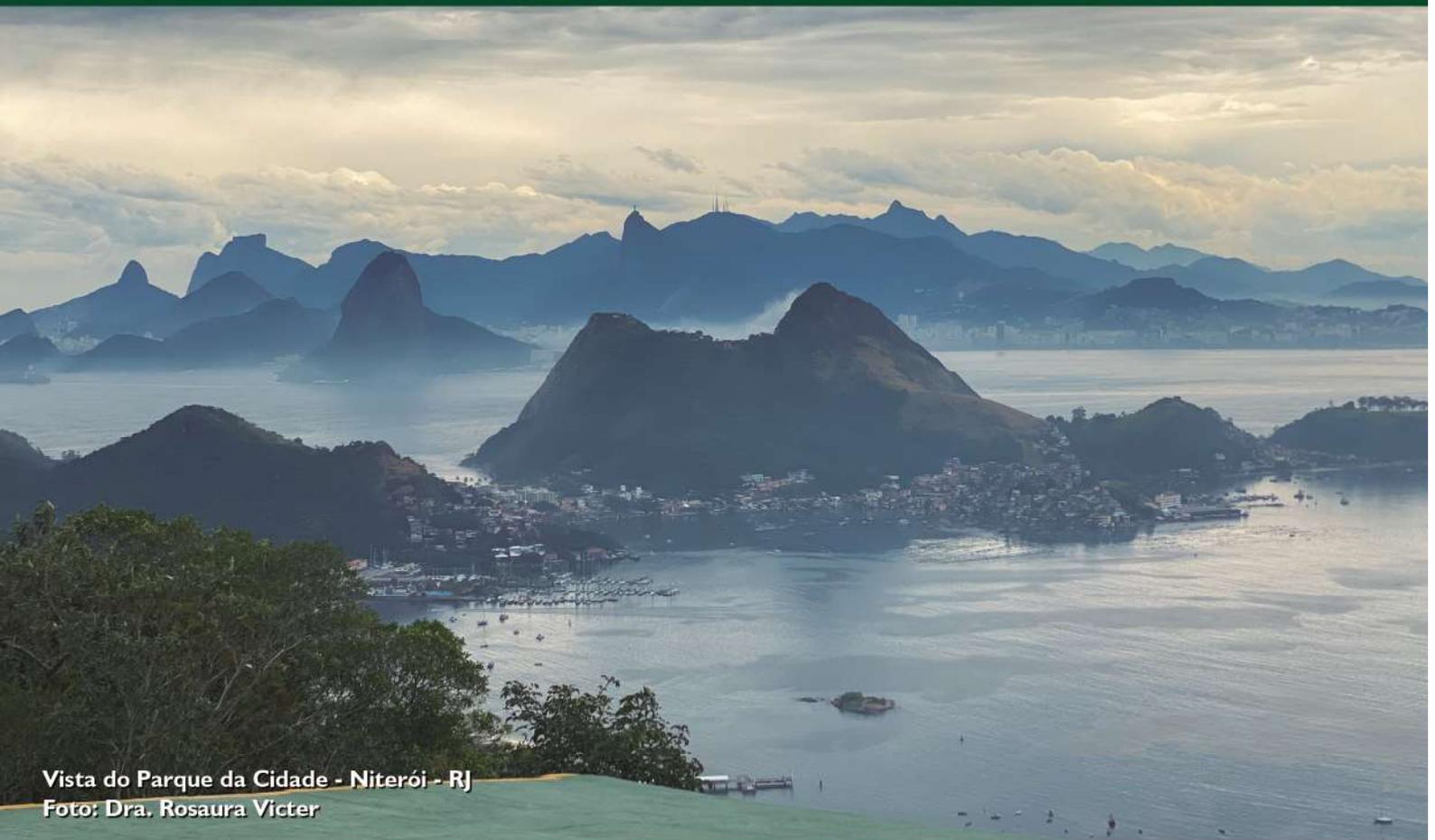


Revista

Associação Médica Fluminense

amf

Ano XX - n° 94 - Jan-Mar/2023
ISSN n° 1809-1741
Órgão Oficial - Filiada à Somerj
Você encontra a Revista AMF
no site: www.amf.org.br



Vista do Parque da Cidade - Niterói - RJ
Foto: Dra. Rosaura Vícter

- Depressão e Inflamação: Uma nova relação estabelecida

E mais:

- Vozes que não falam: relato de caso de alucinação auditiva em paciente surdo.
- Envolvimento osteomuscular na Artrite Reumatoide.
- A mulher do século XXI.
- Governança Cooperativa; um modelo aplicado na Unimed Campos, singular do sistema federativo RJ
- Entre outros.



Filiada a



Nos faça uma visita já

CASAS DE ALTO PADRÃO

COMPARE
CONSTRUÇÕES

**CONSTRUA
COM
SEGURANÇA**

Seja para morar ou investir



A PARTIR

m²

2.299,99

Material e Mão de Obra!!!

**Condições Especiais
para associados AMF**



9 8135-6565

Saúde para todos, um desafio...

Alcançar a “Saúde para todos” é o tema da Organização Mundial da Saúde (OMS) escolhido para 2023, enfatizando a melhoria da saúde pública, em comemoração aos 75 anos de sua fundação, no dia 07 de abril.

No atual momento, há de se pensar na reconstrução, em âmbito mundial, após esses três anos de pandemia, marcados por muitos óbitos, não só em decorrência do adoecimento por Covid 19, mas, também, por outras patologias que tiveram seus diagnósticos e tratamentos postergados nesse período, assim como, o agravamento das doenças crônicas não transmissíveis e daquelas chamadas negligenciadas, transmissíveis ou não e outras preveníveis através da vacinação. A esse cenário, somam-se os danos sociais, como o desemprego, aumento da população de rua, da fome e, por conseguinte, da desnutrição, além dos conflitos existentes entre alguns povos e a situação da guerra entre a Rússia e a Ucrânia, que impõe maiores sofrimentos aos povos atingidos, direta ou indiretamente, repercutindo na economia mundial.

Esses agravos, sempre, são mais desastrosos nas populações mais vulneráveis, principalmente, nos países em desenvolvimento, havendo grande diferença entre os cinco continentes do mundo. A situação de precariedade nas condições de saúde e assistência, em alguns países que convivem com extrema miséria, há muito, está aquém do imaginável para uma vida dentro do que se considera aceitável sob o ponto de vista humanitário. Essas diferenças acontecem, muitas vezes, em um mesmo país. Aqui no Brasil, temos realidades distintas entre as Regiões e Estados.

A declaração de Alma Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, chama a atenção que “a saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”. Com foco na atenção primária, promoção e prevenção da saúde, além do desenvolvimento social e econômico, estabeleceu a meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Em 1986, a Carta de Ottawa, emitida na Primeira Conferência Internacional da Saúde, ressalta a meta para o ano 2000. Passados 45 anos da Conferência de Alma Ata e 20 anos, do marco estabelecido, isto é o ano 2000, permanecem as mesmas mazelas, embora determinados indicadores, graças a ações como, por exemplo, o incentivo ao aleitamento materno, campanhas de vacinação etc, em alguns países,

tenham melhorado. Entre esses, citam-se a mortalidade infantil e a erradicação de doenças, tais como a varíola e a poliomielite, como por exemplo, aqui em nosso país. Porém, nos últimos anos teve-se um retrocesso em alguns indicadores. Recentemente, a OPAS e OMS alertam para o risco do aparecimento de casos de poliomielite, que está diretamente relacionado com a baixa cobertura vacinal.

A queda da cobertura vacinal tem sido observada em âmbito mundial, ocasionada por diversos fatores. No Brasil, desde 2016, vem acontecendo uma diminuição da adesão às vacinas, sendo que, atualmente, após a pandemia por Covid 19, a cobertura está abaixo de 60%, colocando em risco de aparecimento de doenças, que até então, estavam controladas.

Em 2015, considerando a sustentabilidade do planeta, foi elaborada a “Agenda 2030”, que é uma declaração que traduz o compromisso assumido pelos 193 Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU), para o alcance de um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se desdobram em 169 metas, visando à promoção da prosperidade e do bem-estar das populações de forma sustentável em todo o mundo. O objetivo de número 3 (ODS 3) fala em “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Para cada país, devem ser feitas as adaptações para o alcance dessas metas estabelecidas, o que está muito distante para as populações mais pobres, onde predominam as desigualdades sociais e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Entre outras doenças, a OMS ressalta que, por ano, cerca de 10 milhões de pessoas adoecem e 1,5 milhão morrem, com tuberculose, sendo a principal causa de morte por doença infecciosa no mundo.

No caso do Brasil, embora se tenha o SUS, cujos princípios são promover o acesso à assistência à saúde de forma universal, equânime e hierarquizada, parte da população, principalmente aquela que vive em situação de risco social, permanece desassistida ou mal-assistida. A Saúde Suplementar é uma forma de oferta de atendimento, porém, abrange cerca de 25% da população brasileira, cuja maior concentração está nas Regiões Sudeste e Sul, principalmente nas grandes cidades. A elevada incidência de doenças, tais como a tuberculose, hanseníase, sífilis etc. constatam a ineficiência da atenção à saúde, principalmente no atendimento primário. A presença da sífilis congênita é uma comprovação da má assistência ao pré-natal.

Outros agravos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis que afetam a qua-



Dra. Zelina Caldeira
Presidente da AMF

lidade de vida, incapacitando, muitas vezes, o indivíduo para atividades laborais, a presença de doenças preveníveis pela vacinação, assim como, o resgate e manutenção da cobertura vacinal no país, pelo menos com as vacinas propostas pelo Plano Nacional de Imunização, são desafios incessantes nas áreas da saúde e social.

Muito se tem evoluído em tecnologia na saúde, em recursos diagnósticos e terapêuticos, que, em geral, são restritos aos grandes centros. O Ministério da Saúde possui diversos programas voltados para a atenção primária, porém, faz-se necessário o engajamento das três esferas: Federal, Estadual e Municipal. Investir e gerenciar a assistência primária é um desafio. A aplicação da tecnologia nesse nível de atenção impacta na captação de recursos, não só financeiros, mas de preparo técnico, com profissionais habilitados, unidades e serviços organizados e hierarquizados, além da educação e divulgação de informações para a população, conquistando a adesão, sensibilizando e conscientizando sobre a importância do cuidado à saúde.

Referências Bibliográficas:

- Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Dia Mundial da Saúde 2023 – Saúde para todos. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campaigns/world-health-day-2023-health-for-all>. Acesso em: 20/03/2023.
- Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Declaração de Alma Ata. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em: 20/03/2023.
- Organização Mundial da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Carta de Ottawa. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 20/03/2023.
- Organização das Nações Unidas. Nações Unidas Brasil. Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 20/03/2023.

Artigos Científicos

- Depressão e Inflamação
Uma nova relação estabelecida. **06**
- Vozes que não falam: relato de caso de
alucinação auditiva em paciente surdo. **12**
- Envolvimento osteomuscular na Artrite
Reumatoide. **21**

Artigo

- A mulher do século XXI.
Governança Cooperativa;
um modelo aplicado na Unimed Campos,
singular do sistema federativo RJ. **23**
- ESG: Environmental, Social and
Governance e a Unimed Niterói. **29**
- A medicina e contextos sociais. **31**



Vista do Parque da Cidade - Niterói - RJ
Foto: Dra. Rosaura Victer

- Acamerj** **34**
- Proposta médica para reforma tributária. **34**
- Perfil** **35**
- Dr. Paulo Cesar Santos Dias. **35**
- Agenda** **36**
- Clube de Benefícios** **35**

Expediente

Associação Médica Fluminense

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

Diretoria da Associação Médica Fluminense**Gestão: 2020-2023****Presidente:**

Zelina Maria da Rocha Caldeira

Vice Presidente:

Gilberto Garrido Junior

Secretário Geral:

Ilza Boeira Fellows

Primeiro Secretário:

Christina Thereza Machado Bittar

Primeiro Tesoureiro:

Karin Fernandes Jaegger

Diretor Científico:

Valéria Patrocínio Teixeira Vaz

Diretor Sócio Cultural:

Eduardo Duarte de Oliveira

Diretor de Patrimônio:

Jorge José Abunahman

Conselho Deliberativo**Membros Natos**

Alcir Vicente Visela Chácar

Alkamir Issa

Aloysio Decnop Martins

Benito Petraglia

Glauco Barbieri

Waldenir de Bragança

Membros Efetivos

Ana Cristina Peçanha Dantas

Anadeje Maria da Silva Abunahman

Antonio Orlando Respeita

Clovis Abraham Cavalcanti

Emanuel Decnop Martins Junior

Heraldo José Victer

Jackson Ferreira Galeno

José Antonio Caldas Teixeira

José Gonzaga Rossi da Silva

Maria da Conceição Farias Stern

Mariana da Silva Abunahman

Mateus Freitas Teixeira

Paschoal Balthazar Baltar da Silva

Paulo Cesar Santos Dias

Rodrigo Schwartz Pegado

Membros Suplentes

Antonio Carlos Accetta

Bruno Barros Petraglia

Cristiano Bandeira de Melo

Edilson Ferreira Feres

Enildo Ferreira Feres

Fernando Cesar Ranzeiro de Bragança

Jorge Carlos Mostacedo Lascano

Jose de Moura Nascimento

José Emídio Ribeiro Elias

Leonardo Jorge Lage

Mário Roberto Moreira Assad

Mauro Romero Leal Passos

Miguel Luiz Lourenço

Renato de Souza Bravo

Wellington Bruno Santos

Conselho Fiscal / Membros Efetivos

Claudio Vinicius Graciano da Silva

Fritz Alfredo Sanchez Cardenas

Luis Fernando Jogaib Mainier

Membros Suplentes

Kathya Elizabeth M. Teixeira

Paulo Fernando Rodrigues da Cal

Rafael Vilanova Lima

Assessora Participativa

Maria Gomes

Direção Editorial da revista

Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira e

Dra. Valéria Patrocínio Teixeira Vaz.

Foto da capa: Vista do Parque da Cidade - Niterói/RJ

Dra. Rosaura Victer

Ano XX - nº 94 - jan/fev/mar - 2023

Produzida por LL Divulgação Editora Cultural Ltda.**Redação e Publicidade**

Tel/Fax: 2714-8896 - www.lldivulga.com.br

e-mail: lldivulga@gmail.com

Diretor Executivo - Luthero de Azevedo Silva**Diretor de Marketing** - Luiz Sergio Alves Galvão**Jornalista Responsável:** Raquel Moraes

Reg. Mtb RJ 33.098

Projeto Gráfico: Luiz Fernando Motta**Coordenação:** Kátia Regina Silva Monteiro**Fotos:** Daniel Latham**Supervisão de Circulação:**

LL Divulgação Editora Cultural Ltda

Tiragem: 5 mil exemplares

Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da LL Divulgação e da AMF.

Você e o seu dinheiro
em uma das principais
instituições financeiras
cooperativas do país

UNICRED 



CONHEÇA
O JEITO UNICRED
DE **COOPERAR.**

Ser um cooperado Unicred é muito
mais do que ser um cliente de banco.

Usufrua de taxas mais justas e um
atendimento personalizado que combina com você.

 @unicredniteroi
 (21) 2729-9100

conhecaunicred.com.br

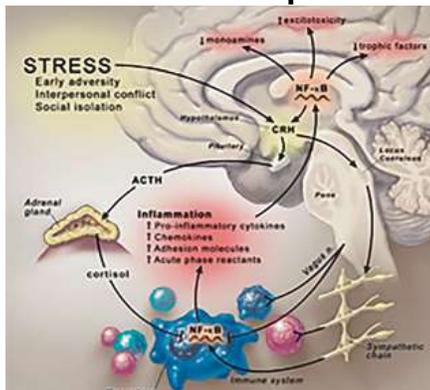
Depressão e Inflamação

Uma nova relação estabelecida

Dr. Rodrigo Toledo*



Fig. 1: Elevação de Citocinas Inflamatórias na Depressão



Biol Psychiatry 2009;65:732741
2009 society Biological Psychiatry

Table 1. Potential Translational Targets for Inflammation-Induced Depression

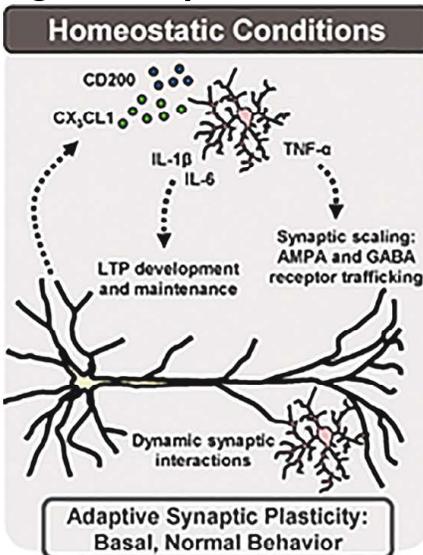
Immune System
Cytokines (e.g., TNF-alpha, IL-1, IL-6)
Cytokine signaling pathways (e.g., NF-κB and MAPK)
Inflammatory mediators (e.g., COX-2, PG)
RNS/ROS (e.g., NO, H ₂ O ₂)
Immune cells in the brain (e.g., microglia)
Central Nervous System
Monoamines (e.g., 5-HT, NE, DA)
IDO and its metabolites (e.g., KYN, QUIN, KA)
Extrasynaptic NMDA receptors
Excitotoxic neurotransmitters (e.g., glutamate)
Neurotrophic factors (e.g., BDNF)
Neuroendocrine System
HPA axis hormones (e.g., CRH, cortisol) and receptors (e.g., GR)
Autonomic Nervous System and Stress
Catecholamines and receptors (e.g., alpha and beta adrenergic receptors)
Parasympathetic outflow pathways (e.g., vagal nerve, alpha 7 nAChR)
Stress (e.g., interpersonal conflict, early adversity)

I- Introdução:

Hoje sabemos que a depressão afeta 350 milhões de pessoas no mundo (OMS, 2012), mais de 40% dos pacientes que se tratam abandonam os medicamentos nos primeiros 30 dias e chega a 72% no terceiro mês (OPAS, 2017).

Cerca de 30% dos pacientes não respondem adequadamente ao tratamento

Fig.2: Neuroplasticidade

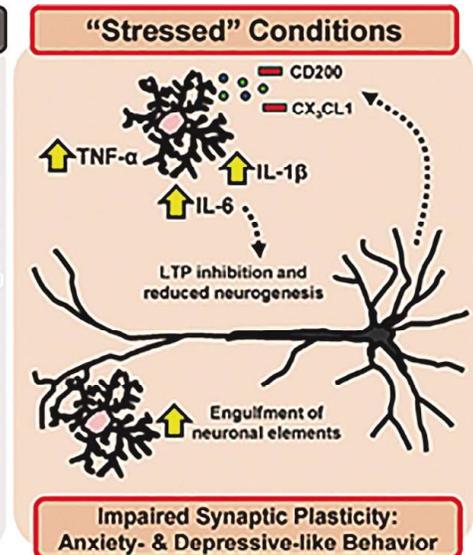


Dr. Rodrigo Toledo

medicamentoso (CANMAT, 2016) e menos de uma em cada quatro pessoas voltou à vida normal depois de se tratar (D. Sheehan, *Hum Psychopharmacol.* 2016 Jan; 31(1): 53–63).

Um terço dos adultos com Depressão Maior enfrentam sintomas que não respondem ao tratamento, isto é, não há resposta a doses adequadas de dois antidepressivos de classes diferentes por seis semanas. (STAR*D, 2012). Cerca de 67% dos pacientes necessitarão do uso de ao menos quatro antidepressivos antes de atingirem remissão.

Existe uma relação direta entre a depressão e a inflamação, através da expressão da homocisteína e do desvio no eixo-HPA. Como em qualquer processo inflamatório, na depressão, também, acontece elevação das Citocinas Inflamatórias. (Fig. 1)



*Membro Efetivo da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro. Residência em Psiquiatria – Instituto Philippe Pinel – RJ

As citocinas inflamatórias (Fator de Necrose Tumoral, Interleucina 1 e 6), em condições homeostáticas, têm papel regenerador na árvore dendrítica e axônio. Na depressão, em razão do processo inflamatório e elevação das citocinas, ocorre uma neurotoxicidade, impactando diretamente na neurogênese em hipocampo. (Fig. 2)

2- Depressão e Inflamação

2.1 - Hipercolesterolemia (Disfunção do Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal – HPA)

As mudanças no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) são comuns na depressão. Anormalidades na função do eixo HPA têm sido descritas em pessoas que experimentam transtornos psiquiátricos. Além disso, é bem conhecido o papel fundamental do estresse como precipitante de episódios de transtornos psiquiátricos.

De fato, na depressão é descrito que há desregulação do feedback negativo no eixo HPA levando à hipercolesterolemia. Outros transtornos podem estar associados à ativação aumentada e prolongada do eixo HPA, incluindo Anorexia Nervosa, Transtorno Obsessivo-compulsivo - TOC, Pânico, Alcoolismo.

Outro aspecto a considerar é que o estresse ativa a resposta imune por vias simpáticas. As células mieloides da medula cerebral (atividade hematopoiética) atuam como condutores primários da inflamação, causando danos ao endotélio, aumentando o risco de doenças cardíacas vasculares. (fig. 4)

Estudo conduzido pela Sociedade Americana de Cardiologia com o objetivo de entender como a depressão impacta no sistema cardiovascular e nas suas patologias em razão da alteração no eixo HPA, concluiu que:

- Pacientes Hipertensos com Depressão, apresentam três vezes mais risco de morte.
- Pacientes com Doença Coronariana Arterial e Depressão, apresentam 40% mais risco de eventos cardíacos.
- Pacientes com Angina Instável e Depressão, apresentam três vezes mais risco de morte em até um ano.
- Pacientes pós IAM e Depressão, apresentam de quatro a seis vezes mais mortalidade.
- Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva e Depressão têm uma sobrevida menor.

