

Doença Pneumocócica

Mudanças no clima desde período abrem janela para infecções e pedem que médicos redobrem a atenção ao paciente.



Vantagens para os associados em dia

AMPE
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO

Fique em dia com
a **AMPE/AMB** e
proveite as vantagens
dos nossos parceiros



PrevPlan
Consultoria Previdenciária

Associado e parentes de 1 grau tem desconto de 40% garantido para o diagnóstico previdenciário.

PORTO SEGURO



CONSÓRCIO

Descontos na contratação de consórcio de automóveis

RIDOURO
IMPORTAÇÃO LTDA.

Até 20% de desconto na compra de vinhos.

livraria cultura

10% em livros e 5% em CDs, DVDs, jogos e demais categorias *

WIZARD
by Pearson

Descontos de 35% nas mensalidades, fazendo parte de uma rede de ensino diferenciada.

PROTEJO
CORRETORA DE SEGUROS
Proteção ao seu alcance

Previdência complementar a partir de R\$ 100,00 Reais, valores diferenciados para o seguro de Automóveis com 10 % de desconto para os associados *



10% de desconto no fechamento da conta de segunda a sexta (exceto feriados) no Papacapim, nas Graças.

PARRAXAXÁ
Cozinha Típica Nordestina

10% de desconto no fechamento da conta de segunda a sexta (exceto feriados) no Parraxaxá, em Boa Viagem.

*Veja mais detalhes das parcerias em nosso site

Vantagens
AMB
Associação Médica Brasileira

KANUI, ITAÚ, LATAM, WEBFONES, MONGERAL AEGON seguradora, MARCYN, MEU AMIGO PET, ZURICH SEGUROS, SARAIVA.COM, NICEPHOTOS.COM, HOTEL URBANO, O BOTICÁRIO, PUKET, QUALICORP, BEM MAIS SEGURO



**Auditório Octávio
de Freitas**
200 lugares

ar / copa / banheiros individuais
som / projetor HD

**Auditório Eustáquio
Gomes**
60 lugares

ar / copa / banheiros individuais
som / projetor HD

Hall

ar / copa / banheiros individuais

**Seu evento no
melhor lugar**

Consulte os valores e os descontos
em nosso site, ou pelo celular
com o código ao lado
Fone: 81 3423.5473





Os caminhos das políticas do nosso país, colocam a categoria médica na posição de ilusão, com a apresentação de projetos que representam tentativas de fragilizar o Sistema Único de Saúde - SUS, como a criação de um plano de saúde popular subsidiado pelo governo, que certamente será financiado com os recursos que deveriam ser destinados ao SUS, e permitindo o fortalecimento dos interesses eleitorais, com autorizações de novas escolas e cursos de medicina, sem a observação das estruturas necessárias à qualidade de ensino, esquecendo a preocupação com o aprendizado e formação adequada, cujas consequências e repercussões, na assistência à saúde serão vividas e arcadas pela sociedade, haja vista, a previsão da abertura de mais 2.355 vagas em cursos médicos que foram autorizados para 37 municípios, e até o ano de 2018, quando possivelmente, passarão a existir no Brasil, 308 escolas de medicina, ressaltando ainda a continuidade da política do mais médicos, que permanecendo regulamentada a atividade médica sem a revalidação de diplomas, trará como consequências, riscos para as formações técnica e ética dos médicos brasileiros e prejuízo da assistência à saúde de todos os cidadãos.

Nesta edição do nosso jornal, na busca de novas perspectivas e ações para enfrentarmos os desafios, ressaltamos a nova geração dos médicos residentes, retomando a luta, esperança para o futuro que se anuncia, com uma nova Comissão Nacional de Residência Médica, no sentido da valorização do médico residente e do exemplar programa de treinamento que a Residência Médica representa.

A nossa Associação comemorou 176 anos de história, no dia 4 de abril, com a sua tradicional homenagem, a outorga da medalha Maciel Monteiro, sendo agraciados três queridos médicos, exemplos de ética, compromisso e dedicação ao longo de suas vidas, orgulhando toda categoria médica pernambucana, em

nome da Associação, nossos sinceros votos de novas realizações, parabéns à Dra. Dora Voss, ao Dr. Frederico Rangel e à Dra. Lúcia Brito; a solenidade se renovou, com a entrega do prêmio Diva Montenegro, às alunas: Camila Farias de Araújo (UFPE), Ana Caroline dos Santos Barreto (FPS) e Ana Letícia de Moraes Alves (FCM/UPE), com seus trabalhos, mostraram a esperança que teremos nos futuros médicos, voltados para ciência, mas que saberão o papel e o valor do cuidar na arte da medicina.

