço de saúde privada ruim ou péssimo e outros 35% não acreditam que o serviço passa do nível regular.

Vivemos um momento delicado na gestão da saúde, em que principalmente pacientes, médicos e outros profissionais do setor, os elos mais importantes da cadeia, se encontram insatisfeitos. “Isso acontece porque o modelo de relação do setor está errado e precisa ser revisto”, afirmou Francisco Eustácio Vieira, diretor-presidente do Hospital Santa Joana de Pernambuco, em evento do setor no começo deste ano.

Judicialização

O acesso a tratamentos e medicamentos por meios judiciais tem sido uma forma de os brasileiros forçarem o Estado a prover o que é previsto segundo o conceito de universalização da saúde, como consta na Constituição.

Meri Jr., no entanto, ressalta que esta questão tem criado privilégios para alguns, enquanto outros continuam na zona de desassistência. “A dor do cidadão doente é legítima, é claro. Mas o Estado não pode funcionar em benefício de uns e outros, e sim em benefício do coletivo”, explica. “O Estado deve prover saúde a todos sim, mas isso deve ser feito de forma mais racional. Alguns casos são justos, mas há muitos outros que são abusivos por parte do requerente.”

E o que esperar do futuro? Apesar do pessimismo de médicos e pacientes, alguns caminhos se desenham – e será preciso notá-los e inclui-los não como “a” solução, mas como parte dela: além de aproximar os setores público e privado e suas estruturas, concentrar esforços em prevenção para diminuir os custos dos tratamentos e prestar muita atenção ao que a tecnologia diagnóstica pode oferecer como aliada nesse sentido.

Um exemplo bem-sucedido de parceria

Entre as diversas soluções possíveis para resolver as questões da saúde que estão sendo pensadas e testadas, a que traz empresas e governos atuando em conjunto já tem resultados positivos para mostrar, seja na forma de Parceria Público Privadas ou no atendimento de paciente de SUS dentro da rede privada. Um exemplo bem-sucedido dessa forma de acordo acontece no Hospital do Subúrbio, em Salvador, na Bahia. Lá, R\$ 200 milhões do capital privado foram investidos na recuperação do hospital. Hoje a empresa captura esse investimento com os pagamentos vindos do governo.

Yussif Ali Meri Jr. entende que esse é um exemplo de sucesso e pode ser replicado, mesmo que com investimentos menores. “O caso do Hospital do Subúrbio é um bom exemplo, mas ainda é muito restrito. Apenas gigantes podem desembolsar um montante tão grande em um investimento”, explica.



Decreto com parâmetros para o Cadastro Nacional de Especialistas

A norma que cria as bases para implementação do Cadastro Nacional de Especialistas foi publicada em 11 de setembro deste ano, no Diário Oficial da União. O Decreto nº 8.516/2015, da Presidência da República, estabelece os critérios que deverão ser observados pelo Governo na montagem desse tipo censo, bem como as suas formas de uso. A proposta substituiu o Decreto nº 8.497/2015, que suscitou fortes críticas das entidades médicas e de vários parlamentares por abrir brechas para interferência nos processos de formação de médicos especialistas no País.

O impacto da mudança aparece logo no artigo 2º do Decreto, onde se informa, em seu parágrafo único, que para fins de composição do Cadastro Nacional serão considerados especialistas apenas os médicos com título de especialista concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da Associação Médica Brasileira (AMB), ou pelos programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Para se obter esse texto, sem os pontos que causaram polêmica e criaram inquietação entre os médicos, foi conduzido um processo de negociação mediado pelo presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha (PMDB-RJ). Na iminência de aprovar um Decreto Legislativo que sustava os efeitos da determinação presidencial, ele próprio sugeriu ao Governo a formação de um grupo de trabalho que discutisse as bases de uma alternativa, evitando desgastes para todos os envolvidos.

Essa comissão, que contou com a participação de representantes das entidades médicas – CFM, da AMB e da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), do Governo e dos parlamentares, se reuniu em várias oportunidades para discutir os pontos. Ao final, o resultado da negociação foi encaminhado à Casa Civil para envio à publicação, permitindo a formatação do Cadastro Nacional de Especialistas com o objetivo de reunir informações relacionadas aos médicos para subsidiar o Governo na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde.