Fig. 03

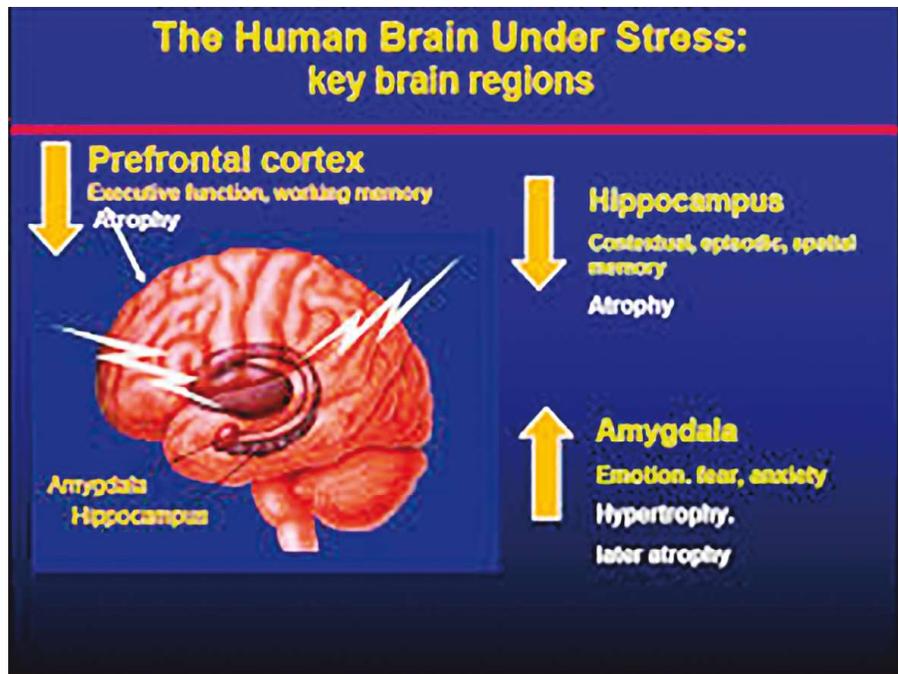


Fig. 3: Alterações no cérebro sob estresse.

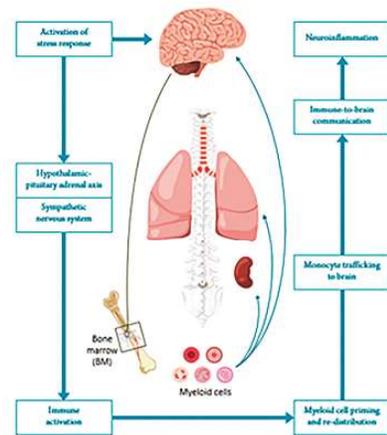


Figura 5: Depressão and Cardiovascular Disease

Cardiovascular illness	Impact of Depression
Hypertension	3x ↑ morbid risk
Coronary artery disease	40% ↑ risk of cardiac events
Unstable angina	3x ↑ of cardiac death at 1 year
Post-MI	↑ mortality 4-6x
Congestive heart failure with LVEF < 20	50% survival vs. 78% survival at 1 year

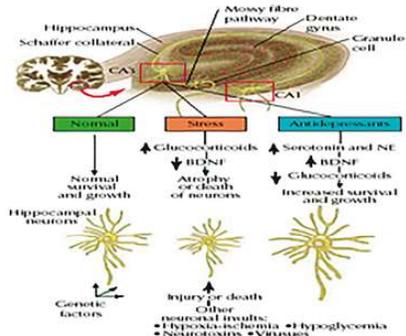
Rabkin JG, et al. Am J Psychiatry. 1983;140:1072-1074. Carney RM, et al. Psychosom Med. 1990;50:427-433. Schaffer EJ, et al. Arch Intern Med. 1999;159:3156-3159. Fabian-Smith JE, et al. Circulation. 1999;99:1009-1015. Lesperance J, et al. J Am Coll Cardiol. 1998; Friedland. Psychosom Med. 1999.

2 - Homocisteína

A Homocisteína (Hcy) é um aminoácido sulfuroso, com ação pró-inflamatória, pró-aterogênica e pró-trombótica. Altos níveis de homocisteína estão associados com as doenças cerebrovasculares e depressão. Aumenta o risco de Acidente

Fig. 4 - Stress activates the immune response via sympathetic pathways. The myeloid cells from the brain marrow (haemopoietic activity) act as primary inflammation drivers causing damage to the endothelium increasing the risk of CVD.

Figura 5: Depressão and Cardiovascular Disease



Vascular Cerebral, podendo ter um efeito neurotóxico direto.

A Hcy é exclusivamente derivada da desmetilação da metionina, um aminoácido abundante em proteínas de plantas e animais e a principal fonte de átomos sulfurosos de proteínas. A Hcy resultante pode ser tanto remetida para metionina, um processo que utiliza folato e vitamina B12 como cofatores. A figura 6 mostra o ciclo do Metilfolato.

O Metilfolato atua, também, potencializando, através da Biopterina – BH4, a revista amf - 7

ação de duas importantes enzimas, a Tirosinohidroxilase e a Triptofanohidroxilase. Através dessas duas enzimas, com a ação coadjuvante do Metilfolato, temos aumento na produção de Serotonina, Dopamina e Noradrenalina. O Metilfolato tem uma ação Trimonoaminérgica.

Estudos (fig.7) verificaram um aumento da concentração de homocisteína no plasma sanguíneo de pacientes com depressão, assim sendo, deve-se pesquisar hiperhomocisteinemia nos pacientes que apresentem quadro depressivo, cujo tratamento deve ser feito com Metilfolato.

Causas de hiperhomocisteinemia:

- ✓ Baixa ingestão de alimentos com ácido fólico, vitamina B6 ou B12.
- ✓ Doenças como hipotireoidismo, doença renal ou psoríase.
- ✓ Uso de alguns medicamentos como Metotrexato.
- ✓ Anomalia genética da Enzima MTHFR
- ✓ Outros estados patológicos como artrite reumatoide e doenças inflamatórias intestinais.
- ✓ Certos hábitos de vida, como tabagismo, consumo excessivo de café, chá e vegetarianismo.

Entender esse papel inflamatório na depressão é fundamental. Não obteremos bons resultados no tratamento de nossos pacientes, apenas com o uso de antidepressivos. O Antidepressivo não atua na Neurogênese. Ele atua na regulação em Fenda Sináptica dos neurotransmissores. Seja ele um ISRS, Dual, Multimodal, Dopaminérgico, Tricíclico. Mas como o medicamento vai atuar em ~Serotonina, por exemplo, se aquele paciente apresenta uma produção deficitária do neurotransmissor? O resultado obtido e a eficácia do medicamento ficarão prejudicados. Havendo menos neurotransmissor em fenda sináptica, o antidepressivo terá sua ação prejudicada. A suplementação do Metilfolato e B12 é fundamental como coadjuvante no tratamento da depressão.

Polimorfismo da Enzima MTHFR (Metiltetrahidrofolato redutase)

Metilfolato é a principal forma ativa de folato (Ácido fólico), uma vitamina hidrossolúvel pertencente ao complexo B. Como doador do grupo metila, participa da conversão do aminoácido homocisteína em metionina, sendo vital para muitos processos, incluindo a síntese da serotonina,

Figura 6: Ciclo do Metilfolato

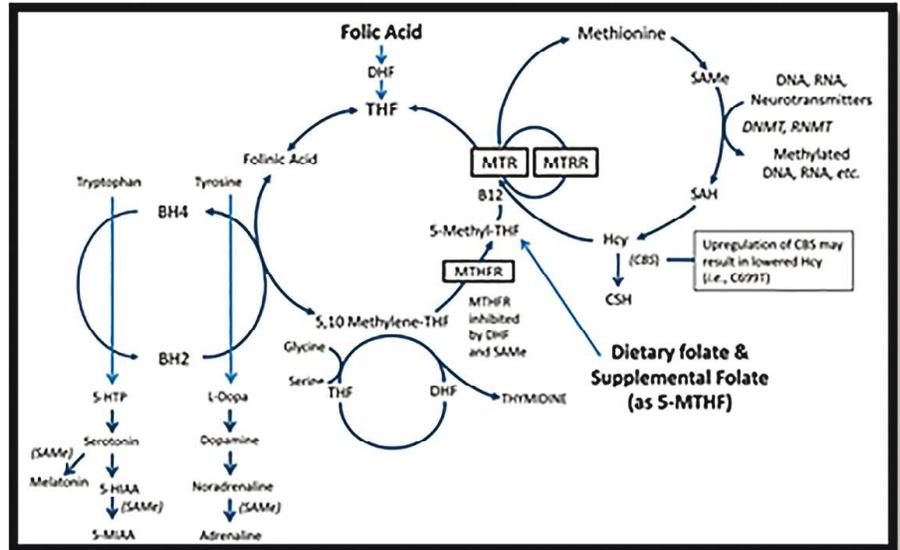


Figura 7: Elevação da Homocisteína na Depressão

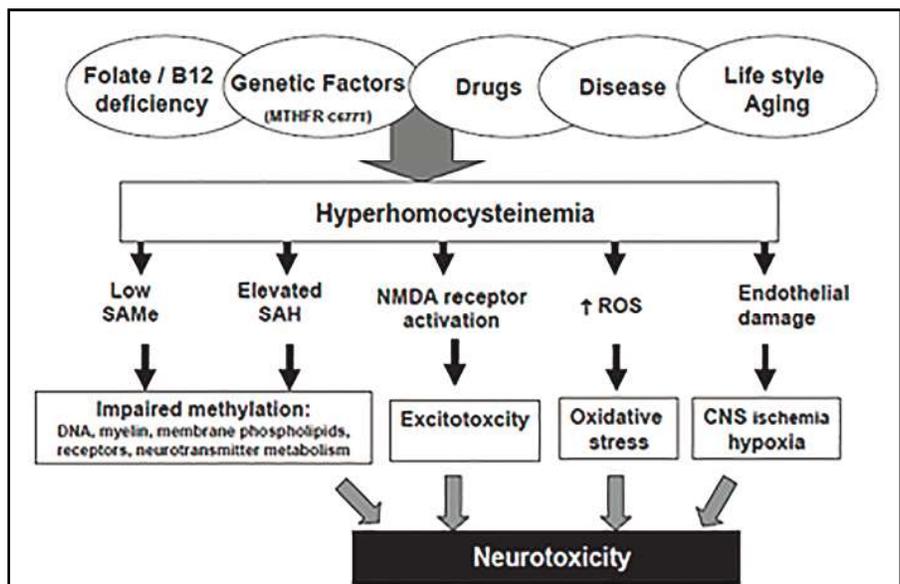
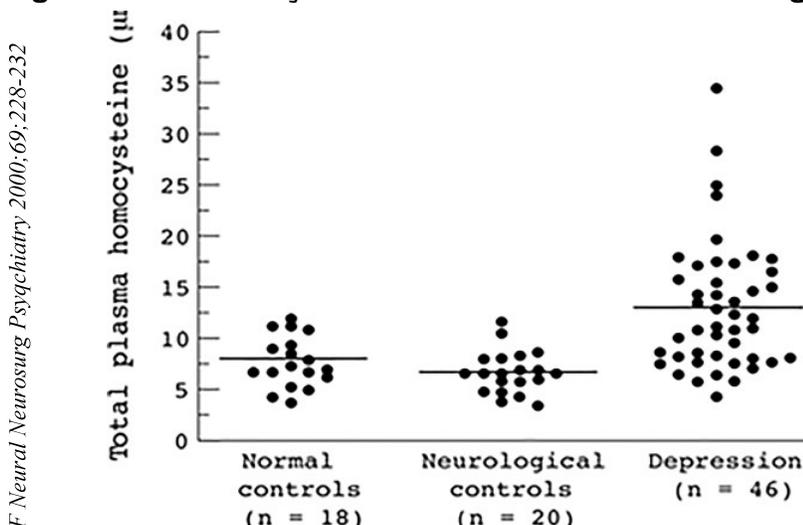
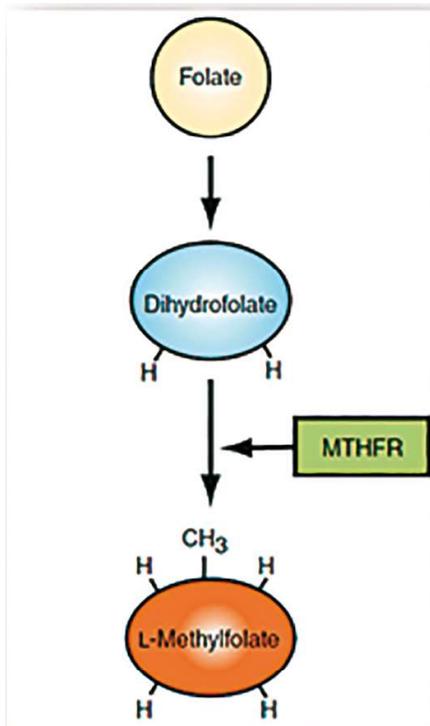


Figura 7: Concentração de Homocisteína no Plasma Sanguíneo



F. Neural Neurosurg Psychiatry 2000; 69:228-232



Stahl et al. 2008. *The Journal of clinical psychiatry*. 69: 1352-1353.

dopamina, noradrenalina. Ele atua como um Modulador Trimonoaminérgico.

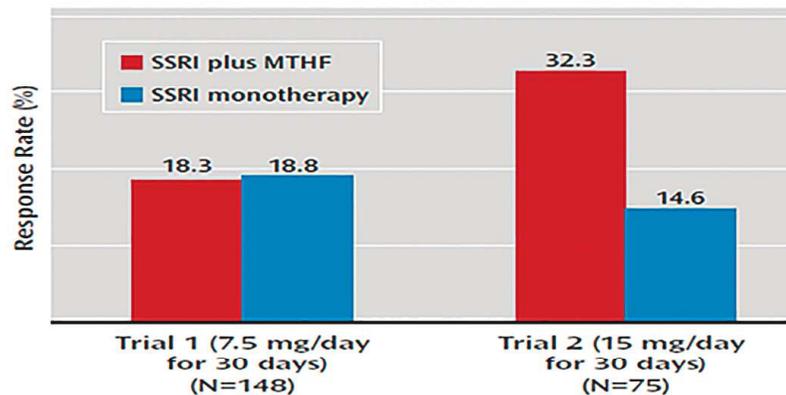
É sete vezes mais potente que o ácido fólico. Não basta ingerir o ácido fólico da dieta de vegetais verdes. É necessário que seja transformado em metilfolato, cuja conversão é realizada através da enzima MTHFR. Como consequência do polimorfismo da MTHFR, há redução da ação enzimática e no processo de metilação, levando à deficiência do Metilfolato.

Evidências relacionam alterações da MTHFR nas doenças cardiovasculares, neurológicas, psiquiátricas e tumores. Estudos observaram que 70% dos pacientes com depressão apresentavam polimorfismo dessa enzima, não sendo capazes de converter o ácido fólico em metilfolato (Kelly CB et al, 2004).

O que demonstram os Estudos do Metilfolato?

Estudos demonstram que o metilfolato aumenta a resposta como adjunto no tratamento da depressão. Trabalho realizado pelo do Prof. Papakostas em 2012, conforme ilustrado nas figuras abaixo, concluiu que na dosagem de 15 mg/dia, o Metilfolato auxilia o antidepressivo no tratamento da depressão, reduz a homocisteína, diminuindo o processo inflamatório na depressão e, como consequência, a neurotoxicidade.

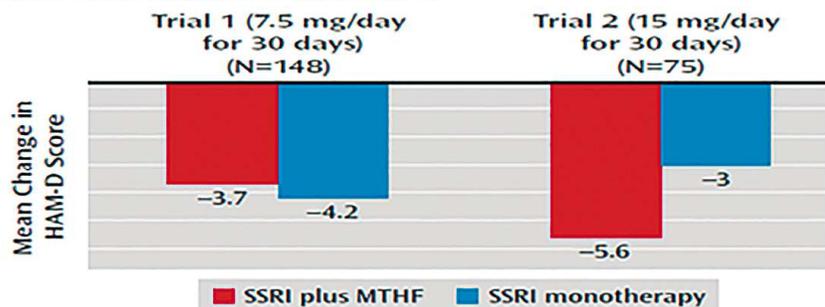
FIGURE 1. Pooled Response Rates in Two Trials of L-Methylfolate (MTHF) Compared With Placebo as an Adjunct to SSRIs in Patients With SSRI-Resistant Depression^a



^a Response was defined as a reduction of $\geq 50\%$ in Hamilton Depression Rating Scale score during treatment or a final score of ≤ 7 . Significant difference between groups in trial 2 ($p=0.04$). The pooled analysis was conducted as described in Fava et al. (25).

Papakostas et al. 2012. *Am J Psychiatry*, 169:1267-1274

FIGURE 2. Pooled Mean Reduction in Hamilton Depression Rating Scale Score in Two Trials of L-Methylfolate (MTHF) Compared With Placebo as an Adjunct to SSRIs in Patients With SSRI-Resistant Depression^a



^a Significant difference between groups in trial 2 ($p=0.05$). The pooled analysis was conducted as described in Tamura and Huang (30).

Papakostas et al. 2012. *Am J Psychiatry*, 169:1267-1274

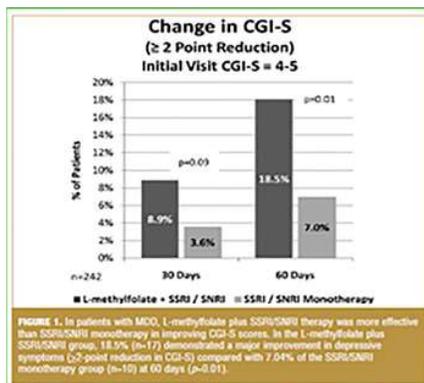


FIGURE 1. In patients with MDD, L-methylfolate plus SSRI/SNRI therapy was more effective than SSRI/SNRI monotherapy in improving CGI-S scores. In the L-methylfolate plus SSRI/SNRI group, 18.5% ($n=17$) demonstrated a major improvement in depressive symptoms (≥ 2 -point reduction in CGI-S) compared with 7.04% of the SSRI/SNRI monotherapy group ($n=10$) at 60 days ($p=0.01$).

Ginsberg et al. 2011. *Innov Clin Neurosci*. 8(1): 19-28

Mudanças na CGI-S (impressões clínicas globais de gravidade) com Metilfolato adjunto ao Antidepressivo

Estudo realizado por Ginsberg et al. 2011, que tinha como objetivo avaliar a eficácia do L-metilfolato em combinação

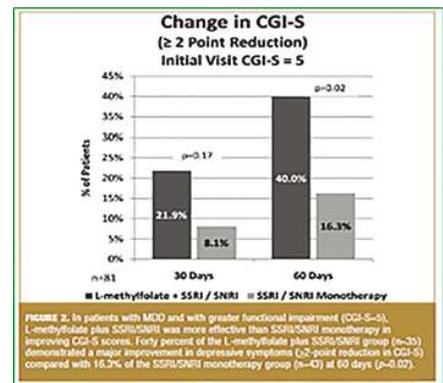


FIGURE 2. In patients with MDD and with greater functional impairment (CGI-S=5), L-methylfolate plus SSRI/SNRI was more effective than SSRI/SNRI monotherapy in improving CGI-S scores. Forty percent of the L-methylfolate plus SSRI/SNRI group ($n=35$) demonstrated a major improvement in depressive symptoms (≥ 2 -point reduction in CGI-S) compared with 16.3% of the SSRI/SNRI monotherapy group ($n=0$) at 60 days ($p=0.02$).

com ISRS ou IRSN em comparação com a monoterapia com ISRS ou IRSN em um episódio depressivo maior, concluiu que o uso do L-metilfolato mais antidepressivo, no início do tratamento, foi mais eficaz na melhora dos sintomas depressivos e da

função medida pelos escores CGI-S em 60 dias do que a monoterapia com antidepressivo. Levou a uma melhora sintomática importante mais rapidamente do que a monoterapia com ISRS/SNRI e foi melhor tolerado.

Os pacientes tratados com metilfolato, também, apresentaram menor taxa de interrupção do tratamento devido a efeitos adversos (gráfico da esquerda) e menor número de hospitalizações durante o tratamento.

Desta forma, observa-se que diversos estudos indicam que o uso do metilfolato traz benefícios ao tratamento antidepressivo.

Considerações Finais

Atualmente, sabe-se que a depressão é uma doença inflamatória e se tem conhecimento do impacto no sistema nervoso central e no tratamento dos pacientes. Entender como esse processo está acontecendo no paciente é fundamental. Sabe-se que o antidepressivo continua tendo papel primordial no tratamento, mas é preciso atentar para a suplementação, se necessária, principalmente de ácido fólico e B12.

