SBCM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA
1989

Jornal do
CLÍNICO

Edição 110 - Janeiro a Março de 2015

Informativo da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Florianópolis recebe 13º Congresso Brasileiro de Clínica Médica

pág. 6 e 7

Ponte Hercílio Luz, um dos belos cartões postais da Cidade de Florianópolis

8 e 9 Trajetória - Saiba mais sobre a história da SBCM

11 Vida Pública entrevista diretora do Dante Pazzanese

12 Os perigos da ingestão de álcool durante a gravidez

Editorial

Educação em crise: mecanização do sistema prejudica a qualidade das universidades

É consenso entre os profissionais mais antigos que a qualidade do ensino superior brasileiro está em queda livre. Jornalismo, direito, engenharia, filosofia ou medicina – não importa. O conhecimento teórico e prático aplicado, cuja base outrora tão rica e consagrada, torna-se pífio, raso, limitado e preguiçoso. Tal constatação não é palpite ou ressentimento, mas, sim, análise simples e direta do mercado de trabalho e de dados incontestáveis.

Peguemos dois exemplos contundentes: recente avaliação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) reprovou mais da metade dos recém-formados – 55% não acertaram nem 60% da prova, o mínimo esperado. Já o Exame de Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) apresenta índices mais alarmantes: entre 2010 e 2014, apenas 18% de aprovados. Ou seja, o problema passa obrigatoriamente pela sala de aula.

Criado em 2004, o Programa Universidade Para Todos (ProUni) já entregou mais de 2 milhões de bolsas de estudo em universidades privadas para estudantes de baixa renda. Ao lado do Financiamento Estudantil (Fies), é fundamental para garantir acesso à qualificação para jovens que lutam por espaço, a despeito das dificuldades enfrentadas na problemática formação básica. Todavia, essa medida causou, sobretudo, a consolidação de um modelo focado no lucro em detrimento da qualidade.

O objetivo é reduzir custos e abrir o máximo de vagas. Segundo expectativas do Governo Federal, 11,4 mil novas vagas em cursos de medicina serão criadas até 2017. Muitas destas em escolas, sem hospitais de referência e comprometendo o aprendizado. Uma ação sem planejamento só tende a complicar o já grave cenário nacional, uma vez que inviabiliza a comprovação da competência e dificulta a manutenção da fiscalização rigorosa.

O Ministério da Educação (MEC) divulgou, em 2013, uma lista de 270 cursos suspensos por terem, reincidentemente, conceito insatisfatório. Destes, a maioria é de administração, seguido por ciências contáveis, direito e comunicação social. Cinco universidades federais foram citadas, sendo elas do Pará, Rondônia, Espírito Santo, Amapá e Paraná. A educação brasileira é acometida por uma infecção generalizada e atinge nossos principais órgãos.

O principal vetor não é monetário. Falta ética, moral, postura e coordenação. O nível dos trabalhos e o incentivo à pesquisa decaíram, aumentando os casos de plágios – conduta inaceitável e criminal. Além disso, há ocorrências de profissionais que visam apenas sua autopromoção a fim de captar recursos para si, em contraposto à difusão do conhecimento real e conforme. Observo um grande pecado por parte das lideranças das universidades públicas: a não construção de valores. É fundamental ensinar pelo exemplo, agregando os protagonistas da história da instituição. A cultura e ideologia primária devem ser respeitadas, bem como a memória preservada.

Universidades não são paredes, máquinas e aparelhos, são pessoas. Seu sentido universal anseia pela contemplação das dimensões humanas, sobretudo pela disposição de professores e bibliografia de ponta. Porém, mudanças estruturais estão rompendo com este conceito e debruçando às políticas neoliberais, observando a educação como nicho de mercado. É papel de todos impedir essa industrialização do sistema e manter íntegra a nossa essência, pautada na excelência na formação de futuros profissionais.

Antonio Carlos Lopes, Presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Eventos realizados pelas Regionais da SBCM

13º Congresso Brasileiro de Clínica Médica
Realização: SBCM
Data: 8 a 11 de outubro de 2015.
Local: Centro Sul (Florianópolis - SC)
Informações: www.clinicamedica2015.com.br

Ventilação Mecânica (Vmurgem)
Realização: SBCM - Regional SC e Abramurgem
Data: 18 e 19 de abril de 2015.
Local: Balneário Camboriú – SC
Informações: www.sbcmsc.com.br

Cardiologia na Medicina de Urgência e Emergência (Cardigem)
Realização: SBCM - Regional SC e Abramurgem
Data: 16 e 17 de maio de 2015.
Local: Balneário Camboriú – SC
Informações: www.sbcmsc.com.br

2º Simpósio Paranaense de Medicina Diagnóstica e Decisões Terapêuticas
Realização: SBCM - Regional PR
Data: 22 e 23 de maio de 2015.
Local: Associação Médica do Paraná (AMP).
Informações: www.sbcmpr.com.br

Eletrocardiografia na Urgência e Emergência (Emurgem)
Realização: SBCM - Regional SC e Abramurgem
Data: 13 de junho de 2015.
Local: Balneário Camboriú – SC
Informações: www.sbcmsc.com.br

Eventos apoiados pela SBCM

XXIII Congresso Brasileiro de Hepatologia
Realização: Sociedade Brasileira de Hepatologia
Data: 30 de setembro a 03 de outubro de 2015
Local: WTC Convention Center (São Paulo – SP)
Informações: http://hepato2015.com.br

1º Simpósio de Cuidado Paliativo da Zona da Mata Mineira
Realização:
Data: 19 e 20 de Junho de 2015
Local: UFJF (Juiz de Fora - MG)
Informações: www.cuidadopaliativojf.com

Jornal do Clínico - Edição nº 110
Janeiro a Março de 2015

O Jornal do Clínico é uma publicação da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

SBCM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA
1989

Endereço: Rua Botucatu, 572 Cj. 112
Vila Clementino - São Paulo - SP - CEP 04023 061
www.sbcm.org.br imprensa@sbcm.org.br

Presidente: Antonio Carlos Lopes
Diretor de Comunicação: Mario da Costa Cardoso Filho

Impressão: Artgraphic
Diagramação: Luis Marcelo Nascimento

Jornalistas: Ana Elisa Novo (MTB 41871)

Conselho Editorial: Álvaro Regino Chaves Melo, Klaus Peplau, Cesar Alfredo Pusch Kubiak, Diógenes de Mendonça Bernardes, Eurico de Aguiar Schmidt, Fernando Starosta de Waldemar, Gilson Cassen Ramos, José Aragão Figueiredo, Luiz José de Souza, Justiniano Barbosa Vavas, Maria de Fátima Guimarães Couceiro, Miguel Ângelo Peixoto de Lima, Breno Figueiredo Gomes e Abrão José Cury Jr.

Os artigos assinados não refletem nessariamente a opinião da SBCM.

Exame do Cremesp indica despreparo dos médicos recém-formados

Em outubro de 2014, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) promoveu a décima edição do Exame do Cremesp, que avalia o desempenho dos recém-formados em escolas médicas do Estado de São Paulo. Os dados obtidos são alarmantes: dos 2.891 recém-formados que participaram do exame em 2014, um total de 1.589 – ou 55% deles – não atingiram o critério mínimo definido pelo Cremesp. Ou seja, acertaram menos de 60% do conteúdo da prova. Os outros 1.302 egressos – ou 45% – alcançaram mais de 60% de acertos.

Os números também revelam as estatísticas em relação às escolas do Estado de São Paulo. Entre as entidades públicas paulistas, a reprovação foi de 33%, enquanto que, entre os cursos de medicina privados, 65,1% foram reprovados. "A insuficiência de conhecimento de mais da metade dos egressos do curso médico do Estado de São Paulo evidencia a necessidade de intervenção e revisão completa dos parâmetros do ensino da medicina. Não é aceitável que faculdades sem hospitais-escola, com corpo docente desqualificado, sem laboratório e recursos adequados continuem funcionando com o foco exclusivo no lucro e colocando na assistência aos brasileiros profissionais que nem para curar uma gripe servem", comentou indignado, Antonio Carlos Lopes, presidente da SBCM e atual diretor da Escola Paulista de Medicina da Unifesp.

