

ABCD em

# FOCO



REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN

Ano XX | nº 70 | 2020 - [www.abcd.org.br](http://www.abcd.org.br)

**Pesquisadora explica expressão gênica na doença de Crohn**

**Pacientes com DII podem receber diferentes vacinas**

**Tratamentos para DII não devem ser interrompidos**

## TELEMEDICINA

**O atendimento de pacientes pelo meio digital foi autorizado para possibilitar a prestação de serviço em saúde de forma não presencial durante a pandemia de Covid-19**

GOSTARIA DE AJUDAR  
A ABCD ALCANÇAR  
MAIS PESSOAS?

TORNE-SE UM COLABORADOR  
PARA ESSA CAUSA.



[HTTPS://ABCD.ORG.BR/DOACAO](https://abcd.org.br/doacao)



DRA. MARTA BRENNER MACHADO | PRESIDENTE DA ABCD



**EU QUERO DESAPRENDER  
PARA APRENDER DE NOVO.  
RASPAR AS TINTAS COM  
QUE ME PINTARAM.  
DESENCAIXOTAR EMOÇÕES,  
RECUPERAR SENTIDOS.**

RUBEM ALVES



## Um ano de resiliência para todos!

Chegamos a dezembro de 2020... Com todos os percalços pelos quais o mundo ainda passa por causa da Covid-19, só temos a agradecer por estarmos bem e tirar proveito de todas as experiências e lições que a pandemia nos proporcionou. Esse 'novo normal' nos trouxe muitos desafios, a começar pela reorganização da nossa vida pessoal e profissional. O isolamento (quase) compulsório que nos impediu de estar com familiares e amigos, aliado ao incômodo de ter de usar máscaras, não poder ir à academia, ao shopping, ao cinema, não encontrar as pessoas queridas e, no caso dos pacientes, não poder ter uma consulta presencial, transformou nosso dia a dia. Não tem sido fácil, mas aprendemos que somos suficientemente resilientes para enfrentar mais esse desafio e superá-lo.

Ainda não é possível saber por quanto tempo o mundo terá de conviver com o medo do SARS-CoV-2, no entanto, acredito que o pior já passou. Cientistas de todas as partes do planeta estão tentando desenvolver a vacina ideal para proteger contra o novo coronavírus e, enquanto isso, devemos seguir as nossas vidas da melhor maneira possível, tomando todos os cuidados necessários para que a saúde física e mental seja preservada. Uma das boas experiências dessa pandemia foi a possibilidade de muitos médicos aprenderem a trabalhar com uma ferramenta incrível, quando bem utilizada: a teleconsulta. Por meio dessa plataforma – que é destaque nesta edição –, pacientes de todas as partes do Brasil conseguiram manter o atendimento clínico, tirar as dúvidas, dar sequência aos seus tratamentos e, principalmente, não abandonar seus tratamentos e sentirem-se cuidados, mesmo que a distância.

A ciência também foi muito lembrada nestes tempos de Covid-19 e, por isso, convidamos uma cientista brasileira que estuda a fundo as doenças inflamatórias intestinais para a *Entrevista* desta edição. A professora doutora Raquel Franco Leal, com seu grupo da Unicamp, identificou um conjunto de genes cuja atividade está alterada no intestino de pacientes com doença de Crohn. Nossos leitores também poderão tirar as dúvidas sobre vacinação e saber um pouco mais dos benefícios da prática da meditação, uma das terapias integrativas disponibilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Começamos 2020 empolgados com as três edições regionais programadas do FOPADII. No entanto, por causa da pandemia, só conseguimos realizar a Norte-Nordeste na primeira semana de março, na cidade de Fortaleza, com grande sucesso graças à participação de pacientes de vários estados, além de médicos, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas. Realizamos também, juntamente com o GEDIIB, um Curso de Capacitação e Atualização em DII junto com a Secretaria de Saúde de Fortaleza. O resultado não poderia ter sido mais motivador! Desde então, temos participado de muitas *lives* e apoiado todas as iniciativas virtuais que visam informar os pacientes com DII nesse imenso Brasil. Em novembro, inovamos mais uma vez realizando o 15º Encontro de Pacientes e Familiares de maneira virtual, com uma expressiva participação. Agora, é esperar que 2021 chegue trazendo otimismo, esperança e saúde para todos!

Boas Festas e um maravilhoso Ano Novo!

# SUMÁRIO

## CASOS REAIS

05

A história da jornalista Camila Rocha é inspiradora para outros pacientes com DII

## ENTREVISTA

06

A professora doutora Raquel Franco Leal, da Unicamp, coordena o grupo de pesquisa que identificou um conjunto de genes cuja atividade está alterada no intestino de pacientes com doença de Crohn



Arquivo pessoal

## 09 VACINA

Indivíduos com doenças inflamatórias autoimunes ou imunomediadas (como as DII) podem receber vacinas seguras contra Covid-19, assim como outras na mesma condição



AdobeStock/Leigh\_Prather

## ENCONTRO VIRTUAL

12

A ABCD realizou o 15º Encontro de Pacientes e Familiares de DII de maneira virtual, em novembro

## TRATAMENTO

Sociedades médicas e grupos de especialistas em DII recomendam fortemente a continuidade dos tratamentos, mesmo que sejam feitos por meio de teleatendimento



Freepik/itrachards

## 18 MATÉRIA DE CAPA

Uma comissão especial do Conselho Federal de Medicina (CFM) está revisando a prática da telemedicina no Brasil para que, após a pandemia, seja feita de forma ética, técnica e segura



AdobeStock/Pixel-Shot

## BEM-ESTAR

Meditar leva a consciência a encontrar um espaço de liberdade, conduz a um equilíbrio biopsíquico, influencia no ânimo, reduz o estresse e a ansiedade, e age sobre os medos



Freepik

## ARTIGO

26

A médica Renata de Sá Brito Frões explica quais são os direitos dos pacientes

Depositphotos/iscanrail



### Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Al. Lorena, 1304, Cj 802  
São Paulo – SP – CEP 01424-001  
Tel./Fax: (55 11) 3064-2992  
www.abcd.org.br  
secretaria@abcd.org.br

#### Presidente

Marta Brenner Machado

#### Vice-presidente

Andrea Vieira

#### 1º Secretário

Fábio Vieira Teixeira

#### 2º Secretário

Juliano Coelho Ludvig

#### 1º Tesoureiro

Maria Izabel L. de Vasconcelos

#### 2º Tesoureiro

Marco Antonio Zerôncio

#### Revista ABCD em FOCO

##### Conselho Editorial

Alessandra de Souza  
Alessandra Vitoriano Castro  
Júlia Araújo

#### Coordenação editorial e reportagens

Adenilde Bringel (Mtb 16.649)

#### Diagramação

Companhia de Imprensa

#### Designer Gráfico

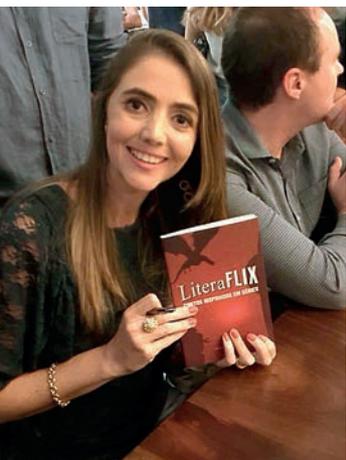
Silmara Falcão

#### Colaboração

Ana Célia Araujo (ABCD)

# FORÇA PARA VENCER

A jornalista Camila Rocha, que se prepara para lançar mais um livro, convive com a doença inflamatória intestinal há 20 anos



**C**e tem uma palavra sempre presente na minha vida é desafio. Nasci com fissura labial, uma má formação congênita que ocorre em 540 nascidos por dia no mundo. Passei pela primeira cirurgia aos cinco meses e fiz outras quatro: aos 12, 19, 21 e 32 anos. Para total reabilitação, passei ainda por ortodontista, fonoaudióloga, psicóloga. Saúde sempre foi uma questão delicada para mim, pois, aliada à questão da fissura, sofri

com bronquite asmática dos 2 aos 14 anos.

Em outubro de 2000 – último semestre da Faculdade de Jornalismo – comecei a ter diarreia e a perder peso. Estava superatarefada, fazia estágio, terminava meu trabalho de conclusão, o meu curso de inglês. Eu me formaria em janeiro de 2001 para, em março, ir para os Estados Unidos ficar seis meses. Na formatura, os sintomas continuavam. Todos achavam que era psicológico, estresse por tanto trabalho, tantas incertezas. Em fevereiro, já havia perdido muito peso e resolvi ir a um gastroenterologista averiguar se realmente não havia nada de errado comigo. Veio o diagnóstico: doença inflamatória intestinal.

Meu mundo caiu. Aos 23 anos comecei a tomar remédios diariamente e para sempre. Tive de desistir da viagem e a dúvida era enorme. Poderia eu, um dia, morar fora? Comecei o tratamento com corticoide e tomei vários medicamentos. Cinco meses depois, criei aversão à sulfa e tive uma crise ainda pior. Substituímos por outra medicação, mas eu não melhorava. Em julho de 2001 fui internada por 10 dias. Fiz transfusão de sangue, pois estava realmente muito fraca. Quando saí do hospital estava triste, desanimada, eram muitas incertezas para alguém tão sonhadora e com tantos planos. Aos poucos fui me acostumando com minha nova condição e comecei a assumir meus remédios como parte de mim.

Em 2002, arrumei meu primeiro emprego de carteira assinada, em um jornal diário, como repórter. Com quatro anos de

emprego estava em remissão e resolvi desengavetar meu sonho. Pedi demissão, juntei minha rescisão, economias e, em julho de 2006, fui morar na Austrália. Meu médico me deu força, mas aconselhou que eu levasse toda a medicação para os quatro meses fora do Brasil e me indicou um seguro-saúde *top* caso eu necessitasse de remédio ou internação. Achei um exagero, mas acatei todas as suas dicas e foi muito importante, pois acabei tendo complicações com um herpes e fiquei quatro dias internada em Sydney, mas sem nenhuma relação com a minha DII.

Em 2013 me casei; em 2014 comecei a trabalhar em televisão – que sempre foi meu sonho. Levo uma vida completamente normal e amo viajar. Minha última crise foi em 2016 e, desde então, estou ótima. Tenho dois estreitamentos no intestino, mas nunca precisei operar. Hoje, sei quais alimentos me fazem mal e evito. Há quatro anos não bebo. Faço exames de sangue a cada seis meses e eco abdominal uma vez por ano. Sigo firme e forte. Escrevo diário há quase 30 anos e, em 2018, me formei escritora. Neste ano, em plena pandemia, fui chamada em meu instagram *@fissuradapela vida* para participar de uma campanha de conscientização da fissura labiopalatina.

A repercussão foi enorme e fui convidada pela ONG norte-americana Smile Train, referência no atendimento de fissurados, para ser embaixadora. Hoje, sou ativista da causa da fissura e estou finalizando minha primeira narrativa longa, *Fissurada pela Vida*. Meu livro é uma autoficção que fala sobre uma gaúcha, colorada, que nasceu fissurada e se tornou jornalista, mas também de superação, amor, amizade, DII, lutas e vitórias. Embora a personagem principal, Carol, passe por muitos altos e baixos, a narrativa é leve e bem humorada. Estou muito feliz com toda repercussão positiva que meu projeto está tendo e poder falar dele aqui me deixa ainda mais realizada.



Fotos: Arquivo pessoal

Quer ver sua história publicada na revista ABCD em FOCO?

Envie um breve resumo contando como foi que descobriu a doença e o que faz para conviver com a sua DII para o e-mail [secretaria@abcd.org.br](mailto:secretaria@abcd.org.br)

# EXPRESSÃO GÊNICA NA

**U**m grupo de pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em parceria com o Hospital Clínic de Barcelona, na Espanha, identificou um conjunto de genes cuja atividade está alterada no intestino de pacientes com doença de Crohn. Publicado no *Journal of Translational Medicine*, o estudo foi coordenado pela professora doutora Raquel Franco Leal, professora associada do Serviço de Coloproctologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, e ganhou dois prêmios no 67º Congresso Brasileiro de Coloproctologia (CBP), realizado em 2018 – um deles foi o Prêmio Angelita Habr-Gama, criado em homenagem à primeira mulher professora titular em Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). A médica proctologista Raquel Franco Leal explica, nesta entrevista exclusiva, como essas descobertas poderão ajudar nos tratamentos dos pacientes com doença de Crohn no futuro.

## Qual é a característica dos estudos translacionais desenvolvidos pelo seu grupo na Unicamp?

As pesquisas translacionais aproximam a clínica à bancada do laboratório, ou seja, tenta-se explicar o que vemos na prática clínica com metodologias laboratoriais, de biologia molecular. Nesse tipo de pesquisa realizamos experimentos com amostras de pacientes, por isso o estudo translacional traz uma carga de realidade maior – embora os estudos com modelo animal sejam também muito importantes. No nosso laboratório também fazemos algumas pesquisas com animais, mas, quando utilizamos amostras humanas, chegamos um pouco mais próximo do que talvez esteja acontecendo na fisiopatologia humana.

## Quantos pacientes participaram desse estudo sobre doença de Crohn?

Trabalhamos com um total de 26 pacientes atendidos no HC-Unicamp. Todos estavam com a doença em atividade e tinham sido submetidos a cirurgia por desenvolverem complicações da doença e por não estarem mais respondendo à medicação. Retiramos fragmentos da mucosa intestinal e de tecido adiposo mesenterial afetados pela doença de Crohn durante a cirurgia.

