

JORNAL DE
MEDICINA DE PERNAMBUCO


Órgão de divulgação da Associação Médica de Pernambuco - Recife, dezembro de 2014

COMEMORAÇÃO

MEDALHA

SÃO LUCAS

2014



Boas Festas

AMPE 2015



"Desejamos a todos um natal de união e que no novo ano, renovemos nosso compromisso na luta pela valorização do médico e na esperança por uma assistência à saúde digna e justa para todos os pernambucanos"



Atenciosamente
Dra. Helena Carneiro Leão





Na qualidade de Presidente da Associação Médica de Pernambuco-AMPE, encaminhamos a todos os médicos e familiares uma mensagem que deve ter uma tonalidade diferente, que merece ser efetivamente nova, porque representa um novo tempo, nova busca de realizações e ações asserem realizadas.

E, de fato, um tempo de dar-se o crédito ao presente e ao futuro para mantermos acesa a chama da esperança, sempre na luta pelo Sistema Único de Saúde, combate a corrupção em todos os níveis e justiça.

Na publicação do jornal da AMPE, esta, a última do ano de 2014, destaca-se a entrevista com Dra. Roberta Fernandes, destacando-se seu conhecimento técnico e a Relevância da intercambialidade do medicamento genérico, abordando redução de custos, com as consequentes repercussões para os sistemas nacionais de saúde que subsidiam os custos de medicamentos, bem como, todo o estudo e repercussão da equivalência, biodisponibilidade, e outros.

Não podendo esquecer a importância na seção de CIÊNCIA E TECNOLOGIA, matéria sobre pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que se destacaram em competição internacional do Projeto de Biossensor detectando câncer de mama em estágio inicial, contribuindo para a qualidade da pesquisa no nosso Estado nesta área médica, e parabenizamos e incentivamos a continuidade do Projeto em tela.

No destaque - AMPE CONECTA, citamos a publicação de trabalhos científicos, de pesquisadores e estudiosos do nosso Estado, para continuarmos valorizando o engrandecimento científico, busca contínua do aperfeiçoamento técnico profissional.

A nova diretoria da AMPE, recém-empossada, assim como foi a nova diretoria da AMB, e o novo Governo Estadual, esperamos ter a visão da administração e condução da saúde do nosso País, com ações e correta aplicação dos recursos, em projetos com programas de

qualidade e efetivos a curto, médio e longo prazo, com a responsabilidade e honestidade que todos os brasileiros anseiam. Cabe a nós, Entidades e médicos, manter continuamente, o seu papel no Estado Democrático de Direito, cobrando dos responsáveis o cumprimento dos valores e princípios, da nossa Carta Magna, a Constituição Brasileira.

Temos de crer que um novo sopro de esperança está para acontecer, porque é essencial aos homens sentir e promover a chegada de novas perspectivas, para mudanças, e sem desistirmos dos nossos princípios e do futuro da medicina, confiantes na condução da Associação Médica Brasileira, manteremos a tradição dos que fizeram a nossa história, na busca incessante pela união das entidades médicas e valorização do médico, que tem na essência do seu compromisso, a luta por uma saúde de qualidade, justa e digna para todos.

Trago, uma mensagem do poeta, que nos remete a esperança e ao viver:

"Para ganhar um ano novo
Que mereça este nome,
Você tem de merece-lo
.....tente, experimente.....
E dentro de você
Que o Ano Novo cochila
E espera deste sempre"
Carlos Drummond de Andrade

A nova direção da AMPE, com a colaboração dos médicos e sociedade, espera criar, um novo tempo de administração, onde o esforço dispendido se apresente como de mudanças e conquistas.

A Presidente e todos os membros da chapa eleita da Associação Médica de Pernambuco, renovamos os votos de UM FELIZ NATAL E QUE NO ANO NOVO que está a surgir, sejam concretizados os sonhos e realizações de todos.

NOTAS • ENTREVISTA • ARTIGOS • EXPOENTES • EVENTOS • INFOGRÁFICOS • HUMOR

EXPEDIENTE

Jornal de Medicina de Pernambuco / dezembro 2014 - Distribuição gratuita. Tiragem: 2000

DIRETORIA

Presidente: Helena Maria Carneiro Leão

1º vice-presidente: Anacleto Rodrigues de Carvalho / 2ª vice-presidente: Maria do Carmo Lencastre Menezes Dueire Lins e Cruz

3ª vice-presidente: Sirleide de Oliveira Costa Lira / Secretária Geral: Jane Maria Cordeiro Lemos

1ª secretária: Nair Cristina Nogueira de Almeida / 2ª secretária: Feliciano Abdon Araújo Lima

1º tesoureiro: Marília de Moraes Delgado / 2ª tesoureira: Sílvia da Costa Carvalho Rodrigues

CONSELHO EDITORIAL

Dra. Nair Cristina Nogueira de Almeida / Dra. Sirleide Lira / Dr. Gildo Benício

Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva / Dr. Assuero Gomes da Silva Filho

Diagramação / Jornalista Responsável - Antonio Gomes DRT/PE 3689

PALESTRA MOSTRA A IMPORTÂNCIA DE IDENTIFICAR A VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Em 11/09, a ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO promoveu a palestra “Violência Sexual em Crianças e Adolescentes: consequências e intervenções cognitivas adotadas”, ministrada pela Psicóloga Laila Kurtinaitis.

Em sua exposição, a psicóloga abordou diversos fatores que podem ser identificados nesses casos, bem como os mitos que envolvem o assunto.

Relatou, conforme dados estatísticos, que 160 crianças são abusadas por dia, sendo sete por hora. Deste número, 80% das vítimas são do sexo feminino, e 86% dos casos acontecem dentro da própria casa ; que a violência está em todos os níveis sociais, e advém de pessoas às vezes acima de qualquer suspeita.

“As crianças abusadas podem se tornar vítimas de um novo abuso com outras pessoas no futuro”, reforça. Segunda ela, muitas vezes, a vítima termina sendo alvo de preconceito quando deveria ser vista com mais atenção.

“Alguns comportamentos advindos dessa exposição ao abuso podem vir em forma de falta de valores, baixa concentração e falta de confiança nas pessoas, já que para a vítima, todos podem acabar sendo um potencial agressor.

“É um crime muito silencioso, pois muitas vezes não há o abuso físico”.

Em sua explanação, Laila enfatizou que as intervenções cognitivas adotadas passam pela prevenção, através de palestras informativas, educação sexual na escola, e capacitação de profissionais para que possam identificar possíveis sinais.



Na terapia, é fundamental o vínculo de confiança com a criança ou adolescente para que ela se sinta segura, e para que os familiares possam lidar com esta situação. “É importante criar uma rede de apoio para tentar mostrar para a vítima que ela não é a culpada”, completou.

Ao final da explanação, os espectadores puderam interagir mais, o que permitiu que a palestra entrasse em novos contextos onde todos os presentes puderam tirar suas dúvidas.

“É sempre oportuno falar sobre o abuso, pois há um tabu muito grande e como ela falou, é importante denunciar”, Carlos Bompastor, Cartunista.

“Seria muito interessante que houvesse esse tipo de palestra nas escolas”, Ivanice de Sena dos Santos, estudante de psicologia.

AMPE REALIZOU ASSEMBLEIA DOS DELEGADOS E REUNIÃO DO CONSELHO FISCAL



A Assembleia de Delegados reuniu-se em 30/10, para debater os temas abaixo citados. Todos os temas foram detalhados e discutidos, tendo os integrantes presenciado a explanação da presidente Silvia da Costa Carvalho sobre o ano de 2014.

A Assembleia permaneceu aberta até a noite da terça feira 04/11, onde deu posse aos novos integrantes da diretoria em solenidade na sede da AMPE.

Entraram em pauta na Assembleia dos Delegados da Associação Médica de Pernambuco os seguintes pontos:

- Eleição do Conselho Fiscal
- Fixação Contribuição Anual dos Associados (já avaliado pelo Conselho Fiscal)

- Votar proposta orçamentária apresentada pela Diretoria
- Apreciar a prestação de contas da Diretoria
- Apreciação e Deliberação sobre aprovação do Relatório da Diretoria
- Apreciação quanto ao encerramento das Atividades da Regional Petrolina
- Posse da nova Diretoria e Delegados

No dia 14/10 foi realizada a reunião do Conselho Fiscal, onde a AMPE teve todas as contas do exercício 2014 aprovadas pelos conselheiros.



