Sinapse

25ª edição JORNAL ACADÊMICO DA MEDICINA UFPEL Dezembro de 2020

A luta histórica para a erradicação da Poliomielite

Após 30 anos de luta, a OMS declarou que a África está livre do vírus - *Lívia Carriconde*
Página 3

A dieta vegana além do veganismo
Fernando Dizotti
Página 4

Saúde da mulher
Aborto legal e SUS / Violência contra as mulheres no Brasil
Lívia Carriconde / Débora Fernandes
Página 6

História da medicina: Como Joseph Lister revolucionou a cirurgia com sua técnica antisséptica
Vitória Wasser
Página 8

EXPEDIENTE

Editores

Débora Fernandes dos Santos
ATM 2022/2

Henrique Geromel Meneghetti
ATM 2025/1

Vinicius Kaiser Queiroz
ATM 2024/2

Vitória Luiza Wasser Ferreira da Paz
ATM 2022/2

Redatores

Alessandra Pereira de Souza
ATM 2024/2

Beatriz Floriam Foltran
ATM 2024/2

Brunna Machado Medeiros
ATM 2024/1

Débora Fernandes dos Santos
ATM 2022/2

Fernando Henrique Tonsig Dizotti
ATM 2024/2

Henrique Geromel Meneghetti
ATM 2025/1

Kellen Crizel da Rocha
ATM 2026/1

Lívia Saraiva Carriconde
ATM 2024/2

Lucas Pinto Bender
ATM 2026/1

Mariana Gouvêa Silveira
2º semestre - Psicologia

Rayane Gonçalves de Oliveira
ATM 2025/1

Thales Filipe Delmonico Aguiar
ATM 2023/2

Vinicius Kaiser Queiroz
ATM 2024/2

Vitória Costa Ataídes
ATM 2020/2

Vitória Luiza Wasser Ferreira da Paz
ATM 2022/2

Revisão gramatical

Valter Andre Machado Minho Junior
ATP 2021/1

Ilustração da capa

Marina von Brixen Montzel
ATM 2022/2 - @marinabrixen

Diagramação

Thais de Castro Rodrigues
thaiscastrorodrigues@hotmail.com

Edição digital

Disponível em nossa página
/jornalsinapse

Apoiadora sináptica
Prof. Rosana Mendonça de Souza, agradecemos por acreditar no projeto

EDITORIAL

É com muita satisfação que apresento a 25ª edição do Jornal Acadêmico Sinapse. Apesar da pandemia e das mudanças educacionais decorrentes do isolamento, a equipe Sinapse cresceu e prosseguiu suas atividades virtualmente, com especial destaque para a página do Instagram, @sinapsenoticias. Outra novidade foi a abertura à participação de alunos de outros cursos da área da saúde da UFPel como nossos membros. São eles, os membros novos e antigos do Sinapse, que com proatividade e genuíno interesse têm movido nosso jornal em diversas direções - sempre adiante.

Infelizmente, em diversas direções também estão os receios dos alunos acerca da efetividade do ensino à distância estabelecido, sem pacientes. Apesar dessas incertezas, devemos justamente seguir adiante, prezando pelo melhor que tivermos a oferecer no momento. Neste contexto, esperamos que esta edição traga um anseio de continuidade com a nossa Universidade. Uma vontade de prosseguir, independentemente das incertezas.

Trazemos boas notícias, como a erradicação da poliomielite na África. Além disso, diversos textos sugerem a adesão a um estilo de vida mais saudável, abordando temas como a importância do sono e informações surpreendentes sobre a dieta vegana. Outros textos mostram problemas de saúde pública, como a obesidade infantil, o aborto e a violência contra a mulher, discutindo possíveis abordagens a eles. Há também dicas culturais, curiosidades e textos que abordam a história da medicina - como a brilhante antissepsia cirúrgica de Lister; e uma interessante descrição sociocultural da morte ao longo dos séculos e das civilizações europeias.

Depois de quase 3 anos de Sinapse e de 5 edições, me despeço como editora e redatora, ciente de que nossa equipe tem total habilidade para prosseguir e aprimorar nosso jornal. Deixo aqui meu sincero agradecimento, e convido a todos os alunos a ter o privilégio de contribuir com este belo registro histórico da nossa querida Leiga.

Vitória Wasser e equipe Sinapse

A luta histórica para erradicação da Poliomielite e seus resultados em 2020

Por Lívia Carriconde

Em 26 de março de 1953, o médico e pesquisador norte-americano Jonas Salk anunciou num popular programa radiofônico que havia testado com sucesso uma vacina contra a poliomielite, o vírus que causa a paralisante enfermidade da pólio, geralmente conhecida como paralisia infantil por afetar principalmente crianças. Em 1952 – ano em que a epidemia de pólio grassou – houve 58 mil novos casos relatados nos Estados Unidos e mais de três mil morreram dessa moléstia. Pela perspectiva de finalmente erradicar a enfermidade, Salk foi celebrado como o grande médico-benfeitor de seu tempo.[1]

A poliomielite é uma doença infecto-contagiosa aguda causada pelo Poliovírus, podendo cursar como poliomielite paralítica ou não-paralítica. Cerca de 1% dos infectados pelo microrganismo desenvolve a forma paralítica, que pode causar sequelas permanentes, insuficiência respiratória e levar à morte. Em geral, a paralisia afeta os membros inferiores de forma assimétrica, ocorrendo em apenas um dos membros. A doença compõe o grupo das neuropatias motoras, e as principais características, nesse caso, são a perda do tônus muscular e dos reflexos, com manutenção da sensibilidade no membro atingido.[2]

A Pólio afetou a humanidade durante muitos anos, com o vírus sendo facilmente transmitido diretamente pelo contato de pessoa para pessoa, tanto na forma oral-oral quanto na forma fecal-oral. Assim, as epidemias constituíram-se progressivamente, e o número de vítimas atingiu uma dimensão cada vez maior, já nas primeiras décadas do século 20.

Em 1985, o Rotary (Associação de clubes de serviços cujo objetivo declarado é unir voluntários a fim de prestar serviços humanitários) lançou a Pólio Plus. A iniciativa foi a primeira a abraçar a erradicação da paralisia infantil vacinando crianças em grande escala. E desde 1988, como integrante da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, o Rotary se concentra na defesa e na difusão da causa, arrecadação de fundos, voluntariado e aumento da conscientização sobre a necessidade de dar um fim na poliomielite.

Na época em que o Rotary e seus parceiros lançaram a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, a doença paralisava cerca de mil crianças por dia em todo o mundo. Por meio dessa ação foram reduzidos os números de casos em 99,9%. Em 1988, havia 350 mil casos em 125 países; em 2018, foram apenas 33 casos registrados em dois países: Afeganistão e Paquistão.

No dia 25 de Agosto de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a África, após 30 anos de luta, está oficialmente "livre do Poliovírus selvagem", ou seja, de transmissão comunitária, sem terem sido notificados novos casos nos últimos 4 anos, desde o último registrado na Nigéria. A conquista é um marco histórico demarcando a erradicação do segundo vírus no continente depois da varíola há 40 anos aproximadamente.[3]

Entre o contexto dos desafios enfrentados para a erradicação da poliomielite, há a existência de três diferentes cepas de poliovírus selvagem: o poliovírus selvagem tipo 1 (WPV1), tipo 2 (WPV2) e o tipo 3 (WPV3). Os sintomas nos três casos são os mesmos e podem causar paralisia irreversível ou até mesmo levar a óbito igualmente. Porém, existem diferenças genéticas e virais, que transformam essas três cepas em três vírus separados, sendo necessária a erradicação de cada cepa.4

O poliovírus tipo 2 foi erradicado em 2015, sendo um grande marco para a saúde mundial, e em novembro de 2019 a Comissão Global para a Certificação da Erradicação da Poliomielite anunciou a erradicação do poliovírus selvagem tipo 3. Essas são conquistas das políticas públicas de vacinação. Entretanto, segundo Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor geral da OMS, ainda resta o tipo 1, circulante no Paquistão e no Afeganistão. Sendo assim, o diretor geral aponta que o seguimento dos próximos passos será dado no direcionamento das políticas públicas e privadas, como também dos esforços comunitários para erradicar o vírus nessas localidades, bem como para manter a vigilância e o controle epidemiológico ativos e atentos no que tange ao monitoramento da ameaça contínua da poliomielite derivada da vacina.

Referências

1. ALTMAN,Max, Redação Opera Mundi, Hoje na história: 1953 - É anunciada a descoberta da vacina contra a poliomielite. Março de 2011.

2. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz; Poliomielite: sintomas, transmissão e prevenção. Atualização: 14 Junho 2018.

3. El País: África fica livre da pólio. JOSÉ NARANJO. Dacar - 25 AGO 2020 - 14:52 BRT.

4. Vip Imune; Vírus Selvagem Da Poliomielite Tipo 3 Está Oficialmente Erradicado. Dezembro, 2019.

PROJETO IFMSA

Conscientização e combate às fake news sobre covid-19 entre idosos

Por Vinicius Kaiser Queiroz

Um projeto muito bem pensado e importante no contexto da pandemia. Desenvolvido pela IFMSA, sigla traduzida para "Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina" - da qual o Sinapse orgulhosamente faz parte.

Esse projeto desenvolve um importante papel de alertar a população idosa sobre possíveis notícias falsas, construindo, aplicando e divulgando conhecimento acerca do covid-19. Foi criado três grupos, um responsável por criar vídeos didáticos, outro pela edição e divulgação e ainda um que reuniu os idosos em um grupo de WhatsApp, interagindo e respondendo a suas dúvidas e anseios. De fato, um projeto de grande relevância e importantíssimo em um momento no qual informações falsas e medos cercam a população.

A dieta vegana além do veganismo

Por Fernando Dizotti

Atualmente muito se fala em vegetarianismo e veganismo como estilo de vida. Muitos adeptos a essas dietas fizeram sua escolha em prol da vida dos animais, porque a consideram tão valiosa quanto a vida humana. Outros optaram por causa da defesa do meio ambiente – a pecuária é responsável por grande parte do desmatamento e do consumo de água.1

Entretanto, há aqueles que escolheram a dieta vegetariana ou vegana pensando na própria saúde. Ao contrário do que estabelece o senso comum, esse tipo de alimentação pode, em muitos aspectos, ser mais saudável que a dieta considerada normal, com a ingestão de alimentos de origem animal.

Desde 2009, a American Dietetic Association (ADA) considera as dietas plant-based como adequadas para qualquer pessoa.2 Além disso, estão relacionadas a diversos benefícios para a saúde, como baixos níveis de colesterol, menor pressão arterial e menor risco de doenças cardíacas, de hipertensão, de diabetes do tipo 2 e de câncer.

Por outro lado, quem opta pelo vegetarianismo ou pelo veganismo pode apresentar déficits das vitaminas B-12 e D e de cálcio. Para contornar essas deficiências, a ingestão de suplementos é recomendada e suficiente para atingir as quantidades necessárias ao organismo.

Ainda vale lembrar que muitos produtos veganos industrializados já são fortificados com muitos desses nutrientes.

PROTEÍNAS

Há muitas questões sobre a ingestão de proteínas nesse tipo de dieta, mas isso não é realmente um problema. O consumo diversificado de grãos, leguminosas e cereais supre as necessidades diárias dos aminoácidos essenciais satisfatoriamente.

A proteína da soja e de feijões, por exemplo, é tão rica e bem absorvida quanto a proteína animal – cereais, entretanto, são pobres em lisina e seu nitrogênio não é eficientemente utilizado.

No ranking dos 10 alimentos com maior concentração de proteínas a cada 100g, os dois primeiros lugares são de alimentos de origem vegetal. Além disso, apenas metade desse ranking é ocupada por carnes.

ANTINUTRIENTES

Os chamados antinutrientes são substâncias que atrapalham a absorção de alguns nutrientes. No caso de vegetarianos e veganos, os antinutrientes afetam principalmente a utilização de ferro, pois esse elemento, quando proveniente de vegetais, é bastante sensível a inibidores de absorção.

O fitato é o mais discutido dos antinutrientes atualmente, pois é muito encontrado em alimentos de origem vegetal. Para diminuir os níveis de fitato nos alimentos, pode-se deixar grãos e sementes de molho na água por algumas horas.

CÁLCIO

Alguns vegetais apresentam ótima biodisponibilidade de cálcio; inclusive, maior que o leite de vaca. É o caso do brócolis, do repolho e da couve. Apesar disso, a quantidade absoluta de cálcio nesses vegetais é baixa, levando a uma deficiência na ingestão de cálcio a partir da alimentação.

Por isso, muitos dos leites vegetais e outros alimentos destinados esse público são fortificados com cálcio.

Entre os alimentos com maior teor de cálcio, a maioria é composta por ervas e temperos. Entretanto, dificilmente uma pessoa come 100 gramas dessas fontes. É muito mais comum alguém comer 100 gramas de um queijo ou beber 200 mililitros de leite.

VITAMINA D

Antes de mais nada, vale ressaltar que grande parte da população é deficiente em vitamina D. Isso provavelmente ocorre pela baixa exposição à luz solar, principal fator exógeno para a produção da vitamina D no organismo humano.

A alimentação é responsável por apenas uma pequena parcela da vitamina D encontrada no organismo humano. E não há evidências concretas de que haja diferença nos níveis de vitamina D entre vegetarianos/veganos e as demais pessoas.

VITAMINA B-12

A vitamina B-12 poderia, potencialmente, ser o principal obstáculo para a alimentação vegana. Não há alimento de origem vegetal com quantidades significativas desse nutriente.

Mais uma vez, o problema pode ser contornado pela ingestão de alimentos fortificados ou suplementos.

CONSIDERAÇÕES POSITIVAS SOBRE A DIETA PLANT-BASED

Vegetarianos e veganos, no geral, mais do que não ingerir carne e/ou outros alimentos de origem animal, comem mais legumes, verduras, frutas e grãos. Isto garante uma dieta mais diversificada e, consequentemente, mais rica em nutrientes não presentes na carne ou em outras comidas mais comuns no prato de um não-vegetariano.

