

JAMB

JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - DESDE 1952

8 ANOS EM 8 MESES AMB RENASCE E RECUPERA CREDIBILIDADE

AGOSTO • 2021 • ED. 1417 | ISSN 0004-5233



**CRIADA A ALIANÇA PELA
SAÚDE NO BRASIL**



DIRETORIA – Gestão 2021 – 2023

PRESIDENTE

César Eduardo Fernandes (SP)

PRIMEIRO VICE-PRESIDENTE

Luciana Rodrigues Silva (BA)

SEGUNDO VICE-PRESIDENTE

Jurandir Marcondes Ribas Filho (PR)

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

César de Araújo Galvão – Centro-Oeste (DF)

Agnaldo Lopes da Silva Filho – Sudeste (MG)

Mariane Cordeiro Alves Franco – Norte (PA)

Roque Salvador Andrade e Silva – Nordeste (BA)

Oscar Pereira Dutra – Sul (RS)

SECRETÁRIO-GERAL

Antônio José Gonçalves (SP)

1ª SECRETÁRIA

Maria Rita de Souza Mesquita (SP)

1º TESOUREIRO

Akira Ishida (SP)

2º TESOUREIRO

Fernando Sabia Tallo (SP)

DIRETORA CULTURAL

Rachel Guerra de Castro (MG)

DIRETOR DE DEFESA PROFISSIONAL

José Fernando Macedo (PR)

DIRETOR DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Carlos Vicente Serrano (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

José Eduardo Lutaif Dolci (SP)

DIRETOR ACADÊMICO

Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETOR DE ATENDIMENTO AO ASSOCIADO

Carlos Alberto Gomes dos Santos (ES)

DIRETOR DE ASSUNTOS PARLAMENTARES

Luciano Gonçalves de Souza Carvalho (DF)

SEDE

Rua São Carlos do Pinhal, 324

01333-903 - São Paulo - SP

Tel. (11) 3178-6800

E-mail: jamb@amb.org.br

www.amb.org.br

JAMB

PRODUÇÃO JAMB

REPORTAGENS, EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

Acontece Comunicação e Notícias

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Chico Damaso - MTB 17.358

ÍNDICE

EDIÇÃO 1417 / 2021

EDITORIAL	3
BALANÇO	4
DE VOLTA AO PROTAGONISMO	6
NA MÍDIA	8
UNIÃO DAS ENTIDADES	9
CEM COVID	12
FORÇA-TAREFA	16
VACINAÇÃO COVID: PERSPECTIVAS	18
REFORMA TRIBUTÁRIA	22
DE OLHO EM BRASÍLIA	24
COMISSÃO DE ASSUNTOS POLÍTICOS	26
VITÓRIA CONTRA IMPOSTO	28
NÃO AO AUMENTO DE VAGAS NA MEDICINA	30
FORMAÇÃO EM DEBATE	32
RESIDÊNCIA MÉDICA	34
PROGEB	36
COMISSÃO DE SAÚDE DIGITAL	39
TELEMEDICINA	42
ACADÊMICOS	44
NÚCLEO DE PROTEÇÃO AO ATO MÉDICO	46
DEFESA PROFISSIONAL	48
GESTÃO RESPONSÁVEL DAS FINANÇAS	49
NÃO À FLEXIBILIZAÇÃO DO REVALIDA	52
COESÃO NA LUTA	53
PRÊMIOS AOS MÉDICOS DO BRASIL	54
ALIANÇA PELA SAÚDE NO BRASIL	56
DIRETRIZES COVID	63



César Eduardo Fernandes

Presidente da Associação

Médica Brasileira - AMB

TEMOS UMA AMB PROBA E COMPETENTE

Caro colega médico, após decorridos oito meses de trabalho da Nova AMB, ou seja, nem 25% da gestão, é com imenso prazer que venho prestar contas das inúmeras ações empreendidas com êxito nesse período.

Os avanços são relevantes, como verá aqui no JAMB; aliás, um dos exemplos de renovação da nossa AMB com novo projeto editorial e gráfico.

Início o rápido balanço destacando ponto que nos é muito caro: a absoluta independência com que a AMB passou a reger suas decisões. Independência equidistante de qualquer interesse político-ideológico, honrando a missão primordial, que é focar o exercício de qualidade da Medicina e defender o trabalho do médico em condições excelentes, com resolubilidade, infraestrutura adequada e remuneração digna. Isso com vistas a oferecer a melhor assistência à população.

Uma novidade em primeira mão a você: acabamos de criar o Núcleo de Atuação Parlamentar, o NAP. Será gerido pela AMB, tendo em seu arcabouço todas as sociedades de especialidades e Federadas, sem que aportem um único centavo. A meta é buscar competência, excelência e resultados em nossa relação com o Congresso Nacional.

A diretoria de Assuntos Parlamentares vem se dedicando com abnegação ao NAP. Já temos em Brasília assessoria parlamentar e equipe eficiente de advogados em interação permanente com deputados e senadores na Frente Parlamentar de Medicina. O lançamento oficial será em 6 de outubro, mas estamos agindo enquanto isso. Repito: todo o investimento é exclusivo da AMB, para liberar as especialidades e Federadas de mais despesas em momento tão delicado da economia.

Vale reafirmar que o NAP é órgão da AMB em parceria somente com suas Federadas e sociedades de especialidades. É braço do movimento associativo que detém todo o protagonismo da interlocução com o Congresso. Não queremos nem teremos intermediários para conduzir ações junto aos deputados, à Frente Parlamentar. Não haverá contaminação qualquer, mantendo-nos sem viés político-ideológico e vacinados contra interesses outros.

Seremos gratos aos parlamentares que nos auxiliarem e que tenham como meta principal a causa da boa Medicina e da Saúde. Contudo, o protagonismo será sempre dos médicos do país.

Relato ainda que neste primeiro quarto de gestão, realizamos reuniões com todas as 54 sociedades de especialidade e as 27 Federadas.

Foi para ouvi-las, para que expressassem pareceres sobre o movimento associativo, sobre o que esperam da AMB e o que podemos construir em parceria. Assim, vamos firmando relação transparente para o cumprimento de deveres estatutários em sintonia com as necessidades de todo o associativismo.

Nestes encontros, maturamos debates sobre profissionais não-médicos praticando atos que nos são privativos. Daí, criamos, o Núcleo de Proteção do Ato Médico o NUPAM, como verá em reportagem especial. A Defesa Profissional tem sido decisiva nesses processos.

Outro projeto digno de registro é o PROGEB, Programa de Educação para o Médico Generalista do Brasil. A programação cobre os conteúdos essenciais das 55 especialidades médicas, além de discussão de casos clínicos e reais, tutoriais semanais e videoaulas teóricas. É gratuito aos associados AMB.

Também nos orgulha a organização da ASB, a Aliança pela Saúde no Brasil. Foi pensada, costurada e ganhou vida na AMB. Conquistamos o apoio de algumas das mais expressivas instituições do Brasil. Assim, nasce um pacto social que pode mudar os rumos da assistência. Você conhecerá o objetivo da ASB, opiniões de parceiros e demais detalhes em matéria jornalista dedicada aqui no JAMB.

Por fim, o melhor: implantamos um sistema de governança corporativa na AMB. Em síntese são regras e métricas para administração austera, racional, com lisura, quantificação de resultados e transparência, visando aos objetivos coletivos, aos interesses dos médicos e da Saúde.

Estamos recompondo memórias e documentos, antes bem desordenados. Reestruturamos os recursos humanos, trazendo colaboradores com nível de competência e aptidão indispensáveis. A secretaria geral hoje funciona com mais regularidade e há investimento em soluções digitais importantes. A Tesouraria, cortou milhões em gastos, com o que reduzimos desperdícios que drenavam quase todas as nossas receitas. Temos agora uma administração forte, competente, bem orientada, sem qualquer conflito de interesse.

Enfim, temos feito todos os ajustes necessários. E é apenas o começo do que ainda virá. Certamente, vamos colher muito para os médicos e a AMB, juntos.



O RENASCIMENTO DA AMB DOS MÉDICOS

Em apenas oito meses, nova gestão resgata um dos principais patrimônios da Associação Médica Brasileira: a credibilidade

5

A Associação Médica Brasileira tem um novo marco em sua história: o 8 de janeiro de 2021. Nesta data, com a posse oficial da nova gestão, o que antes era terra arrasada começou a ser muito bem trabalhado para tempos de boa colheita.

A AMB se reposicionou inteiramente defendendo ideias viáveis e as concretizando, honrando compromissos e, em especial, adotando sempre ações claras e probas.

O resultado é admirável em apenas seis meses. Sociedade civil, entidades médicas coirmãs e dos demais profissionais da saúde, gestores, a

classe política, além da imprensa do País e internacional, demonstram alívio e confiança quanto aos posicionamentos coerentes e éticos nos campos da saúde, da medicina e da cidadania.

Hoje, a Associação Médica Brasileira é outra vez exemplo de pluralidade de pensamento, de austeridade e gestão responsável, de fidelidade ampla, geral e irrestrita à ciência e à boa prática.

Assim, retoma o protagonismo e o posto de destaque entre as instituições-chave da República, como referência aos médicos, em primeiro lugar, aos pacientes e a todos os brasileiros.

EM EVIDÊNCIA

DE VOLTA AO PROTAGONISMO

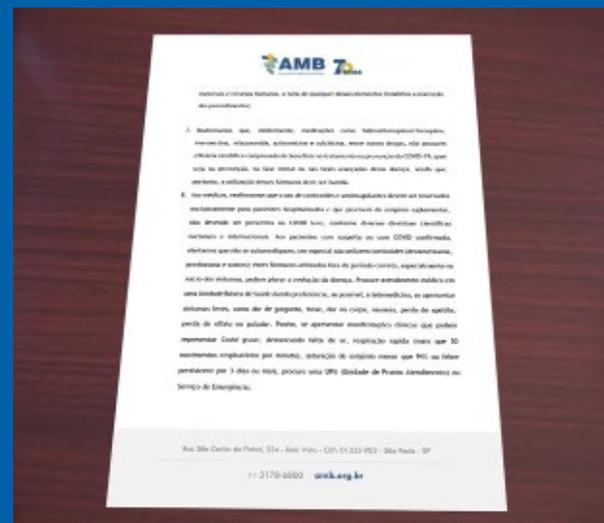
Oito meses da gestão da Nova AMB transcorridos. Na verdade, bem antes dessa marca emblemática, a Associação Médica Brasileira recuperou publicamente seu status de legítima representante dos médicos do País, de defensora da qualidade em saúde e da boa Medicina.

A mídia, seja Brasil e/ou a internacional, é o melhor retrato deste resgate. Com

posicionamentos coerentes, e autonomia; livre de amarras de partidos, de governantes de plantão e ideologias; a AMB voltou a merecer o respeito dos principais órgãos de imprensa.

Assim, como sempre deveria ser, passou novamente a indicar caminhos para as políticas públicas de saúde e a exercer com dignidade a defesa profissional em reportagens por todo o País.

6



Neste 2021, a AMB já foi pauta algumas vezes do Fantástico, Jornal Nacional, Bom Dia Brasil, Jornal Hoje e demais jornalísticos da Globo. Suas ações/posições foram e seguem sendo notícias recorrentes no SBT, Record, Bandeirantes, Cultura, Globo News, CNN, rádios CBN, Jovem Pan, UOL, O Globo, só para citar alguns órgãos de comunicação.

FALAMOS E SOMOS OUVIDOS

A Associação Médica Brasileira retoma, de forma bem-sucedida, as coletivas aos jornalistas.

Foram cinco até o momento, cerca de uma por mês, para tratar do combate aos SARSCov-2, para apresentação oficial do Comitê

Extraordinário de Monitoração, o CEM Covid-AMB, para divulgar pesquisa sobre os médicos e a pandemia, além das recomendações sobre o novo Coronavírus. Já houve também uma coletiva temática sobre tabagismo, em 31 de maio, Dia Mundial Sem Tabaco. Todas com o mínimo de 50 repórteres e muito boa repercussão.

A assessoria de imprensa/consultoria de comunicação mantém interação permanente com a diretoria 2021-2023, atuando com proatividade e agilidade.

Posicionamentos da AMB à mídia são frequentes agora, assim como ocorre contato periódico com jornalistas de todas as redações do

País. Diariamente a Associação Médica Brasileira é notícia, seja por propostas de pautas e/ou por solicitações espontâneas.

O trabalho nessa área também se estende a relações institucionais, para possibilitar a Associação Médica Brasileira trânsito cada vez melhor entre todas as representações da sociedade civil.



THE LANCET

WORLD REPORT | VOLUME 397, ISSUE 10283, P1431-1432, APRIL 17, 2021

Brazilian ICUs short of drugs and beds amid COVID-19 surge

Lise Alves



MAIS ESPAÇO, AUTONOMIA E VOZ PARA AS FEDERADAS

Sobre a AMB, a Associação Médica Brasileira, a entidade que representa os médicos brasileiros, a AMB tem realizado um trabalho de fortalecimento das federações estaduais, promovendo a autonomia e a voz para as médicas e médicos de cada estado.

QUEREMOS FEDERADAS CADA VEZ MAIS ROBUSTAS PARA BEM REPRESENTAR OS MÉDICOS DE SEUS ESTADOS

“Queremos federadas cada vez mais robustas para bem representar os médicos de seus estados”, afirma a presidente da AMB, Dra. Maria de Souza.



BOLETIM 02/2021 COMITÊ EXTRAORDINÁRIO DE MONITORAMENTO COVID-19 (CEM COVID_AMB)



EM EVIDÊNCIA

NA MÍDIA, DE A A Z

AMB nas manchetes
de todo o Brasil

8

Agora São Paulo
BBC
Correio Braziliense
Domingo Espetacular
Época
Folha de São Paulo
Globo News
Hoje em Dia
Isto É
Jovem Pan
Lancet
Mix
Nexo Jornal
O Globo
Portal Último Segundo
Quintana News
Record News
SBT Notícias
TV Câmara
Uol
Veja
World News
X, Diário de Notícias
Yahoo
Zero Hora

Covid-19 e os nocivos reflexos sobre os preços dos insumos médicos

Gestores públicos têm a obrigação de fiscalizar possíveis aumentos abusivos

CNBB, OAB e entidades civis lançam manifesto pelo combate à Covid-19 no Brasil

Médicos criam comitê para monitorar a situação da pandemia no país

Entidades também pedem para que profissionais da saúde desmintam fake news sobre a Covid-19



VALORES

9

UNIÃO BASEADA EM PRINCÍPIOS

A AMB reforçou os laços com sociedades de especialidade, federadas e todas as demais entidades médicas, com base nos princípios da Ciência, da Medicina de excelência, da defesa dos médicos e da saúde de qualidade aos cidadãos.

Simultaneamente reabriu canais de interlocução com instituições que historicamente contribuem para o progresso e avanços sociais do Brasil, como a Ordem dos Advogados do Brasil, a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo - FIESP e Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, entre tantas outras.

UM CANAL EXCLUSIVO FOI CRIADO PARA QUE AS MÉDICAS DENUNCIEM TODOS E QUAISQUER TIPOS DE VIOLÊNCIA E/OU DISCRIMINAÇÃO DE GÊNERO, PROFISSIONAL, PESSOAL, ALÉM DE CASOS DE INTOLERÂNCIA

10

INDEPENDÊNCIA E TRANSPARÊNCIA

A AMB está reposicionada ainda em sua comunicação com médicos, pacientes e à sociedade brasileira. O portal amb.org.br aperfeiçoou o layout, conteúdo e desempenho.

É ainda uma fase de transição para remodelação integral, que prevê novo design, maior interação, ferramentas modernas e ágeis.

A RAMB tem novo editor-médico e Conselho Editorial. Periódico responsável por publicações de alto rigor científico, possui como pilares centrais, a colaboração a transparência e a globalização. Um dos focos é estimular os especialistas do País e de outros continentes a se envolverem com suas atividades e publicações.