PUBLICAÇÕES ABREM ACERVOS HISTÓRICOS PARA O PÚBLICO

A Nature, que atualmente abrange 48 publicações derivadas, abriu seu arquivo com todas as edições desde 1869. Mas há um porém. As edições estarão disponíveis apenas para leitura através de um aplicativo chamado de ReadCube, para visualizar os PDFs.

Mesmo não permitindo imprimir ou copiar, é possível fazer anotações e compartilhar comentários, segundo a Macmillan Science and Education, a editora que publica a Nature.

No Brasil, a Biblioteca de Mangueiras (RJ) que abriga coleções dos séculos 19 e 20, está aberta para consulta.

É também ali onde estão coleções especiais, como as dos pesquisadores



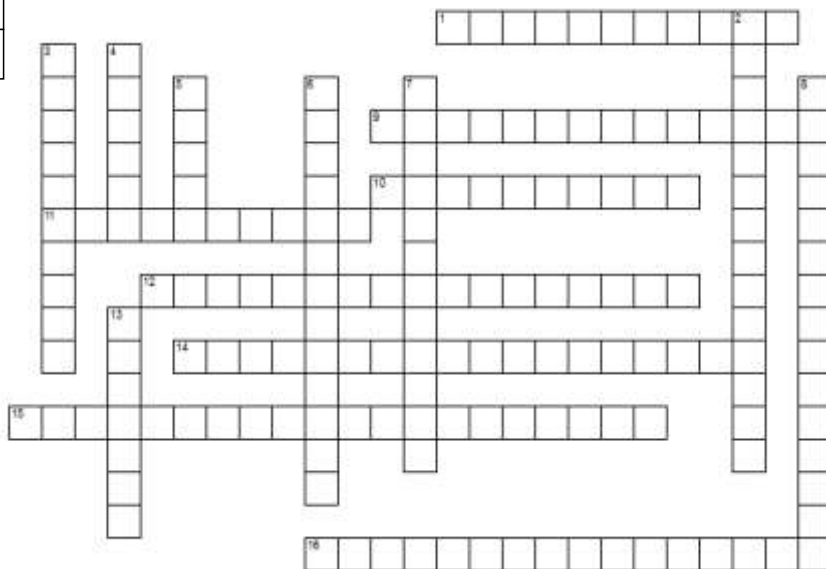
Fernandes Figueira, Leônidas Deane e Sebastião Oliveira, ou ainda a Coleção Periódico Brasil Médico, que traz uma série de artigos científicos publicados entre 1887 e 1971 por pesquisadores das melhores escolas da área de saúde, e que ajudou a formar muitos profissionais.

O interessado em consultar publicações da Seção de Obras Raras deve entrar em contato com antecedência pelo e-mail obrasraras@icict.fiocruz.br, ou pelo telefone (21) 2598-4460. O setor atende de segunda à sexta-feira, de 8h30 as 16h30.

Com informações da Nature.com e Agência FIOCRUZ. Imagens: divulgação.

D	
E	
S	
A M P E	
F	Gustavo Barros Alves de Carvalho.
I	
O	

TEMA: EXAMES



Horizontais

- Cultura microbiana para identificar microorganismos no sangue.
- Exames laboratoriais para determinar dosagens de colesterol total, HDL, LDL e triglicérides.
- Examina o corpo em cortes, sendo a imagem obtida por meio de raios X
- Exame que conta a quantidade de vírus presente em uma certa quantidade de sangue.
- Exame que usa um endoscópio para visualização desde as fossas nasais até a laringe subglótica, podendo incluir a porção superior da traquéia.
- Método usado para medir a densidade mineral óssea.
- Usado para a análise do fluxo sanguíneo nas principais artérias do cérebro
- Exame que, mediante emissão de ondas sonoras de alta frequência, permite a visualização de órgãos internos.

Verticais

- Radiografia que necessita de injeção de contrastes no espaço subaracnoideo.
- Exploração visual no interior de uma víscera oca por intermédio do endoscópio.
- Registro contínuo de 24 horas de ritmo cardíaco.
- Teste imunoenzimático que permite a detecção.
- Introdução, por via retal, de uma solução de sulfato de bário, com o propósito de radiopacidade na realização de exames radiológicos.
- Estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea.
- Exame usado para investigar distúrbios do sono.
- Retirada de um fragmento de tecido vivo para análise laboratorial.

RESPOSTAS

hemocultura, hemodinâmica, radiografia, tomografia, endoscopia, enema bariado, holter, ultrassonografia, polissonografia, biopsia, doppler transcraniano, elisa, perfil lipídico, nasofaringoscopia, densitometria óssea, carga viral.

ESCLARECIMENTOS ACERCA DA INTERCAMBIALIDADE DO MEDICAMENTO DE REFERÊNCIA PELO GENÉRICO



*Professora do Instituto Politécnico de Coimbra (ISCAC) – Coimbra Business School, ex- Consultora Jurídica do CREMEPE. Advogada em Recife e em Coimbra.

Especialista em Direito Processual Civil pela UFPE, Especialista em Direito do Medicamento e da Farmácia pela FDUC, Mestre em Direito pela FDUL, Doutora em Direito pela Uminho.

E-mail: rfernandes@iscac.pt.

Qual o interesse do estudo desse problema?

O medicamento genérico tem sido um forte aliado na redução das despesas relacionadas com a saúde. A defesa da prescrição do medicamento genérico é, hoje, regra no Brasil, onde os médicos são orientados pela legislação a prescrever os medicamentos utilizando a denominação comum internacional (DIC) e a denominação comum brasileira (DCB), respetivamente.

A aquisição pelo Estado ou pelos consumidores de medicamentos genéricos representa uma redução no preço do medicamento (em média) de 25% a 30% relativamente ao medicamento de referência - diferença que pode chegar a 50%. Essa diferença tem repercussões, de forma plena, nos sistemas nacionais de saúde que subsidiam o custo dos medicamentos.

Todavia, o que sabemos sobre o medicamento genérico? Qual a diferença entre este e o medicamento de referência (vulgo medicamento de “marca”)? Poderá o medicamento genérico ser substituído (intercambiável) no curso de um tratamento? Quais as consequências para o paciente da utilização do medicamento genérico se se verificar a intercambialidade? O médico poderá prescrever o medicamento de referência, desconsiderando o genérico? O farmacêutico poderá realizar a intercambialidade (“substituição”) do medicamento de referência prescrito pelo médico?

Acredito que a(s) resposta(s) a esta(s) pergunta(s)

demonstram, por si só, a importância do tema, o que poderá trazer mais confiabilidade e segurança aquando da utilização dos medicamentos genéricos.

Qual a diferença entre medicamento de referência, genérico e similar?

O medicamento de referência é o produto inovador registado no órgão responsável pela vigilância sanitária e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto do órgão administrativo competente, por ocasião do registo (compreendendo a realização de testes clínicos, pré-clínicos, toxicológicos e farmacológicos completos).

Já o medicamento genérico é um produto farmacêutico desenvolvido e fabricado a partir de uma substância ativa, forma farmacêutica e dosagem idênticas às de um medicamento considerado de referência já existente no mercado farmacêutico. Tem o mesmo efeito terapêutico, dosagem e a mesma indicação do medicamento considerado de referência para aquele princípio ativo.

No Brasil, o art.º 1.º, inciso XXI, da Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, dispõe que o medicamento genérico é similar a um de referência ou inovador, que pretende ser com este intercambiável, sendo a sua eficácia, segurança e qualidade comprovadas. O medicamento deve ser designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB

ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI. Pelas definições legais existentes, verifica-se que o medicamento genérico deverá conter a mesma forma farmacêutica do medicamento de referência, devendo a sua bioequivalência ser demonstrada por meio de estudos de biodisponibilidade.

Por sua vez, o medicamento similar é aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica. É equivalente ao medicamento registrado no órgão responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículo, devendo ser sempre identificado por nome comercial ou marca.

Para que serve a bioequivalência e a biodisponibilidade?

A bioequivalência têm como objetivo a avaliação indireta da eficácia de um medicamento genérico e a garantia de que as diferentes formas que uma substância ativa assume mantêm a mesma qualidade e desempenho estabelecidos no desenvolvimento original do medicamento (de referência).