A entrevista com o Dr. Fernando Lundgren, mostra a pneumologia, os cuidados com as peculiaridades climáticas da nossa região, as complicações das infecções respiratórias virais e dados do calendário de vacinação para o adulto, contribuindo com a atualização científica, sempre presente em nossos jornais.

O nosso tão querido ex-presidente, Dr. Gildo Benício, nos traz um pouco da vida do Dr. Gilson Edmar, que na convivência semanal com a atual diretoria, podemos conferir o que está resumido, Dr. Gilson: "discreto, competente e conceituado"

A presidente da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho, Dra. Márcia Bandini, nos reporta à reflexões sobre a saúde do trabalhador e o papel do médico do trabalho, frente às futuras alterações dispostas no PL 287/2016 e aos novos desafios a serem enfrentados.

Por fim, a Dra. Cristina Cavalcanti, nos relembra a nossa história, provocando a estudarmos para conhecermos o espírito de liberdade de pensamento e direitos de cidadania, demonstrado na coragem dos pernambucanos no caminho da busca pela democracia, contribuição inegável para as conquistas de todos os brasileiros, e traduzindo a visão e o sentimento do que vivemos hoje na vigência de uma corrupção generalizada e desgaste moral e político de dimensões incalculáveis, esperamos que permaneça entre nós o desejo pernambucano de uma pátria livre e dignificada.

Expediente

Jornal de Medicina de Pernambuco /Abril - 2017

Distribuição gratuita. Tiragem: 2000

Diretoria

Presidente: Helena Maria Carneiro Leão

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

3º 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 / Dra. Selma Vasconcelos

Diagramação / Jornalista Responsável - Antonio Gomes DRT/PE 3689

Associação Médica de Pernambuco, Rua Osvaldo Cruz, 393, Boa Vista – Recife/PE, CEP: 50055-220 – Fone: 3423.5473
E-mail: somepe.ampe@hotmail.com / comunica@ampe-med.com (imprensa) / www.ampe-med.com



Presidente da AMPE participou dos 70 anos do Cisam/UPE

O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), também conhecido como Maternidade da Encruzilhada, fez dia 23/01, 70 anos e anuncia novos serviços.



Entidades médicas comemoram os 70 anos do Cisam na Alepe

A mesa do evento foi presidida pelo deputado Clodoaldo Magalhães e contou com a presença de entidades importantes. Na oportunidade, um vídeo mostrando a histografia e a importância do CISAM foi apresentado. O trabalho de destaque da instituição também foi ressaltado na fala da deputada Simone Santana, que ainda entregou uma homenagem a profissionais que atuam na unidade de saúde. Dra. Jane Lemos representou a AMPE no evento.



Posse da nova diretoria da SAEPE



Educação, saúde ocupacional e qualidade e segurança do ato anestésico estão entre as prioridades do mandato da nova diretoria da SAEPE, empossada na noite do dia 26 de janeiro. A nova gestão é encabeçada por Jane Amorim, que assume o cargo ocupado anteriormente por Maria Célia Costa. A presidente da AMPE, Helena Carneiro Leão esteve presente ao evento.

Hospital Ulysses Pernambucano teve carnaval inclusivo

No dia 25/02, o bloco da folia saiu nos jardins do Hospital Ulysses Pernambucano. Formado por pacientes, parentes e funcionários, a agremiação busca incentivar a inclusão dos pacientes da instituição. Estre os funcionários e convidados estava o Dr. Tácito Medeiros (foto: primeiro da direita para esquerda), Professor de Psiquiatria/ Professor Emérito da UFPE, homenageado pelas entidades médicas com Medalha de São Lucas. Dra. Jane Lemos foi representando as entidades médicas (AMPE, Cremepe e SIMEPE)



AMPE participou da reunião de diretoria plena da AMB



Helena Carneiro Leão, presidente da AMPE e Jane Lemos, Secretária Geral participaram em 17/03 no Hotel Windsor Barra no Rio de Janeiro para a REUNIÃO DE DIRETORIA PLENA E CONSELHO DELIBERATIVO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Na pauta estiveram o fator de qualidade e também a Atualização Comissão Nacional de Residência Médica, além de debates com os presidentes das federadas.