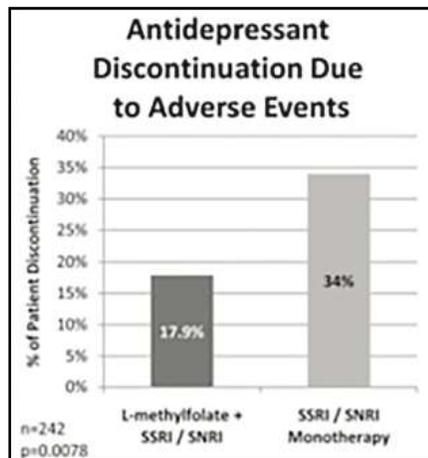
O Psiquiatra hoje tem mais dados clínicos para tratar seus pacientes. Além da tradicional Anamnese Psiquiátrica e Exame Psíquico, o Hemograma Completo com as dosagens de Folato, B12, sem falar na avaliação de diagnósticos diferenciais, potencialmente capazes de interferir no humor, como as patologias da tireoide por exemplo, fazem a diferença no diagnóstico e tratamento, trazendo mais qualidade de vida ao paciente e buscando usar menos medicamentos.

Sabe-se que o Metilfolato melhora a resposta do antidepressivo, melhora sintomas cognitivos ou o humor de pacientes com deficiência de MTHFR, atua na metilação da Homocisteína, reduzindo o processo inflamatório, e está indicado para pacientes com depressão e níveis de folato sub-ótimos.

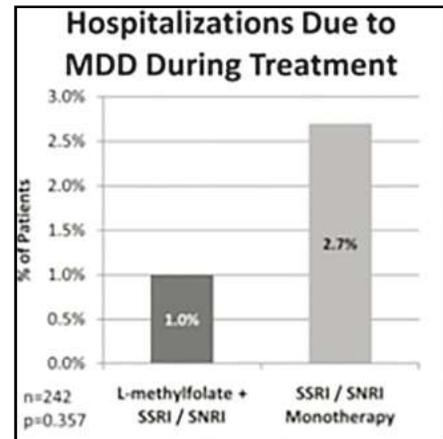
Referências bibliográficas:

Bottiglieri T. Homocysteine and folate metabolism in depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(7):1103-1112. doi:10.1016/j.pnpbp.2005.06.021

Dartois LL, Stutzman DL, Morrow M. L-methylfolate Augmentation to Antidepressants for Adolescents with Treatment-Resistant Depression: A Case Series. *J Child Adolesc Psychopharmacol* - revista amf



Ginsberg et al. 2011. *Innov Clin Neurosci*. 8(1): 19-28



macol. 2019;29(5):386-391. doi:10.1089/cap.2019.0006

Farah A. The role of L-methylfolate in depressive disorders. *CNS Spectr*. 2009;14(1 Suppl 2):2-7. doi:10.1017/s1092852900003473

Freeman MP, Savella GM, Church TR, et al. A prenatal supplement with methylfolate for the treatment and prevention of depression in women trying to conceive and during pregnancy. *Ann Clin Psychiatry*. 2019;31(1):4-16.

Ginsberg LD, Oubre AY, Daoud YA. L-methylfolate Plus SSRI or SNRI from Treatment Initiation Compared to SSRI or SNRI Monotherapy in a Major Depressive Episode. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(1):19-28.

Jain R, Manning S, Cutler AJ. Good, better, best: clinical scenarios for the use of L-methylfolate in patients with MDD. *CNS Spectr*. 2020;25(6):750-764. doi:10.1017/S1092852919001469

Jha S, Kumar P, Kumar R, Das A. Effectiveness of add-on L-methylfolate therapy in a complex psychiatric illness with MTHFR C677T genetic polymorphism. *Asian J Psychiatr*. 2016;22:74-75. doi:10.1016/j.ajp.2016.05.007

Kelly CB, McDonnell AP, Johnston TG, et al. The MTHFR C677T polymorphism is associated with depressive episodes in patients from Northern Ireland. *J Psychopharmacol*. 2004;18(4):567-571. doi:10.1177/0269881104047285

Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016. Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments [published correction appears in *Can J Psychiatry*. 2017 May;62(5):356]. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-560. doi:10.1177/0706743716659417.

Marshall, DeFolstein at all. The homocysteine hypothesis of depression. *Am J Psychiatry* 2007; 164:861-867).

Nierenberg AA, Montana R, Kinrys G, Deckersbach T, Dufour S, Baek JH. L-Methylfolate For Bipolar I depressive episodes: An open trial proof-of-concept registry. *J Affect Disord*. 2017;207:429-433. doi:10.1016/j.

jad.2016.09.053

Papakostas GI, Shelton RC, Zajecka JM, et al. Effect of adjunctive L-methylfolate 15 mg among inadequate responders to SSRIs in depressed patients who were stratified by biomarker levels and genotype: results from a randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(8):855-863. doi:10.4088/JCP13m08947

Papakostas GI, Shelton RC, Zajecka JM, et al. L-methylfolate as adjunctive therapy for SSRI-resistant major depression: results of two randomized, double-blind, parallel-sequential trials. *Am J Psychiatry*. 2012;169(12):1267-1274. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11071114.

Sarris, Jerome. Clinical use of nutraceuticals in the adjunctive treatment of depression in mood disorders. *Australasian Psychiatry*, v. 25, n. 4, p. 369-372, 2017.

Sheehan DV et al. Assessment of functional outcomes by Sheehan Disability Scale in patients with major depressive disorder treated with duloxetine versus selective serotonin reuptake inhibitors. *Hum Psychopharmacol*. 2016 Jan;31(1):53-63. doi: 10.1002/hup.2500. Epub 2015 Sep 1. PMID: 26331440; PMCID: PMC5049604.

Shelton RC, Sloan Manning J, Barrentine LW, Tipton EV. Assessing Effects of L-Methylfolate in Depression Management: Results of a Real-World Patient Experience Trial. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013;15(4):PCC.13m01520. doi:10.4088/PCC.13m01520.

Wade RL, Kindermann SL, Hou Q, Thase ME. Comparative assessment of adherence measures and resource use in SSRI/SNRI-treated patients with depression using second-generation antipsychotics or L-methylfolate as adjunctive therapy. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(1):76-85. doi:10.18553/jmcp.2014.20.1.76

Zajecka JM, Fava M, Shelton RC, Barrentine LW, Young P, Papakostas GI. Long-term efficacy, safety, and tolerability of L-methylfolate calcium 15 mg as adjunctive therapy with selective serotonin reuptake inhibitors: a 12-month, open-label study following a placebo-controlled acute study. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(5):654-660. doi:10.4088/JCP15m10181



PRONTO ATENDIMENTO – HOSPITAL ITAIPU



- 27 mil m² de área de construção
- 200 Leitos de Internação
- 52 Leitos de UTI
- 12 Salas de cirurgias
- Energia solar e fotovoltaica
- Amplo Estacionamento
- Corpo Clínico e Assistencial altamente qualificado em todas as especialidades médicas
- Tecnologia médica de última geração
- Princípios cooperativistas



hospital itaipu

Estr. Francisco da Cruz Nunes, 5599 – Itaipu, Niterói – RJ, 24310-340

Vozes que não falam: relato de caso de alucinação auditiva em paciente surdo

Dra. Juliana Maria Ferreira da Silva Fonseca¹ - Dr. Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior²



the team. It was necessary to constantly bet on the potential of work, despite the recognition of its limitations, so that access to health could be guaranteed. Similarly, the most appropriate way to access the patient and understand their experiences was the subject of several questions. In schizophrenia, the most frequent hallucination is the auditory one, particularly the audioverbal one, being present in up to 70% of the cases, followed by the visual one. Although schizophrenia has the same prevalence in the general population and in deaf patients, in these, the presence of hallucinations can be explained not only by a psychiatric diagnosis, but also as an effect of sensory deprivation. The hallucinatory experience in patients with hearing impairment is a subject that has aroused interest in the scientific community for decades, especially with regard to the modality of this experience. The presence, prevalence and origin of auditory hallucinations in patients who cannot hear are questioned. The following case report is of a deaf patient, treated at the Herbert de Souza Psychosocial Care Center in 2020, located in the city of Niterói (RJ) who had recurrent reports of auditory hallucinations.

Resumo

O presente trabalho surgiu a partir das dúvidas e observações referentes ao acompanhamento e tratamento de um paciente esquizofrênico, com surdez total, que relatava ouvir vozes. O desafio inicial desse acompanhamento fazia referência a garantir um local de tratamento para esse paciente, mesmo perante as dificuldades de comunicação com a equipe. Foi necessário constante aposta no potencial do trabalho, apesar do reconhecimento de suas limitações, para que o acesso à saúde pudesse ser garantido. De maneira semelhante, a maneira mais adequada de acessar o paciente e entender as suas vivências foi assunto de vários questionamentos. Na esquizofrenia, a alucinação mais frequente é a auditiva, particularmente a audioverbal, estando presente em até 70% dos casos, seguida da visual. Apesar de a esquizofrenia apresentar a mesma prevalência na população geral e em pacientes surdos, nesses, a presença de alucinações pode ser explicada não apenas por um diag-

nóstico psiquiátrico, mas, também, como efeito da privação sensorial. A experiência alucinatoria em pacientes com deficiência auditiva é um assunto que desperta interesse da comunidade científica há décadas, especialmente no que se relaciona a modalidade dessa experiência. É questionado a presença, prevalência e origem das alucinações auditivas em pacientes que não escutam. O seguinte relato de caso é de um paciente surdo, atendido no Centro de Atenção Psicossocial Herbert de Souza em 2020, localizado na cidade de Niterói (RJ) que apresentava relato recorrente de alucinações auditivas.

Abstracts

The present work arose from the doubts and observations regarding the follow-up and treatment of a schizophrenic patient, with total deafness, who reported hearing voices. The initial challenge of this follow-up referred to guaranteeing a place of treatment for this patient, even in the face of difficulties in communicating with

1. Introdução

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico maior, com prevalência de cerca de 1% na população mundial. Apesar de afetar igualmente homens e mulheres, há uma diferenciação na idade de início dos sintomas, havendo um início mais precoce nos homens do que nas mulheres. (JAVITT, 2015) De forma geral, os primeiros sintomas começam a se apresentar entre o final da adolescência e o início da vida adulta. As causas para o desenvolvimento dessa doença ainda não são totalmente conhecidas, mas acredita-se que exista um

¹Médica residente do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ). ²Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Preceptor do Programa Médico em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ), Coordenador do Departamento de Psiquiatria da AMF, Orientador do TCC.

importante componente genético. Alguns fatores de risco foram descritos, apesar de aparentemente apresentarem isoladamente pequeno efeito sobre a prevalência. Entre eles estão complicações obstétricas e perinatais, infecções na gestação, baixo peso ao nascer, uso de maconha na infância e adolescência. Uma pior evolução parece estar relacionada ao sexo masculino, um início precoce dos sintomas, períodos prolongados sem tratamento, e presença de sintomas cognitivos e negativos mais graves. Apesar dos avanços no tratamento alcançados pelo uso de medicamentos antipsicóticos, esses apresentam maior eficácia nos sintomas positivos, ainda sendo pouco efetivos nos sintomas cognitivos e negativos. Entre os medicamentos em uso atualmente, a clozapina apresenta maior eficácia para o tratamento, porém pode apresentar efeitos adversos potencialmente graves. (DALGALARRONDO, 2019)

Apesar do conhecimento científico acerca da esquizofrenia, a heterogeneidade das apresentações possíveis representa um dos maiores desafios na clínica. O caso relatado nesse trabalho despertou especial interesse graças às particularidades que ele apresentava, em especial a descrição de alucinações auditivas em pacientes com perda auditiva total. Nos serviços de saúde mental, apesar das diretrizes de acessibilidade existentes, a presença de pacientes com déficits sensoriais, como a surdez, ainda é incomum. Além das dificuldades de comunicação com essa comunidade, questões referentes às especificidades de sua clínica ainda geram questionamentos por parte dos profissionais.

O presente trabalho surgiu a partir das dúvidas e observações referentes ao acompanhamento e tratamento de um paciente esquizofrênico, com surdez total, que relatava ouvir vozes. O desafio inicial desse acompanhamento fazia referência a garantir um local de tratamento para esse paciente, mesmo perante as dificuldades de comunicação com a equipe. Foi necessário constante aposta no potencial do trabalho, apesar do reconhecimento de suas limitações, para que o acesso a saúde pudesse ser garantido. De maneira semelhante, a maneira mais adequada de acessar o paciente e entender as suas vivências foi assunto de vários questionamentos. A falta de treinamento oferecidas aos profissionais em outras formas de linguagem, como a linguagem de sinais, se mostrou

um obstáculo importante a ser superado.

Ainda no início do acompanhamento, um grande desafio teórico se estabeleceu, baseado na falta de experiência e conhecimento sobre essa clínica específica. Em especial, uma fonte de questionamento foi sobre a origem das alucinações audiovisuais perante a privação sensorial auditiva, e como melhor classificar os fenômenos nesse caso. Dessa maneira, as descrições dos eventos relatados e posterior formulação diagnóstica precisaram ser feitas com especial cuidado, e após maior estudo. Por fim, os mesmos desafios presentes na maioria dos casos em saúde mental, também, marcaram esse trabalho: questões sobre como aliviar o sofrimento e garantir cuidado e acesso aos direitos.

A principal motivação para realização desse trabalho, além do interesse gerado pela clínica pouco usual do paciente, foi a possibilidade de relatar e organizar as dúvidas geradas durante os atendimentos, e as correlacionar com a literatura atual. Dessa maneira, visava estabelecer uma maior reflexão sobre os ensinamentos adquiridos durante o contato com o paciente, e sobre a importância desse caso no processo de formação.

2. Contexto Histórico

A esquizofrenia é um transtorno que intriga a humanidade há séculos. Já havia relatos médicos, na Grécia antiga, de pacientes com delírios de grandeza, paranoia, deterioração das funções cognitivas e alterações da personalidade, porém apenas no século XIX a esquizofrenia e seu tratamento começam a ser estudados mais profundamente (KAPLAN, 2017).

Foi Kraepelin que iniciou o estudo mais aprofundado desse transtorno. Ele cunhou em 1896 o termo “dementia precoce”, reunindo as diferentes formas de “loucura” até então conhecidas, em uma mesma entidade nosológica, marcada por alterações cognitivas e início precoce (KAPLAN, 2017 & DALGALARRONDO 2019). Acreditava-se tratar de uma enfermidade de etiologia endógena e cujos sintomas característicos eram alucinações, delírios, perturbação da atenção, da compreensão e do fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos, além de curso com deterioração progressiva. (SILVA, 2006) Dessa maneira. Diferenciou essa nova entidade nosológica da psicose maníaco-depressiva, que cursava com períodos de funciona-

mento normal, e da paranoia, cuja clínica era centrada apenas em delírios persecutórios persistentes (KAPLAN, 2017). Ele também subdividiu a dementia precoce em três subtipos: hebefrênica, caracterizada por pensamento desorganizado, comportamento bizarro e afeto pueril; paranoide, cujas principais características são as alucinações e delírios, principalmente persecutórios e catatônica, marcada por alterações motoras, hipertonia, flexibilidade cerácea e alterações da vontade, como mutismo, negativismo e impulsividade (SILVA, 2006 & KAPLAN, 2017).

O termo esquizofrenia foi primeiramente introduzido por Bleuler em 1911, que se utilizou da imagem de uma cisão da mente (ou dos pensamentos, emoções e comportamento) e da quebra do contato com a realidade, para melhor explicar sua visão sobre essa condição (DALGALARRONDO, 2019). Ele, também, afirmava que o curso da doença não era necessariamente deteriorante. Entre suas principais contribuições no estudo da esquizofrenia, está a determinação de um grupo de sintomas por ele chamados fundamentais ou primários: frouxidão das associações do pensamento, distúrbios afetivos, autismo e ambivalência. Ele considerava alucinações e delírios como sintomas secundários (KAPLAN, 2017). Além dos subtipos já descritos por Kraepelin, Bleuler identificou o subtipo simples, caracterizado pelo progressivo empobrecimento psíquico e comportamental, com embotamento afetivo e distanciamento social, porém sem os sintomas positivos característicos (SILVA, 2006 & DALGALARRONDO, 2019).

No início do século XX, Schneider enumerou um grupo de sintomas, não específicos, porém sugestivos de esquizofrenia, aos quais denominou sintomas de primeira ordem. São eles: percepção delirante, onde uma percepção normal recebe uma significação delirante automaticamente, obtendo caráter de “revelação” para o paciente; alucinações auditivas características, onde as vozes comentam as ações do paciente ou lhe dão ordens; sonorização ou eco do pensamento, quando o paciente escuta seus próprios pensamentos; roubo do pensamento, onde há a sensação que o pensamento é extraído do indivíduo; difusão ou divulgação do pensamento, caracterizado pela sensação que terceiros escutam ou percebem seus pensamentos; e vivências de influência sobre o

corpo, relatada como a sensação que algo externo influencia seu corpo (DALGALAR-RONDO, 2019).

Posteriormente, Jaspers revolucionou a psiquiatria com a publicação de "Psicopatologia Geral", em 1913. A psicopatologia, anteriormente dominada pelo método de Kraepelin, marcado pela observação dos comportamentos dos pacientes, passava então a ser estudada pelo método fenomenológico. Dessa maneira, a experiência subjetiva dos pacientes poderia ser descrita e categorizada de maneira mais clara e compreensível, havendo maior foco na forma pela qual as experiências são vividas (BURGY, 2008). Ao mesmo tempo, graças ao seu interesse por filosofia, Jaspers acreditava que o estudo dos sintomas não deveria apenas focar nas suas causas, mas também, nos seus significados psicológicos (KAPLAN, 2017).

Meyer, fundador da psicobiologia, entendia que a esquizofrenia era uma reação aos estresses da vida, ou seja, as experiências de vida dos pacientes seriam os responsáveis por uma má adaptação que culminaria nos diferentes sintomas. Dessa maneira, discordava da visão de Kraepelin de que os transtornos mentais possuíam uma evolução predeterminada, criando um novo modelo de tratamento focado em melhorar a adaptação do paciente, através de intervenções físicas, sociais e psicológicas (KAPLAN, 2017).

A descoberta das primeiras medicações antipsicóticas na década de 1950, e, posteriormente, dos antipsicóticos atípicos, ou de segunda geração, nas décadas de 1980 e 1990, mudaram drasticamente o tratamento da esquizofrenia. Apesar desses avanços terapêuticos e prognósticos, alguns elementos clínicos relacionados a esquizofrenia mantêm-se praticamente inalterados desde a época de Kraepelin e Bleuler (DALGALAR-RONDO, 2019). Com os avanços farmacológicos, surgiu uma maior necessidade por critérios diagnósticos sistematizados, uma vez que os estudos científicos pelo tema tornaram clara a necessidade de métodos padrões para diagnóstico e pesquisa, uniformizando a linguagem sobre esse o assunto. Nesse contexto, foram criados manuais, para auxiliar a universalização do diagnóstico e das classificações. Em especial, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e o Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ganharam destaque, sendo suas versões mais atuais instrumentos importantes utilizados por clínicos de todo o mundo (KATSCHNIG, 2018).

3. Critérios Diagnósticos Atuais

3.1. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID X, o diagnóstico de esquizofrenia pode ser dado de acordo com os seguintes critérios (WELLS, 2011):

A) Presença de dois ou mais dos seguintes sintomas, por pelo menos um mês:

1. *Delírios.*
2. *Alucinações.*
3. *Discurso desorganizado.*
4. *Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico.*
5. *Sintomas negativos como embotamento afetivo, alergia e avolição.*

Ou Presença de pelo menos um dos seguintes sintomas, por pelo menos um mês:

1. *Delírios bizarros.*
2. *Escuta de vozes que comentam sobre comportamento ou pensamentos do paciente.*
3. *Escuta de 2 ou mais vozes que conversam entre si.*

B) *Disfunção social/ocupacional:* Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional).

C) *Duração:* Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos seis meses. Este período de seis meses deve incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D) *Exclusão de Transtorno Esqui-*

zoafetivo e Transtorno do Humor: O Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos foram descartados, porque (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual.

E) *Exclusão de substância/condição médica geral:* A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

F) *Relação com um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento:* Se existe uma história de Transtorno Autista ou um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

3.2 De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, os seguintes critérios devem ser respeitados para o diagnóstico de esquizofrenia (APA, 2014):

A) Presença de dois ou mais dos seguintes sintomas, na maior parte do tempo, por pelo menos um mês. Pelo menos um dos três primeiros citados abaixo:

1. *Delírios.*
2. *Alucinações.*
3. *Discurso desorganizado.*
4. *Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.*
5. *Sintomas negativos como expressão emocional diminuída ou avolia.*

B) Por um período significativo do tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento de uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

C) Sinais contínuos de perturbação persistem por, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir pelo menos um mês (ou menos se tratado com sucesso) de sintomas que satisfaçam o critério A (sintomas de fase ativa), e pode

incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais de perturbação podem se manifestar apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais dos sintomas listados no critério A, presentes de uma forma atenuada.

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque:

1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantes com os sintomas da fase ativa, ou

2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

E) A perturbação não pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (como drogas de abuso ou medicamentos) ou a outra condição médica.

F) Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno de comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos se tratado com sucesso).

4. Alucinações

Desde que a esquizofrenia começou a ser estudada, os fenômenos alucinatorios se estabeleceram como um dos principais e mais relatados sintomas.

No estudo da sensopercepção, é compreendido que sensação é o fenômeno passivo que resulta das alterações produzidas nos órgãos sensoriais por estímulos externos. A percepção é um fenômeno psíquico ativo resultante da integração das sensações e associação delas a representações cerebrais. A percepção possibilita a identificação, reconhecimento e discriminação dos objetos, dando significado às sensações (CHENIAUX, 2018).