Por sua vez, para se determinar a bioequivalência, são utilizados dois parâmetros farmacocinéticos: a área sob a curva da concentração-tempo (AUC) e a concentração plasmática máxima (C_{max}). Assim, existe bioequivalência quando o intervalo de confiança a 90% da razão entre o genérico e composto de referência para a AUC e para a C_{max} se situam dentro de um intervalo 80% a 125%.

Assim, pode afirmar-se que dois medicamentos são designados bioequivalentes se são equivalentes ou constituem alternativas farmacêuticas, e se as suas biodisponibilidades (grau e velocidade de absorção) após administração da mesma dose molar são similares, de modo a que os seus efeitos, no que diz respeito à eficácia e à segurança, sejam essencialmente os mesmos. Deste modo, a realização do teste de bioequivalência deverá ser precedida, necessariamente, pela realização do teste de equivalência farmacêutica.

A biodisponibilidade está intrinsecamente relacionada com a anatomofisiologia da absorção (conjunto de processos de que resulta a passagem de fármacos à circulação sanguínea a partir de um local de aplicação) e com as características físico-químicas do medicamento dependentes da forma química do fármaco (sal, éster, completo), com as características cristalinas e granulometria, o tipo de forma farmacêutica, os adjuvantes utilizados (diluentes, aglutinantes, desintegrantes, lubrificantes, etc.) e o processo de fabrico, manipulação e armazenagem do medicamento.

Por definição, a biodisponibilidade é o grau e a

velocidade de absorção. O grau de absorção é medido diretamente a partir das concentrações plasmáticas através do integral da função concentração/tempo (área sob ou subtensa à curva concentração/tempo - AUC). Quanto à velocidade de absorção, não existe um parâmetro farmacocinético fiável para a medir. Utiliza-se, em geral, a concentração máxima ou pico (C_{max}) ou o tempo necessário para a atingir (T_{max}).

No Brasil, conforme o disposto no art.º 1.º da Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que alterou o inciso XXV do art.º 3.º da Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, a biodisponibilidade “indica a velocidade e a extensão de absorção de um princípio ativo em uma forma de dosagem, a partir de sua curva concentração/tempo na circulação sistêmica ou sua excreção na urina.” A RDC Resolução da Diretoria Colegiada) n.º 135, de 29 de maio de 2003, adota a mesma definição.

A velocidade e a extensão com que um fármaco é absorvido a partir de uma forma farmacêutica dependem, em grande parte, das matérias-primas utilizadas e do método de fabricação. Assim, quando o mesmo fármaco é produzido a partir de formas farmacêuticas diferentes, pode apresentar características distintas de biodisponibilidade e, portanto, revelar uma eficácia clínica diferente. Os estudos de biodisponibilidade são utilizados, justamente, para comparar diferentes formulações.

O que é equivalência farmacêutica e equivalência terapêutica?

Os equivalentes farmacêuticos podem ser definidos como medicamentos que contêm a mesma quantidade da(s) mesma(s) substância(s) ativa(s) nas mesmas formas farmacêuticas, as quais obedecem às mesmas especificações. Por sua vez, os equivalentes terapêuticos correspondem aos medicamentos que contêm a mesma substância ativa ou entidade terapêutica e que, clinicamente, exibem a mesma eficácia e segurança que um medicamento cuja eficácia e segurança tenham sido estabelecidas.

Pode, então, afirmar-se que da equivalência terapêutica de um medicamento genérico relativamente ao medicamento de referência não decorre, imediata e automaticamente, a intercambialidade desse genérico por outro. Tal acontece porque os dois genéricos podem diferir na eficácia terapêutica, existindo o risco de expor os pacientes a efeitos adversos. A equivalência terapêutica de um genérico pode não gerar a substituíbilidade (intercambialidade) desse medicamento genérico por outro genérico.

Assim, tem-se entendido que a equivalência terapêutica difere da equivalência farmacêutica. Não obstante, medicamentos farmacêuticamente equivalentes podem diferir na rotulagem, no mecanismo de libertação e nos excipientes utilizados.

No Brasil, o art.º 1.º da Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que alterou o art.º 3.º da Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, bem como seus incisos XXIII e XXIV, dispõem, respetivamente: “Produto farmacêutico intercambiável – equivalente terapêutico de um medicamento de referência, comprovados, essencialmente, os mesmos efeitos de eficácia e segurança” [...] “Bioequivalência – consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre produtos apresentados sob a mesma forma farmacêutica, contendo idêntica composição qualitativa e quantitativa de princípio (s) ativo(s), e que tenham comparável biodisponibilidade, quando estudados sob um mesmo desenho experimental.”

Portanto, no direito brasileiro, a equivalência terapêutica exige a equivalência farmacêutica, nos termos da RDC n.º 135, já que dois medicamentos são considerados terapêuticamente equivalentes se eles são equivalentes farmacêuticos. Além disso, após administração da mesma dose molar, os seus efeitos em relação à eficácia e segurança devem ser essencialmente os mesmos, conforme avaliação por meio de estudos de bioequivalência apropriados, ensaios farmacodinâmicos, ensaios clínicos ou estudos *in vitro*.

Quando e como dever proceder a intercambialidade?

A intercambialidade inclui a escolha de um medicamento entre dois ou mais para os mesmos fins terapêuticos ou profiláticos e desdobra-se em dois conceitos, a permutabilidade e a substituíbilidade. A permutabilidade constitui o princípio básico da produção de medicamentos genéricos, dado que constitui a demonstração de que o genérico é equivalente ao medicamento de referência. Quando o paciente é exposto, pela primeira vez (ou após um longo lapso de tempo) à substância ativa, é necessária apenas essa garantia de permutabilidade. Já a substituíbilidade consiste na possibilidade de troca do medicamento de referência pelo respetivo genérico quando o tratamento está já em curso. Nesses casos, surge o problema da existência no mercado de diferentes medicamentos de referência, que não são bioequivalentes entre si (os mais antigos, por exemplo).

Quando se substitui um desses medicamentos pelo respetivo medicamento genérico, torna-se necessário esclarecer quais são os ajustes que se revelam necessários em matéria de dosagem, mesmo que tais ajustes sejam resultantes de pequenas variações farmacocinéticas entre as formulações. Por outro lado, podem surgir problemas com eventuais erros na transferência ou na utilização de resultados obtidos em voluntários saudáveis para grupos específicos de doentes. Nesse caso, a substituíbilidade depende de uma correta avaliação pelo médico da condição de saúde do paciente e das características específicas da sua

patologia.

Não obstante, um medicamento reprovado em testes de biodisponibilidade relativa pode ser intercambiável. Tal deve-se ao facto de a variação de concentração máxima (C_{max}) se situar acima dos limites estatísticos aconselhados em matéria de substâncias com uma ampla janela terapêutica.

A prescrição de medicamentos é ato exclusivo médico?

A prescrição de medicamentos no Brasil, nos termos da Resolução CFM (Conselho Federal de Medicina) n.º 1.627/2001, é um ato privativo do médico, pese embora este cenário ter sido recentemente alterado com a entrada em vigor da Lei n.º 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da medicina. Tal ocorre devido ao facto de ter sido excluído o inciso I do caput e § 2.º do art.º 4.º da referida lei, que previa ser ato exclusivo do médico a “formulação do diagnóstico nosológico e respetiva prescrição terapêutica”.

Da leitura da legislação brasileira, com a devida ressalva relativamente a esta última, onde a prescrição poderá ser estendida a outros profissionais de saúde, é possível concluir-se que, sendo o ato médico complexo, a prescrição configura-se em ato meramente instrumental, decorrente da avaliação e anamnese do paciente pelo referido profissional, a quem cabe, também, realizar o acompanhamento dos efeitos (benéficos ou não) que o medicamento venha trazer ao paciente (inclusive os efeitos decorrentes da intercambialidade). Decorre daqui que a prescrição de qualquer medicamento, à exceção dos medicamentos de venda livre, deverá ser realizada por um profissional médico, quer seja de referência, similar ou genérico, ficando esta ao critério do médico responsável pela assistência ao paciente.

Da dispensa e da intercambialidade dos medicamentos genéricos.

A intercambialidade de medicamento, como já referi, significa a possibilidade de troca de um medicamento por outro. Em princípio, os medicamentos de referência são intercambiáveis com os medicamentos genéricos.