De acordo com o presidente do CFM, Carlos Vital, o apoio dos deputados Eduardo Cunha, Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS) e Mendonça Filho (DEM-PE), bem como da maioria das lideranças dos partidos, foi fundamental para evitar a implantação das medidas previstas no texto original. “Por terem apresentado o projeto de decreto legislativo que sustava a medida governista e pelo estímulo ao diálogo entre as entidades médicas e os Ministérios da Saúde e da Educação, estes parlamentares merecem o reconhecimento público de seus esforços na defesa do bem social e pela preservação da formação dos especialistas brasileiros”, declarou.

Além de eliminar as ameaças que pairavam sobre o processo de formação dos especialistas, o novo texto trouxe uma importante conquista para o movimento médico. O ganho veio na forma de consolidação da Comissão Mista de Especialidades como fórum legítimo para definir, por consenso, as especialidades médicas no País. O grupo será formado por dois representantes da CNRM – um do Ministério da Saúde e um do Ministério da Educação; dois do CFM; e dois da AMB.

De acordo com Mauro Ribeiro, 1º vice-presidente do CFM, de forma integrada, as representações médicas impediram os efeitos

deletérios do Decreto original e trouxeram um grande avanço. “Ao detalhar na lei o papel da Comissão Mista de Especialidades, a Medicina e a sociedade saem vitoriosas, pois terão ao seu dispor um grupo fortalecido e tecnicamente competente para discutir todas as etapas do processo que regula a formação e a criação de especialistas no País”, afirmou.

Previsto na Lei do Mais Médicos (12.871/2013), o Cadastro integrará as informações da base de dados dos sistemas de informação em saúde do SUS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e das sociedades de especialidades a ela vinculadas. Incluirá, ainda, informações sobre as formações e pós-graduações dos profissionais, que serão disponibilizadas permanentemente pelo Ministério da Educação e pelas instituições de ensino superior.

Confira os principais pontos do Decreto que recria o Cadastro Nacional de Especialistas:

- O Cadastro Nacional de Especialistas reunirá informações para subsidiar os ministérios da Saúde e da Educação na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde; constituirá a base de informação pública oficial na qual serão integradas informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico constantes nas bases de dados da CNRM, CFM, AMB e sociedades de especialidades; constituirá parâmetros para a CNRM, AMB e sociedades de especialidades definirem a oferta de vagas nos programas de residência e de cursos de especialização;

- O título de especialista de que tratam os dispositivos do Decreto 8497/15 será aquele concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da AMB, ou pelos programas de residência médica credenciados pela CNRM;

- Para assegurar a atualização do Cadastro, a AMB, as sociedades de especialidades e os programas de residência médica credenciados pela CNRM, “únicas entidades que concedem títulos de especialidades médicas no País”, disponibilizarão ao Ministério da Saúde as informações, sempre que concederem certificação de especialidade médica;

- A Comissão Mista de Especialidades será composta por dois representantes da CNRM, dois representantes do CFM e dois representantes da AMB;

- A Comissão Mista de Especialidades deverá se manifestar quando da definição pela AMB da matriz de competências exigidas para a emissão de títulos de especialistas a serem concedidos por essa associação, ou pelas sociedades de especialidades;

- Compete à CNRM definir a matriz de competência para a formação de especialistas na área de residência médica;

- Será criada, no Cadastro Nacional de Especialistas, consulta específica de acesso ao cidadão denominada Lista de Especialistas;

- O Ministério da Saúde adotará providências para a implementação e a disponibilização, no prazo de 120 dias, contado da data de publicação deste Decreto, do Cadastro Nacional de Especialistas.

Recorde em índice de doadores de órgãos

O Brasil teve o melhor primeiro semestre da história no número de doadores efetivos de órgãos, tanto em números absolutos quanto na taxa por milhão de população (pmp). Os dados oficiais do Ministério da Saúde demonstram que entre janeiro a junho deste ano, 4.672 potenciais doadores foram notificados, resultando em 1.338 doadores efetivos de órgãos. Essas doações possibilitaram a realização de 12,2 mil transplantes, fazendo com que crescessem os procedimentos de órgãos mais complexos como pulmão, coração e medula óssea. Nesse mesmo período, o Brasil alcançou a maior porcentagem de aceitação familiar, que foi de 58%, superando os demais países da América Latina.