Festa especial marca entrega da Medalha Naíde Teodósio

As homenageadas Márcia Corrêa de Oliveira, Ivailda Barbosa Fonseca e Lígia Maria Moxotó, no uso da palavra, fizeram questão de agradecer pelo reconhecimento das entidades médicas e expressaram gratidão aos familiares, amigos e colegas de profissão. Helena Carneiro Leão e Jane Lemos representaram a AMPE no evento.

PRÊMIO DIVA MONTENEGRO 10 ANOS

A Associação Médica de Pernambuco criou em 2007 o Prêmio Diva Montenegro de Incentivo a Pesquisa Científica dirigida aos estudantes de medicina do quinto e sexto ano das Escolas Médicas de Pernambuco. Pretendeu-se com este prêmio atingir objetivos tais como: incentivo a pesquisa científica e aproximação dos futuros médicos a associação que se constitui um patrimônio da medicina de Pernambuco 176 anos de existência. Quanto a escolha do nome Diva Montenegro nossa entidade homenageará todo ano esta que foi destaque da medicina pernambucana, pioneira na área de microbiologia e análises clínicas e com memoráveis contribuições à medicina brasileira.

Com apenas 520 pesquisadores por 1 milhão de habitantes, proporção bem inferior da verificada em países desenvolvidos, onde, em média, o número varia de 2 mil a 8 mil, a América Latina e Caribe ficam abaixo do resto do mundo. Incentivar a pesquisa científica, permitindo o estudo mais aprofundado da medicina é o grande objetivo desses 10 anos.

A então estudante da UFPE, Daniela Saraiva Guerra Lopes, em 2007 foi uma das ganhadoras da primeira edição com a pesquisa “Influência da gestação na junção uretrovesical e uretra proximal - relação entre incontinência urinária de esforço e número de gestações”. “O prêmio veio como um estímulo, justamente no último ano da faculdade”. Ainda que não seguindo a carreira na Urologia clínica, Daniela seguiu carreira na nefrologia pediátrica, onde para ela a pesquisa foi fundamental para se tornar uma profissional mais completa. “Fiz iniciação científica a faculdade inteira e ela me abriu um leque de possibilidades. Ainda que não trabalhando com pesquisa atualmente, ela modificou a forma como eu vejo hoje o paciente, a doença e o estudo de saúde”.

Diva Montenegro tinha um vasto currículo com intensa atividade científica. Era Professora Assistente do Departamento de Doenças Infecciosas da Faculdade de Medicina da UFPE, fez inúmeros cursos no Brasil e no exterior como na Inglaterra e no Japão, participou de todos os congressos de microbiologia de 1961 a 2000, ministrou cursos, publicou trabalhos e sempre procurou introduzir em sua rotina laboratorial novos conceitos e técnicas. Sendo assim o Prêmio Diva Montenegro contribui para que sua trajetória continue inspirando os futuros médicos.

2007



Ganhadoras de 2007 da esquerda para a direita: Bruna Viera Oliveira Carvalho Ventura e Daniela Saraiva Guerra Lopes (2007 e atualmente)

2017



Ganhadoras de 2017 da esquerda para a direita: Ana Caroline dos Santos Barreto, Anna Leticia de Moraes Alves, Camilla Farias de Araújo

Camila Farias de Araújo- (UFPE)

"Avaliação do default mode network em pacientes depressivos: estudo comparativo".

