

**Revista**

*Associação Médica Fluminense*

**amf**



Ano XX - nº 95 - Abril-Junho/2023

ISSN nº 1809-1741

Órgão Oficial - Filiada à Somerj

Você encontra a Revista AMF

no site: [www.amf.org.br](http://www.amf.org.br)



Por do sol na Lagoa de Itaipu  
Autora: Dr<sup>a</sup>. Sheila Crespo

## **Tendências de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero em base populacional no Brasil: Foco nas desigualdades da população negra e indígena**

### **E mais:**

- Miopia e pandemia de Covid-19: Evidências do aumento da progressão da miopia em crianças
- Conflitos Familiares: Importância da avaliação psiquiátrica e suas implicações jurídicas



Filiada a



# SAÚDE E SEGURANÇA

QUE CABEM NO SEU BOLSO.



**SOS  
UNIMED**



**Unimed  
Aeromédica**

ESCOLHA A  
OPÇÃO  
MAIS  
SEGURA  
PARA  
CUIDAR DE  
VOCÊ!

**Unimed**   
Leste Fluminense

# Saúde suplementar, qual o destino?



**Dra. Zelina Caldeira**

O desenvolvimento tecnológico vem acontecendo gradativamente no correr do tempo e, atualmente, novas tecnologias vêm sendo incorporadas, em velocidade crescente no cotidiano, assim como, na área da saúde. A tecnologia está presente em nossa realidade, fato esse inerente aos avanços da civilização, influenciando no comportamento e aspirações das pessoas.

A evolução tem proporcionado maior praticidade e agilidade, tanto para clientes como para os prestadores de serviços, além da oferta da realização de exames, procedimentos de alta tecnologia e tratamentos como, por exemplo, os imunobiológicos, oncológicos e outras terapias de altíssimo custo para doenças consideradas raras.

A grande questão é que esses implementos têm um custo e não estão disponíveis e nem acessíveis para a maioria da população; por outro lado, fazem parte do desejo e aspirações de uma parte dos clien-

tes, gerando demandas jurídicas e despesas extras para o sistema de saúde público ou privado e, por vezes, sem evidências que comprovem a efetividade.

O comportamento das pessoas mudou com o acesso às redes sociais, assim como, a cultura das empresas, que apontam o cliente como centro do negócio. Hoje, os clientes estão mais conscientes dos seus direitos, embora não na mesma proporção das suas obrigações e atitudes éticas. Procuram valor na busca de um serviço e no atendimento às suas necessidades. Por outro lado, recentemente, as fraudes e cobranças indevidas às operadoras de saúde têm sido motivo de manchetes nas mídias.

O desenho atual do sistema de saúde o torna insustentável do ponto de vista financeiro. A liberação do rol da ANS, no caso da Saúde Suplementar, levou a um aumento da utilização entre os beneficiários, onerando muito o sistema, mas por outro lado, não significa melhora na qualidade da assistência e nem da saúde da população em geral.

Reforçar o atendimento primário e investir em prevenção são ações que podem proporcionar redução dos custos para tratamentos de doenças evitáveis e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida da população. Para agilizar processos e minimizar impactos tangíveis e intangíveis na saúde, pode-se utilizar da inteligência artificial, por exemplo, para realização de diagnósticos com maior precisão e mais precocemente, assim como, a elaboração de ecossistemas em saúde,

com armazenamento de dados, facilmente consultados, e geração de informações, que permitem agilizar os processos e os cuidados. Mas, com certeza, essas ferramentas dependem da qualidade de comando ou seja, não se pode substituir o conhecimento humano.

No Brasil, de acordo com as informações da ANS (maio de 2023), 26% da população possui plano de saúde para assistência médica, enquanto 74% é dependente do SUS. Muito investimento se faz necessário na atenção primária, na prevenção, considerando a população em geral e o indivíduo. Nessa edição, entre outros artigos, Lima, JL e Melo, AC descrevem, em seu estudo, uma maior mortalidade por câncer de colo de útero em mulheres com condições socioeconômicas desfavoráveis, demonstrando uma ineficiência dos programas de saúde da mulher. Ainda nessa edição, fala-se do Transtorno do Espectro Autista (TEA), cuja prevalência aumentou muito nos últimos anos, assim como os custos em terapias, necessitando uma avaliação mais criteriosa, tanto para diagnóstico, quanto para os tratamentos prescritos.

Critérios justos de medidas governamentais, pareceres, determinações judiciais adequadas, conscientização dos beneficiários, quanto à utilização, e dos prestadores e profissionais da área, na indicação e solicitação de exames e procedimentos, são importantes para conter custos desnecessários e excessivos e, dessa forma, manter viável o sistema de saúde, seja este através do SUS ou da Saúde Suplementar.

**Artigos:**

Tendências de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero em base populacional no Brasil: Foco nas desigualdades da população negra e indígena	6
Miopia e pandemia de Covid-19: Evidências do aumento da progressão da miopia em crianças	8
Conflitos familiares: importância da avaliação psiquiátrica e suas implicações jurídicas	10
Algumas considerações sobre a neuropsicologia do TEA	14
Uso de ventilação não invasiva (VNI) em pacientes com doenças neuromusculares	18
O desafio da Cardiologia Moderna	22
Líderes e Clientes	23
Sindhleste participa do 1º Fórum do Polo Saúde Leste Fluminense	24
Achilles Lisboa: Um perfil (1872 - 1951)	27

**Livro em foco**

Livro: "A poesia em meio ao caos"	29
-----------------------------------	----

**ACAMERJ**

Modernização do controle aterosclerótico	29
--	----

**CLUBE DE BENEFÍCIOS**

30

## 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

Émanuel Decnop Martins Junior

Heraldo José Vícter

Jackson Ferreira Galeno

José Antonio Caldas Teixeira

José Gonzaga Rossi da Silva

Maria da Conceição Farias Stern

Mariana da Silva Abunahman

Mateus Freitas Teixeira

Paschoal Balthazar Baltar da Silva

Paulo Cesar Santos Dias

Rodrigo Schwartz Pegado

**Membros Suplentes**

Antonio Carlos Accetta

Bruno Barros Petraglia

Cristiano Bandeira de Melo

Edilson Ferreira Feres

Enildo Ferreira Feres

Fernando Cesar Ranzeiro de Bragança

Jorge Carlos Mostacedo Lascano

Jose de Moura Nascimento

José Emídio Ribeiro Elias

Leonardo Jorge Lage

Mario Roberto Moreira Assad

Mauro Romero Leal Passos

Miguel Luiz Lourenço

Renato de Souza Bravo

Wellington Bruno Santos

**Conselho Fiscal / Membros Efetivos**

Claudio Vinicius Graciano da Silva

Fritz Alfredo Sanchez Cardenas

Luis Fernando Jogaib Mainier

**Membros Suplentes**

Kathya Elizabeth M. Teixeira

Paulo Fernando Rodrigues da Cal

Rafael Vilanova Lima

**Assessora Participativa**

Maria Gomes

**Direção Editorial da revista**

Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira e

Dra. Valéria Patrocínio Teixeira Vaz.

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

Dra. Rosaura Vícter

Ano XX - nº 95 - jan/fev/mar - 2023

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

Tel/Fax: (21) 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 Resp.: Raquel Moraes. Reg. Mtb RJ 33.098

Diagramação: Renato Monteiro de Carvalho

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.

# ALTA TECNOLOGIA EM EXAMES LABORATORIAIS

LABORATÓRIO

BITTAR



Participando há mais de 40 anos do Programa de Excelência para Laboratórios Médicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (PELM), e também do Programa Nacional de Controle de Qualidade (PNCQ).



## NOSSAS UNIDADES:

**NITERÓI:** Centro | São Francisco | Shopping Icaraí | Presidente Backer  
Av. Roberto Silveira | Itaipu Multicenter

**SÃO GONÇALO:** Centro | Alcântara

ATENDIMENTO DOMICILIAR

EXAMES GENÉTICOS | EXAMES PARTICULARES | EXAME TOXICOLÓGICO  
TESTE DE PATERNIDADE | PROVAS HORMONAIS | COLETA ESPECIAL PARA CRIANÇAS

[www.labittar.com.br](http://www.labittar.com.br)

(21) 2621 6161

(21) 99995 6816

@labittar

/laboratoriobittar

# Tendências de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero em base populacional no Brasil: Foco nas desigualdades da população negra e indígena

Jessé Lopes da Silva<sup>1,2,3</sup> e

Andreia C. de Melo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Divisão de Pesquisa Clínica e Desenvolvimento Tecnológico do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

<sup>2</sup> Grupo Oncoclínicas.

<sup>3</sup> Hospital da Força Aérea do Galeão

O câncer do colo do útero (CC) foi o quarto câncer mais diagnosticado e a quarta causa principal de morte por câncer em mulheres, com estimativa de 604.000 novos casos e 342.000 óbitos, em todo o mundo, em 2020. É o câncer mais incidente em 23 países e a principal causa de morte por câncer em 36 países. Além disso, aproximadamente 90% dos novos casos e óbitos ocorridos, mundialmente, em 2020 foram registrados em países de baixa e média renda (1).

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o triênio 2023-2025, há previsão de que sejam diagnosticados aproximadamente 17.010 novos casos de CC, representando o terceiro tumor mais frequente na população feminina, com risco estimado de 13,25 casos por 100.000 mulheres(2). O CC foi a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras, com 6.627 óbitos em 2020, correspondendo a uma taxa ajustada de 4,60 por 100.000 mulheres (3).

Além disso, o acesso ao tratamento padrão de cuidados, incluindo cirurgia, radioterapia externa, braquiterapia e quimioterapia, pode ser limitado ou, quando disponível, com longos tempos de espera, resultando em uma taxa mais alta de morte por CC nesses países (4).

Apesar de os estudos relatarem que a raça, isoladamente, não é um preditor independente de mortalidade para pacientes com CC em um ambiente de acesso igualitário (4–6), disparidades raciais nos desfechos de sobrevida, especialmente para mulheres pretas, frequentemente, estão relacionadas a fatores socioeconômicos (7,8).

O nosso artigo publicado, recentemente, teve como objetivo descrever a incidência e as taxas de mortalidade por CC de acordo com a raça/cor da pele no Brasil ao longo das últimas duas décadas, com foco na magnitude da disparidade racial (9).

Utilizando como estratégia a transmissão de informações dos Registros Brasileiros de Câncer de Base Populacional (RBCBPs), no nosso estudo, foram analisadas as tendências de incidência no período de 2010 a 2015. Para a mortalidade, foram obtidos dados do Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade entre os anos de 2000 e 2020. A classificação de raça/cor da pele foi baseada na propos-

ta do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo consideradas as categorias brancas, pretas (pretas e pardas agrupadas), amarelas e indígenas.

Entre 2010 e 2015, foram registrados 10.844 novos casos por ano de CC nos 12 RBCBPs participantes. Destes, 49,6% eram brancas, 48,0% pretas e 2,3% de outra raça/cor de pele. Dos casos registrados, 7.223 (66,6%) tinham menos de 60 anos de idade. As taxas de incidência bruta por raça/cor de pele foram de 12,4/100.000 para brancas e 16,9/100.000 para pretas (Figura 1). Considerando as taxas de incidência das mulheres brancas como referência, houve um aumento de 44% no risco de casos de CC incidentes em mulheres pretas (RR= 1,44).

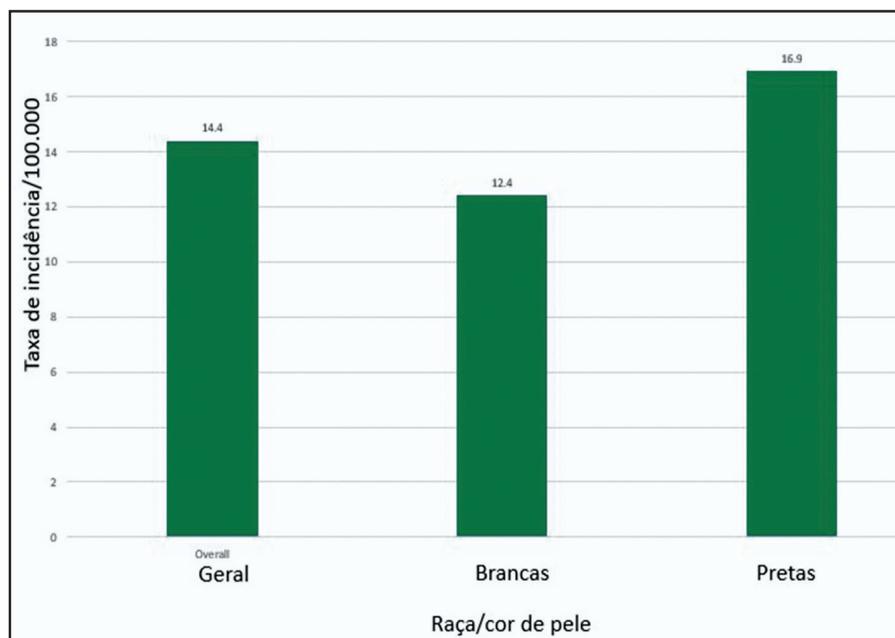
Em relação à mortalidade, entre 2000 e 2020, ocorreram 108.590 óbitos por CC em todo o país. As taxas de mortalidade média ajustada por idade, de acordo com a raça/cor de pele, foram de 3,7/100.000 para mulheres brancas, 4,2/100.000 para mulheres pretas, 2,8/100.000 para mulheres amarelas e 6,7/100.000 para mulheres indígenas. Em comparação com as taxas de mortalidade em mulheres brancas, houve um aumento de 27% no risco de morte em mulheres pretas (RR= 1,27) e 82% em mulheres indígenas (RR= 1,82).