O JAMB agora é outro! Passou por processo de reformulação, modernização e qualificação. Tem novo projeto gráfico, com diagramação arejada e design de páginas atraente. Há a valorização do conteúdo editorial, novas seções e o incremento de reportagens gerais, além de canais exclusivos para as especialidades médicas e federadas.

RESPEITO À MULHER

Mais um registro de extrema relevância: um canal exclusivo foi criado para que as médicas denunciem todos e quaisquer tipos de violência e/ou discriminação de gênero, profissional, pessoal, além de casos de intolerância.



ELAS NA AMB

Na atual gestão, a Associação Médica Brasileira apresenta o maior número de diretoras em seus 70 anos. São quatro: a primeira vice-presidente, Luciana Rodrigues Silva (1), a primeira secretária, Maria Rita de Souza Mesquita (3), a vice-presidente da Região Norte, Mariane Cordeiro Alves Franco (4), e a diretora Cultural, Rachel Guerra de Castro (2). Elas têm coordenado um grupo de mulheres médicas que levanta demandas, detecta problemas em todas as regiões e colhe subsídios para uma plataforma específica em defesa da médica do Brasil.

CIDADANIA SOMOS NÓS

Já está em andamento um projeto para respaldar, ativa e permanentemente, causas nobres e positivas à sociedade - em seus diversos segmentos. Batizado de 'AMB-Cidadã', será voz firme em demandas gerais de defesa dos direitos das mulheres, das crianças e dos adolescentes, iniciativas por meio ambiente saudável e combate à poluição, pela preservação de nossas florestas e tantas outras. Todas elas são diretamente relacionadas à saúde e, por consequência, à Medicina. São causas de uma AMB, de fato, cidadã.



CEM COVID_AMB

COMITÊ EXTRAORDINÁRIO DE MONITORAMENTO COVID-19

12

A Associação Médica Brasileira (AMB) e Sociedades de Especialidade Médica diretamente relacionadas a assistência de pacientes acometidos pelo vírus SARS-Cov2 criaram o Comitê Extraordinário de Monitoramento Covid-19, CEM COVID_AMB aos 15 de março de 2021.

O CEM COVID_AMB monitora permanentemente a pandemia em todo o território nacional e as ações dos órgãos responsáveis pela saúde pública, com o intuito de consolidar informações e, a partir de retratos atualizados, transmitir orientações periódicas de conduta para cuidados e prevenção aos cidadãos e aos profissionais da Medicina.

Iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira com as Especialidades, o CEM também tem apoio de associações estaduais federadas e de Regionais das Sociedades Médicas. Em seu primeiro boletim, trouxe mensagem que leva à reflexão por se manter absolutamente atual.

“Nós, os médicos, estaremos sempre disponíveis para ajudar; e ajudaremos. Mas não trazemos a solução; hoje não a temos. A solução para a Covid

não está nas mãos de mais de meio milhão de médicos do Brasil. Será resultado das atitudes responsáveis e solidárias de cada um dos cidadãos do País e das autoridades públicas responsáveis por implantar as medidas efetivas que se fazem necessárias para mitigar a enorme dor e sofrimento da população brasileira.”

Até o momento, foram produzidos, mais de uma dezena de boletins CEM COVID_AMB com orientações para população e recomendações de condutas aos médicos.

Todos esses boletins estão disponíveis para consulta e/ou download no link <https://amb.org.br/category/cem-covid/>. No mesmo link, há vídeos e podcasts.



CEM COVID_AMB

MEMBROS DO COMITÊ

14



Dr. Alvaro Pulchinelli Junior
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial



Dr. Carlos Eduardo dos Santos Ferreira
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial



Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria FEBRASGO



Dr. Alexandre Naime Barbosa
Sociedade Brasileira de Infectologia



Dr. Antônio Carlos Lopes
Sociedade Brasileira De Clínica Médica



Dra. Ivete Berkenbrock
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia



Dra. Cecília Roteli
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria FEBRASGO



Dr. César Eduardo Fernandes
Associação Médica Brasileira



Dr. Clóvis Arns Da Cunha
Sociedade Brasileira de Infectologia



Dr. Dante Mário Langhi Júnior
Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular



Dr. Eduardo De Melo Carvalho Rocha
Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação



Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Associação Brasileira de Alergia e Imunologia



Dr. Hélio Penna Guimarães
Associação Brasileira de Medicina de Emergência



Dra. Irma de Godoy
Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia



Dr. José Eduardo Lutaif Dolci
Associação Médica Brasileira



Dr. José Luiz do Amaral
Associação Paulista de Medicina



Dra. Luciana Rodrigues Silva
Sociedade Brasileira de Pediatria



Dr. Marco Aurélio Safadi
Sociedade Brasileira de Pediatria



Dr. Renato Kfour
Sociedade Brasileira de Pediatria



Dr. Ricardo Machado Xavier
Sociedade Brasileira de Reumatologia



Dra. Suzana Margareth Ajeje Lobo
Associação de Medicina Intensiva Brasileira



Dra. Zeliete Linhares Leite Zambon
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

CEM COVID_AMB

TRIBUTO AOS BRASILEIROS



O Comitê Extraordinário de Monitoramento Covid-19 da Associação Médica Brasileira, CEM COVID_AMB, dá início a uma campanha permanente com o objetivo de reforçar a importância de todos os cidadãos do País seguirem respeitando em 100% as medidas preventivas contra o SARS-CoV-2. A mensagem já começa a ser divulgada maciçamente em redes sociais e portais de entidades médicas e de parceiros voluntários.

Celebridades da TV, do Esporte, do Jornalismo e das mais variadas áreas trazem depoimentos em vídeos caseiros, para reforçar o mote da campanha do CEM COVID_AMB:

“Heróis da batalha contra a pandemia são os brasileiros que usam máscara corretamente, mantêm o distanciamento, evitam aglomera-

ções e higienizam frequentemente as mãos, com água e sabão ou álcool gel a 70%.”

São depoimentos espontâneos de famosos de várias atividades visando a estimular os cidadãos a seguirem em atenção máxima às regras de prevenção e a vacinar logo que chegar a vez deles.

Aliás, a eles os médicos do Brasil prestam uma bela homenagem no vídeo-mãe da campanha, modesta em recursos, mas gigante em atenção à saúde e amor à vida.

15

Veja mais no link:
amb.org.br/campanha-herois

EM CAMPO

FORÇA-TAREFA AMB COVID-19

16

Em resposta à pandemia, foi criada a Força-Tarefa AMB Covid-19. Algumas dezenas de médicos voluntários foram para Manaus, sob a organização e coordenação da Associação Médica Brasileira, para apoiar seus colegas manauaras no auge da crise no Amazonas e melhorar o fluxo de assistência à população local.

Todos os membros da Força-tarefa, mesmo os mais jovens, já tinham construção de excelência em suas carreiras, a começar pela formação. O grupo era originário de algumas das principais faculdades de Medicina do País. Enfim, uma equipe unida, homogênea.

Por cerca de um mês, a Força garantiu o atendimento em 70 leitos, na raça, a despeito de inúmeros problemas do dia a dia. Assim, foi escrita uma história belíssima de solidariedade e amor ao próximo.



MUITO OBRIGADO!

Beatriz Barreira Motta
Bambini

Bruno Gemilaki Dal Poz

Camila Sérvulo da
Cunha e Ferreira

Caroline Salvio Oshima

Cibele Mani

Cyntia Naomi Hirose

Daniella Guimarães
Peres Freire

Diego Ribeiro Rocha

Eric Daniel Brito
Augusto

Flavia Roberta Galter

Gustavo Maximiliano
Dutra da Silva

Higor Barrera Camacho
Oliveira

Jenifer Shaune Garcia
Pimenta de Abreu

João Paulo Alves

Kenji Nakahara Rocha

Leonardo Krybus
Scarpinella Bueno

Leonardo Torioni

Leticia Carolina
Andrade Martins Albeny

Lucas Caetano
Oliveira Gois

Lucas Marengo de
Menezes

Luiz Gustavo Perez
Vazquez

Mairla Maracaba
Moreira

Marilia Carvalho
Vieira Learth Cunha

Markfaldo Sales de
Araújo

Mateus Fonseca de
Gouvêa Franco

Matheus Felizolla

Michelle Chechter

Muriel Gemenez Dos
Reis

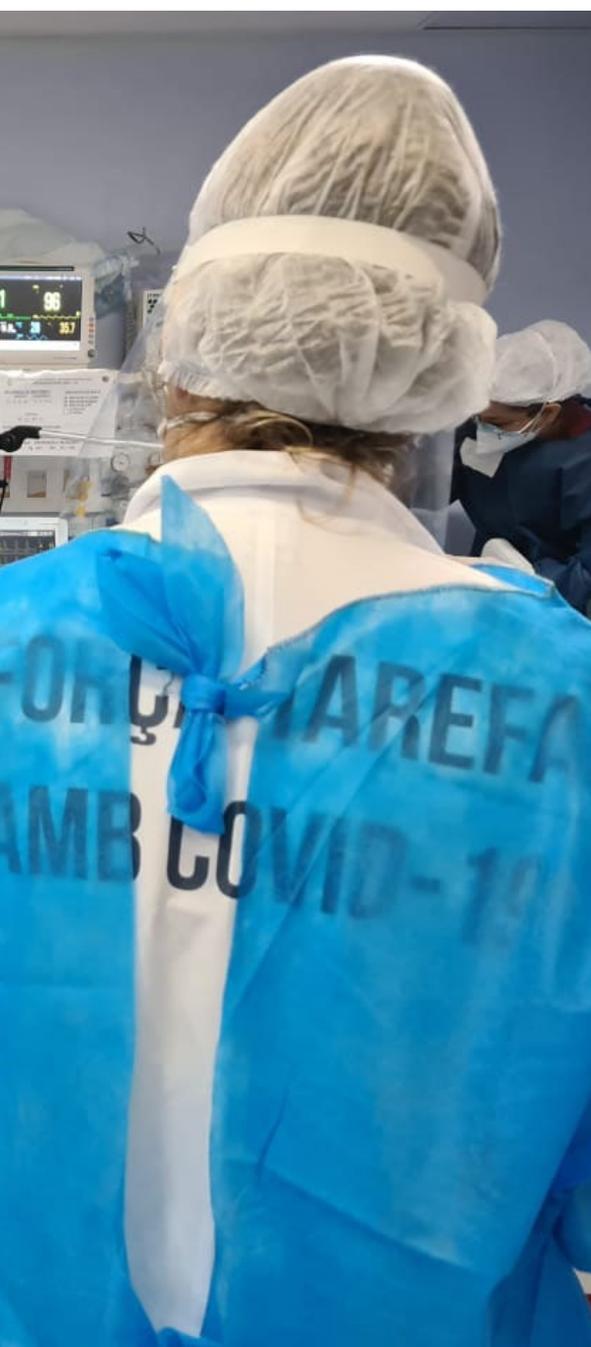
Nicole Takakura
Gaggioli

Verônica Fernandes
de Campos

Victor Cabelho
Passarelli

Victor Yuri Pereira
Damasceno

Vinicius Rafael
Fernandes



VACINAÇÃO COVID-19 NO BRASIL: PASSADO, PRESENTE E DESAFIOS FUTUROS

Alexandre Naime Barbosa, professor e chefe do Departamento de Infectologia da UNESP, Consultor da Sociedade Brasileira de Infectologia para COVID-19, Membro do Núcleo Executivo da Comitê Extraordinário de Monitoramento Covid-19 da Associação Médica Brasileira

César Eduardo Fernandes, professor titular de Ginecologia da Medicina ABC, presidente e Membro do Núcleo Executivo da Comitê Extraordinário de Monitoramento Covid-19 da Associação Médica Brasileira da Associação Médica Brasileira

18

Desde os primeiros casos e óbitos por COVID-19 no Brasil se passaram exatos 18 meses (1,5 anos) e o impacto da Pandemia no país foi devastador: mais de 20 milhões de casos notificados, e quase 600 mil mortes, realidade que coloca a nação brasileira em segundo lugar no ranking de mortes em números absolutos em todo o mundo¹.

Na avaliação epidemiológica retrospectiva da epidemia COVID-19 no Brasil, se torna nítida a existência de duas grandes “ondas” de casos e óbitos. A primeira delas ocorreu entre abril à outubro de 2020, reflexo da chegada do vírus SARS-COV-2 no país, e girou com uma média móvel diária de óbitos em torno de 1.000 mortes no país².

Já a segunda onda, muito maior, ocorreu entre dezembro de 2020 à junho de 2021 (Figura 1), com médias móveis de óbito que ultrapassaram 3.000 mortes por dia, levando os sistemas público e privado ao colapso em diversas regiões do país². A

segunda onda esteve associada ao relaxamento excessivo das medidas de prevenção (uso de máscaras e distanciamento social), e também pela seleção e circulação da variante de atenção (ou do inglês, *variant of concern*, VOC) que hoje conhecemos como gama (chamada anteriormente de variante brasileira, ou P1), que tem como principal característica maior transmissibilidade quando comparado com o vírus original^{3,4}.

Após um atraso considerável em relação à países desenvolvidos como Estados Unidos, Israel e Reino Unido, foi somente em meados janeiro de 2021 que o Brasil iniciou timidamente a vacinação para COVID-19, priorizando os profissionais de saúde, idosos e pessoas com comorbidades, mas os primeiros meses da imunização no país tiveram baixíssima velocidade de aplicação, por conta da falta de planejamento na aquisição internacional e de produção local das diversas plataformas de vacinas disponíveis no mercado^{5,6}.



Figura 1: Média móvel de óbitos no Brasil entre abril de 2020 a setembro de 2021 (gráfico adaptado da referência 2)

Foi somente durante o mês de abril de 2021, após a mudança na política do enfrentamento da Pandemia de forma mais assertiva no sentido de priorização da imunização contra a COVID-19 com ações mais efetivas na compra dos insumos que a velocidade de aplicação das doses das vacinas atingiu um patamar adequado para a emergência de saúde pública vivida pelo Brasil.

De forma complementar e fundamental, graças à extrema efetividade e capilaridade do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, rapidamente a velocidade média de um milhão de doses ao dia foi alcançada, sendo que em algumas datas, picos de mais de dois milhões de pessoas vacinadas no período de 24 horas foram registrados, aumentando consideravelmente o percentual de brasileiros imunizados.

Como resultado consequente da vacinação nacional finalmente engrenando, à partir do início de julho de 2021 finalmente a média móvel de óbitos por COVID-19 iniciou queda linear e sustentada, mantendo relação diretamente proporcional com o aumento da imunização populacional, sendo que dados oficiais apontaram redução de 67% da mortalidade quando comparado os meses de abril com agosto de 2021 (Figura 2)⁷.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil utilizou até ago-



Figura 2: Relação temporal entre aumento do número de doses aplicadas de Vacinas COVID e queda na média móvel de óbitos pela doença no Brasil (Ministério da Saúde do Brasil)⁷.

ra três plataformas de Vacinas COVID (mRNA, vetor viral e vírus inativado), de quatro fabricantes distintas com o percentual de doses distribuídas à saber: Oxford/AstraZeneca - vetor viral (47%), Coronavac - vírus inativado (35%), Pfizer - mRNA (15%) e Janssen - vetor viral (3%)⁸.

As avaliações iniciais de eficácia nos ensaios clínicos randomizados (estudos de fase 3, placebo controlados) que permitiram a aprovação dessas Vacinas COVID-19 em órgãos regulatórios internacionais e locais diferiram muito quanto ao desfecho prevenção de doença leve (COVID que não demanda hospitalização), com variações entre 50 à 95% à depender do imunizante estudado^{9,10,11,12}.

Porém, o que se vê atualmente nos grandes estudos observacionais de vida real (estudos de efetividade de fase 4) que estão sendo publicados com dados de milhões de pessoas em diversos países, incluindo o Brasil, são resultados mais homogêneos quando se avalia os desfechos clínicos mais importantes que são

redução de hospitalização e óbitos, proteção que gira em torno de 70 a 90% em favor dos vacinados quando comparados aos não imunizados na população em geral, mesmo no contexto atual de circulação das VOCs alfa, gama e delta^{13,14,15,16}.