No entanto, aqui interessa-nos analisar as situações em que não é possível haver a intercambialidade ou nas quais esta substituição venha a trazer prejuízos para o paciente (mesmo que sejam efeitos secundários). Registre-se, desde logo, que estas situações são excepcionais. Conforme dito anteriormente, a regra geral é a possibilidade da realização da intercambialidade do medicamento de referência pelo genérico. Aliás, a substituição é recomendável, uma vez que reduz os custos da saúde pelo Estado (no caso do Brasil, onde os medicamentos são financiados pelo Estado).

Mas em que situações não é recomendável a intercambialidade?

A intercambialidade no processo decisório é influenciada pela efetividade (resultado em condições reais, que varia de paciente para paciente), e não pela diferença em eficácia (resultado em condições controladas), considerando critérios que aumentam a adesão ao tratamento, como toxicidade relativa; conveniência de via de administração e intervalo entre doses para o paciente; custo e experiência de emprego.

Assim, poderão existir equivalentes farmacêuticos que não sejam equivalentes terapêuticos. Registre-se, entretanto, que um medicamento genérico é intercambiável na maioria das vezes, mas existem exceções, somente identificadas na prática clínica. Pode citar-se, por exemplo, estatina e inibidores de enzima conversora de angiotensina (ECA), que apresentam a mesma eficácia, uma vez alcançada a dose de manutenção para estabilidade do efeito desejado num indivíduo. No entanto, devido à grande variação interindividual dos seus efeitos colaterais, somente o prescritor que acompanha o paciente está em condições de substituir um medicamento.

Outro exemplo são medicamentos para os quais pequenos ajustes de dosagem num paciente podem afetar a eficácia ou implicar a toxicidade do produto. Nesses casos, a troca de medicamentos com o mesmo princípio ativo após ajuste da dose pode colocar o paciente em risco de sub ou sobredosagem. Essa variabilidade, mesmo baixa, pode alterar a resposta clínica, exigindo novo período de adaptação e ajuste. Portanto, ajustada a dose, é desaconselhável trocar o produto em uso, quer seja medicamento de referência ou genérico.

Um estudo que aplicou um inquérito por questionário a neurologistas avaliou a eficácia dos antiepiléticos, segundo a experiência clínica de cada um deles, sendo relatado pelos médicos que, em 68% dos casos em que ocorre a substituição do medicamento de referência pelos genéricos, verifica-se o retorno das crises em pacientes anteriormente controlados. Outro trabalho utilizou quatro diferentes produtos de carbamazepina (de referência e genéricos) e demonstrou que existem diferenças significativas na dissolução *in vitro* e na taxa de absorção *in vivo*.

Por sua vez, outro estudo envolvendo a troca do Lamctal® pela LTG genérica, realizado com a participação de 71 farmacêuticos e 130 médicos, baseando-se na resposta a inquéritos por questionário, demonstrou que a perda do controle das crises epiléticas com a substituição do

medicamento é comum. Outra pesquisa observou que essa troca não reduziu o custo, devido à necessidade de aumento de dose e/ou adição de outro medicamento à terapia.

Assim, na minha opinião, é dever do médico impedir que haja a intercambialidade de medicamento de referência por genérico no decurso de um tratamento sem a adequada análise do caso concreto (e que esta alteração não trará efeitos maléficos ao paciente). Como já foi dito, da equivalência terapêutica de um medicamento genérico relativamente ao medicamento de referência não decorre, imediata e automaticamente, a intercambialidade desse genérico pelo medicamento de referência.

Quais as repercursões legais da prescrição desses tipos de medicamentos?

No Brasil, a prescrição de qualquer medicamento de marca, similar ou genérico deve ser realizada mediante prescrição médica (à exceção de algumas hipóteses, como já referi). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as prescrições pelo profissional responsável adotarão, obrigatoriamente, a Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), nos termos do disposto no art.º 3.º da Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.

Por sua vez, de acordo com o art.º 1.º e ss. da Resolução n.º 349/2000, de 20 de janeiro, que estabelece a competência do farmacêutico em proceder à intercambialidade genérica de medicamentos, será permitido ao farmacêutico proceder à substituição do medicamento prescrito, exclusivamente, pelo genérico correspondente e, neste caso, deve apor o seu carimbo, constando do seu nome, inscrição no CRF (Conselho Regional de Farmácia), datar e assinar.

Pela leitura em conjunto do art.º 2.º da Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, e da Resolução n.º 349/2000, de 20 de janeiro, o farmacêutico unicamente poderá indicar a troca de um medicamento por outro, nunca uma terceira pessoa. Ainda assim, quando substituir um medicamento de marca por um genérico, o farmacêutico deve, obrigatoriamente, carimbar e assinar a receita.

No entanto, caso exista alguma restrição à intercambialidade do medicamento de marca pelo genérico correspondente, o médico deverá manifestar objetivamente a decisão, de forma clara, legível e inequívoca, de próprio punho, incluindo no receituário uma expressão como “não autorizo a intercambialidade”. É o que prevê o art.º 2.º da Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.

A aquisição pelo Estado ou pelos consumidores de medicamentos genéricos representa uma redução no preço do medicamento (em média) de 25% a 30% relativamente ao medicamento de referência - diferença que pode chegar a 50%. Essa diferença tem repercussões, de forma plena, nos sistemas nacionais de saúde que subsidiam o custo dos medicamentos.

PESQUISADORES DA UFPE SE DESTACAM EM COMPETIÇÃO INTERNACIONAL

O projeto do biossensor que detecta o câncer de mama em estágio inicial desenvolvido por pesquisadores do Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (Lika) da UFPE, e do Centro de Estudos e Sistemas Avançados do Recife (C.E.S.A.R.) foi premiado com a medalha de prata na International Genetically Engineered Machine (IGEM), competição internacional promovida pelo Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT), em Boston, nos Estados Unidos.

No modo tradicional, o câncer só é descoberto quando o tumor já está identificável com 0,5mm. Já no projeto do biossensor, o processo consiste na detecção ainda em estágio molecular. Com uma amostra de sangue do paciente, o robô desenvolvido pelo C.E.S.A.R. faz todo o processo de separar e tratar o sangue. Uma bactéria geneticamente modificada atesta o funcionamento do Robô, e por fim o biossensor detecta um micro RNA que está presente no sangue de quem tem o câncer de mama, indicando da doença.

O LIKA tem uma história de quase 30 anos desenvolvendo e apoiando diversos projetos na área de saúde. O reconhecimento internacional permitiu dar aos trabalhos realizados mais visibilidade. Mas até chegar ao IGEM, o caminho não foi fácil.

Com a data de inscrição para trabalhos já estourada, o Laboratório insistiu e conseguiu colocar seu trabalho entre os de mais de 3 mil participantes.

A longa trajetória até chegar ao biossensor começou em 2002 com o marcador de glicose, e sinalizava a dificuldade de trabalhar com marcadores humanos.

Para o Dr. José Luiz de Lima Filho, diretor do LIKA, mobilizar os estudantes para um projeto tão complexo foi um dos pontos positivos, a partir daí, vieram as parcerias com o Hospital Barão de Lucena, que já tem um trabalho com câncer de mama, e com o C.E.S.A.R. que ficou encarregado da parte tecnológica, já que aos pesquisadores coube a parte biológica.

Durante as pesquisas, foram analisados pontos importantes que este biossensor deveria atender. Locomoção, distância dos grandes centros, entre outros fatores complicadores para o diagnóstico, tomando muito

tempo, ou desestimulando o engajamento do paciente. “O mundo exige que tudo seja cada vez mais rápido”, frisou José Luiz. O robô ainda precisa ficar mais portátil para que possa ser facilmente levado a locais remotos.

Com isto, o projeto traria um retorno social importante, além de propiciar um ambiente estimulante para os alunos, que tiveram no curto prazo entre a inscrição, o evento exigiu uma dedicação ininterrupta para que o trabalho fosse concluído dentro do prazo.

Antes mesmo do biossensor, o LIKA já recebe muitas propostas de parcerias de universidades do exterior para cooperação. Com a nota 5 nos parâmetros da CAPES, que é atribuída a cursos de excelência em nível nacional,

José Luiz lamenta que as universidades não tenham traquejo para lidar com o setor privado, que muitas vezes é um tabu dentro da própria instituição. “As universidades públicas são muito onerosas, não têm ousadia para captar recursos e sobreviver sem a ajuda do governo”, apontou enfatizando que ainda pública as universidades podem ter outras fontes de renda, como se faz no exterior.