Antioxidantes são encontrados em comidas de origem vegetal. Essas substâncias atuam na proteção celular e podem diminuir as chances de ocorrência de câncer.

A soja também apresenta propriedades anticancerígenas, em especial, para o câncer de mama.

Outra vantagem é que o consumo de gordura costuma ser menor que em dietas sem restrição, o que reduz a incidência de doenças cardiovasculares.

Carboidratos encontrados em legumes são digeridos mais lentamente que aqueles de outras fontes. Sua associação com níveis adequados de fibras favorece um melhor controle glicêmico e menor incidência de diabetes.

As dietas plant-based ainda promovem um microbioma mais saudável para o organismo humano.3 Nelas, é muito maior a proporção de Bacterioidetes, Bifidobacterium, Lactobacillus, bactérias ácido-láticas e espécies que fermentam fibras em outros metabólitos. Por outro lado, são encontradas menos Clostridium e Enterococcus.

Bibliografia

1. Rosenfeld DL. The psychology of vegetarianism: Recent advances and future directions. Appetite. 2018;131(September):125-138. doi:10.1016/j.appet.2018.09.011

2. Craig WJ, Mangels AR. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. J Am Diet Assoc. 2009;109(7):1266-1282. doi:10.1016/j.jada.2009.05.027

3. Tomova A, Bukovsky I, Rembert E, et al. The effects of vegetarian and vegan diets on gut microbiota. Front Nutr. 2019;6(April). doi:10.3389/fnut.2019.00047

Top 10 alimentos ricos em proteínas (a cada 100 g) Valor diário recomendado pela ANVISA: 75 g	
1. Spirulina	57,5 g
2. Soja torrada	43,3 g
3. Queijo parmesão ralado	41,6 g
4. Vitela	36,7 g
5. Cordeiro	35,5 g
6. Frango	32,1 g
7. Muçarela	31,7 g
8. Porco	31 g
9. Atum	29,9 g
10. Semente de abóbora	29,8 g
Fonte: myfooddata.com	

Top 10 alimentos ricos em cálcio (a cada 100 g)	
1. Manjericão	2,24 g
2. Manjerona	1,99 g
3. Erva daninha	1,78 g
4. Semente de aipo	1,77 g
5. Orégano	1,60 g
6. Hortelã	1,49 g
7. Queijo parmesão ralado	1,25 g
8. Coentro	1,25 g
9. Semente de erva-doce	1,20 g
10. Salsinha	1,14 g
Fonte: myfooddata.com	

Valores nutricionais da soja (porção de 100 g)		
Nutriente	Quantidade	% VD
Valor energético	400 kcal	20%
Carboidratos	30 g	10%
Proteínas	36,7 g	49%
Gorduras saturadas	3,3 g	15%
Fibra alimentar	16,7 g	67%
Ferro	16,7 mg	119%
Fonte: tabelanutricional.com.br		

SONO, PARA QUE TE QUERO?

Por Brunna Machado Medeiros

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina do Sono (ABMS), o sono é definido como "um estado de consciência complementar ao da vigília, em que há repouso normal e periódico, pela suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária."

Ao contrário do que se pensa, o sono é um processo ativo, em que diversos mecanismos fisiológicos ocorrem.

O sono inicia-se a partir do momento em que, ao fechar os olhos, ocorre a lentificação no padrão da atividade elétrica cerebral, que é o período de latência do sono e dura entre 10 e 30 minutos. O sono pode ser dividido em dois estágios: o sono NREM, sono sincronizado, e o sono REM, ou sono dessincronizado. O sono NREM, por sua vez, é dividido em quatro fases, segundo o aumento da sua profundidade e é caracterizado por ter um relaxamento muscular comparativamente à vigília; porém, mantém-se sempre alguma tonicidade basal. Já o sono REM está associado a episódios de movimentos oculares rápidos, atonia muscular e sonhos. Normalmente, o NREM e o REM se alternam ao longo da noite e se repetem a cada 70 a 110 minutos, com 4 a 6 ciclos por noite, o que justifica a afirmativa de que os seres humanos necessitam de 7 a 9h de sono diárias. Diversos fatores alteram a duração e a quantidade desses ciclos e eles são importantes para extensos processos fisiológicos no corpo.

A exata função e o significado dos sonhos ainda não puderam ser explicados de forma objetiva pela medicina. Há, contudo, evidências de que ele seja importante na reorganização sináptica e no processamento de funções plásticas, referentes à homeostase em áreas cerebrais relacionadas à memória, ao aprendizado e às funções psíquicas.

A capacidade do indivíduo de adequar seu ciclo de sono e vigília ao ciclo noite-dia da Terra é guiada por diversos elementos externos e internos que interagem para a manutenção de um ciclo circadiano. Assim, a luminosidade e o calor do dia, a escuridão e a redução da temperatura ambiental à noite, as variações de incidência de luz no decorrer do dia, os relógios, os sons das cidades e de animais (galo, pássaros, etc...) são elementos que nos condicionam a manter um ritmo de atividade alternada com repouso e intercalada com funções de ingestão e eliminação, dentro do padrão circadiano.

Um dos centros encefálicos mais importantes nesta sincronização é o núcleo supra-óptico, no hipotálamo anterior, que recebe impulsos luminosos carreados pelo nervo óptico, tendo a luz como um dos elementos que controlam o funcionamento deste centro. Os estímulos luminosos também atuam sobre a glândula pineal, que secreta a melatonina, um neuro-hormônio implicado na cronobiologia do ciclo vigília-sono.

Alguns hormônios e neurotransmissores têm sua secreção vinculada ao ciclo vigília-sono, facilitando o estado de vigília ou o estado de sono. Assim, nas primeiras horas da manhã, há aumento da secreção do hormônio tireoideano, de cortisol e de insulina, que são facilitadores da vigília, seja por aumento da taxa metabólica para a iniciação das atividades do dia, ou indiretamente pelo aumento da glicemia e da utilização de glicose pelas células. O hormônio do crescimento tem seu pico de secreção durante o sono NREM de ondas lentas, assim como a testosterona. Alguns peptídeos produzidos no trato gastro-intestinal, durante o processo de digestão, como a colecistocinina e a bombesina, atingem a circulação sanguínea e são comprovadamente indutores do sono NREM. Isto explica em parte a sonolência pós-prandial, além da maré alcalina do sangue provocada pelo aumento da secreção gástrica.

É durante o sono que o cérebro descansa e se "recarrega" para estar ativo durante o dia, sendo importante na adolescência e juventude ter uma boa qualidade de sono. A grande maioria dos jovens inicia o sono depois da meia-noite e, conforme estudo realizado na Finlândia, quanto mais tarde a hora de dormir – e de acordar -, menor será o rendimento acadêmico. O aumento das horas de sono, juntamente com sua qualidade, está relacionado a uma melhora das fixações de conteúdo; todavia, aqueles estudantes que dormem por mais de 10h diárias estudam menos e também fixam menos a matéria estudada. Estratégias como passar a noite estudando para uma prova, por exemplo, é repudiada por médicos e especialistas. A explicação é que toda a informação aprendida no dia fica armazenada no hipocampo e tende a ser separada. Esse fenômeno é chamado de Ascensão, que é quando as informações vão para o córtex cerebral, e é durante o sono, principalmente o REM, que essas memórias são fixadas e ocorre o real aprendizado.

Além disso, menos horas de sono estão associadas a um aumento do Índice de Massa Corporal (IMC). Vários caminhos podem ligar a privação de sono ao ganho de peso e obesidade, incluindo aumento da ingestão de alimentos, diminuição do gasto de energia e mudança nos níveis reguladores do apetite, como leptina e grelina. O aumento do tempo de tela, relacionado ao uso de televisão, de computador e de smartphones, tem sido apontado como um dos fatores que contribui para a diminuição do número de horas dormidas e da consolidação do sedentarismo. Associado a isso, tem-se que uma qualidade de sono ruim e curtas durações do sono estão relacionadas a uma diminuição do nível de IGF-1 plasmático, importante hormônio anabolizante que desempenha papel crucial na síntese de proteínas e na manutenção de massa muscular.

A privação de sono está associada a aumentos na secreção de hormônios catabólicos, como o cortisol, e a alterações no padrão de secreção rítmica de hormônios anabólicos, como a testosterona. Esse fator é significativo porque, em relação ao metabolismo funcional e à longevidade saudável, o músculo é a "moeda de ouro" do organismo, sendo fundamentais sua manutenção e hipertrofia para a secreção de diversos hormônios que mantêm de forma harmoniosa o bom funcionamento do indivíduo.

Um dos distúrbios do sono mais comuns é a insônia. Esse transtorno atinge 73 milhões de brasileiros, segundo a Associação Brasileira do Sono (ABS), e, além de ser inconveniente, aumenta o risco de morte, doença cardiovascular, depressão, obesidade, dislipidemia, hipertensão, fadiga e ansiedades. Nos quadros crônicos, a insônia está associada a acidentes automobilísticos, domésticos e laborais. Ademais, com o avanço da idade, ocorre uma diminuição do número de horas de sono, o qual se torna mais fragmentado e com menor qualidade. Essa perturbação do sono está associada a um pior funcionamento cognitivo e a doenças neurodegenerativas, como as doenças de Alzheimer e de Parkinson, em adultos e idosos.

Desse modo, para melhorar a quantidade e a qualidade do sono, a ABMS e a ABS recomendam fazer a higiene do sono. Essa estratégia caracteriza-se por estabelecer um horário regular para dormir e despertar, ir para a cama somente na hora de dormir, não fazer uso de álcool próximo ao horário de dormir, não fazer uso de medicamentos para dormir sem orientação médica, não exagerar em café, chá e refrigerante, realizar atividade física em horários adequados e nunca próximo à hora de dormir, jantar moderadamente em horário regular e adequado, não levar problemas para a cama e realizar atividades repousantes e relaxantes após o jantar.

Durante a quarentena, em específico, a ABS orienta estabelecer algumas rotinas para não desalinhar tanto o complexo sono-vigília e as secreções hormonais, como se expor à luz natural pela manhã, para induzir o pico fisiológico de cortisol e suprimir a melatonina, cultivar contato consigo mesmo, como escrever sobre seus sentimentos a fim de aliviar a ansiedade e não levá-la para a cama, fazer as refeições em companhia e no horário correto, aproveitando a presença física ou virtual de pessoas queridas e liberando serotonina e endorfina, e diminuir o tempo de tela próximo ao horário de dormir para induzir a produção natural de melatonina pela glândula pineal e evitar conteúdos que possam excitá-lo cognitiva e emocionalmente.

O médico e os exames complementares

Por Lucas Bender

Os exames complementares são essenciais na prática médica, pois peça-chave para um possível diagnóstico. A clínica, no entanto, é soberana, uma vez que os exames são insuficientes sozinhos. Isso exige do profissional a realização da anamnese e do exame físico para, então, serem levantadas as hipóteses diagnósticas. Os exames são solicitados, portanto, para confirmar ou para excluir tais hipóteses.

As principais indicações de exames complementares são as seguintes:

Diagnóstico: testar as hipóteses e as questões levantadas durante a avaliação médica, assim detectando, confirmando, documentando, e excluindo determinadas doenças.

Monitoramento: medir a progressão de uma doença, a resposta do corpo ao tratamento ou aos níveis de fármacos.

Prognóstico: definida pela presença de um determinado marcador ou pelo seu maior ou menor grau de anormalidade.

Rastreamento: utilização dos exames para diagnosticar precoce ou preventivamente a doença. Esse uso tem-se tornado mais frequente devido ao advento da biologia molecular e da medicina genômica.

Observa-se o aumento significativo e, por vezes, exagerado na solicitação de exames laboratoriais. Os pedidos frequentes são feitos sem uma justificativa razoável, muitas vezes, pela falta de tempo do médico para realizar anamnese e exame físico adequados no seu paciente Isso também pode ocorrer em decorrência de conhecimento insuficiente das hipóteses em que os exames seriam indicados.. No estudo "Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde", realizado com médicos de família de Montes Claros, em Minas Gerais, um dos entrevistados afirmou: "o assunto sobre pedir exames [...] não é abordado de maneira muito aprofundada na faculdade de medicina, de um modo geral. Então, a gente não entende realmente qual é o valor disso tudo"

O CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo) aponta que é crescente o número de denúncias sobre médicos que solicitam exames desnecessários, tendo casos que é a atingida a marca de 40 a 60 procedimentos para o mesmo paciente. De 2014 até 2017 foram instauradas 32 sindicâncias referentes à solicitação excessiva de exames. Dessas, 14 estavam em andamento até 2017, 10 foram arquivadas e 8 se transformaram em processos por infração ao Código de Ética. Carlos Magno Pretti Dalapicola, ex-presidente do CRMES (Conselho Regional de Medicina de Espirito Santo), afirma que insegurança, judicialização da medicina e, até mesmo, para gerar ganho são os principais motivos que levam os profissionais da saúde a solicitarem exames em excesso.

Pesquisa realizada com apoio de 81 laboratórios responsáveis pela realização de 93.240.651 exames de 7.067.087 pacientes apresenta que cerca de 5,4% (5.071.454 testes) não foram acessados. Essa situação é ainda mais preocupante, visto que 17,9% desses exames são de resultados anormais, os quais preocupam, pois é um risco potencial de evento adverso ou de impacto na gestão do diagnóstico e do tratamento. Além disso, o impacto também pode ser econômico, decorrente do prolongado tempo de internação, tendo em vista que 2,5% destes foram processados em laboratórios presentes em unidades hospitalares.

Esse é um problema econômico - gerado tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto no privado - e sistêmico, visto que forma médicos cuja análise se submete à tecnologia e sua participação em diagnósticos de condições complexas se resume a solicitar exames. Também constitui um problema sanitário, pois o excesso de exames provoca o aumento das chances de ocorrência de um falso negativo ou de um falso positivo. Além disso, as complicações que podem ser geradas durante a coleta do material ou do exame de vídeo. Ainda, afirma o ex-presidente Carlos Magno que o excesso de exame laboratorial por acesso venoso aumenta os riscos de surgimento de hematomas, tromboflebite ou infecção. Tudo isso sem considerar os riscos presentes nas tomografias, as quais usam ondas Raio-x que, em grandes quantidades ou de forma repetida, podem alterar o DNA humano.