Quadro 1: Efetividade comparativa entre as três vacinas mais utilizadas no Brasil, de acordo com estudos de vida real (fase 4)^{13,14,15}

	Coronavac ¹³	Oxford/Astrazeneca ¹⁵	Pfizer ¹⁴
Infecção leve	66%	70%	97%
Hospitalização	87%	87%	98%
UTI	90%	88%	99%
Óbito	87%	90%	97%

Portanto, a efetividade das Vacinas COVID na redução de hospitalização e óbitos é demonstrada tanto nos estudos de vida real citados, quanto na inequívoca queda da média móvel de óbitos diária de forma linear e constante nos últimos meses no país, mas pelo menos três desafios já se colocam no presente momento para que os resultados do enfrentamento da Pandemia sejam otimizados no Brasil.

O primeiro e mais importante desafio é completar o esquema vacinal daqueles que receberam apenas uma dose dos imunizantes Coronavac, Oxford/Astrazeneca e Pfizer, pois a imunização parcial é subótima para a proteção contra casos leves e principalmente COVID grave, em especial no contexto da circulação das variantes gama e delta no Brasil^{13,15,16}.

Atualmente, dados oficiais apontam que apesar de 53 milhões de brasileiros estarem com o esquema imunizante completo, quase nove milhões de pessoas ainda não retornaram para a segunda dose das Vacinas COVID que demandam duas aplicações, e, portanto, não estão devidamente protegidos¹⁷.

O segundo desafio é a circulação das VOCs, em especial da variante delta, que já está circulando em muitas regiões do Brasil, substituindo a VOC gama que anteriormente havia surgido no Brasil em dezembro de 2020^{3,4,18}. A VOC delta tem como principal problema a alta transmissibilidade, cerca de 2 a 3 vezes maior que

o SARS-COV-2 original, sendo que no Brasil a prevalência dessa variante passou de apenas 2,3% em junho para quase 40% em agosto de 2021¹⁸.

Apesar dos estudos de vida real das vacinas COVID no Brasil evidenciarem boa efetividade na redução de casos graves e óbitos inclusive com a VOC delta, medidas não farmacológicas de prevenção devem ser otimizadas no cenário de circulação dessa variante, frente ao risco de uma explosão de casos, e maior chance de doença grave em não vacinados e eventualmente situações de falha vacinal.

O terceiro desafio é a menor efetividade das Vacinas COVID em idosos e imunossuprimidos, que já foi demonstrada de forma linear para todas as plataformas de imunizantes. Devido ao fenômeno conhecido como imunossenescência, os idosos maiores que 70 anos tem resultados de proteção contra quadros graves e fatais de COVID-19 menos efetivos que a população em geral, principalmente após cinco a seis meses após a vacinação completa^{15, 16}.

O mesmo fenômeno ocorre em indivíduos recebendo quimioterapia para câncer, medicações imunossupressoras para evitar rejeição de transplantes, portadores de imunodeficiências primárias, pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T CD4 menor que 200 céls/mm³ e uso crônico de altas de corticoide¹⁹.

Dessa forma, vários estudos foram iniciados para se avaliar a benefício de uma dose de reforço de Vacina COVID nessas populações mais vulneráveis, sendo que os resultados dos ensaios científicos disponíveis até o momento apontam para a necessidade de uma dose extra nessas condições, posição que foi adotada em nota técnica do Ministério da Saúde do Brasil no final de agosto, contemplando justamente a população idosa e os imunossuprimidos, presencialmente se utilizando como imunizante de reforço vacinas de mRNA ou de vetor viral, preferindo a intercambialidade em relação ao esquema original²⁰.

Os desafios da Vacinação COVID no Brasil não se resumem apenas à esses três pontos principais, mas passam também por temas como a equidade, imunização de crianças e adolescentes entre outros. Mas de forma geral, apesar da demora inicial na implementação de um programa realmente efetivo, graças à eficiência do SUS e da baixíssima recusa vacinal (2 à 4% das indicações) o cenário da Pandemia COVID no país vem finalmente mudando para uma situação de menor impacto em termos de mortalidade, que só poderá se consolidar se a nação mantiver o ritmo adequado de imunização aliado ao pacote de prevenção não farmacológico (uso de máscaras e distanciamento social).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/> [Acesso em 04/09/2021]
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) - University of Washington. COVID-19 Projections. Disponível em: <https://covid19.healthdata.org/> [Acesso em 04/09/2021]
3. Sabino, Ester C et al. "Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence." *Lancet*. Vol. 397,10273 (2021): 452-455.
4. Naveca, F.G., Nascimento, V., de Souza, V.C. et al. COVID-19 in Amazonas, Brazil, was driven by the persistence of endemic lineages and P.1 emergence. *Nature Medicine* 27, 1230-1238 (2021)
5. Taylor, Luke. "Covid-19: Vaccine corruption allegations spark protests across Brazil." *BMJ* (Clinical research ed.) vol. 374 n1724. 6 Jul. 2021.
6. Gramacho, Wladimir G, and Mathieu Turgeon. "When politics collides with public health: COVID-19 vaccine country of origin and vaccination acceptance in Brazil." *Vaccine* vol. 39,19 (2021): 2608-2612.
7. Ministério da Saúde do Brasil. Aumento da Vacinação reduz número de óbitos por COVID-19. Disponível em: <https://www.facebook.com/minsaude/photos/4857479834270594> [Acesso em 04/09/2021]
8. Ministério da Saúde do Brasil. Covid-19: Brasil tem mais de 150 milhões de doses de vacina aplicadas. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/covid-19-brasil-tem-mais-de-150-milhoes-de-doses-de-vacina-aplicadas> [Acesso em 04/09/2021]
9. Palacios, R et al., Efficacy and Safety of a COVID-19 Inactivated Vaccine in Healthcare Professionals in Brazil: The PROFISCOV Study (April 11, 2021). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3822780> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3822780>
10. Voysey, Merryn et al. "Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK." *Lancet* vol. 397,10269 (2021).
11. Polack, Fernando P et al. "Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine." *The New England Journal of Medicine* vol. 383,27 (2020): 2603-2615.
12. Sadoff, Jerald et al. "Safety and Efficacy of Single-Dose Ad26.COV2.S Vaccine against Covid-19." *The New England Journal of Medicine* vol. 384,23 (2021): 2187-2201.
13. Jara, Alejandro et al. "Effectiveness of an Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine in Chile." *The New England Journal of Medicine* vol. 385,10 (2021): 875-884.
14. Haas, Eric J et al. "Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data." *Lancet* (London, England) vol. 397,10287 (2021): 1819-1829.
15. Ranzani, Otavio T et al. "Effectiveness of the CoronaVac vaccine in older adults during a gamma variant associated epidemic of covid-19 in Brazil: test negative case-control study." *BMJ* vol. 374 n2015. 20 Aug. 2021
16. Silva TC et al. The effectiveness of Vaxzevria and CoronaVac vaccines: A nationwide longitudinal retrospective study of 61 million Brazilians (VigiVac-COVID19). Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.21.21261501v1.full> [Acesso em 04/09/2021]
17. Ministério da Saúde do Brasil. Mais de 8,5 milhões de brasileiros ainda não foram tomar a segunda dose da vacina Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/mais-de-8-5-milhoes-de-brasileiros-ainda-nao-foram-tomar-a-segunda-dose-da-vacina-covid-19> [Acesso em 04/09/2021]
18. Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz). Rede Genômica FioCruz. SARS-COV-2. Disponível em: <http://www.genomahcov.fiocruz.br/> [Acesso em 04/09/2021]
19. Centers for Diseases Control and Prevention - COVID-19 Vaccines for Moderately to Severely Immunocompromised People. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/immuno.html> [Acesso em 04/09/2021]
20. Ministério da Saúde do Brasil. Administração de dose de reforço de vacinas contra a Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/NTDoseReforo.pdf> [Acesso em 04/09/2021]

REFORMA TRIBUTÁRIA

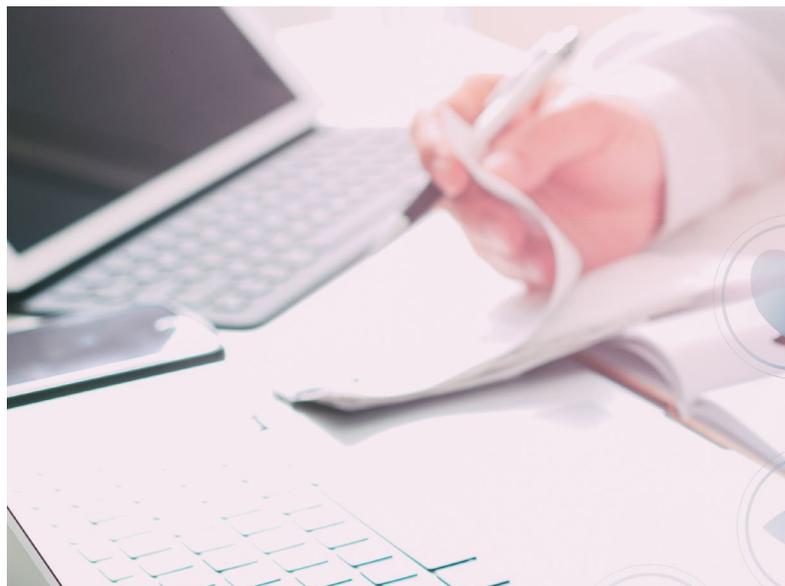
RELATOR MUDA PROPOSTA PARA MÉDICOS TEREM ISENÇÃO DE IMPOSTOS

22

A Associação Médica Brasileira obteve em 13 de agosto de 2021, importante retorno sobre o exaustivo trabalho que realiza junto ao Congresso Nacional para garantir que os médicos não sofram aumento de impostos na reforma tributária (RT).

Ofício dos parlamentares médicos Hiran Gonçalves, presidente da Frente Parlamentar da Medicina, e Doutor Luizinho, endereçado para a AMB, informa que o relator do projeto de lei, deputado Celso Sabino, foi sensível aos pleitos da AMB, CFM e outras entidades representativas, e alterou pontos-chave de seu relatório ao Plenário da Câmara.

Na versão, agora ajustada com base em pleito da Associação Médica Brasileira e entidades coirmãs, os médicos pessoas jurídicas sob o regime de lucro presumido com faturamento anual até R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil reais) ficarão isentos de qualquer taxa-ção sobre a distribuição de lucros e dividendos (L&D).



A AMB avalia que a alteração proposta pelo relator tem potencial de atender aos interesses da quase totalidade da classe médica do país, evitando, desta forma, aumento de impostos na RT ora em discussão.

Por esta razão e pela viabilização do trabalho do médico em prol da assistência à população, conclamamos, desde já, todos os deputados federais a votar favoravelmente esta nova alteração da RT proposta pelo seu relator.

A AMB ainda firma agradecimento aos parlamentares médicos Hiran Gonçalves e Doutor Luizinho pelas gestões em favor da classe médica nesse episódio.

Por fim, vale destacar que, originalmente, o relatório da RT estabelecia para as empresas tributadas pelo lucro presumido o teto de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) mensais para isenção na distribuição de L&D

a cada sócio da empresa. Valores superiores a este seriam automaticamente tributados.

Com a nova versão, estão isentos de tributar L&D os enquadrados no lucro presumido com faturamento anual de até R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil reais), qual seja, o equivalente à média de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais. A alteração ora proposta pelo relator da RT mostra por si só o seu alcance e a sua relevância.

O QUE ALMEJAMOS

O presidente da AMB, César Eduardo Fernandes, pontua que o Brasil precisa sim de uma Reforma Tributária consequente, que vitalize a economia e dê respiro aos cidadãos. Por consequência, a saúde e os serviços médicos não podem sob hipótese alguma pagar a conta:

“É inadmissível só pensar que alguém tente aprovar medidas que tragam danos à saúde, que penalize o setor, já em gravíssima crise devido à pandemia”

Faz mais de década, os brasileiros e suas instituições maiores clamam por uma revisão racional do ordenamento tributário, a AMB é uma das pioneiras dessa luta. A Reforma que almejamos deve ser instrumento de justiça econômica, tem de pôr fim aos impostos em cascata, promover o reequilíbrio na distribuição de cobrança, com vistas a garantir a inclusão social, a favorecer mais investimentos na produção e criação de empregos.

“Queremos uma Reforma Tributária que aponte ao progresso do País, simples assim”, finaliza César Fernandes.



BRASÍLIA

VIGÍLIA POLÍTICA

24

Os oito meses de Nova AMB trazem frutos também no universo da assessoria parlamentar, que acompanha, em Brasília, ações envolvendo a medicina, os médicos e a saúde: projetos, requerimentos de urgência, movimentações de deputados, senadores, de bancadas, por exemplo. Essa monitoração já trouxe algumas garantias, como a derrubada de propositura que ameaçava reduzir investimentos mínimos no setor, a rápida resposta e contenção de tentativas de flexibilização do Revalida e a sanção da Lei 14.128/21, que concede indenização a médicos e profissionais de saúde incapacitados pela Covid-19.

A IDEIA É QUE VOCÊ,
COLEGA MÉDICO, TENHA
A OPORTUNIDADE DE
EXPRESSAR SUA OPINIÃO
INDEPENDENTEMENTE
DE VIÉS, O QUE É
FUNDAMENTAL PARA
POSICIONAMENTOS DA AMB





Foto Marcelo Casal Jr. / Agência Brasil

FIQUE DE OLHO

O portal da AMB é braço desse trabalho, acompanhando e disponibilizando diariamente notícias, projetos e outras demandas de interesse da classe médica em pauta no Congresso Nacional e em outras instâncias de Brasília, em assembleias e câmaras municipais, assim como no âmbito dos poderes Executivo e Judiciário.

Os textos recebidos da assessoria parlamentar são veiculados sem juízo de valor ou sinalização de mérito.

A ideia é que você, colega médico, tenha a oportunidade de expressar sua opinião independentemente de qualquer viés, o que é fundamental para posicionamentos da Associação Médica Brasileira. Participe, registre seu pensamento e demandas em amb.org.br.

BRASÍLIA

COMISSÃO DE ASSUNTOS POLÍTICOS

26



Foto Wilson Dias / Agência Brasil (17.dez.2019)

SÓ ATÉ JUNHO DESTE ANO, A CAP JÁ ANALISOU 220 PROJETOS DE LEI, COM 127 ENCAMINHADOS.



A Comissão de Assuntos Políticos, CAP, da AMB, mantém uma agenda de encontro com parlamentares e autoridades em Brasília. Recentemente teve reunião com a assessoria parlamentar do senador Nelsinho Trad, para debater o projeto de Lei 589/2021, que dispõe sobre medidas de controle da qualidade de medicamentos no pós-registro.

Participaram pela CAP, Luciano Carvalho, diretor de assuntos parlamentares, Etelvino Trindade, relator da CAP, Napoleão Puente de Salles, assessor em assuntos políticos-institucionais da AMB, Iran Costa, membro permanente da Comissão, Mario Cardoso, representante da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, além de membros do gabinete do senador Nelsinho.

A proposta da CAP é expandir os testes de equivalência realizados por laboratórios. Foi destacada a importância do processo para comprovar a presença dos elementos anunciados na embalagem do remédio, além de verificar a qualidade do medicamento.

“O projeto é positivo e somos a favor. Apresentamos algumas contribuições para melhorá-lo ainda mais. Entendemos que nesse formato, o PL pode deixar o médico mais seguro na prescrição, assim como o paciente, ao consumi-lo”, pontua Luciano Carvalho.

Só neste ano, a CAP já analisou 220 projetos de Lei, com 127 encaminhados.



28

IMPOSTOS

DERRUBADO O ICMS EXTRA



A majoração do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) em insumos e equipamentos adquiridos por hospitais públicos, entidades beneficentes e fundações privadas de saúde que atendam o Sistema Único de Saúde (SUS) era um dos muitos pesadelos dos médicos de São Paulo em tempos recentes. Surgiu com a decisão de o Governo taxar em 18% produtos que antes eram isentos de ICMS, anunciada ao fim de 2020.