Em conclusão, fortemente cor-

relacionado com indicadores de desenvolvimento socioeconômico mais desfavoráveis, os altos números de incidência e mortalidade por CC no Brasil apresentados neste estudo expõem deficiências crônicas no sistema nacional de saúde da mulher. Em relação às disparidades raciais, os dados reforçam o impacto negativo da alta incidência e mortalidade por CC em mulheres não brancas, principalmente pretas e indígenas. Essas diferenças podem estar relacionadas a fatores históricos baseados no racismo estrutural que mantém barreiras para o acesso ao diagnóstico precoce e tratamento adequado. É decepcionante concluir que mulheres brasileiras, especialmente indígenas, continuam morrendo por um câncer prevenível.

Estudos com dados detalhados em nível individual para descrever os fatores subjacentes aos padrões raciais ainda estão pendentes. Enquanto isso, clínicos e pesquisadores brasileiros perseveraram em envolver os formuladores de políticas públicas de saúde na superação das conhecidas barreiras estruturais para a prevenção eficaz, detecção precoce e tratamento do CC.

Para alcançar as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a estratégia global buscando a eliminação do CC até 2030, o Brasil precisará melhorar muito as campanhas de vacinação e implementar rastreamento e tratamento efetivos. Ansiamos por um futuro em que a morte por CC seja apenas uma eventualidade



**Figure 1.** Taxas brutas de incidência de câncer cervical por raça/cor de pele no Brasil, 2010-2015.

#### Referências bibliográficas:

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-49.
2. Santos M de O, Lima FC da S de, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM de, Cancela M de C. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2023 Feb 6;69(1):e-213700.
3. INCA - Instituto Nacional de Câncer [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 6]. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
4. Paulino E, de Melo AC, Nogueira-Rodrigues A, Thuler LCS. Gynecologic cancer in Brazil and the law of sixty days. *J Gynecol Oncol.* 2018 May;29(3):e44.
5. Rodrigues AN, de Melo AC, Alves FVG, Vilaca M

do N, Silva LG, Goncalves CA, et al. Lack of Impact of Race Alone on Cervical Cancer Survival in Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19(5):1209-14.

6. Movva S, Noone AM, Banerjee M, Patel DA, Schwartz K, Yee CL, et al. Racial Differences in Cervical Cancer Survival in the Detroit Metropolitan Area. *Cancer.* 2008 Mar 15;112(6):1264-71.

7. Yoo W, Kim S, Huh WK, Dilley S, Coughlin SS, Partridge EE, et al. Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. *PLoS One.* 2017;12(2):e0172548.

8. Beavis AL, Gravitt PE, Rositch AF. Hysterectomy-corrected cervical cancer mortality rates reveal a larger racial disparity in the United States. *Cancer.* 2017 May 15;123(6):1044-50.

9. de Melo AC, da Silva JL, Dos Santos ALS, Thuler LCS. Population-Based Trends in Cervical Cancer Incidence and Mortality in Brazil: Focusing on Black and Indigenous Population Disparities. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2023 Jan 17;



# Dr. Emílio Karam

## Urologia e Andrologia

Urologia - Andrologia - Biópsia de Próstata - Cirurgia Robótica

Rua Jardim Botânico 674/202  
Jardim Botânico- Rio de Janeiro  
Tels: (21) 2513-2463 - 2137-7339  
(21) 99988-2822

Av. Jorge Curi, 550- Bl A sala 162/163  
Barra da Tijuca- Rio de Janeiro  
Tels: (21) 3444-5602 e 3444-5603

# Miopia e Pandemia de COVID-19: Evidências do aumento da progressão da miopia em crianças



**Prof. Luiz Cláudio Santos de Souza Lima**

Mestre e Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal Fluminense Professor Adjunto de Oftalmologia da Universidade Federal Fluminense

## COVID-19

Em 12 de março de 2020, o diretor Geral da Organização Mundial de Saúde declarou que o surto original de COVID-19 resultou num aumento nas taxas de infecção fora da China, configurando-se como “uma pandemia”. Desde então, esse alerta internacional para o novo coronavírus, originalmente registrado na cidade de Wuhan pela primeira vez, estava relacionado à uma Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS, do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome, ou SRAG, em português), e assim registrado como SARS-Co V-2 (Sharma et al., 2021).

Altamente contagiosa para humanos e espalhando para diversos países, desde então, foi considerada “a calamidade de saúde global mais crucial do século e o maior desafio que a humanidade enfrentou desde a 2ª Guerra Mundial” (Sharma et al., 2021 e Chakraborty & Maity, 2020).

Globalmente, os países implementaram uma série de medidas de controle para se preparar e responder de forma abrangente ao coronavírus. O objetivo geral na época de resposta à COVID-19 da OMS era que “todos os países controlassem a pandemia, diminuindo a transmissão e reduzindo a mortalidade associada à COVID-19, com o objetivo final de alcançar e manter um estado de baixo nível ou nenhuma transmissão” (WHO, 2020).

As medidas recomendadas pela WHO eram medidas de proteção individual (higiene das mãos, etiqueta respiratória), medidas ambientais, medidas de distanciamento físico e medidas relacionadas a viagens. As medidas de distanciamento físico se aplicavam a indivíduos (por exemplo, isolamento de casos e quarentena de contatos) ou a comunidades, segmentos específicos da população ou à população como um todo. Estas medidas não eram mutuamente exclusivas.

Eram consideradas, também, como “medidas adicionais” de saúde pública e sociais as “... restrições de movimento, fechamento de escolas e empresas, quarentena de área geográfica e restrições de viagens internacionais”, as quais foram implementadas por vários países (WHO, 2020).

Uma vez adotadas, essas medidas de “distanciamento social” geraram grande debate sobre os variados graus de implementação e questionamentos contrários do ponto de vista econômicos e sociais e sobre possíveis efeitos do confinamento. A quarentena domiciliar foi uma das principais medidas na fase inicial da pandemia que efetivamente controlou a propagação da COVID-19 a um

distrito limite por meio de uma série de esforços (Wang et al., 2021).

## Miopia

Dentro do debate sobre os efeitos do isolamento e confinamento, um dos temas, que preocupou autoridades de países asiáticos, foi a maior prevalência de miopia na população desses países e se as alterações ambientais e riscos, já conhecidos para o desenvolvimento e progressão do estado refrativo, afetaram, significativamente, sobre a miopia diante das condições impostas (Wang et al., 2021).

Há, agora, uma epidemia de miopia em vários países do leste e sudeste da Ásia. A prevalência de miopia em adultos jovens que completaram 12 a 13 anos de escolaridade é, atualmente, de 70 a 90%, quando era de 20-30%, há duas ou três gerações. Ainda mais, a prevalência de alta miopia (potencialmente patológica) acima de -6D de miopia é da ordem de 10 a 20%. Algumas projeções sugerem que até o ano de 2050, quase 50% da população mundial poderá ser míope, com cerca de 10% altamente míopes (Morgan et al., 2021).

Autores indianos alertaram aos pais para a rápida progressão da miopia durante a pandemia, ao comparar 133 crianças com idades entre 6-18 anos e sua média anual de progressão da miopia, no período pré e durante a epidemia de COVID-19 (0.90 vs 0.25 D,  $P < 0.00001$ ). Também, consideraram a recomendação do fator protetivo de exposição a luz solar em atividades outdoor, mas com o devido distanciamento social (Mohan et al., 2022).

Os efeitos da progressão da miopia em crianças que ficavam mais tempo realizando trabalhos de per-

to e leitura já eram conhecidos. Num desses estudos os autores investigaram a influência da leitura e do trabalho de perto no desenvolvimento da miopia, comparando dois grupos distintos: os alunos emétopicos (grupo 1) que frequentavam a escola com leitura diária regular e trabalho próximo em comparação com as crianças, também, emétopicas que não frequentam a escola e trabalhavam como trabalhadores qualificados (grupo 2). Acompanharam, prospectivamente, essas duas populações diferentes por três anos em intervalos de 18 meses. A magnitude do desvio miópico foi de 0,56 no grupo 1 e 0,07 D no grupo 2. Para indivíduos com erro refrativo basal de  $\pm 1,00$  D, a progressão da miopia estava presente em 40 de 67 (59,7%) no grupo 1 e em 10 de 47 (21,3%) no grupo 2 nas últimas leituras. Já na faixa de refração maior, a magnitude do desvio miópico foi de 0,61 e 0,12 D no grupo 1 e 2, respectivamente (Hepsen et al., 2001).

A miopia, classicamente como conhecemos, afeta a visão de longe com turvação da visão e, até que seja devidamente diagnosticada, afetará consideravelmente escolares afastados do quadro negro ou lousa, como, por exemplo, aqueles que se sentam nas últimas carteiras, dificultando os processos de ensino e aprendizagem, embora a visão de perto possa não ser afetada da mesma forma inicialmente.

A miopia se estabelece diante de fatores hereditários como a presença de pais míopes e influências do ambiente (Cai et al., 2019). Neste último, há evidências que colaboram para essa hipótese o estímulo excessivo da acomodação, isto é, o processo pelo qual os olhos focam objetos próximos, através de aumento do poder dióptrico do cristalino, movimento de vergência dos olhos e miose. Desta forma, o uso excessivo pode ser um dos fatores ambientais que contribuíram para o aumento de casos de miopia durante, por tempo maior em confinamento e uso de telas, tablets e dispositivos de leitura, como alternativa de ensino à distância (Hepsen et al., 2001).

Há evidências de que atividades outdoor seriam protetivas para aqueles com fatores de risco para a miopia,

sendo um fator de prevenção primária para o avanço da doença, ou seja, crianças realizando atividades em ambiente externo e passando menos tempo em atividades de perto. Crianças que afastavam ou usaram televisores ou projeções em sala de aula, também, evoluíram menos a miopia comparadas com aquelas que utilizam mais a visão de perto (Németh et al., 2023).

### Conclusão.

Os fatores relacionados ao desenvolvimento e progressão da miopia, entre os de origem ambiental, ficaram mais evidentes diante do impacto das medidas de combate a pandemia de COVID-19, entre eles o uso de telas e celulares não só para o aprendizado em casa, substituindo a escola nos períodos de quarentena e distanciamento social, mas igualmente, podemos considerar o maior tempo de uso desses dispositivos para lazer, aumentando o tempo de trabalho de perto, em detrimento de atividades outdoor que seriam um fator protetivo. Autoridades de saúde, a exemplo dos países asiáticos, devem considerar a triagem visual dessa população em idade escolar para diagnóstico, correção com óculos e iniciar medidas preventivas, já comprovadamente suportadas em evidências, reduzindo os riscos de perda visual permanente e consequentes custos sociais e econômicos resultantes de uma baixa visual. Figura 1.0

### Referências:

Cai, X. B., Shen, S. R., Chen, D. F., Zhang, Q., & Jin, Z. B. (2019). An overview of myopia genetics. *In Experimental Eye Research (Vol. 188)*. Academic Press. HYPERLINK "https://doi.org/10.1016/j.exer.2019.107778" https://doi.org/10.1016/j.exer.2019.107778

Chakraborty, I., & Maity, P. (2020). COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *Science of The Total Environment*, 728, 138882. https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138882

Hepsen, I. F., Evereklioglu, C., & Bayramlar, H. (2001). The effect of reading and near-work on the development of myopia in emmetropic boys: a prospective, controlled, three-year follow-up study. *Vision Research*, 41(19), 2511–2520. https://doi.org/10.1016/S0042-6989(01)00135-3

Mohan, A., Sen, P., Peeush, P., Shah, C., & Jain, E. (2022). Impact of online classes and home confinement on myopia progression in chil-



**Figura 1:** Esquema de evidências para o aumento de casos de miopia durante a COVID-19

dren during COVID-19 pandemic: Digital eye strain among kids (DESK) study 4. *Indian Journal of Ophthalmology*, 70(1), 241. https://doi.org/10.4103/ijoo.IJO\_1721\_21

Morgan, I. G., Wu, P.-C., Ostrin, L. A., Tideman, J. W. L., Yam, J. C., Lan, W., Baraas, R. C., He, X., Sankaridurg, P., Saw, S.-M., French, A. N., Rose, K. A., & Guggenheim, J. A. (2021). IMI Risk Factors for Myopia. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 62(5), 3. https://doi.org/10.1167/iovs.62.5.3

Németh, J., Aclimandos, W. A., Tapasztó, B., Jonas, J. B., Grzybowski, A., & Nagy, Z. Z. (2023). The impact of the pandemic highlights the urgent need for myopia guidelines: The clinicians' role. *In European Journal of Ophthalmology (Vol. 33, Issue 2, pp. 633–636)*. SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.1177/11206721221143008

Sharma, A., Ahmad Farouk, I., & Lal, S. K. (2021). COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. *Viruses*, 13(2), 202. https://doi.org/10.3390/v13020202

Wang, W., Zhu, L., Zheng, S., Ji, Y., Xiang, Y., Lv, B., Xiong, L., Li, Z., Yi, S., Huang, H., Zhang, L., Liu, F., Wan, W., & Hu, K. (2021). Survey on the Progression of Myopia in Children and Adolescents in Chongqing During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.646770

WHO. (2020). Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. 1–4. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331773/WHO-2019-n-CoV-Adjusting\_PH\_measures-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

# Conflitos Familiares: Importância da avaliação psiquiátrica e suas implicações jurídicas

**Dr. Ruy Justo Carneiro Cutrim Junior**

*Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Membro Colaborador da Comissão de Alienação Parental da OAB-Niterói, Coordenador do Departamento de Psiquiatria da AMF.*

**Dra. Bárbara Heliodora Peralta**

*Advogada Familiarista, Presidente da Comissão de Alienação Parental da OAB-Niterói, Diretora Jurídica da Associação Henry Borel.*

## Resumo

Este artigo aborda a relevância da avaliação psiquiátrica no contexto dos conflitos familiares, com enfoque na saúde mental das partes envolvidas. Especificamente, explora a ideia de que indivíduos com condições psiquiátricas, como o transtorno de personalidade borderline, transtornos narcisistas e outros podem parecer “normais” em situações cotidianas, mas enfrentam dificuldades em acatar as decisões judiciais relacionadas aos processos familiares. Destaca-se a importância de considerar o impacto da saúde mental na efetivação das decisões judiciais, visando a proteção da família como um todo, a promoção do bem-estar dos filhos e o adequado funcionamento do sistema judiciário.

