



BOLETIM ASBAI

Número 37 | Janeiro 2020



PALAVRA DO DIRETOR

Ética na Medicina

PUBLICIDADE MÉDICA

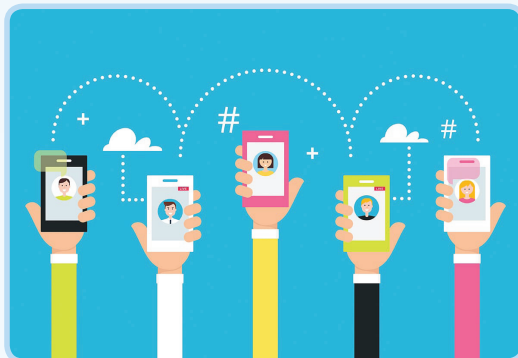
A publicidade médica deve nortear-se exclusivamente por princípios éticos de caráter educativo, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais. O atendimento a estes princípios é inquestionável pré-requisito para o estabelecimento de regras éticas de concorrência entre médicos, serviços, clínicas, hospitais e demais empresas registradas nos Conselhos Regionais de Medicina.

Anúncio é a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico, e a publicidade médica, além de respeitar as leis, deve também respeitar as resoluções normativas do CFM, o Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME), e o Código de Ética Médica.

Questões novas se apresentam diariamente aos profissionais da área de saúde, e a ética é o instrumento que possibilita uma

harmonia de interesses na relação entre a tecnologia, o paciente e o profissional.

São consideradas mídias sociais: sites, blogs, Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, WhatsApp e similares.



Portanto, é vedado ao médico a utilização da mídia para divulgar método e meios que não tenham reconhecimento científico; a apresentação em público de técnicas e métodos científicos que devam limitar-se ao ambiente médico; a veiculação pública de

informações que possam causar intranquilidade à sociedade; permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na Internet, em matérias desprovidas de rigor científico; anunciar a utilização de técnicas exclusivas; fazer propaganda de método ou técnica não aceitos pela comunidade científica; divulgar endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço, na relação com a imprensa, participação em eventos e em matérias jornalísticas nas redes sociais;

expor a figura de paciente seu como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento; oferecer seus serviços através de consórcios ou similares; garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento; anunciar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas; anunciar pós-graduação realizada para capacitação pedagógica; publicar autorretrato (*selfie*), imagens e/ou áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção ou concorrência desleal.

Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos como forma ou intenção de angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos, auferir lucros de qualquer espécie, e permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

Já “sensacionalismo” seria a divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal.

Entretanto, o alergista/imunologista, registrado no CRM de sua jurisdição, portanto detentor de RQE (Registro de Qualificação de Especialista), pode divulgar amplamente que se ocupa de crianças e adultos, haja vista que são patologias com apresentação “única” em todas as faixas etárias.

O Código de Ética Médica, em seu capítulo XIII, trata exclusivamente do tema publicidade médica, e a CODAME deve ser consultada sempre que houver dúvidas.

O responsável pela publicidade precisa ter conhecimento dessas regulamentações.

Assim, podemos concluir que a Medicina pode não ser a melhor das profissões, mas, com certeza, é muito diferente de todas as outras. Lida com as dores do ser humano naquilo que lhe é mais caro: a sua saúde. Precisamos, então, tomar o máximo cuidado em como nos apresentamos à sociedade, até porque somos obrigados aos meios, e não aos fins. E para fazer isso devemos nos valer simplesmente de bom senso, que está estritamente ligado às noções de sabedoria e razoabilidade, e que define a capacidade média que uma pessoa possui, ou deveria possuir, de adequar regras e costumes a determinadas realidades, considerando as consequências, para então poder fazer bons julgamentos e escolhas, e não lançar mão de conceitos de pós-verdade, que é um termo que se refere à pouca importância dada aos fatos na formação da opinião pública, quando comparados a argumentos que apelam para a emoção ou crenças pessoais.



**Dr. Antônio
Carlos Bilo**

Diretor de Ética e
Defesa Profissional



DESTAQUE EM PESQUISA NO BRASIL

Worldwide perspectives on venom allergy

Korosec P, Thilo J, Harb H, Heddle R, Karabus S, Zollner RL, et al.