## Qual foi o resultado mais importante deste estudo?

Este estudo possibilitou uma avaliação bastante ampla da expressão gênica dos pacientes, sendo estudados o tecido adiposo mesenterial e a mucosa intestinal. O tecido adiposo mesenterial fica em uma das faces

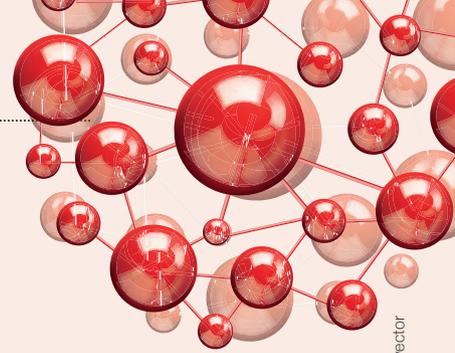
do intestino, é por onde ocorre a irrigação sanguínea da alça intestinal e também por onde os alimentos absorvidos são levados ao restante do organismo. Fizemos um sequenciamento bastante amplo e conseguimos estudar quais vias, principalmente imunológicas, estavam mais ativadas na doença. Com esse sequenciamento transcricional total conseguimos estabelecer assinaturas genéticas daqueles tecidos e correlacionar com a parte clínica. Acho que o maior achado foi descobrir que a principal assinatura genética desses tecidos acometidos pela doença de Crohn é a expressão de marcadores de células de defesa do tipo plasmócitos, que é um tipo de célula B produtora de anticorpos que está presente tanto no tecido adiposo mesenterial quanto na alça intestinal, além da detecção de genes que marcam células imunes de memória, o que pode estar envolvido com os períodos de recaída da doença. Esse tecido adiposo na doença de Crohn é mais espessado, envolvendo praticamente toda a alça intestinal, o que não acontece em um indivíduo sem a enfermidade. Portanto, essa é uma característica da doença. Esse espessamento pode ser visto inclusive macroscopicamente, indicando que a alça intestinal pode estar sendo acometida pela doença de Crohn.

## Essa descoberta poderá ajudar a melhorar o diagnóstico e o prognóstico da doença de Crohn?

Acredito que sim. Algo que poderemos explorar no futuro são os biomarcadores, uma vez que sequenciamos e agrupamos

milhares de genes. Neste estudo específico, analisamos aqueles genes mais modulados (aumentados ou diminuídos) na doença de Crohn, e tentamos relacionar com dados clínicos para saber se poderão ser biomarcadores. Por exemplo, para um paciente que tenha indicação cirúrgica porque a lesão já está irreversível, nossa análise poderá ajudar a definir se ele poderá ter maior propensão a ser submetido a uma nova cirurgia no futuro. Ter um biomarcador de prognóstico e de gravidade da doença será muito importante. Com a biópsia da peça cirúrgica, além dos exames habitualmente solicitados na rotina do paciente, poderíamos acoplar mais essa análise que definiria se esse paciente pode ter uma chance maior de ter uma recidiva ou ser submetido a uma nova cirurgia durante o seu acompanhamento. No estudo publicado em 2019 não fizemos análise, entretanto, isso está em andamento e sendo feito por uma aluna de doutorado orientada por mim. Selecionamos um desses alvos mais significativos que já estão publicados e buscamos a história desses pacientes, cujas amostras foram coletadas em 2014-2016, para verificar como estão agora e se desenvolveram recidiva da doença. O novo trabalho vai validar esse(s) marcador(es) que escolhemos, em uma *coorte* maior. Para isso, foram coletados tecidos de mais pacientes (quase a mesma quantidade do estudo anterior) e estamos novamente avaliando se nesse novo grupo também tem aumento e se esse aumento está relacionado à evolução da doença. Em breve, saberemos se será possível associar pelo menos um ou

# DOENÇA DE CROHN



dois marcadores desses pares de genes com o prognóstico no pós-operatório. Acredito que devemos finalizar esse artigo científico em menos de um ano.

## **Evitar uma recidiva na doença de Crohn significa melhorar a qualidade de vida desses pacientes e diminuir a angústia e o estresse do medo de uma nova cirurgia?**

Sem dúvida! Saber como lidar com essa informação para um melhor manejo da doença é importante, pois um melhor manejo implica em melhores resultados e melhora da qualidade de vida desses pacientes. Por exemplo, no caso de pacientes que tivessem um marcador elevado, o médico poderia estar mais atento a uma possível recidiva e monitoraria mais de perto esses pacientes. Obviamente, isso tudo ainda é hipotético e são necessários mais estudos. No entanto, a contribuição científica do nosso trabalho é inegável nesse campo, uma vez que amplia os conhecimentos moleculares sobre o papel do tecido adiposo mesenterial na doença de Crohn.

## **Parece que há uma exacerbação da resposta imune na doença de Crohn. Seus achados podem reforçar essa hipótese?**

Penso que esse estudo vem reforçar isso, de que se trata de uma doença imunomediada, porém, abre portas de que possa ser também uma doença mediada por anticorpos. Há muitas discussões sobre a doença de Crohn ser autoimune ou imunomediada. Por enquanto é considerada imunomediada, porque não se descobriu nenhum anticorpo específico contra alguma estrutura celular do indivíduo que justifique chamar de doença autoimune – como ocorre em doenças como a artrite reumatoide, por exemplo. No entanto, o encontro dessa assinatura genética, principalmente de marcadores de plasmócitos na mucosa intestinal e no tecido adiposo mesenterial, levanta essa hipótese de haver mediação por anticorpos, ainda mais havendo similar expressão desses marcadores nesses dois tecidos tão próximos. Colocamos essa informação na discussão do artigo publicado recentemente. Outro achado interessante é que encontramos uma assinatura genética que marca células T exclusivamente no tecido adiposo mesenterial, sugerindo que esse tecido possa ser um reservatório de células imunes de memória. As células B produzem anticorpos e as células T são células de memória, exatamente aquelas que nos defendem em um segundo ou terceiro contato com algum antígeno, por exemplo, se for uma infecção. Mas, no caso da doença inflamatória intestinal, há uma ativação das células linfocíticas T juntamente com infiltrado de plasmócitos, gerando um processo inflamatório mais exacerbado. Algo que seria uma pequena ou nenhuma reação em um indivíduo saudável, mas que no paciente com doença de Crohn ocorre de maneira mais exuberante.

## **E essa resposta exacerbada é que vai agravar a inflamação?**

Aí vem toda a cascata. A partir do momento em que se tem uma resposta deflagrada sem os mecanismos inibitórios habituais, se



Freepik/macrovector

Arquivo pessoal

torna um círculo vicioso. Na doença de Crohn também já foram identificados defeitos na resposta anti-inflamatória, havendo um aumento da expressão das citocinas pró-inflamatórias que contribui para o processo inflamatório.

## **O seu grupo estuda a doença inflamatória intestinal com qual objetivo?**

Nosso grupo gera conteúdo científico e tem como foco aproximar ao máximo os estudos que envolvem técnicas laboratoriais com o que vemos na prática clínica. O interesse que temos é tentar estabelecer biomarcadores, exames ou testes que possam ajudar a definir diagnóstico, prognóstico e resposta terapêutica. Também queremos entender novos alvos terapêuticos e desenvolver novas metodologias laboratoriais para testar esses novos alvos terapêuticos. Outros estudos em andamento têm como tema os níveis séricos de medicamentos e a imunogenicidade, para tentar otimizar a medicação, principalmente os biológicos. Queremos entender como ocorrem essas interações e, aprofundando um pouco mais, analisar a genotipagem e metabômica dos pacientes para correlacionar com o nível sérico e os anticorpos antidroga.



**Se os estudos conseguirem entender melhor essas interações será menos difícil diagnosticar e tratar uma DII?**

Exatamente! Esse é um dos objetivos mais importantes, porque é uma doença tão complexa, com tantas vias que, não raro, prescrevemos uma medicação e o paciente responde durante um tempo, depois perde a resposta porque outra via foi ativada e precisa de outro tipo de medicamento. Queremos entender como é essa dinâmica. É um desafio estudar doença de Crohn – até mais do que retocolite ulcerativa –, por conta desse espectro enorme de apresentações clínicas que vemos na doença.

**Por esse motivo alguns médicos têm dificuldade para diagnosticar a doença inflamatória intestinal?**

Muitas vezes é difícil realmente! Recebemos no ambulatório da Unicamp muitos casos referenciados. Muitas vezes, os pacientes chegam com o diagnóstico de doença de Crohn e não é! E fica muito difícil desfazer esse diagnóstico. Houve uma época em que a doença era subdiagnosticada, mas, agora, temos casos que vêm com o diagnóstico de doença de Crohn ou retocolite ulcerativa quando não há DII. O pior é que alguns pacientes já chegam tomando medicamento biológico! Para fazer o diagnóstico é fundamental reunir os critérios e aspectos endoscópicos porque, muitas vezes, a análise histológica da biópsia intestinal não vai trazer muito mais informação do que uma inflamação crônica inespecífica. Por isso que os endoscopistas e colonoscopistas são tão importantes nessa fase. Também é necessário avaliar a concomitância de outros sintomas, rastrear tudo e ir tentando fechar o quebra-cabeça excluindo doenças infecciosas, porque ainda tem muita doença infecciosa no Brasil. Imagina tratar um paciente com tuberculose intestinal ou blastomicose – doença pulmonar causada pela inalação de esporos do fungo *Blastomyces dermatitidis* – como doença de Crohn! E até isso acontece! Já recebemos pacientes jovens tomando biológico e que tinham blastomicose. Imagine um paciente desses tomando imunossupressor! É terrível! Por esse motivo, os médicos precisam ter um olhar bastante amplo na hora de instituir uma terapêutica mais agressiva para a doença inflamatória intestinal, além de certificarem-se de que realmente não tenha nenhuma doença infecciosa envolvida.

**Tem sido registrado um número maior de casos, especialmente na América Latina. O que está acontecendo?**

Os prováveis fatores de risco ambientais que estamos tendo agora se aproximam do que ocorreu no Canadá, nos países nórdicos e no norte da Europa, onde a doença de Crohn é muito prevalente. Nosso grupo também está começando a investigar a epigenética, que estuda o efeito do ambiente no gene, pois acreditamos que a doença de Crohn seja desenvolvida por fatores epigenéticos muito fortes. Embora se saiba que a doença de Crohn não é herdada geneticamente 100%, existem genes que trazem susceptibilidade à doença. As mutações começaram a ser descobertas no final da década de 1990, e até o momento já se mostraram mais de 200

OS MÉDICOS PRECISAM TER UM OLHAR BASTANTE AMPLO NA HORA DE INSTITUIR UMA TERAPÊUTICA MAIS AGRESSIVA PARA A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, ALÉM DE CERTIFICAREM-SE DE QUE REALMENTE NÃO TENHA NENHUMA DOENÇA INFECCIOSA ENVOLVIDA.

*locus gênicos* (posição que um gene ocupa em um cromossomo) envolvidos com a susceptibilidade à DII, sendo a grande maioria com a doença de Crohn. No entanto, existem muitos pacientes que não têm essas alterações e têm a doença, assim como há muitos indivíduos que têm essas mutações e não desenvolvem a doença. No nosso grupo de pesquisa não estudamos de maneira geral as mutações, porque já há indícios que elas perfazem uma pequena parcela dos pacientes. Nossos estudos focam na expressão transcricional (RNAs mensageiros) que se moldam a partir do DNA e que servem, por sua vez, de molde para a produção de proteínas nas células. Ao passar de um molde

para o outro podem acontecer as alterações epigenéticas, ou seja, o indivíduo não nasceu com aquele gene alterado, porém, em algum momento durante a vida, ocorrem alterações epigenéticas mediadas por fatores ambientais que afetam a transcrição do gene e que irão gerar susceptibilidade ao desenvolvimento de um processo inflamatório exacerbado.

**A teoria da higiene pode estar envolvida nessa questão, principalmente em relação a crianças?**

Em crianças há vários fatores envolvidos, inclusive o fator genético, que está um pouco mais pronunciado do que no adulto. Por exemplo, sabe-se que a criança pode nascer com certas mutações e com a possibilidade de ter doença inflamatória intestinal; as deficiências imunológicas que as crianças podem ter também podem gerar DII de início muito precoce, e geralmente são muito graves. Acredita-se que a maneira como a criança é criada também poderia determinar maior susceptibilidade de desenvolver doença inflamatória intestinal na fase adulta. Alguns grupos no mundo estudam a DII na fase infantil, mas concordam que é muito mais difícil porque, muitas vezes, algumas crianças acabaram de nascer e já apresentam o problema, e é difícil estudar fatores ambientais nesses casos. Há alguns estudos correlacionando fatores ambientais, tais como a poluição do ar e alguns contaminantes, à doença. Até mesmo os emulsificantes e aditivos alimentares que são usados para preservar alimentos podem influenciar, mas ainda não sabemos quanto.

**Os pacientes podem ter esperança de melhores diagnósticos, prognósticos e tratamentos no futuro?**

São muitos grupos ao redor do mundo avaliando diversos aspectos da doença inflamatória intestinal. Cada um desses grupos vai acrescentando conhecimento e isso contribui, de alguma maneira, para melhorar a vida dos pacientes. Nesses últimos 20 anos, muitos biológicos foram testados e muitos medicamentos surgiram. Acho que houve um avanço muito grande, porque a doença ficou mais visível, e isso é importante que os pacientes saibam. O apoio à ciência e aos grupos de pesquisa certificados é fundamental para que os avanços aconteçam. Talvez todo esse esforço dos pesquisadores não encontre a cura, mas possa ajudar no controle da enfermidade. Acredito que a manutenção da remissão da doença e tudo que possa ajudar nesse sentido é muito bem-vindo.