Muitas das questões apresentadas pelo exame também exigiram dos participantes conhecimentos básicos em Medicina de Urgência e Emergência. "Essa prova indicou que não estamos dando o devido valor para algo que é muito importante: a formação do profissional. E isso certamente está relacionado à abertura de escolas médicas sem critério que não conseguem garantir qualidade de ensino. É essa a política que o Brasil encontrou de formar mais médicos?", questionou o presidente da Abramurgem, Fernando Sabia Tallo.

A prova foi aplicada pela Fundação Carlos Chagas (FCC) e teve duração de quatro horas. Foi composta por 120 questões de múltipla escolha, com cinco alternativas de respostas, abrangendo as principais áreas da medicina: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Saúde Pública, Saúde Mental, Bioética e Ciências Básicas.

De acordo com os critérios da FCC, o nível das questões abordadas era de fácil e médio conteúdo, e o candidato deveria responder corretamente a 72 das questões, o que corresponde a um percentual de acertos de 60%. Especificamente nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pediatria, a maioria obteve desempenho primário. Além dos médicos formados em São Paulo, o exame também avaliou 468 egressos de cursos de Medicina de outros Estados brasileiros. E o resultado indicou que entre eles a reprovação foi ainda maior que a dos demais participantes, alcançando 63,2%.

As dificuldades dos participantes em várias questões revelaram a falta de conhecimento na solução de eventos frequentes no cotidiano da prática médica. Muitos daqueles que participaram do Exame do Cremesp de 2014 desconhecem o diagnóstico ou tratamento adequado de casos básicos e problemas de saúde frequentes, como: atendimento inicial de vítima de acidente automobilístico; atendimento de vítima de ferimento por arma branca (47%); pneumonia (67%); pancreatite aguda (37%); pedra na vesícula (67%). "À medida que os números são expostos, ao menos alguns cursos se preocupam em melhorar seu desempenho. Além disso, a imprensa denuncia e a sociedade faz pressão sobre a classe política e os gestores para a imediata revisão do aparelho formador. É um avanço, mas não é o suficiente", conclui Antonio Carlos Lopes. Para Fernando Sabia Tallo, todos os Conselhos Regionais de Medicina do País deveriam implantar a prova, seguindo o exemplo paulista. "Ideal é que o exame seja unificado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e obrigatório para todos aqueles que queiram exercer a profissão", completa.

Expectativa de vida e atenção ao surgimento de doenças

O aumento da expectativa de vida, inclusive impulsionada pelo avanço da Medicina, contribui para o crescimento das chances de uma pessoa desenvolver doenças cardiovasculares e câncer ao longo dos anos. "Além disso, as doenças do coração e os tumores têm fatores de risco comuns, em geral, ligados a hábitos de vida, como estresse, depressão, má alimentação, sedentarismo e tabagismo", destaca o Dr. Abrão José Cury Jr, presidente da SBCM - Regional São Paulo.

Diante disso, o médico explica a importância de fazer o "screening" de câncer, que consiste em rastrear tumores que ainda não tiveram manifestações evidentes, ou que tiveram manifestações subvalorizadas pelo paciente e pelo médico.

Especialmente quando o paciente tem vários desses fatores de risco, como estresse, tabaco, sedentarismo, má alimentação e predisposição genética, o médico deve rastrear essas doenças, o que pode ser feito pelo cardiologista, pelo oncologista e pelo clínico. Depois do diagnóstico, o tratamento passa a ser de responsabilidade do especialista.

O Dr. Abrão Cury alerta que é indispensável o acompanhamento do cardiologista no tratamento do câncer porque alguns medicamentos têm interação. Além disso, eventualmente, a quimioterapia e a radioterapia podem concorrer para o surgimento de complicações cardiovasculares.

Os pacientes frequentam mais o consultório do cardiologista do que do oncologista, em geral relacionado a uma experiência traumática. Diante disso, os cardiologistas e os clínicos precisam conhecer bem a Oncologia porque, cada vez mais, têm em seu consultório pacientes com tumores e a tendência é que família e paciente, mais do que se consultar, se aconselhem com o cardiologista e com o clínico. "Além de tratar as complicações físicas, o médico tem que 'gerenciar' a situação", finaliza.

Fotolegenda

Cerimônia de posse da nova diretoria do Cremesp

O presidente da SBCM, Antonio Carlos Lopes, esteve presente na sessão solene de posse da 2ª diretoria da gestão 2013/2018 do Cremesp, liderada pelo novo presidente, Bráulio Luna Filho. O evento foi realizado no Espaço Leopolldo Itaim, no dia 30 de janeiro e contou com presença ministro da Saúde, Arthur Chioro, além de conselheiros, delegados e autoridades municipais, estaduais e federais.

Presidente da SBCM participa do Rotary Day 2015

No mês em que se comemora o Dia Mundial da Saúde, o Rotary Club de São Paulo realizou, no Parque do Ibirapuera, o Rotary Day – IV Mutirão da Saúde e da Cidadania. Durante todo o dia 12 de abril, foram oferecidos serviços gratuitos à comunidade como medição da glicemia, pressão arterial e massa corpórea, teste de hepatite e colesterol, prevenção de câncer bucal e queimaduras, avaliação da planta do pé, orientação psicológica e consultoria jurídica. O evento, que teve a participação do governador do Distrito 4420 do Rotary Club, Hiroshi Shimura, recebeu apoio da Escola Paulista de Medicina que promoveu a 1ª Caminhada Viver Melhor EPM, com cerca de 200 participantes. "Trata-se de um evento que agregou inúmeras pessoas em busca não só de qualidade de vida, mas também de confraternização e construção de valores. É certamente o primeiro dentre muitos que realizaremos em conjunto com o Rotary Club", afirmou o diretor da EPM e presidente da SBCM, Antonio Carlos Lopes.

Retomada da Frente Parlamentar de Apoio às Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas

No último dia 24 de março, o diretor da SBCM e do Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Santos, Mario da Costa Cardoso Filho, participou, em Brasília, do encontro que marcou a retomada dos trabalhos da Frente Parlamentar de Apoio às Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas da Câmara dos Deputados. Com quase 300 adesões, a Frente tem como meta lutar pelo resgate dessas entidades sem fins lucrativos, administradas em geral por irmandades ou fundações, que atendem principalmente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Só no Estado de São Paulo, elas são responsáveis por mais da metade das internações realizadas.

Entre os assuntos encampados pela Frente estão a defasagem da tabela SUS, as irregularidades administrativas e a falta de investimento dos governos estaduais em novos hospitais e unidades de saúde. Durante o encontro, foi também anunciada parceria entre a Caixa Econômica Federal e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social- BNDES Saúde, para uma nova linha de crédito de reestruturação dos hospitais filantrópicos, que estará disponível a partir do dia 6 de abril. "Mas essa é uma medida paliativa. O que o país precisa de fato é uma política adequada de governo que priorize e dê a devida importância à Saúde", afirmou Cardoso Filho.

Presidente do Capítulo de Medicina do Sono lança livro sobre Direito Médico

Acaba de ser lançado em São Paulo o livro "Direito Médico", escrito pelo presidente do Capítulo de Medicina do Sono da SBCM, Prof. Dr. Ademir Baptista Silva, e pelo jurista Oswaldo Fróes. A obra traça um panorama da história da medicina, relatando como se deu atuação do médico em seu meio social. "A medicina partiu de um tempo em que o médico era respeitado e tido como detentor do conhecimento. Na atualidade a sua figura perde gradativamente o valor em detrimento da máquina, do resultado do exame, do atendimento em escala", comenta Ademir. Tendo a ética como pano de fundo, a obra também aborda questões importantes e controversas como a relação médico paciente e o consentimento informado. "O problema do médico é que ele não se reconhece como um indivíduo que também é paciente e usuário do sistema de saúde. Ele precisa se inserir dentro do grupo social de maneira mais igualitária e sobre essas questões, o aprendizado nas escolas médicas tem sido bastante deficitário", completa.

O livro de tiragem independente pode ser encontrado nas livrarias Martins Fontes. De acordo com Ademir, que além de médico neurologista é advogado e professor do curso de pós-graduação em Direito Médico da Escola Paulista de Direito, os próximos projetos incluem a publicação de um e-book e também de um dicionário de termos médico-jurídicos.

Proterapêutica chega ao 3° ciclo

A SBCM em parceria com a Artmed Panamericana Editora lança o 3° ciclo do programa de atualização em terapêutica – Proterapêutica. O programa faz parte do Sistema de Educação Continuada a Distância (Secad).