Jaspers descreveu as características das imagens perceptivas e das imagens representativas. Nas imagens perceptivas, há presença de:

- *Corporeidade* - são tridimensionais;
- *Extraprojeção* - estão localizados no espaço objetivo externo, fora da consciência;
- *Nitidez* – contornos precisos;
- *Frescor sensorial* – vividez da percepção;
- *Estabilidade* - constância da imagem;

- *Ausência de influência pela vontade* – o indivíduo não consegue modificá-la ou evocá-la.

As imagens representativas, segundo Jaspers, diferem das perceptivas principalmente pela corporeidade e extraprojeção, podendo apresentar todas as demais características de forma semelhante. Tipicamente, são caracterizadas por:

- *Ausência de corporeidade* - são bidimensionais;
- *Introjeção* - localizados no espaço subjetivo interno, na mente;
- *Imprecisão*;
- *Falta de frescor sensorial*;
- *Instabilidade*;
- *Possibilidade de influência pela vontade*.

O termo alucinação tem origem do latim "alucinare" que significa dementado, enlouquecido, privado da razão (CHENIAUX, 2018). A definição mais conhecida para uma alucinação foi dada por Esquirol há mais de 200 anos, como "a íntima convicção de perceber uma sensação para a qual não há objeto externo" (WATERS, 2016), ou seja, é a percepção clara de um objeto sem a presença do objeto estimulante real, que ocorre com consciência clara, com juízo de realidade suficiente para se assemelhar a uma percepção real e sobre a qual o sujeito não apresenta sensação de controle (DALGALARRONDO, 2019 & LAROI, 2012). Elas podem ser classificadas como verdadeiras, pseudoalucinações e alucinoses (CHENIAUX, 2018).

As alucinações verdadeiras possuem todas as qualidades de uma imagem perceptiva real, incluindo corporeidade e localização no espaço objetivo externo, além de serem aceitas pelo juízo de realidade (CHENIAUX, 2018).

As pseudoalucinações ou alucinações aperceptivas, não apresentam corporeidade e estão no espaço subjetivo interno, porém mantém-se a convicção quanto à realidade do fenômeno. As demais características podem se assemelhar tanto a uma imagem perceptiva como representativa. Foram descritas pseudoalucinações auditivas e visuais, relatadas como percebidas através dos olhos ou ouvidos da mente. Estão fortemente relacionadas à esquizofrenia, podendo ocorrer com quadros de rebaixamento do nível de consciência (CHENIAUX, 2018).

São caracterizadas como alucinoses, as percepções de um objeto localizado no espaço objetivo externo, como nas aluci-

nações verdadeiras, mas as quais são criticadas pelo indivíduo, que as reconhece como patológicas. Podem, também, ser chamadas de alucinações neurológicas por apresentarem forte relação com distúrbios orgânicos, como lesões cerebrais, intoxicações por alucinógenos, focos epilépticos, enxaqueca, entre outros. Alguns autores podem usar o termo alucinose alcoólica de forma mais imprecisa, fazendo referência a alucinações em pacientes etilistas crônicos, mesmo sem total crítica quanto à experiência ou sem clareza de consciência (DALGALARRONDO, 2019 & CHENIAUX, 2018).

As alucinações auditivas são as mais comuns e podem ser divididas em simples e complexas. Nas alucinações auditivas simples ou acoasmas, há a percepção de apenas ruídos primários, como zumbidos, estalos, sinos e campainhas. O tinnitus é a principal forma desse tipo de fenômeno, é caracterizado por escuta de ruídos de forma contínua, intermitente ou pulsátil, e é decorrente de alterações ou doenças no sistema auditivo ou nas conexões auditivas centrais, geralmente acompanhada de perda auditiva. Porém, as alucinações auditivas complexas, ou fonemas, são as mais comuns, em especial as audioverbais, caracterizada pela escuta de uma ou mais vozes, que geralmente apresenta caráter depreciativo ou persecutório nos transtornos mentais. As alucinações imperativas, quando vozes comandam a ação do paciente, foram especialmente descritas por Schneider como sugestivas de esquizofrenia. Alguns autores observam que há maior probabilidade de o paciente obedecer às vozes se elas se assemelham a vozes de conhecidos, se há envolvimento emocional com a voz e se o indivíduo reconhece a voz como real. Na esquizofrenia, é frequente a convicção marcante e o pouco insight em relação a esses fenômenos. Outro tipo menos comum são as alucinações musicais, muito relacionadas a privação sensorial e geralmente com crítica preservada. (DALGALARRONDO, 2019).

O segundo tipo mais comum de alucinações, são as visuais; nas simples, ou frotopsias, o indivíduo vê cores, bolas ou pontos brilhantes. Estão frequentemente relacionadas a distúrbios oftalmológicos ou déficit visual. As alucinações visuais complexas podem incluir figuras, objetos, partes do corpo, cenas estáticas ou em movimento (alucinações cenográficas). Apesar

de serem o segundo tipo mais comum de alucinações em transtornos mentais, as experiências visuais apresentam frequência aumentada nas causas orgânicas, especialmente relacionadas a uso de substâncias e delírium (CHENIAUX, 2018 & CHAUDHURY, 2010).

Outros tipos de alucinações, menos frequentes, são as olfativas, gustativas, táteis e cenestésicas. As olfativas e gustativas geralmente estão associadas, e se manifestam pela sensação de odores e gostos desagradáveis, como lixo, fezes, gasolina, etc. Nas alucinações cutâneas, há a sensação de espetadas, choques, queimaduras ou pequenos animais andando sobre a pele. As alucinações cenestésicas ou somáticas podem ser descritas como a percepção de sensações anormais em partes do corpo ou órgãos internos, como o cérebro encolendo, o fígado se desfazendo ou um animal percorrendo a sua cavidade abdominal. Nas cinestésicas, há a sensação de movimento de uma parte ou segmento do corpo, como encurtamento das pernas ou levantar dos braços (CHENIAUX, 2018).

De forma geral, na esquizofrenia, a alucinação mais frequente é a auditiva, particularmente a audioverbal, estando presente em até 70% dos casos, seguida da visual (WIBLE, 2009).

Apesar de ser historicamente relacionado a esquizofrenia, o fenômeno alucinatório não é específico de nenhum transtorno, podendo acontecer em diversos diagnósticos psiquiátricos, como Transtorno Bipolar, Depressão, Transtorno do Estresse Pós Traumático e Transtornos de Personalidade. Além disso, alucinações, também, podem ocorrer na população em geral, sob certas circunstâncias (como fadiga, situações de trauma e privações sensoriais, de sono ou comida) ou em diversas outras causas médicas (WATERS, 2016).

Apesar de a esquizofrenia apresentar a mesma prevalência na população geral e em pacientes surdos, nestes, a presença de alucinações pode ser explicada não apenas por um diagnóstico psiquiátrico, mas também, como efeito da privação sensorial (CHENIAUX, 2018 & ATIKINSON, 2005). A experiência alucinatória em pacientes com deficiência auditiva é um assunto que desperta interesse da comunidade científica há décadas, especialmente no que se relaciona a modalidade dessa experiência. É questionado a presença, prevalência e origem das alucinações au-

ditivas em pacientes que não escutam. O seguinte relato de caso é de um paciente surdo, atendido no Centro de Atenção Psicossocial Herbert de Souza em 2020, que apresentava relato recorrente de alucinações auditivas.

5. Relato De Caso

Paciente W.A.S, de sexo masculino, de 42 anos, brasileiro, natural e residente de Niterói, evangélico, solteiro, com ensino fundamental incompleto, sem profissão ou empregos prévio. Ele chega pela primeira vez no CAPS Herbert de Souza em agosto de 2020. Acompanhado da irmã. O paciente fora encaminhado do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, após breve internação no setor de Emergência desse mesmo hospital, no mês anterior.

Em seu primeiro atendimento, a irmã do paciente, relata aos profissionais do CAPS, que o paciente é surdo desde seu nascimento, e que ele não é fluente em libras e não tem proficiência na escrita, apresentando dificuldade na comunicação mesmo com membros da família. Não possui implante coclear ou aparelho auditivo, sendo sua comunicação baseada em uma mistura de leitura labial, gestos simples e alguns elementos de linguagem de sinais. Ele, também, possui redução na acuidade visual, sem correção total mesmo com o uso de óculos, não sabendo ela referir a causa. Devido dificuldade de comunicação com W., o relato do primeiro atendimento foi colhido com esta irmã, que relata que o paciente, apresenta tratamento em saúde mental desde a infância, no mesmo local que fazia acompanhamento para a sua perda auditiva, porém não sabe explicar o motivo desse tratamento. Recebera o diagnóstico de esquizofrenia ainda nessa época, possuía poucos amigos e apresentava dificuldades da escola. Sobre a perda auditiva, não sabe informar causa ou gravidade. Relata que seus pais foram assassinados quando W. tinha sete anos, sendo os irmãos criados por uma tia, já falecida, e sua avó, com quem reside. W. é curatelado, sendo esta irmã sua curadora, e refere que o irmão nunca trabalhou, não anda sozinho em transporte público, não gerencia dinheiro e não faz atividades domésticas, associando essas limitações a "superproteção" devido a deficiência auditiva. Refere que W. faz uso importante de múltiplas substâncias, principalmente álcool, maconha e cocaína desde adolescência,

principalmente em companhia de amigos na vizinhança. Também relata que W. apresenta episódios de maior heteroagressividade e comportamento impulsivo, inicialmente associando esses episódios ao uso de substâncias, porém, de forma esporádica, apresenta esses sintomas mesmo sem o uso. Refere, também, que nos últimos anos, W. apresentava momentos de medo intenso de sair de casa e sensação de estar sendo perseguido. Dois anos anteriormente, após término de um relacionamento amoroso, relata que W. iniciou quadro de tristeza intensa, choro fácil e maior isolamento social. Há alguns meses, W. iniciou relato de escuta alucinatória, dizendo escutar e conversar com parentes já falecidos. Esse quadro evoluiu com comportamento mais desorganizado em casa, quando W. comia comidas estragadas e espalhava seus pertences, havia aumento da heteroagressividade com familiares, e um episódio onde W. acreditava ser policial, quadro que culminou com a sua internação no HPJ.

Segundo relatos da internação no HPJ, W. chegou à emergência agitado, gesticulando de forma exacerbada e desorganizada, sendo difícil a comunicação. Familiares relatavam comportamento agressivo, escuta alucinatória e pensamento delirante sobre ser policial. Durante internação, o paciente inicialmente afirmou ser policial e se comunicar com outras pessoas mesmo internado. Profissionais relataram episódios em que o paciente, na enfermaria, parecia se comunicar com alguém por libras, mesmo não havendo pessoas próximas a ele. Nessas ocasiões por vezes se irritava e socava a parede próxima. Sua irmã relata comportamentos parecidos em casa. Foi medicado com doses plenas de risperidona, ácido valpróico e doses baixas de clonazepam e clorpromazina, recendo alta hospitalar após 14 dias de internação. Mesmo após a alta hospitalar, apesar de melhorar no quadro delirante e na agressividade, W. mantinha relato de escuta alucinatória.

Com o início do seu acompanhamento no CAPS HS, foi possível notar que, enquanto sua irmã fazia o relato, W. mantinha-se calmo, cabisbaixo e pouco participativo, interagindo pouco com os examinadores. Inicialmente o seu relato só pôde ser acessado por intermédio das traduções oferecidas por sua irmã, que por diversas vezes o interrompia e respondia o questionado em seu lugar. Visando uma maior

participação do paciente, e a obtenção de um relato mais fidedigno e com menos interferências, foi optada pela tentativa de atendê-lo individualmente, sem a presença de outros parentes ou intérpretes.

Nos atendimentos individuais, apesar da grande dificuldade de comunicação com o paciente, W. se mostrava mais participativo, sendo receptivo às nossas abordagens e interessado em responder ao questionário. Através de utilização de um software que traduzia o que era escrito para libras (aplicativo Hand Talk), de leitura labial, de sinais simples como sim, não, mais ou menos, e de um conhecimento básico de libras, foi possível acessar parcialmente a vivência subjetiva do paciente.

Ao longo do primeiro atendimento, W. relatou que, principalmente à noite, escuta e conversa com sua mãe e seu pai, já falecidos, que lhe dão conselhos e o recriminam. Afirma escutar no ouvido e não apenas na cabeça o que é falado, e diz que essa experiência é positiva. Nega que escute coisas que o tragam medo ou que se sentia com medo em sua casa ou na vizinhança onde mora. Não foi possível acessar há quanto tempo essa experiência ocorria ou quando começou. Também enfatiza que não está mais usando qualquer substância, nega ser agressivo e nega ser policial. Foi optado por aumentar gradualmente a dose de risperidona e diminuir a dose de clonazepan. Foi inicialmente proposta uma frequência semanal de W. ao serviço de saúde, porém, devido dificuldade de horário de sua irmã, que sempre o acompanhava, foi acertado a frequência quinzenal.

Os encontros seguintes ocorreram de forma semelhante ao primeiro. W. conseguia contar um pouco sobre a sua relação com a avó, a qual considerava boa, apesar dos desentendimentos. Em um atendimento, chorou ao contar sobre saudade que sentia dos pais, relatando diminuição da frequência dos episódios onde conversava com eles. Sobre vida social, relatava ter alguns amigos no seu território, e, cabisbaixo, confirmou grande tristeza após término de relacionamento amoroso prévio, chorando mais uma vez. Em todos os atendimentos, W. demonstrava grande interesse em se comunicar com a equipe, mesmo quando a comunicação era difícil. No local de atendimento não demonstrava agitação ou agressividade, tampouco apresentava atitude alucinatória ou persecuto-

riedade.

Os atendimentos com W. se mantiveram de forma individual, seguida de um atendimento mais breve à sua irmã. Ela informou que, apesar de ser a curadora dele, residia no município de São Gonçalo, enquanto ele mora sozinho com sua avó, em Niterói. Contava que visitava o irmão semanalmente, mas maiores informações sobre o comportamento do paciente só poderiam ser fornecidas por sua avó. Questionada sobre possibilidade dessa avó comparecer ao serviço, a irmã do paciente revela que avó apresenta grave dificuldade de locomoção, e que, segundo equipe da Clínica da Família, está apresentando sintomas compatíveis com início de quadro demencial, tornando-se algo agressiva e dificultando o acesso desses profissionais à mesma. Sua irmã relatava desejo de que W. fosse viver com ela em São Gonçalo, porém dizia que ele não aceitava essa mudança, referindo preocupação com a avó e gostar do convívio social aonde mora.

Mesmo sem a presença da avó no serviço, algumas das suas queixas referentes ao comportamento de W. eram trazidas por sua irmã. Ela referia que ele dormia pouco à noite e muito durante o dia, comia muito e uma vez comeu carne crua. Também trouxe um importante relato de episódios de maior agressividade dele para com sua avó, que referia que W. a teria empurrado um dia e a agredido fisicamente em outro. Apesar desses relatos serem corroborados por uma vizinha, sua irmã nunca presenciou tais comportamentos. No consultório, W. negava os ocorridos, dizia dormir bem à noite, negava ter comido a carne crua e dizia que sua avó sofria várias quedas e por isso se machucava. Perante as informações conflitantes, foi optado por aumento discreto da dose da clorpromazina e sugerida maior vigilância por outros familiares. Sobre a tomada da medicação, o paciente referia uso regular, e sua irmã confirmava que as medicações eram administradas regularmente pela sua avó e por uma vizinha próxima.

Foi proposta a possibilidade de realizar uma visita domiciliar à casa de W., em conjunto com equipe da Clínica da Família. O intuito da visita seria obter acesso a sua avó, para conseguir seu relato sobre convivência com seu neto e para obter maiores informações sobre sua infância, histórico familiar e patologias pregressas. Também seria possível avaliar a relação de W. com

ela e com o seu território, além de melhor entender as condições sociais do paciente. Quando questionado sobre possibilidade da visita, W. prontamente aceita a proposta, porém sua irmã não concorda, pois se preocupava com a reação de sua avó, a qual acreditava não aceitar a presença dos profissionais. Visando a manutenção do vínculo terapêutico com a família, é optado por postergar a visita domiciliar.

O acompanhamento presencial do quadro foi interrompido abruptamente, cerca de 4 meses após seu início, quando W. sofreu um acidente automobilístico, apresentando algumas fraturas ósseas e uma internação prolongada em hospital clínico. Sua irmã mantinha contato com equipe do CAPS HS, informando sobre estado de saúde de seu irmão e levando as medicações quando solicitado pelo hospital.

6. Discussão

Uma das principais preocupações no atendimento do paciente relatado acima foi a dificuldade de acessar o relato e a vivência do próprio paciente, sendo necessário se basear, na maior parte das vezes, em relatos de terceiros para obter certas informações. Apesar de reconhecer a importância na clínica do relato dos familiares, neste caso esse relato por vezes substituiu o do paciente. Essa peculiaridade da clínica dos pacientes surdos vem sendo estudada desde a década de 1960 e acredita-se que a falta de conhecimento dos profissionais sobre essas particularidades, pode estar relacionada, além de maior demora e complexidade no diagnóstico psiquiátrico, a internações mais prolongadas, doses maiores de medicações e falha no desenvolvimento de projetos terapêuticos que garantam a acessibilidade aos serviços necessários (HALL, 2017).

Nesse caso, em particular, havia maior dificuldade pois o paciente não era fluente em nenhuma das principais formas de linguagem (verbal, leitura labial, comunicação escrita, libras ou outra linguagem de sinais). Portanto era necessária uma mistura de todas as formas de comunicação listadas na tentativa de estabelecer uma comunicação clara tanto para o entrevistado quanto para o entrevistador. Por vezes essas limitações tornavam a avaliação demorada e era difícil separar o que era diretamente sinalizado pelo paciente do que era inferido pela equipe. Apesar dessas observações, foi possível a aposta de que a comunicação

seria ainda mais prejudicada se houvesse ajuda para tradução de sua irmã, uma vez que suas próprias interpretações adicionariam mais um viés de subjetividade ao que era relatado. Dessa forma, os atendimentos individuais, embora de extrema importância, apresentavam-se frequentemente como grandes desafios para a equipe.

É comum, entre a população com perda auditiva, a falta de fluência em sua melhor língua, fato que pode simular ou mascarar a presença de neologismos, empobrecimento do discurso, afrouxamento dos nexos associativos e desorientação (HALL, 2017). No paciente exposto, a sua melhor língua era a de LIBRAS, porém a sua falta de fluência, associada ao conhecimento limitado dessa linguagem pela equipe de tratamento, tornaram difícil a compreensão e delimitação precisa dos sintomas vividos pelo paciente. Apesar da utilização de todos os meios disponíveis, diversas perguntas não foram compreendidas pelo paciente. Do mesmo modo, houve muitas repostas por ele fornecidas que não foram compreendidas pela equipe, situação que gerava especial frustração e embaraço nos profissionais. Por diversas vezes o paciente se mostrava ávido para relatar o que lhe acontecia, mas o conhecimento limitado por parte dos profissionais agiu como principal barreira. Ficava claro que dificuldade da comunicação não era apenas por uma deficiência do paciente, mas também pela falta de recursos da equipe. Praticar a clínica psiquiátrica sem o domínio de sua principal arma, a palavra, se mostrou um verdadeiro desafio, para o qual não foi possível definir uma real solução. Uma consequência direta disso pode ser vista na maior prevalência de diagnósticos de psicose em pacientes não fluentes quando comparados aos fluentes em linguagem de sinais (ANGLEMYER, 2018). A presença de um método que possibilitasse a comunicação de forma mais clara parece estar diretamente relacionada a um atendimento e diagnóstico mais cuidadoso.

Outra grande questão, que é figura central desse trabalho, é a pergunta: Como uma pessoa que não escuta pode ouvir vozes? Esse questionamento foi, inicialmente, o que despertou um maior interesse da equipe em relação ao acompanhamento deste paciente. A aparente ambivalência presente nesse relato, foi assunto de diversas discussões entre membros da equipe, instigando o desejo pelo trabalho. A curio-

sidade acadêmica inicial sobre o assunto, contribuiu para uma maior disponibilidade dos profissionais, que não se desestimularam mesmo diante das demais dificuldades encontradas no cuidado; pelo contrário, possibilitou um espaço fértil para discussões e pesquisas.

Um local adequado para iniciar o estudo sobre esse tema parece ser com a melhor definição do que seria uma imagem perceptiva real, ou seja, uma alucinação verdadeira. Nela, a imagem é de um objeto com corporeidade, ou seja, tridimensional, localizado no espaço objetivo externo, há nitidez, frescor sensorial, estabilidade e ele não é influenciável pela vontade do sujeito (CHENIAUX, 2018). O paciente consegue nos precisar a localização no espaço externo quando afirma ouvir com o ouvido e não em sua cabeça. Também é possível atribuir corporeidade e nitidez à imagem, uma vez que ele não apenas descreve facilmente as mensagens passadas pelas vozes, mas também, a diferenciação dos sujeitos de cada voz. Não foram possíveis esmiuçar apropriadamente os outros critérios devido a falha no diálogo com o paciente, porém, se associarmos os aspectos descritos ao total convencimento do paciente sobre a realidade da imagem, é possível inferir se tratar de uma alucinação verdadeira.