Naturalmente houve forte pressão das entidades médicas, como a AMB, e de saúde em sentido contrário. Afinal, inoportuna e injusta, a tributação recairá sobre toda a rede de assistência, aumentando custos inclusive aos pacientes, que, hoje, já se encontram em situação crítica.

A Associação Médica Brasileira na primeira hora comprou a briga em defesa dos médicos e pacientes. Também atuaram fortemente na contenda a Associação Paulista de Medicina, o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (Sindhosp).

O resultado é que os deputados paulistas decidiram, em 18 de maio, durante sessão extraordinária virtual da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, aprovar a isenção do imposto nos Projetos de Decreto Legislativo (PDLs) 45/2021 e 46/2021.

O PDL 45 prevê a isenção total ou parcial do ICMS, de acordo com o percentual de atendimentos de pacientes pelo SUS, na aquisição de medicamentos, fármacos, insumos e equipamentos destinados a clínicas que prestam serviços de hemodiálise.



NÃO AO AUMENTO DE VAGAS PARA MEDICINA

A Associação Médica Brasileira posicionou-se oficialmente contra o aumento de vagas do curso de Medicina, em resposta a questionamento da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior, do Ministério da Educação.

A resposta, despachada em 10 de maio, apresenta argumentações consistentes para sensibilizar o MEC de que o Brasil não requer nem necessita de médicos em quantidade, mas de qualidade, para a assistência dos cidadãos:

Embasam a posição firme e em defesa da Saúde e da Medicina os seguintes pontos:

I. Já temos uma formação acima de 30.000 médicos anualmente;

II. Somente 1,7% das Instituições de Ensino Superior conseguiram nota 5 no IGC do MEC;

III. Não possuímos instrumento de avaliação dos egressos dos cursos de medicina;

IV. Não há professores qualificados na relação docente/aluno, capazes de suprir o mínimo necessário para uma formação adequada do médico.

Com respeito e coerência, a Associação Médica Brasileira expressou, assim, a total discordância quanto a eventual aumento de vagas nas escolas de Medicina. Aproveitando a oportunidade, firmou sugestão da criação de um Conselho Consultivo Externo, para avaliação criteriosa e específica do número de vagas disponíveis nos cursos de graduação atualmente em funcionamento.

FORMAÇÃO

DESAFIO DE TODOS OS DIAS

—
O presidente da AMB, César Eduardo Fernandes, aponta caminhos para melhorar o ensino médico

32

ABERTURA INDISCRIMINADA

"Sabemos, é um desafio manter a excelência a educação médica, mesmo nas grandes instituições de ensino. Preocupa-nos a abertura indiscriminada de faculdades médicas. A maioria não tem condição de formar adequadamente. Defendemos a revisão do processo de autorização para o funcionamento. E que sejam descontinuadas as que não reúnam condições plenas. Defendo ainda a reavaliação sistemática, criteriosa e justa a todos os programas de Residência Médica para checar se possuem as competências exigidas pelo Ministério da Educação".

PREMISSAS E QUALIDADE

"A formação em Medicina necessita de revisão profunda, a partir de um debate responsável com seus atores, como as escolas, alunos, professores, reitores, médicos. Temos de repensar o universo didático; investir em qualificação continuada de docentes; estimular o humanismo, deixando os recursos tec-

"O BRASIL FORMA
MAIS DO QUE O
NECESSÁRIO.
PRECISAMOS É
DE QUALIDADE"



“COMBATER A GRADUAÇÃO EM MASSA É O PRINCÍPIO. MEDICINA REQUER CAPACITAÇÃO PLENA”

atendimento eficaz e seguro da nossa população. Além de ofertar educação médica continuada e abrir novas fronteiras de conhecimentos por meio das sociedades de especialidades”.

MERCADO DE TRABALHO

33

nológicos para quando realmente indispensáveis; manter hospitais-escolas que assegurem boa formação à beira do leito, incluir novos conhecimentos às grades didáticas, só pra mostrar o tamanho do desafio”.

PAPEL DAS ENTIDADES

“Combater a graduação em massa é o princípio. Medicina requer capacitação plena. Tratamos com gente, zelamos pela saúde, por vidas. É papel do movimento associativo médico cobrar de governantes, gestores, mantenedores etc, um ensino médico de qualidade para que o profissional, uma vez formado por estas instituições de ensino, possam ter as competências exigidas para o

“O Brasil forma mais do que o necessário. Aqui temos um erro de concepção. Faz décadas que governos preferem quantidade em vez de qualidade. O resultado é somente o aumento das denúncias de erros ao CFM. O que precisamos é de médicos capacitados em boas faculdades, realmente habilitados para a assistência de bom nível. Partindo dessa premissa, haverá mercado todos. Quanto à escassez médicos em áreas remotas, resolve-se com um plano de carreira e condições dignas, incluindo remuneração”.

RITMO CAÓTICO

“Temos o mercado saturado. Há 350 escolas médicas hoje, o que representa 35.558 vagas de primeiro ano. Neste ritmo (e será pior), em dez anos estaremos na casa de 1 milhão de médicos”.



FORMAÇÃO

MATRIZES DE COMPETÊNCIA DA RESIDÊNCIA MÉDICA



Recentemente a Associação Médica Brasileira compartilhou com todas as Sociedades de Especialidades, publicação no Diário Oficial da União, de 24 matrizes de competências, das diversas áreas entre as Especialidades Médicas, áreas de atuação e anos adicionais dos Programas de Residência Médica.

É resultado de um trabalho conjunto, realizado entre os todos os membros da AMB, coordenado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com vistas à definição do conhecimento, das habilidades e atitudes cada área conforme regramentos estabelecidos para a qualificação da medicina brasileira.

O presidente da AMB, César Eduardo Fernandes ressalta que, há 40 anos, a da lei 6932-1981 instituiu a Residência Médica como modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treina-

mento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

“A AMB desempenhou um papel fundamental por meio de suas sociedades médicas no processo que deve ser concluído em breve para a aprovação e publicação de todas as matrizes de competência de especialidades e áreas de atuação no Brasil”, pontua Fernando Tallo, membro conselheiro, representante da AMB na CNRM.

Já o diretor científico, José Eduardo Lutaif Dolci, refere-se à publicação das matrizes de competência como um dos principais legados que AMB e CNRM deixarão ao país na década.

A Secretária Executiva da CNRM, Viviane Cristina Uliana Peterle relembra que esse é um trabalho contínuo, iniciado desde 2015, com o envolvimento das sociedades que compõem a AMB, bem como de coordenadores da Comissão de Residência Médica (COREME) e das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs).

“Qualificar o ensino médico e a formação do especialista nas diferentes áreas da medicina é uma das mais nobres atribuições da AMB e tudo faremos para levar a bom termo esta nossa missão”, acentua César Fernandes.

EMC

PROGEB JÁ É REALIDADE

36

—
Programa de Educação Continuada
para Médico Generalista do Brasil
tem inscrições gratuitas para
residentes, estudantes de Medicina e
associados adimplentes da AMB



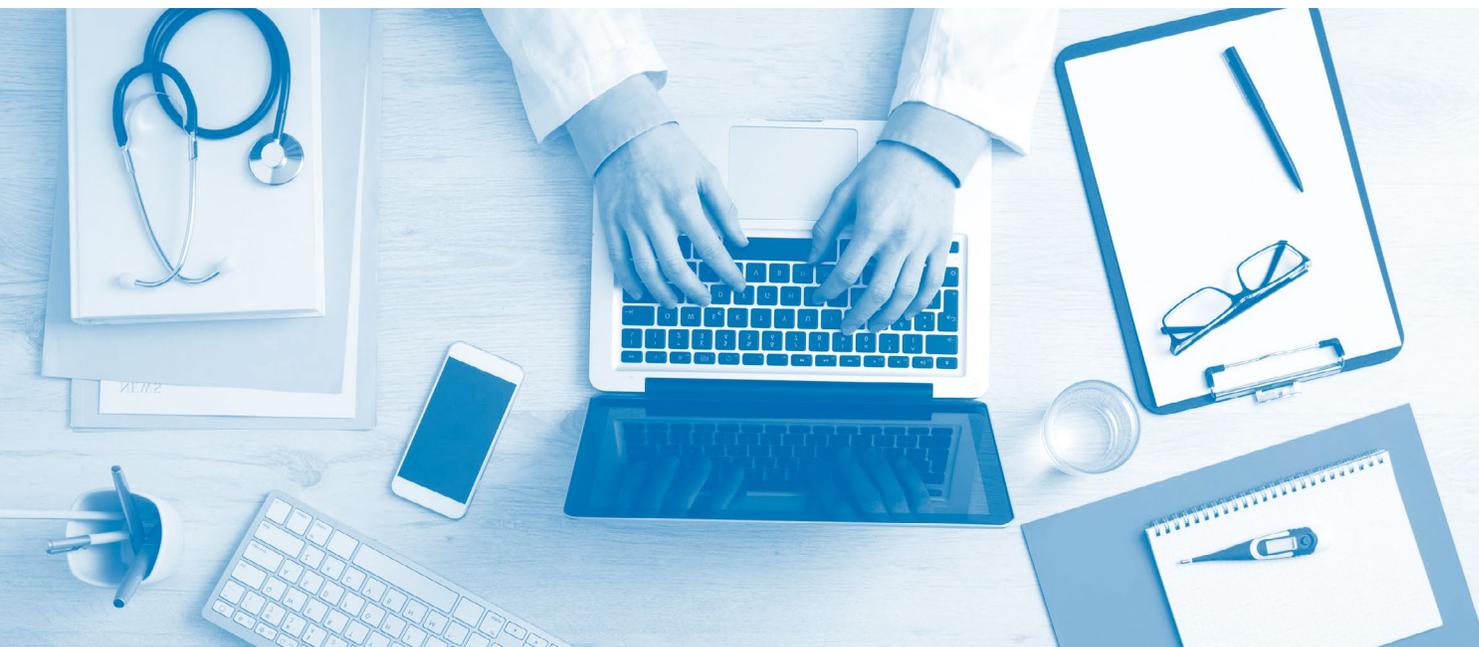


Já caminha a passos largos o Programa de Educação para o Médico Generalista do Brasil, PROGEB. Idealizado pela Associação Médica Brasileira, tem programação de aulas mensais, ao vivo, em plataforma digital, abrangendo os conteúdos essenciais das 55 especialidades médicas do País, além de discussão de casos clínicos e reais, tutoriais semanais e videoaulas teóricas.

As inscrições são gratuitas para residentes, estudantes de Medicina e associados adimplentes da AMB.

OBJETIVO

A meta é respaldar o médico generalista na abordagem inicial e na mais adequada referência a situações clínicas que envolvem



PROGEB

Programa de Educação para o
Médico Generalista do Brasil

38

conhecimentos específicos nos distintos campos da Medicina. Com linguagem específica para o jovem médico generalista, sobretudo para os recém-egressos do curso de graduação, o PROGEB tem como coordenadores, José Eduardo Lutaif Dolci e Fernando Sabia Tallo, respectivamente diretor científico e segundo tesoureiro da AMB; a supervisão é do presidente, César Eduardo Fernandes. O corpo docente é formado por membros titulares de cada sociedade de especialidade.

A Associação Médica Brasileira informa que o PROGEB também promoverá debates sobre questões mais gerais de relevância, entre os quais: Como se proteger e prevenir a transmissão na comunidade; Vacinas disponíveis no Brasil - eficácia e eventos adversos; e O que o médico generalista precisa saber sobre a resposta imunológica.

O conteúdo das aulas, inclusive da inaugural, poderá ser acessado a qualquer momento pelos inscritos, para estudo, esclarecimento de dúvidas e revisão - possibilidade bem adequada nos dias de hoje, em que ninguém mais tem agenda 100% definida. Aliás,

permanecerá disponível ao acesso das aulas até 30 de maio de 2022.

Está prevista a emissão de certificado pela AMB. Para obtê-lo, o aluno precisa ter, no mínimo, 70% de frequência e aproveitamento igual ou superior a 70% na avaliação final.

O curso é gratuito para todos os associados da AMB, que podem se inscrever no link:

<http://inscricao.manoleeducacao.com.br/amb2021/>

Programação completa e informações adicionais em

<https://bit.ly/3yTliF0>

COMISSÃO DE SAÚDE DIGITAL

A Associação Médica Brasileira acaba de criar um grupo que trabalhará dedicada e exclusivamente às políticas e tecnologias em Medicina e saúde com potencial de agregar valor à prática diária e de gerar impactos positivos à assistência. É a Comissão de Saúde Digital AMB, cuja meta é ser referência em pautas como telemedicina, ferramentas de gestão,

inteligência artificial, processamento em nuvem, o prontuário eletrônico, segurança da informação, Internet of Medical Things (IOMT), além de várias outras.

A Comissão tem como coordenador Antonio Carlos Endrigo (perfil ao término da reportagem), entre outros notáveis. Estudará o desenvolver do conhecimento e as possibilidades de abertura de horizontes a quaisquer campos de atuação relacionados à assistência digital.

**A ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
DEFENDE QUE O MÉDICO TENHA
GARANTIDA A LIBERDADE ÉTICA DE
AÇÃO NO ÂMBITO DA TELEMEDICINA**

Em países desenvolvidos da Europa, da Ásia, nos Estados Unidos, existe a função de CMO, Chief Medical Officer, profissional com capacitação plena nesta área. No Brasil, alguns hospitais até criaram

cargos equivalentes, mas não há formação adequada à função.

Aliás, carências no ensino e na preparação de quadros para o segmento tecnológico passarão por análise da Comissão de Saúde Digital. Assim, pretende-se definir um padrão de especialização em tecnologia médica.

A Comissão ainda criará uma agenda para compartilhamento de saberes e a construção de caminhos, junto com as Sociedades de Especialidades. Esse grupo será porta-voz da AMB para a mídia e os cidadãos.

No portal da AMB, haverá um blog com notícias e conteúdo diverso, aberto a recebimento de demandas médicas. Isso para estimular a participação.

Vale destacar que, mesmo antes de estruturada oficialmente, a Comissão já estava trabalhando em tópicos de suma relevância, como a tramitação no Congresso Nacional de projetos para a regulamentação da telemedicina.

Uma série de reuniões foi realizada com deputados/senadores, buscando um marco regulatório-cidadão que



garanta autonomia ao médico e remuneração adequada.

A Associação Médica Brasileira defende que o médico tenha garantida a liberdade ética de ação no âmbito da telemedicina, como em todos os outros, cabendo a ele avaliar, como válida ou não, segundo sua própria avaliação, a primeira consulta feita por meio de plataformas digitais.

Avaliando que a primeira consulta se dará com segurança e qualidade, respeitando as diretrizes da melhor Medicina e do Código de Ética Médica, perfeito. Caso prefira o contato inicial presencial, também está perfeito. Desde que haja concordância do paciente, em quaisquer definições.

AGENDA

1. Apoiar representação múltipla no Comitê de Informática da AMB e criação de colegiado com especialistas convidados
2. Defender e divulgar as melhores práticas para utilização da tecnologia em Medicina
3. Apoiar a formalização de Graduação/Pós-Graduação específica como área de Pesquisa em órgãos de fomento
4. Apoiar a formalização da área como uma Ocupação da Saúde

41

MEMBROS CSD

Antonio Carlos Endrigo

Antonio Carlos Onofre Lira

Beatriz de Faria Leão

César Eduardo Fernandes

Chao Lung Wen

Eduardo Cordioli

Eduardo Pereira Marques

Jefferson Fernandes

José Fernando Macedo

Mauricio Cerri



TELEMEDICINA

AUTONOMIA MÉDICA: COM RESPEITO E RESPONSABILIDADE



A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE É A BASE DA BOA ASSISTÊNCIA QUANDO ASSOCIADA ÀS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS VIGENTES. ISTO SIM É A VERDADEIRA AUTONOMIA DO MÉDICO

43

A Associação Médica Brasileira (AMB), pontua sempre o atual presidente César Eduardo Fernandes, defende a total autonomia dos médicos. Fria frequentemente também que ela deve se pautar em evidências científicas que demonstrem cabalmente a sua eficácia e segurança. Tudo isso em absoluta sintonia com a responsabilidade que deve, obrigatoriamente, acompanhar todo ato médico.