Composto por quatro volumes que são enviados a cada três meses ao endereço indicado pelo inscrito, o 3° ciclo aborda temas como: Insônia no adulto, Contribuições do psicólogo na prática médica, Acidente vascular cerebral isquêmico, dentre outros.

A organização-geral do programa é de responsabilidade do Presidente da SBCM, Dr. Antonio Carlos Lopes, e conta também com a organização do especialista em clínica médica, Dr. Fábio Freire José, e da Especialista em Terapia Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Dra. Letícia Sandre Vendrame.

O 3° ciclo traz ainda uma novidade aos inscritos, trata-se do acesso exclusivo ao Secad 2015, um conjunto de novas ferramentas digitais que dão suporte aos conteúdos abordados no volume impresso. Dentre os aplicativos estão disponíveis o Guia Rápido de Consulta, Banco de Questões, além do volume digital do programa. As ferramentas podem ser acessadas no portal virtual ou via dispositivo móvel, através dos sistemas Safari ou Google Chrome.

SBCM renova parceria com Boston Cambridge Institute

Em 2015 a SBCM retoma a parceria com o instituto americano Boston Cambridge com objetivo de oferecer ao associado condições especiais para inscrição no Curso de Atualização em Clínica Médica da Harvard Medical School. Voltado para médicos, residentes, professores, estudantes de medicina, biomédicos e demais profissionais da área da saúde, o curso será realizado de 19 a 26 de julho na cidade de Boston, nos Estados Unidos.

O médico Davi Jing Jue Liu participou da última edição, que aconteceu em dezembro de 2014, e reforçou o quanto a experiência foi importante para ampliar seus horizontes. "Ao mesmo tempo em que nos atualizou acerca do que a Medicina tem de ponta na área de pesquisa e terapêutica, nos possibilitou vislumbrar a essência do que é Ser Médico. Palestras como Leadership by Example, com Sanjiv Chopra, e The Art of Choosing, com Sheena S. Iyengar, enriqueceram o curso de forma única e integral, fugindo do senso comum, despertando a crítica e a curiosidade", comentou.

O curso conta com tradução simultânea e as vagas são limitadas. O certificado será emitido pelo Departamento de Educação Médica Continuada da Harvard Medical School. "A atualização deve ser uma constante na vida profissional de quem pratica a medicina. O reconhecimento, o pioneirismo e a tradição da Harvard Medical School conferem o diferencial deste curso, ou seja, a possibilidade de conhecer, dialogar e fazer amizades com colegas de todo o Brasil e do mundo, expandindo a rede de contatos e conhecimento e fazendo com que possamos aprimorar e melhorar os cuidados com nossos pacientes", finalizou Liu.

Para saber mais e conferir a programação completa, acesse o site www.bostoncambridge.com.br.

Motivação do Mais Médicos: enviar dinheiro a Cuba

Desde a implementação do Mais Médicos, em 2013, a Associação Médica Brasileira (AMB) levantou suspeitas sobre a legalidade e finalidade do programa do governo federal. Na noite desta terça-feira, 17, o Jornal da Band, em reportagem de Fábio Pannunzio, apresentou diálogos entre a representante da Organização Pan Americana para a Saúde (Opas) com assessores do Ministério da Saúde. O conteúdo é revelador: a criação e implantação do programa, via Medida Provisória votada às pressas pelo Congresso, serviria ao propósito escuso de enviar dinheiro para Cuba.

À época do anúncio do programa, julho de 2013, a AMB afirmou em diversas audiências públicas, para a imprensa e em reuniões com parlamentares que o Mais Médicos estava envolto em uma nebulosa falta de transparência, além de trazer consigo uma grande quantidade de inconstitucionalidades.

O presidente da AMB, Florentino Cardoso ao tomar conhecimento da reportagem afirmou: "antes do programa começar, a Associação já fazia críticas e se opunha à maneira como o Mais Médicos seria feito. Não tivemos a devida atenção, principalmente por parte do governo federal, que nos taxou de corporativistas. Com a verdade vindo à tona, estamos provando que os médicos brasileiros sempre estiveram ao lado dos pacientes, principalmente os das áreas mais afastadas e pobres que ainda seguem sem atendimento adequado".

Em agosto de 2013, a associação protocolou o pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), contra o Mais Médicos. A alegação foi "o exercício ilegal da medicina em solo brasileiro", já que autorizava "pessoas sem avaliação da habilitação técnica praticar atos médicos no Brasil". Foram três ações movidas pela AMB, sem sucesso, mas que se julgada corretamente teria funcionado.

Entre os principais problemas apontados pela AMB está o fato do programa ter sido aprovado alegando urgência. Entretanto, o projeto foi acordado dois meses antes de anunciado com a fachada de "resposta às manifestações populares".

O programa infringia os direitos dos trabalhadores já que para trabalhar nas unidades públicas os profissionais do Mais Médicos não realizariam concurso público e sem fazer o teste de revalidação de diplomas – prova obrigatória para quem se forma fora do país. Além disso, os estrangeiros passaram apenas duas semanas se acostumando com a língua portuguesa.

Em tempos de transparência, estranha-se que em quase dois anos de programa, nem a Opas nem o governo federal apresentaram documentos informando quantos são os profissionais cubanos, onde atendem e quanto custa para os cofres públicos.

A AMB exige que o governo melhore as condições de trabalho, hoje abaixo do mínimo exigível para o exercício da medicina, o livre ir e vir dos cubanos em território brasileiro, e que apresente as razões pelas quais estes profissionais estão sendo violados nos seus direitos de trabalho ao serem remunerados com menos de 30% do que o governo brasileiro desembolsa com o convênio.

É preciso defender os médicos do regime ditatorial que os cerca mesmo em solo brasileiro. Não permitindo que sejam vigiados por membros do governo cubano (pagos com dinheiro do povo brasileiro) e a não sofrer pressão para mandar suas famílias de volta para Cuba.

Assim como todo o povo brasileiro, a AMB aguarda uma explicação clara e verdadeira quanto à ao Mais Médicos, bem como a apresentação de todos os contratos firmados entre a Opas e o governo brasileiro.

Florentino Cardoso
Presidente da AMB

13º Congresso Brasileiro de Clínica Médica acontece em Florianópolis (SC)

Até o dia 29 de maio, estão abertas as inscrições com preços promocionais para o 13º Congresso Brasileiro de Clínica Médica e 3º Congresso Internacional de Medicina de Urgência e Emergência, que neste ano acontecem de 8 e 11 de outubro na cidade de Florianópolis, uma das mais bonitas do Brasil. O evento espera receber cerca de 4 mil congressistas de todo o país. "Pela primeira vez o congresso será sediado em nosso Estado. Por isso estamos preparando um grande evento científico e social almejando que todos possam participar das atividades cientificas e também usufruir com a família das nossas belezas naturais", reforça o presidente do evento, Carlos Roberto Seara Filho.

Infraestrutura

Construído dentro da mais moderna técnica de espaços flexíveis e multifuncionais, o CentroSul é um espaço moderno, versátil e na melhor localização da cidade, às margens da Baia Sul. Com vista para o cartão postal mais célebre do estado de Santa Catarina, a ponte Hercílio Luz, o local oferece uma infraestrutura extremamente funcional, podendo receber até oito atividades simultaneamente e 4,3 mil pessoas em uma área total de 15 mil m².

Cursos e Concurso para Título de Especialista

Entre os cursos previstos estão ACLS, Vmurgem, Cardigem, Medicina Ambulatorial: Diagnostico e Boa Conduta, Geriatria e a Clinica Médica, Emergências Médicas Baseadas em Casos Clínicos, Grandes Síndromes: Dúvidas e Condutas e Antibióticos: O que Devemos Saber.

Para fechar o congresso, a SBCM promoverá também os concursos para obtenção do Título de Especialista em Clínica Médica e Certificado para Área de Atuação em Medicina de Urgência que serão realizados dia 11 de outubro de 2015 (domingo). As inscrições encerram-se pelo site.

Toxicologia ganha destaque no 13º CBCM

O Capítulo de Toxicologia Clínica da SBCM prepara uma série de atividades para o ano de 2015. Uma das propostas é a realização de seminários e simpósios em todo o Brasil, a fim de discutir com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, emergencistas) o diagnóstico das principais intoxicações. "Precisaremos contar com o apoio das regionais da SBCM para poder levar conhecimento e atualização aos locais que mais necessitam. Já mapeamos as regiões que relatam o maior número de casos de intoxicação e, dessa forma, poderemos capacitar os profissionais de saúde no primeiro atendimento e condução dos casos", afirmou Sérgio Emmanuele Graff, presidente do Capítulo.