Durante o início do atendimento, a caracterização incompleta do fenômeno alucinatorio gerou dúvidas sobre se tratar de uma percepção auditiva verdadeira. Nosso paciente apresentava surdez pré-lingual, isso é, a perda auditiva foi anterior ao aprendizado da linguagem. Nesses casos, é comum que a descrição das alucinações seja menos clara e específica, do que quando comparado a outros tipos de surdez e a população com audição preservada (ATIKINSON, 2005 & ALDERSON-DAY, 2015). É difícil determinar se essa dificuldade descritiva é devido à falta de experiência do paciente com o fenômeno auditivo, ou se os modelos de questionamento e entrevista utilizados, desenvolvidos para a população que escuta, não sejam adequados (ATIKINSON, 2005). Um maior investimento em treinamento dos profissionais ou na utilização de ferramentas desenvolvidas especificamente para a população surda, poderiam ajudar a elucidar essas questões.

Outro ponto que gerava dúvidas era a maior prevalência de alucinações visuais

nos pacientes surdos (presentes em até 50% dos casos) e a frequente associação delas com alucinações auditivas (ATIKINSON, 2005). Esses dados contribuíram para o questionamento se a experiência vivida por ele, poderia ser classificada como apenas auditiva, ou se tratava-se de outro tipo ou tipos de modalidade sensorial a quais não foi possível acessar durante os atendimentos. Apesar de não haver uma resposta concreta para essas perguntas, o paciente relata sua experiência utilizando o sinal em LIBRAS para “escutar” e menciona perceber as vozes com o ouvido. Dessa maneira, baseado nas informações colhidas, parece adequado classificar esse fenômeno como uma alucinação auditiva.

A partir da compreensão que o fenômeno apresentado pelo paciente se trata de uma alucinação auditiva verdadeira, a origem dessa experiência se tornou tema de discussão. Apesar do diagnóstico prévio de esquizofrenia, era fundamental estabelecer se a alucinação era de origem primariamente psicótica, uma vez que privações sensoriais podem provocar alucinações, mesmo em pacientes sem diagnósticos psiquiátricos (CHENIAUX, 2018). Nos pacientes surdos, acredita-se que a falta de estímulo sensitivo provocaria uma liberação neuronal, que acarretaria na percepção de um fenômeno sensorial, mesmo sem o estímulo, dessa forma explicando o surgimento de alucinações de origem orgânica (CHENIAUX, 2018). As alucinações relacionadas à privação sensorial são classicamente descritas como diferentes do fenômeno causado pela esquizofrenia, sendo menos frequentes, maior prevalência de alucinações simples e não complexas, e menor frequência de vozes negativas ou assustadoras. Todavia, metanálises mais recentes questionam a utilização dessas diferenças para determinar a origem do fenômeno (WATERS, 2016).

Portanto, era importante entender se as alucinações eram psicóticas ou de origem orgânica. Para essa diferenciação, foi importante não analisar o sintoma alucinatorio de forma isolada, e sim fazer a associação dele com os demais sinais e sintomas presentes na clínica do paciente. Devido a presença dos relatos de pensamento delirante, agitação psicomotora, comportamento desorganizado e heteroagressividade, além da alteração da senso-percepção, foi possível confirmar o diagnóstico de esquizofrenia, de acordo com o

DSM-5 e a CID X.

Há diversas teorias sobre a origem das alucinações que podem auxiliar no entendimento de fenômenos psicóticos de natureza auditiva em pacientes surdos. Entre as hipóteses mais aceitas no meio científico, a Teoria do Pensamento Subvocal pode auxiliar na elucidação dos questionamentos pertinentes ao caso estudado. Essa teoria se baseia na hipótese que uma falha no automonitoramento dos pensamentos subvocais, que antecedem a fala, resultando na falsa interpretação dos pensamentos como externos ao self. Explica-se que, antes de realizar os movimentos responsáveis pela fala, há um monitoramento interno dos comandos pré-motores relacionados a intensão da falar. A falha desse monitoramento faz com que os indivíduos não reconheçam como própria a origem da intenção do pensamento (ATIKINSON, 2005).

Firth expande sobre essa teoria, propondo que esse automonitoramento não esteja relacionado apenas às ações com os componentes motores, como a fala propriamente dita, mas também, às ações como o diálogo interno (FRITH, 1992). O diálogo interno é um conceito de difícil definição, que engloba um processo mais complexo que o simples pensar, referindo-se à conversa interna que o indivíduo tem consigo mesmo (ALDERSON-DAY, 2015). Ele desempenha importante função na memória operacional verbal, planejamento, inibição e flexibilidade cognitiva (ALDERSON-DAY, 2018). Firth teorizava que o diálogo interno seria interpretado no cérebro através de códigos articulatórios e não auditivos, ou seja, ao invés da ativação de áreas relacionadas à fala ou à audição, há ativação de áreas relacionadas a articulação dos movimentos necessários para produzir o que é dito mentalmente. A falha no automonitoramento desse circuito faria com que a origem de certos pensamentos do diálogo interno seja interpretada como externa. Com o avanço tecnológico, de neuroimagem produziu evidências que, durante um evento alucinatório, ocorre falha no automonitoramento, não havendo evidências de falhas na percepção de estímulos externos (ATIKINSON, 2005). Isso significa que as alucinações não estão relacionadas à capacidade de o paciente captar ou interpretar uma sensação, mas sim na sua capacidade de formular um diálogo interno.

Até a década de 1960, era teorizado que pessoas surdas não possuíam diálogo interno e eram incapazes de produzir pensamentos abstratos. Desde então, graças a um aumento significativo de estudos sobre esse tema, foi possível compreender a presença de não apenas pensamentos abstratos, como também de pensamentos não verbais em pessoas surdas (ALDERSON-DAY, 2015). É possível entender que o diálogo interno verbal, comum na maior parte da população, não seja o único tipo existente de diálogo interno, havendo relato de diálogos internos não verbais, como através de linguagem de sinais ou leitura labial. Através da neuroimagem, foi possível verificar que o cérebro processa os pensamentos em LIBRAS de forma semelhante aos pensamentos verbais, por meio da ativação de áreas relacionadas a articulação do movimento, e não de áreas visuais.

Estudos mais recentes verificaram que, perante à privação sensorial, o cérebro sofre modificações da sua plasticidade, afetando não apenas as áreas diretamente relacionadas à privação, assim como outras áreas, de forma compensatória. Foram demonstradas alterações de conectividade em todo o circuito cerebral, em especial um aumento das conexões entre áreas visuais e auditivas nos pacientes surdos (BONNA, 2021). Em suma, para esses indivíduos, essa reorganização estrutural e funcional, justifica que estímulos visuais, táteis e olfativos possam ativar o córtex auditivo (LI, 2015). Desta forma, as alucinações auditivas em pacientes surdos podem ser explicadas por uma falha no reconhecimento de seu discurso interno como próprio, que graças às diferentes conexões geradas pela privação sensorial, seriam percebidas como um estímulo auditivo.

Ao longo do acompanhamento desse paciente, mesmo antes da elucidação da maioria desses questionamentos, as maiores dificuldades do cuidado não eram representadas por essas dúvidas teóricas. A dificuldade de acesso do mesmo ao serviço e da obtenção de um relato mais fidedigno dos parentes sobre a evolução do paciente foram marcas importantes do cuidado. A ausência no ambulatório de sua avó e da principal cuidadora dificultou uma melhor avaliação dos efeitos do tratamento, inclusive o medicamentoso. As queixas relatadas por ela, e não verificadas pela irmã do paciente, por vezes conflitavam com o observado e relatado por ele.

Dessa forma, as alterações medicamentosas foram feitas de modo lento e cuidadoso, reforçando a aposta da importância dos atendimentos presenciais para o cuidado. Diante do possível diagnóstico de síndrome demencial da avó, preocupações relativas à veracidade do que ela relata surgiram. Havia constante questionamento sobre quais informações deveriam ser mais valorizadas: as informações limitadas referidas pelo paciente, as incompletas relatadas pela irmã ou as duvidosas atribuídas a sua avó.

Perante esses fatos, foi necessário atentar para algumas especificidades na criação de um projeto terapêutico apropriado. Para além de medicação e consultas individuais, pensar no tratamento desse paciente significava levar em considerações as questões sociais relacionadas à comunidade surda. Durante os atendimentos, a realidade da falta de acesso a saúde enfrentada por esse paciente demonstrou que o desejo dos profissionais foi o fator determinante que possibilitou o cuidado, apesar da falta de treinamento e ferramentas adequadas. O modelo de atendimento precisou ser reimaginado e o estímulo ao protagonismo do paciente em seu tratamento e sua vida virou uma das bases de seu tratamento.

Conforme referido por sua irmã, ele possuía diversas limitações de sua autonomia diária, impostas por questões familiares e sociais e não por limitações pessoais verdadeiras. Nesse caso, práticas comuns no CAPS HS, como a aposta no atendimento individual, a confiança na criação do vínculo com o paciente e a proposta de compartilhar as tomadas de decisões com o mesmo, não eram óbvias, e parte primordial do trabalho realizado foi sustentar a importância delas para o tratamento.

Para pessoas surdas, o maior prejuízo relacionado à falta de audição parece estar relacionado ao isolamento social. Ele é o principal responsável pela pior qualidade de vida dos deficientes auditivos em relação à população em geral, além de estar relacionado a menos acesso à saúde e educação e a maiores índices de estresse emocional e vulnerabilidade (HALL, 2017). Políticas públicas de saúde podem estar diretamente relacionadas a redução do estigma para com pacientes surdos. Do mesmo modo, é possível que certas políticas públicas atuem de modo oposto, piorando o isolamento social dessa comu-

nidade. Atualmente, a elaboração desses projetos, em sua quase totalidade, não contam com qualquer participação das pessoas as quais dizem respeito. O caso relatado permite entender a exclusão a qual a comunidade surda é submetida e, através dele, foi possível começar a formular ideias de como garantir acessibilidade e escuta às vezes que não falam.

7. Conclusão

É prática comum falar que o trabalho, em saúde mental, se baseia na palavra. Através dela entendemos o sujeito, sua história, seus sofrimentos e por meio dela é que se torna possível a criação de vínculo e tratamento. É portanto natural que a dificuldade de acessar essa ferramenta tão importante, crie questionamentos e embaraços no tratar com o paciente.

Inicialmente, o caso foi marcado por dúvidas teóricas e questionamentos científicos, particularmente sobre as experiências alucinatórias relatadas.

É enriquecedor, principalmente na formação acadêmica, o contato com uma pluralidade de situações que despertem curiosidade no profissional. Em parte, esse trabalho foi possível graças a essa curiosidade despertada pelo caso. A aparente incongruência de uma escuta por aqueles que não ouvem, tem despertado o interesse de diversos clínicos e pesquisadores pelo mundo. A literatura e os avanços científicos criam teorias e produzem evidências para comprovar aquilo que o paciente, em sua subjetividade viva, já dizia.

Apesar do interesse pelas questões teóricas, ao longo do acompanhamento do paciente, os pontos mais pungentes se relacionavam ao sujeito e não apenas a um sintoma por ele descrito. Os maiores esforços foram na busca pela palavra silenciada do indivíduo, tanto no que se refere a comunicação propriamente dita, como no relativo à sua vontade e autonomia. Foi demonstrada a importância de adequar o atendimento às particularidades de cada paciente e de repensar se os métodos mais comumente utilizados são realmente adequados para todos os públicos.

Por fim, a principal contribuição desse caso na formação foi o reforço do papel central do sujeito e não de um sintoma isolado, para a clínica. Através da confiança na transferência, da sustentação dos embaraços e da afirmação do protagonismo do paciente, o trabalho foi possível, mesmo

em meio a dúvidas científicas. O tratamento primariamente se baseia em garantir o acesso do sujeito à saúde e à cidadania, direitos universais nem sempre garantidos. De acordo com os princípios do SUS, a saúde deve ser acessível e universal e a única maneira de garantir que eles sejam respeitados é através de um esforço ativo para que a especificidade e subjetividade de todos seja escutada.

8. Referências Bibliográficas

ALDERSON-DAY, B., & FERNYHOUGH, C. *Inner speech: Development, cognitive functions, phenomenology, and neurobiology*. *Psychological Bulletin*, v. 141, n. 5, p. 931–965, set. 2015.

ALDERSON-DAY, B., MITRENGA, K., WILKINSON, S., et al. *The varieties of inner speech questionnaire - Revised (VISQ-R): Replicating and refining links between inner speech and psychopathology*. *Consciousness and Cognition*, v. 65, p. 48–58, out. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANGLEMYER, E., & CRESPI, C. *Misinterpretation of Psychiatric Illness in Deaf Patients: Two Case Reports*. *Case Reports in Psychiatry*, v. 2018, p. 1–4, jun. 2018.

ATKINSON, J. R. *The Perceptual Characteristics of Voice-Hallucinations in Deaf People: Insights into the Nature of Subvocal Thought and Sensory Feedback Loops*. *Schizophrenia Bulletin*, v. 32, n. 4, p. 701–708, out. 2005.

BONNA, K., FINC, K., ZIMMERMANN, M., et al. *Early deafness leads to re-shaping of functional connectivity beyond the auditory cortex*. *Brain imaging and behavior*, v. 15, n. 3, p. 1469–1482, jun. 2021.

BURGY, M. *The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects*. *Schizophrenia Bulletin*, v. 34, n. 6, p. 1200–1210, nov. 2008.

CHAUDHURY, S. *Hallucinations: Clinical aspects and management*. *Industrial psychiatry journal*, v. 19, n. 1, p. 5–12, jan. 2010.

CHENIAUX, E. *Manual de Psicopatologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 3. ed. Porto Alegre:

Artmed, 2019.

FRITH, C. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. 1. ed. East Sussex: Psychology Press, 1992.

HALL, W. C., LEVIN, L. L., & ANDERSON, M. L. *Language deprivation syndrome: a possible neurodevelopmental disorder with sociocultural origins*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 52, n. 6, p. 761–776, jun. 2017.

JAVITT, D. C., & SWEET, R. A. *Auditory dysfunction in schizophrenia: integrating clinical and basic features*. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 16, n. 9, p. 535–550, ago. 2015.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J. *Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KATSCHNIG, H. *Psychiatry's contribution to the public stereotype of schizophrenia: Historical considerations*. *Journal of evaluation in clinical practice*, v. 24, n. 5, p. 1093–1100, out. 2018.

LAROI, F., SOMMER, I. E., BLOM, J. D., et al. *The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups: State-of-the-Art Overview and Future Directions*. *Schizophrenia Bulletin*, v. 38, n. 4, p. 724–733, jun. 2012.

LI, W., LI, J., WANG, Z., et al. *Grey matter connectivity within and between auditory, language and visual systems in prelingually deaf adolescents*. *Restorative Neurology and Neuroscience*, v. 33, n. 3, p. 279–290, jun. 2015.

SILVA, R. C. B. da. *Esquizofrenia: uma revisão*. *Psicologia USP*, v. 17, n. 4, p. 263–285, jan. 2006.

WATERS, F., & FERNYHOUGH, C. *Hallucinations: A Systematic Review of Points of Similarity and Difference Across Diagnostic Classes*. *Schizophrenia Bulletin*, v. 43, n. 1, p. 32–43, jan. 2016.

WELLS, R. H. C., BAY-NIELSEN, H., BRAUN, R., et al. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. Ed. São Paulo: EDUSP, 2011.

WIBLE, C. G., PREUS, A. P., & HASHIMOTO, R. *A Cognitive Neuroscience View of Schizophrenic Symptoms: Abnormal Activation of a System for Social Perception and Communication*. *Brain Imaging and Behavior*, v. 3, n. 1, p. 85–110, mar. 2009.

Envolvimento osteomuscular na Artrite Reumatoide

Paulo Cesar Hamdan*



Dr. Paulo Cesar Hamdan

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune crônica que promove deformidade e incapacidade articular, impactando na força e no trofismo muscular, bem como na composição corporal⁽¹⁾.

Recentes estudos buscaram correlacionar as alterações na composição corporal de pacientes com artrite reumatoide, pareados por idade, sexo e índice de massa corporal - IMC⁽¹⁾ identificando, em mulheres, um alto percentual na redução da força muscular, da massa muscular total e da massa magra, sem diferenças no sexo masculino. Entretanto, a massa gorda e os índices adiposos foram significativamente maiores em indivíduos do sexo feminino e masculino com AR⁽¹⁾.

Estes resultados são relevantes para o entendimento do médico reumatologista, de que a prescrição de exercícios é imperiosa na AR, em especial o treinamento de força, que impacta positivamente na capacidade funcional, combatendo a dinapenia, a hipotrofia e a obesidade^(2,3), além

de comprovadamente promover ação anti-inflamatória⁽⁴⁾ e combater a sarcopenia.

Mulheres com AR apresentam maior prevalência de sarcopenia e obesidade sarcopênica, com forte associação, entre índice de massa corporal (IMC), capacidade funcional, composição corporal e atividade de doença^(5,6). A caquexia, também foi abordada pela hipotrofia, ectoscopicamente identificada, nestes pacientes sendo neles observado uma prevalência entre 15-32%, demonstrando que esta condição é uma comorbidade frequente da AR⁽⁷⁾.

Em recente estudo, Dobrovolskaya et al⁽⁸⁾ identificaram fenótipos da composição corporal e os correlacionaram com desempenho físico e qualidade de vida de mulheres com AR, concluindo que os fenótipos osteoporótico, sarcopênico e osteosarcopênico estão presentes em 37% dos pacientes, a dinapenia em 88,5% e baixa performance ou desempenho físico em 61,1%, estando a qualidade de vida ligada à condição de performance dos pacientes⁽⁸⁾.

Giles et al⁽⁹⁾ buscaram identificar fe-

nótipos anormais da composição corporal em pacientes idosos, de ambos os gêneros, com AR, concluindo que estes pacientes estão sujeitos a maiores chances de sarcopenia, excesso de gordura e obesidade sarcopênica em mulheres, mas não em homens. Entre as características da AR, o aumento da deformidade articular, os escores de incapacidade auto-relatados, os níveis de proteína C-reativa, a soro positividade do fator reumatoide e a falta de tratamento atual com medicamentos anti-reumáticos modificadores da doença (DMARDs) foram significativamente associados à composição corporal anormal⁽⁹⁾.

Assim percebemos que a composição corporal e seus fenótipos estão bem representados na AR, associados à atividade de doença e piorando com a ausência de tratamento por DMARDs, havendo também uma baixa prescrição de exercícios, sobre tudo de treinamento de força para estes pacientes.

Importante lembrar que a Sociedade Brasileira de Reumatologia, em 2012, no

*Médico Reumatologista pela UNI-RIO. / Médico Fisiatra – HNMD, IPGMCC, CFM - RQE 4964. / Médico do Exercício de do Esporte – EEFD da UFRJ, AMB, CFM – RQE 34046 Especialista em Performance Humana - EEFD da UFRJ. / Especialista em Treinamento de Força – EEFD da UFRJ. / Mestre em Clínica Médica e Reumatologia pela FM da UFRJ Doutorando em Clínica Médica e Reumatologia pela FM da UFRJ

seu Consenso para Tratamento da AR, recomenda que os pacientes realizem exercícios físicos de forma regular, em especial o treinamento resistido⁽¹⁰⁾. Contudo essa recomendação parece ser pouco seguida, talvez por existirem poucos estudos no Brasil sobre a prática de prescrição de exercícios, entre pacientes com AR inicial⁽¹⁰⁾.

Portanto, concluímos existir uma lacuna do conhecimento na formação do médico reumatologista envolvendo temáticas que abordem conhecimentos em biomecânica, fisiologia músculo esquelética e consequente prescrição de exercício, uma medida não farmacológica, padrão ouro no manejo das diferentes doenças reumatológicas.

Referencias bibliográficos

1. BRANCE ML et al; Prevalence of Sarcopenia and Whole-Body Composition in Rheumatoid Arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2021;27(6S): S153-S160.
2. de Paula, Valéria de Nazaré Alves. "OS BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO RESISTIDO EM INDIVÍDUOS COM ARTRITE REUMATÓIDE: Uma revisão bibliográfica Gilberto Cardoso Bahia." *COMISSÃO CIENTÍFICA*: 71.
3. Santos, Leandra Rodrigues dos. "Os benefícios de um programa de atividade física no tratamento da artrite reumatoide." (2013).



4. Santarém, José Maria. *Musculação em todas as idades*. Editora Manole, 2012.
5. ALVAREZ-NEMEGYEI J et al; Association between body composition and disease activity in rheumatoid arthritis. A systematic review. *Reumatol Clin*. 2016;12(4):190-5.
6. SON KM et al; Association of body composition with disease activity and disability in rheumatoid arthritis. *Korean J Intern Med*. 2021;36(1):214-222.
7. SANTO RCE et al; Prevalence of rheumatoid cachexia in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2018;9 (5):816-825.

8. DOBROVOLSKAYA OV et al; Phenotypes of body composition, physical performance and quality of life in women with rheumatoid arthritis. *Ter Arkh*. 2022;94(5):654-660
9. GILES JT et al; Abnormal body composition phenotypes in older rheumatoid arthritis patients: association with disease characteristics and pharmacotherapies. *Arthritis Rheum*. 2008; 59(6):807-15.
10. SILVA, CR, et al; Prática de atividade física entre pacientes da Coorte Brasília de artrite reumatoide inicial." *Revista Brasileira de Reumatologia* 53 (2013): 394-399.

INTERCÂMBIO TEEN

CURSOS NO EXTERIOR

TRABALHO NO EXTERIOR

TURISMO

ESTÁGIO/TRAINEE

HIGH SCHOOL

AU PAIR

WORK & TRAVEL

VISTOS E MUITO MAIS

INTERCÂMBIO & TURISMO
TraveMATE

Sua próxima viagem passa por aqui

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

A mulher do século XXI

Prof.^a Dr.^a Vilma Duarte Camara*



Prof.^a Dr.^a Vilma Duarte Camara

O envelhecimento da população mundial está declarado em todos os estudos da humanidade, o que vem acarretando um aumento da população idosa, principalmente da mulher.