Em suma, mesmo com as consequências negativas em decorrência do excesso de exames complementares, eles são essenciais atualmente, visto que o profissional pode ter uma confirmação de quase todas suas hipóteses sem um processo muito invasivo. A importância dada a essa forma de complementar o diagnóstico deve ser avaliada pela comunidade universitária no intuito de popularizar o uso correto do recurso.

Realização de aborto legal nas unidades do SUS

Por Lívia Carriconde

A partir da linha histórica do aborto legal no Brasil, a Interrupção da gravidez resultante de um estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual está prevista no Código Penal brasileiro (Artigo 128, inciso I e II) desde 1940 e nos casos de Anencefalia na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF 54/2012).[1]

A regulamentação nacional do aborto previsto em lei ocorreu em 1999, com o lançamento da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que estimulava e normatizava a estruturação dos serviços. Atualizada em 2005 e 2011, a norma isentava a mulher de apresentar BO (Boletim de Ocorrência) ou laudo do IML (Instituto Médico Legal). De acordo com essas regulamentações, o único documento necessário para a interrupção da gravidez decorrente de estupro seria o consentimento por escrito da mulher.[2]

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.282, no dia 28 de agosto de 2020, no Diário Oficial da União, substituindo a norma anterior (Portaria nº 1.508/2005), que dispõe sobre procedimento médico para interrupção da gravidez em casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).[3]

Conforme dispõe a nova Portaria (nº 2.282), agora é obrigatória a notificação à autoridade policial pelo médico, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolheram a paciente em casos em que haja indícios ou confirmação de crime de estupro.

Ademais, o processo de justificação e autorização para o aborto legal passa a acontecer em quatro fases, sendo a primeira o relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço, contendo o local, dia e hora aproximada do fato; tipo e forma de violência; descrição dos agentes da conduta - se possível - e identificação de testemunhas, caso existam.

A segunda fase consiste na intervenção do médico responsável para emissão de parecer técnico após análise minuciosa do caso. Nessa fase, será preciso que, três integrantes da equipe de saúde multiprofissional, no mínimo, subscrevam o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez. Nessa fase, ainda será possível que a gestante visualize o feto ou embrião por meio de ultrassonografia, caso assim deseje. A terceira e a quarta fase consiste, por fim, na assinatura por parte da gestante do Termo de Responsabilidade ou, se for legalmente incapaz, também de seu representante legal, bem como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a criação da referida Portaria, o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) ajuizou Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) no Supremo Tribunal Federal para questionar as novas regras introduzidas para a realização de aborto legal nas unidades do SUS. Na ação, o Ibross argumenta que a norma transfere ao médico e aos demais profissionais das instituições de saúde a atividade policial e de investigação, o que extrapola o atendimento assistencial à saúde por meio do SUS. Sob o aspecto legal, moral e humanitário, o instituto afirma que a portaria constrange e causa sofrimento à vítima, como forma de demovê-la da interrupção da gravidez.[4]

Segundo a entidade, a portaria demonstra o uso político e ideológico do Estado para dificultar o aborto legal. De acordo com a argumentação, a norma confronta preceitos constitucionais pétreos e tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário e simboliza "não apenas o retrocesso nas políticas de proteção à mulher, à criança e ao adolescente como as demais vítimas de violência sexual, que cresce exponencialmente num país que sinaliza para a criminalização da vítima, e não do agressor."[4]

Em 2019, o trabalho da Artigo 195 havia identificado 176 hospitais cadastrados para a prestação de serviço na realização do aborto legal no Brasil ou que haviam feito o procedimento nos últimos dez anos, mas verificou também que apenas 76 prestavam o serviço de fato. Desses 76 hospitais, a pesquisa realizada conseguiu registrar a resposta de somente 16 deles quanto ao acolhimento da mulher em todas as situações, com a existência de serviços especializados de atendimento para o aborto legal, por meio de equipe multidisciplinar, contendo enfermeira(o), médica(o), assistente social e psicóloga(o).[5]

Dessa forma, na consolidação desse cenário já era possível perceber a vulnerabilidade em que se encontram as mulheres, crianças ou adolescentes bem como a fragilização do seu direito à saúde individual e reprodutiva. Agora, com a publicação da nova norma acrescentam-se ainda mais obstáculos para a realização do abortamento legal com segurança. O baixo número de hospitais que realizam o procedimento, oferecendo poucos pontos de referência de modo a dificultar o acesso ao serviço por questões geográficas, além da falta de infraestrutura e de acolhimento adequado, que estejam em concordância com as normativas do Ministério da Saúde para o recebimento dessas pacientes, são desafios que serão somados ao novo papel e função de estado-policial que os profissionais das unidades públicas de saúde ainda terão que executar.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto- Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União 1940; 31 dez. 2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: MS; 1999.

3. Diário da União: Seção 1 ISSN 1677-7042 Nº 166, sexta-feira, 28 de agosto de 2020. Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro.

4. Revista Consultor Jurídico, 3 de setembro de 2020, 7h39.

5. ARTIGO 19 BRASIL Defendendo a Liberdade de Expressão e Informação. ACESSO À INFORMAÇÃO E ABORTO LEGAL, mapeando desafios nos serviços de saúde. 2019. Rua João Adolfo, 118, conjunto 802 CEP 01050-020-Centro-São Paulo-SP.

Violências contra as mulheres no Brasil

Por Débora Fernandes

Em mundo de pessoas confinadas em suas próprias casas, as tensões de violência contra mulheres e crianças têm crescido exponencialmente. Durante a pandemia, muitas mulheres têm ficado presas com seus agressores. Nesse contexto de isolamento, as ligações ao número 180, destinado a receber casos de violência contra as mulheres, subiram mais de 40%, de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Outros dados relevantes demonstram que a quantidade de feminicídios, no estado de São Paulo, quase dobrou e o número de abortos legais disparou em hospitais referência no Brasil. Nesse sentido, o quadro pandêmico escancarou a terrível realidade da violência de gênero no país, a qual sempre esteve presente na sociedade. Portanto, podemos dizer que há em curso duas pandemias: a de covid-19 e a da violência contra mulher, enquanto que o inimigo da primeira é invisível a segunda é invisibilizada.

A violência de gênero sempre existiu no Brasil. A cada hora, quatro meninas brasileiras de até 13 anos são estupradas, além disso 58,9% dos abusos sexuais ocorrem dentro de casa com proximidade entre vítima e agressor, e as crianças até 14 anos são 65,9% das mulheres estupradas, segundo dados do "Dossiê Mulher 2020" divulgado pelo Instituto de Segurança Pública (ISP). Esse é o perturbador cenário encontrado, o qual está inserido em uma sociedade deturpada , dentro de uma cultura arquitetada para desvalorizar e deslegitimar qualquer discurso e presença feminina. Presença a qual é tratada meramente como um "corpo" e vista como propriedade de seus algozes, independente de sua idade e capacidade de cognição, visto que estimativas globais publicadas pela OMS indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida. A mulher se torna um lugar de recepção de violências e, consequentemente, um caso essencial de preocupação da saúde pública.

Nesse contexto, um estudo divulgado em novembro de 2018 pelo UNODC (Escritório das Nações Unidas para Crime e Drogas) mostra que a taxa de homicídios femininos global foi de 2,3 mortes para cada 100 mil mulheres em 2017. No Brasil, segundo os dados divulgados relativos a 2018, a taxa é de 4 mulheres mortas para cada grupo de 100 mil mulheres, ou seja, 74% superior à média mundial. Sendo assim, o Brasil um país que mata muitas mulheres, atitudes que garantam a assistência para a mulher devem ser empregadas, e leis como Lei Maria da Penha de 2006, lei de estupro de 2009, lei do feminicídio de 2015, e a mais recente lei de importunação sexual de 2018 devem ser respeitadas.

O acesso da mulher em situações de violência doméstica e sexual à setores de saúde ainda é limitado. Muitos serviços são inadequados e desencorajam as vítimas a procurá-lo, além disso, muitas mulheres são culpabilizadas pelas agressões que recebem e seus discursos vistos como não confiáveis, sendo elas "forçadas" a sempre terem de provar algo antes de suas falas. Essa situação é rotineira apesar de dados analíticos como os lançados pelo OMS junto à London School of Hygiene and Tropical Medicine e ao Medical Research Council, baseada em dados de 80 países, descobriu que, em todo o mundo, quase um terço (30%) de todas as mulheres que estiveram em um relacionamento sofreram violência física e/ou sexual ou por parte de seu parceiro. Apesar de informações como estas, os empecilhos na busca por ajuda debilita brutalmente o atendimento a saúde da mulher e resulta em números cada vez mais exorbitantes de feminicídios.

Em relação às vítimas de violência sexual, as dificuldades de serviços eficientes e bem estruturados beira o descaso. A maior parte dos municípios e estados não investem recursos suficientes no atendimento de vítimas de estupro, fragilizando os serviços de referência responsáveis por efetuar abortos legais e seguros. Nesse sentido, as barreiras administrativas para a realização desse complexo processo cirúrgico impede a formação de equipes multidisciplinares ideais e necessárias. A negligência do poder público em relação a essas mulheres e meninas invisibiliza cada vez mais o sofrimento de vítimas de crimes tão hediondos e comuns no país.

Nesse ínterim, há diversos serviços, portarias, protocolos clínicos, orientações e normativas que correspondem a interesses benéficos de vítimas de violência sexual, contudo é necessário que sejam realisticamente viabilizados. Um exemplo é a Lei 12.845/13, que obriga os serviços do SUS a prestarem atendimento integral a vítimas de violência sexual, desde o acolhimento, a profilaxia, a atenção psicológica até, se ela estiver grávida, ao acesso ao aborto legal. Entretanto, apesar dessa obrigatoriedade, muitos gestores e diretores descumprem essa lei. Trata-se de um direito civil e constitucional , e a Lei obriga as unidades do SUS a realizarem esse serviço.

Em suma, as violências de gênero demarcam os lugares de poder na sociedade, isto é assegura o local de "inferioridade" da mulher e oculta seu sofrimento. Além disso, não garante o uso adequado do aparato necessário que promoveria saúde física e mental feminina. E isso não significa apenas criar programas e ações, mas colocá-los no centro das prioridades políticas dos gestores da área, o que inclui, por óbvio, recursos financeiros.

ESPECIALIDADES MÉDICAS: ANESTESIOLOGIA

Por Brunna Machado Medeiros

O QUE É

A anestesiologia é uma especialidade médica que atua a fim de proporcionar aos pacientes um estado de ausência de dor, sensação de bem-estar, relaxamento e conforto durante um procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico. Esse profissional deve ser estudante assíduo de anatomia, fisiologia e farmacologia, além de ter conhecimentos técnicos a respeito de equipamentos, procedimentos e materiais.

Para isso, deve-se formar em Medicina e fazer a residência, que dura 3 anos. O título de Especialista em Anestesiologia é dado pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) após uma avaliação. A residência é de acesso direto, sem necessidade de concluir outra residência prévia, como a Clínica Médica. O primeiro ano é voltado para formação de conhecimento nas ciências básicas. A SBA credencia anualmente 98 centros de ensino e cerca de 130 são credenciadas pelo MEC. Na SBA, o sistema de avaliação é feito por provas anuais, o que forma um ranking dos melhores centros de ensino e treinamento do Brasil.

A concorrência para a residência costuma variar de acordo com o local escolhido, haja vista que a distribuição dos centros de ensino é bastante desigual pelo território nacional. Em 2019, a concorrência na FMUSP-SP foi de 11,3 candidatos por vaga, por exemplo.

QUANDO ESSE ESPECIALISTA É PROCURADO

O anestesiologista, ou anestesista, como é mais comumente chamado, atua em diversos momentos a fim de prover o estado anestésico antes de um procedimento, avaliar previamente o paciente, manter otimizada a fisiologia do paciente, minimizar o impacto da agressão cirúrgica, auxiliar no tratamento da dor pós-operatória, entre outros.

Antigamente, os procedimentos cirúrgicos eram feitos sem a intervenção da anestesia, mas hoje a presença desse médico é indispensável para que o procedimento seja realizado, estando presente em praticamente todas as cirurgias e processos que necessitem de cuidados farmacológicos para minimizar os impactos da dor.

DIA A DIA MÉDICO

O médico anestesista é requerido não só para atenuar ou retirar a dor do paciente, mas também realiza rotinas de monitoramento em tempo integral. O profissional deve possuir características como raciocínio sobre algoritmos, resistência à fadiga, capacidade de decisão, liderança, calma, capacidade de transmitir segurança, empatia trabalhando em equipe, destreza manual, boa coordenação olho-mão e boa estruturação argumentativa para se comunicar com pacientes e familiares.

Durante cirurgias gerais, por exemplo, o médico deve cuidar das vias respiratórias dos pacientes, porque a musculatura relaxa e há risco de obstrução das vias aéreas por perda do tônus da musculatura que suporta a língua. Para evitá-la, são introduzidas cânulas orais que mantêm a língua afastada da parede posterior da traqueia ou passa-se um tubo através da boca até a traquéia para permitir a circulação da mistura anestésica.

O anestesiologista pode atuar no centro cirúrgico, no centro obstétrico, no setor de endoscopia, na hemodinâmica, no pronto atendimento, no setor de ecocardiografia transesofágica, transportando pacientes críticos, avaliando pacientes internados, prescrevendo esquemas analgésicos em pacientes operados ou sob cuidados paliativos e no setor de biópsia. Assim, o dia a dia desse médico pode ser bastante variado a depender da área de atuação. Nessa especialidade, o profissional tem mais liberdade para estipular os dias de trabalho e as áreas em que deseja trabalhar, levando em consideração fatores como o tipo de hospital e o número de horas trabalhadas.

