



Esculápio

vol 15 (1) jan/mar 2016

ORGÃO OFICIAL DA ACADEMIA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

Atuais desafios médicos globais

A medicina em geral está se deparando com um desafio recente, a nível mundial, de várias doenças com características inusitadas que atingem a infectologia e também área específica da reumatologia.

É ainda mais agravante a difusão rápida dessas novas doenças, cujos vários pontos controversos comprometem o seu entendimento, prevenção, controle e combate.

Esses novos desafios, trazidos por essas novas epidemias, abalam as bases etiopatogênicas e científicas da infectologia e a maneira pela qual ocorre a difusão das doenças.

O último surto mundial que desafiou a saúde foi o Ebola que, felizmente, foi controlado e eliminado.

Nos dias de hoje, o melhor exemplo desse desafio é o Zica vírus que tem trazido várias complicações. Análises genéticas demonstraram que existem duas grandes linhagens do vírus: a africana e a asiática. Se uma pessoa contrair a doença pelo vírus da linhagem africana, ficará imune a essa linhagem, mas existem dúvidas sobre a possibilidade de contrair novamente a doença ao ser acometido pelo vírus da linhagem asiática.

Não seriam, pois, duas doenças diferentes, transmitidas pelo mesmo mosquito? Novo abalo nos conceitos básicos da infectologia.

Ainda há outro dado controverso sobre relatos e dúvidas da possibilidade de uma pessoa contrair uma segunda vez a doença da linha asiática ao ser acometido novamente pelo vírus.

Em meio a este cenário, acrescenta-se o fato que existem também um conjunto de doenças raras que acometem uma a cada 2 mil pessoas e cujo diagnóstico é bastante difícil. Estima-se que os pacientes com esses distúrbios só recebam um parecer correto após visitar, no mínimo, sete médicos, incluindo os reumatologistas.

Dentro dessa classificação, há cerca de sete mil doenças raras em todo o mundo, afetando 560 milhões de pessoas. A maioria é causada por um defeito genético e não tem cura.

Algumas são mais conhecidas, como espinha bífida, fibrose cística e Huntington. Outras, nem tanto, como a ictiose arlequim, na qual há um engrossamento da pele do bebê e a formação de escamas que se racham facilmente, e a fibrodysplasia ossificante progressiva (FOP), que causa a formação de ossos no interior dos músculos, tendões, ligamentos e tecidos conectivos.

A ONG Eurordis, uma aliança não-governamental de associações de doentes centrada nos próprios doentes, determinou o dia 29 de fevereiro como o dia Mundial das Doenças Raras. E, a conclusão, cada vez mais evidente, é da necessidade de reforçar a importância do investimento em pesquisas.



Início das atividades ABR 2016

No dia 30 de abril, será realizada, durante o ReumaRio 2016, uma sessão da Academia Brasileira de Reumatologia, abrindo, assim, nosso calendário de 2016. Contamos com a presença dos acadêmicos para mais um ano de realizações.



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 (in memoriam)

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 (in memoriam)

Geraldo W. S. Gonçalves

Ueliton Vianna

Lipe Goldenstein (in memoriam)

Adil Muhib Samara

Geraldo Gomes de Freitas (in memoriam)

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

ABR em tempos de epidemia

Dando sequência ao nosso boletim, a ABR vem cumprindo o seu papel e, aos poucos, tentando retomar o seu rumo de efetuar eventos, também em congressos e jornadas médias, sobre assuntos paramédicos, conforme sugestão do acadêmico Prof. Dr. Henrique Josef, por ocasião do encontro de Campinas ocorrido no ano passado. Participamos igualmente do último congresso brasileiro e o faremos mais uma vez neste ano, não só no "ReumaRio", como também em Brasília.

Para o ReumaRio, que ocorre de 29 a 30 de abril, escolhemos dois temas: um assunto super atual, relacionado à área médica, que reflete a saúde brasileira do momento: o "Aedes Aegypti". Teremos uma palestra de quinze minutos sobre "Guillan-Barré" e suas possíveis complicações que será proferida pela Dra Verônica Vilela (da UERJ) e também uma homenagem que o Prof. Dr. Hilton Seda prestará aos reumatologistas do Rio de Janeiro que ajudaram a fundar a ABR.