## Abstracts

This article addresses the relevance of psychiatric evaluation in the context of family conflicts, with a focus on the mental health of the parties involved. Specifically, it explores the idea that individuals with psychia-

tric conditions such as borderline personality disorder, narcissistic disorders and others may appear “normal” in everyday situations, but face difficulties in complying with court decisions related to family processes. It is important to consider the impact of mental health on the effectiveness of judicial decisions, aiming at protecting the family as a whole, promoting the well-being of children and the proper functioning of the judicial system.

## 1. Introdução

Os conflitos familiares que se desdobram em processos judiciais representam uma realidade complexa e desafiadora para todas as partes envolvidas. No entanto, quando há a presença de questões de saúde mental, como o transtorno de personalidade borderline, transtornos narcisistas e outros, as dinâmicas se tornam ainda mais complexas. Essas condições psiquiátricas podem influenciar significativamente a capacidade das pessoas de entender e aceitar as decisões judiciais, criando um ambiente de não cumprimento e perpetuação dos conflitos.

## 2. Avaliação Psiquiátrica

A avaliação psiquiátrica desempenha um papel crucial na compreensão da saúde mental das partes envolvidas em processos judiciais familiares. Por meio de uma abordagem multidisciplinar, que envolve tanto a psiquiatria quanto o direito das famílias, é possível analisar detalhadamente os aspectos clínicos, comportamentais e jurídicos relacionados ao caso. Especialistas em psiquiatria forense e direito das famílias trabalham em conjunto para fornecer uma visão abrangente e im-

parcial, considerando a saúde mental como um fator relevante na tomada de decisões judiciais.

As doenças mentais são reconhecidas por critérios diagnósticos estabelecidos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Esses critérios levam em consideração a presença de sintomas específicos, sua duração e a interferência na vida diária da pessoa antes de estabelecer um diagnóstico.

## 3. Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos de Personalidade

Este modelo híbrido dimensional-categórico na Seção III define o transtorno da personalidade em termos de prejuízos no funcionamento da personalidade e traços patológicos da personalidade. A inclusão de ambos os modelos de diagnóstico de transtorno da personalidade no DSM-5 reflete a decisão do Conselho de Diretores da Associação Psiquiátrica Americana de preservar a continuidade com a prática clínica atual e, ao mesmo tempo, apresentar uma abordagem alternativa que visa a atender os inúmeros pontos fracos da abordagem apresentada na Seção II para os Transtornos da Personalidade. Na abordagem da Seção II, por exemplo, os sintomas que atendem os critérios para um transtorno da personalidade específico, frequentemente, também, atendem critérios para outros transtornos da personalidade. Igualmente, outro transtorno da personalidade especificado ou não especificado é com frequência o diagnóstico correto (porém pouco informativo), no sentido de que os indivíduos não tendem a apresentar padrões de sinto-

mas que correspondem a somente um transtorno da personalidade.

Neste modelo alternativo, os transtornos da personalidade são caracterizados por prejuízos no funcionamento da personalidade e por traços de personalidade patológicos. Os diagnósticos específicos da personalidade que podem ser derivados desse modelo incluem os transtornos da personalidade antissocial, evitativa, borderline, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Essa abordagem, também, inclui um diagnóstico de transtorno da personalidade – especificado pelo traço (TP-ET), que pode ser feito, quando um transtorno da personalidade é considerado presente, mas os critérios para um transtorno específico não são satisfeitos.

De acordo com o CID-11, o transtorno de personalidade é caracterizado por problemas no funcionamento dos aspectos do indivíduo (por exemplo, identidade, autoestima, precisão da autoimagem, autodeterminação) e/ou disfunção interpessoal (por exemplo, capacidade de desenvolver e manter relações estreitas e mutuamente satisfatórias, capacidade de compreender as perspectivas dos outros e gerir conflitos nos relacionamentos) que persistam durante um período prolongado de tempo (por exemplo, dois anos ou mais). O transtorno se manifesta em padrões de cognição, experiência emocional, expressão emocional e de comportamento que são mal adaptados (inflexível ou mal regulado) e se manifesta através de uma gama de situações pessoais e sociais, ou seja, não se limita às relações específicas ou aos papéis sociais. Os padrões de comportamento que caracterizam o transtorno não são adequados ao desenvolvimento e não podem ser explicados, principalmente por fatores sociais ou culturais, incluindo o conflito sociopolítico.

Os traços de personalidade de destaque ou padrões qualificadores de domínio característicos podem ser aplicados aos Transtornos da Personalidade para descrever aquelas características de personalidade do indivíduo que são mais proeminentes e que contribuem para a perturba-

ção da personalidade. Os traços dominantes são contínuos com características normais de personalidade em indivíduos que não tem transtornos de personalidade. Não são categorias de diagnóstico, mas sim representam um conjunto de dimensões que correspondem à estrutura subjacente de personalidade. Como muitos qualificadores de domínio característicos podem ser aplicados como necessários para descrever o funcionamento da personalidade. Os indivíduos com transtorno de personalidade de mais grave tendem a ter um maior número de traços de domínio proeminentes.

Os Transtornos da Personalidade de mais comumente observados nos conflitos familiares são o Antissocial, Narcisista, Borderline e Histriônica. Estes transtornos que pertencem ao Grupo B do DSM-5 têm, como características em comum, serem dramáticos, emotivos ou erráticos.

#### **4. Transtorno da Personalidade Antissocial**

Apresenta um padrão difuso de desconsideração e violação do direito das outras pessoas que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes:

- 1** Fracasso em ajustar-se às normas sociais a comportamentos legais (repetição de atos que constituem motivos de detenção);
- 2** Tendência à falsidade (mentiras repetidas, uso de nomes falsos ou de trapaça para ganho ou prazer pessoal);
- 3** Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro;
- 4** Irritabilidade e agressividade (repetidas lutas corporais ou agressões físicas);
- 5** Descaso pela segurança de si ou de outros;
- 6** Irresponsabilidade reiterada (falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras);
- 7** Ausência de remorso (indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas).
- 8** O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.
- 9** Há evidência de transtorno

da conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade.

**10** Não se dá exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou do Transtorno Bipolar.

#### **5. Transtorno da Personalidade Borderline**

Apresenta um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

- 1** Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado;
- 2** Um padrão de relacionamentos instáveis e intensos (alternância entre extremos de idealização e desvalorização);
- 3** Perturbação da identidade (instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si);
- 4** Impulsividade autodestrutiva em pelo menos duas áreas (gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar);
- 5** Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;
- 6** Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e raramente de mais de alguns dias);
- 7** Sentimentos crônicos de vazio;
- 8** Raiva intensa ou inapropriada ou dificuldade de controlá-la (mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes);
- 9** Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

#### **6. Transtorno da Personalidade Histriônica**

Apresenta um padrão difuso de emocionalidade e busca de atenção em excesso que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

- 1** Desconforto em situações em que não é o centro das atenções;
- 2** A interação com os outros

é frequentemente caracterizada por comportamento sexualmente sedutor inadequado ou provocativo;

**3** Exibe mudanças rápidas e expressão superficial das emoções;

**4** Usa reiteradamente a aparência física para atrair a atenção para si;

**5** Tem um estilo de discurso que é excessivamente impressionista e carente de detalhes;

**6** Mostra autodramatização, teatralidade e expressão exagerada das emoções;

**7** É sugestível (facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias);

**8** Considera as relações pessoais mais íntimas do que na realidade são.

### **7. Transtorno da Personalidade Narcisista**

Apresenta um padrão difuso de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

**1** Tem uma sensação grandiosa da própria importância (exagera conquistas e talentos, espera ser reconhecido como superior sem que tenha as conquistas correspondentes).

**2** É preocupado com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal.

**3** Acredita ser “especial” e único e que pode ser somente compreendido por, ou associado a, outras pessoas (ou instituições) especiais ou com condição elevada.

**4** Demanda admiração excessiva.

**5** Apresenta um sentimento de possuir direitos (expectativas irracionais de tratamento especialmente favorável ou que estejam automaticamente de acordo com as próprias expectativas).

**6** É explorador em relações interpessoais (tirar vantagem de outros para atingir os próprios fins).

**7** Carece de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e as necessidades dos outros.

**8** É frequentemente invejoso em relação aos outros ou acredita que os outros o invejam.

**9** Demonstra comportamentos ou atitudes arrogantes e insolentes.

**10** Há evidência de transtorno da conduta com surgimento anterior aos 15 anos de idade.

**11** Não se dá exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou do Transtorno Bipolar.

### **8. Implicações Jurídicas e Sociais**

A falta de aceitação ou compreensão das decisões judiciais por parte de indivíduos com transtorno de personalidade borderline ou outros pode resultar em não cumprimento das determinações legais, perpetuando os conflitos familiares e afetando negativamente a família como um todo. É fundamental que o sistema judiciário considere o impacto da saúde mental nessas situações, a fim de tomar medidas adequadas para garantir a efetivação das decisões judiciais e promover o bem-estar dos envolvidos, uma vez que não considerar tal condição, fara o caminho inverso de aumentar a litigiosidade tamanha a falta de compreensão dos indivíduos que estão envolvidos ao conflito.

### **9. Efeitos sobre a Família**

Os conflitos familiares prolongados e a falta de cumprimento das decisões judiciais têm consequências significativas para a família, especialmente para os filhos. A instabilidade emocional, a falta de harmonia e a exposição contínua a conflitos podem causar danos psicológicos e emocionais às crianças. Além disso, a falta de cumprimento das decisões judiciais, também, enfraquece a autoridade do sistema judiciário, minando a confiança nas instituições e na justiça.

### **10. Abordagem Integrada**

Uma abordagem integrada entre a psiquiatria e o direito das famílias é essencial para lidar com casos envolvendo questões de saúde mental e conflitos familiares. É necessário um diálogo colaborativo entre os profissionais de saúde mental, advogados, juízes e assistentes sociais para compreender as nuances desses casos complexos. Através dessa colaboração, é possível desenvol-

ver estratégias e medidas que levem em consideração a saúde mental das partes envolvidas, a fim de promover uma resolução adequada e duradoura dos conflitos familiares.

### **11. A Importância do Diagnóstico e do Tratamento**

Para lidar efetivamente com os desafios decorrentes de transtornos da personalidade e outras questões de saúde mental, torna-se crucial estabelecer o diagnóstico e tratamento adequados. A avaliação psiquiátrica pode desempenhar um papel fundamental nesse processo, identificando as condições presentes e recomendando intervenções terapêuticas apropriadas. O tratamento, como a terapia individual ou familiar, pode ajudar a pessoa a desenvolver habilidades de comunicação, gerenciamento emocional e empatia, facilitando assim a aceitação e o cumprimento das decisões judiciais.

### **12. Violência Infantil, Alienação Parental e Abuso**

No âmbito dos conflitos familiares, a violência infantil é uma preocupação séria e pode ocorrer de diferentes formas. A alienação parental é um fenômeno que envolve a manipulação de crianças por um dos pais, com o intuito de afastá-las emocionalmente do outro genitor. Esse tipo de comportamento pode resultar em danos psicológicos significativos para a criança, incluindo sentimentos de lealdade dividida, perda de laços afetivos e dificuldades no desenvolvimento de relacionamentos saudáveis.

Além da alienação parental, o abuso físico, emocional ou sexual, também, pode estar presente nos conflitos familiares. Essas formas de abuso têm efeitos devastadores na saúde mental das crianças, podendo levar a consequências duradouras ao longo de suas vidas.

### **13. Avaliação e Intervenção Adequadas**

Ao lidar com casos envolvendo violência infantil, é fundamental que a avaliação psiquiátrica e a abordagem jurídica considerem cuidadosamente a presença dessas questões. A de-

teção precoce e a intervenção adequada são essenciais para proteger a criança e promover seu bem-estar.

Avaliar a presença de alienação parental e abuso requer um olhar atento e abrangente por parte dos profissionais envolvidos, como psiquiatras, advogados especializados em direito das famílias e assistentes sociais. Essa equipe multidisciplinar deve trabalhar em conjunto, compartilhando informações e perspectivas, a fim de obter uma compreensão completa do contexto e identificar a presença de qualquer forma de violência.