HISTÓRIA DA ANESTESIOLOGIA

Durante muito tempo, os procedimentos cirúrgicos foram feitos sem anestesia. Assim, tudo era feito de maneira rápida já que sem anestesia sistemática era impossível manter o paciente imóvel por muito tempo. O índice de mortalidade pós-operatório era tal que os cirurgiões não mexiam com as cavidades naturais do corpo, limitando-se a problemas externos. Porém, alguns povos encontraram formas de driblar a dor, como os gregos que usavam substâncias sedativas e analgésicas extraídas de plantas, a exemplo da mandrágora, os chineses utilizavam acupuntura e os assírios comprimiam a carótida para impedir que o sangue chegasse ao cérebro. Outras maneiras usadas foram gelo ou neve para congelar a região a ser operada, embriagar o paciente, hipnose e imobilização à força.

A primeira cirurgia realizada com anestesia geral ocorreu em 1846, em que o cirurgião John Collins Warren extraiu um tumor submandibular utilizando vapores de éter na boca do paciente. Com o passar dos anos, outras substâncias foram sendo testadas e utilizadas para anestesiar os pacientes, como morfina, clorofórmio, cloreto de etila e protóxido de nitrogênio. Todavia, esses elementos causam diversos efeitos colaterais, dentre eles dispneia, asfixia, cianose, êmese e parada cardíaca. Desse modo, as drogas de administração endovenosa representaram um grande avanço para a anestesia, permitindo uma analgesia mais tranquila e agradável.

CAFÉ: BENEFÍCIOS X MALEFÍCIOS

Por Vitória Costa Ataídes

O consumo diário de café não só é um hábito, mas também uma cultura de fortes e largas raízes na vida dos brasileiros. Levando em conta o contexto histórico pregresso e atual do Brasil, o café teve seu pico inicial de produção e exportação no século XIX com a produção pela mão de obra escrava, em latifúndios regidos pelos Barões do Café, e ainda hoje é um grão que marca a economia, o desenvolvimento e os prazeres do nosso país. "A cultura do café está intimamente ligada a costumes, rituais, estilos de vida, interações sociais e posicionamento, comércio, emprego, pobreza, desigualdades, declínio do ecossistema e turismo"[1]. Mas o que isto tem a ver com a medicina?

É fácil observar que as rotinas vinculadas à assistência à saúde, na grande maioria das vezes, são regadas pelo aroma do café. Desde o início da faculdade, quando a atividade se dá em unidades básicas de saúde, passando pela rotina de estudos extenuante na graduação, pelos estágios ao final dela, pela residência, pelo atendimento especializado. O café, sem dúvidas, é amplamente consumido por profissionais da saúde. O questionamento que fica é até onde seu uso é benéfico, e por quê. A resposta para essa pergunta se fará útil também àqueles que são o alvo do cuidado: os pacientes.

Para o que pode gerar resultados positivos ou pelo menos não danosos? Alunos da FURG (Universidade Federal do Rio Grande), em 2016, fizeram esta mesma pergunta e foram em busca de respostas por meio da aplicação de questionários aos alunos de Medicina do 1º ao 4º ano de sua instituição. Eles pesquisaram o uso de psicoestimulantes e, entre eles, estava a cafeína, levando em conta um consumo igual ou superior a três xícaras de café por dia em pelo menos cinco dias da semana.

A pesquisa concluiu que, entre os 200 alunos estudados, os principais motivos para uso dessas substâncias "são compensar a privação de sono e aumentar a concentração" e que a ingesta regular de café teve efeito positivo sobre o raciocínio em 64,7% dos usuários versus 37% entre os que não tinham consumo regular [2].

Um estudo[3] de 2020 que analisou a associação da ingesta de café com a saúde de uma forma ampla notou que doses moderadas da substância (40-300g por dia) reduzem a sensação de fadiga e aumentam o estado de alerta de atividades de longa duração que necessitam de poucos estímulos. Todavia, vale lembrar que esses benefícios não podem ser extrapolados a compensar a queda de performance em contextos de privação de sono.

A comunidade científica muito tem se questionado acerca das interferências do café no âmbito metabólico. O mesmo estudo supracitado concluiu que o uso se associa a menor ganho ponderal a longo prazo; que a cafeína pode melhorar o balanço energético por reduzir o apetite e aumentar a taxa metabólica basal além da termogênese induzida por determinados alimentos; que o consumo reduz a resistência insulínica a nível hepático, chegando a ser consistentemente associado

à redução do risco de diabetes mellitus tipo 2; que o consumo de café não filtrado e o consumo moderado de café expresso pode ajudar a controlar os níveis de colesterol.

Além disso, várias análises prospectivas por coorte trouxeram fortes evidências que a ingestão de café não se associa a risco de desenvolver câncer. Ao contrário, reduz discretamente o risco de melanoma e cânceres de pele não melanoma, câncer de mama e de próstata. Associações mais consistentes também sugerem diminuição do risco de neoplasia endometrial e hepatocelular.

Não bastasse o já dito, ainda se notou relação inversa entre o uso de café e surgimento de litíase renal, câncer vesical, doença de Parkinson (em modelos animais), depressão e suicídio (estas últimas, levando em conta um consumo não igual ou superior a 8 copos por dia). A conclusão para a mortalidade por todas as causas foi de que beber de dois a cinco copos por dia se associou a sua redução.

Do outro lado da moeda, onde se encontram seus riscos? Estudos da década de 1990 demonstraram uma forte ligação entre infartos do miocárdio e o hábito de tomar café. Porém, observaram tais dados em países onde a preparação era colocar o pó na água fervente para, depois, deixar a solução decantar, sem filtrar. Com este tipo de preparo, realmente, acontecia aumento dos níveis de colesterol, pressão arterial e frequência cardíaca pela cafeína. Bem documentada e comprovada é a possibilidade de induzir a quadros de ansiedade.

Naqueles que não consumiam previamente, a ingestão de café pode elevar os níveis séricos de epinefrina e, consequentemente, da pressão arterial, mas tudo isso em curto prazo, pois a tolerância a esses sinais e sintomas se desenvolve usualmente dentro de uma semana apesar de não ser completa em alguns indivíduos. No caminho oposto, deixar de ingerir após hábito regular prévio pode culminar em sintomas passageiros-porém incômodos: cefaleia, fadiga, diminuição do estado de alerta, humor deprimido e até mesmo sintomas influenza-like. Geralmente este quadro atinge sua máxima intensidade no primeiro ou segundo dia, não durando mais do que nove dias, e pode ser menos impactante se a dose for reduzida gradualmente.

A conclusão que a princípio se chega é: "(...) tudo bem, acordar, escovar os dentes, tomar um café e continuar" - Caio Fernando Abreu.

Como Joseph Lister revolucionou a cirurgia com sua técnica antisséptica

Por Vitória Wasser

As primeiras evidências históricas da Cirurgia datam de cerca de 10.000 anos atrás. Entretanto, empecilhos básicos precisavam ser dominados para o pleno desenvolvimento dela: o sangramento, a dor e as infecções. Com a ideia das ligaduras e com o estabelecimento da anestesia em 1846, os cirurgiões puderam abordar cada vez mais a fundo o corpo humano, aumentando grandemente a quantidade de procedimentos realizados - o que, infelizmente, não foi acompanhado de uma melhora nos resultados cirúrgicos, especialmente nos hospitais, onde os índices de mortalidade eram muito superiores aos de ambientes domésticos - sendo as infecções hospitalares a principal causa.

Até então, cerca de 80% das operações eram seguidas de gangrena, e quase 50% dos pacientes morria após uma cirurgia grande. Não havia sequer a prática de higienizar instrumentos cirúrgicos após procedimentos, ou as mãos antes deles. Entretanto, lidar com infecções cirúrgicas no período vitoriano exigiria mais do que modificações de hábitos e de técnicas: seria necessário contestar todo o arcabouço teórico de como se davam as infecções cirúrgicas. A tradicional teoria humoral, dominante na época, afirmava serem os miasmas (exalações que emanariam de material orgânico em putrefação) a fonte destas moléstias.

Joseph Lister nasceu em 1827, em Essex, em uma família Quacre. Em um período no qual microscópios eram vendidos como "brinquedos para cavalheiros", seu pai contribuiu com o aprimoramento do instrumento, o que lhe rendeu a membresia da Royal Society of London. Lister cresceu entre livros e lentes microscópicas; com 17 anos, saiu de seu vilarejo para cursar medicina na University College of London (UCL). Como estudante de medicina, Lister se afeiçoou ao estudo da fisiologia, aliado ao conhecimento de microscopia obtido com o pai - apesar da descrença de muitos de seus professores na ferramenta.

Na década de 1840, quando Lister era estudante de medicina, o cenário infeccioso encontrado nos hospitais era deplorável: a febre puerperal e outras infecções pós-parto corroboraram com uma mortalidade materna de 1 em cada 210 partos. Os hospitais eram conhecidos como "casas da morte". Quatro grandes infecções os assolavam em surtos periodicamente: a erisipela, a gangrena, a septicemia e a piemia. Em um surto de gangrena, em 1852, no University College Hospital (UCH), a curiosidade de Lister e sua habilidade com a microscopia o levariam a encontrar e descrever "materies morbi" (partículas contaminantes) nas lâminas por ele preparadas com pus dos ferimentos gangrenosos de pacientes acometidos. Nas enfermarias, notava-se que as fraturas simples não infeccionavam, diferentemente das fraturas expostas - sugerindo uma relação entre o contato com o meio externo e a infecção. Alguns métodos eram utilizados no intuito de evitar tal infecção, como métodos oclusivos e ataduras molhadas. Entretanto, sem o conhecimento das causas infecciosas, dificilmente esses métodos obtinham sucesso.

Em setembro de 1853, Lister parte para Edimburgo para acompanhar o renomado cirurgião James Syme, professor de cirurgia clínica da Universidade de Edimburgo. Pretendia passar um mês na Escócia, mas acabou desenvolvendo a maior parte de sua carreira ali. Na Royal Infirmary de Edimburgo, Lister encontrou os mesmos males dos hospitais londrinos. Prosseguiu seus estudos microscópicos coletando amostras dos pacientes.

Até 1860, três médicos haviam defendido a tese da contaminação por materies morbi em detrimento da tese da contaminação miasmática, estudando a febre puerperal: Alexander Gordon, em Aberdeen, 1795; Oliver Wendell Holmes, em 1843, e Ignaz Semmelweis, em Viena, no mesmo período. Entretanto, nenhum conseguiu convencer muitos médicos ou promover grandes modificações nas práticas pré e intra-operatórias. A teoria da abiogênese, segundo a qual seres vivos surgiam espontaneamente de matéria orgânica, ainda recebia grande crédito quando Pasteur, em 1863, publicou seus resultados. Pasteur estudava fenômenos fermentativos e a putrefação e comprovou com seus estudos que não havia geração espontânea, mas sim o contato da matéria orgânica com germes para que fosse possível a ocorrência de tais fenômenos.

Naquele período, acreditava-se que a boa cicatrização de uma ferida deveria ser acompanhada de pus "limpo", e que apenas pus fétido ou excessivo seria sinal de contaminação. Lister correlacionou os fenômenos putrefativos estudados por Pasteur com a contaminação das feridas traumáticas ou pós-operatórias. Passou a buscar uma forma de prevenir a contaminação cirúrgica evitando o contato das feridas com os microorganismos. Testou diversos materiais, aplicados de diversas maneiras e quantidades, seguindo princípios da metodologia científica, e alcançou excelentes e inéditos resultados com o uso do ácido carbólico em 1865.

Lister não foi o primeiro a utilizar a substância no tratamento de feridas, porém, foi o primeiro a utilizá-lo com justificativa teórica segundo os princípios de Pasteur. Inicialmente, aplicou-o em fraturas expostas - que, até então, temendo-se a sepse, eram indicações de amputação do membro acometido. Posteriormente, fez uso dele no tratamento de abcessos do psoas, remoção de tumores, contusões e lacerações. Obteve excelentes resultados nas enfermarias pelas quais era responsável. Em 1867, publicou artigo na The Lancet expondo seus resultados e métodos, de maneira explicativa e replicável, e assumindo seu posicionamento teórico de que os germes eram a causa das infecções. Apesar de seus resultados, encontrou resistência entre muitos cirurgiões.

O arcabouço teórico de seu trabalho, a biogênese, não era bem aceita por muitos colegas de profissão. Mesmo os que se dispusessem a replicar suas técnicas, deveriam segui-las rigorosamente para obterem bons resultados. Dentre os que se opuseram, figurou Paget, que relatou ter resultados ambíguos com a técnica de Lister. Outros até mesmo o acusaram de charlatanismo. No melhor dos cenários, viam-se os resultados de Lister com cautela.

Em 1969, retornou a Edimburgo para lecionar na Universidade de Edimburgo, assumindo o cargo que antes pertencera a seu sogro, Syme, professor de cirurgia clínica, tendo recebido uma carta calorosa assinada por 127 alunos pedindo a ele que aceitasse o posto. Ali, encontrou entre os alunos a disposição necessária para aprender sua técnica antisséptica, a qual era constantemente aprimorada. Insistia na esterilização de todos os instrumentos envolvidos na técnica cirúrgica com ácido carbólico, além das mãos do cirurgião a operar. Passou a testar novos métodos com os fios de sutura, como seda e categute embebidos em ácido carbólico.

Conforme aprimorava seus métodos, foi gradualmente sendo reconhecido. Sua reputação se elevou após tratar com sucesso um abscesso da rainha Vitória, em 1871. Passou a percorrer a Escócia para expor seus métodos, enquanto outros países europeus apresentavam bons resultados com o uso da técnica Listeriana. Em julho de 1876, partiu de navio a vapor para apresentar seu trabalho nos Estados Unidos. Ali, inicialmente, encontrou ferrenha oposição.

Realizou, então, uma viagem por diversos estados norte-americanos palestrando e divulgando sua técnica. Pouco a pouco, mais cirurgiões foram apresentando resultados significativos ao adotá-la.