World Allergy Organization Journal. 2019;12:10006 <http://doi.org/10.1016/j.waojou.2019.100067>

Comentado por: Prof. Dr. Ricardo Zollner

Resumo: A imunoterapia com veneno é o padrão de tratamento para pessoas com reações alérgicas graves, e sua eficácia está comprovada pela redução do risco de futuros eventos anafiláticos. Assim, existe um imperativo moral para garantir a produção, o fornecimento e a disponibilidade mundial de extratos de veneno comercial padronizados, relevantes e registrados localmente para diagnóstico e tratamento. Os insetos que causam reações alérgicas imediatas graves variam de acordo com a região em todo o mundo. Dentre estes, os culpados mais comuns incluem abelhas (*Apis mellifera*), vespas sociais, incluindo jaquetas amarelas (*Vespula* e *Dolichovespula*), vespas de papel (*Polistes*) e vespas (*Vespa*), formigas (*Solenopsis*, *Myrmecia*, *Pachycondyla* e *Pogonomyrmex*) e abelhas (*Bombus*). Os insetos com importância em áreas específicas do mundo incluem o carrapato australiano (*Ixodes holocyclus*), o besouro (*Triatoma* spp), as moscas (*Tabanus* spp) e os mosquitos (*Aedes*, *Culex*, *Anopheles*). O acesso à imunoterapia confiável empregando alérgenos de qualidade alta e provenientes de venenos de insetos de caráter regional relevantes não estão disponíveis para as demais partes do mundo. Além disso, muitas vacinas terapêuticas atualmente disponíveis no mercado têm deficiências e carecem de controle de qualidade, não são adequadas ou não estão disponíveis para ou-

tras áreas ao redor do mundo. Novos produtos são necessários para substituir produtos não padronizados ou inadequados, principalmente produtos de extração corpo total do inseto. Novos produtos são necessários para insetos nos quais não existam opções de tratamento atuais. A imunoterapia com veneno deve ser promovida em todo o mundo, e sua provisão deve ser apoiada pelas autoridades de saúde, autoridades reguladoras e todos os setores do serviço de saúde.

Comentário: O manejo e incentivo para o desenvolvimento de tecnologia para extração de alérgenos de insetos é de extrema relevância, considerando sua aplicação do diagnóstico preciso e terapêutica cada vez mais específica para indução de mecanismos de tolerância imunológica a estes alérgenos. Países continentais e com ampla biodiversidade podem servir de fonte para a produção de alérgenos a partir de venenos de insetos. Contudo, um dos problemas existentes é o não reconhecimento pelas entidades e serviços governamentais de saúde em muitas localidades para que haja estímulo ao diagnóstico e tratamento específico (imunoterapia), comprovadamente eficaz, a partir de venenos com propriedades alergênicas. Forças-tarefas a partir da academia e empresas envolvidas com a produção e distribuição de imunoterápicos e sua interação internacional é mister para estabelecimento de política de qualidade

ARTIGOS COMENTADOS

1 **Diagnosis and treatment of eosinophilic esophagitis**

Gonsalves NP, Aceves SS.

J Allergy Clin Immunol. 2020;145:1-7.

Comentado por:

Prof. Dr. Herberto Jose Chong Neto

Resumo: A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença mediada por antígeno TH2, rica em eosinófilos, com aumento da prevalência pediátrica e adulta em todo o mundo. O diagnóstico requer contagem maior ou igual a 15 eosinófilos por campo de alta potência na microscopia óptica. Os sintomas refletem a disfunção esofágica, e as características endoscópicas típicas incluem sulcos lineares, placas brancas e anéis concêntricos. A doença progressiva leva ao remodelamento patológico do tecido, com consequente rigidez esofágica e perda de diâmetro luminal causada por estenoses. As terapias incluem inibidores da bomba de prótons, dietas de eliminação e corticosteroides tópicos. O tratamento eficaz pode reverter a fibrose tecidual em alguns pacientes, bem como diminuir a taxa de impactação alimentar. Pode ser necessária dilatação esofágica para aumentar a permeabilidade luminal. A natureza crônica da EoE requer terapia de longo prazo para evitar a recorrência e complicações da doença. Esta revisão tem a função de fornecer os critérios de diagnóstico atuais e o manejo da doença em adultos e crianças.

Comentários: Este artigo de revisão traz o estado-da-arte no diagnóstico e manejo da EoE em crianças e adultos, sugerindo um novo algoritmo. Algumas perguntas ainda precisam ser respondidas, como: existe uma maneira de identificar melhor os alérgenos alimentares que são gatilhos nos pacientes com EoE? Existem preditores clínicos ou genéticos de resposta à terapia ou progressão desta doença? Quais são as terapias de manutenção mais eficazes?