No Congresso de Brasília, de 24 a 27 de agosto, "passamos a bola" para a Dra Helenice, como é de praxe aos organizadores dos congressos, e ao nosso tesoureiro Dr. Antônio Carlos Ximenes que convidará o Senador Ronaldo Caiado para uma análise da nossa saúde no momento atual, sob o ponto de vista político, em nosso País. Convém lembrar que o Senador Caiado é médico e daí a razão do convite. Haverá também, neste congresso, uma mesa sobre manifestações articulares relacionadas à Dengue, Chicungunha e Zica. Por último, estamos tentando, aqui no estado do Rio de Janeiro, revalidar o nosso CNPJ junto ao IR para termos condições financeiras de tocar a ABR.

Aproveito para agradecer aos meus colegas Fellet, Knoplich e Ximenes que nos auxiliam, e muito, na atual gestão e ao nosso futuro presidente Mário Newton.

Nos veremos no ReumaRio e em Brasília. Saudações.

Joaquim Jaguaribe Nava Ribeiro
Presidente da ABR



Encontro ABR em Foz do Iguaçu

Agende-se para o encontro da ABR que será realizado em Foz do Iguaçu, durante a XX Jornada do Cone Sul de Reumatologia e VII Jornada Paranaense de Reumatologia, de 23 a 25 de junho.



Expectativa de vida

Um recente estudo publicado no Lancet analisou as 306 principais doenças, suas lesões e a expectativa de vida em 188 países.

Realizada por um consórcio internacional de investigadores que trabalha sobre a Carga Global de Doença, e dirigida pelo Instituto para a Métrica de Saúde e Avaliação (IHME) da Universidade de Washington, esta investigação examinou as perdas de saúde fatais e não fatais entre todos os países do mundo. De acordo com estes especialistas internacionais, nos últimos dez anos, a saúde melhorou significativamente graças a queda do número de mortes e doenças causadas pelo HIV/SIDA, pela malária, assim como os avanços significativos no tratamento das doenças transmissíveis, a saúde materna, neonatal e os transtornos nutricionais.

No que se refere à expectativa de vida global ao nascer para ambos os sexos, este estudo mundial expressa que esta aumentou em 6,2 anos (de 65,3 em 1990 para 71,5 em 2013), enquanto que a expectativa de vida saudável ao nascer se elevou em 5,4 anos (de 56,9 em 1990 para 62,3 em 2013). Entretanto, como o aumento da expectativa de vida saudável não tem sido tão dramático como o crescimento da expectativa de vida, as pessoas vivem mais anos com doença e incapacidades. Encontrou-se ainda que para a maioria dos países, as mudanças na expectativa de vida saudável para homens e mulheres entre 1990 e 2013 foram significativos e positivos, porém, em dúzias

de países como Botswana, Belice, e Síria não foi significativamente maior que em 1990. Em alguns destes países, como África do Sul, Paraguai, e Bielorrússia, a expectativa de vida está reduzida desde 1990.

Por outro lado, este estudo do Lancet informa que o maior crescimento de causa global de perda da saúde entre 1990 e 2013 se deu devido ao HIV/SIDA, que aumentou em 341,5%, ainda que desde 2005 tenha diminuído cerca de 23,9%. Uma grande perda de saúde tem sido causada por cardiopatia isquêmica, ictus, dor de pescoço e dos nas costas, lesões de tráfico, e a DPOC. Nestas duas décadas houve o impacto de outras patologias: as doenças diarreicas, as complicações no parto prematuro neonatal, e as infecções respiratórias baixas. Esclarece ainda que no mundo estes padrões variam notavelmente: os países com as maiores taxas de AVAI (anos de vida ajustados pela incapacidade) se encontram entre os mais pobres do mundo, e incluem vários na África subsaariana: Lesoto, Swazilandia, República Centro africana, Guiné-Bissau, e Zimbábue. Por outro lado, as nações com as taxas mais baixas de perda da saúde são Itália, Espanha, Noruega, Suíça e Israel.

De acordo com o professor Theo Vos, autor principal deste estudo, “o mundo fez grandes progressos na saúde, porém, agora o desafio é investir na busca de formas mais efetivas de prevenir ou tratar as principais causas de doença e incapacidade”.

Cuidados médicos de final de vida

Os médicos são menos propensos do que a população em geral a se submeter a tratamentos de saúde intensos no final de suas vidas.

No geral, os médicos são menos propensos a morrer em um hospital em comparação com pacientes não-médicos, são menos propensos a passar por cirurgias durante os últimos seis meses de vida e menos suscetíveis de serem internados em UTIs.

Em três de cinco indicadores da intensidade dos chamados “cuidados médicos de final de vida”, os médicos se submeteram a significativamente menos intervenções do que a população como um todo.