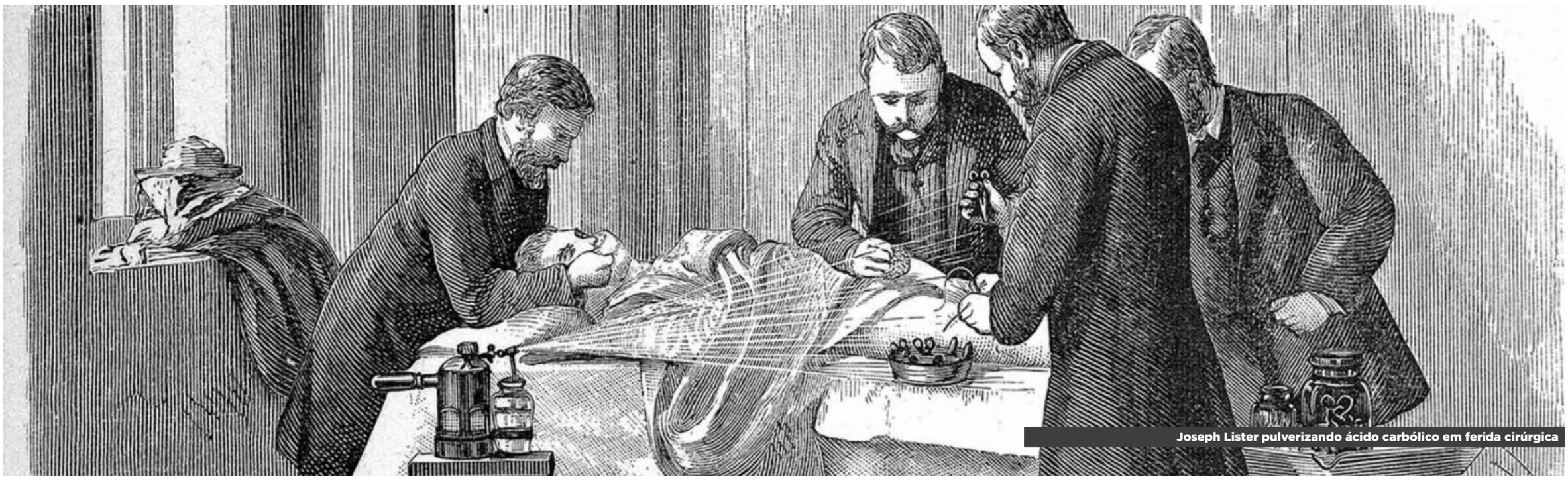
Lister revolucionou a cirurgia por apresentar uma técnica antisséptica fundamentada em um sistema teórico consistente, publicando seus métodos de forma explicativa e didática, e enfrentado a resistência esperada por contrariar as ideias vigentes. Lançou as bases para a assepsia e esterilização utilizadas atualmente, contribuindo com um avanço imprescindível para a cirurgia e para a civilização moderna.

Referências bibliográficas

Fitzharris, L. Medicina dos Horrores: 1.Ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

JESSNEY, B. Joseph Lister (1827–1912): a pioneer of antiseptic surgery remembered a century after his death. Journal of Medical Biography. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/jmb.2011.011074. Acesso em: 5 set. 2020.

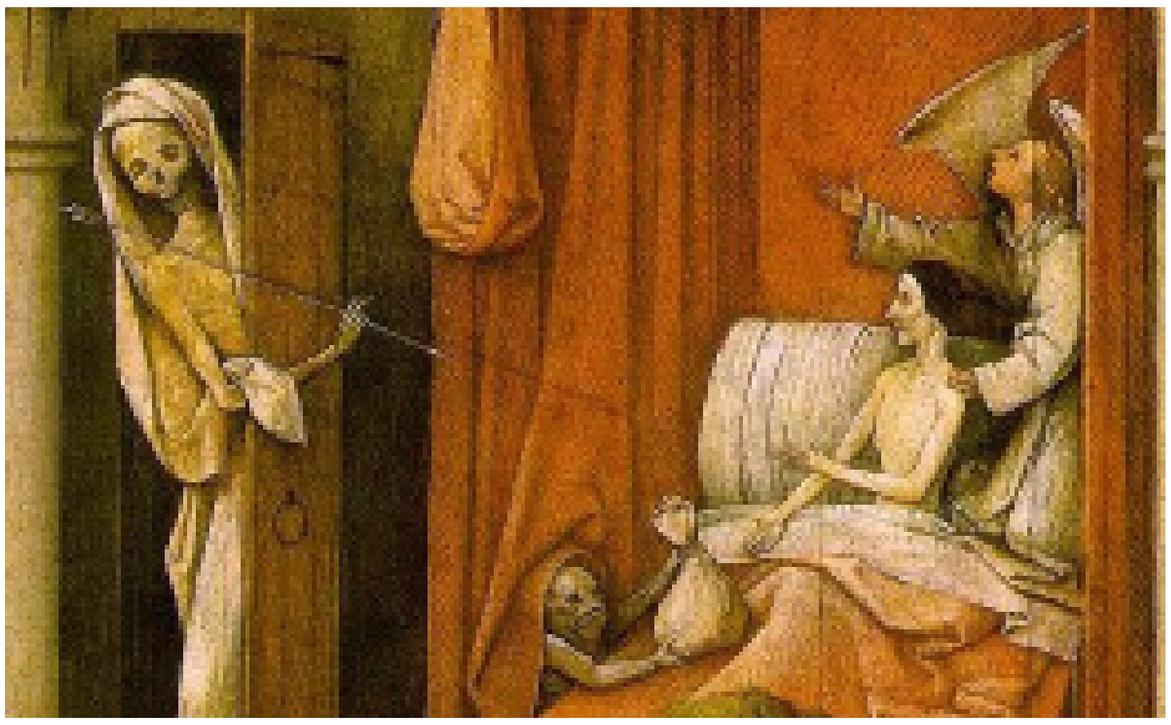
Pitt, D., & Aubin, J. M. Joseph Lister: father of modern surgery. Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468637/. Acesso em: 5 set. 2020.



Joseph Lister pulverizando ácido carbólico em ferida cirúrgica

Uma biografia da morte

Por Thales Aguiar



"Cada vez que eu me despeço de uma pessoa/ Pode ser que essa pessoa esteja me vendo pela última vez/ A morte, surda, caminha ao meu lado/ E eu não sei em que esquina ela vai me beijar"[1]

Inevitável e irreversível, a morte continua a suscitar discussões e a instigar a curiosidade humana. Não poderia ser diferente. Afinal, ainda que o desenvolvimento tecnológico tenha progredido exponencialmente nos últimos duzentos anos, não há respostas que satisfaçam e que encerrem as dúvidas milenares acerca desse fenômeno que transita entre o fantástico e o científico. Contudo, para aqueles que escolhem lidar com a morte de forma profissional, diretamente ou não, há outras dimensões do fenômeno que devem ser reflexivamente discutidas para que se possa agir com integridade e inteligência emocional no cotidiano profissional.

Entender o processo histórico de formação do significado social da morte e de seus signos, portanto, é de valiosa importância para que se possa compreender o que orbita o fenômeno na sociedade ocidental contemporânea – e, dessa forma, ter uma visão holística do impacto social de cada morte. Diversos autores já estudaram exaustivamente tal temática, sendo que duas teorias serão abordadas no presente artigo.

A primeira teoria sobre o tema foi elaborada pelo historiador francês Philippe Ariès (1914-1984). A partir da análise de documentos jurídicos, de textos sagrados, de obras literárias e de outros objetos de pesquisa, o historiador propôs uma visão descritiva do processo de morte durante a história, a qual se modificou de acordo com as novas conformações dos processos de individualização, religiosos e econômicos em cada momento histórico – culminando, por fim, no que o autor descreve como a tentativa contemporânea de distanciamento e silenciamento da morte. Para tal, Ariès divide em cinco fases esse processo histórico2.

A primeira fase, denominada "morte domada", ocorreu até o século XII, estando relacionada à ausência de medo em relação à da morte – tanto por parte do enfermo, quanto da sociedade a sua volta. Dessa forma, o leitode morte era na própria casa indivíduo, sendo que toda a família, incluindo as crianças, participavam do processo de morte. Além disso, a própria família lidava com o cadáver e o enterrava em ambientes próximos, como no quintal de casa. A morte de uma pessoa era compreendida como a perda de um membro da sociedade e não como uma perda específica.

A segunda fase, "morte de si mesmo", ocorrida entre os séculos XII e XVII, estaria atrelada ao início do processo de individualização proposto por movimentos culturais como o Renascimento e o início do Iluminismo. Ainda que a morte continuasse ocorrendo em casa e o cadáver fosse enterrado em ambientes familiares, houve uma mudança na percepção social da perda. A visão coletiva da morte foi deslocada para a visão privada. O confronto com a morte passou a ser um risco e um medo pessoal para os indivíduos, repercutindo, por exemplo, nas artes, com uma maior produção iconográfica do tema. Além disso, as crianças começaram a ser menos expostas ao processo de adoecimento de entes familiares.

A terceira fase, "morte longa e próxima", compreendia entre o século XVII e XVIII, estaria relacionada ao início da percepção de que poderia haver vida no corpo do morto, uma vez que foi constatado que muitas consequências metabólicas biológicas não se encerravam no suposto momento da morte. Por consequência, indivíduos começaram a ser enterrados em caixões, para que, caso estivessem vivos, houvesse uma chance de indicar às pessoas próximas e conseguirem sair. Ainda, o processo de velar o morto passou a ser mais demorado, levando até 48 horas em casos extremos. Tal visão foi influenciada pelo desenvolvimento científico que começou a ganhar mais velocidade no período, colocando em dúvida certezas religiosas e criando novas questões a partir da ciência.

A quarta fase, "morte do outro", está situada entre os séculos XVIII e XIX, período historicamente relevante para a humanidade por conta das muitas mudanças sociais ocorridas, como aqueles causados pela "Era Vitoriana" e pela "Belle Époque". A principal característica desta fase foi o deslocamento do medo da própria morte para o medo da morte do outro. Dessa forma, as manifestações de dor diante da morte passaram a ser mais exageradas. Em contrapartida, as cerimônias de cortejo do corpo do morto passaram a, gradualmente, perder a dimensão religiosa. Os cemitérios passaram a ser cada vez mais comuns e distantes dos centros das cidades.

A quinta e última fase, "morte interdita", compreendida, de acordo com Ariès, do século XIX até os dias de hoje, está centrada no desenvolvimento científico e na burocratização do estado. O adoecimento começou a ser tratado de forma mais pragmática e científica, havendo cada vez mais intervenção da medicina e uma popularização dos hospitais – que também se tornaram o mais comum leito de morte do paciente. A família perdeu a função de lidar com o cadáver a partir do estabelecimento dos serviços funerários. O ato de velar passou a ser menos duradouro e, ainda, passou a ocorrer de forma mais minimalista e menos religiosa. Assim, a morte passou a ser tratada no sentido de ser escondida3.

Sob outra ótica, o sociólogo Anthony Giddens4 (1938-) também abordou o tema. Não a partir do processo de construção histórico, mas da perspectiva dos múltiplos atores sociais que influenciam a complexidade da morte no mundo ocidental. Dessa forma, de acordo com o autor, múltiplos atores enxergam com diferentes significados o fenômeno, com isso, interagindo e produzindo densidades diversas de significado para a morte de cada indivíduo. Para explicar tal teoria, Giddens lista cinco grandes atores principais que traduzem o significado do morrer: familiar, religiosa, estatal, tecnocientífica e mercadológica.

Para o ator-família, que contempla familiares e amigos próximos, a morte é percebida como uma perda insubstituível. Dessa forma, é socialmente esperado que haja o processo luto por parte daqueles que contemplam tal esfera. O ator-religião, composto por sacerdotes da religião do falecido ou da religião dos familiares, por outro lado, vê a morte sob a perspectiva espiritual e ritualística, sendo necessários ritos preestabelecidos para que haja amparo sentimental ao ator-família.

O terceiro ator é o ator-estado, descrito pelo sociólogo como aquele que é responsável por verificar a legitimidade da morte perante a sociedade, garantindo que não tenha havido circunstâncias que ameacem a integridade do corpo social. Ainda, é responsável por finalizar as pendências burocráticas relacionadas com o morrer, como testamentos, heranças e débitos financeiros. Ator-mercado, o quarto descrito, é composto por pessoas e empresas que lidam com o morrer sob a perspectiva do lucro – ou do prejuízo, algumas vezes estando aqui incluídos hospitais particulares e alguns profissionais da saúde. É composta classicamente por funerárias, floriculturas, cemitérios e outros agentes do mercado. O autor, por fim, descreve o ator-tecnocientífico, aquele composto por profissionais da área da saúde, os quais enxergam a morte sob a perspectiva de falha técnica dos instrumentos de intervenção da ciência sobre a vida5.

É importante salientar, contudo, que Giddens percebe que tais atores se apresentam de forma mais ou menos densa ao serem confrontados com a morte de diferentes indivíduos da sociedade, promovendo uma heterogeneidade do fenômeno. Por exemplo, algumas famílias necessitam de orientação de indivíduos que compõem o ator-mercado, como advogados, para lidarem com as questões burocráticas da morte de um patriarca ou de uma matriarca que era responsável pelo sustento financeiro de integrantes do ator-família. No mesmo sentido, a morte repentina de um indivíduo que ocupava um importante cargo estatal, poderá impactar a vida de milhares de pessoas ao desfalcar o ator-estado repentinamente.

Compreende-se, portanto, que a morte carrega diversos significados, desde aqueles construídos a partir de processos históricos até aqueles que foram manufaturados na contemporaneidade. Então, é imprescindível que profissionais e futuros profissionais da saúde percebam o impacto que suas ações podem causar, tanto suas ações técnicas, que buscam promover saúde, evitar sofrimento e prolongar a vida com qualidade para o paciente, quanto suas ações humanitárias, como apoio psicológico a famílias fragilizadas com a expectativa ou com a concretização da morte de um familiar.

Com a intenção de humanização no tratamento de pacientes em condição de terminalidade, o Cuidados Paliativos, órgão do Departamento de Medicina Social da UFPel, tem buscado oferecer um local acolhedor para seus pacientes por meio da construção do Hospice – o qual se encontra em fase final. Quando entrar em atividade, o Hospice da UFPel irá ofertar a Pelotas um serviço que visa à quebra da impessoalidade da morte por meio deste ambiente que se propõe a emular o aconchego de um lar em vez de um leito hospitalar. Este exemplo ensina que o desenvolvimento técnico da medicina não precisa estar dissociado da humanização da prática médica. Morrer é necessário, mas o significado da morte pode ser trabalhado para que este momento seja o menos traumatizante possível para todos.