Pesquisas recentes do IBGE, constataram que as mulheres vivem cerca de sete anos a mais do que os homens, isto se deve, a alguns fatores, como diferenças hormonais, genéticas e comportamentais. A mulher, em geral, é mais cuidadosa com sua saúde e tem uma vida mais regrada. Ao sabermos desses dados, precisamos preparar o caminho de vida das mulheres da melhor forma possível.

O outrora, as mulheres eram preparadas para casar e ter filhos. Aprendiam prendas domésticas, raramente estudavam ou exerciam outra profissão fora do lar. Não tinham oportunidade de realizar seus sonhos, seus desejos e sua sexualidade.

Por vezes, em algumas comunidades e culturas, os maridos eram escolhidos pelos pais. Enquanto que, em população de muito baixo nível socioeconômico, acontecia de serem vendidas; fato esse que, infelizmente, ainda acontece em comuni-

dades de extrema miséria.

As mudanças foram ocorrendo. Conforme a cultura, passou a escolher seus parceiros e, quando começou a tomar anticoncepcional, pode ter o controle no número de filhos. À época, foi uma grande revolução. A mulher elevou sua autoestima, passou a gostar de si mesma de forma realista, não egoísta, reconhecendo suas habilidades e limitações.

Algumas mulheres começaram a busca do seu reconhecimento como cidadãs, lutando por seus direitos e posicionando seus deveres. No Brasil, o direito ao voto, por exemplo, foi concedido em 1932, até então, era exclusivo dos homens.

Com os anos, a mulher passou a estudar, foi em busca de trabalho, ter renda e independência financeira. Entra no mercado de trabalho, por vezes, mal remunerado, dependendo da escolaridade, ou mesmo, competindo com os homens na mesma função, sendo remunerada com valores menores.

Muitas mulheres, que tiveram seus sonhos e seus desejos reprimidos, se sentem, agora, livres. A relação com o com-

panheiro mudou; pode ser de parceira, de afeto, de respeito e competição. Infelizmente, ainda sofre com a violência. A situação de genocídio feminino é alarmante, mesmo com a existência da Lei Maria da Penha e da Delegacia da Mulher; muitas não fazem denúncia ou não a sustentam frente aos processos.

Mesmo com alguma evolução comportamental e de respeito, a condição da mulher ainda deixa a desejar. O que vem acontecendo? A mulher não se adequou totalmente a sua liberdade? As diferenças sociais e econômicas são fortes fatores para essas ações? O homem não conseguiu valorizar o crescimento da mulher no contexto social? Estudos têm sido realizados para responder essas questões.

As mulheres conseguem desempenhar várias funções, sendo esposas, mães, avós e, com muita frequência atualmente, são chefes de família. A mulher do século XXI trabalha, tem seus rendimentos, por vezes, tem independência financeira, mas, também, organiza sua casa, a família, cuida dos filhos e, não raramente, dos netos.

Com certeza as desigualdades sociais

*Neurologista e Geriatra, Professora Emérita da Universidade Federal Fluminense – UFF, Coordenadora dos Departamentos de Neurologia e Geriatria da Associação Médica Fluminense
Diretora Científica da ABRÁZ – Associação Brasileira de Alzheimer

influenciam na qualidade de vida e na ascensão da mulher, além dos preconceitos existentes. Quanto à escolaridade, esse aspecto está mudando, principalmente, em algumas carreiras. A mulher tem conquistado seu espaço nas universidades, aumentando seu nível de escolaridade. De acordo com o IBGE, as mulheres brasileiras têm maior grau de instrução do que os homens, embora sejam minoria em algumas profissões, por exemplo, as relacionadas às ciências exatas. Já na medicina, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, o número de mulheres médicas dobrou nos últimos 20 anos, sendo, atualmente, maioria nas faixas etárias mais jovens. Por outro lado, continuam em minoria nos cargos públicos e gerenciais.

Sabe-se que, principalmente nas camadas mais pobres, a vida das mulheres é de muito sacrifício. Suas necessidades emocionais, econômicas e físicas são, por vezes, ignoradas, dependendo de familiares e se submetendo a condições de opressão. Por outro lado, muitas delas mantêm a família, criam seus filhos sem ajuda de outrem. Ainda existem muitos desafios a conquistar pelo universo femini-



no, mesmo com a criação de leis e políticas sociais. A sociedade tende a ser machista. Entre alguns, as mulheres são apenas reprodutoras ou vistas como objeto de uso ou apenas como uma cuidadora do lar.

Existem várias situações enfrentadas pelas mulheres: possuem muitas responsabilidades no núcleo familiar, algumas carregam um sentimento de inutilidade, com

baixa autoestima, necessitando de apoio. Por outro lado, muitas são vencedoras e ocupam lugar de respeito no seu meio, na sociedade e em nível profissional.

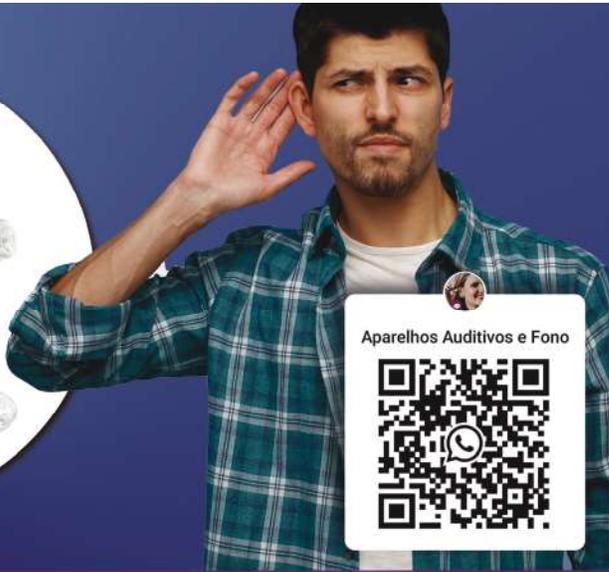
Ser mulher é sublime. O conceito japonês IKIGAI é ter propósito de vida e o objetivo é encontrar um significado para a própria vida. E as mulheres possuem essa característica de busca.



Aparelhos auditivos estimulam a atividade cerebral







Aparelhos Auditivos e Fono



Telefones: 21 9.7174.8174 | 21 9.9188.8174 | 21 3952.7427

Atendimento em domicílio!

Niterói: Rua Ator Paulo Gustavo, 229 • loja 207 • Shopping Iearai
Rio de Janeiro (Centro): Rua Marechal Floriano, 153/501 • Somente Agendado
São Gonçalo: Rua Doutor Nilo Peçanha, 53 • Sb 01 • Somente Agendado

Televisão alta?

Agende sua **avaliação auditiva gratuita**

Ouve mas não entende?

Zumbido ou chiado?

Governança Cooperativa;

um modelo aplicado na Unimed Campos, singular do sistema federativo RJ

Dr. Leonardo Ferraz*



Dr. Leonardo Ferraz

A Revolução Industrial, iniciada no século XVIII na Inglaterra, depois se espalhando pelo resto da Europa e novo Mundo, foi o grande fator incremental do sistema capitalista. Novas relações econômicas surgiram, bem como inovações tecnológicas permitindo a produção em escala.

Neste cenário, surgem as grandes empresas que se unindo formam conglomerados e se transformam nas grandes corporações. Inicialmente, as empresas eram geridas por seus proprietários, sócios ou mesmo famílias, porém, o crescimento dessas estruturas empresariais trouxe a necessidade de profissionais e técnicos mais afeitos à administração do negócio, ficando então aos proprietários a missão de conduzir os rumos estratégicos das empresas.

Surge daí uma dissociação entre propriedade e gestão, onde os diretores e gerentes passam a conhecer mais as particularidades do cotidiano da gestão, prestando conta aos proprietários, seja nas empresas de capital fechado ou aberto. Desse ponto começam a surgir os conflitos de agência, onde nem sempre os interesses de proprietários se alinhavam com os gestores das empresas, surgindo diversas

inconformidades na gestão, como fraudes nas prestações de contas, pagamento indevido de participação em lucros empresariais inexistentes, entre outros.

Em meados do século XX e início do século XXI, surgem os primeiros movimentos para desenvolver e criar modelos de Governança Corporativa com o objetivo de equacionar estes conflitos permitindo o crescimento e sustentabilidade das empresas.

Nos Estados Unidos da América, após o escândalo de fraude contábil e auditoria fraudulenta da empresa Enron, levando ao colapso da corporação do ramo energético, e abalando o sistema financeiro norte americano, o governo americano, desde então, através de dois de seus congressistas, decidiu redigir a Lei Sarbanes-Oxley em 2002, que normatizava e criava padrões mais rígidos de auditoria e transparência para prestação de contas e definiram bases para Governança Corporativa e Compliance.

Recentemente no Brasil, tivemos o caso da empresa Americanas, cuja inconsistência contábil chegou na casa de 20 bilhões de reais, apesar de mecanismos como auditoria externa atuante.

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, fundado em 1999, iniciou suas atividades de difusão de conceitos de boas práticas de governança, editando seu Código de Melhores Práticas de Governança Corporativa, que vem servindo de norteador de governança em diversas empresas brasileiras. Na Unimed Campos, iniciamos nossos primeiros passos para implantação da Governança Corporativa, que serão melhor explicitadas abaixo.

2 - Definições

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa – IBGC (2018), define a Governança Corporativa como:

"[...] sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria e órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas." (IBGC, Código de Melhores Práticas de Governança Corporativa, 2015, pág. 20),

Compliance, é uma palavra derivada do termo inglês to comply que significa agir de acordo com regras e definições pré-

*Atual Presidente do Conselho de Administração da Unimed Campos, Pós-graduação em Gestão Estratégica de Hospitais pela Fundação Getúlio Vargas, MBA em Gestão Empresarial – ênfase em saúde. Fundação Getúlio Vargas, MBA em Gestão de Negócios em Saúde – Faculdade Unimed., Pós-graduação e Auditoria em Saúde – Faculdade Unimed.

-estabelecidas. Candeloro, Rizzo e Pinho (2012), definem a palavra como:

[...] é o conjunto de regras, padrões, procedimentos éticos e legais, que, uma vez definido e implantado, será a linha mestra que orientará o comportamento da instituição no mercado em que atua, bem como a atitude dos seus funcionários. ” (Candeloro; Rizzo; Pinho, 2012, pág.30)

3 – Governança Corporativa

A Governança Corporativa abrange uma série de práticas gerenciais e de controle que conferem credibilidade às empresas. Atualmente, a Comissão de Valores Mobiliários exige práticas de Governança avançadas de empresas que têm suas ações em Bolsas de Valores, seguindo um padrão internacional.

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, em seu Código de Melhores Práticas, define as principais práticas que constituem os pilares de uma Governança Corporativa, assim sendo: Propriedade (sócios), Conselho de Administração, Gestão, Auditoria Independente, Conselho Fiscal, Código de Conduta e Avaliação de Conflito de Interesses.

Para dar consistência aos processos de governança são prescritos alguns princípios básicos como: transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa.

Transparência é a disponibilidade de acesso às partes interessadas de todos os documentos de gestão conforme o grau de relacionamento com a cooperativa, sendo o quadro social aquele que deverá ter acesso a todos os documentos da cooperativa, respeitando a legislação pertinente, a proteção de dados sensíveis, isto corrige um dos principais conflitos de agentes que é a assimetria de informações entre a gestão e outras partes interessadas.

Equidade está relacionada a senso de justiça, é saber dar tratamento justo a todas as partes interessadas da cooperativa. É diferente de igualdade pois nesta as medidas são iguais para todos e não de acordo com a necessidade.

Prestação de Contas configura o ato de todos os membros de uma empresa, em qualquer nível, terem o hábito de prestar contas de suas ações.

Responsabilidade Corporativa é a responsabilidade dos envolvidos na governança de uma empresa quanto a sua sustentabilidade frente a todos as partes envolvidas



Figura 1- Pilares da Governança Corporativa

e interessadas em sua operação.

4 – Governança Em Cooperativas

A Lei 5764 de 16 de dezembro de 1971 reúne o ordenamento jurídico que define uma empresa cooperativista e, portanto, os elementos necessários para uma mínima governança e regras de compliance.

Uma cooperativa precisa dispor, obrigatoriamente, de alguns elementos de governança como: assembleia geral (constituída pelo quadro social), o órgão máximo da cooperativa, que elege entre seus membros o Conselho de Administração responsável pela gestão da cooperativa e o Conselho Fiscal como órgão fiscalizador da gestão.

A característica societária principal de uma cooperativa é ser uma sociedade de pessoas e não de capital, nelas cada sócio corresponde a um voto e dessa forma seu

quadro social se manifesta na Assembleia Geral, o órgão máximo de uma cooperativa, onde se deliberam a maioria das questões sensíveis e é onde o cooperado exerce seu direito de voto.

O Sistema OCB (Organização das Cooperativas Brasileiras) publicou um Manual de Boas Práticas de Governança Cooperativa, assim como o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa publicou, em 2015, o Guia das Melhores Práticas de Governança para Cooperativas, documentos que alinham as boas práticas de governança às particularidades de uma cooperativa, principalmente no que tange aos sete princípios e valores do cooperativismo: adesão livre e voluntária; gestão democrática; participação econômica dos membros; autonomia e independência; educação, formação e informação; intercooperação e interesse pela comunidade.

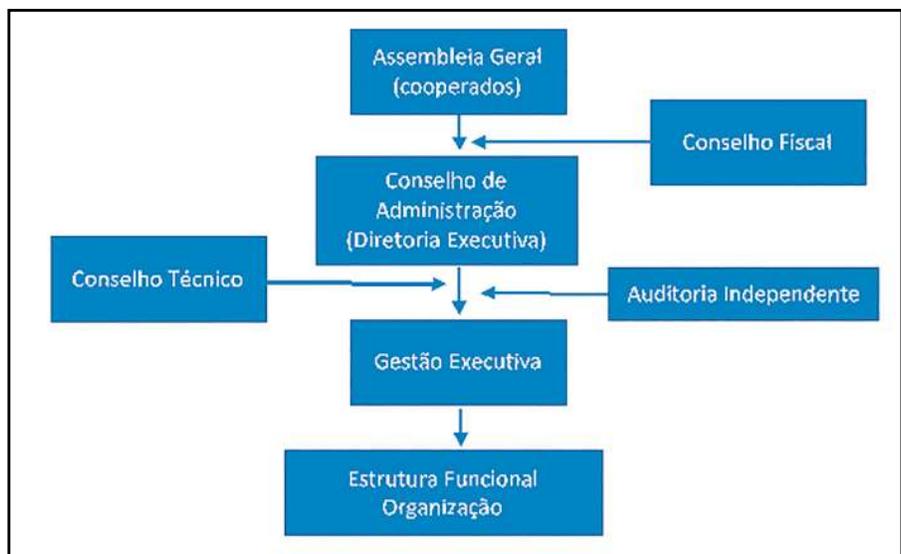


Figura 2- Estrutura de Governança Básica de uma Cooperativa

Cada cooperativa tem sua particularidade dependendo do ramo onde atue, muitas são reguladas por agências reguladoras como, por exemplo, o ramo de saúde, transporte, eletrificação, agrícola, entre outras, desta forma tendo regras de Compliance específicas para sua operação.

As cooperativas de crédito têm como seu órgão regulador o Banco Central do Brasil, que inclusive obriga-as a ter um modelo de governança que dissocia o conselho de administração da diretoria executiva, modelo bastante incomum entre cooperativas de outros ramos.

5 – Governança em Cooperativas do Sistema Unimed

A história da Unimed começa a ser escrita em 1967, liderada pelo Dr. Emundo Castilho, que na cidade de Santos, junto a 30 colegas de profissão, inicia o movimento do cooperativismo de trabalho médico, sob a égide dos princípios internacionais do cooperativismo.

Tal iniciativa se deu em resposta aos movimentos das chamadas empresas de medicina de grupo que visavam explorar o trabalho médico e o lucro como objetivo principal de sua atuação. Desde então, as Unimeds se espalharam pelo país como singulares e, posteriormente, se organizaram como federações e confederação e até hoje servem como um regulador do mercado de saúde e barreira contra a exploração do trabalho médico.

Atualmente, o Sistema Unimed é composto por 341 cooperativas, 118 mil médicos cooperados, 19 milhões de clientes (38% de participação do mercado de saúde suplementar), sendo o sistema de maior abrangência no território brasileiro.

A maioria das Unimeds no país são operadoras de planos de saúde e, portanto, comercializam produtos e serviços, algumas só tem a função de prestadoras de serviços com suas redes próprias ou terceirizadas que servem às diversas singulares do sistema Unimed.

Dessa forma, os médicos passaram a condição de proprietários de uma empresa cooperativa e necessitavam se adaptar e se capacitar a uma nova função, isto é, administrar empresas além de exercer a sua profissão de médico, muitas vezes prestando serviços à cooperativa através de pessoas físicas ou jurídicas e utilizando o plano de saúde como beneficiário, iniciando os primeiros conflitos de agentes entre

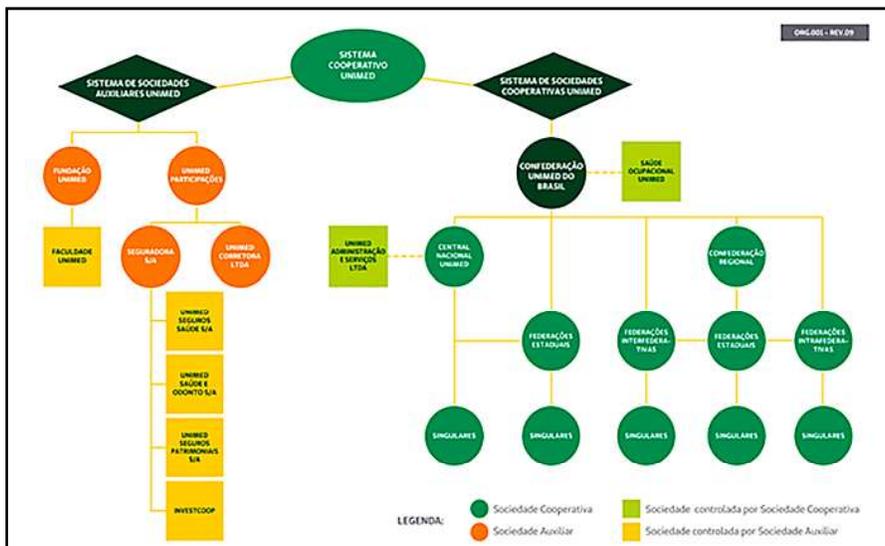


Figura 3 – Organograma do Sistema Unimed

a propriedade e gestão.

Para que as cooperativas de saúde, que são operadoras, sobrevivam num mercado altamente regulado e com elevada concorrência, é necessário um sistema de gestão eficaz e que tente corrigir todos os possíveis pontos que abalem os pilares de uma boa governança corporativa.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criada em 2000, considerada o marco regulatório do setor, vem através de suas Resoluções Normativas, ao longo dos anos, prescrevendo o que considera boas práticas de gestão e desta forma tem levado muitas operadoras, que não se adaptam, a insolvência e fechamento de suas operações. De 2004 até dezembro de 2022, já encerraram suas atividades em torno de 1000 operadoras de planos de saúde que não se adaptaram ao mercado regulado.

Em sua Resolução Normativa 518/22, a ANS publica um documento chamado: Governança Corporativa para fins de solvência das operadoras, onde claramente faz a relação entre gestão de riscos, auditoria interna, auditoria externa independente, envio regular de informações para agência e a sua sobrevivência.

No mesmo diapasão, a Unimed Brasil, Confederação do Sistema Unimed, em 2012, instituiu o Selo de Governança nas categorias Diamante, Ouro e Prata conforme a pontuação em critérios considerados essenciais e complementares para uma boa governança, entre os critérios essenciais podemos citar abaixo:

- Possuir planejamento estratégico;
- Adotar reuniões periódicas de gestão, com as devidas atas;
- Adotar relatórios periódicos de gestão;

- Possuir Código de Conduta;
- Divulgar e compartilhar informações voltadas para governança;
- Respeitar a área de atuação estatutária;
- Possuir Ouvidoria;
- Cumprir os requisitos mínimos necessários para atuação de dirigentes e conselheiros;
- Possuir programa de desenvolvimento de conselheiros de acordo com sua atuação;
- Possuir Comitê de Recursos Humanos;
- Possuir política de admissão de cooperados;
- Realizar auditoria independente;
- Realizar Auditoria Interna;
- Participar de reuniões do Conselho Confederativo e Assembleias;
- Enviar as informações relativas ao DIOPS solicitadas pela Unimed Brasil;
- Enviar as informações relativas ao SIP, solicitadas pela Unimed Brasil.

Desta forma a Unimed Brasil espera que as singulares se aprimorem quanto ao quesito governança, sendo reconhecidas como empresas respeitáveis por todas as partes interessadas, consolidando suas posições no mercado.

6 – Governança Cooperativa na Unimed Campos

A Unimed Campos foi fundada em 1991 sob a liderança de Dr. Makhoul Moussalem. Atualmente a cooperativa conta com 533 cooperados, 47.000 beneficiários, um hospital de alta complexidade, com 150 leitos, um Centro de Tratamento com terapias especiais para transtornos do neurodesenvolvimento, um Centro de Especialidades com 20 consultórios com 106 médicos, o Viver Bem para atendimento de Medicina Preventiva e beneficiários do plano de Atenção Primária a Saúde, um

Centro para Diagnóstico por Imagem e um Centro de Oncologia.