# A ESPERANÇA ESTÁ NA IMUNIZAÇÃO

**Pacientes com DI devem receber as vacinas consideradas seguras contra Covid-19, assim como outras que tenham a mesma condição**

**A**té o momento, há mais de 40 vacinas contra o novo coronavírus em ensaios clínicos com humanos (fases I, II ou III) e mais de 150 em estudos pré-clínicos. Apesar de ainda não haver recomendações formais sobre quem deverá receber essas futuras vacinas depois de registradas para uso, provavelmente serão contempladas as populações mais expostas e vulneráveis ao SARS-CoV-2 (que provoca a Covid-19) na fase inicial de imunização em todo o mundo. Este grupo é composto de idosos, indivíduos com doenças crônicas – particularmente *diabetes mellitus*, obesidade, hipertensão arterial e doenças pulmonares crônicas –, pessoas com condições imunossupressoras, a exemplo de HIV, câncer e que façam uso de medicamentos biológicos ou imunossupressores (como é o caso de pessoas com doença inflamatória intestinal), além de profissionais da saúde.

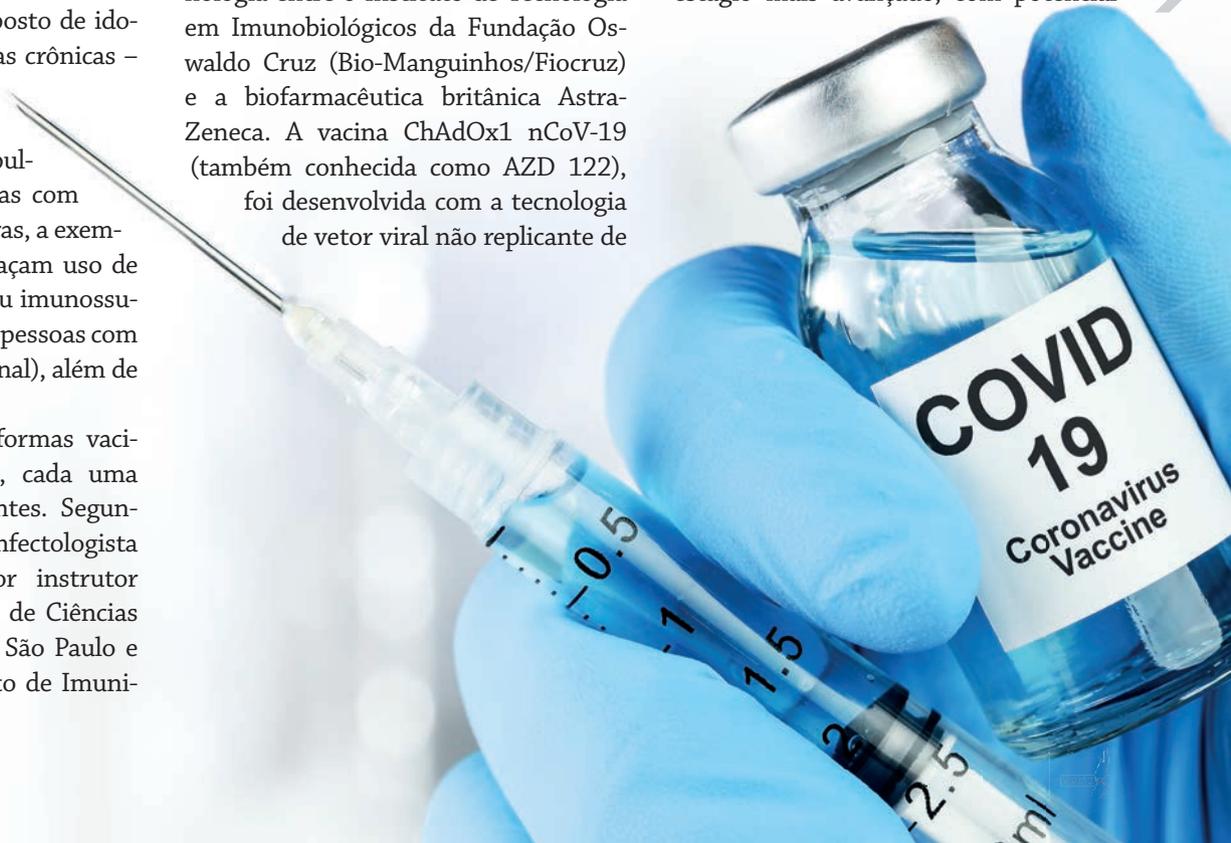
Existem diversas plataformas vacinais em desenvolvimento, cada uma usando tecnologias diferentes. Segundo o médico pediatra e infectologista Daniel Jarovsky, professor instrutor em Pediatria na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e secretário do Departamento de Imuni-

zações da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), entre as mais adiantadas nas fases de pesquisa estão as vacinas produzidas através de vírus inativado (morto), mRNA, vetores virais e DNA que não possuem componente vivo na formulação. Portanto, essas vacinas não resultam em risco de causar doença pelo componente da vacina. “Neste contexto, em teoria, os indivíduos com condições imunossupressoras poderão receber essas imunizantes. Entretanto, assim como as demais vacinas e medicamentos, podem existir contra-indicações a componentes específicos, a serem identificados em bula”, sinaliza.

Uma dessas vacinas está sendo desenvolvida pela Universidade de Oxford, na Inglaterra, e será disponibilizada no Brasil por meio de uma parceria para compra de lotes e transferência de tecnologia entre o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz (Bio-Manguinhos/Fiocruz) e a biofarmacêutica britânica AstraZeneca. A vacina ChAdOx1 nCoV-19 (também conhecida como AZD 122), foi desenvolvida com a tecnologia de vetor viral não replicante de

adenovírus de chimpanzé e se baseou em projetos similares anteriores para síndrome respiratória do Oriente Médio causada por outro tipo de coronavírus (MERS) e síndrome respiratória aguda grave (SARS). “Por ser de vetor viral, a vacina usa o adenovírus de chimpanzé, no qual é inserida a proteína ‘Spike’ (proteína ‘S’) do novo coronavírus, e o adenovírus recombinante é a vacina. O adenovírus não replica no homem, mas desencadeia a geração de anticorpos que vão proteger o organismo contra o novo coronavírus”, detalha a médica da Assessoria Clínica de Bio-Manguinhos/Fiocruz, Eliane Matos dos Santos.

No evento de lançamento da parceria, em junho, o vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz, Marco Krieger, afirmou que o foco da Instituição tem sido nas vacinas em estágio mais avançado, com potencial





O INFECTOLOGISTA DANIEL JAROVSKY LEMBRA QUE PODEM EXISTIR CONTRAINDICAÇÕES A COMPONENTES ESPECÍFICOS

tecnológico para atender às demandas do Ministério da Saúde e que utilizem plataformas que possam vir a ser reaproveitadas para outras emergências. “A vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford atende a esses critérios. Isso significa que, como não estamos apenas comprando os lotes de vacinas e sim internalizando a produção, caso não se mostre eficaz após os ensaios clínicos para a Covid-19 poderemos aproveitar essas novas plataformas tecnológicas adquiridas e aprimoradas para outras linhas de produção”, comenta. O acordo prevê duas etapas de produção: a primeira consiste em 30,4 milhões de doses antes do término dos ensaios clínicos (15% do necessário para a população brasileira). O investimento inclui os lotes de vacinas e a transferência de tecnologia para que a produção possa



A MÉDICA DA FIOCRUZ, ELIANE MATOS DOS SANTOS, EXPLICA DETALHES DA VACINA DESENVOLVIDA EM OXFORD

ser completamente internalizada e nacional. Na segunda etapa – ao término dos ensaios clínicos e com a eficácia da vacina comprovada – a previsão é de mais 70 milhões de doses.

A vacina só receberá o registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) se forem confirmadas a segurança e eficácia após a conclusão dos estudos clínicos. Para os estudos clínicos de fase III no Brasil, conduzidos pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), foram recrutados voluntários entre 18 e 55 anos. Em setembro foi duplicado o número de voluntários para 10 mil, quando também houve aumento da faixa etária para maiores de 69 anos. Com a ampliação do número de participantes, os testes – inicialmente realizados em São Paulo, no Rio de Janeiro e na Bahia – passaram a ser realizados



PARA A MÉDICA AMANDA DE MIRANDA MARQUES, DA FIOCRUZ, VACINAS DEVEM ATENDER A REQUISITOS CRÍTICOS

também no Rio Grande do Sul e no Rio Grande do Norte.

No fim de outubro, o Instituto Butantan, de São Paulo, recebeu autorização da ANVISA para importação de 46 milhões de doses da vacina CoronaVac junto à biofarmacêutica Sinovac Life Science, da China. O primeiro lote, com 6 milhões de doses, virá pronto para a aplicação. O restante chegará a granel (*bulk*) para ser formulado e envasado pelo Butantan, que já possui a estrutura necessária para o processamento do imunizante. A CoronaVac será testada em um total de 13 mil voluntários, de sete estados brasileiros, mais o Distrito Federal. O estudo de fase III coordenado pelo Instituto Butantan já tem cerca de 9 mil participantes imunizados, todos profissionais da saúde atuando na linha de frente no combate ao coronavírus.

Fotos: Divulgação

## TEMPO RECORDE

Considerando a situação da pandemia de Covid-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento, em março de 2020, com as principais diretrizes para acelerar o desenvolvimento de produtos e fornecer um guia para priorização no desenvolvimento de vacinas. Neste documento foi estabelecido um conjunto de características desejáveis para uma vacina contra a Covid-19: não ter contraindicações para ser usada em todas as faixas etárias, incluindo grávidas e lactantes; ter perfil benefício/risco altamente favorável; ter eficácia de 70% ou mais, incluindo a população idosa; conferir proteção por, pelo menos, um ano; ser administrada por via não parenteral e ser termoestável.

Outras características são a rápida indução de proteção, o uso em dose

única e a possibilidade de rápido escalonamento de produção a um custo por dose que garanta o acesso a países em desenvolvimento. “É improvável que uma vacina candidata atenda a todas as características desejáveis, mas deve haver um balanço entre elas. Produtos que não sejam capazes de atender a requisitos críticos provavelmente não terão sucesso em um processo de pré-qualificação pela OMS”, afirma a médica Amanda de Miranda Marques, da Assessoria Clínica de Bio-Manguinhos/Fiocruz. A demanda para uma vacina para Covid-19 visa o controle da doença na população e a diminuição do número de pessoas susceptíveis ao novo coronavírus, o que leva à queda na circulação e, conseqüentemente, ao controle do número de casos.

## QUEM PODE SER VACINADO?

No contexto das doenças autoimunes, que acometem entre 5% e 7% da população mundial (aproximadamente 500 milhões de indivíduos), as infecções são uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Isso ocorre em razão de a própria doença autoimune resultar em disfunção do sistema imunológico – em diferentes intensidades de acordo com a doença –, e porque o tratamento para controle da atividade dessas enfermidades pode necessitar de medicações imunossupressoras. Por essas razões, a vacinação torna-se a medida preventiva de maior impacto na diminuição das complicações e dos óbitos nesse grupo da população. Assim, cabe ao médico avaliar a situação de cada paciente e prescrever as vacinas indicadas para as diferentes faixas etárias, desde que sejam respeitadas as contraindicações, possíveis recomendações e cuidados individuais.

Como indivíduos com doenças inflamatórias autoimunes ou imunomediadas (como é o caso das doenças inflamatórias intestinais) estão mais susceptíveis a infecções graves por doenças infecciosas devido à desregulação do sistema imunológico – situação que se torna ainda mais delicada quando usam medicamentos biológicos ou imunossupressores –, o médico Daniel Jarovsky recomenda que recebam as vacinas consideradas seguras contra Covid-19, assim como outras que tenham a mesma condição. Já as vacinas de vírus vivo atenuado (como varicela, sarampo, febre amarela e dengue), em geral estão contraindicadas em caso de imunossupressão por questões de segurança, e o recebimento inadvertido deve ser imediatamente notificado ao médico especialista. A recomendação para esses pacientes é que sejam imunizados pelo menos um mês antes do início do tratamento imunossupressor ou aguardem cerca de três meses a partir do término da imunossupressão para receber as vacinas atenuadas. “A maioria das vacinas é denominada inativada e não apresenta contraindicações específicas nem questões de segurança, como visto nas vacinas de vírus vivos, apenas algumas limitações de idade para administração. Dessa forma, se administradas de forma inadvertida, em geral não há motivos para preocupação”, afirma.

A médica Mariana Torres Mazzi, da Assessoria Clínica de Bio-Manguinhos/Fiocruz, lembra que pacientes imunossuprimidos, em

geral, apresentam resposta imune deficitária à vacinação, com taxas de proteção menores. Por isso, eventualmente precisam fazer doses maiores das vacinas para atingirem boas respostas. “Muitos estudos mostram que as vacinas são seguras, não provocando reativação ou piora da doença, exceção feita às vacinas de vírus vivos atenuados que, em geral, são contraindicadas durante o tratamento com imunossupressores”, reforça. Entretanto, de acordo com critérios médicos, pode haver indicação de ajuste no tratamento imunossupressor para a aplicação de vacinas com objetivo de aumentar a probabilidade de eficácia da imunização. Já a indicação de vacinas com vírus vivos atenuados em indivíduos com doenças autoimunes se baseia na opinião do especialista e deve levar em consideração o risco de aquele paciente adquirir uma enfermidade infecciosa, o grau de imunossupressão, a atividade e o tipo de doença, assim como o benefício oferecido pela vacina. Os grupos de risco possuem vacinas específicas para cada doença ou condição de base e, portanto, devem recebê-las sempre que possível.