#### 14. Medidas Protetivas e Tratamento Adequado

Após a identificação da violência infantil, é essencial que o sistema jurídico implemente medidas protetivas eficazes para garantir a segurança da criança. Isso pode incluir a restrição de acesso do agressor, a supervisão durante as visitas parentais ou a revisão das modalidades de custódia, visando sempre o bem-estar e a proteção da criança.

Além disso, o tratamento terapêutico é crucial para auxiliar a criança a se recuperar dos efeitos da violência. A terapia individual ou familiar, conduzida por profissionais especializados em saúde mental infantil, pode ajudar a criança a lidar com o trauma, desenvolver habilidades de enfrentamento e promover um processo de completo restabelecimento.

#### 15. Conclusão

A abordagem integrada da psiquiatria e do direito das famílias é essencial para enfrentar os desafios complexos dos conflitos familiares envolvendo questões de saúde mental. Reconhecer a influência dessas condições psiquiátricas nas dinâmicas familiares e nas decisões judiciais é fundamental para promover a efetivação das determinações legais, garantir o bem-estar da família como um todo e proteger os interesses dos filhos. Ao considerar a saúde mental como um fator relevante nos processos jurídicos, podemos trabalhar em direção a uma resolução mais satisfatória, levando em conta a complexidade e as necessidades únicas de cada caso.

Não se pode ignorar que tais fatores existem, tampouco tratar todos os litígios com alguma questão psiquiátrica, mas sim ter um olhar cauteloso quando se fala em saúde mental e conflitos familiares.

No contexto dos conflitos familiares, a violência infantil, seja através da alienação parental ou do abuso, é uma questão grave que requer atenção especializada. A avaliação psiquiátrica, em conjunto com o direito das famílias, desempenha um papel fundamental na identificação e abordagem dessas situações, visando à proteção e ao bem-estar das crianças envolvidas. É fundamental que o sistema jurídico adote medidas protetivas efetivas e que o tratamento adequado seja fornecido às crianças afetadas. A colaboração entre profissionais da saúde mental, advogados, assistentes sociais e outros especialistas é essencial para garantir uma abordagem abrangente e eficaz.

Além disso, é importante destacar a necessidade de conscientização e educação sobre a violência infantil no contexto dos conflitos familiares. Tanto os profissionais envolvidos quanto a sociedade em geral devem estar cientes dos sinais de violência, saber como agir e ter acesso a recursos e serviços que possam oferecer suporte adequado às crianças e suas famílias.

Por fim, é fundamental que os sistemas jurídico e de saúde mental trabalhem em conjunto para garantir a efetivação das decisões judiciais e a proteção das crianças. A abordagem integrada entre a psiquiatria e o direito das famílias desempenha um papel essencial na busca por soluções justas e equitativas que levem em consideração a saúde mental das partes envolvidas.

Em resumo, a violência infantil decorrente da alienação parental e do abuso é uma preocupação séria nos casos de conflitos familiares. A avaliação psiquiátrica desempenha um papel crucial na identificação e compreensão dessas situações, permitindo a implementação de medidas de proteção adequadas e o acesso a tratamentos terapêuticos eficazes. A colaboração entre profissionais da saúde mental e do direito das famílias,

juntamente com a conscientização e a educação, é fundamental para a prevenção e o enfrentamento dessas formas de violência, garantindo o bem-estar e a segurança das crianças envolvidas.

#### 15. Referências Bibliográficas:

American Psychiatry Association – APA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5. Ed. Porto Alegre; Artmed. 2014.*

Azevedo, F. J., & Fernandes, R. M. (2019). *Mediação familiar em situações de abuso parental. Revista Portuguesa de Psicologia, 50(2), 31-48.*

Diniz, C. B., & Medeiros, J. R. (2017). *A efetividade das decisões judiciais: desafios e caminhos para o cumprimento. Revista Jurídica, 13(2), 93-112.*

Ferraz, S. F. (2020). *Cumprimento de decisões judiciais: reflexões sobre a efetividade do Poder Judiciário. Revista Eletrônica de Direito Processual, 21(3), 113-130.*

Ferreira, M. S., & Costa, L. M. (2020). *Abuso parental: Avaliação psicológica e intervenção forense. Coimbra: Almedina.*

Gonçalves, R. A., & Leandro, P. A. (2018). *Psicologia forense aplicada a conflitos familiares. Porto: Livpsic.*

Lima, F. S., & Almeida, M. S. (2018). *Transtornos de personalidade e sua relação com a psiquiatria forense. Revista Brasileira de Psiquiatria, 40(3), 269-276.*

Melo, J. A., & Santos, L. S. (2019). *A importância do cumprimento das decisões judiciais para a garantia dos direitos fundamentais. Revista Brasileira de Direito Processual, 28(3), 105-128.*

Oliveira, J. C., & Santos, A. M. (2019). *Psiquiatria forense: Aspectos clínicos e legais. São Paulo: Editora Atheneu.*

Pereira, A. M., & Ribeiro, M. T. (2019). *Intervenção psicológica em casos de abuso parental: Contributos da psicologia forense. Revista de Psicologia Forense e Criminal, 7(1), 45-60.*

Santos, C. M., & Lima, A. P. (2017). *Avaliação psicológica de conflitos familiares: Perspectivas e desafios na psicologia forense. Psicologia, Saúde & Doenças, 18(3), 748-760.*

Santos, V. P., & Ferreira, A. B. (2020). *Violência e transtornos mentais: Implicações para a psiquiatria forense. Revista de Psiquiatria Clínica, 47(1), 42-49.*

Silva, A. P., & Oliveira, R. M. (2018). *Decisões judiciais e sua efetividade: desafios e perspectivas. Revista Brasileira de Estudos Políticos, 117(2), 189-216.*

Souza, L. A., & Costa, R. B. (2021). *Transtornos sociais: Aspectos clínicos e intervenções psicossociais. Rio de Janeiro: Editora Rubio.*

# Algumas considerações sobre a neuropsicologia do TEA



**Isolda Cardoso de Almeida Cutrim**

*Psicóloga clínica graduada pela UERJ e psicopedagoga clínica e institucional*

## 1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é descrito como um conjunto de quadros neurobiológicos desenvolvimentais, identificados na primeira infância, com curso crônico, afetando de maneira persistente a sociabilidade do indivíduo, impactando significativamente sua funcionalidade, devido aos sintomas centrais: prejuízos persistentes na comunicação e qualidade da interação social em múltiplos contextos (no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos, nessa reciprocidade socioemocional), além de padrões rígidos, restritos e repetitivos de comportamentos, pensamentos, interesses ou atividades (movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbais e não verbais, hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente).

## 2. Aspectos Clínicos

Sua manifestação clínica é bastante complexa e heterogênea, com variabilidade tanto na intensidade dos

sintomas quanto na presença de comorbidades com outras condições (atraso de linguagem, déficits sensoriais, de coordenação motora); com transtornos psiquiátricos (TDAH, TOC, epilepsia, deficiência motora, transtorno do desenvolvimento intelectual, TOD, transtorno de conduta, transtorno de ansiedade, transtorno de humor) e outras condições médicas (distúrbios do sono, distúrbios gastrointestinais), além de síndromes genéticas estabelecidas (síndrome do X frágil, esclerose tuberosa, síndrome de Rett, distrofia muscular de Duchenne, síndrome de William, síndrome de Angelman, encefalopatia epiléptica infantil precoce do tipo 2, entre outras), exigindo então, para um diagnóstico preciso, a compreensão desse fato.

A avaliação diagnóstica é essencialmente clínica, baseada em relatos, observação do comportamento e avaliações complementares (fonoaudiológica, psicopedagógica, neuropsicológica) para uma melhor compreensão do quadro clínico, dada a sua heterogeneidade sintomática.

Especificamente em relação aos aspectos cognitivos, compreender esse perfil é fundamental, pois nos auxilia no diagnóstico diferencial de outros transtornos, na identificação de potencialidades e dificuldades, nos orienta em relação ao tipo de estratégia de intervenção mais adequada, que possa atender efetivamente às necessidades da pessoa com TEA e, também, porque quanto maior o déficit cognitivo, maior o nível de gravidade dos prejuízos e pior o prognóstico.

## 3. Importância da Avaliação Neuropsicológica

A Avaliação Neuropsicológica (AN), apesar de não ser decisória para o diagnóstico de TEA, contribui, inegavelmente, para a compreensão do quadro clínico, porque permite caracterizar o perfil cognitivo e comportamental

do indivíduo, descrevendo habilidades preservadas e prejudicadas, estabelecendo o seu nível de funcionamento.

Importante destacar que a avaliação neuropsicológica das funções cognitivas não se resume, unicamente, à testagem, com a utilização de instrumentos (escalas, testes, questionários), sendo esses uma das ferramentas, porque para auxiliar nessa avaliação diagnóstica ou no rastreamento de sinais de autismo, o profissional deve utilizar entrevistas, anamnese, observação comportamental em contexto clínico e situações cotidianas, ou seja, o resultado de uma AN envolve a integração de todas as informações colhidas, ao longo de todo o processo.

Apesar de o TEA estar relacionado à variabilidade de alterações cognitivas e, também, à variabilidade na manifestação dos sintomas nucleares, ainda não há consenso de quais domínios cognitivos estão mais gravemente afetados e, também, ainda é desconhecido um perfil neuropsicológico comum a todos os indivíduos com TEA. Nesse sentido o próprio termo espectro nos direciona para esse perfil mais heterogêneo.

Nessa perspectiva, a literatura descreve alguns domínios cognitivos prejudicados no TEA que mais se associam com o perfil, dentre eles estão: percepção, memória, funções executivas, inteligência, atenção, linguagem, motricidade, cognição e habilidades sociais.

## 4. Domínios cognitivos com prejuízos

A inteligência, enquanto habilidade cognitiva global das pessoas, acarreta um grande impacto na vida do indivíduo, além de impactar, também, em outros importantes domínios neuropsicológicos, assim mensurar esse perfil auxilia a identificação de comprometimento intelectual concomitante, que é um dos especificadores do DSM-5TR,

uma vez que estudos apontam que de 20 a 50% dos indivíduos com autismo, também, apresentam transtorno do desenvolvimento intelectual.

A cognição social, enquanto processos mentais necessários às interações sociais, para perceber, integrar e gerar respostas às intenções, disposições e comportamentos dos outros, compreende quatro elementos: teoria da mente (capacidade de inferir estados mentais nos outros); percepção e processamento da emoção (perceber, compreender e gerenciar a emoção a partir das expressões faciais e não faciais); percepção social (decodificar, interpretar dicas sociais e compreender o contexto social, conhecimento das regras sociais, suas funções e objetivos) e estilo de atribuição (explicações ou causas que atribuímos aos acontecimentos), são subjacentes aos déficits de interação e comunicação social no TEA.

Necessário se faz investigar os marcos do desenvolvimento, através de instrumentos que possam indicar o grau de atraso nesse processo; investigar os padrões de processamento sensorial no contexto da vida cotidiana da criança; avaliar os aspectos cognitivos com testes de inteligência geral verbal e não verbal e, também, uma avaliação mais abrangente desses aspectos cognitivos, fornecendo medidas de habilidades sensório-motoras, linguagem, processamento visuoespacial, memória e aprendizagem, atenção, funções executivas e percepção social; avaliação do conhecimento emocional, de compreensão de metáforas (teoria da mente); das habilidades sociais, problemas de comportamento e competências acadêmicas; na linguagem, os aspectos expressivos, receptivos, pragmáticos e o vocabulário; na atenção e os subprocessos mais básicos das funções executivas (controle inibitório, memória operacional, flexibilidade cognitiva e planejamento).

### 5. Importância das intervenções

O objetivo das intervenções é melhorar a funcionalidade dos indivíduos com o transtorno, assim a análise funcional é uma ferramenta que permite ao neuropsicólogo, identificar os fatores que podem estar interferindo

no desempenho cognitivo e comportamental do paciente, tornando mais claros os alvos terapêuticos e as técnicas a serem aplicadas. Dentre as habilidades mais estimuladas identificam-se habilidades sociais, de linguagem, manejo de comportamentos inoportunos e regulação emocional, incluindo redução de comportamentos ansiosos.

Assim, as intervenções, que apresentam mais eficácia, são aquelas baseadas na análise aplicada do comportamento (ABA). Essa modalidade terapêutica dispõe de um conjunto de técnicas e estratégias que propicia a aprendizagem sistemática de habilidades, promovendo mudanças de comportamento, que concilia as bases da estimulação cognitiva (dos estudos em reabilitação, habilitação e avaliação neuropsicológica) com a aplicação de técnicas comportamentais, desenvolvendo programas de avaliação e intervenção com base na análise funcional e análise de contingências.

Do mesmo modo a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) tem mostrado efeitos significativos no tra-

tamento de indivíduos com TEA, sobretudo com ansiedade, comorbidade muito comum no autismo. Dentre os principais componentes da TCC destacam-se a psicoeducação sobre as emoções, sobre a natureza da ansiedade, ensino de estratégias para autorregulação da emoção, bem como habilidades de convivência social.

### Referências Bibliográficas:

- 1 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 2 - Fernandes Lopes, R.M.; Lopes do Nascimento, K.F. *Reabilitação Neuropsicológica, Avaliação e Intervenção de Crianças e Adolescentes*. Ed. Artesã, Belo Horizonte, 2020.
- 3 - Fonseca, R.P.; Seabra, A.G. e Miranda, M. C. *Neuropsicologia Escolar*. Ed. Pearson, São Paulo, 2020.
- 4 - Malloy-Diniz, L.F.; Mattos, P. e Abreu N. *Avaliação Neuropsicológica*. Ed. Artmed, 2ª edição, Porto Alegre, 2018.
- 5 - Rotta, N.T.; Ohweiler, L.; Riesgo, R.S. *Transtornos da Aprendizagem, Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Ed. Artmed, 2ª edição, Porto Alegre, 2016.