Graff também adianta que o tema terá espaço de destaque na programação científica do 13º Congresso Brasileiro de Clínica Médica. "Teremos um dia todo de debates e palestras contando com a participação de importantes especialistas nacionais e internacionais, como é o caso do médico toxicologista do Hospital San Vicente Fundación de Medellin (Colombia), Ubier Gomez", confirma. Os assuntos tratados vão desde o manejo do paciente picado por cobra, aranha ou escorpião, até tentativas de suicídio por medicamentos ou agrotóxico. Mais informações em breve pelo site.

Programação

De acordo com o presidente da SBCM, Antonio Carlos Lopes, a intenção é congregar os profissionais que fazem parte da SBCM, divulgar trabalhos técnico-científicos da área, abordar temas relevantes ligados ao desenvolvimento e aprimoramento dos profissionais e promover a integração do meio acadêmico com o profissional.

Para isto, a programação do evento contará com a presença de renomados palestrantes brasileiros e estrangeiros. "Temos a perspectiva de que seja o congresso mais frequentado de toda área da saúde. Somos uma entidade séria e apartidária. Enquanto as escolas desqualificadas se proliferam, os estudantes de medicina ficam carentes de modelos e de conhecimento. Nós podemos proporcionar essa experiência a eles", considerou Antonio Carlos Lopes.

TEMAS PRELIMINARES

- A Arte Clínica no Século XXI
- Abdome Agudo no Idoso
- Acidentes com Animais Peçonhentos
- Álcool e Drogas
- Amiloidoses
- Angina Instável
- Ansiedade
- Antibióticos e as Infecções
- Anticoagulantes Orais
- Arritmias Cardíacas no Ambulatório
- Artrite Reumatoide
- Artroses
- Asma
- Atopias Agudas
- AVCs
- Bulimia e Anorexia
- Câimbras e Mioclonias
- Cefaleias
- Choque
- Cirurgia Metabólica
- Colagenoses mais Prevalentes
- Constipaçao Funcional
- Crise Tireotóxica
- Diabetes Mellitus
- DBPOC
- Demências
- Dengue
- Depressão
- Dermatoses Profissionais
- Disfonias e Disfagias
- Disfunção Sexual
- Dispepsias
- Distonia Neurovegetativa
- Distúrbio Bipolar
- Distúrbios Hidroeletrolíticos
- Distúrbios Psico-Afetivos
- Distúrbios Somatoformes
- Doença Aterosclerótica
- Doença de Parkinson
- Doença Diverticular
- Doença Ulcerosa Gástrica
- Doenças da Tireoide
- Doenças Inflamatórias Intestinais
- Doenças Inflamatórias Pélvicas
- Doenças Oftalmológicas de Tratamento Clínico
- Dor
- Dor Abdominal Aguda
- Dor Crânio Facial
- Dor Neuropática
- DRGE
- Edema Agudo de Pulmão
- Emergências em Diabetes
- Emergências Hipertensivas
- Enteroparasitoses
- Espondiloartropatias Sero Negativas
- Estatinas
- Esteato Hepatite não Alcoólica
- Fibromialgias
- Hanseníase
- HAS no Idoso
- HAS Tratamento Racional/ Situações Especiais
- HAS Refrataria
- Hepatites
- Hiperplasia Prostática
- Hipoglicemias
- Insuficiência Adrenal
- Insuficiência Cardíaca
- Insuficiência Renal Aguda
- Intoxicações Exógenas
- ITU
- ITU Recorrentes
- IVAS Frequentes
- Labirintopatias
- Lombalgias
- Medicina Ambiental
- Medicina do Sono
- Medicina do Sono e Insônia
- Metabolismo Lipídico
- Mielopatias
- Morte Súbita
- Nefrolitíase
- Obesidade
- Ombro Doloroso
- Osteoporose
- Paciente de Alto Risco no Pré-Operatório Eletivo
- Paralisias Súbitas
- PCR Ressuscitação
- Perícia Médica - Peritos e Médicos Assistentes
- Pneumonias
- Politraumatizado
- Pré e Pró-Bióticos
- Psoríase
- Racionalidade no Uso de Antibióticos
- Rinites Alérgicas e Vasomotoras
- Screening para o Câncer
- Semiologia e as Evidências Clínicas
- Sepse
- Síncopes
- Síndrome Cardiorrenal
- Síndrome Coronariana Aguda
- Síndrome Metabólica
- Síndrome Nefróticas e Nefrítica
- Síndromes Vestibulares
- Síndromes Consumptivas
- Sinusopatias
- Tecnologia da Informação na Medicina
- Transfusão Sanguínea
- Tuberculose
- Vasculites

Programe-se, faça sua inscrição e acompanhe as próximas novidades do 13º Congresso Brasileiro de Clínica Médica e 3º Congresso Internacional de Medicina de Urgência e Emergência pelo site

www.clinicamedica2015.com.br

1989

Em 2014 a Sociedade Brasileira de Clínica Médica completou 25 anos de existência. Uma trajetória marcada por acontecimentos que foram imprescindíveis para a valorização do clínico e da especialidade no cenário nacional, além de terem colaborado para a democratização do conhecimento e a humanização da medicina nas últimas décadas. Em comemoração ao nosso aniversário, inauguramos, a partir deste número, uma seção especial que irá contar um pouco mais sobre essa história.

O dia 16 de março marca oficialmente a fundação da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, idealizada sobre quatro grandes pilares: valorização do clínico, democratização do conhecimento e fortalecimento da relação médico-paciente e do humanismo na medicina. A cerimônia contou com a participação de médicos, estudantes e diretores da Associação Médica Brasileira, com destaque para o Dr. Wirton Gentil Miguel Palermo, então 1º secretário da AMB. Foi nomeada a primeira diretoria interina composta pelo presidente (Prof. Dr. Antonio Carlos Lopes-SP), vice-presidente (Dr. Waldir Repolo-PR), 1º secretário (Dr. Luiz Claudio Menon-SP), 2º secretário (Dr. Raimundo Geraldo Viana-PA), 1º tesoureiro (Dr. Carlos Daniel Magnoni-SP) e 2º tesoureiro (Dr. Carlos Alberto Gusmão-GO). Declarou assim o presidente fundador, Prof. Dr. Antonio Carlos Lopes:

"Foi em meio a essa filosofia que um grupo de médicos, reunidos na sede da AMB, com o apoio da sua diretoria, fundou a Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Nosso intuito é reunir os que exercem a Clínica Médica, promover cursos e congressos para difundir conhecimentos nas várias áreas, fornecer o Título de Especialista em Clínica Médica, que tem sido solicitado por várias empresas para fins de emprego e, por fim, sedimentar a ligação com as demais especialidades médicas, atendendo aos interesses do clínico"

A SBCM foi inicialmente sediada em uma pequena sala nas instalações da Associação Médica Brasileira (AMB), na época presidida pelo Dr. Antonio Celso Nunes Nassif. Ele conta que, na primeira reunião do Conselho de Especialidades após sua posse, em 1987, sentiu que havia um vazio em três grandes áreas - Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Aparelho Digestivo. "Eram muitos os médicos pertencentes a essas três especialidades e que não tinham quem os representasse nacionalmente". A Sociedade Brasileira de Clínica Médica foi a primeira das três a ser criada. "A entidade poderá estimular a volta do médico generalista, do médico de família, que é uma necessidade social", afirmou Nassif.

Foi escolhido como patrono da SBCM o ilustre professor titular da Escola Paulista de Medicina, Oswaldo Luiz Ramos (1928 – 1999). Foi chefe da Disciplina de Nefrologia e do departamento de Medicina na referida instituição, além de diretor clínico do Hospital São Paulo. Na esfera associativa, foi presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, fundador da Sociedade Brasileira de Investigação Clínica e da Sociedade Brasileira de Hipertensão.