“Frequentemente, as vacinas produzidas com vírus morto não devem ser administradas a indivíduos com hipersensibilidade conhecida a qualquer um dos componentes da fórmula ou que tenham apresentado sinais de hipersensibilidade após a administração prévia da vacina”, acentua a médica Amanda de Miranda Marques. Indivíduos com câncer ou transplantados podem, a princípio, tomar vacina de vírus mortos, porém, isso depende do momento e do tipo de medicamento que recebem ou receberam. Neste caso, a eficácia da vacina geralmente é menor e não necessariamente garante a proteção efetiva. Vacinas de vírus vivos atenuados também estão contraindicadas para esses pacientes e cabe ao médico assistente orientar quanto à possibilidade de imunização. O infectologista Daniel Jarovsky reforça que, caso um indivíduo não esteja apto a tomar uma vacina contra determinada doença, recomenda-se medidas de prevenção individualizadas para a forma de transmissão – como lavagem de mãos, uso de máscaras e cuidados com alimentação, por exemplo. Outra estratégia muito importante é a chamada *cocoon* (do inglês casulo), na qual são vacinados todos os familiares que vivem com o paciente para que não sejam fonte de transmissão da doença.

## FIQUE SABENDO!

- ◆ As medicações frequentemente utilizadas por pacientes com DII são corticosteroides, imunossupressores e agentes biológicos. As vacinas inativadas podem ser utilizadas durante o período de imunossupressão, porém, há possibilidade de menor eficácia da imunização, devendo idealmente ser aplicadas duas semanas antes do início de imunossupressores para evitar essa possível redução da eficácia. As vacinas de vírus vivo atenuado devem ser administradas pelo menos um mês antes do início da medicação ou três meses após a sua suspensão.
- ◆ Pacientes imunossuprimidos não devem tomar vacinas de vírus vivos atenuados ou suspender a medicação que trata uma doença crônica de forma leviana. O tempo de reconstituição imunológica após uso de imunossupressores é altamente variável de pessoa para pessoa, do tempo de uso e tipo de medicação, podendo levar meses a anos. Por isso, suspender a droga pouco antes de tomar uma vacina de vírus atenuado não é uma estratégia segura ou eficaz, podendo causar des controle da doença de base.
- ◆ A eficácia das vacinas é avaliada nas fases III (pré-efetividade) e IV (pós-efetividade). Apesar de estarem sendo produzidas em tempo recorde, todas as vacinas contra Covid-19 passarão por todas as fases clínicas de estudo para que os dados de segurança e eficácia sejam suficientemente satisfatórios para promover seu licenciamento.
- ◆ Ainda não se sabe se quem já teve Covid-19 precisará de vacina. A partir do momento em que a ciência conhecer a duração da proteção contra o SARS-CoV-2 naqueles que tiveram a doença e a duração da proteção promovida pelas vacinas será possível avaliar se uma ou mais doses de reforço serão necessárias.
- ◆ As vacinas são mais úteis e efetivas para o controle de doenças infectocontagiosas do que os medicamentos para tratamento e cura, além de serem um método mais barato no contexto da saúde pública.
- ◆ As pessoas com contraindicação a algum tipo de vacina se beneficiam da ampla imunização da população que pode ser vacinada, o que resulta em proteção indireta através da imunidade de rebanho – conceito diz respeito à proteção de indivíduos não imunizados por uma espécie de ‘barreira’ feita por aqueles vacinados e que desenvolveram proteção.
- ◆ Para prevenir as doenças respiratórias é recomendado isolamento social e restrição de contato pessoal. Também é importante usar máscaras fora do domicílio e manter a higiene das mãos com água e sabão ou álcool gel 70%. Evitar contato das mãos com as mucosas de vias aéreas.

## PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO ATENDE DESDE CRIANÇAS ATÉ IDOSOS

A imunização é uma das formas mais econômicas de salvar vidas, melhorar a saúde e garantir a prosperidade em longo prazo. Um estudo de 2016 conduzido pela Johns Hopkins University, nos Estados Unidos, e publicado na *Health Affairs*, descobriu que para cada dólar investido em vacinação nos 94 países de renda mais baixa do mundo espera-se que US\$ 16 sejam economizados em custos de saúde, salários e produtividade perdidos devido às doenças e aos óbitos. O infectologista Daniel Jarovsky lembra que as vacinas são relativamente fáceis de administrar e, na maioria dos casos, fornecem proteção vitalícia. Além disso, impulsionam o desenvolvimento por meio de economias médicas diretas e benefícios econômicos indiretos, como desenvolvimento cognitivo, realização educacional, produtividade do trabalho, renda, poupança e investimento. Por isso, é essencial que a vacinação de rotina preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Sociedade Brasileira de Imunizações (SBlm) seja mantida mesmo durante a pandemia de Covid-19.

“Caso as taxas de vacinação sejam reduzidas, as crianças não imunizadas ficarão vulneráveis a infecções potencialmente graves, letais e de elevada transmissibilidade. Consequentemente, correremos grandes riscos da reintrodução de doenças já eliminadas do nosso País há muitos anos, como poliomielite e difteria, e haverá risco de ressurgimento de outras recentemente controladas. O melhor e mais recente exemplo é o ressurgimento do sarampo nos anos de 2018-2020”, adverte o médico. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde é responsável pela vacinação de toda a população brasileira, tendo um papel importantíssimo na redução de doenças altamente prevalentes nas diversas faixas etárias, no controle de doenças graves altamente transmissíveis e de surtos, como sarampo e febre amarela. Com mais de 300 milhões de doses anuais distribuídas em vacinas, soros e imunoglobulinas, o PNI define os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas.

As médicas da Assessoria Clínica de Bio-Manguinhos/Fiocruz alertam que, enquanto a ciência busca uma vacina para a Covid-19, a sociedade não pode esquecer-se de manter a alta cobertura vacinal para prevenir as doenças para as quais já existem vacinas. O Programa Nacional de Imunizações, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) alertaram, recentemente, para o ‘declínio alarmante’ no número de crianças que receberam vacinas durante a pandemia de Covid-19. Dados atualizados disponibilizados por essas instituições indicam que as interrupções ameaçam reverter o progresso conquistado com muito esforço para alcançar mais crianças e adolescentes com uma gama mais ampla de vacinas. “Um dos motivos da baixa adesão às campanhas de vacinação é que algumas doenças antes frequentes não estão sendo mais vistas – exatamente devido ao sucesso da imunização – e parte da população acredita que essas enfermidades não existem mais”, destacam. Outros fatores são a falta de recomendação de vacinação pelos profissionais da saúde, fatores socioeconômicos que limitam o acesso às vacinas e desconhecimento sobre a importância da imunização e sobre os excelentes perfis de segurança das vacinas em uso. Adultos também devem seguir o calendário nacional e manter a carteira de vacinação atualizada para evitar o aumento dos riscos da reintrodução de doenças previamente controladas.

Saiba mais no site <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>.

## ENCONTRO VIRTUAL

### ABCD abordou temas relevantes para orientar as pessoas com DII

Devido à pandemia de Covid-19, a ABCD realizou o 15º Encontro de Pacientes e Familiares de DII de modo virtual, no dia 14 de novembro. O evento reuniu convidados para abordar temas importantes: Adesão ao Tratamento, Nutrição em DII, Manejo da DII em Tempos de Covid-19, Como aprendemos e auxiliamos nas *lives*, Gravidez e a DII. “O ideal seria estarmos todos bem pertinho, mas isso não é possível neste momento. Mas agradecemos muito o grande número de pacientes que acompanharam esse encontro virtual. Nosso trabalho e nossa dedicação é toda para vocês”, afirma a médica Marta Brenner Machado, presidente da ABCD.

A gastroenterologista ressalta a importância de controlar a DII para evitar recidivas e considera fundamental que os médicos tenham uma boa linguagem para estimular a adesão ao tratamento, além de didática para explicar aos pacientes sobre a importância da cicatrização da mucosa intestinal visando evitar complicações, hospitalizações e cirurgias. “Precisamos quebrar as barreiras de comunicação, mostrar porque os pacientes precisam tomar as medicações corretamente, conversar sobre os efeitos colaterais e ajudá-los a acreditar no tratamento. A DII é uma doença de mão dupla que precisa dessa harmonia médico-paciente. Acredito que a união de todos ajudará a quebrar o máximo de barreiras, permitindo acesso aos medicamentos e ao atendimento para todos”, enfatiza.

A importância da dieta e da microbiota intestinal para reforçar o sistema imunológico e a saúde foi destacada pela nutricionista Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos. Cada vez mais estudada, a microbiota intestinal é o conjunto de trilhões de bactérias que compõem o intestino, de mais de 1,2 mil espécies diferentes e em número 10 vezes maior que a quantidade de células no corpo. “É esse conjunto e essa variedade que têm papel importante para a saúde do intestino e do organismo. Bactérias fermentam e produzem ácidos graxos de cadeia curta, que são alimentos da mucosa do intestino”, relata.

Para manter as bactérias boas em maior quantidade, produzindo substâncias antimicrobianas para eliminar os microrganismos patogênicos e estimulando as células do intestino para ajudar na defesa do organismo, é necessário consumir fibras, frutas, legumes e verduras, evitando ao máximo a ingestão de frituras, gorduras, açúcar

# REUNIU ESPECIALISTAS E PACIENTES

refinado, carne vermelha e produtos industrializados, que contêm substâncias químicas. “Ao montar seu cardápio, pense em cor, variedade de proteínas, carboidratos, verduras e legumes. O ideal é manter o equilíbrio, pois isso fará bem ao corpo e à mente”, ensina.

O médico Flavio Steinwurz, fundador e presidente emérito da ABCD, acentua que ainda não é hora de afrouxar nos cuidados com a Covid-19. A doença provoca uma tempestade de citocinas inflamatórias no organismo, liberando grande quantidade de mediadores inflamatórios na corrente sanguínea – com certa familiaridade com o processo inflamatório das DII. “Embora os pacientes com DII não sejam mais vulneráveis à doença que a população em geral, estudos apontam que, entre os pacientes hospitalizados, mais de 40% apresentaram sintomas digestivos”, acrescenta. Entre as regras da Organização Internacional para Estudo de DII estão reduzir as endoscopias em 50% e considerar a colonoscopia como procedimento de risco, uma vez que o coronavírus é eliminado pelo material fecal. Pessoas com DII que contraíram Covid-19 também devem recomeçar as medicações para a doença de base apenas quando estiverem sem sintomas. Em casos mais graves de Covid-19, só deverão reiniciar a medicação de forma personalizada e por ordem médica.

A gastroenterologista Cyrla Zaltmann, vice-presidente da Pan American Crohn’s and Colitis Organization (PANCCO), lembra que existem muitas dúvidas sobre DII, gravidez e amamentação, mas a maioria das pacientes pode realizar o sonho de ser mãe caso seja corretamente orientada. “Ao engravidar com a DII em remissão, 73% das mulheres permanecerão em remissão, mas, no caso da doença ativa, a tendência é que a DII piore em mais de 50% dos casos. Por isso, o melhor é deixar a doença em



**15º ENCONTRO VIRTUAL DE PACIENTES E FAMILIARES DE DII**  
14 DE NOVEMBRO DE 2020 | 10hs às 12hs

**COMO APRENDEMOS E AUXILIAMOS NAS LIVES**  
ALESSANDRA DE SOUZA

**GRAVIDEZ E DII**  
DRA. CYRLA ZALTMANN

**MANEJO DA DII EM TEMPOS DA COVID-19**  
DR. FLAVIO STEINWURZ

**NUTRIÇÃO E DII**  
IZABEL LAROQUER

**ADESÃO AO TRATAMENTO**  
DRA. FABIANA BREITENFEYCHENKO

Realização:  Apoio: 

ASSISTA EM:  / ABCDOFICIAL  / ABCD.ORG.BR  / ABCD.ORG.BR

remissão antes de pensar em engravidar”, orienta. No entanto, se a mulher engravidar com a doença ativa, os médicos terão de rever as medicações para manter mãe e bebê saudáveis – o mesmo vale para a fase da amamentação. A médica ressalta que, quando a doença não está controlada, há um risco quatro vezes maior de parto prematuro e aborto espontâneo em grávidas com doença de Crohn, e duas vezes mais risco em mulheres com retocolite ulcerativa.

Se apenas o pai ou a mãe tiver DII, a chance de a criança não ter é de 95%; mas, se ambos os pais tiverem doença inflamatória intestinal, a chance de o filho desenvolver DII é de 65%. Avós ou bisavós com DII aumentam um pouco mais a chance de a criança desenvolver a doença. “É importante planejar a gravidez e programar de acordo com o tipo de tratamento e a presença de atividade da doença. Por exemplo, se o casal quiser engravidar e o homem tiver DII em uso de sulfassalazina, o ideal é trocar por mesalazina três meses antes da concepção porque, em alguns homens, há redução do movimento e do número de espermatozoides por causa da medicação”, orienta a médica Cyrla Zaltmann. No entanto, durante a gra-

videz as medicações só poderão ser suspensas com orientação do médico. Já a amamentação por mães com DII está associada a um fator protetor tanto para evitar a recaída da doença no pós-parto quanto para a saúde da criança.