# INTERCLASSICOS



## "O Tempo Passa... Os Sonhos Ficam!"

**N**a Cidade de Niterói, RJ, está localizada a **INTERCLÁSSICOS NITERÓI**, única Loja Temática, especializada em carros Clássicos e Especiais do Estado do RJ. Localizada na bela Região Oceânica da cidade, a **INTERCLÁSSICOS** tem mais de 70 carros em estoque, carros de excelente qualidade, muitos deles, **PLACAS PRETAS**, e procedência garantida.

Sob o slogan "O Tempo Passa... Os Sonhos Ficam", a Loja vem realizando os desejos de várias gerações que cada vez mais se encantam com a "volta ao passado", colorindo o presente com os carros emblemáticos que mexem com o emocional de quem conviveu à época, por saudosismo, ou mesmo aqueles que admiram os carros antigos, pela beleza única que torna cada carro das décadas passadas, veículos com identidade única!

Só mesmo quem já esteve "a bordo" de um Dodge Charge RT, um Opala SS, um Fusca, e

tantos outros mais (a lista seria muito grande!), pode qualificar a emoção que advém desses bólidos.

A **INTERCLÁSSICOS** vende e entrega seus carros em todo o território brasileiro, tendo feito ainda, várias exportações de veículos para países como Áustria, Alemanha, Holanda, Bélgica e Estados Unidos.

A Loja aluga também seus carros para clips de bandas, filmes, novelas, e demais eventos para montagem de cenários em geral.

A **INTERCLÁSSICOS** conta com um bistrô anexo, no interior da Loja, com Clube do Whisky, Clube do Vinho, Cervejas, com ambiente sempre agradável, para recepcionar os clientes e amantes dos clássicos.

A cada três meses, é realizado um Encontro de veículos na Loja, sendo este, um Evento esperado por cada vez mais aficionados pelo incrível Hobby dos Carros Antigos!

**Horário de Atendimento:**  
Seg - Sex: 8:30h às 18:00h | Sábado: 8:30h às 14:00h



**Central de Vendas: (21) 3629-0023 - (21) 96725-0070** 

Estrada Francisco da Cruz Nunes, nº 372 e 4665 - Piratininga - Niterói |  @interclassicos

# Uso de ventilação não invasiva (VNI) em pacientes com doenças neuromusculares

**Maria de Fatima B. Pombo**  
**Sant'Anna**

Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) Niterói (RJ) Programa de Pós-Graduação Saúde Materno-infantil do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) Rio de Janeiro (RJ), Brasil. MF Bazhuni Pombo. ORCID: 0000-0002-3633-6070. Email: fatima-pombo09@gmail.com (Orientadora)

**Jurilda Bispo de Souza**

Mestre em Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Materno-Infantil do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. JB Souza. ORCID: 0000-0001-6199-1192. E-mail: jurildafisio@gmail.com (Pesquisadora principal)

**Clemax Couto Sant'Anna**

Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Programa de Pós-Graduação Saúde Materno-infantil do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CC Sant'Anna. ORCID: 0000-0001-8732-8065. E-mail: clemax01@gmail.com (Co-orientador)

## RESUMO

As doenças neuromusculares (DNM) podem causar perda progressiva da força muscular, afetando de forma acentuada a respiração. A atrofia muscular espinhal (AME) e a distrofia muscular de Duchenne são DNM que têm repercussões respiratórias graves e, que no entanto, podem se beneficiar de ventilação não invasiva (VNI) domiciliar. A presente revisão de escopo descreve consequências ventilatórias dessas DNM, vantagens da VNI e desafios na sua utilização.

## INTRODUÇÃO

As doenças neuromusculares (DNM) ocasionam perda progressiva da força muscular, degenerativa e irreversível. Afetam os músculos respiratórios causando declínio da capacidade funcional pulmonar e com elevada morbimortalidade nesta população de doentes. Além da fraqueza e atrofia muscular respiratória, fatores como rigidez e alterações na caixa torácica, como a cifoescoliose, influenciam na perda da função pulmonar<sup>1</sup>.

Dentre as DNM mais frequentes que podem se beneficiar de ventilação não invasiva no domicílio destacam-se a atrofia muscular espinhal e a distrofia muscular de Duchenne.

A atrofia muscular espinhal (AME) é uma doença genética autossômica recessiva, caracterizada pela degeneração dos neurônios motores medulares, acarretando fraqueza e hipotonia muscular e provocando paralisia progressiva. Pode afetar vários órgãos e sistemas como respiratório, osteoarticular e digestório. A gravidade da doença é inversamente proporcional à idade quanto ao surgimento dos primeiros sintomas<sup>2</sup>.

A distrofia muscular de Duchenne (DMD) é uma doença genética progressiva caracterizada por comprometimento musculoesquelético. Afeta os membros inferiores, inicialmente, com hipertrofia progressiva da musculatura afetada e, posteriormente, os membros superiores. Em estágio avançado ocorre aumento dos tecidos conjuntivos e adiposo nos músculos<sup>3,4</sup>.

As alterações no sistema respiratório interferem na mecânica ventilatória, reduzem as pressões máximas, inspiratória e expiratória (PIM e PEM, respectivamente) e, conseqüentemente, a capacidade vital (CV), a ventilação voluntária máxima (VVM) e a complacência pulmonar, além de aumentar o

volume residual (VR). O resultado desta combinação é hipercapnia e hipoventilação alveolar, características de doença pulmonar restritiva<sup>5</sup>.

Alterações na complacência pulmonar reduzem a capacidade de higiene brônquica de desobstruir a via aérea pela tosse que é essencial, durante as infecções respiratórias, na prevenção de atelectasias e da insuficiência respiratória associada<sup>6</sup>.

A tosse é um mecanismo de defesa das vias respiratórias. Através do fluxo expiratório explosivo é possível eliminar secreções traqueobrônquicas e/ou corpos estranhos, prevenindo assim atelectasias, infecção traqueobrônquica e a insuficiência respiratória aguda<sup>7</sup>.

A introdução da ventilação mecânica não invasiva (VNI) melhora a sobrevivência do paciente com DNM. Inicialmente é introduzida à noite, assim que surgem os primeiros sinais de hipoventilação durante o sono. Com a progressão da doença, ocorrem hipercapnia e hipoventilação durante a vigília, justificando seu uso diurno intermitentemente e depois contínuo<sup>8</sup>.

A avaliação respiratória dos pacientes com DNM é imprescindível para acompanhar o declínio da CV. Deve ser medida com o paciente sentado e deitado e a diferença deve ser inferior a 7%, já que os sintomas de hipoventilação pioram durante o sono. Quando a diferença ultrapassa 20% tem indicação de VNI noturna<sup>9</sup>.

A recomendação do uso da VNI é imprescindível para reduzir o trabalho respiratório e estabilizar a troca gasosa. Entretanto, alguns pacientes com DNM não se adaptam ao uso da VNI, por desconforto da máscara oronasal ou claustrofobia relacionada, ou por causa dos níveis pressóricos que o equipamento exerce na via aérea ou por outros fatores.

## **A PERDA PROGRESSIVA DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA E A DOENÇA PULMONAR RESTRITIVA**

A perda progressiva da força muscular respiratória resulta em doença pulmonar restritiva, causando hipoxemia e hipercapnia noturna, além da tosse ineficiente. Esta restrição pulmonar acentuada sem a eliminação adequada das secreções traqueobrônquicas pode provocar falência respiratória, necessitando de intubação traqueal com ventilação mecânica invasiva<sup>10</sup>.

O grau de restrição dos volumes pulmonares pode prever a sobrevida dos pacientes com DNM<sup>11</sup>.

Quando a CV cai abaixo de 1L aumenta o risco de insuficiência respiratória aguda em caso de infecções, devido à retenção das secreções. A fraqueza muscular diminui a CVF e leva ao aumento do trabalho respiratório. Além da redução na complacência pulmonar, a presença de cifoescoliose, associada à retração e distorção intercostais, diminui ainda mais os volumes pulmonares<sup>12</sup>.

A doença restritiva pulmonar exacerba os problemas por causa da rigidez da caixa torácica e da complacência pulmonar. A taxa de declínio da capacidade vital forçada (CVF) é um importante preditor da sobrevida de pacientes com DNM. O risco de insuficiência respiratória está diretamente relacionado à capacidade pulmonar e a eficiência da tosse<sup>13</sup>.

## **VNI EM INDIVÍDUOS COM DNM**

A ventilação com pressão positiva tem sido adotada como assistência aos pacientes que apresentam fraqueza da musculatura respiratória e consequente falha respiratória aguda ou crônica<sup>14</sup>.

Distúrbios respiratórios do sono são comuns em pacientes com DNM, uma vez que os músculos inspiratórios acessórios são suprimidos durante o sono de movimento rápido dos olhos, levando a hipoventilação. Esses indivíduos, também, podem apresentar apneia obstrutiva do sono. O suporte ventilatório é indicado para uso noturno e pode ser feito por meios invasivos (traqueostomia ou tubo endotraqueal) ou não invasivos (cânula nasal ou máscara facial)<sup>15</sup>.

A hipoxemia relacionada ao sono e os sintomas como falta de ar, somados ao padrão restritivo e a fraqueza da musculatura diafragmática, resulta em episódios de hipopneia e apneia do sono, principalmente em decúbito dorsal<sup>16</sup>.

Episódios de apneia e hipopneia fragmentam o sono, causam dessaturação de oxigênio e atelectasias. A hipoventilação alveolar induz a hiper-capnia além de sintomas como fadiga, sonolência diurna, ansiedade, diminuição da atenção, cefaleias matinais e pesadelos que diminuem a qualidade de vida do paciente<sup>17,18</sup>.

Durante o sono, a frequência respiratória diminui, assim como, a sensibilidade dos centros respiratórios à concentração de CO<sub>2</sub> e não há reflexo de tosse. Sinais e sintomas como taquipneia, respiração paradoxal, batimento de aletas nasais, uso de musculatura acessória, secreção nas vias aéreas podem causar alterações no sono. Letargia e confusão mental são sinais de

coma hiper-cápnico(9). Complicações respiratórias são inevitáveis e têm sido causa de morte em 70% da população com DNM com menos de 25 anos de idade. A VNI corrige a falha respiratória e pode prolongar a vida<sup>19,20</sup>.

O suporte ventilatório é cada vez mais usado para tratar esses pacientes visando reduzir as complicações associadas. A VNI aumenta os níveis de PO<sub>2</sub> no sangue, diminui os índices de hospitalização, as desordens respiratórias do sono e a hipoventilação noturna<sup>21,22</sup>.

Através dos testes de função pulmonar é possível prever a gravidade da fraqueza muscular em pacientes com DNM. Quando há evidências de hipoventilação noturna, mesmo que não sejam relatados sintomas, pode ser iniciada a VNI<sup>8</sup>.

Normalmente, o tratamento para indivíduos com insuficiência respiratória aguda envolve suplementação de oxigênio, no entanto, os pacientes com DNM têm risco aumentado de retenção de gás carbônico, por isso a terapia com oxigênio não oferece benefícios<sup>10</sup>. Assim, o uso de suplementação de oxigênio deve ser realizado com cuidado, pois costuma mascarar a causa da hipoxemia, seja por atelectasia, retenção de secreções brônqui-

cas ou hipoventilação. A terapia com oxigênio pode exacerbar a hiper-capnia por prejudicar a resposta do drive central respiratório<sup>22</sup>.

Os episódios repetitivos de hipoventilação noturna podem levar a alteração na sensibilidade central ao CO<sub>2</sub>, resultando em alterações nas trocas gasosas diurnas. A VNI noturna em pacientes com DNM, a longo prazo, pode redefinir a sensibilidade dos centros respiratórios para o CO<sub>2</sub>, melhorar a continuidade do sono e a sensibilidade do centro respiratório ao CO<sub>2</sub><sup>21</sup>.

O gerenciamento da função respiratória dos pacientes com DNM envolve assistência manual ou mecânica à tosse, técnicas de recrutamento de volumes pulmonares e suporte ventilatório<sup>22</sup>.

A indicação, normalmente, aceita para iniciar a VNI noturna em pacientes com sintomas são: pressão parcial de dióxido de carbono igual ou superior a 45 mmHg, saturação de oxigênio igual ou menor que 88% por cerca de 5 minutos à noite, PIM menor que 60 cm H<sub>2</sub>O e CVF menor que 50% do previsto<sup>15</sup>.

## **AS DIFERENTES INTERFACES PARA USO DA VNI**

Apesar da redução na CVF e dos sintomas de hipoventilação noturna, alguns indivíduos não aceitam a VNI por diversos fatores, tais como: pressão demasiada da máscara na face, vazamento excessivo de ar, ansiedade por não poder falar com a família, claustrofobia e assincronia paciente-ventilador<sup>20</sup>.

Outras complicações podem estar associadas com a intolerância à ventilação mecânica noturna, como dificuldade em obter máscara nasal, distensão gástrica, irritação nasal ou lacrimal e boca seca<sup>12</sup>.

A escolha da interface para administração da VNI tem impacto sobre o conforto e adesão à terapia. No passado, as máscaras eram moldadas para a face do indivíduo, atualmente existem máscaras nasais e oronasais, modelos com almofadas nasais, máscara facial total, capacetes e bocais. Cada uma apresenta vantagens e desvantagens<sup>23</sup>.