Um bom exemplo dessa posição é a incansável defesa que a AMB tem feito quanto à autonomia do médico no âmbito da telemedicina para considerar como válida ou

não, segundo sua própria avaliação, a primeira consulta feita por meio de plataformas digitais.

Se avaliar que a primeira consulta se dará com segurança e qualidade, respeitando as diretrizes da melhor Medicina e do Código de Ética Médica, perfeito. Caso prefira o contato inicial presencial, também está perfeito. Desde que haja concordância do paciente, em quaisquer definições.

A relação médico-paciente é a base da boa assistência quando associada às evidências científicas vigentes. Isto sim é a verdadeira autonomia do médico.

ACADÊMICOS

CANAL ABERTO

44

A Diretoria Acadêmica mantém diálogo com entidades estudantis e/ou de jovens médicos para melhor compreender suas demandas e apoiá-las.

São exemplo a ABLAM – Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina; a AMERESP – Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo, AEMED-BR – Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil e a ANMR – Associação Nacional dos Médicos Residentes.

A AMB, aliás, vem atendendo a pleitos jurídicos e burocráticos, mas há necessidade de ajustes em acordos, para que tenham maior efetividade.

Paralelamente, palestras ocorrem pelo Brasil. Em maio, a AMB levou a debate, junto a recém-graduados da AEMED, do Paraná, questões de relevância à boa prática e à qualidade da Medicina.

As discussões abordaram pontos como os limites da publicidade; relação médico-paciente; ética e bioética, exame do Revalida para diplomados no exterior; além da avaliação dos egressos no Brasil e o humanismo na assistência.

O conferencista foi Clóvis Francisco Constantino, diretor acadêmico da AMB. Ele comenta que, em regra, os médicos se aprofundam nos fundamentos teórico-práti-





cos, ficando em segundo plano assuntos envolvendo postura ética e relação com os pacientes. Também compreende ser fundamental iniciativas como a ocorrida no Paraná, para reflexão dos novos médicos.

“Não basta conhecer somente técnicas, é preciso ser doutor na arte de se relacionar com aqueles que nos procuram em consultórios e unidades de saúde necessitando de orientações e assistência. Assim, é fundamental que o jovem médico se familiarize, por meio da polêmica construtiva, de assuntos importantíssimos, mas com pouco espaço na grade curricular tradicional”.

Clóvis Constantino, aliás, defende a inclusão de tais temas nas grades curriculares de todas as faculdades de Medicina. “Nossa aspiração é a de que seja base dos cursos de graduação, com debate bem amplo.

Novas rodadas com os recém-graduados devem ser confirmadas em breve pela AMB. De qualquer maneira, faculdades e acadêmicos podem se antecipar, solicitando inclusão de seus cursos na programação da Diretoria Acadêmica.

Vale frisar, por fim, que os debates na AEMED estiveram sob organização de Jurandir Marcondes Ribas Filho, sendo prestigiados por Nerlan de Carvalho, presidente da Associação Médica do Paraná.

NOVA FRENTE

NÚCLEO DE PROTEÇÃO DO ATO MÉDICO

46



O NUPAM CONTA COM ASSESSORIA JURÍDICA, CONSULTORIA DE COMUNICAÇÃO E UM CANAL PRÓPRIO, NO SITE DA AMB.ORG.BR



Acaba de ser criado oficialmente o Núcleo de Proteção do Ato Médico da Associação Médica Brasileira, o NUPAM. Seu objetivo é contribuir para a prestação de serviços e ações de saúde de forma responsável, segura e eficiente, tendo o paciente como o centro da atenção.

São finalidades do NUPAM: a defesa e a valorização dos médicos; o assessoramento das sociedades de especialidade no que tange às violações ou ameaças ao ato médico; e a proteção dos pacientes.

47

O Núcleo conta com assessoria jurídica, consultoria de comunicação e um canal próprio, no site da amb.org.br, para que você possa enviar de relatos de violações ou ameaças ao ato médico, para avaliação da AMB, além de contribuições e sugestões de providências a serem tomadas. O canal, aliás, está disponível igualmente para todas as Federadas da AMB e sociedades de especialidades médicas.

PRIORIDADES

OUTRAS BATALHAS EM DEFESA PROFISSIONAL

48

Além de estar à frente do Núcleo em Defesa do Ato Médico, NUPAM, a Defesa Profissional da AMB atua em frentes de relevância para os médicos e a boa prática. Uma delas foca o Exame Nacional de proficiência em Medicina, ideia que pode minimizar problemas gerados pela formação em massa nestes tempos de abertura indiscriminada de cursos e vagas médicas.

Também estão no radar os abusos de certas operadoras de planos de saúde e as remunerações irrisórias. A revisão da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é outra prioridade de uma lista de urgências, da qual também fazem parte a valorização das especialidades e do título de especialistas.

Em conjunto com a recém-criada Comissão de Saúde Digital da AMB, a Defesa ainda está envolvida firmemente no trabalho pelo estabelecimento de um marco legal da Telemedicina. Há muito mais, como pode constatar em reportagens diversas do Jamb, como reforma tributária, Revalida etc.





FINANÇAS

49

NOVA AMB MAIS DO QUE DUPLICA O CAIXA EM SEIS MESES

Responsabilidade, honestidade e respeito ao patrimônio dos médicos do Brasil. Aqui temos alguns dos pilares morais indispensáveis à gestão de uma entidade representativa dos profissionais de Medicina.

Junte-se a eles, base técnica qualificada, conhecimento teórico-prático, assessoramento adequado e competência administrativa.

Complete então a estratégia com postulados de ótimos resultados históricos, como austeridade, racionalidade, menos despesas e mais receitas. Pronto, temos uma receita que faz encorpar economias e ampliar finanças sem sustos ou contratempos.

Foi assim, aliás, que a Associação Médica Brasileira começou a dar uma virada também em seu caixa nos primeiros meses da gestão 2021 - 2023. Sob a regência do primeiro tesoureiro, Akira Ishida, e de seu fiel segundo, Fernando Tallo, com apoio irrestrito do presidente César Eduardo Fernandes, a Nova AMB, praticamente fez o milagre da multiplicação, só que via corte de gastos.

Akira Ishida relata que, quando tomaram posse, as reservas em cai-

xa eram insuficientes para manter a AMB por mais do que três meses em cenário de crise acirrada. Uma situação inconcebível, considerando que as boas práticas de gestão exigem que se trabalhe com um mínimo de seis a oito meses de orçamentos cobertos totalmente.

A questão é que havia gastos de mais e entradas bem modestas. Fornecedores ganhavam mais de R\$ 2,5 milhões em diversos contratos com objetos sobrepostos – ou

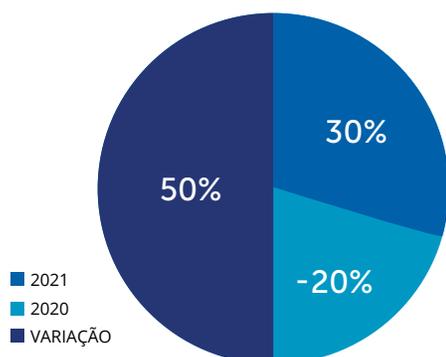
seja, contratos diferentes, para os mesmos fins. Uma espécie de bi ou tri remuneração.

DESPESAS ERAM MILIONÁRIAS

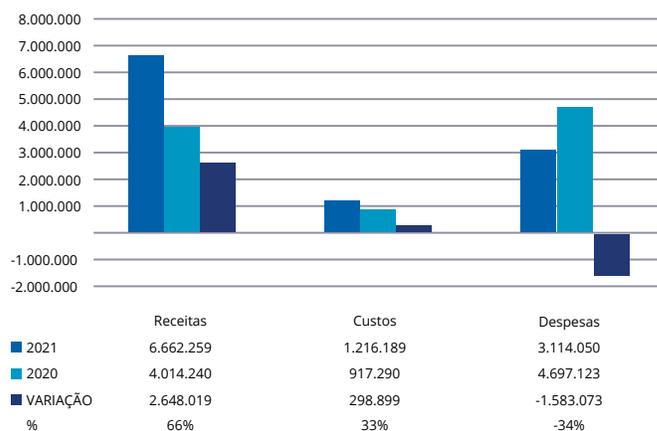
Com o perdão do paralelo, havia na Associação Médica Brasileira pontos bem sombrios, histórias de terror da vida real. Em auditoria básica, foram encontrados salários na casa dos R\$ 40 mil, R\$ 50 mil, alguns com

50

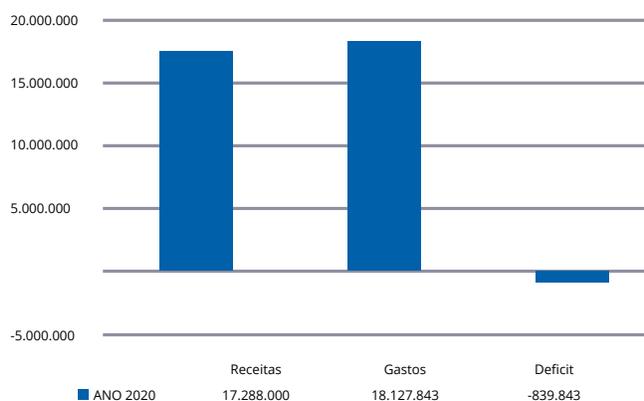
RESULTADO DO PERÍODO
1º QUADRIMESTRE DE 2020-2021



RECEITAS, CUSTOS E DESPESAS
1º QUADRIMESTRE DE 2020-2021



ANO 2020





direito a passagens de ida e volta periódicas para outros estados.

Claro que tudo isso acabou logo que a atual diretoria tomou posse. O quadro de recursos humanos passou por enxugamento e os supersalários cortados, fornecedores a custo surreal tiveram os contratos encerrados; e outros acordos passaram por negociação pró-AMB, o que deve e deveria ser tônica sempre.

Na ponta do lápis, responsabilidade e austeridade possibilitaram uma dança salutar de números: se em 2020 houve gastos médios de R\$ 1,5 milhão ao mês, agora trabalha-se com uma redução para R\$ 800.000 ao mês. As reservas saltaram de R\$ 4 milhões para R\$ 10,6 milhões.

Reverter a possibilidade de quebra da AMB não significa viver à mingua. Inúmeros novos

projetos têm sido levados adiante para reforçar a defesa profissional, melhorar a imagem dos médicos e da Associação Médica Brasileira, para oferecer educação continuada gratuita e de qualidade aos profissionais de Medicina, entre outros.

A situação tende melhorar ainda mais, só que isso é notícia para outras edições do JAMB. Portanto, fique de olho, pois a AMB dos médicos voltou.

“Não há segredo qualquer na guinada”, complementa Akira Ishida. “É uma questão de princípio, probidade e zelo pelo dinheiro do associado”.

EM BUSCA DO DINHEIRO DESAPARECIDO

Outro capítulo que em breve trará revelações relevantes tem a ver com o sumiço de milhões do caixa da Associação Médica Brasileira. Uma auditoria rastreia o dinheiro, refaz contas, enquanto o jurídico toma providências para repatriação do máximo. O que dá para revelar sem receio, por hora, é que o buraco é muito maior do que o anunciado em 2020, lamentavelmente.

FIQUE DE OLHO

NÃO À FLEXIBILIZAÇÃO DA REVALIDAÇÃO DOS DIPLOMAS DE MEDICINA



52

Acaba de voltar à pauta da Câmara dos Deputados, o projeto de lei 3.252/2020. A condenável iniciativa visa a autorizar o exercício da Medicina por graduados em faculdades estrangeiras mediante a revalidação temporária e emergencial dos diplomas de graduação, sem que esses médicos comprovem qualificação para a assistência em saúde aos cidadãos.

É compreensão da Associação Médica Brasileira que o Congresso deve aos cidadãos responsabilidade sanitária, respeito à vida e prioridade à qualidade da assistência.

Lamentavelmente, segue a movimentação em Brasília para permitir o exercício da Medicina a diplomados no exterior, sem que eles que se submetam a avaliação para comprovar que possuem adequada capacitação técnico-científica.

A Associação Médica Brasileira reafirma que é contrária a essa e outras proposições semelhantes que tramitam em Brasília. E alerta os cidadãos: se essas iniciativas prosperarem, cometerão mais um ataque à prática de uma Medicina de qualidade e segura para a população brasileira.

Estaríamos colocando na linha de frente, para prestar socorro ao cidadão (assim como a seu pai, mãe, filho, avô, avó, neto, amigos), médicos de capacitação não comprovada e com todos os riscos que emanam de tamanha irresponsabilidade.

Repudiamos a xenofobia. Entretanto, não podemos permitir que os pacientes brasileiros, já penalizados com tantas mazelas da rede de saúde, sejam, desta feita, expostos a um atendimento não isento de riscos por médicos que não revalidaram legalmente os seus diplomas em nosso país.

Se aprovados no REVALIDA, serão recebidos de braços abertos. Do contrário, assistiremos a um desrespeito inacreditável e inaceitável à população e à medicina brasileira.

Associação Médica Brasileira
10 de agosto de 2021

AO LADO DOS PACIENTES

Em 26 julho, a Presidência da República vetou o Projeto de Lei 6330/19, que tornaria obrigatória a cobertura de tratamentos domiciliares de administração oral contra o câncer.

O veto, publicado no Diário Oficial da União em 27 de julho, não afeta a oferta de medicamentos já incorporados pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Conhecido como PL da quimio oral, o projeto havia sido proposto pelo Senado, que o aprovou no dia 3 de junho de 2020, seguido pela Câmara, em 1º de julho deste ano. Cabia à Presidência sancionar ou vetar, parcialmente ou integralmente, trechos do texto. Com o veto, o Congresso Nacional pode votar pela derrubada ou manutenção.

“Até lá, o oncologista clínico que atende seus pacientes por meio de planos de saúde segue impedido de oferecer alternativas terapêuticas mais adequadas e já disponíveis no Brasil, prorrogando um grande retrocesso e descaso com a oncologia do país”, lamenta a presidente da SBOC, Clarissa Mathias.

No veto ao PL, foi alegado que a medida comprometeria a “sustentabilidade do mercado, além de criar discrepâncias no tratamento das tecnologias e, consequentemente, no acesso dos beneficiários ao tratamento de que necessitam, privilegiando os pacientes acometidos

por doenças oncológicas que requeiram a utilização de antineoplásicos orais”.

Segundo a SBOC, as quimioterapias endovenosas já são oferecidas pelos planos de saúde tão logo aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e isso não tem impacto negativo na sustentabilidade da área suplementar – enquanto impacta positivamente na vida dos pacientes oncológicos dos planos de saúde”, conta.

Mesmo com o apoio ao PL, a SBOC defende que o Brasil desenvolva uma avaliação de tecnologias em saúde (ATS) célere, competitiva, transparente, criteriosa e com alinhamento entre os setores público e privado, o que não tem sido realizado pela ANS.





RECONHECIMENTO

PRÊMIO HOMENAGEIA MÉDICOS DO BRASIL

O prêmio 100 Mais Influentes da Saúde, edição especial da década, teve sua cerimônia de entrega aos vencedores, em julho, no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo.

Organizado pelo Grupo Mídia, reuniu as personalidades que mais se destacaram por suas atuações no setor nos últimos dez anos.

A solenidade de premiação seguiu todas as normas e recomendações de segurança das autoridades de saúde, como restrição de convidados, uso obrigatório de máscara, dispositivos de desinfecção individual e de todo o ambiente, além de dispensers de álcool em gel espalhados por todo o espaço do evento.

Foi transmitida ao vivo pelo canal do Grupo Mídia no youtube e também pela fanpage da Healthcare Management no Facebook.

ESPECIAL

Além da homenagem às 100 personalidades eleitas mais influentes da saúde da década, houve um momento para prestar outros tributos para o setor.