A farmacêutica Alessandra de Souza, do blog Farmale, abordou como as *lives* fizeram a diferença durante a pandemia de Covid-19, depois que mais de 1/3 da população mundial se isolou. “A pandemia provocou um forte impacto na sociedade, em especial nos pacientes crônicos, mas descobrimos que a internet pode ser uma grande aliada”, destaca, ao lembrar que a telemedicina foi valorizada e os encontros virtuais se transformaram em uma ferramenta importante para a troca de informações. No blog Farmale, as *lives* têm sido desenvolvidas para abordar diversos assuntos, como nutrição, exames, saúde bucal e mental, pesquisas e ciência, oftalmologia e direitos dos pacientes. Para Alessandra de Souza, o saldo positivo da pandemia tem sido o maior número de pessoas tendo informações sobre saúde com qualidade. O conteúdo completo do 15º Encontro de Pacientes e Familiares de DII está disponível no <https://www.youtube.com/c/ABCDOficial>.

# Os CUIDADOS COM A DII

**Apesar do isolamento social imposto pela pandemia, a maioria dos pacientes conseguiu dar sequência ao acompanhamento médico-ambulatorial**

**C**om a declaração de pandemia de Covid-19 causada pelo SARS-CoV-2, divulgada em 11 de março pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o mundo entrou em estado de alerta e a população foi estimulada a permanecer em casa. A evolução da pandemia mudou a rotina de médicos e profissionais da saúde de todas as áreas, especialmente aqueles que atuam na linha de frente em hospitais de referência no atendimento à Covid-19, e também desafiou especialistas que tratam doença inflamatória intestinal (DII) na condução de questões específicas desses pacientes, que envolvem o diagnóstico, o manejo do tratamento e o acompanhamento da doença. Embora o receio da contaminação seja natural, os dados obtidos até o momento não apontam para um maior risco de infecção em pacientes com DII, mesmo aqueles tratados com imunossupressores.

De acordo com o registro internacional Surveillance Epidemiology of Coronavirus Under Research Exclusion (SECURE-IBD) – que monitora os casos globais de Covid-19 em crianças e adultos com DII –, o número de casos notificados e confirmados da infecção em pacientes, até 15 de novembro de 2020, era de mais de 3 mil no mundo – contra mais de 55 milhões de infectados

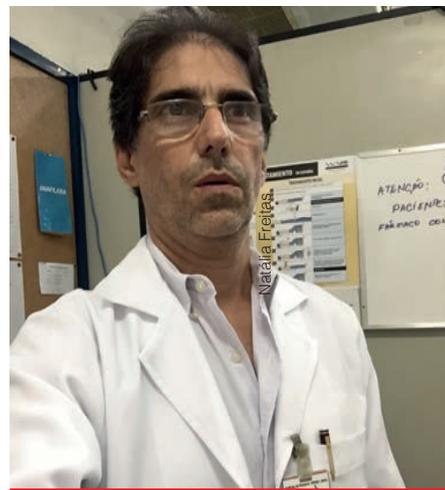


Natália Freitas

A MÉDICA NATÁLIA QUEIROZ LEMBRA QUE EVIDÊNCIAS INDICAM QUE OS PACIENTES COM DII NÃO TÊM MAIOR RISCO

no mesmo período. “Evidências atuais sugerem que os pacientes com DII não apresentam risco aumentado de infecção por SARS-CoV-2 ou de desenvolvimento de complicações relacionadas à Covid-19. Dados recentes também reforçam que desfechos desfavoráveis em pacientes com DII estão relacionados à presença de doença ativa, comorbidades e idade avançada”, afirma a médica Natália Queiroz, professora doutora do Programa de Pós-graduação do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Apesar de as sociedades médicas e os grupos de especialistas em DII terem recomendado fortemente a continuidade dos tratamentos, a reorganização dos centros de saúde realmente acabou repercutindo na falta de acompanhamento de alguns pacientes, especialmente em localidades mais afetadas pela pandemia. “Com a orientação inicial de não procurar o hospital, muitos pacientes deixaram de dar seguimento aos tratamentos. Isso tende a impactar negativamente as DII, uma vez que a interrupção do tratamento clínico



Arquivo pessoal

O PEDIATRA SILVIO DA ROCHA CARVALHO É AUTOR DE UM ARTIGO DE REVISÃO SOBRE DII E COVID-19

pode levar à exacerbação da doença, com maior necessidade de assistência médica nesse período crítico”, alerta a médica. Procedimentos endoscópicos (endoscopias e colonoscopias) também foram drasticamente reduzidos e limitados apenas aos casos urgentes, devido ao risco de aumentar a disseminação do vírus – o que gerou um pouco de descompasso para o acompanhamento. No entanto, na medida em que a pandemia evoluiu com redução no registro de novos casos, esses exames foram paulatinamente reprogramados de

## MEDO E ESTRESSE TENDEM

É importante lembrar que qualquer paciente que conviva com uma doença crônica pode apresentar algum grau de estresse em relação a possíveis fatores que tendem a piorar seu quadro, e a infecção pelo SARS-CoV-2 é um fator de estresse importante. O pediatra Silvio da Rocha Carvalho enfatiza que, em um indivíduo assustado, qualquer mínima percepção de que algo possa ser sintoma relacionado à doença fará com que a sensação

# NÃO PODEM PARAR

acordo com uma ordem de prioridade, decidida caso a caso.

Para o pediatra Silvio da Rocha Carvalho, chefe do Serviço de Gastroenterologia Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), supervisor do Programa de Residência Médica em Gastroenterologia e coordenador do curso de Pós-graduação em Gastroenterologia Pediátrica da Instituição, talvez o maior impacto tenha sido o temor de pais e pacientes em se infectar. No entanto, em pesquisa realizada no IPPMG (ainda não publicada), apenas um paciente relatou ter interrompido o tratamento por falta de medicamento devido ao receio de comparecer na farmácia de dispensação do Estado. “O acompanhamento, mesmo a distância, é fundamental para que haja tranquilidade psicológica do paciente, menor motivo de preocupação do médico assistente, melhor vigilância sobre o uso de medicação e controle de sintomas que possam indicar recaídas ou necessidade de consultas presenciais”, ressalta.

A estratégia usada no Serviço de

Gastroenterologia do Instituto de Pediatria da UFRJ foi a mesma do sistema privado de saúde: busca ativa para saber como estavam os pacientes e disponibilização de e-mail e sistema de mensagem instantânea para qualquer necessidade. Desta forma, foi possível acompanhar de perto a situação clínica de cada paciente e evitar qualquer impacto sobre os tratamentos. “No auge do isolamento – nos meses de março e abril – houve poucos casos de hipótese diagnóstica de doença inflamatória intestinal no IPPMG, mas os pacientes foram submetidos aos procedimentos para o diagnóstico de acordo com as normas da Comissão de Infecção do hospital e não foram registrados casos graves”, conta o médico, que é o autor do artigo de revisão ‘Doença inflamatória intestinal e Covid-19: revisão’, publicado na *Revista Residência Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)*, em julho de 2020 – (DOI: 10.25060/residpediatr-2020.v10n2-372).

Freepik/trachards

## A AGRAVAR SINTOMAS

fique muito potencializada. Por esse motivo, o apoio da equipe de saúde fornecendo suporte a paciente e familiares é o ponto crucial para que isso seja evitado. “Estamos encerrando uma pesquisa com nossos pacientes com DII em que uma das perguntas é sobre o medo de se infectarem. Os resultados preliminares apontam que metade tem esse temor, e isso pode espelhar também para adolescentes e crianças”, sinaliza.



# Acompanhamento é fundamental!

Segundo os especialistas, se os pacientes estiverem bem monitorados pela equipe médica é perfeitamente possível mantê-los longe de hospitais e consultórios por mais algum tempo, desde que seja feito o seguimento através de métodos remotos (telemedicina, internet). No entanto, se houver a detecção de alteração no curso da doença será importante fazer a consulta presencial. Por isso, é fundamental que tanto equipe quanto familiares monitorem o comportamento da DII, o uso correto da medicação e o estado psicológico dos pacientes. Além disso, a doença deve continuar a ser monitorada preferencialmente com métodos não invasivos, como exames laboratoriais e biomarcadores que medem a inflamação, como a calprotectina fecal.

“Pacientes sintomáticos ou com doença ativa devem ser preferencialmente avaliados presencialmente. A ausência de seguimento adequado du-



AdobeStock/JYPIX

rante a pandemia pode implicar em consequências drásticas, como o desencadeamento de exacerbações da doença, aumentando a demanda por cuidados hospitalares”, alerta a médica Natália Queiroz, ao destacar que um número considerável de indivíduos desenvolverá graves problemas psicológicos decorrentes da pandemia, como transtornos de humor, de ansiedade ou de estresse pós-traumático. Neste contexto, os pacientes com DII requerem maior atenção – uma vez que transtornos psicológicos podem atuar como de-

sencadeantes de agudizações da doença – e devem ser aconselhados a buscar suporte psicológico, quando necessário.

Embora os tratamentos, de forma geral, não devam sofrer qualquer alteração em razão da pandemia, o pediatra Silvio da Rocha Carvalho sugere dar mais atenção aos pacientes que estejam em uso de corticoides. Isso porque, baseado em experiências com H1N1, SARS-CoV e MERS-CoV, pode haver certo prolongamento da presença do vírus na pessoa infectada. “Pacientes em uso de dose alta de corticoide, se possí-

## ATENÇÃO

◆ **Qual é a diferença do PCR para detecção do SARS-CoV-2 daquele PCR que os pacientes com DII fazem?**

O PCR que os pacientes fazem é a proteína C reativa, um marcador de inflamação. O PCR para SARS-Cov-2 é uma técnica de laboratório (detecção em cadeia de polimerase), para detecção do vírus.

◆ **O paciente com DII ativa está mais vulnerável ao vírus?**

Dados preliminares até o momento sugerem que os pacientes com DII não estão mais vulneráveis ao vírus. O risco provavelmente é semelhante ao da população geral.

◆ **Os imunossuppressores (azatioprina, metotrexato) podem diminuir a imunidade e prejudicar os pacientes?**

Apesar de estarem relacionados ao aumento de risco de outras infecções, não há dados que sugerem que os imunossuppressores aumentam o risco de contrair Covid-19. Porém, nos casos em que há sintomas e infecção, pode-se suspender essa medicação até o final dos sintomas.

◆ **A prednisona aumenta o risco de infecção pelo SARS-CoV-2?**

Os corticoides parecem aumentar a presença do vírus no organismo.

Neste caso, recomenda-se que a dose seja a mínima eficiente para aqueles que já estão em uso desse medicamento.

◆ **Pacientes em uso de azatioprina, 6-mercaptopurina ou metotrexate devem diminuir a dose ou suspender a terapia?**

Não. Essas medicações devem ser mantidas nas doses em uso pelos pacientes. No caso de infecção sintomática, recomenda-se parar até o desaparecimento dos sintomas. Nos assintomáticos, os casos devem ser avaliados individualmente.

◆ **Deve-se ter mais cuidado com pacientes que fazem terapia combinada, uma vez que ficam expostos e propensos a infecções graves?**

A terapia combinada em crianças e adultos é usada principalmente para diminuir a formação de anticorpos contra o imunobiológico. Cada caso deve ser avaliado individualmente nos pacientes já em tratamento. Nos que têm indicação de iniciar o tratamento com biológicos, o momento sugere que usem aqueles com menor probabilidade de gerar anticorpos.

◆ **É recomendada triagem para Covid-19 antes de iniciar tratamento imunossupressor?**

vel, devem ter a dose reduzida ao mínimo que possa mantê-los sem sintomas e, em caso de recaídas, o medicamento deve ser usado se estritamente necessário”, orienta. Com relação às medicações de uso contínuo, não há motivo para parar se o paciente está assintomático e sem comprovação de infecção. Nos casos em que esteja comprovada clínica ou laboratorialmente a infecção pelo novo coronavírus, as medicações devem ser suspensas, à exceção dos aminossalicilatos, até o desaparecimento dos sintomas (veja quadro).

A médica Natália Queiroz acrescenta que dados preliminares publicados recentemente, provenientes do registro SECURE-IBD, sugerem que corticosteroides estão associados à maior necessidade de hospitalização e à maior mortalidade, mas isso não é aplicável aos biológicos. “Embora uma relação causal não possa ser estabelecida atualmente, sabemos que os pacientes tratados com corticoides geralmente têm menos atividade controlada da DII”, enfatiza. Já o efeito dos medicamentos imunossupressores na gravidade da Covid-19 ainda é incerto. No entanto, esses medicamentos estão associados a um maior risco de outras infecções virais graves. Por isso, o início dessas medicações durante a pandemia não é recomendado, mas a manutenção em combinação com biológicos deve ser discutida individualmente com a equipe médica.

Esse é um assunto controverso. Houve proposta de triagem pela PCR antes de iniciar o tratamento, porém, há dúvida sobre o benefício. Como o tratamento não parece influenciar o desfecho da infecção nos pacientes com DII, aguardar quarentena pode ser mais prejudicial.

- ◆ **Vitamina C, D ou outra complementação ajudam a fortalecer o organismo de pacientes com DII?** Não há evidência para essa recomendação, mas a associação de desnutrição e risco de infecções está bem descrita na literatura. O isolamento social pode impactar negativamente o acesso do paciente a alimentos saudáveis, resultando em déficits nutricionais subsequentes. O recomendado é manter uma alimentação balanceada com quatro a seis pequenas refeições ao dia e hidratação adequada. Todos os pacientes também são incentivados a parar de fumar.