Referências:

[1] RAUL SANTOS SEIXAS, "CANTO PARA MINHA MORTE", 1976

[2] ARIÈS, P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

[3] SANTANA, Crisley Buqueroni; Correia, Jânia Aparecida. A HISTÓRIA DA MORTE NO OCIDENTE E O CONTEXTO SOCIAL COMO FATOR DE RISCO PARA O SUICÍDIO. Revista científica "Ambiente acadêmico", Volume 1, número 2, julho a dezembro de 2015 - ISSN 2447-7273

4 GIDDENS, Anthony. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

5 MATTEDI, Marcos Antonio; PEREIRA, Ana Paula. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. Cad. CRH, Salvador , v. 20, n. 50, p. 319-330, Aug. 2007 . Available from <https://bit.ly/37UBQl8>. access on 04 Sept. 2020. https://doi.org/10.1590/S0103-49792007000200009.

Pareidolia e autismo: como essa relação pode ser útil na medicina?

Por Beatriz Floriam Foltran

Observe a pintura ao lado ou, então, encare a tomada mais próxima. Caso você já tenha reconhecido rostos humanos em objetos onde não há propriamente um rosto, saiba que se trata de um fenômeno denominado pareidolia facial. Isto é, um evento automático, rápido e subconsciente, no qual o cérebro humano interpreta estímulos visuais identificando olhos e bocas no ambiente, incluindo ainda expressões nessas figuras formadas, seja espanto, tristeza ou alegria.

Evolutivamente, fica simples imaginar a vantagem de ser capaz de visualizar rostos ao redor de si, já que, há milhares de anos, quem fosse capaz de reconhecer a face de um predador camuflado no ambiente teria uma carta na manga para sobreviver. Assim, a humanidade manteve essa capacidade ao longo da evolução, ainda que, nos dias atuais, a pareidolia seja encarada mais como um motivo para postar aquela foto engraçada no feed. Aliás, dois ovos fritos realmente lembram uma cara assustada.

Mas qual seria a utilidade da pareidolia na medicina? Um estudo publicado na revista Nature mostrou que pacientes com transtorno do espectro autista (TEA) têm pareidolia facial reduzida. Basicamente, tendo em vista que o autismo é uma gama de condições de neurodesenvovimento caracterizadas pela comunicação e interação social prejudicadas, como também por interesses restritos e comportamentos repetitivos, o grupo de pesquisadores buscou analisar se a capacidade de abstrair rostos humanos em objetos estaria defasada nesses pacientes.

Jovens de 11 a 17 anos diagnosticados com TEA em variados níveis foram recrutados no Hospital Civil de Brescia, na Itália, e jovens de desenvolvimento típico (DT) foram selecionados na população da cidade italiana, de modo que ambos grupos estivessem emparelhados em sexo e idade. Parte do estudo baseou-se na apresentação, aos participantes, de imagens no estilo das pinturas do artista italiano Giuseppe Arcimboldo (imagem ao lado) caracterizadas pela composição de figuras humanas utilizando alimentos.

A tarefa, no estilo teste Face-n-Food, incluía a demonstração de 10 imagens, partindo da menos para a mais parecida com um rosto, sendo os participantes responsáveis por identificar se a representação era apenas uma composição de elementos ou reproduzia um rosto humano. Os resultados demonstraram que indivíduos com TEA exibem ajuste de face prejudicado, pois os limiares para o reconhecimento das imagens como um rosto humano desses participantes foram maiores em comparação aos limiares dos indivíduos de DT. Em números, enquanto o grupo de DT obteve quase 50% de reconhecimento fácil na imagem 3 e nível máximo de desempenho nas imagens 5 e 6, os jovens com TEA obtiveram reconhecimento facial acima de 50% entre as imagens 6 e 7, além de atingirem o nível máximo apenas na imagem 10 (87,7% reconheceram um rosto na última imagem).

O estudo não mostrou relação entre o desempenho e escores gerais de QI, indicando que o mau desempenho na tarefa no TEA não está relacionado a uma possível deficiência intelectual ou cognitiva. Entretanto, os resultados obtidos podem estar vinculados a características sociais do autismo como sinceridade e percepção literal de ironias e humor, além de dificuldades em ler rostos e interpretar as informações presentes neles, como o estado emocional. Essa característica do autismo fica bem evidente na série "Atypical", produção original da Netflix, na qual o protagonista Sam, um adolescente que está no espectro e tem alta funcionalidade, desenvolve uma comunicação com o mundo moldada ao pé da letra. A necessidade das conversas e expressões serem literais nas relações de Sam não está relacionada ao seu desempenho escolar, por exemplo: sua capacidade intelectual é plena. Na tarefa do Face-n-Food, a percepção dos alimentos objetivamente não permite a visualização do todo como um rosto, sendo necessária uma pitada de subjetividade em certos casos de pareidolia.

O estudo não somente dá suporte ao ajuste facial atípico no espectro, mas, apoia que atividades de pareidolia facial sejam aliadas a registros de atividade cerebral, como achados eletroencefalográficos, durante a investigação de autismo. O método pode ser benéfico em múltiplas desordens de neurodesenvolvimento, como é o caso de pacientes com Síndrome de Williams (SW), os quais foram envolvidos em outro estudo baseado na tarefa de Face-n-Food, cujos resultados mostraram uma capacidade de identificar rostos muito menor do que no TEA, ainda que os indivíduos com SW, ao contrário do autismo, possuam uma personalidade hipersocial e uma fascinação particular a rostos.

A pareidolia parece mesmo ser mais um caminho pródigo a ser investigado pela neurociência. Ela pode ser encarada como um achado da evolução, como uma brincadeira da internet ou como um instrumento de diagnóstico na medicina, mas o fato é que, considerando o universo da mente humana, a pareidolia está longe de ser completamente compreendida.

Referência:

PAVLOVA, M. A. et al. Social cognition in autismo: Face tuning. Nature, Itália, 7:2734, p. 1-9, mai./2017. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41598-017-02790-1#Sec3. Acesso em: 22 ago. 2020.

O uso da Variabilidade da Frequência Cardíaca para evitar lesões esportivas

Por Henrique Geromel Meneghetti

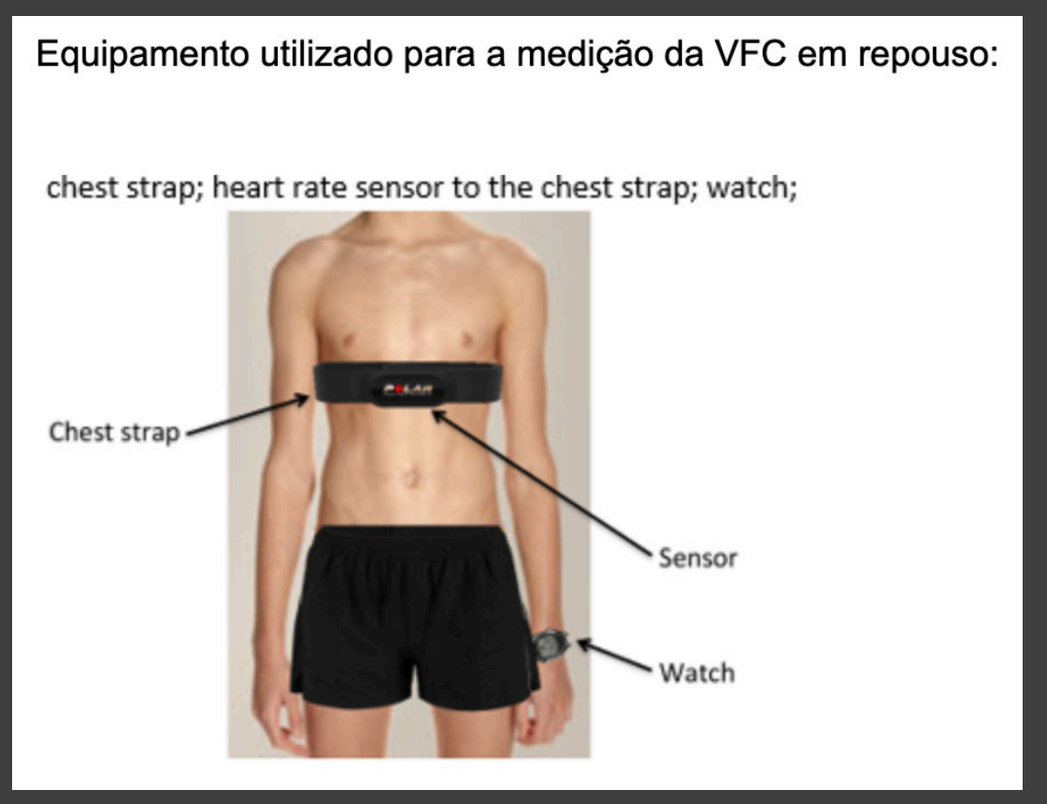
É indiscutível a importância do esporte para saúde em diversos aspectos, haja vista a atuação sistêmica dessa prática para a saúde corpórea. Dentre seus benefícios podem ser citados o aumento do condicionamento físico, da resistência imunológica, a diminuição da chance de cardiopatias, na melhora da concentração e em aspectos estéticos. Além disso, a prática esportiva é de extrema valia para a regulação do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), já que ela é capaz de diminuir a atuação do SNA Simpático e aumentar a do Parassimpático, aproximando, desse modo, os parâmetros do equilíbrio autonômico: a proporção ideal de simpático e parassimpático em repouso para o bom funcionamento visceral.

A Variabilidade da Frequência Cardíaca (VFC) é um parâmetro que avalia as oscilações no intervalo entre batimentos cardíacos consecutivos, chamado intervalo R-R, e representa a capacidade do SNA de se adaptar a estímulos externos, os quais podem gerar uma estimulação simpática (estado de vigília) ou parassimpática (estado de descanso ou repouso) e, por isso, alterar os intervalos entre batimento cardíacos consecutivos (fator impactante na VFC). A não ocorrência de um equilíbrio autonômico no corpo humano é interpretada como baixa VFC, pois o corpo não consegue se adaptar no tempo esperado à estimulação externa simpática ou parassimpática e ainda possui ativação de um dessas formas do Sistema Nervoso Autônomo em repouso.

Essa desregulação do equilíbrio autonômico pode ser consequência do treinamento excessivo de atletas, pois isso exige muita ativação simpática, que a longo prazo desregula esse equilíbrio - guinando para uma maior ativação simpática até em repouso, especialmente quando se trata de atividades físicas de alta intensidade. O atleta que possui ativação simpática excessiva sofre com diversas consequências desse fato, incluindo o aumento da frequência cardíaca e da pressão sistólica. Na aplicação esportiva interessa a influência da desregulação nas lesões dos atletas. Isso ocorre devido à própria perda de funcionamento sistêmico e visceral ideal.

Sabendo dessa problemática é de extrema valia que os profissionais de saúde que acompanham os atletas, como fisioterapeutas e médicos, façam a leitura diária da Variabilidade da Frequência Cardíaca para que saibam do funcionamento do Sistema Nervoso Autônomo do atleta e possam obter informações a respeito das consequências dos treinos para que possam adaptar isso diariamente à capacidade de reação do corpo aos estímulos. Assim, evita-se a sobrecarga do corpo do esportista. Além disso, uma alta ativação simpática em repouso indica sobrecarga do atleta e avisa aos profissionais da saúde que a exigência contínua e intensa pode gerar uma lesão.

Com a ferramenta da Variabilidade da Frequência Cardíaca, portanto, a predição de uma lesão esportiva pode se tornar realidade e, por isso, ela pode ser evitada com a adaptação dos treinos à capacidade de cada atleta, visando à preservação de sua integridade física. Isso pode, inclusive, aumentar a performance do atleta a longo prazo por ele não necessitar se ausentar dos treinos por conta de uma lesão.



Obesidade Infantil – Orientações para atenção primária à saúde

Por Rayane G. de Oliveira

Idade(anos)	Tempo de exercício recomendado	Exemplo de atividades
0-1	30 minutos por dia	Permanecer na posição prona ou engatinhar
1-2	180 minutos por dia	Correr, jogos e brincadeiras ao ar livre
3-4	180 minutos por dia, sendo 60 desses minutos de atividade vigorosa ou intensa	Andar de bicicleta, correr, jogos, possibilidade de práticas esportivas
5-10	Pelo menos 60 minutos por dia	Exercício para fortalecimento ósseo e muscular por pelo menos três vezes na semana

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, estimou que cerca de 41 milhões de crianças menores de cinco anos eram identificadas com sobrepeso ou obesidade. No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informam que, em 2015, dos adolescentes entre 13 e 17 anos, cerca de 7,8% apresentavam sobrepeso ou obesidade. Ademais, segundo o Ministério da Saúde, crianças com esse diagnóstico possuem risco de desenvolver inúmeras doenças. Entre elas, estão problemas osteoarticulares, psicológicos, dislipidemias, diabetes, câncer e doenças vasculares na vida adulta.

Mediante os dados alarmantes, a OMS publicou, em 2017, um guia de diretrizes para orientar profissionais da atenção primária à saúde a identificarem e cuidarem de crianças com sobrepeso ou obesidade. Segundo esse documento, em consultas médicas, toda criança menor de cinco anos deve ter sua altura e peso medidos e comparados com os padrões de crescimento da própria OMS. Quando uma criança nessa faixa etária é identificada como obesa ou com sobrepeso, os profissionais da atenção primária à saúde devem oferecer aconselhamento nutricional para seu cuidador. Além disso, como fator de prevenção, até os seis primeiros meses de vida, deve-se promover a amamentação exclusiva e a sua continuação até os 24 meses.

Para as crianças maiores de cinco anos, a recomendação é que os profissionais da saúde, ao identificarem o sobrepeso, prestem aconselhamento nutricional e sobre atividades físicas para os cuidadores. Em alguns casos, é interessante incluir a criança na conversa para que ela participe e entenda a relevância do programa. É importante destacar que o aconselhamento deve ser pensado com base na realidade e nas práticas alimentares da região. Além disso, o acesso e a disponibilidade dos alimentos também são pontos a serem considerados.