Foram feitas homenagens à classe de enfermeiros, por meio do COFEN – Conselho Federal de Enfermagem; à classe médica, por meio da AMB – Associação Médica Brasileira; e aos hospitais, por meio da FBH – Federação Brasileira dos Hospitais.

O presidente da AMB, na oportunidade em Brasília, enviou vídeo registrando a alegria e honra de ver os médicos brasileiros reconhecidos:

“A pandemia de Covid-19 abala o país. A perda de 500 mil brasileiros dói imensamente a todos. São nossos pais, mães, irmãos, filhos, avós, amigos”, pontuou.

“Os médicos têm trabalhado com dignidade habitual, entregando-se para curar e salvar vidas; mesmo expondo-se a riscos. Tenho orgulho e faço questão absoluta de agradecer em meu nome, em nome da AMB, certamente como porta-voz de todos aqui e dos brasileiros, a cada um dos colegas médicos”.

ALIANÇA PELA SAÚDE NO BRASIL

PACTO SOCIAL UNE INSTITUIÇÕES DO PAÍS POR ASSISTÊNCIA DIGNA AOS CIDADÃOS

56

Foi lançada na manhã de hoje, 3 de agosto, em São Paulo, a **Aliança pela Saúde no Brasil**. É a semente de um pacto social por assistência digna aos cidadãos que começa a ser desenhado pela Associação Médica Brasileira (AMB) a muitas mãos com um grupo plural de instituições de representatividade e credibilidade, entre elas a Fiesp, Febraban, Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), Fecomercio, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Instituto Ethos e Sindusfarma.

De acordo com o presidente da AMB, César Eduardo Fernandes, a consolidação e criação oficial da

ASB é um marco para todos os brasileiros:

“Pela primeira vez, setores dos mais diversos se unem para construirmos juntos um projeto de atenção em saúde sem ranços partidários ou ideológicos. A Aliança ainda será ampliada com outros segmentos. Também promoveremos seminários e consultas públicas para desenhar uma proposta mínima, um desenho propositivo de política de Estado para a saúde”.

EIXOS DO PROJETO

A reunião de lançamento da ASB também marcou a abertura dos debates entre entidades parceiras. A Associação Médica Brasileira apresentou, para reflexão, propostas de eixos para alicerçar o projeto de pacto social pela saúde, como a defesa e fortalecimento



do sistema público (SUS), sem descuidar do privado; além do desenvolvimento de uma política de gestão de recursos humanos no setor saúde, associada aos benefícios para a população brasileira e à melhoria dos serviços, dimensionada para o ingresso, a progressão por mérito, a mobili-

dade, a educação continuada e o desenvolvimento profissional.

Outra questão fortemente mencionada unanimemente pelas lideranças da ASB é o financiamento e a equidade. Houve contestação grande de a União contribuir discretamente para o setor, enquan-





58

to municípios e estados arcam praticamente sozinhos com a saúde, inclusive já tendo exaurido a capacidade de injeção de mais recursos.

SUGESTÕES AO DEBATE

Também ficou pactuado que os debates começarão a partir de nove subitens:

1. Desenvolver estratégias que garantam a ética e a integridade, com maior transparência e práticas anticorrupção na atenção à saúde da população;
2. Integrar os sistemas universal e suplementar de saúde, com foco na equidade e no melhor acesso a serviços de saúde;
3. Incentivar participação inter e intrasetorial, para promover políticas mais abrangentes e promotoras da saúde da população brasileira;
4. Promover pactuações regionais de saúde, otimizando a capacidade instalada nos serviços, de acordo com os recursos e necessidades locais;
5. Adequação dos modelos e redes de atenção à saúde às necessidades da população, integrando a Atenção Primária à Saúde (APS) com a média e alta complexidade, garantindo assistência adequada aos grupos mais vulnerabilizados, em especial as crianças, adolescentes, gestantes e idosos;
6. Aprimorar os processos associados à ciência, tecnologia e inovação para garantir maior resolutividade e qualidade aos serviços de saúde;
7. Garantir a governança participativa, com maior presença dos profissionais de saúde nas decisões bi e tripartites;
8. Estabelecer critérios técnicos e transparentes para ocupação de cargos, com progressão por mérito e carreiras para profissionais da saúde;
9. Sustentabilidade econômica, por meio de financiamento suficiente e gestão eficiente no setor saúde.

COM A PALAVRA OS PARCEIROS DE LUTA POR UMA SAÚDE DIGNA NO BRASIL



ANAHP

O diretor-executivo da Associação Nacional do Hospitais Privados (ANAHP), Antônio Britto, parabeniza a AMB pela oportunidade, pela profundidade e pela metodologia adotada na iniciativa:

“A oportunidade não poderia ser mais clara em que o país comece finalmente a superar a pandemia. O país quer avançar. As propostas apresentadas serão discutidas, claro. Mas são corretas, tocam em pontos fundamentais, em questões que precisamos rever em nosso modelo de saúde. Tenho a absoluta certeza de que AMB e a Aliança conquistarão grande êxito com essa ação. Nós, da ANAHP, faremos o que estiver ao nosso alcance no sentido de contribuir”.

59

FIESP

O executivo Luiz Monteiro Fillietaz, do Comitê COM-SAUDE da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp) considera valiosa a união de diversas associações e entidades, buscando saúde melhor para o povo brasileiro:

“Acreditamos que a pandemia despertou nas pessoas uma consciência maior, isso também ocorre nas empresas, instituições e em todos os setores”, analisa. “Precisamos abrir a mente para o debate, para a busca de soluções legítimas. A FIESP está com a AMB nessa batalha, nesse desejo de alcançar uma proposta de saúde melhor. Afinal de contas, a indústria produz de medicamentos a equipamentos médicos, aliás, a indústria é parte ativa desse mundo da saúde”.



CONASS

Jurandi Frutuoso Silva, secretário executivo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, diz que o trabalho da AMB para formação da ASB é motivo de orgulho:

“Avalio que o ato de reunir a sociedade, as instituições que pensam no bem do Brasil, é relevante. Que essa união traga propostas que possam orientar a discussão da saúde do país. A partir de agora, vamos realizar alguns seminários para discutir cada ponto sugerido no Conselho. Sem dúvida, será uma bela proposta para tratar a rede da saúde como estabelece a Constituição: um dever do estado e direito do povo”.



60



FEBRABAN

Como representante da Federação Brasileira de Bancos, Febraban, o diretor executivo de Sustentabilidade, Amaury Oliva, foi outra voz a registrar a felicidade da AMB em idealizar e promover o debate:

“Trata-se de uma questão do interesse das federações, das associações, de todos os brasileiros. Está mãos do que evidenciado, nesse momento de pandemia: saúde e economia, assim como as próprias relações pessoais e comerciais, andam de mãos dadas. Assim, é muito importante que tenhamos uma aliança pela saúde no nosso Brasil”.

CMB

A Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas, CMB, prestigiou a primeira reunião da ASB, representada pelo vice-presidente, Flaviano Feu Ventorim, que aprovou a união ampla em prol da saúde:

“Representamos 50% das internações SUS, no geral, e 70% em alta complexidade. Afirmamos nosso compromisso com a AMB na busca de uma saúde mais organizada para o país, focada em um sistema que atenda integralmente a população. Isso sem qualquer conotação político-partidária. Só assim poderemos resolver a saúde para os cidadãos”.



61



CONASEMS

Outra instituição de altíssimo nível, presente nos trabalhos iniciais da ASB, foi o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, CONASEMS. Confira o que pensa o presidente, Wilames Freire Bezerra:

“Vivemos um momento incrível com o lançamento da Aliança pela Saúde no Brasil. O CONASEMS participará; seremos parceiros dessa construção. Nosso foco é traçar, junto com as entidades participantes, um plano nacional para atender às necessidades da população. Agora, com o aumento da vacinação, precisamos urgentemente de planejamento responsável para o pós-pandemia. A AMB, nesse momento, nos propicia um momento ímpar de interagir entre entidades para auxiliar a sociedade brasileira no acesso e melhoria em saúde”.

INSTITUTO ETHOS

O diretor adjunto do Instituto Ethos, Felipe Saboya, cumprimenta a AMB pela iniciativa da Aliança pela Saúde no Brasil:

“Iniciativas como essa são fundamentais para superar a crise sanitária e social que o país vive. Nós, do Instituto Ethos, entendemos que ações coletivas e intersetoriais, com base no diálogo, são fundamentais para enfrentar os desafios. Estamos imbuídos em colaborar, principalmente na agenda da ética, integridade, transparência e combate à corrupção. É um tema-chave para vencer as dificuldades da saúde no Brasil”.



62



SINDUSFARMA

O Sindicato da indústria de Produtos Farmacêuticos também entra nos debates para um pacto social pela Saúde no Brasil. Fábio Moreira, gestor médico, registra satisfação por participar da iniciativa:

“É uma ação visando a discutir proposições para o sistema de assistência, aliás, proposições incríveis. Estamos confortáveis para participar desse processo, como player da cadeia de saúde. Tenho convicção de que o Sindusfarma contribuirá com proposições para o bem do Brasil, da rede e dos pacientes”.

COVID-19: WORLD MEDICAL ASSOCIATION PUBLICA DIRETRIZES BRASILEIRAS

 *World Medical Journal*, principal informativo da WMA- World Medical Association, abre espaço nobre, em sua recém-lançada edição de julho/2021, para as novas diretrizes de condutas para o tratamento de pacientes com quadros leve de Covid-19 da Associação Médica Brasileira, a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). São orientações consagradas por revisões sistemáticas com meta-análise, em formato inédito no País, reduzindo vieses e aumentando o poder estatístico.

No Brasil, as diretrizes já estão sendo utilizadas como bases do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

De acordo com Wanderley Marques Bernardo, coordenador do grupo de Medicina Baseada em Evidências da AMB, as recomendações de conduta para episódios de Covid leve, manuseio terapêutico e de profilaxia com tais medicações visam a esclarecer os médicos do País de forma fundamentada e solidez científica”.



Lamentavelmente, até hoje, são propostas várias drogas sem qualquer benefício em redução da infecção, em profilaxia, ou que reduzam a hospitalização ou agravamento do paciente de Covid leve.

“Assim, colocamos uma pá de cal nessa discussão”, destaca Alexandre Naime, membro da Sociedade Brasileira de Infectologia e consultor Comitê Extraordinário de Monitoramento Covid da Associação Médica Brasileira, o CEM-Covid_AMB. “É uma construção inédita e conclusiva. Não deixa a menor dúvida, por exemplo, de hidroxiclороquina não funciona, não deve ser usada jamais como tratamento precoce. Vale o mesmo para a ivermectina e para a colchicina”.

CASOS EM EVIDÊNCIA

Foram estudadas pelo Projeto Diretrizes da AMB condutas para as seguintes questões:

- Hidroxicloroquina (HCQ) Profilática E Na Covid-19 Leve
- Plasma Convalescente Na Profilaxia Da Covid-19 Ou No Tratamento Da Covid-19 Leve
- Uso De Ivermectina Na Covid-19 (Profilaxia E/ou Tratamento)
- Uso De Esteroides No Tratamento Da Covid-19
- Colchicina No Tratamento Da Covid-19 Leve
- Uso De Antiviral Na Profilaxia Da Covid-19 Ou No Tratamento Da Covid-19 Leve
- Anticorpos Monoclonais Na Profilaxia Da Covid-19 E No Tratamento Da Covid-19 Leve
- Uso De Anticoagulante Na Covid-19 Leve (Profilaxia E/ou Tratamento)
- Antibióticos Na Profilaxia Da Covid-19 Ou Tratamento Da Covid-19 Leve

A obra não se restringe às interações medicamentosas. Abrange medidas de controle sanitário, isolamento, utilização de máscara e diagnóstica, capítulo a ser divulgado em breve.

Confirma que não há nenhum medicamento eficiente para reduzir danos de uma virose agressiva, grave e até fatal para alguns casos, em fase inicial e mesmo na profilaxia.

Para esses casos a orientação é o monitoramento adequado,



seguimento permanente e hospitalização no momento apropriado para os pacientes com Covid.

“Os documentos são robustos por se basearem em estudos de ensaios clínicos randomizados e de fase 3”, pontua e Suzana Tanni, coordenadora da Comissão de Epidemiologia da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. “São de relevância absoluta para tomadas de decisões em relação ao uso de fármacos para profilaxia e Covid-19 leve”.

RISCO DO MOMENTO

Uma das questões clínicas propostas pelas Diretrizes é desafio nos dias de hoje para a Medicina e a Ciência:

Em pacientes com risco ou diagnóstico de COVID-19 leve o uso profilático de antibióticos reduz a ocorrência de infecção (PCR positivo), de hospitalização, ventilação mecânica ou mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

Aliás, a diretriz vem para responder à preocupação de infectologistas e outros especialistas da linha de frente do Brasil que acusam o aumento de bactérias multirresistentes em níveis nunca visto antes no País.

“As infecções por bactéria multirresistente são decorrentes do uso inapropriado de antibióticos, adverte Hélio Bacha, consultor da SBI e do CEM Covid_AMB, reforçando que a constatação ocorre na prática clínica, além de ser observada em todos os serviços de Medicina Intensiva.”

“Na fase inicial da doença, temos visto utilização de antibióticos sem critério algum, sem orientação científica, sem evidência”, alerta Bacha. “Isso está criando uma condição de seleção de bactérias, que rapidamente evoluem para resistência a todo arsenal terapêutico do antibiótico que dispomos. O resultado é que pacientes acabam indo a óbito por ausência de opção antibiótica para as bactérias multirresistentes”.

O Projeto Diretrizes da AMB e suas recomendações estão disponíveis em <https://amb.org.br/projeto-diretrizes/>



HIDROXICLOROQUINA (HCQ) PROFILÁTICA E NA COVID-19 LEVE

QUESTÕES CLÍNICAS

Em pacientes sem diagnóstico de COVID-19, mas submetidos a ambientes com possibilidade de contágio, o uso de Hidroxicloroquina evita o adoecimento? Em pacientes com quadro leve de COVID-19, o uso de Hidroxicloroquina reduz a hospitalização ou a mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: sem COVID confirmado por PCR (profilaxia) ou com COVID-19 leve (tratamento);

Intervenção: Hidroxicloroquina;

Comparação: Tratamento padrão ou placebo;

Outcome: ocorrência de doença, hospitalização (enfermaria ou UTI), mortalidade e eventos adversos.

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Sem limite de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline, EMBASE, Central Cochrane e Clinical Trials

#1 = COVID OR COV OR CORONAVIRUS OR SARS

#2 = (Chloroquine OR Chlorochin OR Hydroxychloroquine OR Oxychloroquine OR Hydroxychlorochin)

#3 = #1 AND #2

#4 = #3 AND Random*

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de publicação, descrição dos pacientes, das intervenções (HCQ e comparação), dos desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21, acrescidos de outros elementos fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do (s) estudo (s) (se não houver meta-análise) utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (Hidroxicloroquina e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para cada grupo (divisão do número de eventos pelo total de pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH).

Se houver mais de um estudo incluído com desfechos comuns este serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Não há diferença na incidência de COVID (RT PCR +), hospitalização, eventos adversos graves e de óbitos em pacientes com o uso profilático comparando-se HCQ e controles sem HCQ, no seguimento entre 2 e 8 semanas. O uso de profilático de HCQ aumenta o risco de eventos adversos em 12% (IC95% 6 a 8%) – NNH:9, quando comparado a controles sem HCQ, no seguimento entre 2 e 8 semanas.

A qualidade da evidência variou entre muito baixa ou moderada. Não há diferença na hospitalização, eventos adversos, eventos adversos graves e óbitos ao se comparar HCQ e controles sem HCQ, no tratamento de pacientes com quadro de COVID leve. A qualidade da evidência variou entre muito baixa ou alta.