“Este resultado se deve ao esforço e ao comprometimento das equipes multiprofissionais envolvidas diretamente no processo de doação e transplante e, principalmente, à solidariedade das famílias brasileiras, responsável por autorizar a doação do seu familiar, fator sem o qual os transplantes de doadores falecidos não aconteceriam”, destacou o ministro da Saúde, Arthur Chioro.

No primeiro semestre de 2015, houve crescimento de 50% no número de transplantes de pulmão, quando comparado com o mesmo período do ano passado. Em 2014, foram realizados 28 transplantes de pulmão no primeiro semestre e, em 2015, 42. Já em relação aos transplantes de coração o aumento foi de 11% na comparação do 1º semestre de 2014 (156) com 2015 (173). Este é o melhor desempenho já registrado em um 1º semestre para transplantes de coração. A medula óssea teve crescimento de 4% na comparação do 1º semestre de 2015 (1.035) com 2014 (996).

No caso dos doadores efetivos, o Brasil atingiu o percentual de 14,2 doadores por milhão de população (pmp), superando a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2011, que segue os padrões internacionais. O número configura a maior quantidade de doadores efetivos já registrados em apenas um ano no Brasil, com aumento de 43,4%, se comparado com 2010, quando o percentual foi de 9,9 por milhão de população. Em 2014, foram notificados 9.378 potenciais doadores em todo o país, que resultaram em 2.710 doadores efetivos de órgãos.

Doação Familiar

O Brasil é hoje o país com a maior taxa de aceitação familiar para doação de órgãos da América Latina. Em 2014, 58% das famílias brasileiras optaram por doar os órgãos dos seus familiares, enquanto, em 2013, o índice era de 56%. Esses percentuais são de 51% na Argentina, 47% no Uruguai e 48% no Chile. Atualmente, 95% dos procedimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tornando o país referência mundial no campo dos transplantes e maior sistema público do mundo.

A rede brasileira conta com 27 Centrais Estaduais de Transplantes (todos os estados e Distrito Federal), além de Câmaras Técnicas Nacionais, 510 Centros de Transplantes, 1.113 equipes de Transplantes e 70 Organizações de Procura de Órgãos (OPOs). Entre 2010 e 2014, houve aumento de 4,9%

na quantidade de serviços habilitados pelo Ministério da Saúde para realizar transplantes no país, passando de 740 para 776.

Com a ampliação do acesso, o número de pessoas aguardando por um transplante no país caiu 36% nos últimos quatro anos. Em 2010, 59.728 pessoas constavam na lista nacional de espera e, em 2014, esse número caiu para 38.350. O controle do atendimento aos pacientes é realizado pelas Centrais Estaduais de transplantes, que mantém em seus cadastros todas as informações sobre compatibilidade e situação de saúde do paciente.

O transplante de córnea é o que mais apresenta redução da lista de espera, isso porque cinco estados zeraram a fila por esta cirurgia em 2014. É o caso de Minas Gerais, Acre, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e Pernambuco.

Lançamento Tratado Brasileiro de Reumatologia

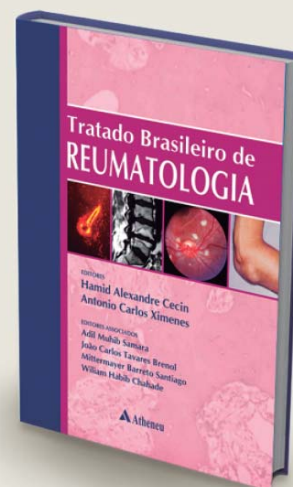
Foi lançado no XXXII Congresso Brasileiro de Reumatologia o livro *Tratado Brasileiro de Reumatologia*.

Trabalho único na especialidade no nosso país. Aliás, a adjetivação “Brasileiro” bem reflete a representatividade de sua equipe autoral, formada por renomados reumatologistas nacionais: Hamid Alexandre Cecin e Antônio Carlos Ximenes, editores e Adil Muhib Samara, João Carlos Tavares Brenol, Mittermayer Barreto Santiago e William Habib Chahade, editores associados.

A obra traz conhecimentos reumatológicos que se completam com outras especialidades, como a Clínica Médica, a Imunologia, a Ortopedia, a Infectologia e a Endocrinologia. É a contribuição de uma legião de especialistas ativos e atuantes em todos os setores: ambulatórios de saúde, consultórios, clínicas privadas, escolas médicas, centro de pesquisas e áreas de gestão. Os capítulos são resultados do amadurecimento pelo estudo conceitual e teórico, pela pesquisa clínica e pelo exercício constante no dia a dia de seus atendimentos médicos, todos com vastíssima casuística.