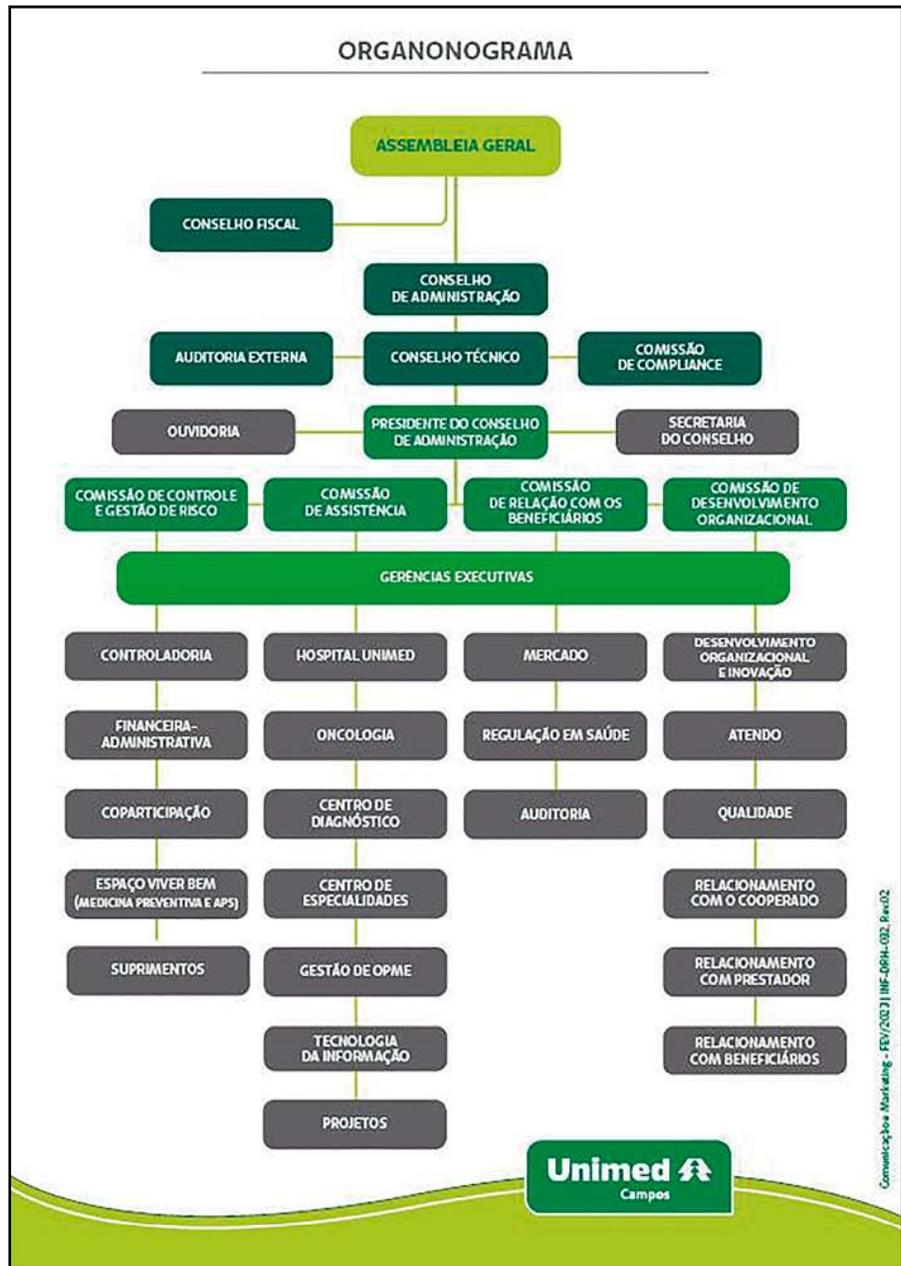
Desde 2017, vimos estudando o tema Governança Corporativa insatisfeitos com algumas questões que nos afligem como: conflitos de interesses, falta de formação em gestão por parte dos dirigentes, falta de um programa para formação de novos dirigentes, assimetria de informações entre conselheiros de administração que eram diretores executivos e os vogais.

Após uma ampla revisão em literatura das melhores práticas de governança, e um MBA em Gestão de Negócios em Saúde pela Faculdade Unimed, construímos um arcabouço para nova estrutura, mas para isso, era necessária uma reforma estatutária e regimental.

Em 2019, após aprovação em assembleia de um novo estatuto e regimento, que só passariam a ter efeito no novo conselho eleito em 2021, conseguimos algumas mudanças no modelo de governança que culminaram em resultados que consideramos bastante significativos. Desde abril de 2021, após eleição do novo Conselho de Administração, temos o modelo sintetizado na Figura 4 abaixo:

Alguns pontos na nova governança devem ser ressaltados em nosso modelo que surtem resultados a cada dia, além daqueles que são considerados essenciais para o Selo de Governança da Unimed Brasil. Podemos citar os seguintes:

- Dissociação entre o nível estratégico e o executivo, nenhum Conselheiro de Administração tem função de diretoria executiva;
- Todos os nove Conselheiros de Administração passam a receber o mesmo pró-labore, a exceção do Presidente do Conselho, com carga horária obrigatória, formação obrigatória em gestão, e participam das comissões que se relacionam com o nível executivo;
- Desaparece a assimetria de informações entre os Conselheiros de Administração, cuja função estratégica exige amplo conhecimento da empresa;
- Aplicação do Código de Conduta da Unimed Brasil adaptado a cultura da singular;
- Contratação de um Canal de Denúncias Externo e Independente, amplamente divulgado na cooperativa, que dirige as demandas a um Comitê de Compliance;
- Contratação de Auditoria Médica Externa Especializada para especialidades cujas condutas geram elevado custo para cooperativa, seja por desperdício, ou por má prática;



- Contratação de uma Consultoria de Gestão que atua de forma contínua em todas as áreas da cooperativa, fazendo o papel de “conselheiro consultor”, sem direito a voto, mas com o dever de apontar possíveis conflitos de interesses não percebidos e de riscos ao negócio em estratégias mal avaliadas.
- Estabelecemos um programa de formação de novos dirigentes oferecendo 50% de bolsa para um MBA em Gestão de Negócios em Saúde para os cooperados interessados, de forma contínua.

7 – Considerações Finais

Não existem modelos perfeitos de governança e, sim, boas práticas que devem ser desenvolvidas por empresas, baseadas nos pilares e princípios básicos, respeitando a forma societária, legislação reguladora, cultura organizacional e partes interessadas.

Nas sociedades cooperativas é im-

portante observar o ramo de atuação e os órgãos reguladores pois, muitos deles já prescrevem práticas que devem ser observadas e aplicadas, e fazer valer o princípio da intercooperação na difusão dos modelos de sucesso entre as cooperativas.

8 – Referências Bibliográficas

- CANDELORO, Ana Paula P.; RIZZO, Maria Balbina Martins de; PINHO, Vinícius. *Compliance 360º: riscos, estratégias, conflitos e vaidades no mundo corporativo*. São Paulo: Trevisan Editora Universitária, 2012.
- DICIONARIO OXFORD ESCOLAR: para estudantes brasileiros de inglês. 2ª edição, United Kingdom, Oxford University Press, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. *Código das melhores práticas de governança corporativa*. 5ª edição. São Paulo: IBGC, 2015.
- ROSSETI, José Pascoal; ANDRADE, Adriana. *Governança Corporativa: Fundamentos, Desenvolvimento e Tendências*. São Paulo: Atlas, 2016.

ESG: Environmental, Social and Governance e a Unicred Niterói

Luiz Fernando Fonseca de Souza*



Dr. Luiz Fernando Fonseca de Souza

Há muito, temos vivido num mundo onde os eventos acontecem a uma velocidade estonteante. Esta primeira frase me fez lembrar Caetano Veloso da década de 60 (“Quem lê tanta notícia”) e o grupo de rock RPM da década de 80 (“Rotações Por Minuto”). Nestes idos, já não conseguíamos acompanhar todas as notícias apresentadas pelos mais diversos canais; não imaginávamos o que se apresentaria nos dias de hoje. Mas toda esta modernidade, toda a velocidade de um mundo frenético por si só, podem nos afastar daquilo que é humano, do afeto, do olhar para o outro, da humanização.

É importante a busca pela tecnologia, pela ciência, mas devemos nos policiar quanto ao afeto, ao cuidado pelo que nos rodeia, às pessoas. E com atenção neste aspecto, foi que o então Secretário-geral da ONU, Kofi Annan, propôs um desa-

fio aos vinte maiores CEOs do mundo: “crescimento com sustentabilidade”. Esse desafio surgiu no ano de 2004, ganhando corpo durante os anos que se seguiram, mas principalmente em 2019, quando as instituições financeiras foram grandemente provocadas naquilo que tange à sustentabilidade que passou à sigla ESG (Environmental, Social and Governance), que corresponde às práticas ambientais, sociais e de governança de uma organização.

De acordo com o sociólogo britânico, John Elkington, “uma organização deve ser financeiramente viável, socialmente justa e ambientalmente responsável”, constituindo-se, dessa forma, os três pilares da sustentabilidade: econômico, ambiental e social. Para muitas empresas, os recursos naturais constituem sua base econômica, porém, devem ser geridas com responsabilidade, não acarretando

desequilíbrio ambiental, com consequências econômicas, sociais e na saúde. Por outro lado, sabe-se que o desperdício e o uso consciente de elementos, como a água, energia elétrica, o descarte adequado de materiais, a reciclagem, também, são medidas de preservação do meio ambiente e dos recursos naturais. O mercado tem valorizado cada vez mais a atitude das empresas relacionadas com o mundo natural e que investem em preservação e em compensação ambiental. Inclui nessa plataforma a avaliação dos seus fornecedores ou outros parceiros em relação ao comprometimento e preservação do meio ambiente.

Então, como instituição financeira cooperativa de relevante importância, a Unicred Niterói não poderia deixar de estar em consonância com o que há de mais moderno em termos de avaliação de boas práticas de qualidade no mercado. Em to-

*Médico cardiologista, Conselheiro de Administração da Unicred Niterói MBA – Moderna Administração de Cooperativas Financeiras. FGV

das as instâncias, letras que compõem a sigla ESG, a Unicred Niterói cumpre com tais critérios.

Naquilo que se refere ao meio ambiente (Environmental) oferecemos e estimulamos o financiamento de "energia limpa" para empresas fornecedoras de placas de energia solar, além do recém promovido descarte ecológico para baterias, pilhas, plásticos etc. Estamos atentos, também, ao GREENWASHING ("lavagem verde"), combatendo qualquer caso suspeito que se apresente. A questão relacionada ao risco ambiental entra na análise para concessão de crédito. O investimento e estímulo à informação virtual, com menor uso de papéis, também, é pauta constante de nossa preocupação.

Quanto às ações sociais (Social), nosso quadro de colaboradores é caracterizado pela diversidade e equidade em seus diversos aspectos. Nossa Diretoria Executiva possui dois líderes, um na Diretoria Administrativa e outra

na Diretoria de Negócios; assim, é a mulher ocupando importante fração na liderança e tomada de decisões da instituição. Existe, também, a constante preocupação com treinamento e capacitação de nossos colaboradores, para o melhor desempenho de suas funções e segurança para os cooperados. Além da inserção de jovens no mercado de trabalho, como a existência do Programa Jovem Aprendiz. Todos os anos, lideranças e colaboradores se reúnem no evento SIMUN (Seminário de Integração e Motivação da Unicred Niterói), onde há o estímulo para a integração de todos, com atividades desafiadoras que promovem a união. Em novembro de 2022, foi realizado com sucesso o IV SIMUN, com a participação, também, de integrantes de outras singulares Unicred do Estado do Rio de Janeiro.

Já no aspecto da Governança, cumprimos com antecedência, a exigência do Banco Central, sendo implantada

em 2016. Com isso, instituiu-se uma Diretoria Executiva, profissionalizada, que cuida de toda proposta técnica e de crescimento, bem como das orientações para a mitigação de riscos. Ao mesmo tempo, um Conselho de Administração formado por seu Presidente, Vice-Presidente e Conselheiros, que analisam e votam as propostas apresentadas pela Diretoria Executiva. Esta medida foi fundamental para a garantia do profissionalismo e as melhores práticas em nossa instituição. Através dela, atingimos os melhores resultados, garantindo o crescimento e deixando tranquilo o nosso cooperado, mesmo em momentos de adversidades, como nos piores momentos da pandemia provocada pela COVID-19.

A Unicred Niterói, como instituição financeira cooperativa, está alinhada com as tendências de um mundo que não para sem, no entanto, deixar de estar preocupada com o bem-estar da sociedade e de seu cooperado.



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

INTERCÂMBIO & TURISMO
TraveMATE

Sua próxima viagem passa por aqui

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

A medicina e contextos sociais

Dr. Pedro Henrique Miranda Fonseca*

Em estudo anterior, já abordei a forte presença de assuntos médicos na obra de Gilberto Freyre focando a chamada Gilbertiana – Casa Grande e Senzala; Sobrados e Mocambos e Ordem e Progresso (FONSECA, Pedro Henrique Miranda – A medicina na obra de Gilberto Freyre. *Journal Pequeno*, São Luís – MA, sexta-feira, 18 de junho de 2021, página 8/ *Revista da Associação Médica Fluminense* número 89, outubro/dezembro 2021, páginas 21, 22). Agora pretendendo analisar uma obra específica – *Sociologia da medicina*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1967 – na qual o autor estuda os problemas sociológicos da medicina, que incluem relação de médicos com pacientes, com comunidades, com a indústria farmacêutica, com o comércio e anúncio de drogas, com a propaganda, a relação com a parcela desprovida de recursos e necessitada de tratamentos caros que ela não tem condições de arcar, a relação com outras profissões da área da saúde, com a ética e com a saúde como valor sociocultural. É necessário que o médico em sua formação tenha contatos com ciências sociais, principalmente Antropologia e Sociologia.

Nessa obra, ele chama a atenção para "... um complexo em que se situam doentes ou populações necessitadas, não só de proteção sanitária e de cuidado médico, como doentes e populações condicionadas socioculturalmente nos seus distúrbios de saúde." (Op. cit., página 12). Também "... é preciso não faltar, nem a Sociologia de um nem a medicina de outro, aquela amplitude de visão, de perspectiva, de sentido humanístico da vida e dos problemas médicos e sociais, impossível de existir no médico ou no sociólogo simplesmente hu-

manitário ou puramente técnico." (Ibidem, página 12).

Critica o excesso do tecnicismo que vemos atualmente. Defende que o médico deva ser principalmente humano, levando em consideração no paciente, não somente o corpo com seus componentes anatômicos, mas, também, o seu complexo pessoal, social, cultural, ecológico, isto é, o humanístico e não simplesmente só científico. Para isso é necessária uma tarefa que inclua a compreensão, a simpatia e a empatia do profissional médico.

Ressalta a característica comum às duas ciências, isto é, terem o homem como o seu objeto de estudo. E que para estudá-lo é necessário levar em consideração fatores ecológicos, culturais, nosológicos, para que se chegue ao conhecimento do homem total e até mesmo universal.

Critica, também, a excessiva fragmentação da Medicina que pode prejudicar o que nessa profissão precisa ser compreensão.

Chama a atenção, também, para o imenso tempo livre que a automação proporciona, pois, o tédio poderá levar ao alcoolismo, ao uso de drogas, suicídios, doenças mentais, distúrbios nervosos, perversões sexuais e até crimes violentos. (Página 15).

Milita a favor de "autêntico e amplo humanismo" (Página 20).

Aborda a Geriatria considerando a velhice não doença, mas "... um estado de vida que requer, para o seu prolongamento sadio, ou quase sadio, cuidados de uma ciência preventiva tão especializada no trato, assim preventivo, dos indivíduos ou das pessoas idosas, como a Pediatria no trato das crianças mesmo sadias." (Ibidem, página 28)



Dr. Pedro Henrique Miranda Fonseca

Alerta que os extremos de especialismos podem botar a perder a sua autenticidade, que é lidar com o Homem social total, isto é, no contexto psicocultural e ecológico (Página 31). É necessário que os especialismos, importantes na Medicina moderna, não matem de todo o generalista. Deve o médico abordar o doente levando em consideração também os fatores sociais, econômicos, psicológicos, que possam ter contribuído para a doença e não apenas com seus conhecimentos puramente científicos que embasam a prática médica (Página 31).

Chama a atenção, também, para a excessiva opressão do compromisso com o tempo cronométrico, tão frequentes nas sociedades industriais (Página 32).

Essa visão sociológica é importante porque "... é através dos processos sociais de interação que os profissionais da Medicina podem adquirir a perspectiva e os padrões de competência, além de técnica, pessoal, necessárias ao exercício socialmente ou psicologicamente satisfatório de

*Membro fundador da Sociedade Brasileira de História da Medicina

suas atividades terapêuticas, clínicas, hospitalares; ou a frente de Serviços de Higiene e Saúde Pública." (Página 39).

Defende a utilidade para a formação do médico clínico uma análise psicológica na qual seria preparado para equilibrar seu grau de afetividade com os pacientes na sua prática profissional (Página 41). Não esquecer que Sigmund Freud foi clínico. Para isso é necessária uma boa dose de empatia na coleta de dados da vida psicossocial dos pacientes.

Destacou, também, a urbanização, a industrialização e as migrações desordenadas, sem qualquer orientação médico social, como fatores influentes na saúde das populações. Destaca os hábitos alimentares, estilos de habitação, vestuário, calçados, horas de trabalho e lazer. Faz uma adaptação da célebre frase de Ortega y Gasset – "Eu sou eu, minha doença e minhas circunstâncias." (Página 48).

Como frisou o autor é necessário ao médico uma perspectiva social no tratamento dos problemas da Medicina e de Saúde Pública.

Destaca algumas características sociais da figura do médico – o título de doutor, a letra de médico (às vezes ilegível até para o próprio), a visita de médico (curta), a linguagem. (Página 49).

Sugere que a Sociologia da Medicina seja ensinada nas Faculdades para que o médico brasileiro possa exercer o seu papel social (Página 50). Uma orientação sociológica que "... dê caráter humanístico-científico ao desenvolvimento de suas aplicações a situações sociais. ... Uma orientação sociológica capaz de dar amplitude de perspectiva e de função ao desempenho do seu papel social de médico; a sua sensibilidade às características ecológicas e socioculturais que se reflitam sobre doenças e doentes, ou sobre populações inteiras necessitadas de cuidados médicos sociologicamente orientados." (página 51).

Destaca a importância da confiança que o doente e sua família depositam no médico. Sem esta é impossível a continuação do tratamento.

Chama a atenção para as denominadas "doenças tropicais" que dependem muito das condições socioculturais e eco-

nômicas para a sua manifestação e perpetuação, sendo, portanto, dependentes de outros conhecimentos para a sua solução. A engenharia sanitária, a administração pública e a educação (Página 67).

O indivíduo é além do seu simplismo biológico; transforma-se em pessoa na medida em que se torna participante da cultura que o obriga a adaptar-se a uma série de funções socioculturais. (Página 73). Isto tanto saudável, quanto doente, devendo, pois, este ser visto em três aspectos: o físico, o social e o cultural. De cada um destes aspectos poderá vir o fator precipitante da doença. Daí vem a "medicina compreensiva" que foca na pessoa e não na doença. (Página 74). Um exemplo é a inadaptação do indivíduo a uma comunidade, seja porque esta não o aceita, seja porque o indivíduo não deseja ser integrante dela. Daí resultam conflitos domésticos, familiares, conjugais, geracionais que podem agravar doenças a princípio só orgânicas. (Página 75). Critica a obsessão da medicina em encontrar sempre causas físicas para doenças físicas. (Página 77). Critica o hospital moderno que, apesar de possuir imensas vantagens de ordem técnica, despersonaliza o doente e dificulta ao médico o conhecimento do doente como pessoa social total. (Página 79).

A uma atitude de justo especialismo, devemos, também, ser compreensivistas. (Páginas 85, 86). Diz Freyre: "O paciente, sujeito-objeto do cuidado médico, não é apenas um indivíduo biológico, mas pessoa ou indivíduo socializado em pessoa. Quase toda a doença se apresenta com variações sociais, conforme a pessoa do doente e as relações dessa pessoa com o tipo de sociedade de que seja membro, ou o tipo de cultura a que pertença ou de que deseje ser hóspede e nela viver o mais pacificamente como hóspede..." (Página 87). E continua "Está encerrada a época daquele cientificismo, segundo o qual, em medicina, a única realidade científica era o corpo do paciente, susceptível de estudo antropométrico, biométrico, fisiológico, anatômico, físico-químico, biofísico. Tanto que o médico era às vezes chamado de Físico..." Hoje ainda corrente em língua inglesa. E sobre esse fisicismo "... desenvolveu-se o

mito de ser a doença, não um drama ... para o homem inteiro tornado doente, mas um acontecimento que lhe afetava apenas este ou aquele órgão." (Página 88).

Daí o conceito de Medicina Psicossomática, onde medo, ansiedade, hostilidade podem levar a distúrbios de funções orgânicas. "Para o médico moderno já não há fronteiras rígidas entre os processos orgânicos e a vida emocional e social de um doente, sendo o seu empenho, atualmente, no sentido de conseguir um conhecimento sintético e unificado do que é orgânico e do que é, além de pessoal, social, ou sociocultural, no seu doente." (Página 89).