Os cuidados médicos de final de vida incluem, além dos cuidados paliativos, todas as intervenções médicas envolvendo doenças terminais, condições incuráveis ou doenças progressivas, incluindo os procedimentos nos dias e horas finais da vida.

Os pesquisadores usaram dados dos registros médicos para avaliar cinco indicadores validados da intensidade dos procedimentos médicos durante os últimos seis meses de vida: cirurgia, cuidados paliativos, admissão em unidade de terapia intensiva, morte no hospital e despesas.

Eles, então, compararam esses indicadores entre os médicos e a população em geral (excluindo outros profissionais de saúde e advogados) e entre médicos e advogados, que se presume serem socioeconomicamente e educacionalmente semelhantes, e entre os advogados e a população em geral.

“Nossa análise confirma o que vínhamos especulando, ou seja, que os médicos, que são mais propensos a ter experiência de primeira mão com os problemas e futilidades dos cuidados de fim de vida, são menos propensos a passar por cirurgias ou serem internados na UTI durante os últimos seis meses de vida, ou de morrer no hospital,” disse o médico Joel Weissman, da Escola de Medicina da Universidade de Harvard (EUA).

“Estes resultados sugerem dois pontos-chave: Quando os próprios médicos estão enfrentando a morte, eles evitam cuidados médicos intensivos, o que podemos supor se dever ao seu conhecimento de quão violentos e fúteis esses esforços geralmente são; também, os médicos e advogados têm os recursos que os permitem morrer em casa, o que sugere que as preocupações financeiras e a falta de disponibilidade de cuidadores podem ser barreiras para morrer em casa para os pacientes menos educados e menos afluentes,” disse Holly Prigerson, coautora do trabalho.

“Os resultados fornecem uma forma de depoimento médico recomendando cuidados menos agressivos no fim da vida e destaca a necessidade de recursos econômicos e humanos para dar suporte à morte em casa,” completou ela.

Os resultados foram publicados na revista médica JAMA, em uma edição especial temática com foco nos cuidados de fim de vida.

Avanço da microcefalia e o Zika vírus

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como “emergência internacional” o avanço da microcefalia ligada ao vírus zika nas Américas.

Ao decretar situação de “emergência de saúde pública de interesse internacional” para os casos de má-formação e de disfunções neurológicas, a organização espera facilitar a mobilização de recursos e conhecimento científico para o combate à doença.

Isso ajudaria a custear pesquisas para desvendar mais detalhadamente a relação entre o vírus e os casos de bebês nascidos com microcefalia.

A organização ressaltou que a decisão de decretar emergência ocorre por causa dos casos de microcefalia e outras disfunções neurológicas, não somente pelo vírus zika em si.

“O Comitê recomendou que o atual agrupamento de casos de microcefalia e de outras disfunções neurológicas reportados no Brasil, seguido de um agrupamento similar na Polinésia Francesa em 2014, constituem uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional,” afirma o comunicado da OMS.

A nota diz ainda que “uma resposta coordenada é necessária para minimizar a ameaça em países afetados e reduzir o risco de maior disseminação internacional.”

Providências e recomendações

Com a declaração de emergência, os países onde foi observada rápida dispersão da doença adotarão recomendações padrão de vigilância e diagnóstico. Dados nacionais serão repassados à OMS, para que a comunidade internacional consiga ter uma compreensão clara da extensão do surto global.

“Há duas recomendações principais. É preciso haver vigilância para microcefalia e outros distúrbios neurológicos de forma padronizada, particularmente em áreas onde a transmissão do vírus zika está ocorrendo. E ao mesmo tempo precisa haver pesquisa intensa por novos agrupamentos de casos de microcefalia e distúrbios neurológicos, para determinar por meio de estudo de casos se há uma ligação de causa com o vírus zika e outros fatores”, disse o médico Bruce Aylward, diretor-executivo da OMS.

De acordo com os números compilados até agora, a doença seguirá se alastrando rapidamente pelo continente americano e poderá afetar até 4 milhões de pessoas somente neste ano, com até 1,5 milhão de vítimas no Brasil.

Cerca de 25 países já registram casos de zika. Somente o Brasil e as ilhas da Polinésia Francesa, entretanto, possuem atualmente dados comprovando o aumento de má-formações em recém-nascidos.

Brasil e os dados sobre o Zika vírus

O Brasil não está compartilhando amostras e dados suficientes relativos ao vírus zika para pesquisadores estrangeiros, disseram autoridades da Organização das Nações Unidas (ONU) e dos Estados Unidos. As amostras são necessárias para que os cientistas façam análises e determinem se o zika está ligado ao aumento do número de bebês nascidos com microcefalia nos países da América do Sul.