Nada mais justo, pois, o registro em literatura médica de todos esses eventos científicos que ora culminam com a publicação do presente trabalho.

Destinado a Reumatologistas, Clínicos, Ortopedistas e Residentes em Reumatologia, Clínica Médica e Ortopedia.



Tertúlia: política de saúde e os políticos na saúde

A tertúlia que corresponde a um tema cultural ligado à Saúde Pública tratou sobre um tema amplo que não tem muita repercussão nos meios de divulgação nacionais. O ex-prefeito de Maringá, Silvio Magalhães Barros, que foi convidado pelo Secretário Geral da ABR, Prof. Dr. Marco Antonio Rocha Loures, falou sobre a sua visão de que os pacientes deveriam receber os medicamentos se e somente se participassem ativamente da sua recuperação da saúde como um todo. Como exemplo citou pacientes portadores de artrite reumatoide que receberiam os biológicos, gratuitamente, somente se estivessem fazendo uma complementação com outros itens como, controle da pressão arterial, da obesidade, etc.

O ex-prefeito também contou que iniciou na sua cidade de Maringá a ação pioneira de instalação de aparelhos para realização de exercícios físicos pela população geral, localizados em vários pontos da cidade, próximos de Postos de Saúde com a colaboração da Unimed local. Essa atividade foi coroada de grande sucesso e repetida por várias prefeituras em todo o Brasil.

Após o término da tertúlia e por e-mail ocorreu a discussão que publicamos a seguir.

A Profa. Dra Sueli Carneiro, professora associada de Dermatologia e Reumatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro tem outra visão, pois acredita que esse tipo de resolução tem um caráter político partidário. O ex- presidente da SBR, Prof. Dr. Fernando Cavalcanti disse, na ocasião, que essa palestra expressa apenas a opinião de um ex-prefeito que teve dificuldade de entender o alcance de fornecimentos continuados de medicamentos muito onerosos, sem uma contrapartida dos pacientes em cuidar melhor de sua saúde, o que seria o ideal.

O Prof. Dr. Francisco Conte, por outro lado, fez questão de elogiar e agradecer “a excelente tertúlia da Academia”. “Parabéns Navinha, Fellet e especialmente ao meu caro ex-aluno Marco Antonio pela feliz ideia de trazer para a nossa Tertúlia um assunto tão empolgante que é a política de saúde. Saímos com a sensação de existir políticos honestos em nosso

país e que procuram soluções para os problemas da comunidade”.

O Prof. Dr. Mario Newton Leitão de Azevedo escreveu:

“Acadêmica Sueli Carneiro, as reuniões da Academia são abertas e não comportam críticas políticas. Vários acadêmicos têm as suas preferências políticas e a diversidade leva ao crescimento do conhecimento. Se na ocasião algum acadêmico não concordasse com a questão apresentada, que discutisse em alto nível com o orador. Não cabe à Academia a politização, discussão e censura dos seus temas e sim a análise, crítica e discussão dos contraditórios, em alto nível, entre os acadêmicos”.

O que provocou a resposta do Prof. Dr. Adil Muhib Samara, professor emérito da Unicamp e ex-presidente da ABR :

“Mario Nilton, se a Sueli está se referindo ao Prefeito de Maringá apressa-me a subscrever tudo que ele disse e respaldar palavra por palavra os seus comentários. Impressionante o que disse ele, o prefeito, e que bem serve de exemplo a todos nós, e mais do que isto de uma lição a mais política, na essência do que este termo significa, ao menos para as pessoas

de bem, e que tristemente vivem os dias turbulentos que estamos assistindo. A Academia é sim o fórum de discussões acadêmicas desta natureza, e onde, salvo melhor juízo, permeia a sabedoria dos que lá vão, possíveis combatentes de maus políticos que grassam a todo instante este país de maus augúrios, e que lutam somente em benefício próprio.”

A intervenção da Profa. Sueli Carneiro após a última tertúlia em Curitiba, via e-mail foi muito atípica e motivou muitos apartes, também por e-mail, de vários acadêmicos presentes. Todos que escreveram discordaram da posição política da professora carioca e apoiaram a exposição do conferencista, ex-prefeito de Maringá.