2 **Disseminated BCG infection and primary immunodeficiencies: a report from two tertiary centers**

Baradaran S , Chavoshzadeh Z, Ghanaie R, Mahdavi SA, Darougar S, Mesdaghi M, et al.

Arch Clin Infect Dis. 2019;14(6):e82536.

Comentado por:

Prof. Profa. Dra. Carolina Prando

Antecedentes: Uma das complicações mais graves da imunização com BCG é a infecção disseminada por BCG, que é sugeri-

da para ocorrer em crianças imunizadas com imunodeficiências primárias subjacentes.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo avaliar as manifestações clínicas e as imunodeficiências primárias subjacentes associadas à infecção disseminada por BCG.

Métodos: O estudo envolveu 47 pacientes com suspeita de infecção disseminada por BCG, referentes ao Hospital Infantil Mofid e ao Hospital Masih Daneshvari por 12 anos. Os registros dos pacientes foram revisados e os pacientes foram classificados em três grupos distintos de infecção BCG definitiva, provável ou possível disseminada.

Resultados: Vinte e cinco (53,2%) pacientes eram do sexo masculino e 22 (46,8%) do sexo feminino. A idade média no início das manifestações clínicas foi de 4,83 meses. A primeira apresentação da doença ocorreu dentro de 1 ano da vacinação em 28 (60%) pacientes. As manifestações clínicas incluíram linfadenopatias (61%), febre (38%), hepatoesplenomegalia (36%), insuficiência de crescimento (23%), erupção cutânea (14%), tosse crônica (10%), ascite (6%) e baquetamento digital (6%). A imunodeficiência primária subjacente confirmada detectada nesses pacientes foi Susceptibilidade Mendeliana à Doença Micobacteriana (MSMD; 69,56%), Imunodeficiência Combinada Grave (SCID; 26%) e Doença Granulomatosa Crônica (CGD; 4,3%).

Conclusões: A infecção disseminada por BCG pode ser uma complicação devastadora e uma manifestação preliminar importante da imunodeficiência primária subjacente. Devido ao amplo espectro de mortalidade e morbidade, bem como à carga socioeconômica do sistema de saúde, vale a pena fazer um histórico médico cuidadoso antes

da imunização com BCG, particularmente em famílias com histórico de casamentos consanguíneos e mortes devido a etiologia desconhecida.

Comentários: Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado em dois hospitais terciários do L-este Europeu, onde 47 casos de reação adversa disseminada à vacina BCG foram revisados, considerando-se as manifestações clínicas e Erros Inatos da Imunidade associados. Cerca de metade dos casos tiveram como base para a reação adversa sistêmica um Erro Inato da Imunidade. Devido a característica da região estudada, podendo-se acrescentar a isso a disponibilidade de exames para investigar este tipo de Erro Inato da Imunidade, a Susceptibilidade Mendeliana à Doença Micobacteriana foi o diagnóstico mais frequente, seguido de SCID e Doença Granulomatosa Crônica.

Os autores concluem o artigo sugerindo que um histórico médico cuidadoso seja feito antes da imunização com BCG, tomando como alerta a presença de óbito de etiologia desconhecida, particularmente em família com histórico de casamentos consanguíneos. Isso visa identificar possíveis Erros Inatos da Imunidade com padrão de herança autossômica recessiva. Esta medida é válida para doenças que ainda não dispõem de



testes laboratoriais, como a Susceptibilidade Mendeliana à Doença Micobacteriana, a Doença Granulomatosa Crônica e outros Erros Inatos da Imunidade. Para SCID, doença que conta com testes laboratoriais que podem ser utilizados em triagem neonatal, é primordial reforçar a necessidade de ampla implantação dos exames de TREC e KREC.



3 Severe asthma during childhood and adolescence: a longitudinal study

Ross KR, Gupta R, DeBoer MD, Zein J, Phillips BR, Mauger DT, et al.

J Allergy Clin Immunol. 2020;145:140-6.

Comentado por:

Profa. Dra. Marilyn Urrutia-Pereira

A morbimortalidade associada à asma infantil é causada desproporcionalmente por crianças com asma grave. A asma grave é responsável por uma alta proporção de morbidade, mortalidade e custo da asma infantil, e novos tratamentos são necessários para crianças afetadas por asma grave. No entanto, a história natural de asma grave em crianças é incompleta, não se sabe em estudos longitudinais se as crianças superam asma grave.

O objetivo dessa pesquisa foi estudar prospectivamente se crianças bem caracterizadas com asma grave superam sua asma durante a adolescência. As crianças com asma foram avaliadas no início do estudo com questionários detalhados, testes de alergia e função pulmonar e reavaliadas anualmente por 3 anos. A população para definir crianças com asma grave, foi avaliada pelas diretrizes da *American Thoracic Society / European Respiratory Society*, e a classificação dos sujeitos foi reavaliada anualmente.