De acordo com OMS, é provável que o país tenha oferecido menos de 20 amostras para que institutos de pesquisa estrangeiros determinem se o zika está ligado ao aumento nos casos de microcefalia

Zika: o que a ciência sabe sobre o vírus

A falta de dados está forçando os laboratórios nos Estados Unidos e na Europa a trabalharem com amostras de surtos anteriores, o que é frustrante para os esforços de desenvolver testes de diagnóstico, medicamentos e vacinas. Os cientistas disseram à agência *Associated Press* que possuem poucas informações para trabalhar e que isto está prejudicando a capacidade de rastrear a evolução do vírus.

Um grande problema para o compartilhamento de amostras é a

legislação brasileira. Neste momento, é tecnicamente ilegal que pesquisadores e institutos compartilhem material genético de brasileiros, incluindo amostras de sangue contendo zika e outros vírus.

“A partilha de amostras é uma questão muito delicada. Advogados precisam ser envolvidos”, disse Marcos Espinal, diretor de doenças transmissíveis do escritório regional da Organização Mundial da Saúde, em Washington. De acordo com o diretor, é provável que o Brasil tenha fornecido menos de vinte amostras a outros países para o estudo.

Em maio do ano passado, quando os primeiros casos de zika começaram a surgir no Brasil, foi assinada uma lei para regular o uso de material genético do país. No entanto, a lei regulamentar ainda não foi elaborada e, até que seja feita e aprovada, os pesquisadores não podem enviar as amostras para outros países.

“Até que a lei entre em vigor, nós estamos proibidos de enviar as amostras para o exterior. Mesmo que quiséssemos, isto ainda seria considerado um crime”, disse o presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Gadelha.

As amostras que chegam aos Estados Unidos, geralmente por



Zika: negócios, não saúde?

Na última quinta-feira, a empresa farmacêutica norte-americana Inovio anunciou planos de desenvolver uma vacina contra o vírus zika, que soaram promissores por causa dos prognósticos de testagem em seres humanos já no final de 2016 – muito mais rápido do que as estimativas mais otimistas feitas previamente por outras companhias e instituições de pesquisa.

E um detalhe curioso é que os planos do laboratório foram divulgados pela revista de economia e negócios Fortune.



meio de pessoas que possuem meios particulares para enviá-las, ainda são insuficientes para o avanço nos testes. “É praticamente impossível ter acesso às amostras do país. Elas não chegam por vias oficiais. Nossas fontes são, basicamente, pessoas ricas que procuram um diagnóstico”, disse Jonas Schmidt-Chanasi, especialista em crescimento de mosquitos da Nocht Institute for Tropical Medicine, na Alemanha.

Milhares, ou no mínimo centenas, de amostras deveriam ser fornecidas para que os pesquisadores estrangeiros conseguissem rastrear o vírus e determinar como ele está mudando, disse Bem Neuman, um virologista da Reading University, na Inglaterra.

Um oficial dos Estados Unidos informou que o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na sigla em inglês) está dependendo de amostras de um surto ocorrido em 2013 na Polinésia Francesa para realizar os testes do zika vírus. Os pesquisadores americanos que estão tentando sequenciar o código genético do zika também estão tendo que contar com amostras de Porto Rico pelo mesmo motivo. Na Inglaterra, as amostras utilizadas para as pesquisas vêm de um surto ocorrido em 2007 na Micronésia, e os franceses estão realizando pesquisas com amostras da Polinésia e em Martinica. Na Espanha, cientistas dependem de amostras vindas de Uganda, cedidas pelo governo dos Estados Unidos.

Marcos Espinal disse que espera que o problema seja resolvido após conversas entre o presidente americano Barack Obama e a presidente, Dilma Rousseff.

A epidemia do vírus no Brasil e em pelo menos outros 20 países das Américas, junto ao surgimento de casos nos EUA e na Europa, poderá alimentar uma “corrida do ouro” no mercado global de vacinas, segmento que passa por uma espécie de ressurreição depois de por décadas ter sido, segundo observadores, negligenciado pela indústria farmacêutica.

De acordo com dados de uma série de consultorias americanas e europeias, as vacinas movimentaram cerca de US\$ 24 bilhões em 2014, ante US\$ 8,9 bilhões em 2005.

Embora o volume seja uma parte ínfima da registrada pelo mercado farmacêutico global anualmente, US\$ 300 bilhões, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o crescimento anual tem sido de 10% a 15%, superando a taxa dos remédios (5% a 7%).