O presidente da ABR deverá convocar, em breve uma reunião da Diretoria para tomar uma posição oficial da Academia sobre a polêmica levantada.

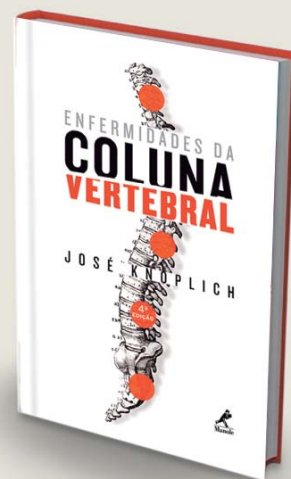


Quarta edição **Enfermidades da coluna vertebral**

A quarta edição de *Enfermidades da coluna vertebral* é dirigida a todas as especialidades médicas e à equipe de saúde que atende portadores de dores crônicas da coluna vertebral, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros do trabalho, acupunturistas, massagistas e quiropráticos. Por discutir os problemas da coluna vertebral relacionados com a Medicina do Trabalho, este livro também passou a interessar aos médicos que fazem medicina ocupacional nas fábricas e aos engenheiros do trabalho, integrantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa), e também a juizes e advogados que julgam os processos de afastamento e acidentes de trabalho no INSS e nos tribunais.

O enfoque sociopsicossomático adotado se contrapõe ao enfoque mecanicista aplicado por ortopedistas, neurologistas e fisiatras que também atuam na área de doenças da coluna vertebral. Todos os procedimentos usados no tratamento e na explicação das dores e doenças da coluna vertebral são avaliados pela medicina baseada em evidências (Cochrane Library Review), que é, atualmente, a forma mais aceita de avaliar os resultados das pesquisas médicas.

A grande experiência do autor, o reumatologista José Knoplich, aliada à sua visão prática, faz desta obra um marco, não só no campo da especialidade, mas também na literatura médica.



Dor neuropática é tema de campanha

Todo ano a IASP – International Association for the Study of Pain (USA) elege um tema para promover o estudo e as melhoras terapias para o tratamento de diferentes tipos de dor. Em 2015, o foco da Associação americana é a dor neuropática, que atinge 17% dos portadores de dor crônica no mundo. Para Dr. Claudio Fernandes Corrêa, mestre e doutor em neurocirurgia pela UNIFESP, o assunto se apresenta com extrema relevância, visto que tende a aumentar com as doenças relacionadas ao envelhecimento populacional.

A dor neuropática é decorrente da lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico, resultante de uma ativação anormal da via de transmissão de impulso, tendo como sintomas mais comuns a sensação de choque, queimação, formigamento e dormência. Em uma tradução mais didática, seria como se os nervos perdessem a capa que os reveste, os deixando expostos, como fios desencapados.

Dentre os fatores causadores da dor neuropática estão os degenerativos, traumáticos, infecciosos e os relacionados a doenças sistêmicas e dentro destes itens podem ser citados acidentes automobilísticos com rompimento de tendões e ligamentos, diabetes melito, herpes-zoster, hanseníase, neuralgia do trigêmeo, procedimentos

cirúrgicos e tratamentos com radioterapia e quimioterapia. Estes fatores, cada vez mais predominantes na população com mais expectativa de vida, tendem a elevar os casos de dor neuropática.

Por ser crônica e de difícil controle em grande parte dos casos, a dor neuropática compromete de forma importante a qualidade de vida do indivíduo e suas relações sociais e laborativas.

O diagnóstico da dor neuropática não é simples e é baseado, principalmente, na história clínica do paciente. Como o paciente costuma ter dificuldades em descrever o quadro, vários testes podem ser necessários para diagnosticar a doença, como sensitivo quantitativo e exame eletrofisiológico. Já o seu tratamento precisa ser multiprofissional, contemplando não apenas o controle da dor física, mas também suas interferências emocionais.

O neurocirurgião explica que a base terapêutica parte dos medicamentos de diferentes grupos farmacológicos, tais como analgésicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, miorrelaxantes e neurolépticos. Em paralelo entram medicina física (fisioterapia e fisioterapia) e profissionais da saúde mental (psicologia e psiquiatria).

Em algumas situações podem ser indicados procedimentos ablativos de estimulação e infusão de drogas.