RECOMENDAÇÃO

Não é recomendado o uso de HCQ na profilaxia ou no tratamento de pacientes com quadro de COVID-19 leve

PLASMA CONVALESCENTE NA PROFILAXIA DA COVID-19 OU NO TRATAMENTO DA COVID-19 LEVE

QUESTÃO CLÍNICA

Em pacientes com risco ou diagnóstico de COVID-19 leve o uso terapêutico de plasma convalescente reduz o risco de adoecimento (infecção PCR +), hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação mecânica ou mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: risco de COVID-19 ou COVID-19 leve confirmado por PCR

Intervenção: Plasma Convalescente (IV)

Comparação: Sem plasma ou placebo

Outcome: hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação não invasiva ou mecânica, mortalidade, eventos adversos, evolução para quadro respiratório grave

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Outros critérios: Sem limites de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline, EMBASE e Clinical Trials

#1 = COVID OR COV OR CORONA-VIRUS OR SARS

#2 = (Plasma)

#3 = #1 AND #2

#4 = #3 AND Random*

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de publicação, descrição

dos pacientes, das intervenções (Plasma e comparação), dos desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21, acrescidos de outros elementos fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do(s) estudo(s), se não houver meta-análise, utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro2 (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (Plasma e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para cada grupo (divisão do número de eventos pelo total de pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH). Se houver mais de um estudo incluído com desfechos comuns estes serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43.

RESULTADOS

Foram recuperados 284, 28 e 206 estudos na base Medline, Embase e Clinical Trials, respectivamente. Eliminando-se as duplicatas e atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 5 estudos para que seus textos completos fossem acessados, dos quais se excluiu 4 trabalhos (motivos de exclusão na Tabela 1 – planilha Inclusão/Exclusão motivos)4-7. Então, para sustentar esta avaliação atendendo aos critérios de elegibilidade foi selecionado 1 ECR8.

Neste estudo selecionado8 foram randomizados 160 pacientes com até 48h de início dos sintomas relacionados a COVID-19 (leve). Foram considerados elegíveis pacientes acima de 75 anos independente da presença de comorbidades e aqueles com 65 a 74 anos com comorbidades. A intervenção considerou o uso em até 72h após o início dos sintomas de 250 ml de plasma convalescente com títulos de IgG maior que 1:1000 contra o spike de SARS-CoV-2, comparado com 250 ml de soro fisiológico 0,9% no grupo placebo. O desfecho do estudo foi desenvolvimento de quadro respiratório grave com frequência respiratória > 30 mpm ou oximetria de pulso <93% em ambiente após 15 dias da infusão da intervenção. Foram coletados dados de ventilação não invasiva, ventilação mecânica, choque e óbito8.

RESULTADO DO ESTUDO INCLUÍDO

Os resultados (desfechos) serão expressos em relação ao tratamento de Plasma em pacientes com quadro de COVID-19 leve: evolução para quadro respiratório grave, ventilação não invasiva ou mecânica e óbitos.

Quadro respiratório grave: o risco de quadro respiratório grave nos grupos do plasma e placebo foi, respectivamente, de 16.2% e 31.2%, havendo redução significativa então nesse risco de 15.0% (IC95% 2.0 a 27.9%) com o uso do plasma (NNT: 7 – IC95% 4 a 50).

Mortalidade: não há diferença na mortalidade entre os dois grupos comparados (plasma e placebo).

Ventilação não invasiva e mecânica: não há diferença no risco de ventilação não invasiva ou mecânica entre os dois grupos comparados (plasma e placebo).

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA DO ESTUDO INCLUÍDO

O risco de vieses do estudo incluído para suportar as conclusões sobre o tratamento não é grave. A qualidade da evidência pode ser considerada moderada devido à imprecisão do resultado no desfecho no qual houve benefício (agravamento do quadro respiratório).

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Há redução no risco de evolução para quadro respiratório grave com o uso de plasma convalescente (IV) em pacientes idosos (idade > de 75 anos ou com idade entre 65 e 74 anos associado a comorbidades) não hospitalizados com quadro de COVID-19 leve.

RECOMENDAÇÃO

O uso de plasma convalescente (IV) em pacientes idosos com quadro de COVID-19 leve (não hospitalizados) pode ser opção terapêutica para redução do risco de agravamento do quadro respiratório. Entretanto, sua aplicação restrita ou favorável ao ambiente hospitalar pode funcionar como barreira para sua aplicabilidade, sendo esta recomendação não apropriada para uso pré-hospitalar.

USO DE IVERMECTINA NA COVID-19 (PROFILAXIA E/OU TRATAMENTO)

QUESTÕES CLÍNICAS

Em pacientes sem diagnóstico de COVID-19, mas submetidos a ambientes com possibilidade de contágio, o uso de Ivermectina evita o adoecimento? Em pacientes com diagnóstico de COVID-19 (leve), o uso de Ivermectina reduz a hospitalização ou a mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: sem COVID-19 confirmado por PCR (profilaxia) ou com COVID-19 leve (tratamento)

Intervenção: Ivermectina (não associada)

Comparação: Tratamento padrão ou placebo

Outcome: hospitalização (enfermaria ou UTI), mortalidade e eventos adversos

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Sem limites de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline e EMBASE

#1 = COVID OR COV OR CORONAVIRUS OR SARS

#2 = IVERMECTIN

#3 = #1 AND #2 = 188

#4 = #3 AND Random* = 36

Central Cochrane e Clinical Trials

COVID AND Ivermectin

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de

publicação, descrição dos pacientes, das intervenções (Ivermectina e comparação), dos desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21, acrescidos de outros elementos fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do(s) estudo(s) - se não houver meta-análise - utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro2 (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (Ivermectina e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para cada grupo (divisão do número de eventos pelo total de pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH).

Se houver mais de um estudo incluído com desfechos comuns estes serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43.

RESULTADOS

Foram recuperados 188, 31, 99 e 65 estudos na base Medline, Embase, Central Cochrane e Clinical Trials.gov, respectivamente. Eliminando-se as duplicatas e atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 11 estudos para que seus textos completos fossem acessados, dos quais se exclui 10 trabalhos⁴⁻¹³ (motivos de exclusão na Tabela 1 – planilha Inclusão/Exclusão motivos). Então, disponível para sustentar esta avaliação atendendo aos critérios de elegibilidade adotados há um ensaio randomizado¹⁴. Não foram selecionados estudos (atendendo aos critérios de elegibilidade) que permitissem analisar o uso de Ivermectina profilaticamente em pacientes sem doença.

Este estudo testou o uso de Ivermectina na dose de 300 µg/kg por 5 dias (N: 238), em comparação ao placebo com regime de uso semelhante (N: 238). Os pacientes estudados eram de COVID-19 leve (domiciliar ou hospitalizado), com aparecimento de sintomas nos últimos 7 dias. Os desfechos analisados foram morte, hospitalização e eventos adversos em 3 semanas (Tabela 1 – planilha descrição dos estudos).

O risco de vieses foi considerado grave devido a ausência de desfechos intermediários primários ou secundários apropriados (desfechos relevantes por meio apenas de análise post-hoc) e ausência de análise por intenção de tratamento. A qualidade da evidência extrapolada do risco de vieses considerada é baixa.

Os resultados relativos aos desfechos na comparação de Ivermectina e placebo não apresentaram diferenças na hospitalização [DR de 0.84% (IC95% -4.25 a +5.93)], na mortalidade [DR de -0.42% (IC95% -1.24 a +0.40)] e nos eventos adversos [DR de -2.94% (IC95% -11.44 a 5.55)]. Não foi realizada meta-análise por apenas um estudo ser incluído.

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Não há evidência consistente disponível que suporte o uso de Ivermectina, seja em pacientes sob risco de COVID-19 ou em pacientes com doença leve. Não há

diferença no risco de hospitalização, na mortalidade ou de eventos adversos quando comparado com o uso de placebo. A qualidade da evidência disponível é baixa.

RECOMENDAÇÃO

O uso de Ivermectina na profilaxia de COVID-19 ou no tratamento de pacientes com COVID-19 leve não é recomendado.

USO DE ESTEROIDES NO TRATAMENTO DA COVID-19

QUESTÃO CLÍNICA

Em pacientes com diagnóstico de COVID-19 leve o uso terapêutico de esteroides reduz o risco de hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação mecânica ou mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: COVID-19 leve confirmado por PCR

Intervenção: Esteroide (VO, IV, IM) (não associado)

Comparação: Sem esteroide ou placebo

Outcome: hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação mecânica, mortalidade e eventos adversos

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Outros critérios: Sem limites de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline e EMBASE

#1 = COVID OR COV OR CORONA-VIRUS OR SARS

#2 = (Steroids OR Steroid OR Betamethasone OR Dexamethasone OR Flumethasone OR Fluocinolone Acetonide OR Fluocortolone OR Fluorometholone OR Fluoxymesterone OR Fluprednisolone OR Flurandrenolone OR Flurogestone Acetate OR Paramethasone OR Pregnadienes OR Pregnadiol OR Pregnanediones OR Pregnanetriol OR Pregnanolone OR Pregnatrienes OR Pregnenes OR Tetrahydrocortisol OR Triamcinolone)

#3 = #1 AND #2 = 2.389 (13 05 2021)

#4 = #3 AND Random* = 234

EMBASE, Central Cochrane e Clinical Trials

COVID AND Steroids

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de publicação, descrição

dos pacientes, das intervenções (Esteroides e comparação), dos desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21, acrescidos de outros elementos

fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do(s) estudo(s), se não houver meta-análise, utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro2 (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (Esteroides e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para cada grupo (divisão do número de eventos pelo total de pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH). Se houver mais de um estudo incluído com desfechos comuns este serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43.

RESULTADOS

Foram recuperados 226, 28, 92 e 78 estudos na base Medline, Embase, Central Cochrane e Clinical Trials.gov, respectivamente. Eliminando-se as duplicatas e atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 18 estudos para que seus textos completos fossem acessados, dos quais se excluiu 18 trabalhos

(motivos de exclusão na Tabela 1 –planilha Inclusão/ Exclusão motivos)4-21. Então, para sustentar esta avaliação atendendo aos critérios de elegibilidade não foi possível adotar estudos.

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Não há evidência baseada em ensaios clínicos randomizados avaliando o uso de esteroides (VO, IV, IM) em pacientes com quadro de COVID-19 leve.

RECOMENDAÇÃO

O uso de esteroide em pacientes com quadro de COVID-19 leve não deve ser utilizado.

COLCHICINA NO TRATAMENTO DA COVID-19 LEVE

QUESTÕES CLÍNICAS

Em pacientes sem diagnóstico de COVID-19, mas submetidos a ambientes com possibilidade de contágio, o uso de Colchicina evita o adoecimento? Em pacientes com quadro leve de COVID-19, o uso de Colchicina reduz a hospitalização ou a mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: sem COVID confirmado por PCR (profilaxia) ou com COVID-19 leve (tratamento)

Intervenção: Colchicina

Comparação: Tratamento padrão ou placebo

Outcome: ocorrência de doença, hospitalização (en-

fermaria ou UTI), mortalidade e eventos adversos

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Sem limites de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline, EMBASE e Clinical Trials

#1 = (COVID OR COV OR CORONAVIRUS OR SARS)

#2 = (Colchicine)

#3 = #1 AND #2

#4 = #3 AND (Random* OR systematic review)

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de publicação, descrição dos pacientes, das intervenções (Colchicina e comparação), dos desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21, acrescidos de outros elementos fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do(s) estudo(s) se não houver meta-análise, utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro2 (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (Colchicina e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para cada grupo (divisão do número de eventos pelo total de

pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH).

Se houver mais de um estudo incluído com desfechos comuns estes serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43

RESULTADOS

Foram recuperados 160, 42, e 33 estudos na base Medline, Embase e Clinical Trials.gov, respectivamente. Eliminando-se as duplicatas e atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 38 estudos para que seus textos completos fossem acessados (Medline: 28, Embase: 9 e Clinical Trials: 1) dos quais se excluiu 37 trabalhos (motivos de exclusão na Tabela 1 – planilha Inclusão/Exclusão motivos). Então, disponível para sustentar esta avaliação atendendo aos critérios de elegibilidade adotados há 1 ensaio randomizado, cujas características, resultados, risco de vieses, qualidade da evidência e síntese da evidência são descritos a seguir

DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO INCLUÍDO

COLCHICINA NO TRATAMENTO DA COVID-19 LEVE

Pacientes com idade igual ou superior a 40 anos com diagnóstico

de COVID-19 dentro de 24h, e que não estavam sendo tratados em hospital, foram submetidos ao tratamento com Colchicina (0.5 mg duas vezes ao dia durante os primeiros 3 dias e depois uma vez por dia durante 27 dias daí em diante) em comparação com placebo. Foram incluídos 4.488 pacientes, divididos em dois grupos: Colchicina (2.235) e placebo (2.253).

O desfecho primário de eficácia foi um composto de morte ou admissão hospitalar devido à infecção por COVID-19 em 30 dias após a randomização. Os desfechos secundários consistiram nos componentes do desfecho primário composto, e a necessidade de ventilação mecânica nos 30 dias após a randomização. Pneumonias, e outros eventos adversos graves e eventos adversos não graves também foram coletados.

RESULTADO DO ESTUDO INCLUÍDO

Os resultados (desfechos) serão expressos em relação ao tratamento de Colchicina em pacientes com quadro de COVID-19 leve: hospitalização, ventilação mecânica, eventos adversos, eventos adversos graves, óbitos.

Hospitalização: o risco de hospitalização nos grupos da Colchicina e placebo foi, respectivamente, de 4.1% (93/2.235) e 5.4% (123/2.253), havendo redução significativa então nesse risco de 1.3% (IC95% 0.04 a 2.5%) com o uso da Colchicina. E apesar da redução significativa na hospitalização, esta confere NNT (number need to treat) de 80, com variação de 40 a 2.500 pacientes a serem tratados para um benefício.

Mortalidade: não há diferença na mortalidade entre os dois grupos comparados (Colchicina e placebo).

Eventos adversos: não há diferença no risco de eventos adversos entre os dois grupos comparados (Colchicina e placebo).

Eventos adversos graves: o risco de eventos adversos graves nos grupos da Colchicina e placebo foi, respectivamente, de 4.8% (108/2.235) e 6.1% (139/2.253), havendo REDUÇÃO SIGNIFICATIVA então nesse risco de 1.3% (IC95% 0.004 a 2.7%) com o uso da Colchicina.

E apesar da redução significativa nos eventos adversos graves, esta confere NNH (number need to harm) de 80, com variação de 40 a 25.000 pacientes para se evitar um dano, conferindo elevado nível de incerteza do efeito.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA DO ESTUDO INCLUÍDO

O risco de vieses do estudo incluído para suportar as conclusões sobre o tratamento não é grave. A qualidade da evidência devido à imprecisão dos resultados deve ser considerada moderada.

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Há redução no risco hospitalização e de eventos adversos graves com o uso de Colchicina em pacientes não hospitalizados com quadro de COVID-19 leve.

RECOMENDAÇÃO

Não é recomendado o uso de Colchicina no tratamento de pacientes com quadro de COVID leve (não hospitalizados) devido ao elevado nível de incerteza conferido pela pequena magnitude e a grande imprecisão nos resultados de desfechos intermediários não críticos.

USO DE ANTIVIRAL NA PROFILAXIA DA COVID-19 OU NO TRATAMENTO DA COVID-19 LEVE

QUESTÃO CLÍNICA

Em pacientes com risco ou diagnóstico de COVID-19 leve o uso terapêutico de antiviral reduz o risco de adoecimento (infecção PCR +), hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação mecânica ou mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: risco de COVID-19 ou COVID-19 leve confirmado por PCR

Intervenção: Antiviral

Comparação: Sem antiviral ou placebo

Outcome: adoecimento (infecção PCR +), hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação não invasiva ou mecânica, mortalidade, eventos adversos

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Outros critérios: Sem limites de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline, EMBASE e Clinical Trials

#1 = (COVID OR COV OR CORONAVIRUS OR SARS)

#2 = (Antiviral Agents OR Antiviral OR Antivirals)

#3 = #1 AND #2

#4 = #3 AND Random*

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de publicação, descrição dos pacientes, das intervenções (antiviral e comparação), dos desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21, acrescidos de outros elementos fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do(s) estudo(s), se não houver meta-análise, utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro2 (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (antiviral e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para cada grupo (divisão do número de eventos pelo total de pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH). Se houver mais de

um estudo incluído com desfechos comuns estes serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43.