E também ressaltou a importância da carreira de cientista ser oficializada no país, o que permitirá mais qualidade na ciência produzida no país. “O professor tem que saber orientar o aluno, mas o professor ainda é obrigado a sê-lo se quiser ser cientista, o que dificulta, além do currículo das universidades engessarem a prática da ciência pelos alunos”, apontou.

A ciência exige honestidade e dedicação. “Há uma dificuldade de colocar na mente do aluno que ele precisa inovar, e não copiar”. Esse foi uma das formas de comparar a forma de produzir pesquisas com resultados aqui no Brasil e em outros países. “No exterior eles têm coragem para inovar, mas ainda são burocráticos”, completou.

As pesquisas continuam, e os próximos passos encaminham para um biossensor para detectar o câncer de próstata e leucemia.

Para José Luiz, permitir que os resultados saiam em tempo real seria perfeito. “A metabologia, com o tempo difere os resultados. Se fosse em tempo real, doenças como ebola não seriam tão mortais, pois seriam facilmente identificadas”, finalizou.



Dr. José Luiz de Lima Filho, Diretor do LIKA
Foto: Antonio Gomes



DERMATOMIOSITE, SEPSE, INFECÇÃO PULMONAR E LESÃO RENAL SECUNDÁRIOS AO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco

Autores: Letícia de Araújo Carvalho¹, Gustavo Barros Alves de Carvalho¹, Breno Alexandre de Melo e Silva¹, Alice Dias Ribeiro de Andrade Lima¹

¹ Acadêmicos da Universidade de Pernambuco, Recife - PE – Brasil.

RESUMO

Os autores relatam um caso de associação de dermatomiosite, sepse, infecção pulmonar e lesão renal, todas essas patologias secundárias ao lúpus eritematoso sistêmico. Devido à falta de especificidade dos sintomas e a então dificuldade diagnóstica, a paciente evoluiu com um péssimo prognóstico, indo ao óbito em poucos dias.

Palavras-chave: Dermatomiosite; Sepse; Lúpus Eritematoso Sistêmico;

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica de caráter imunológico, cujos sintomas podem surgir em diversos órgãos de maneira lenta ou mais rapidamente, e varia com fases de atividade e remissão (1). No Brasil, estima-se 65.000 pessoas com lúpus, em sua maioria mulheres, sendo assim uma doença tida como comum para os reumatologistas (2). Apesar das infecções serem a principal causa de morte em todos os estádios da doença, complicações terapêuticas e outras doenças associadas contribuem para a sua morbimortalidade, condicionando sua evolução e diagnóstico. Dentre as associações mais comuns, têm-se lesões de pele, inflamações nas membranas pulmonar e cardíaca, além de nefrite (2,3). Devida à importância, o seguinte estudo relata um caso grave de associação incomum entre lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite, sepse, infecção pulmonar e lesão renal.

RELATO DE CASO

ACGS, 34 anos, feminino, apresentava-se com dores articulares em MMII há 3 meses, com piora há 10 dias. Na admissão, apresentava lesões em cotovelo e em

falanges metacarpianas distais (lesões de Gottron, fenômeno de Reye e de Janneyse), rigidez matinal de mãos com duração maior que 1 hora, calafrios, febre alta, dificuldade para deglutir e dor abdominal. Ao exame físico, constatou-se estado geral ruim, com paciente anictérica, acianótica, consciente, orientada, eupneica e afebril. Como diagnóstico de admissão, foi-se tido vasculite, leptospirose e dengue. Em avaliação do Aparelho Cardiovascular, percebeu-se ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sopro em foco mitral; Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax, sem ruídos adventícios; Abdome: levemente doloroso à palpação, depressível, sem visceromegalias, com ruídos hidroaéreos presentes. No exame dermatológico da orofaringe, constataram-se placas esbranquiçadas e lesão ulcerada.

Foram iniciados Ceftriaxone e Fluconazol, sem resposta terapêutica, evoluindo com febre e piora do padrão respiratório, pancitopenia, icterícia, aumento de transaminases e diminuição do débito urinário. Diante da suspeita de sepse de sítio respiratório e/ou endocardite, foram iniciados Tazocin® associado à Gentamicina, Sulfametoxazol e Anfotericina B.

Oito dias após a admissão, nova hipótese diagnóstica fora dada, de sobreposição de lúpus eritematoso sistêmico, associado à dermatomiosite, nefrite secundária, pneumonite, sepse e insuficiência hepática com hepatomegalia. Como condutas, houve início adicional de Prednisona 60 mg e encaminhamento para UTI. Treze dias após a admissão, houve necessidade de intubação orotraqueal, por indícios de insuficiência respiratória aguda, coagulação intravascular dissemina-

da e hipotireoidismo.

Quinze dias após a admissão, paciente com estado geral grave, seguiu em intubação, sedada (Ramsay 5), sob ventilação mecânica e hemodiálise, chegando ao óbito no vigésimo dia.

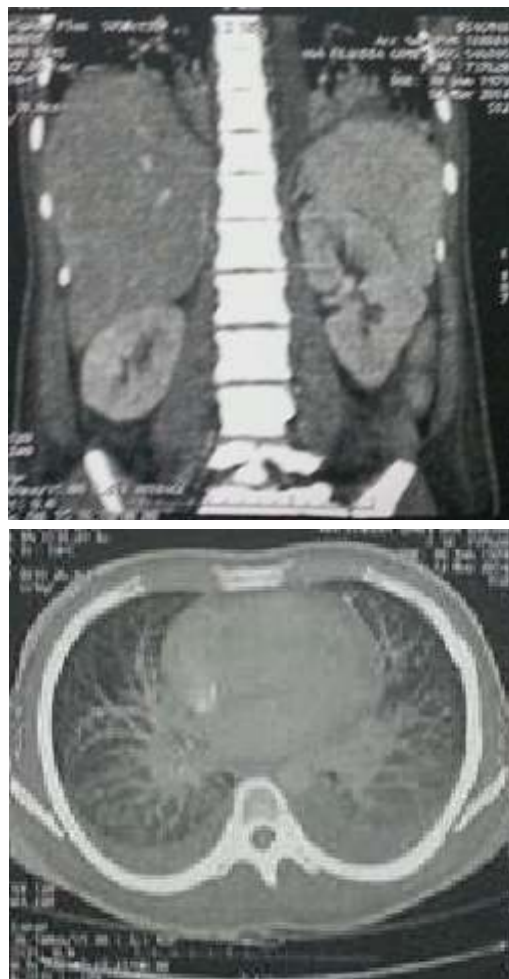
DISCUSSÃO

Ao longo do internamento, a paciente teve várias hipóteses diagnósticas e vários tratamentos empíricos instituídos. Isso se deu devido ao fato de que a composição do quadro de LES pode variar enormemente, com acometimentos concomitantes, aditivos ou sequenciais, cíclicos ou persistentes, agudos fulminantes ou crônicos indolentes, com períodos de remissão e exacerbação relativos a órgãos e sistemas diferentes. Além disso, o LES é uma doença crônica cujo padrão inicial habitualmente exibe sintomas gerais inespecíficos, como mal-estar, fadiga, febre baixa, perda de peso e adenomegalia e que costuma evoluir com períodos de atividade inflamatória com manifestações cutâneas e articulares, alterações hematológicas e sorológicas (4). Embora não se possa ignorar a possibilidade de manifestações isoladas em outros órgãos ou sistemas, manifestações muito características levam à perseguição de diagnósticos alternativos mais frequentes - algumas vezes, a caracterização da doença só é possível após alguns anos, o que pode agravar o quadro e estendê-lo a um ponto crítico e avançado, de poucos cuidados paliativos possíveis.

Em relação à associação entre lúpus e dermatomiosite, esta é bem descrita na literatura, sendo ambas doenças típicas do tecido conjuntivo. Os diagnósticos de lúpus e dermatomiosite só foram firmados muitos dias após o internamento, o que mostra a dificuldade de diagnosticar agilmente tais doenças, uma vez que o quadro clínico mimetizava outras patologias. A paciente evoluiu com piora progressiva do quadro respiratório e renal, necessitando de hemodiálise. Vários estudos da literatura apontam para lesões crônicas da LES, com alterações irreversíveis clinicamente, sendo as principais a hipertensão pulmonar e a insuficiência renal, sendo esta última um importante sinal de mau prognóstico (3) - o envolvimento renal com proteinúria acentuada, cilindrúria anormal ou pelo aumento dos níveis séricos de creatinina sem outra causa, ocorre em pelo menos metade dos pacientes em algum momento da doença, com cerca de 10% desses evoluindo para insuficiência renal terminal em cinco anos (4).