Cuidado com a trombose

Dor nas pernas, inchaço e mudanças na coloração da pele. Esses são apenas alguns sinais de alerta para a trombose, patologia caracterizada pela formação ou desenvolvimento de um coágulo sanguíneo responsável por causar inflamação na parede do vaso, conhecida pelos médicos como trombose venosa profunda. Além do desconforto, a doença, que é mais comum em mulheres, pode levar à embolia pulmonar quando o coágulo se desloca e migra até os pulmões, uma condição que pode ser fatal.

Segundo o hematologista Élbio D'Amico, coordenador do Comitê de Hemostasia e Trombose da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), estima-se que a cada ano mais de 300 mil pessoas, nos Estados Unidos, e mais de 500 mil, na Europa, passem por eventos de trombose venosa profunda e embolismo pulmonar. No Brasil, não há registros precisos da incidência, mas calcula-se que, a cada mil habitantes, um ou dois sejam acometidos por trombose.

Pesquisa realizada pelo Ibope, em 2010, constatou que 44% da população brasileira não reconhece os sintomas da trombose. Nesse cenário, o desconhecimento pode tornar a doença muito mais perigosa, principalmente para as mulheres.

O hematologista explica que a trombose é um perigo em potencial para as mulheres porque elas estão expostas a fatores que aumentam o risco de desenvolvimento de coágulos. Ele cita o uso da pílula anticoncepcional com estrogênio, gestação e tratamento de reposição hormonal como condições que elevam o risco de trombose.

O corpo da mulher passa por uma série de mudanças durante a gravidez. O organismo se prepara para a situação do parto, aumentando as substâncias coagulantes no sangue. O resultado é um risco

seis vezes maior de trombose durante a gestação. No período de pós-parto, durante aproximadamente 40 dias, esse risco chega a ser 15 vezes maior.

O acompanhamento de um médico é fundamental para evitar a trombose pois, o uso do anticoncepcional, a gravidez e terapias de reposição hormonal fazem parte da vida de milhões de brasileiras e não podemos simplesmente indicar que elas parem com o controle de natalidade ou que não tenham filhos. O papel do médico é acompanhar a paciente, cuidando dela durante todo o processo.

Com avaliações clínicas e investigação detalhada, analisando o histórico de cada paciente, um especialista pode indicar o melhor caminho a ser seguido. No caso do anticoncepcional, por exemplo, seria a substituição do medicamento por outra versão que utilize a progesterona. Para a questão da gravidez, o médico que acompanha uma paciente que quer ter filhos pode fazer a profilaxia da trombose, receitando medicamentos que diminuem a coagulação do sangue. Em qualquer caso, exercer a boa medicina é fundamental.

Como prevenir

Além do acompanhamento médico, qualquer pessoa pode tomar medidas de prevenção. Muitas delas podem ser incorporadas ao cotidiano. Algumas das dicas são:

- Exercitar-se ou fazer pequenas caminhadas regularmente;
- Controlar o peso;
- Evitar o cigarro;
- Movimentar as pernas durante longos períodos sentada;
- Usar meias de contenção para o caso de inchaço, sempre com orientação médica.

Pernas inquietas: mania ou doença?

Balançar as pernas é uma forma comum e, muitas vezes, inconsciente de aliviar a ansiedade e o nervosismo. Mas quando esses movimentos são incontroláveis e vêm acompanhados de dor, podem se tornar uma questão de saúde.

A síndrome das pernas inquietas é um distúrbio caracterizado pela alteração da sensibilidade e agitação motora involuntária dos membros inferiores e nos casos mais graves, pode afetar também os braços.

Os sintomas, que incluem sensação de formigamento, queimação e pontadas nas pernas, costumam se intensificar quando a pessoa está em repouso e à noite, comprometendo a qualidade do sono.

Lilo Habersack, que tem a síndrome, sentiu os primeiros sinais quando estava no teatro. “Eu não conseguia mais ficar parada sentada, precisava movimentar minhas pernas, mas estava com medo de incomodar as pessoas ao lado. No intervalo, foi tudo bem, mas foi só sentar de novo para voltar tudo”, conta.

Com os membros em movimento, o incômodo passa. “A pessoa desconecta a informação que vai para o cérebro sobre essa dor, é uma forma de buscar alívio por mecanismos neurofisiológicos”, explica o neurocirurgião Jorge Bruno González.