## CRIANÇAS CORREM MENOS RISCOS

Com base nos dados disponíveis, a Sociedade Brasileira de Pediatria concluiu que as crianças com DII têm um curso predominantemente benigno de Covid-19, com sintomas leves e quase nenhuma mortalidade relatada, apesar de casos graves e com manifestações tardias também ocorrerem nessa faixa etária, independentemente de a criança ter doença inflamatória intestinal. Ainda segundo o documento da SBP, para esta família de vírus a resposta imunológica aparece como principal fator de dano ao tecido pulmonar durante a infecção. Assim, um paciente imunocomprometido pode ser potencialmente protegido por uma resposta imune mais fraca contra o vírus, diminuindo a cascata imunológica de citocinas inflamatórias.

Dados do registro SECURE-IBD reforçam que pacientes em uso de biológicos não apresentam risco aumentado de necessidade de internação em UTI ou maior mortalidade. Para a médica Natália Queiroz, uma possível explicação para isso é que os anticorpos anti-TNF podem promover o controle eficaz da chamada ‘tempestade de citocinas’ que ocorre na pneumonia grave relacionada à Covid-19, atenuando o curso da doença. O pediatra Silvo da Rocha Carvalho complementa que, na doença em que o agravo maior é feito pelo próprio sistema de defesa do organismo – que está desregulado e atuando contra o organismo que deveria proteger –, se o paciente que contrai Covid-19 está com seu sistema imunológico inibido ou atenuado haverá menor possibilidade de lesão, já que a atuação imunológica estará sendo inibida pelos medicamentos. Desta forma, o dano parece ser menor. “Nos casos que acompanhei de crianças e adolescentes com DII que apresentaram Covid-19, todos foram muito leves ou assintomáticos”, relata.

Leia mais em [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22517d-NA\\_-\\_Recom\\_pacie\\_ped\\_dc\\_inflamatoria\\_intest\\_na\\_covid19.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22517d-NA_-_Recom_pacie_ped_dc_inflamatoria_intest_na_covid19.pdf).

### LEMBRE-SE!

As medidas de proteção e controle da disseminação do novo coronavírus por pacientes com DII são as mesmas utilizadas para a população geral:

- ◆ Lavagem regular das mãos com água e sabão ou uso de álcool gel a 70%
- ◆ Evitar tocar olhos, nariz e boca até que as mãos estejam lavadas
- ◆ Cobrir boca e nariz com a parte interna do cotovelo ao espirrar ou tossir
- ◆ Evitar ambientes com aglomerações (transportes públicos, supermercados, shoppings)
- ◆ Manter o distanciamento social de 1 a 2 metros em locais públicos
- ◆ Viagens devem ser canceladas ou adiadas sempre que possível
- ◆ Evitar contato com pessoas infectadas pelo SARS-COV-2
- ◆ Crianças maiores de 2 anos e adolescentes devem utilizar máscaras sempre que estiverem fora de casa

Fonte – Sociedade Brasileira de Pediatria



Freepik

# TELEMEDICINA E A

Todos os pacientes em tratamento podem usar a modalidade digital, que permite o monitoramento e a orientação constantes durante a pandemia

**A** Lei Federal 13.989, de abril de 2020, regulamentou o atendimento de pacientes pelo meio digital para possibilitar a prestação de serviço em saúde de forma não presencial durante a pandemia de Covid-19. Assim, médicos, hospitais e serviços de saúde foram autorizados a adotar a telemedicina para atendimentos diversos, inclusive de pacientes com doenças crônicas como as DII. Como medida emergencial e em caráter excepcional, o Conselho Federal de Medicina (CFM) liberou a utilização do método em três situações: teleorientação (transmissão de encaminhamentos para pacientes em isolamento), telemonitoramento (acompanhamento de indicadores de saúde do paciente a distância) e teleinterconsultas (troca de informações entre médicos), e o Ministério da Saúde liberou a teleconsulta.

Esta autorização foi considerada um incentivo importante para que instituições de saúde e médicos iniciassem as experiências práticas no uso deste método de atendimento aos pacientes. Além

disso, possibilitou a relação médico-paciente sem a obrigação do contato físico e ajudou a melhorar o acesso aos cuidados de saúde, permitindo o necessário distanciamento social indicado para diminuir a disseminação do SARS-CoV-2. No entanto, uma comissão especial do CFM está revisando a prática da telemedicina no Brasil para que, após a pandemia, o uso deste método seja feito de forma ética, técnica e segura para a sua prática no País.

A Comissão de Revisão da Resolução 2.227/18 de Telemedicina do CFM tem como objetivo garantir que o uso do recurso seja feito com segurança, ética e responsabilidade. Para isso, as normas devem se basear nos princípios da autonomia do médico e do paciente; na responsabilidade do ato médico e na manutenção do sigilo profissional; na segurança da proteção de dados pessoais do paciente; em não ocorrer mercantilização da Medicina e na manutenção da relação médico-paciente. “Deve estar assegurada a mesma remuneração para atos médicos presenciais e a distância, e a existência de mecanismos de fiscalização de plataformas de telemedicina e serviços médicos de telemedicina”, explica o médico nefrologista Donizetti Dimer Giamberardino

Filho, 1º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) e coordenador da Comissão.

A telemedicina

## SEGURANÇA É

Para o doutor Donizetti Dimer, a segurança do atendimento virtual aumenta quando o paciente já foi examinado presencialmente por seu médico assistente, estabeleceu um vínculo pessoal de confiança e obteve



# ATENÇÃO À SAÚDE

tem sido especialmente útil para pacientes com doenças crônicas e em seguimento – como é o caso de pessoas com doença inflamatória intestinal –, permitindo que médicos e pacientes prossigam o acompanhamento de suas patologias. Entretanto, o doutor Donizetti Dimer considera que a consulta presencial sempre será o ‘valor ouro’ de atendimento, por toda a riqueza da relação interpessoal e por possibilitar um exame físico completo. “Neste período de pandemia, deve-se buscar a segurança do paciente e a segurança do ato médico, seja nas dimensões do diagnóstico formulado, nas linhas de cuidado, na privacidade e intimidade de uma consulta médica e, principalmente, no sigilo sobre dados pessoais dos pacientes”, ressalta.

Para o professor doutor Chao Lung Wen, chefe da Disciplina de Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), líder do Grupo de Pesquisa USP de Telemedicina, Tecnologias Educacionais e Interativas, e eHealth no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – agência vinculada ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI) –, a telemedicina se mostrou funcionalmente como um importante Equipamento de Proteção Individual (EPI) digital em prestação de serviço de saúde na pande-



CFM/Conselho Federal de Medicina

O MÉDICO DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO, DO CFM: CONSULTA PRESENCIAL SEMPRE SERÁ ‘VALOR OURO’

mia e foi a forma mais humana de atendimento, pois ofereceu serviço em um momento em que os pacientes ficaram em isolamento e impossibilitados de terem acesso a serviços de saúde para todas as doenças que não fossem Covid-19.

“Todos os pacientes puderam receber orientações para situações de suspeita de Covid-19, entre outros problemas e, certamente, a telemedicina teve papel importante. Em muitas instituições, houve um crescimento de 1.000% no número de atendimentos com o uso deste método digital, o que reduziu os riscos de contágios, pois toda essa quantidade de pacientes não teve necessidade de deslocamento e nem de ir para o ambiente hospitalar. Somente ia para



Divulgação

O PROFESSOR CHAO LUNG WEN, DA USP, DIZ QUE CONSULTA DIGITAL SE MOSTROU UM EPI EFICIENTE EM SAÚDE

os hospitais quem realmente precisava”, ressalta o professor, que começou a trabalhar com telemedicina em 1997 e coordenou o projeto de Telemedicina Estação Digital Médica do Programa Institutos do Milênio (CNPq/MCTI – 2005-2008) e o Programa Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde (2007-2014). Apesar da importância, o médico lamenta que a liberação da telemedicina durante a pandemia – sem que estivesse regulamentada adequadamente pelo CFM – também tenha criado mercantilismo, serviços de baixa qualidade e banalização da ferramenta, questões que deverão ser mais bem definidas com a resolução de telemedicina pelo CFM ao fim da pandemia.

## MAIOR QUANDO MÉDICO JÁ CONHECE O PACIENTE

diagnóstico e conduta terapêutica. Neste caso, os pacientes podem ser avaliados em seguimento, com intervalos de até 180 dias para nova consulta presencial, a critério médico e dependendo da evolução clínica – o que se torna importante em pacientes que residem em locais distantes do médico assistente. Em relação aos métodos de endoscopia, neste momento não é possível no Brasil, salvo para segunda opinião ou teleinterconsulta entre especialistas da mesma área.

“O uso da telemedicina é uma decisão a ser tomada pelo médico e seu pa-

ciente, com todas as informações necessárias sobre os limites desse método, da possibilidade de o paciente ser encaminhado a um centro médico, e com estabelecimento de um documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)”, argumenta. Além disso, a plataforma de telemedicina deve assegurar os níveis de segurança denominados NSG2 para a devida proteção dos dados pessoais do paciente; o atendimento deve ser registrado em prontuário e a prescrição também deve possuir níveis de segurança de proteção de dados, com a presença de assinatura digital qualificada.



# Capacitação técnica é essencial

A modalidade mais debatida da telemedicina é a teleconsulta, mas existem outras como o telediagnóstico, teletriagem, teleconsultoria, teleducação, telecirurgia e teleconferência, podendo ser na modalidade síncrona (on-line) e assíncrona (não simultânea). Para garantir a qualidade do atendimento por telemedicina é fundamental que o médico tenha feito um curso de capacitação envolvendo Ética e Responsabilidade Digital, Telepropedêutica e Media Training Digital em Saúde. Neste momento de pandemia, a sugestão dos especialistas é que os médicos sem experiência na área façam um curso de capacitação prática em telemedicina e, caso não estejam vinculados a hospitais, instituições ou universidades, procurem as suas sociedades de especialidades para iniciar as experiências com o recurso assistencial digital.

“A pandemia foi um fator disruptivo para a telemedicina. A necessidade de seu uso, por vezes compulsória, fez com que muitos médicos passassem a utilizá-la, mesmo aqueles mais críticos. E não podemos confundir a segurança do uso do método com resistência. A liberação que ocorreu foi decorrente de um Estado de Calamidade Pública Sanitária, mas, após a pandemia, a telemedicina deve ser executada dentro de princípios da responsabilidade, se-

gurança e bioética digital”, acentua o 1º vice-presidente do CFM, Donizetti Dimer. As restrições estão no atendimento impessoal, sem conhecimento prévio do paciente; no mercantilismo de uso de plataformas como cartão de benefícios e, principalmente, no risco de que incautos – muitos sem diploma de médico – possam atuar de forma clandestina e prejudicial à sociedade, à população e aos próprios médicos.

O professor Chao Lung Wen lembra que, antes da pandemia, existia uma resistência cultural e o receio de que a telemedicina poderia mudar todo o formato de assistência médica, gerando um caos no processo. “A questão principal não é Medicina digital ou telemedicina, mas sim como aplicamos a prática na Medicina para organizar um atendimento mais abrangente e eficiente, criando uma Medicina conectada, que é uma Medicina híbrida”, ressalta, ao esclarecer que todas as áreas médicas podem ser contempladas, porém, não na mesma proporção e de acordo com as características de cada especialidade. Para tanto, é necessário desenvolver diretrizes de boas práticas e, assim, definir as abrangências e restrições atuais. Também é importante lembrar que as restrições de hoje podem não existir nos próximos anos, devido à evolução tecnológica.

## LEMBRE-SE!

Para atuar com telemedicina os médicos deverão, primeiramente, escolher as modalidades que desejam realizar para, em seguida, avaliar o que os pacientes esperam do método e escolherem se será síncrono ou assíncrono. E os pacientes deverão ter sido previamente instruídos sobre a teleconsulta e suas características de sigilo e confidencialidade.

Em relação ao ambiente, devem procurar retratar a mesma intimidade e privacidade de uma consulta em seu consultório, evitando a circulação de terceiros. Também é fundamental que o médico tenha ótima prática clínica na área; faça uma anamnese perfeita para o raciocínio clínico, associando com informações das propedêuticas de observação; oriente autoexames supervisionados e exames de apoio ao diagnóstico, para definir condutas. O médico também deve traçar um fluxo de atendimento que inclui agenda, formalização de TCLE, pagamento da consulta, entrevista e prescrição.

A equipe – mesmo que seja apenas uma secretária – deverá ser treinada para a tecnologia a ser utilizada, avaliar a iluminação da sala, estabilidade da rede de internet, qualidade da imagem da plataforma, níveis de segurança de dados das plataformas de atendimento e prescrição, assim como o prontuário do paciente, com manutenção do sigilo de seus dados. Também é necessário ter muita atenção para a legislação recente da Lei Geral de Proteção de Dados e suas responsabilidades.

# Vantagens e desvantagens

Já existem estudos de metanálise comprovando que o telemonitoramento de pessoas com doenças crônicas e teleorientações tem evidências de benefício para os pacientes. Segundo o professor Chao Lung Wen, os resultados são extremamente positivos, sobretudo em idosos, porque a telemedicina evita o deslocamento desnecessário de retorno ou o agravamento das doenças pela possibilidade de supervisão e orientação frequente por profissionais da saúde. “Quando atendemos pacientes com doenças crônicas, em geral, são pacientes conhecidos. Não são pacientes novos. Mesmo assim, cabe ao especialista avaliar se o atendimento não presencial tem garantia de segurança. Em grande parte desse tipo de acompanhamento fazemos anamnese e verificamos exames subsidiários para avaliar a manutenção de conduta ou não”, ensina.