Oportunidades de negócios

“O surto do zika é, sem dúvida, uma oportunidade de negócios que antes não parecia existir porque a doença parecia ‘benigna’ o suficiente para não justificar o investimento em curas ou prevenção. A suspeita de que o vírus causa microcefalia, porém, criou novo interesse e agora companhias estão anunciando que estão desenvolvendo vacinas”, explica Ana Nicholls, analista de indústria farmacêutica da Economist Intelligence Unit, em Londres.

No passado, algumas grandes companhias farmacêuticas chegaram a se desfazer de suas divisões de vacinas, mas, segundo analistas, o setor ganhou novo impulso graças a uma combinação de fatores.

A começar pelo surgimento de novas oportunidades de financiamento, sobretudo doações filantrópicas, em 2010, por exemplo, o bilionário da informática Bill Gates anunciou planos de investir US\$ 10 bilhões no desenvolvimento de vacinas.

A evolução na tecnologia de produção e pesquisa também tornou o mercado mais atrativo, ainda mais depois da descoberta das chamadas vacinas *blockbuster*, mais voltadas para o mercado adulto e que podem ser vendidas a preços mais salgados.

Questão de mercado

Enquanto entidades internacionais como a OMS e a Aliança Global para as Vacinas e a Vacinação (GAVI) adotam certa cautela diante dos anúncios de novas iniciativas, o mercado parece gostar.

No dia em que anunciou os planos para sua vacina genética contra o zika, a Inovio viu suas ações na Bolsa de Nova York subirem 8%. E em tempos de preocupação com o avanço do vírus e de mais pessoas expostas às suas possíveis complicações, anúncios do gênero também podem despertar a atenção de autoridades públicas de saúde, que têm cofres grandes e podem comprar em grandes quantidades.

Um relatório da ONG Médicos Sem Fronteiras, divulgado no ano passado, estimou que, em média, o custo de vacinação de crianças nas regiões mais carentes do mundo cresceu quase 70 vezes desde 2001. Estimativas informais de analistas do mercado farmacêutico são de que uma vacina contra o zika poderia custar entre US\$ 10 e US\$ 50 por dose.

“Por isso, é bastante importante que os esforços contra o zika não se resumam ao desenvolvimento de vacinas. O vírus também oferece oportunidades para empresas voltadas, por exemplo, para a erradicação do *Aedes aegypti*. Há diferentes interesses em jogo e isso pode dar margem para muito lobby”, avalia Ana Nicholls.

Saúde pública perde médicos

A incapacidade de atrair médicos é um aspecto da maior importância, mas nem sempre devidamente ressaltado, da grave crise por que passa a saúde pública, que se reflete tanto na demora na marcação de consulta, exames e cirurgias como no tempo de atendimento dedicado aos pacientes. E a situação só tende a piorar, pelo menos a curto prazo, a julgar pelo que mostra reportagem do jornal O Globo: são elevadas as porcentagens de médicos que, apesar de penarem para ser aprovados em concursos promovidos por governos municipais e estaduais, depois desistem de assumir os cargos.

A capital paulista apresenta o maior índice de desistência: de 1.275 médicos chamados, 809, ou 63,5%, recusaram os postos aos quais tinham direito. Essa situação se repete em outras capitais importantes: Belo Horizonte, com índice praticamente idêntico (63,3%), Porto Alegre e Rio de Janeiro, com números um pouco inferiores, mas que ainda assim representam mais da metade dos aprovados (58,8% e 55,3% respectivamente). No Distrito Federal, a desistência é também alta, 58,4%.

Entre os profissionais, dos mais variados tipos, sobre os quais o emprego público exerce grande atração, os médicos aparecem, portanto, como uma exceção. As razões apontadas por especialistas para isso começam com o salário. Ao contrário do que acontece com a maior parte das outras profissões que exigem alta qualificação, o salário dos médicos deixa muito a desejar. Na capital paulista, por exemplo, ele é de R\$ 6 mil por 20 horas semanais e no Distrito Federal, de R\$ 7 mil.

As outras razões para a desilusão dos médicos são a falta de planos de carreira, precárias condições de trabalho, insegurança e demora na convocação após a aprovação nos concursos. Sobre esse último ponto, Gonzalo Vecina Neto, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP e com experiência no exercício de importantes cargos na administração pública, lembra com razão que “quem presta concurso quer começar a trabalhar logo. Não quer esperar

seis meses, um ano”. O grave nesse caso é que o problema é provocado por entraves burocráticos, que em princípio são fáceis de ser removidos, desde que haja firme determinação.