O escape de ar é comum na máscara nasal e pode afetar o conforto, deixar a boca seca, reduzir a efetividade do suporte ventilatório nasal e au-

mentar o PCO<sub>2</sub>, afetar a interação entre paciente e ventilador (trigger e ciclo) e interromper a arquitetura do sono<sup>24</sup>.

O vazamento de ar pela boca ocorre na maior parte do sono na ventilação noturna e está associado a despertares frequentes nos estágios leves que interferem na progressão do sono para estágios mais profundos, diminuindo a sua qualidade<sup>25</sup>.

Segundo Araujo et al.<sup>26</sup> quando o paciente apresenta a CVF abaixo de 40%, hipoxemia ou hipercapnia noturna, associadas aos sintomas de fadiga, cefaleia matinal, sonolência diurna, dificuldades de concentração, perda de apetite e depressão, tem indicação para uso de dois níveis pressóricos, de maneira não invasiva. A literatura apresenta alguns estudos relacionando o perfil de pacientes com DMD e a VNI. Fiorentino et al.<sup>27</sup> avaliaram a ventilação por bucal em pacientes com DMD que não aderem a VNI, confirmando que a máscara orofacial é causa frequente da não adesão. Leotard et al.<sup>28</sup> examinaram os fatores ligados ao tipo de máscara usada à noite, em pacientes com DNM tratados com VNI. Pascoe et al.<sup>29</sup> avaliaram as barreiras e os preditores psicológicos envolvidos na adesão ou recusa no uso da VNI, enquanto que Martin et al.<sup>30</sup> estudaram a sobrevida de crianças com DMD sob o aspecto dos determinantes sociais.

Assim, é fundamental conhecer o perfil clínico dos pacientes com DNM e indicação de uso de VNI em domicílio, bem como identificar eventuais diferenças entre os pacientes que são capazes de aderir ou não ao seu uso.

## CONCLUSÃO

O desafio funcional dos músculos respiratórios é uma das causas de morbidade em pacientes com DNM. As avaliações respiratórias fazem parte da rotina, para prevenir mortalidade, reduzir o número de infecções e de internações relacionadas e, consequentemente, os custos associados. O déficit ventilatório crônico resultante da falha dos músculos respiratórios justifica a implementação da ventilação mecânica, a longo prazo, como substituição parcial ou total da função muscular. A assistência ventilatória, no momento oportuno, pode ser de grande valia para o paciente com DNM, para melho-

rar sua qualidade de vida e sobrevida. É fundamental conhecer o perfil clínico dos pacientes com DNM e indicação de uso de VNI em domicílio, bem como identificar eventuais características individuais que possam interferir na adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howard RS. Respiratory failure because of neuromuscular disease. *Curr Opin Neurol*. 2016;29(5):592–601.
2. Lefebvre S, Bürglen L, Reboullet S, Clermont O, Burlet P, Viollet L, et al. Identification and characterization of a spinal muscular atrophy-determining gene. *Cell*. 1995;80(1):155–65.
3. Bacheschi LA, Nitri R. A neurologia que todo médico deve saber. Segunda Ed Pablo Atheneu. 2003;
4. Emery AE, Muntoni F, Quinlivan R. Duchenne muscular dystrophy. *Oxford Monographs on Medical G*; 2015.
5. Bach JR, Kang SW. Disorders of ventilation: weakness, stiffness, and mobilization. *Chest*. 2000;117(2):301–3.
6. Camela F, Gallucci M, Ricci G. Cough and airway clearance in Duchenne muscular dystrophy. *Paediatr Respir Rev*. 2019;31:35–9.
7. Bach JR, Saporito LR. Criteria for extubation and tracheostomy tube removal for patients with ventilatory failure: a different approach to weaning. *Chest*. 1996;110(6):1566–71.
8. Santos DB, Vaugier I, Boussaïd G, Orlikowski D, Prigent H, Lofaso F. Impact of noninvasive ventilation on lung volumes and maximum respiratory pressures in Duchenne muscular dystrophy. *Respir Care*. 2016;61(11):1530–5.
9. Bach JR, Quiroga LB. Soporte respiratorio muscular para evitar el fallo respiratorio y la traqueotomía: ventilación no invasiva y técnicas de tos asistida. *Rev Am Med Respir*. 2013;13(2):71–83.
10. Brito MF, Moreira GA, Pradella-Hallinan M, Tufik S. Air stacking and chest compression increase peak cough flow in patients with Duchenne muscular dystrophy. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10).
11. Stehling F, Bouikidis A, Schara U, Mellies U. Mechanical insufflation/exsufflation improves vital capacity in neuromuscular disorders. *Chron Respir Dis*. 2015;12(1):31–5.
12. Raphael JC, Chevret S, Chastang C, Bouvet F. Randomised trial of preventive nasal ventilation in Duchenne muscular dystrophy. *The lancet*. 1994;343(8913):1600–4.
13. McKim DA, Katz SL, Barrowman N, Ni A, LeBlanc C. Lung volume recruitment slows pulmonary function decline in Duchenne muscular dystrophy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(7):1117–22.
14. Meyer TJ, Pressman MR, Benditt J, McCool FD, Millman RP, Natarajan R, et al. Air leaking through the mouth during nocturnal nasal ventilation: effect on sleep quality. *Sleep*. 1997;20(7):561–9.
15. McCool FD, Tzelepis GE. Dysfunction of the diaphragm. *N Engl J Med*. 2012;366(10):932–42.
16. Baltzan MA, Scott AS, Wolkove N. Unilateral hemidiaphragm weakness is associated with

positional hypoxemia in REM sleep. *J Clin Sleep Med*. 2012;8(1):51–8.

17. Barbe F, Quera-Salva M, McCann C, Gajdos P, Raphael J, De Lattre J, et al. Sleep-related respiratory disturbances in patients with Duchenne muscular dystrophy. *Eur Respir J*. 1994;7(8):1403–8.

18. Kang SW. Pulmonary rehabilitation in patients with neuromuscular disease. *Yonsei Med J*. 2006;47(3):307.

19. Finder JD, Birnkrant D, Carl J, Farber HJ, Gozal D, Iannaccone ST, et al.

Respiratory care of the patient with Duchenne muscular dystrophy: ATS consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;170(4):456–65.

20. Fiorentino G, Annunziata A, Causeruccio R, Frega GS di, Esquinas A. Mouthpiece ventilation in Duchenne muscular dystrophy: a rescue strategy for noncompliant patients. *J Bras Pneumol*. 2016;42(6):453–6.

21. Barbé F, Quera-Salva MA, de Lattre J, Gajdos P, Agustí AG. Long-term effects of nasal intermittent positive-pressure ventilation on pulmonary function and sleep architecture in patients with neuromuscular diseases. *Chest*. 1996;110(5):1179–83.

22. Bushby K, Finkel R, Birnkrant DJ, Case LE, Clemens PR, Cripe L, et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2: implementation of multidisciplinary care. *Lancet Neurol*. 2010;9(2):177–89.

23. Hess DR. Noninvasive ventilation in neuromuscular disease: equipment and application. *Respir Care*. 2006;51(8):896–912.

24. Hess DR. Noninvasive ventilation in neuromuscular disease: equipment and application. *Respir Care*. 2006;51(8):896–912.

25. Meyer TJ, Pressman MR, Benditt J, McCool FD, Millman RP, Natarajan R, et al. Air leaking through the mouth during nocturnal nasal ventilation: effect on sleep quality. *Sleep*. 1997;20(7):561–9.

26. Araujo AP, Nardes F, Fortes CP, Pereira JA, Rebel MF, Dias CM, et al. Consenso brasileiro para distrofia muscular de Duchenne. Parte 2: reabilitação e cuidados sistêmicos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;76:481–9.

27. Fiorentino G, Annunziata A, Causeruccio R, Frega GS di, Esquinas A. Mouthpiece ventilation in Duchenne muscular dystrophy: a rescue strategy for noncompliant patients. *J Bras Pneumol*. 2016;42:453–6.

28. Leotard A, Lebret M, Prigent H, Arnol N, Pépin JL, Hartley S, et al. Facteurs associés au masque de ventilation non invasive nocturne chez les patients neuromusculaires adultes. *Rev Mal Respir*. 2020;37(2):99–104.

29. Pascoe JE, Sawhani H, Hater B, Sketch M, Modi AC. Understanding adherence to noninvasive ventilation in youth with Duchenne muscular dystrophy. *Pediatr Pulmonol*. 2019;54(12):2035–43.

30. San Martin P, Solis F. Survival of patients with Duchenne muscular dystrophy. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(4):477–83.

# CIRURGIA PLÁSTICA

*Ame-se todos os dias!*

[www.doutormarcelomoreira.com.br](http://www.doutormarcelomoreira.com.br)

✉ contato@doutormarcelomoreira.com.br

📍 Rua Barão de Lucena, 48 - 2º andar, sala 5  
Botafogo, Rio de Janeiro, RJ.

## TELEFONES:

📞 Botafogo - (21) 3208-2186 | (21) 2246-3079

📞 (21) 99629-2093

📞 Barra da Tijuca - (21) 2493-2565.

📱 /clinicadrmarcelomoreira

📷 @clinicadrmarcelomoreira

*Planos de saúde*

amil Allianz CASSI

SAÚDE CAIXA MUTUA BR PETROBRAS

mediservice + Golden Cross

Unimed bradesco

\*A partir do 500.



# O desafio da Cardiologia Moderna



## **Dr. Mateus Freitas Teixeira:**

*Cardiologista e Médico do Esporte; Cardiologista do Vasco da Gama Sociedade Anônima do Futebol; Coordenador médico do Fit Center; Mestre em medicina pela universidade Nova de Lisboa; Coordenador médico do Clube de Regatas Vasco da Gama; Diretor da Sociedade de Medicina do Esporte e Exercício do Rio de Janeiro; Membro do Departamento de Medicina do Esporte da Associação Médica Fluminense; Colunista Globo Esporte | Eu Atleta.*

**A** insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (IC-FE<sub>p</sub>) é definida como IC com FE de 50% ou mais no momento do diagnóstico; fração de ejeção essa que é uma medida ecocardiográfica. Afeta, aproximadamente, três milhões de pessoas nos EUA e até 32 milhões de pessoas em todo o mundo. Pacientes com IC-FE<sub>p</sub> são hospitalizados cerca de 1,4 vezes ao ano e apresentam taxa de mortalidade anual de aproximadamente 15%.

Estamos falando de uma doença de grande morbimortalidade e que representa hoje um grande desafio para cardiologia. Com isso vamos comentar um artigo no JAMA de 14.03.23 que trata do assunto (<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2802310>)

Os fatores de risco para IC-FE<sub>p</sub> incluem idade avançada, hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade e sedentarismo. O sexo feminino é mais suscetível. Aproximadamente 65% dos pacientes com IC-FE<sub>p</sub> apresentam como grande sintoma a dispneia. A radiografia de tórax, ecocardiografia e o exame físico podem apresentar evidências de congestão pulmonar ou não.

Os estudos apontam que aproximadamente 35% dos pacientes com IC-FE<sub>p</sub> referem dispneia “inexplicável” aos esforços, o que significa que não apresentam sinais físicos, radiográficos ou ecocardiográficos claros de IC. Esses pacientes têm pressões atriais elevadas com exercício, conforme medido com teste de estresse hemodinâmico invasivo ou estimado com teste de estresse com ecocardiograma.

Nos pacientes que apresentam dispneia inexplicável, utilizamos o escore H2FPEF que incorpora variáveis clínicas (idade, hipertensão, obesidade, fibrilação atrial) e parâmetros ecocardiográfico em repouso (pressão sistólica da artéria pulmonar estimada ou pressão atrial esquerda. Para auxiliar no diagnóstico, há faixas de pontuação para cada alteração (H2FPEF, 0 -9; escore >5 indica mais de 95% de probabilidade de IC-FE<sub>p</sub>).

Algumas possíveis causas específicas da síndrome clínica de IC com FE normal devem ser identificadas e tratadas, como doença valvular, doença infiltrativa ou pericárdica. A terapia farmacológica de primeira linha consiste em inibidores de SGLT2, como dapagliflozina ou empagliflozina, que reduziu a hospitalização por IC ou morte cardiovascular em aproximadamente 20% em comparação com placebo em ensaios clínicos randomizados. Em comparação com os cuidados habituais, o treinamento físico e a perda de peso induzida por dieta produziram aumentos clinicamente significativos na capacidade funcional e na qualidade de vida em ensaios clínicos randomizados. Diuréticos (normalmente diuréticos de alça, como furosemida ou torsemida) devem ser prescritos para pacientes com congestão evidente para melhorar os sintomas. A educação no autocuidado da IC, por exemplo, adesão a medicamentos e restrições alimentares e monitoramento de sintomas e sinais vitais, pode ajudar a evitar a descompensação da IC.

Logo, é importante sempre lembrar que essa doença que atinge aproximadamente 32 milhões de pessoas no mundo pode ser evitada desde que tenhamos uma vida ativa e mais regrada no ponto de vista alimentar. Porém, quando já instalada o exercício físico, associado a dieta e perda de peso é fundamental para melhorar qualidade de vida, ganhar aptidão física e finalmente diminuir mortalidade, já que a terapia medicamentosa é de grande importância para conter sintomas.

# LÍDERES E CLIENTES



**Prof. Moacir Martins Junior**

Conferencista, palestrante e Consultor empresarial. Autor do livro *Labor e Divagações*.