As causas de óbito por dermatomiosite mais frequentes são a neoplasia maligna, a septicemia e a infecção pulmonar, duas delas associadas ao caso da

paciente descrita. Portanto, faz-se necessário estabelecer um algoritmo eficaz para o diagnóstico precoce da enfermidade lúpica e de suas complicações, visto que se mostra crucial e determinante da evolução do caso, uma vez que o quadro pode estender-se de forma muito rápida até o óbito.



Imagens: Tomografia abdominal em corte coronal, e Tomografia torácica em corte transversal
Autor: Gustavo Barros

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- SATO, E.I. et al. Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.42, n. 6, 2002.
- 2- ARAÚJO, A.D. et al. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Estudos de Psicologia*, v. 12, p. e119-e127, 2007.
- 3- NERO, P. et al. Complicações e Doenças Associadas ao Lúpus Eritematoso Sistêmico. *ACTA REUM PORT.* v. 28, p. 141-147, 2003.
- 4- ASSIS, M.R. et al. Lúpus Eritematoso Sistêmico. *RBM Revista Brasileira de Medicina*, p. 274- 285, 2009.



Foto: Giovanne Chamberlain

DRA. HELENA CARNEIRO LEÃO É A NOVA PRESIDENTE DA AMPE

No dia 04/11, tomou posse a nova diretoria da Associação Médica de Pernambuco para o período de 2014/2017, tendo como presidente a Dra. Helena Maria Carneiro Leão, em solenidade prestigiada pelas entidades médicas locais e nacionais.

Compuseram a mesa a Dra. Sílvia da Costa Carvalho, então presidente da instituição, Dra. Helena Maria Carneiro Leão, presidente eleita, Dr. Carlos Vital, presidente do CFM, Dra. Jane Lemos AMB, representando o Dr. Florentino Cardoso Filho, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Dr. Sílvia Rodrigues, presidente do Cremepe, Dra. Maria de Lourdes David representando o Simepe, Dra. Ana Albuquerque, Secretária de Saúde de Pernambuco, e Dr. Jailson Correia, Secretário de Saúde do Recife, representando o Prefeito Geraldo Júlio.

Dando continuidade aos trabalhos da Assembleia que se iniciou no dia 30/10, ficando em caráter permanente até a posse da nova Diretoria eleita, também compuseram a mesa o Dr. Gentil Porto e a Dra. Norma Maranhão, sendo eles responsáveis por dar posse aos 43 integrantes da nova diretoria.

Em discurso de despedida, a Dra. Sílvia da Costa Carvalho, presidente no período 2011/2014, falou sobre os problemas enfrentados pela classe médica, e ressaltou a importância da Associação em seu papel social e histórico para com a saúde. Ainda lembrou dos ex-presidentes, e reforçou a ideia de continuidade do projeto

a ser seguido na instituição.

“Manteremos a determinação de lutar pelos nossos objetivos”, reforçou Sílvia ao falar dos desafios da classe médica.

A Dra. Helena Carneiro Leão em seu primeiro discurso como presidente da AMPE abordou a importância da união entre as entidades médicas do Estado, e falou sobre sua primeira participação na Associação em 2002.

Ao buscar as palavras de Maciel Monteiro, primeiro presidente e fundador da AMPE, reforçou seu compromisso com os objetivos da entidade, e da constante capacitação do profissional de saúde e participação dos mesmos, seja na cultura, política ou ciência.

“Lembrar o passado, viver o presente e buscar o futuro”, reforçou. Helena encerrou seu discurso com o poema, *“O que dizem as estrelas”*, de autoria de Dom Helder Câmara.

O presidente do CFM, Dr. Carlos Vital ressaltou a determinação da nova presidente para com a AMPE, lembrando sua dedicação à frente das lutas pela classe médica enquanto presidente do Cremepe.

“Tenho certeza que ela continuará a construir pontes”, finalizou Vital, ressaltando as qualidades da nova gestora.

Ao final, todos os presentes participaram do coquetel em homenagem à nova diretoria.



Veja mais fotos

1ª SEMANA CULTURAL



CHÁ COM PROSA

O primeiro dia da Semana Cultural da AMPE foi aberto com a segunda edição do Chá com Prosa, com sua primeira edição em 2006, onde os associados jubilados são homenageados. A cerimônia contou com a presença de representantes da SOBRAMES.

Silvia da Costa Carvalho, Presidente da AMPE, destacou na abertura o amor que os sócios têm pela instituição. “Esta festa nos dá a oportunidade de retribuir o reconhecimento pelo afeto que cada um tem por esta associação centenária”, observou ela ainda ressaltando que os jubilados sempre estão presentes nos grandes momentos.

Em seguida, os médicos foram homenageados recebendo um certificado de agradecimento, sendo destaque dois profissionais. O Dr. João Ramos, e a Dra. Edite da Rocha Cordeiro, ambos com os CRMs mais antigos presentes na festa. Também estava presente a médica laureada recém-formada pela UFPE, Dra. Karla Camila Porffidio Marques, representando a nova geração de profissionais.

Dra. Esther Azoubel falou em Nome dos Jubilados destacando a necessidade de maior participação dos jovens.

“Sinto falta dos jovens. Eu como estou sempre rodeada deles em minhas aulas gostaria de vê-los participar mais aqui”. E reiterou o significado do evento. “É de uma sensibilidade enorme”.

No momento artístico, os médicos Fernando Azevedo, Léa Correa, e Cláudio Almeida tocaram para o público sucessos de Vinícius de Moraes, como, “Chega de saudade”, e “Carinhoso” de Pixinguinha, entre outros.

LITERATURA

No segundo dia da Semana Cultural, autores apresentaram suas obras literárias de diversos gêneros como, poesia, ficção e prosa.

O público que compareceu ao evento pôde

conversar com os autores, ter seus livros autografados, e ainda participar de um debate coordenado pelo médico Gentil Porto, também escritor.

“Escrever fácil é muito difícil”, explicou Gentil discorrendo sobre o momento e inspiração para o processo de construção de uma obra.

Citando Dostoiévski, o escritor ainda falou sobre como é para o profissional médico conviver com o sofrimento diário, e muito desse dia a dia entrar na obra. “É preciso sofrer para escrever uma grande obra”.

Durante a conversa, outros médicos mundialmente conhecidos por suas obras foram lembrados, como o russo Anton Tchecov, o escocês Archibald Joseph Cronin, e o brasileiro Joaquim Manuel de Macedo.

Para o Dr. Paulo Camelo, a literatura apareceu em sua vida como uma maneira de superar suas dificuldades. “Foi uma forma de superar a timidez”, explicou.

Dr. Geraldo Pereira, também autor, a obra, mesmo de ficção, tem muito de situações vividas por quem as escreve. “Ninguém inventa nada”, completou.

A médica e poetisa Selma Vasconcelos mostrou como é feita uma ideia equivocada dos autores deste gênero, que são tratados como sonhadores, ou como se não houvesse um processo de criação assim como os outros. “A poesia é criada em cima da realidade”, observou.

As discussões ainda contaram com a presença dos autores médicos, Fernando Tavares, e Maria Cristina Cavalcanti.

ARTES PLÁSTICAS

A noite da quarta-feira 08/10 foi marcada pelas artes plásticas na Primeira Semana Cultural da AMPE.

Coordenada pelo Dr. Assuero Gomes, a palestra “Medicina e Arte” discorreu sobre vários momentos da história humana, desde as cavernas do Vale do Vézère na França e suas pinturas rupestres, passando pelas artes sacras, e também a arquitetura de Gaudí não foi esquecida.

Muitos artistas produzem seus quadros para exibi-



los em seus consultórios, ou não pintam, mas são grandes colecionadores e admiradores de arte.

Para Dr. Assuero, passado e presente se interligam no que diz respeito à admiração pela arte. “Nossas casas são as cavernas dos dias atuais”.