RESUMO: Diante da exacerbada morbidade da depressão, estudos de neuroimagem capazes de melhor elucidar seus mecanismos fisiopatológicos e, portanto, melhor conduzir o diagnóstico e tratamento são essenciais, de modo que o uso de técnicas de neuroimagem têm sido um dos métodos mais importantes na investigação das bases neurais da depressão. O presente estudo visa, então, à consolidação de um maior entendimento de umas das redes neurais possivelmente envolvidas no processo patogênico da depressão: Default Mode Network (DMN).. Objetiva estudar quais áreas corticais envolvidas na depressão estão associadas ao Default Mode Network e investigar a existência da correlação do funcionamento da rede neural do modo default com as manifestações clínicas do Transtorno Depressivo. Se trata de um estudo experimental com corte transversal comparativo, entre o grupo dos pacientes deprimidos, e o grupo dos não deprimidos. Os pacientes foram avaliados através de métodos eletroencefalográficos e os dados, coletados a partir dos resultados obtidos pelos registros eletroencefalográficos foram devidamente limpos e selecionados e posteriormente submetidos à análise do software s-LORETA, o qual permite a comparação do perfil de atividade das várias regiões cerebrais entre deprimidos e não deprimidos através de métodos estatísticos, que demonstram as regiões com maior ou menor atividade cerebral. Portanto, associa alta resolução espacial aos dados de EEG, que apresentavam apenas relevante resolução temporal. O DMN é uma rede de repouso, ligada à capacidade de introspecção, memória autobiográfica, pensamento auto-referencial dentre outras funcionalidades. Anatomicamente, o DMN é composto principalmente das regiões da linha média do cérebro, como o de medial córtex pré-frontal (MPC), o córtex cingulado anterior rostral e ventral (rCCA e vCCA, respectivamente), córtex cingulado posterior (CCP), precuneus (PC) e lobo temporal medial (formação hipocampal). A alteração da conectividade de estruturas pertencentes a essa rede está ligada a algumas sintomatologias possivelmente encontradas no paciente deprimido: a hiperativação e hiperconectividade dos subsistemas anteriores do DMN, as quais se correlacionam com processos de auto-referenciação, parecem se referir à ruminação, em que pacientes com Depressão Maior, têm perseveração de pensamentos negativos e auto-referenciais e, conseqüentemente, má adaptação; já as alterações do subsistema posterior do DMN parecem se referir às disfunções de memória, de modo que a hipoconectividade do córtex cingulado posterior, associada à de demais estruturas posteriores do DMN, aparenta ser responsável pela supergeneralização da memória autobiográfica. Tal estudo sugere concordância com os achados encontrados na revisão de literatura no que diz respeito às alterações de conectividade do DMN no deprimido e corrobora o quanto o entendimento da neurociência cognitiva é essencial para melhor análise dos fenômenos clínicos da depressão. Conclui-se, então, através da análise das regiões anormalmente ativadas do DMN, que indivíduos com depressão apresentam comprometimento na modulação dos circuitos sócio-emocional e cognitivo e que, portanto, o funcionamento anormal do DMN pode se correlacionar com maior grau de morbidade na depressão.

Ana Caroline dos Santos Barreto (FPS)

"O residente de oncologia e a formação médica diante da morte".

RESUMO: A pesquisa teve como objetivos compreender de que modo o médico residente em oncologia experiencia a morte e como a formação e a prática clínica o influenciam no lidar com a terminalidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com seis residentes em oncologia de um serviço de saúde do Recife. Utilizou-se entrevista semiestruturada para coleta de dados, que foram trabalhados a partir da análise temática de Minayo. Os dados foram dispostos nos temas: o significado da morte, sentimentos e atitudes diante da morte, o médico diante do paciente terminal e o preparo para lidar com a morte. Entre os participantes, todos reconheceram a morte como parte da vida, mas com dificuldade em falar sobre o tema. Metade dos profissionais

consideraram-se não aptos a lidar com a morte de seus pacientes, os demais se mostraram convictos.

Ademais, os participantes não foram contemplados a uma boa formação para lidar com o ato de morrer, principalmente pelo ensino mecanicista da graduação médica. As faculdades formam o estudante de medicina para executar tecnicamente o cuidado à doença, perdendo assim a perspectiva humanística essencial na relação médico paciente.

Portanto, é relevante a necessidade da introdução de metodologias mais humanísticas para complementar o saber cuidar.

Ana Leticia de Moraes Alves (FCM/UPE)

"Valor terapêutico de aconselhamento em cefaleia por uso excessivo de medicamentos".

RESUMO: A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma doença comum, afetando até 2% da população geral. Atualmente é a maior causa de incapacidade relacionada à cefaleia, acometendo até 70% dos pacientes atendidos em serviços especializados, além de possuir um papel importante na cronificação e de refratariedade aos tratamentos das cefaleias primárias. Dentre as medicações utilizadas se encontram a ergotamina, os opióides, os analgésicos simples, os anti-inflamatórios não esteróides e as triptanas, sendo os analgésicos simples os mais utilizados pelos pacientes.

O manejo desse tipo de cefaleia se prova complicado, uma vez que pacientes comumente encontram dificuldade em abandonar o uso abusivo da medicação antálgica, sendo frequentes as recaídas após a detoxificação. É conhecido também que o abandono do abuso medicamentoso, por si só, pode diminuir a frequência e intensidade das crises de cefaleia, podendo ser possível obter uma completa melhora clínica.