O doente, como pessoa, é um ser indivisível entre o fisiológico e o emocional, devendo ser, portanto, socioculturalmente situado.

A Medicina Social engloba a Infectologia, a Medicina do Trabalho, a Saúde Pública, bem como o estudo de acidentes que ocorrem por causas sociais (alcoolismo) e doenças que resultam de desajustamentos sociais. (Página 92). Destaca a importância dos fatores ambientais, da genética, dos fatores emocionais e socioeconômicos na etiologia das doenças, considerando o homem inteiro. (Página 99). Para compreender o homem inteiro, o médico precisa conhecer sua relação familiar, suas tensões, seu tipo de trabalho, seus amigos, suas aspirações, suas frustrações, suas esperanças, suas recreações, seus vícios, sua consciência em relação a posição que ocupa na sociedade, seus costumes, seus mecanismos de compensação e de fuga. (Página 122). O Professor de neurocirurgia da Universidade de Manchester, Sir Geoffrey Jefferson, recomendava que "... é necessário ao médico saber como o doente vivia a sua vida; como lhe veio a doença; como ele é como pessoa." (Página 122),

E quanto aos hospitais modernos Freyre observa "... quanto melhor e mais moderno o hospital, maior a artificialização sofrida pelo doente que, nos meios mais progressivos, se apresenta ao médico sob o aspecto, quase indistinto de indivíduo para indivíduo, de uma nova figura social: o enfermo hospitalizado segundo as mais completas exigências e os mais puros rigo-

res higiênicos, profiláticos, técnicos sociais de uma hospitalização perfeitamente moderna." Ele vê isso como artificialismo pois "... de tal modo diferenciado dessa situação se acha sob a figura de um hospitalizado ideal." (Página 122). Para o Professor Robert W. Merton "... já não se concebe médico moderno sem a perspectiva sociológica da Medicina." Para o Dr. Willard C. Rappleye, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Columbia "... a Medicina deve ser reconhecida como ciência, não só biológica, como social, sendo imperativo que, no seu estudo, o novíço seja iniciado no conhecimento dos elementos sociais, econômicos e emocionais que concorrem para a saúde ou para a doença." (Página 123).

Advoga que a educação médica deveria contemplar estudos sociológicos: E se a condição de um doente é mais do que uma condição médica, não se compreende que a educação do médico, sua instrução, sua preparação para o exercício da Medicina, seja considerada completa, se falta a essa preparação a parte psicossocial ou sociológica." (Página 138).

Observou na Índia, como no Brasil, uma população a quem não era dado o direito de ficar doente; de desempenharem o papel de doente, sendo isso um luxo para determinada classe social. Resultando disso a obrigação dessas pessoas a se comportarem como normais, mesmo estando doentes. (Página 140). Nas palavras do au-

tor: "Indivíduos, muito deles, economicamente incapazes de se declararem doentes e de se retirarem por algum tempo das suas ocupações para desempenharem o papel social de doentes." (Página 141)

Reconhece que, no caso da Medicina, a ciência, em numerosos casos, é também arte. E pelo fato de ser também arte o médico "... precisa de saber mais do que Medicina; de intuir e não apenas de conhecer." (Página 143). Defende que o médico conheça as circunstâncias ecológicas e socioculturais (Página 147), definindo a saúde como um equilíbrio, que precisa ser biopsicossocial e cultural. (Página 172).

Ressalta que a moderna civilização é caracterizada como a do homem sentado. (Página 183). Sentados quer em trabalho, quer, muitas vezes, em lazer. Excessivamente sentado sendo prejudicial ao desenvolvimento de ânimo mais dinâmico, além de favorecer o aparecimento de problemas cardíacos, vasculares, obesidade, hipertensão, diabetes, por uma atitude sedentária em excesso. É necessário tornar a civilização menos sedentária e menos tensa. Excesso da postura de homem sentado e sentado em cadeira – de trabalho, de estudo, de devoção religiosa, de balanço. (Página 188). Esse sedentarismo excessivo, quer no trabalho, quer no lazer, está prejudicando tanto a saúde física, quanto mental. (Página 197).

Quando nos movimentamos em caminhadas, por exemplo, cansamos o cor-

po e organizamos a mente.

Para a Medicina Social o que interessa é considerar o doente na sua totalidade de pessoa psicossocial; membro de um grupo, de uma família, de uma comunidade, de um sistema de cultura. (Página 217). Sendo importante que haja na formação do médico essa matéria, a Sociologia. O que se espera desse médico com essa formação é que seja capaz de colaborar com as equipes médicas e paramédicas com quem trabalhe; conhecimentos de seus pacientes como pessoas biopsicossociais. (Página 218). A socialização do médico significa a sistematização do seu papel social de profissional.

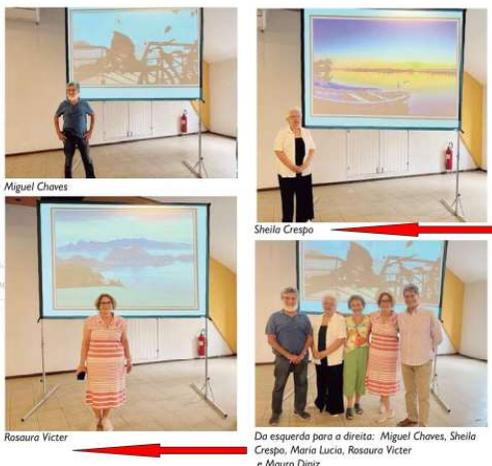
No exagero das especialidades, fica faltando um médico pessoal que aja como coordenador de vários especialistas de que venha necessitar o doente. Contato pessoal, personalizado e de confiança. Especialismos que se relacionem e se completem. Daí a necessidade de um coordenador.

Como vimos, temos muito a aprender com Freyre, um escritor cuja obra tem um forte e importante conteúdo médico, que chama a atenção para aspectos de saúde e doença negligenciados por profissionais estritamente técnicos, sem a visão global do que seja a pessoa saudável ou doente. Esse aspecto não chega a surpreender em um autor que confessa que suas maiores afinidades são com os médicos e os loucos. (Região e tradição, Rio de Janeiro, Livraria José Olympio Editora, 1941, página 261).

Errata



(Correção da legenda das fotos, publicadas na ed_93 - PG 28)



Proposta médica para reforma tributária

Que a Medicina é a mais sensível e humana das profissões, não se discute ou se tem dúvida. Também é a mais valorizada e almejada das atividades. Por tudo, a sociedade guarda respeito e apreço.

Que o curso médico, com formação qualificada, é o mais longo e impõe: dedicação, perseverança, perspicácia, além de óbvio muito estudo e atualização, também não se questiona.

Que o acesso a graduação médica seja laboriosa e muito difícil, não há quem duvide. Como também a especialização, residência, mestrado, doutorado, pós-doutorado, requerendo contínuo e crescente conhecimento, treinamento e pesquisa.

Durante a pandemia de Covid-19, principalmente no seu auge, assistimos por várias vezes, populações nos mais diferentes países, indo às suas varandas, aplaudindo os profissionais de saúde, inclusive médicos, protagonistas das equipes de saúde, em reconhecimento, àquela altura, ao extenuante, dedicado e competente trabalho.

Agora, passado o pior momento, contamos às centenas de milhares, nossas vítimas, ainda buscamos amparo para as indefinidas e nem sempre desvendadas

sequelas, fazendo refletirmos o que somos os reais valores da existência.

Estamos em nova era, naquele período cíclico anual de declaração de ajuste e pagamento do imposto de renda.

Imposto que incide em cerca de ¼ da remuneração médica, não pode ser chamado de taxa sobre a renda.

Pela alta alíquota, origem e destino, melhor seria chamado imposto injusto do trabalho.

Numa possível reforma tributária, nossos legisladores devem atenção especial e personalíssima aos médicos numa forma de reconhecimento. Já que temos pago, como a população geral, um conjunto de taxas camufladas em transporte, combustível, alimentação, medicamentos, vestuário, locação, lazer, turismo, documentação pessoal e patrimonial, instrumental, livros e periódicos, etc.

Isso tudo desde a graduação, pós-graduação e mais ainda na prática profissional, ao longo de décadas.

Por todas as razões expostas, a classe médica tem que lutar por uma diminuição significativa e justa da alíquota do tal "imposto de renda", que verdadeiramente é um imposto do trabalho, da mais digna das profissões.



Acad. Antônio Luiz de Araújo

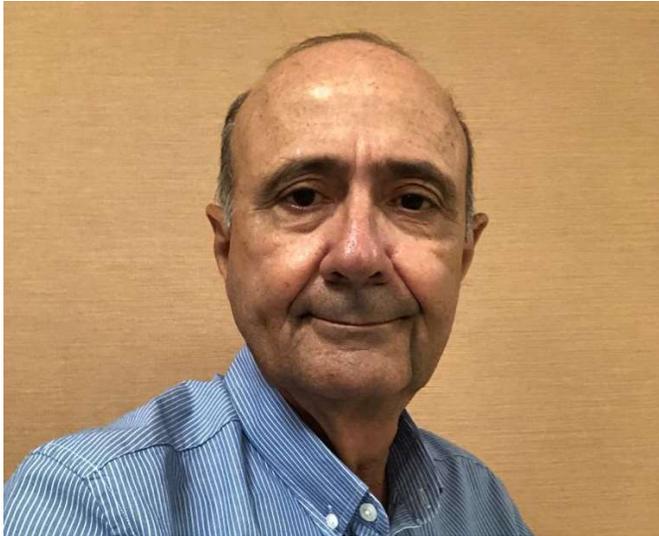
Presidente da ACAMERJ

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

INTERCÂMBIO & TURISMO
TraveLMATE

Sua próxima viagem passa por aqui

21 98102-4372
travelmate.com.br



Dr. Paulo Cesar Santos Dias

Tempo de formado:

40 anos (UFF 1983).

Especialidade:

Pediatria.

Por que escolheu essa especialidade:

Cuidar de crianças fragilizadas.

Formação:

Residência em Pediatria HUAP UFF, título de especialista em Pediatria, Neonatologia e Terapia Intensiva Pediátrica pela SOPERJ, MBA Gestão em Saúde COPPEAD UFRJ, Mestrado em Saúde da Criança e Adolescente pela UFF.

Atuação profissional:

Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, Staff do Serviço de Neonatologia do HUAP UFF, Chefe do Serviço de Pediatria CHN, Direção Clínica CHN, Direção Técnica CHN e atualmente Direção Geral do HIT.

Se não fosse médico, seria:

Veterinário.

Fatos marcantes na profissão:

Prêmio Obrigado Doutor Jornal Extra em 18/10/2014.

O que representa a AMF:

A casa do médico fluminense.

Hobby:

Fotografia.

Livro preferido:

Sapiens, uma breve história da humanidade.

Sua inspiração na profissão:

Professor Cesar Pernetá.

Qual a importância da família na vida do médico:

Porto seguro para o equilíbrio do stress da profissão.

Programa imperdível:

Andar na praia.

Música preferida:

Canção da América.

Frase para a posteridade:

O tempo dirá tudo à posteridade.

Mensagem aos jovens médicos:

Mantenha o paciente sempre no centro da atenção.

Porque sou sócio da AMF:

Para fortalecer a classe com movimento associativo.

Centro Carioca do Olho (CCO)

O Centro Carioca do Olho (CCO), Hospital do Olho do Rio de Janeiro, foi inaugurado em 6 de fevereiro e faz parte, junto com mais dois blocos, do Super Centro Carioca de Saúde.

A unidade municipal, situada em Benfica, na Zona Norte da capital, é destinada ao atendimento especializado dos pacientes. Em funcionamento desde outubro de 2022, com a primeira unidade, o Centro Carioca de Especialidades (CCE), o Super Centro ganhou o reforço do Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem (CCDTI) e do Centro Carioca do Olho (CCO).

A unidade do CCO possui 37 consultórios oftalmológicos, salas de exames especializados para catarata, retina, glaucoma e doenças da córnea, uma central de distribuição de medicamentos, uma central de distribuição de óculos, 10 salas de cirurgia e um banco de olhos. Com essa grandiosa estrutura, fará diversos atendimentos e procedimentos oftalmológicos, como cirurgia de

catarata e transplante de córnea.

Idealizado com o objetivo de reduzir os tempos de espera no Sistema de Regulação (Sisreg) para os procedimentos e especialidades com maior demanda, desde a sua inauguração, em 5 de outubro de 2022, o Super Centro já recebeu quase 24 mil pacientes encaminhados pela Atenção Primária. Agora, com o CCDTI, que realizará 16 tipos de exames, incluindo o primeiro PET Scan da rede municipal, e com o CCO, que fará até transplantes de córnea, a expectativa é fortalecer ainda mais o SUS no Rio de



Da esquerda para a direita: Daniel Pegado, Luiz Gustavo Regis, Thais Silveira, Roberta Martins, Rodrigo Pegado, Joel Silveira, Carolina Brandão e Itamar Soares

Janeiro. Juntas, as duas novas unidades contam com cerca de 1.800 profissionais e têm capacidade de realizar 60 mil procedimentos por mês.

Jornada de Reumatologia da AMF



Flavio Nery e Zelina Caldeira

No dia 04 de março, o Comitê de Reumatologia da AMF, em parceria com a Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro, realizou mais uma Jornada de Reumatologia, com o apoio das Clínicas BYO, de Niterói, e CMF, do Recreio dos Bandeirantes, no Salão Nobre da AMF. Foi abordado o tema: "Pensando Fora da Caixa 2", focando nas doenças inflamatórias, Artrite Reumatóide e nas Espondiloartrites.

36 - revista amf



A ideia desse tema é falar um pouco sobre assuntos que não se aborda normalmente nos Congressos e Jornadas da especialidade.

Repetindo o sucesso do ano passado, quando se teve 80 inscritos, neste ano foram 209 inscritos, mais de 40 palestrantes e vários patrocinadores. O evento iniciou às 8h com aulas de alto nível ministradas por colegas de Niterói, Rio de Janeiro e São Paulo, além de palestras gravadas de convidados internacionais, Angola, Portugal, Estados Unidos e Austrália. Diversos

temas foram abordados, com a participação de outras especialidades médicas e outros profissionais, tais como, atividade física em paciente inflamado, abordado por um educador físico, mercado financeiro, por um economista, e um odontólogo que falou sobre gengivites, que estão intimamente associadas ao gatilho para as doenças autoimunes e à atividade das doenças inflamatórias. Teve-se um debate reunindo 12 especialistas dos melhores serviços do estado do Rio de Janeiro sobre temas polêmicos na Reumatologia. A parte científica foi encerrada com uma aula espetacular sobre Atualização em Vacinas, pela Dra. Gecilmara Salviato. Como é de costume, todo evento desse grupo da reumatologia termina com muita uma boa música, animação e descontração. Já estamos ansiosos para a próxima Jornada, e contamos com a presença de todos associados da AMF.

Sociedade Brasileira de Dermatologia Regional Fluminense



Da esquerda para a direita: Paula Dadalti, Marianna Moraes, Eloisa Ayres, Caroline Assed, Danielle Mann, Renato Moura

No último dia 11 de março, a SBDLF realizou na Sede da AMF, a primeira reu-

nião mensal do ano de 2023, que contou com uma excelente palestra ministrada pela Dra Eloisa Ayres. O tema foi "Diagnóstico diferencial das hiperchromias".

Em 01 de abril, a SBDLF trouxe o tema Ecos do meeting da AAD (Academia Americana de Dermatologia), com as professoras Dra. Ana Mosca e Dra. Luna Azulay.

No dia 05 de maio será realizado o "Curso de Avaliação e Tratamento de Feridas.

Está prevista a realização de eventos mensais da Sociedade, na sede da AMF.



Antonio Luiz de Araújo, Waldenir de Bragança, Zelina Maria da Rocha Caldeira e Alcir Vicente Visela Chacar



Zelina Maria da Rocha Caldeira, Aloysio Decnop Martins e Ramon Varela Blanco

CREMERJ - Comissão de Ética Médica



No dia 18 de março, o CREMERJ realizou, na sede da AMF, a palestra sobre Comissão de Ética Médica – CEM, proferida pela Dra. Beatriz Rodrigues Abreu da Costa. Estiveram presentes, representando a AMF, a Dra. Karin Jagger, diretora tesoureira, e o conselheiro, Dr. José Emídio Elias Ribeiro.

CREMERJ - Palestra e homenagens na Sede da AMF



Da esquerda para a direita: Antonio Luiz de Araújo, Ramon Varela Blanco, Marcelo Erthal de Azeredo, Zelina Maria da Rocha Caldeira e José Genilson Alves Ribeiro

No dia 24 de março o CREMERJ realizou, na sede da AMF, um encontro para os médicos da região, com a palestra "A face oculta da medicina", cujo palestrante foi o Prof. Dr. Paulo Cesar Fructuoso.

edição 94 - jan/mar/2023

Departamento de Clínica Médica

O Departamento de Clínica Médica da AMF, Coordenado pelo Dr. José Luis Reis Rosati, segue apresentando uma excelente programação, sempre com a participação de grandes especialistas da medicina, nos encontros científicos, realizados, quinzenalmente, em formato virtual, às terças-feiras, no horário de 07:30h.

No dia 21 de março, o Prof. Dr. Marcos Freitas ministrou a Palestra "Polineuropatias" e está prevista para o dia 25 de março a Palestra "Avanços em Ventilação não Invasiva, do Dr. Gilberto Aluizio Marques de Souza.

As aulas ficam disponíveis no canal da AMF no Youtube: <https://www.youtube.com/@amfassociaocaomedicaflumine5960>

I Fórum do Polo de Saúde Leste Fluminense

No próximo dia 14 de abril, a partir de 09:00 horas, acontecerá na sede da AMF o I Fórum do Polo de Saúde Leste Fluminense.

O tema será "A Segurança do Paciente - Uma Década de Desafios e Avanços" e contará com Conferência, Mesas Redondas e excelentes nomes da área da saúde.

Departamentos de Geriatria e Neurologia da AMF

No próximo dia 27 de abril, às 14 horas, os Departamentos de Geriatria e Neurologia, Coordenados pela Prof. Dra. Vilma Câmara, realizarão a Palestra "Até onde vai o envelhecimento e onde começa a demência?", em formato virtual. O link de acesso será disponibilizado no instagram da AMF e enviado pelo Whatsapp.

A aula ficará disponível no canal da AMF no Youtube: <https://www.youtube.com/@amfassociaocaomedicaflumine5960>

Apresentamos aqui o Clube de Benefícios AMF

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



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

www.aquafishniteroi.com.br
Tel: (21) 2611-1984 / 27119033



Instituto Brasileiro de Línguas Icarai

<http://unidades.ibl-idiomamas.com.br/icarai/>
Para os associados da AMF serão concedidos

50% desconto nos idiomas Inglês, Espanhol e Francês e 40% de desconto nos idiomas Alemão, Italiano e Japonês



(21) 2542-0080
(21) 98669-2818

Isenção da taxa de matrícula, em todos os cursos

Desconto no percentual de 10%, a partir da 2ª parcela das mensalidades.
www.hzm.com.br



Desconto de 20% em cursos



Desconto de 20% em todas as atividades.
www.metodosupera.com.br
Tel: (21) 2704-0012



Desconto de 20% em serviços pontuais

Tel.: (21) 2220-0569
www.marketmed.com.br



(21)2018-2568
(21) 98449-3352

Desconto de 10% na comissão de corretagem e kit de certidões na venda do imóvel a todos os associados (médico + cônjuge).
www.davisaramago.com



Meia entrada nas peças em cartaz na Scuola di Cultura para associados e

familiares dos associados da AMF
Isenção da taxa de inscrição nos cursos livres realizados pela Scuola di Cultura



- 20% de desconto no seguro viagem
- 5% de desconto nos pacotes nacionais e internacionais (aéreo + hotel + serviço)

- 5% nos cursos de idiomas
niteroi@travelmate.com.br - Tel: 3674-3008



(21) 2610-5328 / 2714-9403 / 2704-5106
Desconto de 15% em todos os serviços para associados da AMF

O associado da AMF dispõe também de:

Consultoria jurídica subsidiada.

Desconto de 30% para locação do salão de eventos da AMF;

Desconto de 50% para locação das salas de conferência;

Desconto de 50% para locação da churrasqueira

Utilização livre da piscina nos finais de semana e durante a semana sem acompanhamento de professor de natação.



Confira no site: www.amf.org.br



PRONTO ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA **24 HORAS**

**CENTRO CIRÚRGICO, INTERNAÇÕES CLÍNICAS
E UTI ADULTO**



HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

Em Caso de Emergência

 **(21) 3578-3636**

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

PÓS-GRADUAÇÕES EM

Medicina do Exercício e do Esporte

Nutrologia Esportiva

CURSOS HÍBRIDOS / SEMIPRESENCIAIS

Endocrinologia do Esporte

CURSO 100% ONLINE

**INSCREVA-SE AGORA E GARANTA
BENEFÍCIOS EXCLUSIVOS**

CONDIÇÃO VÁLIDA ATÉ 28/04/2023

**POSSIBILIDADE DE
PRÁTICA AMBULATORIAL
OU EM CONSULTÓRIO**

**20% DE DESCONTO
EM 1 CURSO A PARTIR
DA 2ª PARCELA***

**25% E 50% DE DESCONTO
EM 2 CURSOS A PARTIR
DA 2ª PARCELA***

**50% DE DESCONTO PARA EX-ALUNOS
EM QUALQUER CURSO***

**ISENÇÃO DA TAXA
DE MATRÍCULA***