No início do estudo, 111 (59%) crianças tinham asma grave. Ano a ano, houve uma diminuição na proporção que atende aos critérios para asma grave. Após 3 anos, apenas 30% dos indivíduos preencheram os critérios para asma grave ($p < 0,001$ em comparação com início do estudo). Os indivíduos experimentaram melhorias na maioria dos índices de gravidade, incluindo escores de sintomas, exacerbações e requisitos de medicamentos controladores, mas não a função pulmonar. Surpreendentemente, meninos e meninas eram igualmente propensos a resolver a asma (33% vs. 29%). O OR a favor da resolução da asma grave foi de 2,75 (IC 95%; 1,02-7,43) para aqueles com uma contagem periférica de eosinófilos superior a 436 células/mL. Na análise longitudinal dessa coorte bem caracterizada, metade das crianças com asma grave deixou de apresentar asma grave após três anos; houve uma diminuição gradual na proporção que atende aos critérios de asma grave. Surpreendentemente, a gravidade da asma diminuiu igualmente em indivíduos do sexo masculino e feminino. Resolução prevista de eosinofilia periférica.

Comentários: Quatro achados centrais dessa coorte de crianças com asma grave provavelmente serão relevantes no planejamento de futuros ensaios clínicos.

1. Metade das crianças com asma grave não se qualifica mais para asma grave 3 anos depois, e houve uma redução gradativa ano a ano na proporção que atende aos critérios de asma grave.

2. A gravidade da asma diminuiu igualmente em indivíduos do sexo masculino e feminino durante o acompanhamento longitudinal na adolescência; isso foi surpreendente, dada a evidência transversal de que crianças com asma grave são despropor-

cionalmente masculinas, e que adultos com asma grave são desproporcionalmente femininas.

3. Crianças com uma contagem periférica de eosinófilos superior a 436 células/mL apresentaram chances aumentadas de não ter mais asma grave após 3 anos.

4. Nem a função pulmonar baixa, nem o IMC alto, foram observados nas crianças cuja classificação de gravidade da asma não melhorou, nem a função pulmonar ou o IMC mudaram significativamente em associação com a diminuição dos sintomas, exacerbações e necessidade de medicamentos.



ESPAÇO DO ESPECIALISTA

Confira as vantagens de associar-se à ASBAI !

Como sócio, você terá inúmeros benefícios. Veja alguns:



O nome e endereço na área "Procure seu Especialista"



Descontos no Congresso Brasileiro e nos eventos promovidos pela ASBAI



Afiliação à World Allergy Organization (WAO)



Acesso à Universidade ASBAI (Educação Médica Continuada Online)



Receber e acessar online a revista Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia



Receber boletins informativos impressos e eletrônicos



Associação
Brasileira
de Alergia
e Imunologia

www.asbai.org.br

Presidente

Dr. Flávio Sano (SP)

1º Vice-Presidente

Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

2º Vice-Presidente

Dr. Fábio Chigres Kuschnir (RJ)

Diretora Secretária

Dra. Fatima Rodrigues Fernandes (SP)

Diretora Secretária Adjunta

Dra. Alexandra Sayuri Watanabe (SP)

Diretor Financeiro

Dr. Gustavo Falbo Wandalsen (SP)

Diretor Financeiro Adjunto

Dr. Marcelo Vivolo Aun (SP)

Diretor Científico

Dr. Dirceu Solé (SP)

Diretora Científica Adjunta

Dra. Ekaterini Simões Goudouris (RJ)

Diretor de Relações Internacionais

Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Diretor de Ética e Defesa Profissional

Dr. Antonio Carlos Bilo (MS)

Diretor de Educação Médica a Distância

Dr. Luis Felipe Chiaverini Ensina (SP)

Editor da Revista da ASBAI

Dr. Pedro Francisco Giavina Bianchi Jr. (SP)

Coordenador de Mídia

Dr. Herberto Jose Chong Neto (PR)

Membros do Conselho Fiscal

Dra. Isaura Barreiro Rodrigues (SP)

Dr. Clóvis Eduardo Santos Galvão (SP)

Dra. Maria de Fátima Marcelos Fernandes (SP)

Suplentes

Dr. Raul Emrich Melo (SP)

Dr. Cármino Caliano (SP)

Dra. Cynthia Mafra Fonseca de Lima (SP)