Apesar de ser uma desordem tratável, não há consenso vigente a respeito de sua abordagem terapêutica, sendo utilizados diversos protocolos que combinam, ou não, descontinuação da medicação abusiva, introdução de tratamento profilático e suporte por aconselhamento. Há evidência de que o uso de aconselhamento no tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é tão efetivo quanto a abordagem farmacológica para desintoxicação do paciente, levando a uma similar redução na utilização mensal desses medicamentos e atenuação do quadro de cefaleia.

Dentre os instrumentos de aconselhamento à disposição do profissional de saúde, a abordagem FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of strategies, Empathy, Self-efficacy) é reunião dos seis componentes mais comuns em intervenções breves que mostraram-se bem sucedidas. Seu uso proporciona ao entrevistador uma abordagem voltada ao paciente, demanda em média menos de 5 minutos e é centrada em pontos principais que permitem a uma melhor colaboração do paciente, maiores índices de retorno à consultas e adesão à mudança de hábitos.

Devido à alta quantidade de pacientes refratários à abordagem terapêutica por desintoxicação e profilaxia está em andamento um ensaio clínico aleatorizado, a fim de avaliar o impacto do uso do aconselhamento estruturado de acordo com a abordagem FRAMES, no tratamento de pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos, atendidos no ambulatório de cefaleia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Seu projeto piloto é o cerne da iniciação científica em questão, o qual tem como objetivos:

Geral: Avaliar o efeito de um aconselhamento estruturado para o abandono do uso excessivo de medicamentos em pacientes diagnosticados com Cefaleia por uso excessivo de Medicação.

Específicos: Comparar efetividade entre aconselhamento não estruturado e aconselhamento estruturado.

Avaliar fatores que influenciam na adesão ou não dos pacientes ao tratamento proposto.



Medalha Maciel Monteiro 2017

A Associação Médica de Pernambuco celebrou na noite do dia 04/04 seus 176 anos com a outorga da medalha Maciel Monteiro, nome em homenagem ao seu fundador.

Os agraciados com a honraria neste ano foram os médicos Frederico Rangel Araújo (infectologista), Dora Maria Voss (endocrinologista), e Maria Lúcia Brito Ferreira (neurologista).

Para a presidente da AMPE, Helena Carneiro Leão, em discurso de abertura, o compromisso social do médico desde sua formação e ao longo de sua carreira deve ser o fio que liga todos os profissionais. “A esperança não se dissolve”, citou reforçando a importância que a imagem do médico tem na sociedade segundo pesquisa recente do CFM, e que isto deve nortear os profissionais no momento que o país atravessa.

O Dr. Bento José Bezerra em mais um discurso da noite saudando os homenageados, recordou a trajetória da instituição e de seu fundador, além de percorrer momentos pontuais de cada um dos que receberam a medalha. “O compromisso com a saúde foi o que trouxe cada um dos homenageados ao dia de hoje”.

Em agradecimento, Frederico Rangel falou sobre a importância do médico estar além do que consegue enxergar em seu ambiente de trabalho e a conexão com seus pacientes, que permite entendê-lo melhor, como também permite que o profissional seja uma pessoa melhor. “O ser

humano deve ser visto além do corpo, permitindo que sua compreensão melhore nossas vidas em todos os sentidos”, pontuou reforçando também todo o trabalho em equipe que os profissionais de saúde, como enfermeiros, técnicos, atendentes entre outros empreendem para que o médico tenha êxito em seu ofício.

A noite também contou com a celebração dos 10 anos da entrega do Prêmio diva Montenegro aos estudantes que se destacam em suas pesquisas científicas. Neste ano foram Anna Letícia de Moraes Alves (UPE) com o tema “Valor terapêutico de aconselhamento em cefaleia por uso excessivo de medicamentos”. Ana Caroline dos Santos Barreto (FPS) com o tema “O residente de oncologia e a formação médica diante da morte”. E Camila Farias de Araújo- (UFPE) “Avaliação do default mode network em pacientes depressivos: estudo comparativo”.

A Hora de Arte encerrou a noite com o músico e médico Amaury Cantilino acompanhado de José Celso de Freitas tocando “Eu só quero um xodó” e “Gostoso demais”, entre outras composições.