Discurso proferido pelo Prof. Dr. Antonio Carlos Lopes quando da sua posse, em agosto de 1989:

"Sejam minhas as primeiras palavras de boas-vindas e acolhida dos ilustres colegas e mestres, e de estímulo aos jovens médicos. A presença de todos muito nos honra. Sei que, ao dizer isto, bem expresso o pensamento de todos os nossos companheiros – fundadores e membros da primeira diretoria da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

Este é mais um momento de alegria e satisfação em minha vida. Nesta hora, a mais antiga de todas as especialidades da Medicina, a Clínica Médica, – aquela que, por definição, é a mais abrangente e menos especializada - reúne-se para formar sua própria Sociedade.

Não que nos faltem associações, colégios, sindicatos, conselhos e as demais formas associativas, abrangendo praticamente todas as facetas do exercício profissional, do estudo e da prática das Ciências Médicas. No curso dos entendimentos que conduziram a esta cerimônia, alguns colegas chegaram a perguntar-se: "Por que e para que mais uma sociedade médica no Brasil?"

A SBCM preenche, de fato, uma lacuna na representação da atividade médica em nosso país. Foi através da Clínica Médica que a nossa profissão começou. Depois, vieram as especialidades, seguidas das especialidades dentro das especialidades (...)

Essa entidade tem ainda o privilégio de ter o Prof. Oswaldo Luiz Ramos como seu patrono. Clínico brilhante, pesquisador do mais alto gabarito, ele representa, pela sua inteligência, idealismo e grande capacidade de trabalho, digno exemplo para cada um de nós.

(...)

A Sociedade Brasileira de Clínica Médica está agora fundada e a sua primeira diretoria empossada. Daqui para frente, fazê-la digna de exemplo dos nossos mestres só vai depender do esforço de cada um de nós. Da nossa capacidade de deixarmos de lado as questões menores. E de concentrarmos nossa atenção, nosso esforço e nossa alma, nos assuntos que tanto gostamos de debater entre nós."

A SBCM e o renascimento da clínica

Em comemoração aos 25 anos da Sociedade Brasileira de Clínica Médica lanço um rápido olhar sobre a história da medicina onde busco as raízes da Clínica Médica para melhor compreender o papel da SBCM na medicina brasileira.

Parto da seguinte premissa: em todas as ações, pessoais ou institucionais, é possível reconhecer objetivos e significados, e estes significados são mais relevantes, embora os objetivos sejam mais fáceis de serem reconhecidos. Quero deixar claro também que este ensaio, ainda que não possa ser comparado, tem como inspiração o clássico "O Nascimento da Clínica", do médico e filósofo Michel Foucault, publicado em 1963, no qual ele mostra com grande lucidez e elegância a evolução da medicina em um de seus mais significativos períodos históricos, que corresponde ao surgimento do método anatomoclínico. Foi exatamente este método que permitiu descobrir o "mundo das doenças", assim denominado por Susan Sontag, em sua obra-prima, "A Doença como Metáfora", de 1978, escrita quando tivera um câncer de mama, alguns anos antes.

O ponto de partida de Foucault é o surgimento do mais importante livro de medicina até hoje escrito, o "De Humanis Corpore Fabrica", de Andreas Vesalius, publicado em 1543. Os historiadores são unânimes em considerar este magnífico livro a principal raiz da ciência médica, tal como a exercemos hoje, quase 500 anos depois.

Assim nasceu a Clínica! Foram quase 300 anos de observações e descobertas, cuja base era a anamnese e o método anatomoclínico.

Tem início, então, outro grande momento da medicina: a descoberta dos Raios X por Roentgen, em 1895, que mostrou a estrutura óssea das mãos de sua mulher exposta à influência dos misteriosos raios produzidos por ele com a ampola de Crookes. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que contribuía para o avanço do diagnóstico das doenças, esta descoberta deu origem a um "pseudoconflito", representado pela disputa entre o método clínico e os métodos complementares, principalmente os que constroem imagens de lesões e disfunções. A descoberta dos Raios X é considerado a origem da Medicina Tecnológica, o que é absolutamente correto. Não era este seu objetivo, mas foi seu significado. Este foi um momento crucial na evolução da medicina porque deu origem a duas correntes: a visão tecnicista e a medicina clínica, cujos reflexos na prática médica ainda perduram.

A Medicina Tecnológica veio para o bem e para o mal, como tudo em medicina. O que faz a diferença é a maneira de se utilizar de tudo que se dispõe. Estamos chegando ao reconhecimento de mutações de genes, fato que vai dar origem à Medicina Preditiva, ainda incipiente, é verdade, mas com fantásticas possibilidades em futuro não muito distante. O lado "mal" da medicina tecnológica foi criar a ilusão de que seria sempre possível e necessário "ver" ou "documentar", como se costuma falar, o sofrimento do paciente, seja ele qual for.

Voltemos o olhar para o ano de 1989, quando Antonio Carlos Lopes, apoiado pelo professor Oswaldo Ramos, e acompanhado por uma pequena, mas vigorosa, plêiade de médicos – Wirton Gentil Miguel Palermo, Waldir Rebolo, Luiz Claudio Menon, Raimundo Geraldo Viana, Carlos Daniel Magnoni e Carlos Alberto Gusmão – fundou a Sociedade Brasileira de Clínica Médica e constituiu sua primeira diretoria . A recém-criada Sociedade recebeu o apoio do professor Antonio Celso Nunes Nassif que ocupava naquele momento uma posição estratégica, como presidente da Associação Médica Brasileira. Muito justamente, foi escolhido como Patrono, Oswaldo Ramos, na época Chefe do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina, hoje integrante da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Assim, chego à razão deste ensaio: compreender o papel da SBCM no renascimento da clínica.

Quando se analisa os objetivos da SBCM, representados pela valorização do clínico e fortalecimento da relação médico-paciente e do humanismo da medicina, verifica-se que seus fundadores se dispunham a nadar contra a corrente predominante, que era, e ainda é, a de fracionar a prática médica no maior número possível de especialidades e subespecialidades. Não era uma tarefa fácil. Foram enfrentadas fortes resistências, abertas ou subliminares; foi necessário vencer o ceticismo de médicos de grande prestígio, mas que não conseguiam ver o alcance da proposta que denominavam de retrógrada.

Um argumento interessante para compreensão do significado da SBCM é comparar seus objetivos com os de outra especialidade, como, por exemplo, a de Cardiologia, em cujo estatuto ressaltam-se várias vezes as doenças cardiovasculares como campo de atuação dos cardiologistas, enquanto a proposta da SBCM é ver, não um grupo de doenças, mas o paciente como um todo, colocando em primeiro lugar sua condição humana e dando um destaque especial à relação médico-paciente, quase totalmente fora de moda, substituída que estava pelos aparelhos e máquinas, mas que deveria voltar a ser a principal "ferramenta" para uma boa prática médica.

Espero que tenha ficado visível a diferença entre objetivos e significados. O significado da proposta que é de ver o paciente como um todo, transfere os objetivos da SBCM para o paradigma biopsicossocial, porque só possível ter esta abrangência quando os aspectos biológicos, emocionais e socioculturais aparecem em igualdade de condições.

Por fim, cumpre ressaltar, que o balanço destes 25 anos da SBCM é muito positivo: mais de 13.000 associados, titulação de 4.262 médicos como Especialistas em Clinica Médica, dando-lhes um novo status, estimulação para criação de inúmeras Ligas Acadêmicas de Clínica Médica, das quais 35 estão filiadas à SBCM, realização de centenas de Jornadas, Congressos e Cursos em todo o País, com a participação de milhares de médicos e estudantes de medicina, publicação da Revista da SBCM e do Jornal do Clínico e muitas outras atividades. Tudo isso, justifica uma comemoração festiva. Mas, o diferencial da SBCM é o novo significado que deu à prática médica, representada pela valorização da relação médico-paciente, núcleo luminoso da medicina de excelência, e pela maneira como o médico deve ver a pessoa do doente, não como um órgão ou sistema avariado, mas em sua individualidade e em sua totalidade.

Assim, minha conclusão é simples e direta: a fundação da SBCM é a maior contribuição brasileira para o "renascimento da clínica", expressão que, por certo, teria o aval de Michel Foucault.

Celmo Celeno Porto é professor emérito da Faculdade de Medicina da UFG e professor orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG

Qual o melhor antiplaquetário?