No que se aplica à medicina, o legado da psiquiatra alagoana Nise da Silveira foi destacado. A médica fundou o Museu de Imagens do Inconsciente no Rio de Janeiro, onde abrigou as obras dos pacientes esquizofrênicos. A arte para ela era uma das formas terapêuticas para reintegrar os pacientes na sociedade, ante os tratamentos disponíveis na época.

Entre os médicos que expuseram suas obras no evento foram, Jane Lemos (psiquiatra), Assuero Gomes (pediatra), André Valença (angiologista), Lolita Borges (psiquiatra), Rildo Saraiva (hematologista), e Fátima Menezes (reumatologista).

MÚSICA

Na penúltima noite da Semana Cultural, “Medicina e música” foi o tema abordado pelos Drs. Paulo Fernando Barreto Campello de Melo, e Reinaldo Carneiro Marques, ambos integrantes da Orquestra dos Médicos do Recife.

Passando pela mitologia greco-romana aos dias de hoje, o evento contou com momentos musicais que se aplicavam dentro do contexto da palestra.

Os estudantes de medicina Marlos Rocha e Gabriela Nóbrega, também integrantes da Orquestra, interpretaram músicas de cantores e compositores médicos, como Max Nunes, e Zé Dantas, sendo este último pediatra, grande parceiro de Luiz Gonzaga, e autor da música “Flor de Mandacaru”, uma das que compuseram o repertório tocado no evento.

Durante a explanação foi passada a história da Orquestra, e as aplicações da música como forma de tratar e recuperar pacientes como uma proposta ética, humanística, e terapêutica.

Os primeiros registros da música aplicada à medicina datam de 1827, contabilizando quase 2000 trabalhos anuais atualmente, segundo informou o Dr.

Reinaldo Carneiro.

Distúrbios do sono, autismo, alzheimer e câncer, são algumas doenças que se aplicam esta forma de terapia.

Para Dr. Paulo Fernando, a tecnologia é extremamente útil, mas o contato direto com o paciente é fundamental para a evolução do tratamento. “É no olhar que temos a certeza dos efeitos terapêuticos”, comentou reforçando sobre como cada som afeta as pessoas de formas diferentes.

CINEMA

A última noite da Semana Cultural, 10/10, foi encerrada com uma sessão de cinema, seguida de uma discussão sobre os temas do filme exibido, “Há tanto tempo que te amo” (Il y a longtemps que je t'aime - França, 2008).

Escrita e dirigida por Philippe Claudel, a obra foi sua primeira inserção no cinema, e trouxe bastante discussão sobre a história de uma médica que sai da prisão 15 anos depois, e tem que reaprender a enfrentar um novo mundo ao qual ela já não faz mais parte, e ainda terá que superar o preconceito da sociedade pelos motivos.

O filme foi recebido com louvor pelos críticos. Segundo a crítica de cinema Ana Catarina Galvão, as sutilezas da mão de Claudel no filme permitiram que o tema, a eutanásia, fosse inserido com bastante cautela e sempre dentro de vários contextos, o que permite uma discussão ampla sobre seus desdobramentos.

Do ponto de vista psicanalítico, segundo a Dra. Mabel Cristina Cavalcanti, o filme aborda o sofrimento psíquico estando este presente de alguma maneira em praticamente todos os personagens, e não apenas no de Juliette Fontaine (Kristin Scott Thomas).

O ponto de vista da bioética foi tratado pela Dra. Helena Carneiro Leão. Para Helena, ainda sabendo os desdobramentos que viriam, a médica e mãe nunca se arrependeu do ato. “Era uma decisão de que ela ‘morreria’ também no ato, por nunca ter duvidado do que fez”.



Veja mais fotos



MEDALHA São Lucas 2014

Evento celebra o dia do médico



Imagens: Giovanna Chamberlain

Em 17/10, foi realizada a Cerimônia de Outorga da Medalha São Lucas em homenagem ao Dia do Médico pelas três entidades médicas do Estado, Associação Médica de Pernambuco, Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, e o Sindicato dos Médicos de Pernambuco.

Este ano, os médicos Maria Eunice de Vasconcelos Xavier Coelho (Neuropediatra), Milton Felipe de Albuquerque Lins (Cardiologista), e Newbe Maria Liberal de Victor (Anestesiologista) foram os agraciados com a medalha que já contemplou mais de 120 profissionais desde 1969.

O Vice-Presidente do SIMEPE, Dr. Tadeu Calheiros presidiu a cerimônia, e ressaltou a importância do momento. “É uma forma de honrar, reconhecer e ser grato aos que recebem esta medalha”. Compuseram também a mesa a Dra. Sílvia da Costa Carvalho, Presidente da AMPE, Dr. Silvio Rodrigues, Presidente do CREMEPE, Dr. Carlos Vital, Presidente do CFM, Dra. Jane Lemos, Diretora Cultural da AMB, representando o Dr. Florentino Cardoso Filho, Presidente da AMB, Dra. Ana Albuquerque, Secretária de Saúde do Estado, Dra. Maria de Lourdes C. de Araújo, Presidente da UNIMED RECIFE, e

a Dra. Sirleide Lira, representando a FECEM.

A saudação aos medalhados foi feita pelo Dr. Assuero Gomes, que discorreu sobre alguns aspectos da vida profissional dos agraciados. Em nome dos homenageados, falou a Dra. Maria Eunice.

Em seu discurso, lembrou a época em que a medicina era feita sem todos os recursos tecnológicos disponíveis hoje, e a mulher era educada para o lar. Ainda lembrou aos jovens o quanto a medicina exige de sacrifício para que ela seja plenamente exercida. Por fim, agradeceu o reconhecimento. “Seremos eternamente gratos por este momento que deixarão nossos corações em festa”.

Encerrando as comemorações, houve a Hora de Arte com os médicos Fernando Azevedo, Cláudio Almeida, e Léa Correa que cantaram sucessos como, “O que tinha de ser”, de Tom Jobim, e “Mudando de Conversa”, de Maurício Tapajós e Hermínio Bello de Carvalho. Em seguida foi descerrada a placa com os nomes dos agraciados com a medalha.



Veja mais fotos

MEDALHA *São Lucas*

Biografia dos agraciados 2014

Maria Eunice De Vasconcelos Xavier Coelho

Formou-se em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, Foi Neuropediatra do ex-Inamps, do Instituto dos Servidores do Estado e Professora Adjunta da FCM-PE.

Liderou o grupo que criou a Clínica Neurológica do HUOC, atualmente com 14 médicos, com serviços de ambulatório em várias subespecializações da neurologia: neuromiografia, eletroencefalograma e, instalação, laboratórios para diagnóstico das doenças musculares e do sono, além de enfermarias para crianças e adultos.

Ainda liderando o mesmo grupo, foram criadas as Residências de Neurologia e Neuropediatria, única no Estado de Pernambuco.



MILTON FELIPE DE ALBUQUERQUE LINS

Formou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Recife em 1952. Foi estagiário do Hospital das Clínicas de São Paulo no Serviço de Cirurgia do Professor Alípio Corrêa Neto em 1952-1953.

Estagiou no Hospital Oswaldo Cruz (Recife-PE) no Serviço de Cirurgia Torácica do Professor Joaquim Cavalcanti em 1955-1956. Já em 1957, foi aprovado no concurso público para cirurgião do IAPI, no Hospital Agamenon Magalhães.

Como professor auxiliar de cirurgia da UFPE em 1958, foi co-fundador do Instituto de Cardiologia do Hospital D. Pedro II, onde chegou a ser vice-diretor e pioneiro na implantação da cirurgia cardiovascular no norte-nordeste do Brasil.

No exterior foi membro adjunto da Cirurgia Cardiovascular do Hospital Broussais, Paris, no serviço do Professor Charles Dubost em 1963-1964, onde completou sua formação na especialidade.

Em 1982 publicou sua técnica original de derivação cardiopulmonar total, relatando sucesso na aplicação clínica da técnica pela primeira vez em âmbito mundial. Este princípio, com modificações técnicas variadas, é aplicado em praticamente todos os casos de cardiopatias complexas que não são passíveis de correção anatômica.

Em 2003 foi eleito o primeiro sócio honorário da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Foi homenageado pela Faculdade de Ciências Médicas-UPE, sendo a biblioteca daquela instituição batizada com o seu nome. Da mesma maneira, tem seu nome batizando o bloco cirúrgico do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco-PROCAPE.