Compuseram a mesa da cerimônia a presidente da AMPE, Helena Carneiro Leão, representando o Cremepe, Antônio Lopes, representando o Simepe, Cláudia Beatriz Câmara, Sirleide Lira representando a FECEM, Gentil Porto, presidente da APM, Rildo Saraiva (Unimed Recife), e Mayana Tenório, representando a Marinha.



Simpósio sobre depressão marca dia mundial da saúde

Para lembrar o dia mundial da saúde (7/03), as entidades médicas de Pernambuco (AMPE, Cremepe, Simepe, e Soc. Pernambucana de Psiquiatria) promoveram a conferência sobre depressão, tema da campanha mundial do dia internacional da saúde promovido este ano pela ONU.

Desafios para o diagnóstico e o tratamento no Século XXI marcou a abertura dos trabalhos que seguiram ao longo da manhã do sábado. Proferida pelo Dr. Fábio Gomes de Matos e Souza, professor Associado de Psiquiatria da Universidade Federal do Ceará, trouxe uma ampla visão atual da doença.

Para o professor a falta de integração no sistema público de saúde é hoje um dos principais desafios para que seja quebrado o seu estigma. Ao chegar na atenção básica a população não encontra um sistema preparado para acolhê-lo, cabendo boa parte do peso aos Caps.

Responsável por 10% de toda as formas incapacitantes, a depressão junto a mais outras doenças psiquiátricas despontam no ranking entre as 10 primeiras, o que mostra a importância do assunto ser amplamente debatido na sociedade. Segundo Dr. Fábio, assim como as campanhas contra os vários tipos de câncer expuseram a doença e permitiu que o mundo inteiro passasse a dar mais atenção a sua prevenção e tratamento, a depressão deve seguir o mesmo caminho se almeja resultados similares.

A falta de acompanhamento de pessoas com históricos de depressão na família, ainda que não detectada claramente, deveria ser regra, segundo Fábio. “É um erro o profissional achar que o paciente só precisa de ajuda quando o problema já está instalado”. A dor é outro fator preponderante em paciente com depressão. Muitas vezes ignorada, é um dos pontos que levam em boa parte dos casos a situações extremas se não dada a devida atenção.

Uma das práticas bem-sucedidas descritas pelo especialista é a integração de ambulatórios dentro dos centros de saúde. “Unir psicoterapia com a farmacologia e criar formas para integrar especialidades é fundamental para individualizar o tratamento, buscando a melhor forma de acordo com cada

paciente, e não apenas dizer que a solução é apenas esta ou aquela”, reforçou Fábio.

Último dia da conferência sobre depressão trouxe a segunda parte do painel do Dr. Fábio Gomes de Matos e Souza, onde abordou principalmente depressão e suicídio. Um dos destaques foi a subnotificação de acidentes de trânsito que podem estar ligados a tentativas de suicídio.

Só em 2012, como mostrou o professor, foram mais de 800 mil suicídios no mundo todo, atingindo pessoas em sua maioria de baixa renda e na faixa etária de 15 a 30 anos. Ainda mostrando a dimensão da doença, o suicídio mata mais que câncer, aids, cardiopatia, AVC juntas. O diferencial para que isto aconteça é que todas as outras são beneficiadas com políticas públicas, diferentemente do suicídio. Entre os fatores de risco estão, as doenças mentais, aspectos sociais e psicológicos, e condição de saúde limitante. Finalizou destacando as campanhas, como setembro amarelo como fator fundamental para sempre trazer a público o tema.

Dando continuidade à conferência, o Dr. Antônio Peregrino fez uma abordagem farmacológica, e como os medicamentos atuam na prevenção da ideação suicida. A abordagem contou com um resgate dos antidepressivos ao longo do tempo, sendo eles: tricíclicos, ISRS, IRSN, NaSSA, IRDN, IRAS, Multimodal.

Na conferência seguinte, a Dra. Raquel Goldstein, falou sobre a aplicação da neuromodulação e os usos, principalmente em depressão. O procedimento ainda é desconhecido de boa parte da classe médica, mas já mostra resultados consistentes na sua aplicação, que inclusive pode ser feita conjuntamente com outras formas de tratamento, como a farmacológica.

A Dra. Kátia Petribú, encerrou as conferências com discussão de caso clínico, onde o público pode ao longo da explanação trazer suas ideias e experiências para elucidar o caso, permitindo a maior compreensão sob diversos olhares.