O uso de antiplaquetários é benéfico e indicado nas diversas manifestações da doença aterosclerótica no sistema arterial coronário, cerebrovascular e periférico. O Ácido acetilsalicílico (AAS) age na via do tromboxano, foi o primeiro a demonstrar benefício clínico e desde então seu uso tem sido universal nos pacientes com indicação de antiagregação plaquetária. Entretanto, novos antiplaquetários foram desenvolvidos e também demonstraram benefício clínico através de importantes estudos. Ao mesmo tempo em que estas novas medicações ajudam o médico a ter melhores recursos, um número muito grande de opções pode trazer muitas dúvidas na tomada de decisão.

Um grande estudo chamado CAPRIE comparou o AAS a outro antiplaquetário (clopidogrel) na prevenção secundária de eventos cardiovasculares. Apesar de ter demonstrado benefício do clopidogrel no composto de acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico, infarto do miocárdio (IM) e morte vascular, este benefício foi de apenas 0,5% o que representa a necessidade de tratar cerca de 200 pacientes para evitar um dos desfechos citados. Além disso, foi utilizada dose de 325mg de AAS o que está um pouco acima da dose habitual de manutenção e que pode ter explicado uma taxa de eventos adversos semelhantes com os 2 antiplaquetários. Dessa forma, apesar do resultado positivo do estudo, este dado não obteve grande aplicação na prática clínica.

Diferente do CAPRIE, na maioria dos estudos foi mantido o AAS e acrescentado um segundo antiplaquetário com mecanismo de ação diferente (via do ADP). Testou-se inicialmente o acréscimo de clopidogrel ao AAS na síndrome coronária aguda (SCA) sem supra (estudo CURE) e com Supra (estudos COMMIT e CLARITY) tendo sido demonstrado redução de eventos isquêmicos. Embora tenha ocorrido mais sangramentos com o acréscimo de clopidogrel, o benefício líquido levou ao uso rotineiro da dupla terapia antiplaquetária na SCA. Apesar destas evidências favoráveis em SCA, o estudo CHARISMA não demonstrou benefício do uso rotineiro dessa medicamentosa como terapia de longo prazo para prevenção secundária de eventos cardiovasculares, embora em alguns subgrupos haja sugestão de benefício. Nos últimos anos, a associação do AAS ao clopidogrel foi comparada à associação do AAS com antiplaquetários de ação mais rápida e mais potente (prasugrel e ticagrelor) em pacientes com SCA (estudos TRITON e PLATO). Foi demonstrada redução de morte cardiovascular, IM e AVE em ambos os estudos, embora haja maior risco de sangramentos com o prasugrel e ticagrelor. O tempo de manutenção desta dupla terapia antiplaquetária após uma SCA ainda é motivo de debate, mas dados recentes, como os estudos DAPT e PEGASUS, têm demonstrado que em pacientes de baixo risco de sangramento, o tratamento após 1 ano pode ser benéfico.

Em conclusão, o AAS continua sendo o antiplaquetário inicial a ser utilizado nas diversas síndromes clínicas decorrentes de doença aterosclerótica e o acréscimo rotineiro de um segundo antiplaquetário se faz necessário em casos de SCA e em pacientes que tenham recebido stent. Apesar dos novos antiplaquetários serem mais eficazes que o clopidogrel, este ainda pode ser considerado de acordo com as condições clínicas (ex: risco de sangramento), sócio-econômicas e de acordo com a terapia associada em cada paciente (fibrinolíticos e anticoagulantes orais só podem ser associados ao clopidogrel). Há estudos em andamento testando o benefício do uso de um novo antiplaquetário como monoterapia no lugar do AAS em grupos específicos de pacientes; estes resultados podem modificar o paradigma atual da terapia de escolha antiplaquetária inicial.

Pedro Gabriel Melo de Barros e Silva
Coordenador Médico da Rede de Dor Torácica Amil – Hospital Totalcor. Médico Pesquisador do Instituto Brasileiro de Pesquisa Clínica (BCRI).

No Brasil, um país em desenvolvimento, as DCVs representam um problema importante de saúde. Por exemplo, a prevalência de doença arterial coronariana (DAC) na população Brasileira adulta é estimada em 5 a 8% e constituíram a terceira causa de hospitalização no Brasil (210.046 hospitalizações para doença cardíaca isquêmica em 2010). A incidência de infarto agudo do miocárdio no Brasil é estimada em 400.000 novos casos por ano. Apesar dos recentes avanços no controle de DCVs, cerca de 29% das mortes, de um total de 1.133.761, estavam associadas com doença cardíaca isquêmica (99.408 mortes ou 52,11 mortes/100 000 habitantes). De acordo com os registros Brasileiros atuais, infarto do miocárdio com elevação do segmento ST (IAMCSST) está associado com altas taxas de mortalidade (cerca de 8,10% em todas as regiões, aumentando para até 15% em regiões mais pobres do país).

Terapia antiplaquetária dupla

No contexto de tratamento de SCA, a terapia antiplaquetária dupla tradicionalmente consistuida por aspirina e clopidogrel (inibidor do receptor P2Y12) foi estabelecida como um importante marco terapêutico.

O Clopidogrel é um pró-farmaco que é ativado no fígado pelas enzimas do citocromo P450 e a variabilidade genética na função enzimática sabidamente faz com que a medicação seja menos eficaz em indivíduos que não conseguem converter o medicamento a sua forma ativa. Esta terapia reduz as taxas de eventos cardíacos como morte por causa cardiovascular, infarto do miocárdio e AVC. De acordo com o estudo COMMITT, que randomizou 45.852 pacientes para receber Clopidogrel 75 mg diariamente ou um placebo correspondente além da aspirina 162 mg diariamente, o Clopidogrel reduziu significantemente 9% (IC 95% 3–14) em óbito, reinfarto ou AVC (2121 [9,2%] Clopidogrel vs 2310 [10,1%] placebo; p=0•002). O estudo também confirmou que o grupo clopidogrel apresentou redução significativa na mortalidade total (1726 [7,5%] vs 1845 [8,1%]; p=0,03).

Nesse sentido, o estudo CLARITY randomizou 3491 pacientes com IAMCSST para receber clopidogrel (dose de ataque de 300 mg, seguida por 75 mg uma vez ao dia) ou placebo. Este estudo demonstrou uma redução absoluta de 6,7% na frequencia e uma redução de 36% nas chances do desfecho com a terapia com clopidogrel (IC 95%, 24-47; p<0,001). Além disso, em 30 dias, a terapia com clopidogrel reduziu as probabilidades do desfecho combinado de morte cardiovasculares, infarto do miocárdio não fatal ou isquemia recorrente com necessidade de revascularização de urgência em 20% (de 14,1 para 11,6%, p=0,03). Além disso, concluiu-se que as taxas de sangramento maior e hemorragia intracraniana eram semelhantes nos dois grupos.

Entretanto, novos agentes como prasugrel e ticagrelor vem sendo submetidos a avaliação em grandes ensaios clínicos, pois é necessários saber se os novos agentes antiplaquetários inibidores do receptor P2Y12 são clinicamente superiores ao clopidogrel (padrão atual para tratamento de IAMCSST). Foi estabelecido que uma determinada porcentagem da população exibe alta atividade plaquetária apesar do uso de clopidogrel. Este fenômeno ocorre em qualquer 5% a 44% dos pacientes estudados dependendo da dose de clopidogrel e da população de pacientes. É incerto qual nível de atividade plaquetária durante a SCA está relacionado a desfechos cardiovasculares como morte cardiovascular, infarto do miocárdio e AVC. Ticagrelor e Prasugrel demonstraram reduzir os níveis de ativação plaquetária quando comparados com clopidogrel que poderia levar a risco reduzido de trombose arterial e melhorar a permeabilidade da artéria ou stent. Entretanto, há um debate sobre quais pacientes receberão o maior benefício clínico destes agentes caros e potencialmente prejudicais, especialmente em contextos indefinidos como trombólise farmacológica.

O prasugrel é uma tienopiridina de terceira geração, inibidor dos receptores P2Y12, de maior potência antiagregante, avaliado no estudo TRITON-TIMI 38 em mais de 13000 pacientes, administrando 60mg de dose de ataque seguidos de 10mg/ dia, comparado com 300mg de ataque seguidos de 75 dia de Clopidogrel. O estudo demonstrou uma redução do critério de avaliação combinado de morte/IAM/AVC de 13% com um claro excesso na hemorragia maior. Foi observada uma RRR de 52% de trombose do stent.