Quanto aos outros pontos, a situação é mais complicada. Segundo o presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), Bráulio Luna Filho, a origem da crise da saúde pública, na qual o caso dos médicos tem posição de destaque, está no seu financiamento: “O setor público investe cerca de 2,5% do PIB para atender 160 milhões de pessoas, enquanto o privado investe 7,5% para atender 50 milhões de pessoas. Tem alguma coisa errada nisso”.

O erro, que se acentuou nos governos do PT, apesar de sua alardeada fidelidade ao “social”, foi o descaso com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a

rede hospitalar que o serve, que perdeu milhares de leitos, na ilusão de que o aumento dos participantes dos planos de saúde aliviaria a sua carga. Um desastre que se refletiu, como não poderia deixar de ser, nos sistemas municipais e estaduais de saúde e afetou a remuneração dos profissionais da área. Corrigir esse erro será tarefa difícil e demorada, mas essencial para evitar o colapso da saúde pública.

Se o governo federal tivesse dado a esse problema a mesma atenção que deu, por claras razões políticas, ao programa Mais Médicos, a situação não teria chegado ao ponto a que chegou. Com recursos mais abundantes, ele vem atraindo agora cada vez mais médicos brasileiros que, além da remuneração mensal de R\$ 10 mil, recebem incentivos como 10% de bônus nas provas de residência, desde que se mantenham por um ano em seus postos.

Outro problema que tem grande peso na desistência dos cargos públicos, esse de responsabilidade dos governos estaduais, é a falta de segurança que assusta os médicos que trabalham nas periferias das grandes cidades.

Voltar a atrair os médicos para a saúde pública depende, portanto, de um esforço conjunto dos três níveis de governo.



Reumatologia Pediátrica – 2a. edição

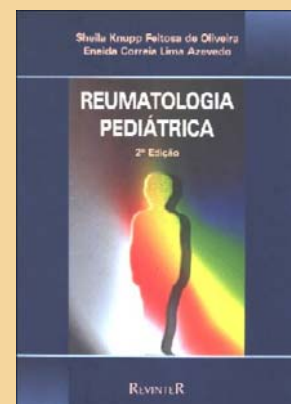
A Dra. Sheila Knupp Feitosa de Oliveira formou-se em 1973 pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e especializou-se em Pediatria pela UFRJ, entre 1974 e 1975.

Trabalhou no Ohio State University em 1993 e no Policlinico S. Matteo na Itália em 2000. Fez curso de Especialização em Reumatologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro, Título de Especialista em Pediatria e Título de Especialista em Reumatologia Pediátrica. Participou de vários congressos nacionais e internacionais.

É membro do Comitê de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria, membro da Sociedade Brasileira de Pediatria, membro da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ), Sociedade Brasileira de Reumatologia e membro da Academia Brasileira de Reumatologia.

É professora adjunta de pediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Atualmente trabalha no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, e atende em seus consultórios na Tijuca e barra da Tijuca.



Sono noturno e saúde

Calcula-se, atualmente, que 45% a 50% da população mundial dorme menos de oito horas por noite e ou sofre de transtornos do sono. Entretanto, as últimas evidências científicas concordam que o sono, junto com uma dieta saudável e exercícios físicos regulares, são fundamentais para a boa saúde. Ademais, todos os especialistas apontam que um sono saudável requer uma quantidade de tempo adequado, qualidade, sincronização, regularidade, e a ausência de alterações ou transtornos do mesmo. Agora, a Revista Sleep e a Journal of Clinical Sleep Medicine difundiram os resultados de um projeto de um ano de duração, mantido por 15 especialistas da Academia Americana de Medicina do Sono (AAMS) e da Sociedade de Investigação do Sono (SIS), sobre a quantidade de horas que um adulto deve dormir por noite para prevenir distintas patologias.

Este painel de especialistas da AAMS e da SIS revisou todas evidências científicas publicadas sobre a relação entre a duração do sono e a saúde. Foram analisados 5314 artigos científicos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, e o processo foi guiado pelo sistema de classificação de Oxford. O estudo concentrou-se em nove categorias de saúde com as melhores evidências disponíveis: saúde geral, cardiovascular, metabólica, mental, função imunológica, rendimento, câncer, dor, e mortalidade vinculada à quantidade de sono noturno.