É impossível falar de gestão e excelência sem levar em conta a necessidade de interação entre os líderes e seus liderados. Aqui o conceito não é tão somente matricial e hierárquico, mas acima de tudo de relacionamento. A gestão de equipes tem se modificado através dos tempos e exigido dos líderes uma postura cada vez mais interativa e empática.

As empresas de maior sucesso no mercado são aquelas que, de algum modo, conseguem criar essa interação – essa empatia com seus clientes. Creio já ter afirmado que o conceito de cliente, sob o meu entendimento, passa pelo ensinamento do Dr. Kaoru Ishikawa: “Cliente é o próximo processo”. Desta forma, para o gestor, tratar dos “subordinados” é tratar, também, de clientes.

A prioridade número um são as pessoas. São elas que fazem e que não fazem. São as pessoas que tornam a ideia uma realidade. As pessoas valorizam o relacionamento e na empresa o relacionamento influencia, interfere e impacta diretamente o resultado.

O líder, neste sentido, é alguém que além de comandar pessoas deve dar a elas a oportunidade de entenderem o porquê aquela tarefa ou aquele trabalho deve ser realizado. Apoiar alguém em suas dificuldades de aprendizagem, oferecendo-lhe o espaço necessário pa-

ra construir o seu conhecimento e para fazer continuamente melhor o seu trabalho é a tarefa do líder que educa.

O líder deve ter em mente que sua preocupação com os membros da equipe não se limita a aspectos físicos, ele deve estar atento principalmente para a capacidade de aprendizado do indivíduo e seu entendimento além da tarefa em si. Comandar pessoas tem um significado próprio e pressupõe algumas características, igualmente peculiares, que devem formar um conjunto harmônico e relacional para levar uma equipe e seus membros ao sucesso almejado.

Quando falamos de interação humana nas empresas, vale a pena lembrar o psicólogo social romeno radicado na França, Serge Moscovici; segundo ele, existem dois níveis de interação entre humanos, e esses níveis acontecem de forma simultânea e dependente uma da outra. Uma se dá no nível da tarefa – aquela que ocorre na execução, ou seja, quando, individualmente ou em grupo, fazemos as coisas acontecerem. No nível da tarefa a interação é perfeitamente observável. A outra é aquela que ocorre de forma socioemocional, que acontece pela convivência e está relacionada aos sentimentos e às sensações.

Desta forma, o sucesso da liderança, nos dias de hoje, vai muito além das ações operacionais focadas no fazer, simplesmente; e está totalmente dependente do processo de relacionamento.

O líder eficaz é aquele que valoriza e fomenta a interação socioemocional positiva, pois ela beneficia e enriquece as relações entre os membros da equipe, ao mesmo tempo em que avança o resultado operacional. Isto ocorre entre outras coisas pois, neste nível, a probabilidade de acontecer uma coerência de pensamento e ação é muito maior.

Trabalhar o nível das competências emocionais nas interações no trabalho, não é um tema novo, porém, é ainda um tema que carece de ser explorado de forma mais profunda pela liderança nas empresas. Tratar do tema e da qualificação da liderança para os aspectos que compõem as competências emocionais na interação com a equipe é fundamental.

O líder é um incentivador por natureza. A equipe espera do seu comandante palavras de encorajamento e uma postura de incentivo, mesmo quando em situações de crise e dificuldades. O olhar crítico sobre os processos – nível da tarefa, que

se espera dos subordinados, advém de uma liderança que proporciona um ambiente aberto e transparente.

O líder deve estimular em cada pessoa, a necessidade do autodesenvolvimento, através da busca de aprendizado constante e continuado. Nesse sentido é preciso a compreensão de que o líder não poderá ajudar seus comandados a superar os desafios e as dificuldades do dia a dia, se não conversar com eles - interagir.

Assim como acontece na relação cliente – fornecedor, é fundamental que o líder se relacione com a sua equipe de forma clara, com o objetivo de conhecer suas necessidades e expectativas, portanto, ser um bom ouvinte é básico e essencial para esta função.

Num mundo de diversidade, de complexidade e de mudanças cada vez mais aceleradas, conhecer e antecipar-se às necessidades e aos desejos dos clientes é a tarefa fundamental das empresas que desejam colher melhores resultados e estar à frente, no mercado.

Os clientes dos novos tempos buscam consideração nas relações e demonstram profunda insatisfação quando são tratados com indiferença, esses clientes valorizam o relacionamento positivo, o interesse por suas expectativas e são fiéis às empresas que agem dessa forma.

A interdependência entre líderes, equipes e clientes se fará cada vez mais necessária neste contexto de mundo relacional. Assim sendo, o líder, seja qual for sua área de atividade, deverá demonstrar de forma muito clara, que sua preocupação com os resultados, não sobrepõe uma estrutura de trabalho que leva em conta a interação verdadeiramente sincera e humanizada.

Essa liderança, cujo enfoque se dá nas relações e entre as relações dos indivíduos do grupo, é vista hoje, como fundamental na tratativa em que as dimensões organizacionais, sociais e ambientais são consideradas num contexto relacional.

Além disso, as pessoas precisam dos líderes, como os líderes precisam das pessoas para fazer o que tem que ser feito, juntos.

Líderes devem se importar com os liderados como clientes, um conceito que leva em conta a competência relacional.

Envie suas sugestões de temas para o prof. Moacir. Para contatos e esclarecimentos: moa@prof-moacir.com.br Viste também: www.prof-moacir.com.br

# SINDHLESTE participa do 1º Fórum do Polo Saúde Leste Fluminense



Vinicius Queiroz, Presidente do SINDHLESTE fazendo sua apresentação no evento

Representando o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Niterói e São Gonçalo (SINDHLESTE), tive o prazer de participar, no mês de abril do corrente ano, do 1º Fórum do Polo Saúde Leste Fluminense, em Niterói.

Primeiramente, gostaria de dizer o quanto é uma satisfação, ter participado, desde o início, da construção do Polo Saúde Leste Fluminense, juntamente com tantos outros colegas do segmento da saúde e ver esse projeto sendo materializado. Este Polo já expressa uma importante contribuição para hospitais, clínicas, poder público, universidades e profissionais de saúde da nossa região. Todos são convidados para compor esse protagonismo, tão fundamental e igualmente necessário para o nosso segmento.



Dr. Alan Castro, Presidente do Polo Saúde Leste Fluminense; Luiz Caetano, representando a FIRJAN; Dra. Zelina Caldeira, Presidente da AMF; Axel Graef, Prefeito de Niterói e Vinicius Queiroz, Presidente do SINDHLESTE



Vinicius Queiroz, Presidente do SINDHLESTE; Dra Ilza Fellows, representando o Procepi e PSLF; Ricardo Reis, Diretor Niterói D'Or; Patricia Martins do Hospital Icaraí; Rogerio Reis, Diretor do CHN e Dr Biagio Ganini, Diretor Médico do Hospital Icaraí

O Fórum reuniu importantes nomes da medicina, além de representantes de hospitais referência em atendimento na cidade e em toda a região metropolitana.

O evento aconteceu na Associação Médica Fluminense (AMF), em Icaraí, e teve como tema: "A Segurança do Paciente: Uma Década de Desafios e Avanços". O SINDHLESTE apoiou o evento, que foi o primeiro do Polo Saúde, e teve a participação dos nossos hospitais associados. Foi um momento de intensa troca de experiências com a produção de um verdadeiro panorama sobre a saúde privada.

Na ocasião, pude conversar com diretores de alguns hospitais, como o Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), Hospital Icaraí, Hospital Itaipu e Hospital Niterói D'Or, que apresentaram seus painéis para o público presente, com os mais diversos conteúdos diante do tema. Todos eles estão sediados na cidade de Niterói, mas atendem também pacientes de municípios vizinhos, Estado do Rio Janeiro e Brasil.

O prefeito de Niterói, Axel Grael,

também esteve presente participando do evento e possibilitando diálogos de reflexão sobre a atuação dos setores público e privado, o que considero fundamental para toda e qualquer agenda que possamos construir em benefício da sociedade.

Ao todo, tivemos cerca de 30 palestrantes que atuaram na apresentação de painéis, mesa redonda e conferências que trataram de temas desde a atuação do corpo médico nas unidades hospitalares até a segurança dos pacientes. Falamos sobre vigilância sanitária e o papel atuante dos hospitais do Leste Fluminense.

Parabenizo todos os organizadores do Fórum, em especial a toda rede que compõe o Polo Saúde Leste Fluminense que, sem dúvida alguma, fez sua belíssima estreia com um evento de qualidade para todos que estiveram presentes.

Nossa saúde precisa de iniciativas como essa, com trocas e diretrizes importantes para o futuro.

**Vinicius Queiroz**  
Presidente do SINDHLESTE



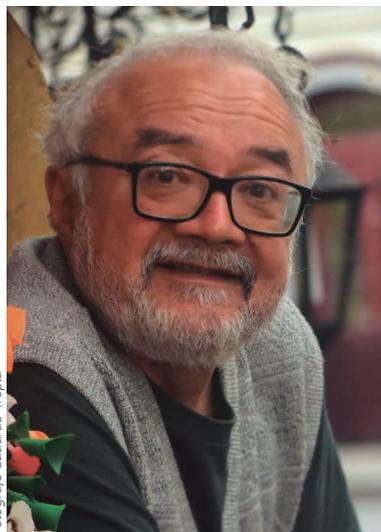
Vinicius Queiroz atendendo a imprensa



Dr. Alan Castro, Luiz Caetano, Dra Zelina Caldeira e Vinicius Queiroz acompanhando a fala do Prefeito Axel Grael

# Achilles Lisboa:

## Um perfil (1872 - 1951)



Fotógrafo: Eduardo Tropa

**Pedro Henrique  
Miranda Fonseca**

*Membro fundador da  
Sociedade Brasileira de  
História da Medicina*

**F**armacêutico, médico, político (prefeito municipal de Cururupu e governador do Estado do Maranhão na década de vinte e trinta respectivamente), educador (um dos fundadores e primeiro diretor da Fa-

culdade de Farmácia do Maranhão, fundou o Instituto Cururupuense, tendo como modelo a Ecoles de Roche, de Edmond Demolins de inspiração inglesa, preocupou-se com a divulgação do ensino fundamental no Brasil, tendo escrito, a esse respeito, um livro "Sobre o melhor meio de divulgação do ensino primário no Brasil" que recebeu menção honrosa da Academia Brasileira de Letras), botânico (foi diretor do Jardim Botânico do Rio de Janeiro, introduziu o cultivo de cacau na sua fazenda em Cururupu e plantou palmeiras imperiais na praça da Matriz desta cidade, aplicou seus conhecimentos botânicos na fitoterapia. Idealizou a mistura de várias plantas para ser usada no tratamento coadjuvante da malária. Essa fórmula foi apresentada na forma de pílula, a que deu o nome de Achilea, em homenagem a sua primeira filha com este nome que faleceu de malária em Cururupu com menos de um ano de nascida. Ele fornecia as plantas que coletava em Cururupu para o farmacêutico Wenceslau Tadeu, de Caxias, que as fabricava e vendia. Jamais teve como objetivo ganhar dinheiro com essa atividade, era um médico humanitário), cientista, interessou-se por Doenças Infecciosas, principalmente hanseníase, estrogiloidíase e esquistossomose mansônica, da qual descreveu os primeiros casos no Maranhão em 1918, dez anos após a descoberta do Schistosoma mansoni por Manuel Augusto Pirajá da Silva; interessou-se por Genética, sua tese de doutoramento em Medicina no ano de 1913 versou sobre "Da mestiçagem vegetal e suas leis", passando a ser conhecido como o "médico mandaeliano brasileiro"; ensaísta e poeta, com vasta produção, infelizmente, na sua maioria inédita. Desta convém destacar uma composta após súbita inspiração ocorrida quando se dirigia para

a sua Fazenda Santo Antônio em Cururupu. A tarde caía e na solidão daquelas paragens pré-amazônicas, ele ouviu o canto da Inhambu chorona, tinamídeo muito comum naquela região, que por seu canto triste recebe esta designação. Tirando então do alforje, papel e lápis, compôs os versos a que deu o nome da ave que exalava o seu canto naquela hora finda do dia:



**Canta a inhambu chorona (A mata é escura, escurece do dia a claridade):**

**Modulações de um hino de ternura,  
Dolências de uma elegia de saudade  
Tudo o que é doce, tudo o que a natura  
Tem de mais grato aqui – a amenidade  
Dos caminhos em flor e na espessura  
Da floresta o sentir que nos invade  
Tudo neste hino sensitivo canta  
Num sonoro trinar que nos levanta  
Para um mundo de estranhas fantasias  
Ao ouvi-lo, revive-me a lembrança  
Dos meus saudosos tempos de criança  
Triste evocar de mortas alegrias.**

Na sua infância em Cururupu, teve a felicidade de ter como mestra Herculana Firmina Vieira de Sousa, açoriana, que exercia o magistério na cidade desde 1855, e teve sobre o pupilo benéfica influência, tanto que, ele a reverenciou a vida toda, em sinal de reconhecimento e gratidão. Só para citar um exemplo, em artigo publicado no jornal A Pacotilha, ele se refere a ela como "saudosíssima mestra." (LISBOA, Achilles – Notas ligeiras, A Pacotilha, sexta-feira, 3 de julho de 1914) e em outras ocasiões a cita como "mestra de bela cultura." A semente caiu em terreno fértil e ele tornou-se um símbolo do resultado que uma boa educação pode dar.