A principal vantagem, sem dúvida, é a facilidade de acesso aos serviços de saúde, desde que seja mantida a pessoalidade da relação médico-paciente, além da possibilidade de reduzir viagens desnecessárias para atendimentos e de aumentar a rapidez nos cuidados. Entretanto, a não realização de um completo exame físico e o risco de uma tendência da sociedade atual em desvalorizar a relação interpessoal, levando à perda do elemento confiança, estão entre as desvantagens do uso da telemedicina. A falta de treinamento de médicos e pacientes, a falta de ambientes adequados e de infraestrutura para realizar os teleatendimentos também são questões a serem resolvidas.

O médico Donizetti Dimer informa que o uso do método de telemedicina em outros países, em sistemas organizados de redes de atendimento, tem melhorado o acesso aos cuidados, seja na prevenção ou no monitoramento

de patologias crônicas. A gestão clínica desses pacientes pode ser acompanhada a distância e com redução de agravos que, se ocorrerem, poderão receber diagnósticos mais precoces e consequente intervenção. “A decisão de atender por telemedicina depende da autonomia do médico e de seu paciente. O médico pode determinar qual paciente vai atender por esse método, de acordo com seus critérios de segurança clínica. Vão existir pacientes mais graves, cuja evolução não permite a telemedicina, e outros que podem ser beneficiados com a prática”, reitera.

O 1º vice-presidente do CFM diz, ainda, que o Brasil é um país de dimensões continentais e de uma grande desigualdade em seu território. A distribuição de médicos, de especialistas e de centros médicos não é devidamente organizada, e está presente mais nas capitais e cidades de maior porte. Por esse motivo, a telemedicina deverá ter seu grande papel em sistemas de saúde, mas estes precisam estar organizados, informatizados e integrados para que este recurso demonstre sua utilidade. A telemedicina também não deve ser um método para apoio à transferência de vagas, mas sim para transferência de conhecimento e experiência entre médicos.

Além disso, não deve substituir o atendimento presencial, e sim ser um ato complementar para proporcionar melhor acesso ao cidadão. Para o doutor Donizetti Dimer, a telemedicina como método baseado em tecnologias também vai depender das mãos humanas que as utilizam, que podem realizar os desvios indesejados. “A principal finalidade da telemedicina é possibilitar a organização de um ecossistema de saúde conectada. Para isso, precisamos torná-la matéria obrigatória em todas as faculdades de Medicina do País e em todas as residências médicas”, complementa o professor Chao Lung Wen.

## FIQUE SABENDO!

- Somente a partir de 2015 é que começou a expandir a telemedicina comercial e empreendedora, em decorrência da redução dos custos com as tecnologias de comunicação, smartphone e aparelhos móveis.
- Neste momento, as regras para a telemedicina são as reconhecidas pelo Ofício 1756 e pela Portaria 467, resolução 1643/2002 do CFM, mais as áreas com resoluções próprias (Teleradiologia e Telepatologia). Provavelmente, a nova resolução do CFM deverá resgatar as modalidades de serviços definidos na resolução 2.227/2018.
- Outra regra é o artigo 5º da Lei 13.989/2020, que coloca a telemedicina como equivalente ao atendimento presencial, desde que submetido ao Código de Ética Médica.
- Por utilizar recursos tecnológicos digitais, a telemedicina precisa seguir a linha da Lei Geral de Proteção de Dados, Marco Civil de Internet e questões relacionadas com segurança (criptografias) e comportamento digital, com o protocolo HIPAA.

## EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA COM DII NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFS

Durante a pandemia de Covid-19, o Hospital Universitário de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe (HUL-UFS) teve uma experiência positiva com a telemedicina no atendimento a pacientes com doença inflamatória intestinal. A atividade, que foi iniciada em maio em caráter excepcional e temporário – de acordo com a Lei nº 13.989/2020 e a Portaria 467 – possibilitou o monitoramento e a orientação dos pacientes do ambulatório em tratamento de DII com imunobiológicos e corticoides, ou em atividade da doença. O principal objetivo da equipe do HUL foi controlar os sintomas e induzir a remissão da DII, melhorando a qualidade de vida dos pacientes, mantendo a vigilância aos eventos adversos e minimizando a toxicidade dos medicamentos.

A telemedicina foi implementada no HUL pelo professor doutor Fernando Every Belo Xavier que, desde o início, vem desempenhando excelentes ações na área, como a teleconsultoria com o HU Aracaju e a teleducação, promovendo troca de experiência com instituições nacionais e internacionais. Ao assumir a coordenação da Unidade de e-Saúde do HUL, em 2019, o nutricionista Rafael Pinto Lourenço passou a desenvolver ações junto à Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), com participação em várias sessões a distância (SIGs) de diversas especialidades para debates, discussões de caso, aulas e pesquisas. “Estimulei ações de teleducação e capacitação virtual na Instituição, além de coordenar ações de teleassistência, que foi muito

importante durante a pandemia. A vantagem da implementação da telemedicina é que os médicos podem oferecer orientações aos pacientes sobre as condutas clínicas e prescrever quando necessário, tudo a distância, proporcionando a continuidade do cuidado aos pacientes com DII. Avaliamos o nível de satisfação dos médicos e dos pacientes, e obtivemos excelentes resultados”, afirma.

Segundo o coordenador, a teleconsulta é totalmente aplicável em casos de retorno médico de pacientes crônicos e é capaz de reduzir os tempos de espera das consultas e decisões terapêuticas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes com DII. Além disso, traz agilidade, evita grandes deslocamentos de usuários que residem longe do atendimento médico especializado e permite que o paciente receba o atendimento de onde estiver. “Se o médico identificar, durante a teleconsulta, a necessidade de exame físico completo ou avaliação presencial deverá encaminhar o paciente para uma consulta presencial ou serviço de saúde”, orienta. O atendimento pode ser realizado diretamente entre médicos e pacientes por meio de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), que garante a integridade, segurança e o sigilo das informações, seguindo preceitos éticos de beneficência, não maleficência e autonomia, assim como recomendações da legislação vigente e do Conselho Federal de Medicina e com a assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Es-



Divulgação

O COORDENADOR RAFAEL PINTO LOURENÇO AFIRMA QUE A TELECONSULTA É APLICÁVEL EM CASOS DE RETORNO MÉDICO

clarecido, explicando todas as informações necessárias e as limitações da prática ao paciente.

“O método permite a utilização de prontuário eletrônico do paciente (PEP) seguro para registro, assim como o uso de ferramentas de videoconferência, com acesso autenticado e criptografia de ponta a ponta. Para envio seguro de prescrição eletrônica, basta utilizar a assinatura digital ICP-Brasil”, ressalta. Entre as dificuldades estão a ausência do exame físico presencial e o fato de que nem todos os pacientes da rede pública possuem tecnologia da informação e comunicação adequada ou acesso à internet.

### CAMINHO SEM VOLTA

No mercado, existem atualmente vários softwares de telemedicina, mas a preferência deve ser para aqueles certificados pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), pois isso significa que o software obedece a requisitos mínimos de segurança da informação. “A prática da telemedicina veio para ficar. Assegurando princípios éticos e a segurança de dados, acredito que o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, telemonitoramento, teleorientação e teleinterconsulta devem ser mantidos. Acredito também que as ações de telediagnóstico e teleconsultoria deveriam ser ampliadas, pois já foi demonstrada a sua importância na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Temos um País com dimensões continentais e a telemedicina diminui essa distância”, argumenta o coordenador de e-Saúde do HUL.



Freepik/nensuria

# Os MUITOS BENEFÍCIOS DA MEDITAÇÃO

**Prática milenar ajuda na saúde física e mental e faz parte das terapias integrativas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)**

**D**entro da tradição budista, a meditação é praticada há mais de 2.600 anos e fazia parte da rotina dos monges. O ato de meditar leva a consciência a encontrar um espaço de liberdade, no qual o praticante aprende a conviver com o fluxo de pensamentos (agradáveis ou desagradáveis), conduz a um estado de equilíbrio biopsíquico, influencia no ânimo, reduz o estresse e a ansiedade, e age sobre os medos e as inseguranças, trazendo um estado de maior bem-estar, autoconfiança, alegria e tranquilidade. A prática também ajuda na redução de doenças psicossomáticas, leva à menor vulnerabilidade e à diminuição da desconfiança e hostilidade para com os outros.

Segundo o professor Fernando Stanziani, da Associação Palas Athena, há vários estudos conduzidos por neurocientistas e vasta literatura na área da Neurologia e

Neurociências que comprovam as transformações significativas na atividade cerebral dos praticantes de meditação. Um dos primeiros estudos começou com experimentos descritos no livro *A Música Silenciosa – a ciência da meditação*, de William Johnston, de 1979. “Meditar torna as percepções mais amplas e claras e, por isso, transforma atos e metas na vida de quem a pratica. A meditação pode ser praticada de várias formas, por exemplo, através da consciência centrada em um único objeto, pela busca do estado de distensão física, emocional e mental, ou através da identificação plena com qualidade, princípio ou imagem de devoção, entre outras”, detalha.

Existem várias técnicas de meditação, que pode ser guiada, com mantra, sons e cores. O Zazen, por exemplo, vem da tradição Zen Budista e se baseia em três pilares: postura firme, confortável e coluna ereta;



respiração lenta e profunda; e concentração. “O Zazen é a meditação sentada e em silêncio, também conhecida como meditação vazia. Procuramos não nos concentrar em nada, mas, como esvaziar a mente é bastante difícil, fazemos a meditação com o auxílio da respiração, contando as inspirações e expirações. Isso ajuda muito a segurar o fluxo mental, que é desnecessário e intrusivo, e acalmar a mente”, ensina o monge Enjo Stahel, do Templo Zen-Budista Taikanji.

O budismo fala e ensina muito sobre o sofrimento, a dor física e emocional, e a meditação ajuda a compreender a questão da impermanência e a interdependência de todas as situações, assim como ver o mundo e as relações com olhos mais abertos, mais tolerantes e mais compassivos. “A meditação ajuda a diminuir a dor física e emocional porque aprendemos a lidar melhor com as nossas emoções. Além disso, quem segue um caminho espiritual tem um significado de vida mais profundo, se abala e sente menos as adversidades, o que ajuda a superar melhor os problemas”, acredita o monge, ao ressaltar que mais

de 80% dos problemas de saúde têm origem psicossomática. Portanto, resolver essas aflições e preocupações vai fazer com que o indivíduo viva de uma forma mais tranquila, confiante e alegre, o que trará inúmeros benefícios, inclusive no tratamento de doenças pré-existentes.

O Budismo Kadampa é uma escola do Budismo Mahayana, fundada pelo mestre budista indiano Atisha (982-1054) e cuja tradição foi disseminada amplamente no Tibete por Je Tsongkhapa e seus discípulos. Segundo o mestre budista Geshe Kelsang Gyatso Rinpoche, que ajudou a difundir o Budismo Kadampa pelo mundo, a meditação é ‘uma mente que se concentra em um objeto virtuoso e a causa principal de paz interior’. A professora associada da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Liria Yuri Yamauchi, que pratica e estuda a meditação e é voluntária do Centro Budista Kadampa Lamrim, em Santos, afirma que o propósito da prática é acalmar e apaziguar a mente. “Se a nossa mente estiver em paz, ficaremos livres de preocupação e

desconforto mental e, assim, experienciaremos a verdadeira felicidade. Mas, se não estivermos em paz, acharemos difícil ser feliz, mesmo vivendo nas melhores condições”, enfatiza.

A professora destaca que a meditação budista é um método para que o indivíduo se acostume com a virtude. Assim, quanto mais a mente estiver familiarizada com a virtude, mais calma e apaziguada se tornará. “Se treinarmos para ficar em paz seremos felizes o tempo todo, até nas condições mais adversas. Mas se, ao contrário, nossa mente estiver agitada, ainda que as condições exteriores sejam agradáveis, não seremos felizes”, adverte. O treino da meditação de forma sistemática vai contribuir para que as pessoas sejam capazes de erradicar as desilusões ou aflições mentais, que são as causas de todos os problemas e sofrimentos.

#### CURA

Incluída no rol das práticas integrativas do Sistema Único de Saúde (SUS), a meditação é altamente recomendada, inclusive, como suporte aos tratamen-

A PROFESSORA LIRIA YURI YAMAUCHI PRÁTICA MEDITAÇÃO E É VOLUNTÁRIA DO CENTRO BUDISTA KADAMPA LAMRIM

## VAMOS MEDITAR?

-  Oriente-se sobre os tipos de meditação existentes. Escolha aquele que melhor se adapte à sua visão de mundo. Escolha alguma forma de orientação: um praticante experiente, um curso, instituto e até mesmo um bom manual guia.
-  Compreenda que práticas meditativas transformam os padrões físicos e mentais de percepção, modificando hábitos de viver. Portanto, a escolha deve ser acompanhada da observância de normas éticas de viver.
-  Escolha uma hora e um lugar considerados seguros e livres de estímulos intensos que favoreçam a distração ou perda de concentração – procure manter esse horário e local, pois a regularidade é fundamental para que a prática se consolide. Depois de adquirir experiência, poderá meditar a qualquer hora e em qualquer lugar.
-  Escolha uma posição em pé ou sentada em uma cadeira ou almofada – em qualquer dessas situações é importante manter a coluna ereta, não se recostar e manter o corpo naturalmente descontraído.