Felicidade

Uma pesquisa da Universidade de Cornell, em Nova York (EUA), divulgada pelo FastCo, sugere que você terá muito mais felicidade gastando dinheiro com experiências, como viajar, do que comprando coisas novas. A descoberta vai contra aquela suposição de que investir em um objeto físico nos fará feliz por mais tempo.

“Um dos inimigos da felicidade é a adaptação”, explica o Dr. Thomas Gilovich, professor de psicologia que estuda a questão do dinheiro e felicidade há mais de duas décadas: “Nós compramos coisas para nos fazer felizes e ter sucesso. Mas isso funciona apenas por um tempo, pois objetos novos são excitantes no início, mas depois nos adaptamos a eles.”

Para medir como isso nos afeta, eles pediram que os pesquisados fizessem um relato da própria felicidade listando seus principais bens materiais em comparação com as experiências (como as viagens). Percebeu-se que, ao longo do tempo, a satisfação com os objetos comprados desceu, ao passo que a com as experiências subiu.

“Você pode realmente gostar de algo, e pensar que parte de sua identidade está ligada a tal coisa, mas, mesmo assim, eles permanecem separados de você. Por outro lado, o que foi vivido se torna parte de você. Nós somos a soma total das nossas experiências”, ressalta.

Ou seja, o dinheiro compra felicidade, mas só até certo ponto. Então, que tal começar a planejar a próxima viagem?



Causas e diagnóstico

As causas da síndrome ainda não são bem conhecidas, mas González diz que há fatores associados, como diabetes, deficiência de ferro e doenças crônicas no rim ou neurológicas, como esclerose múltipla.

Segundo Wolfgang H. Oertel, neurologista e professor da clínica da Universidade de Marburg, existem pesquisas, inclusive na Alemanha, que apontam ainda a genética como causa provável.

O diagnóstico é basicamente clínico e, por isso, depende da descrição do paciente sobre os sintomas. As pessoas fazem muitas perguntas, como, por exemplo, se estão com algum parasita na perna, e dizem que sentem como se formigas andassem nela, às vezes, é bem difícil de descrever o que sentem.

“Se eu cortar meu dedo, todos podem entender o quanto dói. Mas quando eu preciso explicar a dor que sinto, é ‘parece que está puxando aqui ou rasgando ali’”, diz o paciente Lilo Habersack, que tem histórico da síndrome na família.

Prevenção e tratamento

A profilaxia (prevenção) é a medida mais eficaz contra a síndrome. É preciso buscar um estilo de vida saudável, com exercícios de leves a moderados e alimentação correta. Café, álcool e cigarros devem ser evitados.

Se a causa for a falta de ferro no organismo, é possível repor os níveis do mineral com suplementos ou uma dieta balanceada.

No caso de sintomas mais severos, medicamentos podem auxiliar no tratamento. Entre eles, estão os remédios com dopamina, substância que o cérebro libera e que é responsável, entre outras coisas, por controlar os movimentos e as reações sensitivas.

O tratamento também pode envolver remédios para a dor e, em último caso, medicamentos à base de ópio. Certas substâncias farmacológicas, por sua vez, agravam os sintomas, como alguns antidepressivos e antialérgicos, que bloqueiam a produção de dopamina.

Terapias alternativas

Ainda sem comprovação científica, González diz que estudos apontam diminuição dos sintomas em praticantes de exercícios energéticos, como tai chi, chi kung e yoga.

Também são possíveis a acupuntura, para tratar fatores psicossomáticos que pioram as dores, e a terapia neural, para aumentar a ativação do sistema nervoso.

Técnicas de relaxamento como o treinamento autógeno, criado pelo psiquiatra alemão Heinrich Schultz no início do século 20, podem amenizar os distúrbios do sono, mas são contraproducentes no caso da síndrome, porque situações de calma e descanso agravam os sintomas.

Em vez disso, são indicadas atividades que ocupam a cabeça e exigem concentração, como jogar palavras cruzadas, passar roupa ou tricotar.

Para os desconfortos noturnos, Oertel recomenda ter uma bicicleta ergométrica próxima à cama, e também costuma indicar às pessoas, se possível, procurarem um trabalho em que possam ser mais ativas, que as faça caminhar por uma ou duas horas.

Muitos pacientes relatam ainda que passar água fria e fazer compressas de gelo nas pernas alivia os sintomas.