Rio de Janeiro, 18 de março de 2023.

# MODERNIZAÇÃO DO CONTROLE ATEROSCLERÓTICO

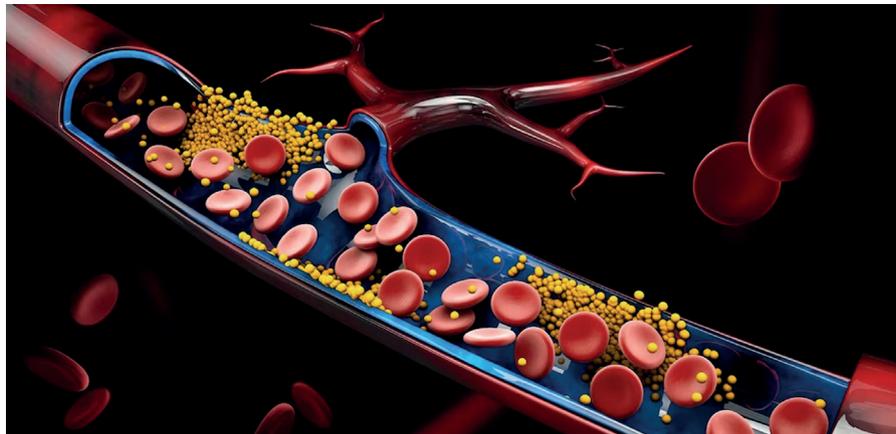


**Acad. Antônio Luiz de Araújo**  
Presidente da ACAMERJ

Aterosclerose, processo inflamatório insidioso, traiçoeiro e mortal, em breve será enfrentada por uma nova poderosa arma. Me refiro ao medicamento batizado por Sybrava®, ainda não disponível comercialmente, mas já aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

A ação farmacológica é específica sobre LDL colesterol, ou melhor sobre seus metabolizadores, reduzindo o nível sanguíneo a 50% do pré-existente, com apenas duas doses anuais do produto, que é injetável no subcutâneo.

A doença aterosclerótica é de elevadíssima prevalência, uma das mais altas taxas de mortalidade, de grande morbidez (sequelando pacientes, de-



vido aos acidentes vasculares encefálicos (AVE), para o resto da vida.

Segundo dados do Portal de Transparência dos Cartórios de Registro Civil do Brasil, nos 6 primeiros meses de 2022, 56.038 pessoas morreram por AVE e outras 52.426 devido infarto agudo do miocárdio. Além de evolução imprevisível de novos episódios de infarto agudo de miocárdio.

O paciente que já sofreu um primeiro evento, considerado de alto risco, para novo episódio, será o mais beneficiado, porque a causa orgânica mais frequente, é justamente o não controle do LDL colesterol.

A nova terapia, chamada também de alvo certo, consegue bloquear a proteína PCSK9, que atua em receptores de hepatócitos, que por sua vez agem metabolizando o "mal" colesterol (LDL).

Portanto se ocorre neutralização do bloqueador mais metabolizadores do LDL colesterol, hepáticos, poderão "limpar" o excesso de gordura circulante.

Ainda em 2016, foi oferecido no mercado farmacêutico, um bloqueador da PCSK9, alirocumab, resultado de pesquisas monoclonais. A diferença para o fármaco mais moderno, é que exigia aplicações a cada 2 ou 4 semanas, já a Sybrava® tem bom resultado com a injeção a cada 6 meses.

O tratamento com anticorpos monoclonais tem demonstrado resultados promissores em várias áreas da medicina: Oncologia, hematologia, imunologia e agora também para doenças cardiovasculares. Mas é oportuno lembrar que as estatinas continuam sendo uma opção acessível e eficaz no controle das dislipidemias.

## Clínica Ortopédica Sérgio Cordeiro



Cirurgias Ortopédicas em geral  
Vídeoartroscopias das Articulações



Rua São José, 90 / s. 706 - Centro - Rio de Janeiro - RJ  
Tels: (021) 2533-1084 / 2533-8048 / 2295-3245 / 97665-3713  
[www.clinicordeiro.com.br](http://www.clinicordeiro.com.br) - [clincordeiro@hotmail.com](mailto:clincordeiro@hotmail.com)

# Dra. Regina Lucia Pinheiro de Macedo



**Especialidade:** Clínica Médica

**Tempo de formada:** Entrei na faculdade de Medicina da UFF em março de 1974 e coleei grau em agosto de 1979. Portanto, 44 anos a ser contemplado em agosto deste ano.

**Por que escolheu essa especialidade:** Sempre gostei de investigar o paciente por inteiro, não me conformava em exercer parte da medicina.

**Formação:** Graduada pela UFF; Especialização em clínica médica na Casa de Saúde de Misericórdia – RJ; Curso de especialização em auditoria em sistemas de saúde - Centro de pós-graduação da Faculdade São Camilo – RS. Pós-Graduação em Gestão Hospitalar na ENSP – Fiocruz.

**Atuação profissional:** No início, em Casa de Saúde de São Gonçalo e no Sindicato dos Metalúrgicos de São Gonçalo. Após concurso do Ministério da Saúde, em 1983, exerci atividades na enfermaria de clínica médica, no Hospital Geral de Nova Iguaçu (10 anos) e posterior transferência para o serviço de emergência do Hospital Federal de Bonsucesso. Médica concursada do Estado, exercendo atividades do Hospital Estadual Azevedo Lima, desde 1987.

**Se não fosse médico, seria:** Médica. Escolha feita aos 10 anos de idade.

**Fatos marcantes na profissão:** O que mais me marcou no exercício da medicina foi o fato de me tornar diretora da divisão de emergência do Hospital Federal de Bonsucesso, e ver e sentir o quão difícil é tentar fazer uma medicina pública de qualidade, quando os nossos governantes não dão a devida atenção as necessidades do povo. No dia em que apresentei um relatório sobre a emergência de Bonsucesso, no Congresso de Emergência do CREMERJ, pude ver que o meu sentimento de impotência era de todos os colegas presentes no evento.

**Sua inspiração na profissão:** Minha inspiração para fazer medicina se apresentou quando conheci o Professor Milton Madruga, no laboratório do HUAP.

**Qual a importância da família na vida do médico: Nós sonhamos e a família se preocupa:** “Essa menina estuda demais, esta menina não para em casa, vive enfiada dentro de hospitais”. Marido e filhos não nos tem na maioria das festas familiares ou nos veem saindo correndo para atender alguém, e nos cobram: “queria que minha mãe fosse igual as outras mães”. Mas, a família nos ama e nos apoia.

**Programa imperdível:** Não há programa imperdível, sempre perdemos algum. Mas tente sempre ir ao que é importante para os seus filhos.

**Livro preferido:** A Cidadela – A. J. Cronin

**Música preferida:** Algumas, porém, ouço mais MPB.

**Hobby:** Nunca fiz algo por muito tempo, que pudesse dizer que foi hobby.

**O que representa e porque sou associada da AMF:** A AMF é um lugar para se encontrar os amigos, se atualizar na profissão, discutir políticas de saúde, homenagear os mestres para que não sejam esquecidos e que continuem a inspirar os mais jovens.

**Mensagem aos jovens médicos:** Exerça a medicina com amor, honestidade e responsabilidade e não se esqueçam de vocês!

## Dr. Celso Marra

OFTALMOLOGISTA

Segunda, Terça e Quarta - 08:30 às 16:00

Quinta e Sexta - 08:30 às 10:30

Sábado - 09:00 às 11:00

📞 2567-5249 | 2567-1182 | 2567-5779 | 📞 98669-0152



# Livro: "A POESIA EM MEIO AO CAOS"

**Autor: Pablo Marino | Editora: Editora Versiprosa (www.editoraversiprosa.com.br)**  
**Wellington Bruno, cardiologista, associado AMF.**

Em alguma edição anterior desta revista, fiz as seguintes perguntas: "Quem lê poesia hoje em dia? Quem escreve poemas nestes dias conturbados? Quem recita poesia de cor nos dias atuais? Quais editoras editam poemas de poetas estreantes nos nossos dias?" Permita-me complementar: "por que os livros de poesia são pouco procurados por editoras e leitores? O problema seriam esses nossos dias acelerados, preenchidos por telas e mais telas, relacionamentos, amizades e amores líquidos de Zygmunt Bauman?"

Quando então descobrimos um colega médico, brilhante cardiologista voltado para o exercício e esporte, exaltando a língua portuguesa e "poetizando" a vida atual, nosso cotidiano, nossas mazelas, nossos vícios, nossos problemas sociais e políticos em profundidade, percebemos que nem tudo está perdido. Há os corajosos, os focos de resistência poética e intelectual de qualidade que surgem neste nosso grande país

apesar de não valorizados como os autores consagrados de nossa literatura.

Mais surpreendente ainda é descobrir que o talento para a poesia pode estar ao seu lado, quando não dentro de você mesmo, como aconteceu com nosso colega cardiologista. Pablo Marino nos brinda com este seu livro "A POESIA EM MEIO AO CAOS", com belíssima capa produzida pela equipe gráfica da editora em homenagem ao seu poema "Poesia a navegar: Parte a garrafinha singela/o oceano à deriva atravessa/meus versos vão dentro dela/ flutuando sereno, sem pressa".

O bom poeta é aquele que tem algo importante a dizer ou a contar, uma mente para alertar, um coração para tocar por meio de poemas. E isso, Pablo Marino o faz com maestria. Aos que não acreditam, apresento pequenos trechos (pequenos mesmos para não dar 'spoiler' do belo livro: "A vida passa depressa/enquanto se perde tempo na tela/Mais livro/menos tela/

Mais sol/ menos tela/Mais praia/ menos tela/Mais beijo, mais abraço/menos tela" em "A VIDA NÃO PASSA NA TELA". Ou em "O TEMPO": "Não é prata/não é ouro/é o tempo/o maior tesouro". Em "POEMA E POESIA": "Poema é forma/poesia é essência/Poema é corpo/poesia é alma". E nosso cotidiano atual em "PAÍS SEM FUTURO": "Acorda o pivete/descalço no chão/vendendo chiclete/jogando limão". E viva a língua portuguesa: "Falantes de língua portuguesa/somos mais de duzentos milhões/Idioma de incomparável beleza/espraiou-se entre nove nações".

Caro leitor, não se surpreenda ao recitar, mentalmente ou em alta voz, alguns dos poemas deste livro por aí. Vale a pena a leitura nestes dias conturbados.

Até a próxima (leitura), pessoal!

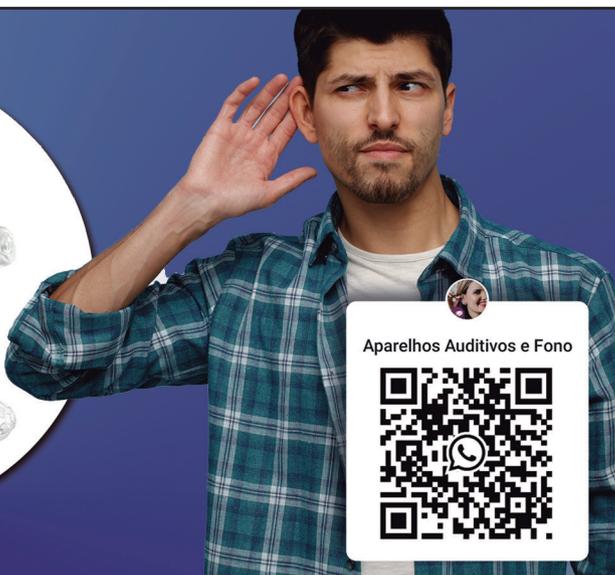




**Aparelhos auditivos estimulam a atividade cerebral**







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 Icarai  
 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?

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



**Instituto Brasileiro de Línguas Icarai**

<http://unidades.ibl-idio-mas.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

Isonção da taxa de matrícula, em todos os cursos

Desconto no percentual de 10%, a partir da 2ª parcela das mensalidades.  
[www.hzm.com.br](http://www.hzm.com.br)



Desconto de 20% em cursos



Desconto de 20% em todas as atividades.

[www.metodosupera.com.br](http://www.metodosupera.com.br)

Tel: (21) 2704-0012



Desconto de 20% em serviços pontuais

Tel.: (21) 2220-0569

[www.marketmed.com.br](http://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](http://www.davisaramago.com)



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

familiares dos associados da AMF

Isonção 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](mailto: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](http://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](http://www.hospitalalameda.com.br)



**BENCHIMOL**  
CLÍNICA DE OLHOS  
CENTRO DE CATARATA

Há 75 anos oferecemos os melhores tratamentos oftalmológicos no Rio de Janeiro. São 3 gerações cuidando da saúde dos olhos de milhares de pessoas. São mais de 50 mil cirurgias de catarata com absoluto sucesso.

Aqui na Clínica Benchimol, você fará exames em equipamentos de ponta, de alta tecnologia, que nos permite ter um diagnóstico preciso para o tratamento adequado a sua necessidade.



**Agende uma consulta.**

 (21) 3816-7000

 (21) 98560-1000

[atendimento@benchimolclinic.com.br](mailto:atendimento@benchimolclinic.com.br)



**Cirurgia de catarata**  
**Cirurgia de retina**  
**Cirurgia refrativa**  
**Retinopatia diabética**  
**Tratamento de doença ocular**  
**Tratamento de glaucoma a laser**  
**Tratamento de doenças da Mácula**  
**Tratamento do olho seco**  
**Tomografia ocular**