Outro ponto destacado foi que os profissionais da saúde, ao identificarem uma criança obesa ou com sobrepeso, devem aferir sua pressão arterial e glicemia, já que comorbidades podem ser encontradas. Outrossim, a própria unidade de saúde deve oferecer um acompanhamento para as crianças e para seus cuidadores. Em casos mais graves, ou quando a unidade básica de saúde não possuir os recursos necessários para o atendimento e acompanhamento (como esfigmomanômetros pediátricos), a criança deve ser encaminhada para um serviço especializado.

Destaca-se que esse acompanhamento das crianças e aconselhamento de seus cuidadores por profissionais da saúde é de extrema importância. Um artigo intitulado "Obesidade infantil na percepção dos pais", publicado na Revista Paulista de Pediatria em dezembro de 2011, indicou que os pais tendem a subestimar o peso dos filhos, principalmente, quando os pais são obesos. Além disso, muitos pais, ao descreverem seus filhos, diziam que eles eram "fortes", "robustos" ou que "possuíam melhor saúde em relação às outras crianças", sobretudo, em regiões de carência alimentar. Fatores que influenciam essa percepção parental são o sexo e a idade das crianças, já que algumas análises indicam que crianças menores de seis anos são aquelas em que os pais analisam o peso de forma mais incorreta. Ademais, o peso das meninas é mais correntemente analisado pelos pais. Além disso, a renda e a escolaridade dos pais são também fatores determinantes, haja vista que, em famílias mais pobres, essa percepção é ainda mais defasada.

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2019, lançou a campanha "1, 2, 3 e já! Vamos prevenir a obesidade infantil". Ela foi pautada em três parâmetros: alimentação saudável, estímulo às atividades físicas e menos tempo de tela em aparelhos eletrônicos e televisão.

A cartilha para profissionais da atenção primária, encontrada no site oficial do Ministério da Saúde, traz instruções que devem ser repassadas aos responsáveis das crianças. Em primeiro lugar, sobre alimentação saudável, é recomendado o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e sua continuidade até os dois anos, açúcar zero até os dois anos de idade, estímulo ao consumo de água e alimentos minimamente processados. Em segundo lugar, quanto às atividades físicas, elas devem ser apropriadas para a idade. Na tabela 1, seguem o tempo e exemplos de possíveis atividades adequadas para cada faixa etária.

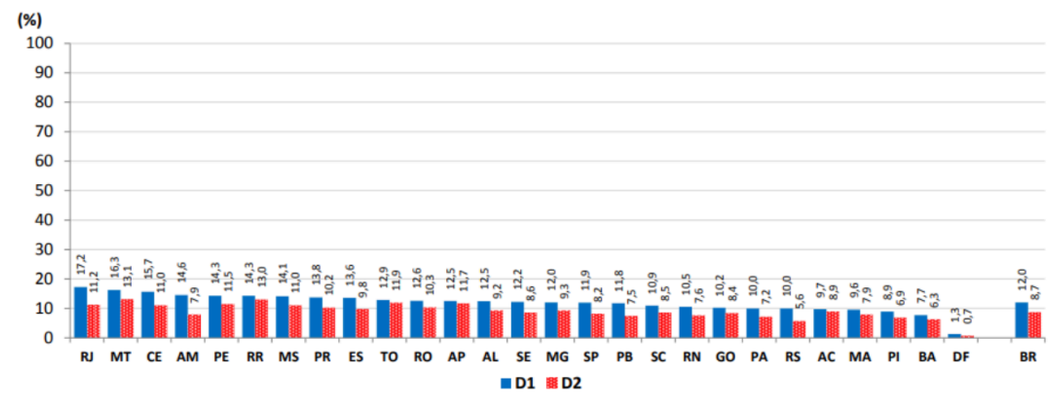
Em terceiro lugar, o tempo de tela deve ser reduzido. Para crianças menores de um ano, especialmente, não é recomendado o uso de aparelhos eletrônicos. Já para crianças com dois anos, o tempo máximo deve ser de uma hora por dia. No caso das crianças maiores, deve se estimular o revezamento com outras atividades como brincadeiras e leitura.

Assim, o profissional da saúde deve estar atento às recomendações oficiais sobre o combate à obesidade infantil. Ele deve destacar, para os cuidadores, que alguns alimentos processados que informam serem fontes de vitaminas não são necessariamente saudáveis. Nesses casos, é útil orientar sobre uma alimentação pautada na diversidade de alimentos. Em última análise, urge que os responsáveis pela criança sejam orientados sobre as possíveis comorbidades relacionadas à obesidade infantil e, também, o possível reflexo na vida adulta.

HPV: a necessidade da vacinação e os tabus que a cercam

Por Kellen Crizel da Rocha

Figura 2: Cobertura vacinal com a primeira e segunda doses (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente, na população feminina de 9 a 13 anos, segundo a unidade federada. Brasil, 2016.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE

No Brasil, a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) começou a ser distribuída nas escolas em 2014 para meninas entre 11 e 13 anos. Posteriormente, a idade de vacinação foi diminuindo e os meninos também passaram a fazer parte do público-alvo das campanhas. Mas qual a relevância de aplicar a vacina em idades anteriores ao início da vida sexual? E por que as campanhas dos últimos anos não estão cumprindo suas metas?

Em primeiro lugar, faz-se necessário entender o que é o HPV e como ele é transmitido. Ele está entre as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns atualmente no Brasil. No país, o Ministério da Saúde divulgou um estudo epidemiológico que revelou a presença do vírus em 54,6% dos jovens de 16 a 25 anos. Na grande maioria dos casos, a infecção regride espontaneamente; contudo, nos casos em que ela persiste, há o aparecimento de verrugas genitais, lesões intraepiteliais escamosas e até câncer – destacando-se o de colo de útero.

A transmissão do HPV se dá por contato sexual. Dado o fato de que o vírus se aloja tanto na pele quanto na mucosa, o preservativo, apesar de ser muito importante, não garante a proteção efetiva. Isso se dá pelo fato de que o preservativo masculino não cobre toda a área genital, e, apesar do feminino abranger mais a vulva, não se tem estudos suficientes para determinar sua eficácia na proteção contra o HPV. Além disso, a transmissão pode ocorrer antes da colocação do preservativo durante o contato pele a pele.

Outro aspecto importante é a ineficiência da resposta imunológica adquirida pela infecção natural. Estudos feitos na Costa Rica mostraram que a reincidência da doença em mulheres soropositivas para HPV é a mesma que nas soronegativas. Consequentemente, a vacina é a única forma de prevenção que realmente funciona. A vacinação estimula a produção de anticorpos a partir da inserção de partículas semelhantes ao capsídeo viral, ou virus like particles (VLP), no organismo. Tais anticorpos, no líquido intercelular, inativam o vírus. Porém, uma vez que o HPV entra na célula, esse mecanismo de proteção não ocorre. Por esse motivo, é importante a imunização antes do início da vida sexual.

Das vacinas contra o HPV disponíveis no Brasil, tem-se a bivalente, que oferece proteção apenas contra os tipos 16 e 18 do vírus, e a quadrivalente, que também protege contra os tipos 6 e 11. Os dois primeiros tipos são os mais relacionados ao câncer; os dois últimos, às verrugas genitais e à papilomatose recorrente juvenil. Altamente imunogênica, a vacina diminui a incidência, a prevalência e a persistência viral. Também é considerada altamente segura pela Organização Mundial da Saúde: mais de 200 milhões de doses foram distribuídas pelo mundo até o início de 2016 e nenhum efeito colateral grave foi documentado, apenas dor, edema e eritema no local da injeção (10 a 20%).

Em 2014, uma colaboração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação possibilitou que a meta de cobertura da vacinação fosse ultrapassada, uma vez que a aplicação acontecia nas escolas. Contudo, a partir de 2017, a vacina passou a ser oferecida somente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que impossibilitou o mesmo sucesso do início da campanha. Além disso, a adesão à segunda dose foi sempre bem menor quando comparada à primeira (Figura 1). Dessa forma, o país não consegue uma cobertura significativa.

Muitos são os porquês dessa negligência em relação à vacina contra o HPV. Em primeiro lugar, há uma crença infundada de que, por se tratar de uma doença sexualmente transmissível (DST), a aplicação da vacina induziria as crianças e os adolescentes imunizados a começarem a vida sexual de forma precoce e sem dar atenção às outras medidas preventivas. Também não se pode deixar de comentar as várias notícias espalhadas pelas redes sociais acerca de possíveis casos de paralisia depois da aplicação da segunda dose, que mesmo desmentidas pelas autoridades competentes, causaram pânico nas comunidades. Soma-se a isso a precariedade do serviço de saúde em diversas regiões do Brasil.

A vacinação e o rastreamento de câncer de colo de útero são as duas principais medidas de prevenção contra o HPV e devem ser endossadas por todos os profissionais de saúde. O Brasil, referência mundial na década de 1990 no combate à AIDS, não pode ficar para trás na luta contra o HPV. Basta redirecionar os recursos já existentes e usar a estratégia que um dia já foi bem sucedida: a vacinação escolar.

Luto: do saudável ao patológico

Por Mariana Gouvêa

A morte é uma etapa natural do nosso desenvolvimento humano. Apesar disso, vivenciamos sentimentos de medo, angústia e inquietação quando nos deparamos com essa realidade. No que tange ao contexto atual de pandemia da COVID19, esses sentimentos tendem a aumentar e gerar mais sofrimentos para a população, uma vez que o medo da perda é ainda maior.

Quando falamos de luto, referimo-nos à perda de um objeto de amor causada pela morte. Segundo Parkes, o Luto "normal", ou natural, é uma resposta saudável quando o enlutado consegue expressar a dor a partir do reconhecimento, reajustamento ou no investimento em novos vínculos. Contudo, quando o indivíduo não consegue se ajustar a essa adversidade, ele pode desenvolver o Luto complicado, que se manifesta por sintomas físicos e mentais que favorecem a negação da dor.

De acordo com Elizabeth Kübler-Ross, o Luto possui cinco estágios: negação (o indivíduo nega o acontecimento), raiva (dos médicos, dos familiares ou das pessoas sadias), barganha (acordos e promessas espirituais, por exemplo), depressão (quando as pessoas ficam pensativas sobre o que a vida fez com elas) e aceitação (quando conseguem expressar seus sentimentos de forma a entendê-los). Para Bowlby, por outro lado, possui quatro fases: entorpecimento (fase de choque e negação), anseio (desejo de recuperar a perda), desorganização (pessoa se sente abandonada e incapacitada) e reorganização (consegue entender o processo e se readaptar). Contudo, independente da teoria, o importante é entender que essas fases não são lineares e podem ocorrer oscilações entre perda e restauração.

Com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5, podemos entender os critérios de diagnóstico do Transtorno de Luto Complexo Persistente. Para estar em um quadro de Luto complicado a pessoa precisa ter passado por uma situação de morte de alguém com quem tinha relacionamento próximo e que os sentimentos de perda persistam por, pelo menos, 12 meses após a morte - em pacientes adultos- e seis meses, em crianças.

Importante destacar os fatores de risco para o desenvolvimento do Luto complicado, tais como: morte traumática (devido a um homicídio, suicídio, grau de sofrimento do falecido, nível de lesões, natureza maldosa ou intencional da morte, dentre outras), idade (morte de crianças ou de jovens) ou questões culturais.

De acordo com dados divulgados no II Fórum de Cuidados Paliativos do CREMEB, para cada morte, cerca de 4 a 11 pessoas apresentarão reações de Luto. Isso significa que, dos 114.744 óbitos registrados decorrentes da pandemia do COVID-19 no Brasil até o dia 23 de agosto de 2020, mais de 500 mil pessoas ficaram enlutadas - se considerarmos uma média de 5 pessoas por óbito.

Isso reflete a importância de estratégias terapêuticas, sendo a psicoterapia fundamental para a reorganização da pessoa em sua situação de sofrimento. A terapia deve ser personalizada, identificando os recursos internos e externos disponíveis do enlutado, bem como avaliar as principais preocupações do paciente para que ele aprenda a lidar com os sentimentos que surgem. Não se pode falar em um momento certo para intervir, pois cada processo de luto é diferente.

Com isso, ressalta-se a relevância dos serviços de acolhimento/aconselhamento, como: apoio da equipe médica (utilização do Protocolo Spikes, por exemplo, que são passos para comunicar más notícias), de enfermagem, da assistência social e de psicologia; serviços voluntários de escuta terapêutica e grupos de autoajuda.

Slow Medicine: A Medicina Sem Pressa
Um olhar de retorno para a essência do cuidar

Por Alessandra Souza

A Medicina contemporânea vive uma fase de grandes transformações, nas quais várias conquistas foram efetivadas com o auxílio das tecnologias e do descobrimento de novas técnicas. Neste contexto, aumentou-se a expectativa de vida da população, controlaram-se muitas doenças infecciosas e se fizeram significativos avanços no diagnóstico por imagem. Entretanto, este salto positivo na Medicina também modificou a relação médico-paciente, que muitas vezes transcorre de maneira distante. Devido ao uso exacerbado de tecnologias, o foco do médico passou a centrar-se muito mais na doença do que na pessoa em si. Diante disso, a Slow Medicine (medicina sem pressa) busca o resgate da essência do cuidar e uma medicina mais humanizada.

O conceito de Slow Medicine tem sua origem na Itália, quando em 1986 surgiu o Movimento Slow Food, criado por Carlos Petrini, jornalista e ativista italiano. A ideia desta mobilização consiste em defender a boa comida e um ritmo de vida mais lento. Mais tarde, o conceito "slow" foi ampliado para diversas vertentes, porém foi somente em 2002, também na Itália, que sua primeira alusão à Medicina foi disseminada. Isto se deu por meio da publicação do artigo "Invitation to a slow medicine" em um suplemento do Italian Heart Journal. Nele, o cardiologista Alberto dolara colocou o movimento como uma contrapartida ao constante impulso de aceleração da sociedade moderna e discorreu em defesa de uma medicina mais cautelosa e ponderada.