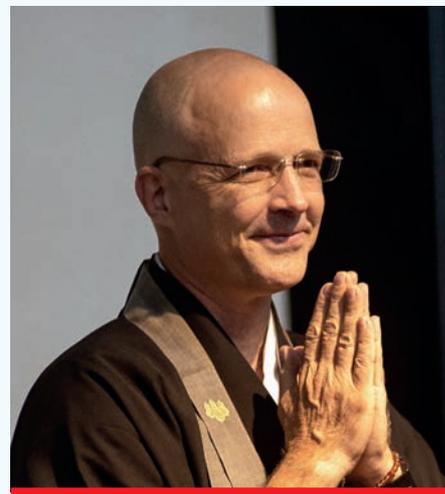
tos difíceis e dolorosos. O professor Fernando Stanziani afirma que, além dos benefícios largamente comprovados para os pacientes e seus cuidadores, as práticas meditativas apresentam a vantagem de custo mínimo para serem introduzidas, ao mesmo tempo em que colaboram significativamente para a redução dos custos totais com a saúde. “Meditar pode ajudar a diminuir a dor física e emocional e, se não diminuir, vai ao menos contribuir para que a pessoa se sinta mais fortalecida ao passar pela experiência da dor. É bom lembrar que todo processo de dor possui uma dimensão psicofísica e, por isso, é vivenciado de modo diferente pelos indivíduos. Uma vez que a meditação amplia o campo de percepção física e mental, a pessoa pode mais facilmente encontrar possibilidades de superação do sofrimento”, acentua. No método de oito semanas criados pelo doutor Jon Kabat-Zinn – destinado a pessoas que apresentam todo tipo de doenças – o importante não é pensar que, pela meditação, encontrará um método garantido de cura, mas, sobretudo, que



O PROFESSOR FERNANDO STANZIANI AFIRMA QUE MEDITAR PODE AJUDAR A DIMINUIR A DOR FÍSICA E EMOCIONAL

aumentará as chances de lidar com seus males de modo resiliente.

O monge Enjo Stahel acredita que o fato de a meditação reduzir o estresse e a ansiedade, melhorar o estado de ânimo e trazer mais bem-estar também ajuda a melhorar o sistema imunológico e, conseqüentemente, ajuda o corpo a se curar. “Primeiro curamos a nossa alma e a nossa mente e, assim,



O MONGE ENJO STAHEL: A MEDITAÇÃO TAMBÉM AJUDA A MELHORAR O SISTEMA IMUNOLÓGICO E O CORPO A SE CURAR

a mente se encarrega de curar também o nosso corpo. Acho que a meditação acaba agindo sobre todo o nosso nível de saúde e isso vai ajudar muito na cura de doenças e também nos tratamentos. Segundo pesquisas médicas, as medicações de quem está em tratamento acabam tendo um efeito ainda melhor quando acompanhadas pela meditação”, acrescenta.

 Inspire e expire profundamente quanto possível, mas sem forçar nada. Tome consciência do momento presente, recolha sua mente convidando-a a ‘permanecer em casa’, renunciando a quaisquer preocupações que possam ocorrer. Diga generosamente para seus pensamentos: ‘agora não, depois’.

 Faça um ‘escaneamento corporal’ como se passasse com uma lanterna ao longo do corpo, dos pés até a cabeça. Faça pequenos ajustes, pés paralelos na mesma distância dos quadris, coluna ereta – mas, ao mesmo tempo, em descanso –, ombros relaxados e braços em descanso sobre as pernas ou, se em pé, naturalmente soltos ao longo do corpo. Cabeça em posição natural e maxilares descontraídos. Se mantiver os olhos abertos, mire como se fosse para o horizonte sem buscar nada; se mantiver os olhos semicerrados, mire o solo alguns passos à frente e, se mantiver os olhos fechados, descontraia e deixe os globos oculares repousando.

 Volte a atenção para a respiração. Torne-a tão completa quanto possível, descontraindo o abdome sem, entretanto, forçar nada. Leveza e firmeza. A meditação é realizada em descanso e essa é a condição a ser conquistada, sobretudo nos estágios iniciais.

 Nunca force a postura, apenas observe pontos de tensão procurando aliviá-los e mantendo o tônus necessário para permanecer na posição. Caso sinta torpor, faça algumas inspirações mais intensas para energizar-se. Caso sinta muita agitação ou dispersão, procure expirar mais prolongadamente por três a quatro vezes. Tenha em mente que alcançar essa postura de calma e tranquilidade psicológica e corporal é um fator absolutamente importante para seguir o processo de atenção focada.

 Siga então nessa posição de descanso focado na respiração, observando em cada inspiração o frescor do ar que entra, e em cada expiração o aquecimento do ar que sai dos pulmões. Caso se perceba distraído ou tomado por pensamentos, não se repreenda, apenas retorne generosamente o foco na respiração. Faça isso tantas vezes quanto necessário e, com o tempo, perceberá que as distrações tendem a diminuir.

 Nos estágios iniciais não force a permanência na prática, pois isso poderá gerar cansaço e desânimo para seguir o processo. Comece com períodos curtos de cinco a sete respirações e, se possível, repita o processo duas a três vezes ao dia. O prolongamento no intervalo de tempo da prática virá naturalmente.

Fonte: Professor Fernando Stanziani, Associação Palas Athena



Freepik

## PRÁTICA É ACESSÍVEL, MAS DEMANDA PACIÊNCIA

As práticas meditativas são acessíveis a qualquer pessoa que esteja disposta a aprender, mas, segundo o professor Fernando Stanziani, devem ser consideradas as limitações físicas e psicológicas de cada indivíduo. A periodicidade é variável e é preciso que cada pessoa encontre individualmente o seu tempo e a frequência adequada à prática até criar uma ‘musculatura mental’ para seguir meditando com regularidade. As práticas também demandam alguns cuidados preparatórios como postura corporal, exercício de presença e ritmo respiratório, de modo a produzir um estado psicofísico que favoreça a entrada e permanência no estado de atenção plena.

O professor lembra que é muito comum que os praticantes, sobretudo em estágios iniciais, sejam orientados por um mestre, professor ou especialista para facilitar a introdução na prática. Entretanto é interessante que cada pessoa vá gradualmente ganhando autonomia na condução para o estado meditativo, pois esse é um quesito básico para se alcançar uma boa prática. “Geralmente, é recomendado aos iniciantes que realizem períodos curtos – às vezes de minutos – repetindo duas a três vezes ao dia, antes de tentar evoluir para períodos mais longos”, orienta. Isso porque, devido à natureza divagante da mente, é muito comum que ocorram distrações frequentes no início da prática e a consequente perda da permanência do foco de atenção, essencial para o estado meditativo.

O monge Enjo Stahel acrescenta que mesmo pessoas com sérias limitações físicas podem

praticar o Zazen, porque basta ficar em silêncio, imóvel e quieto e conseguir perceber a mente e fazer essa jornada interior. “Meditar envolve começar a olhar para si mesmo e ver como a mente funciona; é um processo de auto-observação. Acho que a maioria das pessoas pode fazer isso, a não ser que tenha realmente problemas mentais ou de ordem bastante grave que impeça um bom resultado com a meditação”, ressalta. Embora o começo da prática possa ser muito difícil para alguns, a recomendação é começar aos poucos e ir no seu ritmo, separando um ou dois períodos do dia em que possa ficar em silêncio por apenas 10 minutos e, aos poucos, ir aumentando.

O ideal é que se chegue a 40 a 45 minutos de meditação por período, mas sem se estressar ou se esforçar. Normalmente, somente após 30 minutos a mente realmente se acalma depois de um dia de várias atividades e agitações. Depois de dois ou três meses de prática diária, em geral se consegue facilmente chegar nesse nível de meditação. Até lá, é preciso ter bastante paciência, porque vão ter muitos altos e baixos. “Muitas vezes, o indivíduo acha que vai acalmar com a meditação, mas acontece o contrário e a pessoa fica muito agitada, porque a meditação começa a liberar muitas informações do inconsciente, muitos sentimentos reprimidos, muitas memórias e ideias que ficam dentro do nosso inconsciente e começam a se manifestar com o ato de meditar. Então, é preciso esperar alguns meses para começar a sentir esse benefício da meditação mais profunda e verdadeira”, assegura o monge Zen-Budista Enjo Stahel.

# DIREITOS

Com o fechamento temporário de alguns ambulatórios públicos e privados durante a pandemia por Covid-19, alguns pacientes podem ter tido seu diagnóstico e início de tratamento postergado por dificuldades de acesso ao especialista. A realização de exames também ficou restrita aos casos urgentes, o que pode ter postergado um diagnóstico ou limitado uma otimização de tratamento. Essa dificuldade de acesso ao especialista pode ainda ter dificultado os relatórios médicos em casos de requerimentos para readaptação ou afastamento do trabalho.

No caso do INSS, com o fechamento temporário das agências as análises passaram a ser eletrônicas através do aplicativo MEU INSS. Assim, o paciente teve de anexar o relatório médico que devia conter o CID X, a sugestão do número de dias de repouso e a partir de que data, sendo considerado sempre somente o relatório mais recente anexado. Quando houvesse conformação dos dados pela Perícia Médica Federal, um auxílio emergencial no valor de um salário mínimo estava sendo liberado como forma de adiantamento, uma vez que a marcação para agendamento do auxílio doença só retornará com a reabertura das agências do INSS ao público. O processo deve ser repetido mensalmente até a avaliação presencial. Atualmente, algumas agências do INSS maiores que já permitem maior distanciamento social e que estiveram aptas em vistoria sanitária já vêm sendo abertas ao público para agendamento de perícias presenciais.

# DOS PACIENTES

Para não terem seus direitos prejudicados em qualquer tempo, os pacientes devem sempre procurar se informar com notícias de órgãos confiáveis como ABCD, DII Brasil, GEDIIB e com os departamentos de Recursos Humanos de suas empresas. Além disso, é possível obter informações pelo telefone 135 da Previdência Social, nos sites das farmácias pertencentes às secretarias estaduais de saúde e com as operadoras de saúde, dependendo do que se deseja. Entre as informações disponíveis nesses locais estão o funcionamento de cada órgão, se o familiar pode representar o paciente em alguma situação (como a retirada de medicamentos) e qual documentação deve ter em mãos para isso.

Quem estiver tendo problemas com atrasos na entrega de medicamentos também deve buscar informações oficiais nas secretarias estaduais de saúde ou nos planos de saúde, dependendo de âmbito público ou privado. Além disso, é fundamental reportar o fato ao seu médico para orientação da melhor conduta individual, e também à Associação de Pacientes de sua área para orientação da melhor conduta coletivamente – uma vez que esta pode, inclusive, fazer uma ponte com a sociedade de médicos para tentar ajudar a selecionar as situações mais críticas com maior brevidade.

É importante sempre procurar cumprir os prazos estipulados para evitar interrupções nos tratamentos, o que gera maiores riscos de reativação da doença e hospitalizações, aumentando também o risco de exposição à Covid-19. A boa notícia é que, segundo um estudo multicêntrico global incluindo pacientes brasileiros com DII – o SECURE-IBD –, as taxas de hospitalização e óbitos por Covid-19 em pessoas com DII ficaram abaixo da população geral, e os casos que exigem maior atenção são mesmo os dos pacientes com comorbidades cardíacas ou pulmonares. Não houve até o momento um aumento de risco real reportado para crianças e idosos que conviviam com portadores de DII em tratamento. Daí a recomendação de não

interromper ou modificar o tratamento habitual sem orientação do médico assistente.

Como os pacientes costumam ter dúvidas sobre a diferença entre relatório e atestado médico, vale a pena explicar que o atestado deve ser confeccionado quando o paciente encontra-se incapaz para o trabalho que exerce – na visão do médico assistente, que deverá sugerir o tempo estimado de repouso e o CID X. O número de dias poderá ser validado (ou não) pelo médico do trabalho e/ou pelo médico perito federal no INSS. Hierarquicamente, em matéria trabalhista, este último é quem tem a responsabilidade de decisão final quanto a esse afastamento do trabalho.

O relatório médico não necessariamente atesta uma incapacidade, pois é uma descrição do quadro do paciente contendo informações sobre tratamento, possíveis complicações e intervenções que subsidiarão na tomada de decisão. Para fins previdenciários, o relatório médico é o documento mais importante em uma perícia presencial e, em tempos de pandemia, se for acrescido de um prazo sugerido de repouso pode entrar em conformidade com a liberação de auxílio emergencial até posterior decisão pericial – para quando todas as agências do INSS reabrirem.

Em relação à validade das receitas para pacientes que retiram medicamentos do SUS ou controlados, é importante lembrar que as LMEs – que antes valiam por três meses – passaram a ter validade de seis meses para a retirada de medicamentos pelo SUS. Os exames necessários para as mesmas passam a ter validade semelhante às exigências de intervalo. É sempre importante ressaltar que, para ter os direitos preservados, todos os pacientes devem manter-se sempre bem informados, consultando fontes confiáveis de informação; obedecer os prazos estipulados para realização de exames e tratamento; e participar das consultas públicas e de pesquisas realizadas por entidades que lutam pela garantia de seus direitos.



Divulgação

**RENATA DE SÁ BRITO FRÓES**  
MÉDICA DO TRABALHO

TITULAR DA FEDERAÇÃO  
BRASILEIRA DE  
GASTROENTEROLOGIA,  
COORDENADORA DA COMISSÃO  
DO CADASTRO NACIONAL  
DE PACIENTES DO GEDIIB,  
MEMBRO DA COMISSÃO DE  
MEDICAMENTOS E ACESSO  
DO GEDIIB