De acordo com estas diretrizes clínicas, intituladas “Recomendações sobre a quantidade de horas de sono para adultos”, as evidências atuais apoiam a recomendação geral de 7 ou mais horas de sono por noite para promoção da saúde entre adultos de 18 a 60 anos. Este painel de consenso não estabeleceu um limite máximo de horas de descanso, sugerindo apenas que dormir mais de nove horas noturnas pode ser apropriado para os adultos jovens, para pessoas que se recuperam da falta de sono e para aquelas que estejam doentes. Por outro lado, comprovou que dormir menos de 7 horas por noite se associa com resultados adversos para a saúde, como:

o aumento de peso e a obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e acidente cerebrovascular, depressão e o aumento do risco de morte. Outros dos grandes prejuízos apontados são: função imune alterada, aumento da dor, deterioração do rendimento e um maior risco de acidentes.

Como conclusão, manifestam a necessidade de educar os órgãos públicos e de saúde sobre a importância da duração adequada do sono, com o objetivo de que conscientizem e alertem as pessoas a seguirem estas recomendações, já que, através da difusão dos benefícios econômicos e sociais da prática do sono adequado, são promovidas políticas públicas concretas para prevenir este crescente problema global de falta de sono.

Tratamento do lúpus na América Latina

Investigações publicadas no hemisfério norte sobre o lúpus eritematoso sistêmico (LES) demonstraram que os fatores socioeconômicos e a etnia têm um impacto importante na incidência, na atividade, na lesão e na mortalidade gerada por esta patologia. Um dos principais achados tem sido que os pacientes não caucasianos são mais passíveis de desenvolver lúpus com maior participação renal, cardíaca, pulmonar e do sistema nervoso, de acordo com “Lupus in Latin-American patients: lessons from the GLADEL cohort”, uma revisão recentemente difundida pelo Grupo Latino-americano de Exame de Lúpus (GLADEL) formado por especialistas espanhóis e latino-americanos no diagnóstico e tratamento desta doença.

Publicado recentemente na revista LUPUS, este estudo de coorte teve como objetivo obter dados realistas dos pacientes com LES na América Latina, para uma melhor compreensão do lúpus nesta região multiétnica. Para isso, o estudo recrutou um total de 1480 pacientes com LES de distintas etnias (afro-latino-americanos, mestiços, caucasianos, entre outros) de trinta e quatro centros de saúde de nove países de América Latina: Argentina, Brasil, Colômbia, Cuba, Chile, Guatemala, México, Peru e Venezuela. Da maioria dos pacientes incluídos, 645 (43,6%) era mestiça (pessoas da Europa e ameríndios), e 606 eram de raça caucásica (40,9%); 174 eram afro-latino-americanos (ALA) (11,8%).

De acordo com estes investigadores, a atividade da doença foi maior no grupo afro-latino-americano e menor nos caucásicos, comparado com os mestiços. Além do fato de que o baixo nível de instrução e a falta de cobertura de saúde foram apontados como alguns dos precursores da atividade da doença. Os resultados também demonstraram que as principais causas de morte destes pacientes latino-americanos eram a atividade da doença, as infecções, e, em menor escala, as neoplasias. Com relação ao tratamento, a maioria dos indivíduos recebia corticoides e menos frequentemente antimaláricos. Quanto as características clínicas, estes investigadores encontraram que os caucásicos experimentam maiores taxas de febre e que o lúpus discoide foi o mais habitualmente encontrado em pacientes ALA. Os resultados também apontaram que os pacientes mestiços e os ALA apresentam uma maior incidência de linfopenia, sendo que os primeiros são mais propensos a sofrerem lesão renal em comparação aos caucásicos.

Com respeito a doença cardíaca primária, ela ocorreu em 14,1% dos pacientes com LES durante o seguimento (de 57,2 meses). As principais manifestações foram: pericardite (81,2%), cardiopatia valvular (17,3%), arritmias (11,4%), miocardite (3,5%) e endocardite não infecciosa (0,5%). Outro dos achados desta investigação foi que cerca de 70% dos pacientes latino-americanos estudados desenvolveram doença renal.

Crianças e adolescentes hiperconectados

A televisão, os telefones celulares, iPads e as redes sociais se converteram em uma força dominante na vida das crianças e adolescentes em países de altos e médios padrão de desenvolvimento. Recentes exames realizados nos Estados Unidos afirmam que as crianças desse país destinam cerca de 8 horas por dia aos distintos meios de comunicação, e no caso dos adolescentes isso significa mais de 11 horas.



de 21 a 23 de ABRIL de 2016
João Pessoa espera por você!