RESULTADOS

Foram recuperados 753, 126 e 79 estudos na base Medline, Embase e Clinical Trials, respectivamente. Eliminando-se as duplicatas e atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 10 estudos para que seus textos completos fossem acessados, dos quais se excluiu 9 trabalhos (motivos de exclusão na Tabela 1 – planilha Inclusão/Exclusão motivos)4-12. Então, para sustentar esta avaliação atendendo aos critérios de elegibilidade foi selecionado 1 ensaio clínico randomizado (ECR)13.

Em pacientes adultos com quadro clínico de COVID-19, não hospitalizados, foi comparado o uso de lopinavir-ritonavir (800 mg e 200 mg, respectivamente, a cada 12 horas seguido por 400 mg e 100 mg, respectivamente, a cada 12 horas durante 9 dias) em 244 pacientes, com placebo (n: 227). Os desfechos analisados de interesse foram hospitalização, mortalidade e eventos adversos.

RESULTADO DO ESTUDO INCLUÍDO

Os resultados (desfechos) serão expressos em relação ao tratamento de antiviral (lopinavir-ritonavir) em pacientes com quadro de COVID-19 leve: hospitalização, mortalidade, eventos adversos e eventos adversos graves.

Hospitalização: não há diferença no risco de hospitalização entre os dois grupos comparados (antiviral e placebo).

Mortalidade: não há diferença na mortalidade entre os dois grupos comparados (antiviral e placebo).

Eventos adversos: o risco de eventos adversos nos grupos comparados antiviral e placebo foi de 37.7% e 21.2%, respectivamente. Então, há aumento no risco de eventos adversos de 16.5% (IC95% 8.3 a 24.6%) com uso de antiviral nesses pacientes (NNH: 6; IC95% 4 a 12).

Eventos adversos graves: o risco de eventos adversos graves nos grupos comparados antiviral e placebo foi de 37.7% e 20.2%, respectivamente. Então, há aumento no risco de eventos adversos de 17.4% (IC95% 9.4 a 25.4%) com uso de antiviral nesses pacientes (NNH: 6; IC95% 4 a 10).

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

O risco de vieses do estudo incluído para suportar as conclusões sobre o tratamento não é grave. A qualidade da evidência pode ser considerada elevada.

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Há aumento no risco de eventos adversos e eventos adversos graves em pacientes não hospitalizados com quadro de COVID-19 leve tratados com antiviral (lopinavir-ritonavir).

RECOMENDAÇÃO

O uso de antiviral em pacientes com quadro de COVID-19 leve (não hospitalizados) não é recomendado pois além de não produzir benefício, produz dano.

ANTICORPOS MONOCLONAIS NA PROFILAXIA DA COVID-19 E NO TRATAMENTO DA COVID-19 LEVE

QUESTÃO CLÍNICA

Em pacientes com risco ou diagnóstico de COVID-19 leve o uso terapêutico de anticorpos monoclonais reduz o risco de adoecimento (infecção PCR +), hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação mecânica ou mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: risco de COVID-19 ou COVID-19 leve confirmado por PCR

Intervenção: Anticorpos monoclonais (ac monoclonal)

Comparação: Sem anticorpo monoclonal ou placebo

Outcome: adoecimento (infecção PCR +), hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação não invasiva ou mecânica, mortalidade, eventos adversos

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Outros critérios: Sem limites de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline, EMBASE e Clinical Trials

#1 = (COVID OR COV OR CORONAVIRUS OR SARS)

#2 = (casirivimab OR imdevimab OR bamlanivimab OR etesevimab OR Antibodies,

Monoclonal OR Monoclonal Antibody)

#3 = #1 AND #2

#4 = #3 AND Random*

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de publicação, descrição dos pacientes, das intervenções (anticorpos monoclonais e comparação), dos desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21, acrescidos de outros elementos fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do(s) estudo(s), se não houver meta-análise, utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro2 (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (anticorpos monoclonais e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para cada grupo (divisão do número de eventos pelo total de pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os

grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH). Se houver mais de um estudo incluído com desfechos comuns estes serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43.

RESULTADOS

Foram recuperados 190, 17 e 137 estudos na base Medline, Embase e Clinical Trials, respectivamente. Eliminando-se as duplicatas e atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 6 estudos para que seus textos completos fossem acessados, dos quais se excluiu 4 trabalhos (motivos de exclusão na Tabela 1 – planilha Inclusão/Exclusão motivos)4-7. Então, para sustentar esta avaliação atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 2 ensaios clínicos randomizados (ECR)8,9. Estudo8 avaliou o uso de anticorpos neutralizantes em pacientes com COVID-19 leve, ambulatoriais com teste positivo para COVID-19 nos três primeiros dias do início dos sintomas. Este estudo teve cinco braços: placebo (n: 156), 700mg de bamlanivimabe (n: 101), 2.8g de bamlanivimabe (n: 107), 7.0g de bamlanivimabe (n: 101), 2.8g de bamlanivimabe com 2.8g de etesevimabe (n: 112)8

Outro estudo determinou o efeito do bamlanivimabe na incidência de COVID-19 entre residentes e pessoal de enfermagem qualificada e de instalações de vida assistida (residentes e equipes de 74 enfermeiras qualificadas), com exposição a pelo menos um caso de SARS-CoV-2 confirmado. Um total de 1.175 participantes foi randomizado para receber uma única infusão intravenosa de bamlanivimab, 4200mg (n = 588) ou placebo (n = 587). O desfecho primário foi a incidência de COVID-19, definido como a detecção de SARS-CoV-2 por PCR, ou de evolução para COVID-19 leve ou grave em 21 dias após a detecção9.

RESULTADO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

TRATAMENTO DA COVID-19 LEVE

Os resultados (desfechos) serão expressos em relação ao tratamento com anticorpos neutralizantes em pacientes com quadro de COVID-19 leve: hospitalização, mortalidade e eventos adversos.

Hospitalização: o risco de hospitalização com o uso de anticorpos neutralizantes foi de 0.9% (em associação de bamlanivimabe e etesevimabe, e nas doses de 700mg e 7.0g de bamlanivimabe) e do placebo de 5.7%. Houve com esses regimes de tratamento redução de 4.8% no risco de hospitalização (NNT: 20).

Mortalidade: não há diferença na mortalidade entre os dois grupos comparados (anticorpos neutralizantes no tratamento da COVID-19 leve e placebo).

Eventos adversos: não há diferença no risco de eventos adversos entre os dois grupos comparados (anticorpos neutralizantes no tratamento da COVID-19 leve e placebo).

PROFILAXIA PARA COVID-19

Os resultados (desfechos) serão expressos em relação

à profilaxia com anticorpos neutralizantes em indivíduos expostos a pacientes com COVID-19: infecção (PCR +), mortalidade e eventos adversos.

Infecção (PCR +): o bamlanivimabe foi associado a uma incidência significativamente mais baixa de infecção por SARS-CoV-2 em comparação com placebo (17,9% vs. 23,3%; $P = 0,02$), com uma diferença de risco absoluto de -5,4% (IC 95%, -10,5% a -0,3%).

NNT: 20.

Mortalidade: não há diferença na mortalidade entre os dois grupos comparados (anticorpos neutralizantes na profilaxia de COVID-19 e placebo).

Eventos adversos: não há diferença no risco de eventos adversos entre os dois grupos comparados (anticorpos neutralizantes na profilaxia de COVID-19 e placebo).

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

O risco de vieses do estudo de tratamento da COVID-19 leve e do estudo de profilaxia é “não grave” em ambos. E a qualidade da evidência relacionada aos desfechos onde houve diferença (hospitalização no tratamento da COVID-19 leve e infecção na profilaxia) pode ser considerada elevada.

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Há redução no risco de hospitalização em pacientes com quadro de COVID-19 leve tratados com anticorpo neutralizante (bamlanivimabe associado ou não a etesevimabe).

Há redução no risco de infecção por SARS-Cov-2 com o uso profilático de anticorpo monoclonal (bamlanivimabe) em indivíduos expostos a pacientes com COVID-19.

RECOMENDAÇÃO

O uso de anticorpos monoclonais neutralizantes pode ser utilizado em pacientes com quadro de COVID-19 leve (bamlanivimabe associado ou não a etesevimabe) ou profilático (bamlanivimabe) em indivíduos expostos à COVID-19.

USO DE ANTICOAGULANTE NA COVID-19 LEVE (PROFILAXIA E/OU TRATAMENTO)

QUESTÃO CLÍNICA

Em pacientes com diagnóstico de COVID-19 leve o uso profilático de anticoagulantes reduz a ocorrência de eventos tromboembólicos, de hospitalização ou mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?

MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: COVID-19 leve confirmado por PCR

Intervenção: Anticoagulante (não associado)

Comparação: Sem anticoagulação ou placebo

Outcome: evento tromboembólico, hospitalização (enfermaria ou UTI), mortalidade e eventos adversos

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Sem limites de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline e EMBASE

#1 = COVID OR COV OR CORONA-VIRUS OR SARS

#2 = (Anticoagulants OR Anticoagulation OR Agents Anticoagulant OR Indirect Thrombin

Inhibitors OR Enoxaparin OR Fondaparinux OR Heparin OR Warfarin)

#3 = #1 AND #2 = 2.384
(11/05/2021)

#4 = #3 AND Random* = 175

EMBASE, Central Cochrane e Clinical Trials

COVID AND Anticoagulants

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de publicação, descrição dos pacientes, das intervenções (Anticoagulantes e comparação), dos

desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21 , acrescidos de outros elementos fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do(s) estudo(s) se não houver meta-análise, utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro2 (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (Anticoagulantes e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para



cada grupo (divisão do número de eventos pelo total de pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH). Se houver mais de um estudo incluído com desfechos comuns este serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43.

RESULTADOS

Foram recuperados 175, 31, 113 e 137 estudos na base Medline, Embase, Central Cochrane e Clinical Trials.gov, respectivamente. Eliminando-se as duplicatas e atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 18 estudos para que seus textos completos fossem acessados, dos quais se excluiu 18 trabalhos⁴⁻²¹ (motivos de exclusão na Tabela 1 – planilha Inclusão/Exclusão motivos). Então, disponível para sustentar esta avaliação atendendo aos critérios

de elegibilidade adotados não há ensaios randomizados disponíveis no momento. Não foram selecionados estudos (atendendo aos critérios de elegibilidade) que permitissem analisar o uso de anticoagulante profilaticamente em pacientes com doença leve.

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Não há evidência baseada em ECR disponível no momento que suporte a indicação de anticoagulação profilática ou terapêutica específica para pacientes com quadro de COVID-19 leve. Estão em curso (“on going”) dezenas de ensaios randomizados avaliando o uso da anticoagulação profilática na COVID-19.

RECOMENDAÇÃO

O uso de anticoagulantes na profilaxia de COVID-19 ou tratamento de pacientes com COVID-19 leve não é recomendado.

ANTIBIÓTICOS NA PROFILAXIA DA COVID-19 OU TRATAMENTO DA COVID-19 LEVE

QUESTÃO CLÍNICA

Em pacientes com risco ou diagnóstico de COVID-19 leve o uso profilático de antibióticos reduz a ocorrência de infecção (PCR positivo), de hospitalização, ventilação mecânica ou mortalidade, e não aumenta o risco de eventos adversos?



MÉTODO

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA OS ESTUDOS A SEREM INCLUÍDOS

PICO

Paciente: risco de COVID-19 ou COVID-19 leve confirmado por PCR

Intervenção: Antibióticos (não associados)

Comparação: Sem antibiótico ou placebo

Outcome: infecção (PCR+), hospitalização (enfermaria ou UTI), ventilação mecânica, mortalidade e eventos adversos

Desenho de estudo: Ensaios clínicos randomizados (ECR) fase 3 e Revisões sistemáticas de ECR fase 3 atendendo ao PICO.

Sem limites de período consultado, de idioma ou de disponibilidade de texto completo.

BASES CONSULTADAS COM AS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS

Medline e EMBASE

#1 = COVID OR COV OR CORONA-VIRUS OR SARS

#2 = (Anti-Bacterial Agents OR Antibacterial Agents OR Antibacterial Agent OR AntiBacterial Agent OR Anti Bacterial Agent OR Anti-Bacterial OR Anti Bacterial OR

Bacteriocidal Agent OR Bacterioci-

de OR Bacteriocides OR Antibiotics OR Antibiotic)

#3 = #1 AND #2

#4 = #3 AND Random*

Clinical Trials

COVID AND Antibiotics

DADOS EXTRAÍDOS

Serão extraídos dos trabalhos os dados referentes à autoria, ano de publicação, descrição dos pacientes, das intervenções (Antibióticos e comparação), dos desfechos e do tempo de seguimento.

RISCO DE VIESES E QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

O risco de vieses será avaliado por meio dos itens do Rob 21, acrescidos de outros elementos fundamentais, e expresso em muito grave, grave ou não grave. A qualidade da evidência será extrapolada a partir do risco de vieses obtido do(s) estudo(s) - se não houver meta-análise, utilizando a terminologia GRADE2 em muito baixa, baixa e elevada, e por meio do software GRADEpro2 (se houver meta-análise) em muito baixa, baixa, moderada e elevada.

ANÁLISE E SÍNTESE DOS DESFECHOS

Os desfechos quando categóricos serão expressos por grupo (Antibióticos e comparação) e por meio do número de eventos e do risco calculado (%) para cada

grupo (divisão do número de eventos pelo total de pacientes em cada grupo). Caso a diferença do risco (DR) entre os grupos seja significativa (confiança de 95%) esta será expressa acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e do Número Necessário para tratar (NNT) ou para produzir dano (NNH). Se houver mais de um estudo incluído com desfechos comuns este serão agregados por meio da meta-análise utilizando-se o software RevMan 5.43.

RESULTADOS

Foram recuperados 205, 137 e 23 estudos na base Medline, Embase e Clinical Trials, respectivamente. Eliminando-se as duplicatas e atendendo aos critérios de elegibilidade foram selecionados 4 estudos para que seus textos completos fossem acessados, dos quais se excluiu 4 trabalhos⁴⁻⁷ (motivos de exclusão na Tabela 1 – planilha Inclusão/Exclusão motivos). Então, disponível para sustentar esta avaliação atendendo aos critérios de elegibilidade adotados não há ensaios randomizados disponíveis no momento. Não foram selecionados estudos (atendendo aos critérios de elegibilidade) que permitissem analisar ou indicar uso de antibióticos profilaticamente ou no tratamento de pacientes COVID-19 com doença leve.

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA (CONCLUSÃO)

Não há evidência baseada em ECR disponível no momento que suporte a indicação de antibiotico-

terapia profilática ou terapêutica específica para pacientes com quadro de COVID-19 leve.

RECOMENDAÇÃO

O uso de antibióticos na profilaxia de COVID-19 ou tratamento de pacientes com COVID-19 leve não é recomendado

A obra não se restringe às interações medicamentosas. Abrange medidas de controle sanitário, isolamento, utilização de máscara e diagnóstica, capítulo a ser divulgado em breve.

Confirma que não há nenhum medicamento eficiente para reduzir danos de uma virose agressiva, grave e até fatal para alguns casos, em fase inicial e mesmo na profilaxia.

Para esses casos a orientação é o monitoramento adequado, seguimento permanente e hospitalização no momento apropriado para os pacientes com Covid.

“Os documentos são robustos por se basearem em estudos de ensaios clínicos randomizados e de fase 3”, pontua e Suzana Tanni, coordenadora da Comissão de Epidemiologia da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. “São de relevância absoluta para tomadas de decisões em relação ao uso de fármacos para profilaxia e Covid-19 leve”.



Rua São Carlos do Pinhal, 324
- Bela Vista São Paulo/SP



11 3178-6800



/AMBoficial



@amb_oficial