Dedicou-se à literatura, publicando inúmeros livros de contos e de traduções de poesias das línguas francesa, inglesa e espanhola. Foi eleito em 1999 para a cadeira N.8 da Academia Pernambucana de Letras (APL). Em 2010 ganhou o prêmio pela Academia Brasileira de Letras (ABL) como melhor tradutor para a língua portuguesa em âmbito nacional.



NEWBE MARIA LIBERAL DE VICTOR

Formou-se em 1958 pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Em Abril de 1959, recebeu uma bolsa de estudos em anestesiologia, do governo francês onde permaneceu até dezembro do mesmo ano, estagiando em cirurgia cardíaca, no Hospital Marie Lanelongue.

Ao voltar para o Brasil foi contratada para o Instituto de Cardiologia da UFPE, onde permaneci por 3 anos. Lá fez parte da equipe que realizou pela primeira vez em todo Norte e Nordeste do Brasil, com êxito, uma cirurgia com circulação extracorpórea e posteriormente hipotermia profunda.

Em 1967, foi Professora Assistente, pela 3ª Clínica Cirúrgica da UFPE, serviço do Prof. Romero Marques, após ter me afastado do Instituto de Cardiologia. Voltei à França em abril de 1967, a convite do Prof. Jean P. Gauthier Lafay, para ajudar na organização do serviço de cirurgia pediátrica.

Em 1968, foi indicada para a chefia do Departamento de Anestesiologia do Hospital Universitário da UFPE (Hospital Pedro II) onde ficou durante 20 anos.

Aposentou-se como Professora Adjunta da 3ª Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da UFPE em 1988, e nessa época exercia ainda o cargo de Chefe do Departamento de Anestesia do Hospital das Clínicas.



AMAURI: ALEGRE E SORRIDENTE



Amauri Batista da Silva, além de ser um excelente neurologista, tem em seu sorriso uma característica de amabilidade.

É pernambucano de Caruaru, quando ainda adolescente, Amauri se apercebeu da forma de um importante cirurgião e humanista caruaruense, o Dr. Bueno, e resolveu que iria “ser como ele”, o que se confirmou posteriormente.

Formou-se em medicina pela UFPE, em 1963. Como estudante foi monitor de anatomia, por três anos. Motivado por um curso de neuroanatomia que fez com o professor Ângelo Machado (de Minas Gerais), optou definitivamente pela neurologia. Ainda estudante frequentou o serviço de neurologia do professor Manoel Caetano de Barros por dois anos, e já como médico por mais dois. Foi também acadêmico concursado do SAMDU.

Casou-se com Waldinete e vieram duas filhas: Cristiane (médica radiologista), e Renata (administradora e financista).

Convidado, Amauri partiu para Brasília, e lá permaneceu por 21 anos. Foi médico do Hospital de Base onde foi chefe do serviço de neurologia e organizou a Residência Médica Neurológica. Cresceu como neurologista, frequentou congressos e jornadas, deu palestras e cursos, publicou trabalhos científicos. Filiou-se à Associação Médica de Brasília, à Academia Brasileira de

Neurologia, e à Liga Brasileira de Epilepsia, sendo presidente destas duas últimas. Tornou-se um nome nacional.

Amauri fez aperfeiçoamentos no exterior: por dois anos frequentou o serviço do professor Raymond Garcin, no Hospital de La Salpêtrière, meca da neurologia mundial. Lá, foi aprovado como assistente estrangeiro, mediante trabalho escrito e defendido em banca examinadora. Posteriormente nos Estado Unidos, foi Research Fellow em neurologia e neuropatologia, durante um ano de serviço do professor Raymond Adams, no Massachusetts Hospital, da Harvard, o mais conceituado serviço de neurologia dos EUA. Outra vez em Paris, frequentou o serviço de neurologia do professor Pierre Rondot, no Hospital Sainte Anne.

Em Recife, foi médico do Hospital das Clínicas da UFPE, onde dirigiu a residência médica em neurologia. Amauri foi neurologista do Hospital Getúlio Vargas. Desenvolveu uma prestigiada clínica privada, continuando a frequentar reuniões científicas.

Aconteceu com Amauri um caso curioso: ao final do tratamento, um cliente achou pouco o que foi apresentado como honorários médicos, e fez questão de pagar mais (N.R. se a moda pega...).

Por seu merecido destaque, Amauri Batista é um expoente da medicina pernambucana.

13,7
MILHÕES

Número de usuários na Europa que usam soluções de cuidados conectados projeção de aumento de usuários de cuidados remotos pela empresa Berg Insight.

4,7
MILHÕES

2013

+ 19,2% ao ano até 2019

INDÚSTRIA DA SAÚDE NO MUNDO

Dados da Brazilian Health Devices



- US\$ 300 bilhões (2012)
- 1 milhão de empregados
- 30 mil indústrias
- 20 mil produtos diferentes

faturamento mundial
Fonte: Abimed

INDÚSTRIA DA SAÚDE - BRASIL



US\$ 11 bilhões (2013)
0,4% do PIB brasileiro

13.800 EMPRESAS
8,4% responde por 91,7% do contingente.
80% são médias ou pequenas.
SP concentra a maioria das empresas.

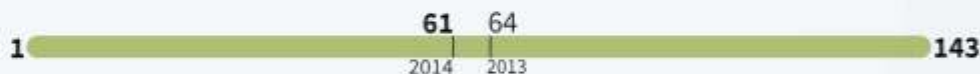


130 MIL
TRABALHADORES



POSIÇÃO DO BRASIL NO ÍNDICE GLOBAL DE INOVAÇÃO 2014

+ 3

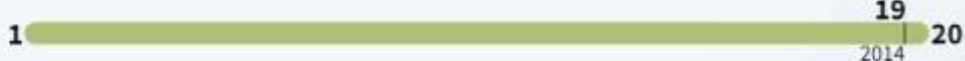


BRASIL NO RANKING DACOMPETITIVIDADE

- 4



BRASIL EM PATENTES VÁLIDAS RANKING DE PAÍSES



BRASIL 5,1%
CHINA 24%

Crescimento de pedidos de patentes

10
anos

Tempo de espera pela concessão de patente no Brasil

TENDÊNCIAS

"Health Care and Life Sciences Predictions 2020 - A bold future?" feito pela consultoria Deloitte

- 1** Consumidores de saúde
Pacientes informados e exigentes que cuidam de sua saúde
- 2** Sistema de delivery de saúde
A era da medicina digitalizada - novos modelos de negócios
- 3** Wearables e mHealth aplicativos
Medir a qualidade de vida não só por indicadores clínicos
- 4** Big Data
Dados de saúde são generalizados - exigem novas ferramentas e modelos
- 5** Normas e a segurança do paciente
Regulamentos refletem a convergência da ciência e tecnologia

As aparências enganam

- Boa tarde!
 - Boa tarde, doutor
 - Pode dizer
 - Bem é o seguinte: Eu APARENTEMENTE não tô sentindo nada, mas queria um remédio de menopausa
- Acho que essa quer aparecer para ela mesma!

Briga Feia

- Queria que o Sr. pedisse uma BATALHA de exames. Tuuu-do que eu tenho direito!
 - A de Guararapes serve?
- Acho que ele preferia uma bateria de exames.
háháhá

Dentista de Banguela

- Queria fazer uns exames
 - Que exames?
 - os PERIODONTAIS, ora!
- (Cuma diche?)
Seriam os PERIÓDICOS? Kkkkkkk

Cinema

- Olha ai outro nome para a nossa querida:
- Doutor, eu queria que o Sr. pedisse uma ultra-cenografia
- Olha a Globo aê, genteeee!

Nova Técnica

- Vim encaminhada para fazer cistoscopia
 - Hummm...
- Será uma histeroscopia via bexiga?
Ok! Farais! Mas via vagina
Mas rio! hehehe

Sara de Abraão

- E entrou uma velhinha, toda serelepe, cabelo pintado de louro e mais risonha que em propaganda de Colgate.
- Seus exames estão perfeitos! E a Sra. muito bonita.
 - Ah, o Sr. não viu nada, doutor.
- O sr. precisava ver quando eu me REPRODUZO!
Caraca! Milagre bíblico.
Tô fora, dona Mariquinha! hahaha