Em contraste com tienopiridinas, o ticagrelor é um inibidor direto e reversível do receptor plaquetário P2Y12 e portanto não necessita de ativação metabólica. Além disso, diferentemente das tienopiridinas, ticagrelor se liga reversivelmente ao receptor P2Y12 e em um sítio que é independente da adenosina difosfato (ADP) mas ainda resulta em supressão da ativação plaquetária induzida por ADP temporariamente "travando" o receptor em um estado inativo até ele se dissociar. As características distintas de ticagrelor resultaram em início e término da atividade antiplaquetária significativamente mais rápidos em comparação com clopidogrel em pacientes com doença arterial coronariana estável ou síndromes coronárias agudas. No estudo PLATO, ticagrelor (dose de ataque de 180 mg seguida por 90 mg duas vezez ao dia [2x/dia]) foi superior ao clopidogrel (dose de ataque de 300-600 mg seguida por 75 mg diariamente) em 18.624 pacientes com síndrome coronária aguda. Em comparação com clopidogrel, ticagrelor reduziu significativamente a taxa do desfecho primário combinado (óbito por causa vascular, infarto do miocárdio [IM], ou AVC) em 12 meses (9,8% com ticagrelor vs 11,7% com clopidogrel; P = .001), e em curto prazo (dias 1-30) (4,8% vs 5,4%, respectivamente; P = ,045).

O Guideline do American College of Cardiology/ American Heart Association para o tratamento do IAMCSST incorporou um dos agentes antiplaquetários orais mais recentes, prasugrel, como um componente da terapia antiplaquetária dupla, e as últimas diretrizes Europeias de revascularização incorporam tanto prasugrel como ticagrelor. As novas diretrizes do American College of Chest Physicians para o uso de terapia antitrombótica também recomendam terapia antiplaquetária dupla para o primeiro ano após intervenção coronária percutânea com implante de stent, consistuida de aspirina em baixa dose mais ticagrelor, clopidogrel ou prasugrel.

Dr Otavio Berwanger
Diretor do Instituto de Ensino e Pesquisa do HCor - Hospital do Coração de São Paulo-SP e professor colaborador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Amanda Sousa

O Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) completou 60 anos de fundação em 2014. Ao longo das décadas acumula inúmeras iniciativas pioneiras que contribuíram para o avanço no diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares, além do estímulo à educação e pesquisa. À frente da direção geral do instituto desde 2009 está a Profª Dra. Amanda Sousa, que nutre o espírito inovador do fundador Dante Pazzanese em prol do constante desenvolvimento e bem-estar social, e que conta a seguir algumas das principais realizações e contribuições do IDPC para a saúde da população.

Jornal do Clínico - A senhora assumiu a direção geral do IDPC em 2009, mas sua relação com o instituto já é antiga.

Dra. Amanda – Formei-me pela Escola Paulista de Medicina em 1975 e de pronto fui para o IDPC fazer residência em Cardiologia Geral e especialização em Ecocardiografia. Atuei em Cardiologia de Ultrassom até 1985 quando então já avançando na área de cardiologia intervencionista e dos cateteres, fui designada a tarefa de formar a seção de Angioplastia Coronaria, na sua área clínica. Nesta área, ocupei a posição de chefe de seção, depois passei a ser diretora do serviço de Cardiologia Intervencionista, diretoria da Divisão Diagnóstica. Em 2009, passei a ser diretora geral do IDPC.

Jornal do Clínico - A senhora assumiu a direção geral do IDPC em 2009, mas sua relação com o instituto já é antiga.

Dra. Amanda – Formei-me pela Escola Paulista de Medicina em 1975 e de pronto fui para o IDPC fazer residência em Cardiologia Geral e especialização em Ecocardiografia. Atuei em Cardiologia de Ultrassom até 1985 quando então já avançando na área de cardiologia intervencionista e dos cateteres, fui designada a tarefa de formar a seção de Angioplastia Coronaria, na sua área clínica. Nesta área, ocupei a posição de chefe de seção, depois passei a ser diretora do serviço de Cardiologia Intervencionista, diretoria da Divisão Diagnóstica. Em 2009, passei a ser diretora geral do IDPC.

Jornal do Clínico - Nestes 40 anos de vivência em Cardiologia e no IDPC a senhora acompanhou muitos avanços na área. Qual foi a contribuição do instituto na evolução da Cardiologia?

Dra. Amanda – A instituição foi pioneira no Brasil e na América Latina em diversos procedimentos, especialmente os cirúrgicos e intervencionistas por cateter. Posso dizer que a Cardiologia dentro das especialidades médicas tem uma posição de alto destaque, por ter se valido primeiramente na área diagnóstica do extraordinário desenvolvimento tecnológico que surgiu após a Segunda Guerra Mundial, a partir dos anos 1950. Com isto, tivemos o pioneirismo na avaliação das lipoproteínas plasmáticas por ultracentrifugação que chegaram ao instituto já no início dos anos 1960. Em seguida vieram as contribuições em Cateterismo. Em 1962, Dr. Eduardo Souza trouxe da Harvard Medical School todas as técnicas em Cateterismo esquerdo para o diagnóstico das cardiopatias congênitas do coração. Em 1966, veio a Cinecoronariografia. A seguir, as técnicas cirúrgicas valendo-se do esclarecimento diagnóstico, como a correção da transposição das grandes artérias, a chamada Cirurgia de Jatene. Mais adiante veio a correção do aneurisma do ventrículo esquerdo, uma correção especial chamada Geométrica também introduzida pelo Dr. Adib Jatene. No berço de todas estas inovações, vimos, junto aos meus mentores de fronteira, a Cardiologia evoluir na nossa instituição, no nosso Estado e no nosso País.

Jornal do Clínico - A área de Angioplastia Coronaria merece um local de destaque nestas inovações?

Dra. Amanda – Sim, o instituto e o nosso grupo de trabalho, ofereceu contribuições pioneiras, lideradas pelo Dr Eduardo Sousa, responsável pela introdução da Cinecoronariografia no Brasil em 1966. Esta iniciativa permitiu a introdução da primeira cirurgia de ponte de safena no Brasil na instituição por meio do professor Adib Jatene. No final dos anos 1980, o próprio Dr. Eduardo realizou na instituição a primeira cirurgia com stent coronário em humanos no mundo. Em 1999, a primeira série de 30 pacientes que receberam stents farmacológicos no mundo também foi realizada no IDPC. Todas estas contribuições foram responsáveis pelo grande trabalho na área de Angioplastia Coronaria que realizamos hoje na área de assistência e pesquisa, tendo um papel importante também na criação da pós-graduação strictu sensu.

Jornal do Clínico - O IDPC também inovou na área de educação. Como surgiu a pós-graduação do IDPC?

Dra. Amanda – A mesma residência que fiz nos anos 1970 foi também a primeira residência do Brasil, introduzida por Dante Pazzanese em 1959. Quando ele fundou a instituição em 1954 tinha como preceito a ideia de que uma "instituição pública que não ensina, degenera". Esta visão possibilitou, anos antes, que ele organizasse um curso intensivo de Cardiologia, que na época durava um mês, e o trouxesse para a instituição quando passou a ser nosso diretor. Este curso está atualmente em sua 73ª edição. Esta é uma tradição no País. Na gestão do Dr. Eduardo Sousa houve a ligação do IDPC à Universidade de São Paulo em 1991. Na qualidade de entidade associada e com 180 médicos naquela ocasião, Dr. Eduardo advogou para que pudéssemos capacitar nosso corpo clínico. Entre 1992 e 2005, metade do nosso corpo clínico foi titulado junto à disciplina de Cardiopneumologia da USP, o Incor. Em 2005, com essa massa crítica de doutores, organizamos nosso próprio programa de pós-graduação e aplicamos à USP e em seguida à Capes que iniciou as atividades em abril de 2007. Desde então, passamos por 12 processos seletivos. De 156 inscritos, selecionamos 100 alunos para o programa de pós-graduação em Medicina – Tecnologia e Intervenção em Cardiologia, que conta com 44 teses defendidas.

Jornal do Clínico - Quais os destaques da atual gestão?