De acordo a "Children, Adolescents, and the Media", um documento da Academia Americana de Pediatria (AAP) com recomendações para pediatras, professores e pais, seu uso excessivo está associado à obesidade, falta de sono, problemas na escola, agressão e outros problemas de comportamento. Porém, esclarece que em sua faceta positiva os meios de comunicação podem ajudar a ensinar a empatia, a tolerância racial e étnica, e toda uma série de habilidades interpessoais.

Publicado em Pediatrics, seus autores manifestam que nas últimas três décadas a AAP expressou sua preocupação pelo consumo e conteúdo dos meios entre crianças e adolescentes, porém, a era digital acelerou estes riscos. De tal modo, recomenda aos pais ajudar a seus filhos a serem seletivos com o que consomem, manter os aparelhos fora dos dormitórios de crianças e adolescentes, e limitá-los ao máximo de duas horas por dia entre os menores de 2 anos.

No que se refere aos pediatras, este documento sugere, durante a consulta médica, averiguar quanto tempo seu paciente destina a este tipo de meios, especialmente em crianças e adolescentes em situação de risco de obesidade, agressão, tabagismo ou consumo de substâncias. Também, recomenda aos pediatras trabalhar com as escolas e a indústria do entretenimento para criar conteúdos favoráveis para menores, e defender normas restritas sobre os produtos que se comercializam para a juventude, entre outros conselhos destacados.

Para que serve, afinal, o ensino de História?

Daniel Medeiros

Para entender.

Entender por que tivemos habitantes nesse território há milhares de anos e só termos sido "descobertos" em 1500; entender por que havia milhões de habitantes nas primeiras décadas após o tal "descobrimento" e depois disso ficaram restritos a algumas dezenas de milhares; entender por que é comum falar em "descobrimento do Brasil" se não havia um "Brasil"; entender por que os negros e os índios "contribuíram" na formação da sociedade brasileira se, em boa parte da história após o "descobrimento", essas populações formavam a maior parte da população; entender por que Domingos Calabar foi o primeiro "traidor" da pátria se ele viveu em uma época na qual o território que hoje é parte do Brasil pertencia à Espanha e estava sob domínio holandês.

Entender por que D. Pedro I era português e nobre e foi a pessoa que trouxe a "independência" ao Brasil; entender por que, logo depois, ele fecha a constituinte e impõe um texto feito sob encomenda, manda matar seus desafetos, envolve o país em uma guerra inútil com a Argentina, arruína a economia nacional, é praticamente expulso e, até hoje, seu nome é lembrado em um feriado nacional; entender por que seu filho, D. Pedro II, manteve a escravidão por 48 dos 49 anos que governou e, mesmo assim, é conhecido como um sábio; entender por que a República não teve participação popular; por que uma das primeiras medidas do governo de Deodoro foi censurar a imprensa; por que, durante a República Velha, a questão social "era um caso de polícia"; por que Getúlio Vargas é lembrado e homenageado mesmo tendo sido um ditador sombrio e violento na maior parte de seu governo; entender por que, na primeira experiência democrática

do país, entre 1946 e 1964, dos cinco presidentes, um se matou, outro renunciou e outro foi derrubado.

Entender por que Castelo Branco assumiu prometendo uma transição rápida e os militares ficaram 21 anos no poder; entender por que a lei de anistia passou, apagando também os crimes dos torturadores; entender por que as Diretas Já não foram nem para votação, depois de milhões de pessoas terem dito "queremos votar pra presidente"; entender por que os planos econômicos de Sarney e Collor não deram certo e ninguém foi responsabilizado por isso; entender por que os preços pagos pelas estatais vendidas no governo Fernando Henrique foram tão baixos; entender por que o PT prometeu um governo ético e caiu na vala comum das transações mesquinhas.

O entendimento é a razão de se ensinar e aprender História. Entendimento que passa a funcionar como orientador em relação ao futuro. Chave de compreensão e definição de posturas. Afinal, estamos no mundo para mantê-lo e para transformá-lo. E, para isso, precisamos entender o que se passou até aqui. Como quem chega a um filme começado. Como quem chega atrasado em uma reunião. Como quem não estava prestando atenção e por isso perdeu uma oportunidade importante. A História é esse resgate e, ao mesmo tempo, esse roteiro. Entender o que se passou para compreender a bagunça do presente e balizar as ações. Por que o agir é a razão de existir no espaço público. E o agir é a Política. E para agir é preciso entender. E por isso é que é tão importante o ensino da História. Simples assim.

Daniel Medeiros é doutor em Educação Histórica pela UFPR e professor de História do Brasil no Curso Positivo.