No Brasil, o marco inicial da medicina sem pressa ocorreu em 2014, com o lançamento do Livro "O doente imaginado" em uma entrevista para a revista Veja. O autor do livro é o doutor Marco Bobbio, professor de Cardiologia e um dos líderes do movimento na Itália. Em 2016, o movimento se consolidou com o site Slow medicine, hoje principal mecanismo de divulgação desta temática.

A slow Medicine é uma filosofia de vida e pode ser vivenciada dentro de qualquer especialidade médica. Ela é uma perspectiva de Medicina que propicia um cuidado apropriado à singularidade de cada paciente: não apenas no sentido biológico, mas também social e emocional. Ela é baseada em três pilares principais, que foram extraídos do Manifesto Slow Medicine italiano, são eles:

Medicina sóbria: nem sempre fazer "mais" significa fazer "melhor";

Medicina respeitosa: centrada na ideia de que os valores, as expectativas e os desejos do paciente são invioláveis;

Medicina Justa: visa cuidado adequado e individualizado a cada pessoa e a diminuição da desigualdade.

Essa filosofia busca o retorno da Medicina ao posto de ciência do cuidado humano. Entre os seus princípios, encontra-se o tempo para ouvir e refletir sobre a condição clínica do paciente. Isto se daria por meio de uma escuta cuidadosa e respeitosa, de modo a tomar melhores decisões - o que muitas é inviabilizado pela curta duração de grande parte das consultas nos moldes atuais. Além disso, está diretamente associada à Medicina baseada em boas evidências e no conhecimento atualizado. Ressalta-se que estes conhecimentos técnicos são tão importantes quanto às capacidades humanas de quem pratica a medicina.

A Slow Medicine pode parecer utópica, porém ela não apresenta uma novidade dentro da prática clínica, e sim um resgate ao aprendizado da própria formação médica. Verifica-se que, conforme ocorre o avanço dos alunos no curso e o ingresso deles no ambiente de trabalho, esses ideais acabam muitas vezes ofuscados, em detrimento de apenas cumprir protocolos e diretrizes, sem, entretanto, respeitar a individualidade de cada paciente. Nesse sentido, há uma interação mínima entre o médico e o paciente, onde o foco centra-se não no cuidado ou na escuta atenta, mas principalmente em pedidos de exames.

Diante disso, a prática mais humanizada promove um uso mais equilibrado das tecnologias e prescrições mais cautelosas de medicamentos. Isto gera, além de maior qualidade de vida, uma redução de custos com assistência médica, uma vez que evita a solicitação de exames e procedimentos desnecessários. Ademais, torna o paciente mais participativo na tomada de decisões, pois propõe o diálogo sobre os benefícios e malefícios de cada procedimento, a fim de evitar a ocorrência de mecanismos invasivos. Além disso, busca estimular mudanças de hábitos e incluir também a família do paciente e a comunidade.

Muitos médicos e estudantes de medicina se tornaram adeptos ao movimento e encontram nele uma aplicação daquilo em que acreditam dentro da prática médica. Neste segmento, já existe uma disciplina eletiva de Slow Medicine - por enquanto, somente na Unifesp (Universidade Federal de São Paulo). Também foram criadas Ligas acadêmicas com esta temática em várias faculdades e congressos com o intuito de disseminar uma medicina mais humanizada e retornar ao que ela é em sua essência.

DICAS CULTURAIS

Por Vinicius Kaiser Queiroz

Cells at Work! (Hataraku Saibou)

Gostaria de aprender ou revisar um pouco de fisiologia e imunologia de uma forma divertida e descontraída? Cells at Work! é uma animação no mínimo peculiar que demonstra as trilhões de células do corpo humano de forma antropomorfizada.

Publicado primeiramente em formato de mangá em 2015, estreou sua versão animada em 2018 e prevê uma segunda temporada e um spin-off em 2021. O anime, disponível na Netflix, mostra criativamente a rotina das células no corpo humano e apresenta suas funções de maneira didática e divertida. Inclusive, ganhou o prêmio de animação com melhor narrativa no Shangai International Film Festival´s Golden Goblet Award e é elogiada por médicos e pesquisadores.

A trama da animação acompanha uma hemácia que frequentemente se perde durante as entregas (transporte de gases) e um neutrófilo que luta contra as bactérias que adentram o corpo. Além disso, várias células são apresentadas com explicações simples e científicas. O interessante no anime está na representação de diversas situações vivenciadas pelas células do organismo, como: infecções, alergias, lesões, ativação linfocitária, desidratação, hemorragia e um brilhante episódio sobre o câncer, abordando, portanto, aspectos interessantes da fisiologia humana.

Não deixe de assistir. A animação é sem dúvida engraçada, interessante e divertida. Cells at Work! é um programa com uma boa quantidade de conhecimento técnico, porém, sem perder o drama e encanto de uma animação.

Biohackers

Série alemã da Netflix, Biohackers traz grandes reflexões sobre a ética da medicina e da biologia sintética. Qual é o limite da ciência? Esse é o questionamento que envolve esse empolgante roteiro.

A série conta a história de uma estudante de medicina, Mia, que procura solucionar o mistério por trás da morte precoce do seu irmão e o acidente que matou sua família. A protagonista entra na universidade e se infiltra como aprendiz da professora Tanja Lorenz.

A série apresenta diversas tecnologias de biohacking, envolvendo não só o meio acadêmico, de biologia sintética, mas também experimentos feitos por amigos de Mia, tais como implante de chips subcutâneos, plantas e animais fluorescentes, visão no escuro, cogumelos com gosto de carne entre tantas outras ideias futuristas, aproximando o laboratório do cotidiano.

Contudo o mais intrigante são os experimentos realizados em humanos, desafiando preceitos éticos, principalmente ao lidar com o genoma humano - conhecido, porém, ainda longe de ser compreendido. Segundo a professora Lorenz, "nós tornamos Deus obsoleto". Tal frase ilustra a capacidade da ciência em alterar o rumo da raça humana. Entretanto, a série consegue traçar ideias conflitantes, pois por um lado há situações maléficas, antiéticas e excludentes e, por outro, há a questão da extinção de doenças e otimização do ser humano.

Enfim, com certeza é interessante a abordagem que é feita e vale a pena conferir. Uma série envolvente, interessante e que traz questões atuais para a discussão!

Antifrágil: Coisas que se beneficiam com o Caos – Nassim Nicholas Taleb

Em "Antifrágil", sequência do best-seller "A lógica do Cisne Negro", Taleb traz um conceito curioso que revela como prosperar em um mundo cheio de incertezas: o Antifrágil, que basicamente consiste na capacidade de mudar/melhorar com as dificuldades. Um exemplo seria a musculação, pois apesar de um momento de dor, haverá um crescimento muscular, um desenvolvimento. Algo diferente de ser frágil ou até mesmo robusto ou resiliente, uma vez que estes não aproveitam as adversidades para se beneficiar.

Na realidade a obra apresenta 7 livros em 1. Apesar de ser um pouco denso, irá transformar a visão de mundo do leitor. Há diversos trechos com críticas à atual sociedade e sua forma de pensar, deixando clara a necessidade de mudança para liderar e prosperar. Com uma narrativa empolgante que prende o leitor mesmo com alguns termos técnicos, Antifrágil não é qualquer livro. É um compilado de ideias complexas, interessantes e únicas.

Além de aspectos filosóficos, econômicos e educacionais, muito se pode relacionar com a área da saúde. Há, inclusive, um capítulo que contextualiza a prática médica, a iatrogenia, evidências e a rotina de pronto socorro, local frequentemente caótico em que a ideia da antifragilidade se encaixa perfeitamente.

Neste momento, talvez, esteja perguntando se o livro possui alguma relação com a pandemia de covid-19. Então, a obra, apesar de ter sido publicada em 2012, é claramente atemporal e carrega consigo grande potencial para inovar o mundo. Taleb envolve o leitor e permite a reflexão de como nos tornarmos antifrágeis; ou seja, o que precisamos fazer para nos beneficiar de um Caos como uma pandemia ou qualquer outra situação conflitante que aconteça?

Um livro muito bem estruturado, completo e simplesmente imperdível!

Homenagem aos formandos Por Vitória Costa

Desde o início, ela se despontava com características marcantes. A ATM Transfusão foi alegria, medo, esforço, dedicação, resiliência e paixão. Tudo começou quando seus integrantes, vindos de diferentes partes do Brasil, se encontraram em frente ao colegiado com camisetas vermelhas por determinação de seus veteranos e por um espírito de pertencimento que já havia sido plantado sem mesmo ter sido racionalizado. Fez-se uma família. As primeiras aulas eram empolgantes, apesar do ferrenho verão de 2015. Não havia nada que parasse a vontade de continuar, nem mesmo as provas do ciclo básico (por incrível que pareça). O medo por vezes fez-se presente, mas nunca vencedor. Olhe bem… eles atingiram a linha de chegada! Aos trancos e barrancos, sofridos, machucados, porém regenerados, fizeram-se formandos e finalmente médicos.

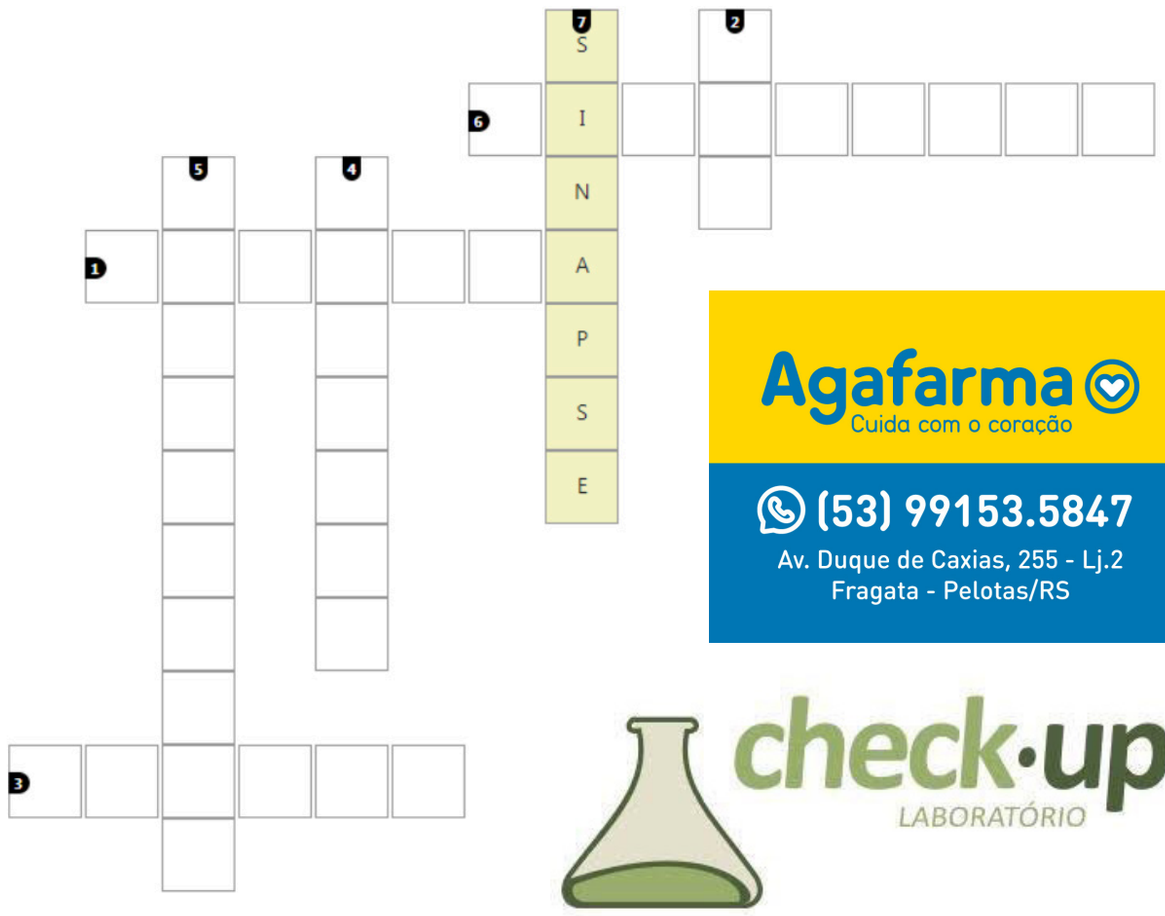
Há quem diga que os olhos devem estar fixos no final. Com perdão à afirmação, o meio do caminho também deve ser valorizado, afinal, de que valeria o diploma se a evolução não tivesse acontecido? A beleza esteve no processo. É dela que se lembrarão. A tensão pré-prova, as comemorações pós-prova, o contato com o paciente, ser a linha de frente, o primeiro exame físico, a primeira passagem de caso, o primeiro raciocínio clínico que foi coerente com a realidade, o sentimento de acerto e o receio em não acertar. Isso é medicina. Mais do que um sonho prévio à aprovação no vestibular, a medicina foi e é uma realidade árdua, que foi descoberta no caminho.

Aos formandos da ATM Transfusão, que os acompanhem todo o carisma que uma vez conquistaram seus professores, toda a alegria que, como ninguém, demonstraram em sua festa dos homenageados, toda a energia vibrante que transmitiram em sua festa do décimo, todo o sucesso que explicitaram ao tocarem um paciente e, principalmente, que os acompanhem a certeza de que valeu a pena. A Leiga sentirá falta dessa família.

CAÇA PALAVRAS

1. Psicoestimulante encontrado no café.
2. Vírus, cuja vacina começou a ser distribuída em 2014 para meninas entre 11 e 13 anos.
3. Protocolo utilizado para comunicar más notícias.
4. O primeiro estágio do luto segundo Kübler-Ross.
5. Fenômeno responsável por fazer as pessoas reconhecerem imagens de rostos humanos em objetos e composições.
6. Parte do Sistema Nervoso Autônomo responsável pelo aumento da frequência cardíaca.
7. Jornal Acadêmico da Medicina que está em sua 25a edição.

***As respostas poderão ser encontradas nos textos da presente edição**



Agafarma
Cuida com o coração
(53) 99153.5847
Av. Duque de Caxias, 255 - Lj.2
Fragata - Pelotas/RS
check·up
LABORATÓRIO