Dra. Amanda – Nesta atual gestão, que vem desde 2009, destaco duas contribuições: o projeto Tele-eletrocardiografia via telefonia celular, o qual recebemos e transmitimos laudos, que já está evoluindo para o tele-system que possibilitará um novo avanço na portabilidade com grande impacto na saúde pública e custo baixíssimo. O outro projeto de destaque é o treinamento em manequins. Não treinar em seres humanos é a lei das boas práticas em medicina e cada vez menos fazemos treinamento em animais. Com os manequins podemos treinar à vontade sem lesar nenhum ser vivo. Com eles podemos errar e repetir erros até aprendermos. Temos dois centros de treinamento, o Suporte Básico de Vida (BLS) e o Suporte Avançado de Vida (ACLS) que são programas instituídos pela American Heart Association. Contamos com uma UTI para simulados de urgência cardiovascular com três manequins, um deles infantil. Paralelamente, inauguramos o CESIA – Centro de Simulação Avançada para treinamentos de profissionais específicos como cirurgiões, cardiologistas intervencionistas e aqueles que fazem ecocardiografia. Até 20 anos atrás praticamente não existia pesquisa no IDPC. O que tinha era em Doença de Chagas, mas avançamos para a área de bioenergiamolecular, na qual temos uma série de projetos para sequenciamento genético de cardiopatas, particularmente na área de resistência terapêutica.

Jornal do Clínico - Qual a atual capacidade de atendimento do IDPC?

Dra. Amanda – Hoje o instituto oferece 2.700.000 atendimentos por ano, divididos em 300 mil na área ambulatorial e consultas, 45 mil na área de urgências no pronto-socorro e o restante é na área diagnóstica e atendimento com pacientes internados e a Fundação Adib Jatene é essencial para esta alta performance. Hoje temos uma movimento de 4 mil cirurgias por ano e 11 mil cateterismos. 95% dos nossos equipamentos são de ponta e atuais. São sete laboratórios de cateterismo sendo cinco deles trocados entre 2012 e 2014, a primeira sala hibrida do setor público instalada em 2012, temos uma Ressonância Magnética instalada o ano passado, uma Tomografia de 128 detectores trocada também em 2014, temos trê

Hermann Grinfeld fala sobre Síndrome Alcoólica Fetal

A ingestão do álcool durante a gravidez pode causar uma série de problemas no desenvolvimento do feto, mas aparentemente a sociedade tem dado pouca atenção a esse tema tão importante. Um bebê que se desenvolve no útero e recebe álcool pela circulação materna pode nascer com o que a medicina chama de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), doença que se manifesta através de vários sintomas como malformações congênitas faciais (dismorfias), cardíacas, renais e neurológicas, além de alterações comportamentais, baixo peso e comprometimento do sistema nervoso central. Na fase de crescimento, os pacientes com a síndrome podem apresentar também retardo mental, problemas motores, de aprendizagem, memória e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Por conta disso, a Sociedade de Pediatria de São Paulo em parceria com outras entidades médicas criou a campanha #gravidezsemalcool que recebe apoio institucional da Marjan Farma. Sobre o tema, o Jornal do Clínico entrevistou o Dr. Hermann Grinfeld, pediatra e membro do Grupo de Estudos de Álcool e Gravidez da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Jornal do Clínico - O que é a Síndrome Alcoólica Fetal?
Grinfeld - É uma doença causada exclusivamente pela ingestão de álcool durante a gravidez. A bebida alcoólica passa da circulação materna para a circulação do feto e a doença se manifesta em alguns órgãos, notadamente no sistema nervoso central.

Jornal do Clínico - Essa síndrome já é conhecida há muito tempo?
Grinfeld - A doença é sim conhecida há bastante tempo. Existe até uma citação na Bíblia, no Livro dos Juízes, onde um arcanjo diz para a futura mãe do Sansão que, por conta da gravidez, ela deveria se abster de qualquer bebida que contivesse álcool. Então, se está na Bíblia essa recomendação, é porque já conheciam de alguma forma os efeitos que o álcool poderia ter no feto em crescimento dentro do útero. É, portanto, uma situação de conhecimento muito remoto. Em Cartago, no norte da África, havia uma proibição nas festas de casamento dos noivos ingerirem bebida alcoólica, porque eventualmente a recém-casada poderia engravidar possuindo alguma porcentagem de álcool na circulação. Mas a doença foi de fato descrita pela primeira vez na literatura médica no ano de 1968 em um periódico francês. O pesquisador investigou 117 gestantes alcoolistas e observou que havia uma porcentagem de recém-nascidos que apresentavam malformações.

Jornal do Clínico - Além dessas malformações, existem outros sintomas?
Grinfeld – A SAF é uma doença multiforme, em geral não se apresenta da mesma maneira. Ela pode até se manifestar em órgãos internos, mas o principal órgão afetado pelo álcool durante a gravidez é o cérebro. É no segmento encefálico que a bebida alcoólica causa a sua maior deterioração. Dentre os sintomas estão as malformações, como hipoplasia ou ausência de corpo caloso, além de algumas alterações na face, como a microftalmia, ponte nasal muito pequena com narinas antevertidas, ausência de filtro nasal, alongamento da distância entre o nariz e a boca e o aparecimento de lábio superior muito fino em comparação com o inferior. São características inclusive difíceis de serem observadas na criança pequena. Além disso, a doença pode se caracterizar pela diminuição da formação de neurônios e da glia, ocasionando problemas relacionados à migração de neurônios e deficiência no crescimento do cérebro - daí a microcefalia - alterações motoras, sensitivas e comportamentais. No mais das vezes, as atividades de cognição são as que mais estão comprometidas.

Jornal do Clínico - Existe alguma quantidade segura de consumo de álcool durante a gestação?
Grinfeld - Uma taça de vinho toda noite, uma vez por semana, ou uma vez por mês pode levar ao desenvolvimento da doença. Isso vale para bebidas fermentadas e destiladas. O álcool que a mãe ingere passa invariavelmente para o feto pelos vasos umbilicais e atinge uma determinada região do cérebro ou o encéfalo com um todo do bebê onde acontecem alterações celulares. E os danos são irreparáveis.

Jornal do Clínico - Existe alguma relação entre a quantidade de álcool ingerida e o dano causado no feto?
Grinfeld - Nem sempre. Você pode encontrar mulheres que, mesmo orientadas a não beber durante a gravidez, continuam ingerindo álcool e têm filhos que não são afetados. Essas questões nos deixam intrigados a respeito da síndrome. Daí a necessidade de se estudar e investigar cada vez mais essa doença.

Jornal do Clínico - Qual é a incidência da SAF?
Grinfeld - A incidência mundial da Síndrome Alcoólica Fetal é de 1 a 3 casos a cada mil nascidos vivos. Há comunidades, no entanto, em que a incidência é muito alta, por exemplo, nas reservas indígenas americanas.

Jornal do Clínico - Como é feito o diagnóstico?
Grinfeld – O diagnóstico é feito através de exames clínicos. Porém é difícil identificar a SAF no recém-nascido; é comum confirmar a doença apenas tardiamente quando começam a aparecer problemas comportamentais e neurológicos, em torno dos 5 ou 6 anos de idade (como deficiências na aprendizagem e memória). E algumas dificuldades podem atrapalhar ainda mais o diagnóstico. Primeiro não existe nenhum marcador e, a menos que haja um profissional que conhece sobre o assunto, fica complicado confirmar a doença. Além disso, a SAF não tem tratamento.

Jornal do Clínico - O que fazer quando diagnosticada a SAF?
Grinfeld – Uma vez que se tem o diagnóstico é ideal acompanhamento multidisciplinar com pediatra, psiquiatra, psicólogo, enfermeira, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta. Enfim, é importante a participação de vários profissionais, o que torna todo o processo extremamente caro. Há um trabalho, por exemplo, relatando que a SAF no mundo causa um prejuízo anual de 500 milhões a 750 milhões de dólares, somente os EUA. Por isso é tão importante o investimento na prevenção.

Jornal do Clínico - Qual o objetivo da campanha #gravidezsemalcool?
Grinfeld - Além de ações de divulgação nas diversas mídias, fizemos também uma caminhada no Parque Vila Lobos em setembro de 2014 que contou com a participação de mais de 300 pessoas. Acredito que o conhecimento sobre a doença está aumentando por força de todas as campanhas. Mas isso tem colaborado para que a incidência da doença diminua? Infelizmente não, porque é muito fácil comprar e consumir álcool, especialmente entre os jovens. Por isso, está crescendo o número de pessoas dependentes. Se a campanha não faz com que haja diminuição do consumo do álcool fora da gravidez, ao menos durante a gestação é importante para alertar sobre o consumo deletério de bebidas alcoólicas.