Composto por profissionais médicos, psicólogos, enfermeiros entre outras profissões ligadas a saúde, o público durante os dois dias teve uma visão ampla da depressão e suas consequências, além de discutirem novas possibilidades de abordagens.

AMPE, Cremepe, Simepe e SPP reforçaram a união em prol da causa de tornar o assunto mais visível para a sociedade através de eventos similares e campanhas.



A reforma previdenciária e seus potenciais impactos para médicos e trabalhadores

Tratar da reforma da previdência é um grande desafio. Não apenas pela complexidade do tema e sua sensibilidade devido aos efeitos sociais esperados, mas também pela frenética mudança de informações que testemunhamos cada vez que abrimos um jornal pela manhã. Por isso, este artigo propõe uma análise a partir das seguintes alterações propostas pelo PL no. 287/2016: o adiamento do acesso à aposentadoria pelo estabelecimento de idade mínima de 65 anos para homens e mulheres; o aumento do tempo mínimo de contribuição de 15 para 25 anos; o acesso progressivo ao valor integral do benefício que exigirá 49 anos de contribuição e a quase-extinção da chamada aposentadoria especial, sem a contrapartida da extinção da insalubridade. Os potenciais impactos para a saúde dos trabalhadores, para o exercício profissional da medicina, especialmente a medicina do trabalho, e para os sistemas de saúde público e suplementar são aqui avaliados considerando a interface que há entre a proposta de reforma previdenciária e a reforma trabalhista, principalmente frente ao modelo de terceirização recentemente aprovado pela Câmara de Deputados e já sancionado pelo Presidente da República. Assim, vejamos.

O primeiro efeito que se pode esperar é uma alteração no perfil de trabalhadores, a depender de como o mercado reagirá às mudanças. Espera-se, naturalmente, um envelhecimento da população economicamente ativa e formalmente empregada, com a consequente mudança do perfil de morbidade entre trabalhadores. Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) tendem a ser mais frequentes, a menos que programas preventivos efetivos sejam adotados pelos empregadores e/ou operadoras da saúde suplementar. Assim, de um lado, os médicos do trabalho precisarão aprimorar seu conhecimento para o diagnóstico e tratamento precoce das DCNTs e, de outro, os médicos assistentes precisarão conhecer melhor os riscos relacionados ao trabalho que podem interferir no seguimento clínico adequado de seus pacientes-trabalhadores.

Um exemplo disso é o tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes que trabalham em turnos noturnos. Sabe-se que a ausência de descenso noturno aumenta o risco de lesões em órgãos-alvo em pacientes hipertensos, o que pode exigir adequação ao tratamento medicamentoso se for mantido o regime de trabalho em turno noturno ou, preferencialmente, que haja uma mudança nas atividades laborais

para um melhor manejo clínico destes pacientes. Outros exemplos de atuação conjunta entre médicos assistentes e médicos do trabalho incluem o manejo de pacientes diabéticos que tenham dificuldade em manter horários regulares de alimentação e controle glicêmico como o que acontece, por exemplo, entre motoristas; o controle de doenças respiratórias crônicas entre pacientes que tenham exposição a poeiras como, por exemplo, entre os trabalhadores da construção civil; ou o aumento do risco de alguns tipos de cânceres devido à exposições potencialmente carcinogênicas como ocorre entre trabalhadores expostos a hidrocarbonetos aromáticos.

Se a compreensão do trabalho como um determinante social de saúde já é importante hoje, com as mudanças do mercado e do perfil dos trabalhadores esta importância é ainda maior. Médicos do trabalho, empregadores, trabalhadores, profissionais de recursos humanos, médicos assistentes e outros profissionais precisarão trabalhar juntos para atuar em programas de promoção da saúde que estejam voltados para o novo perfil da força de trabalho; criar alternativas para um melhor gerenciamento de casos e doenças no nível da prevenção secundária; e investir em programas de reabilitação, retorno ao trabalho e gestão de afastamentos por motivo de doença.

Finalmente, a melhoria das condições e ambientes de trabalho será obrigatória nos programas preventivos – se ainda não o é – visto que o tempo de contribuição e, portanto, trabalho tende a ser 10 a 15 anos maior do que o atual. Dessa forma, a adaptação do trabalho, os investimentos em melhorias ergonômicas, o controle ou a eliminação dos fatores de risco psicossociais e organizacionais são fundamentais para reduzir a incidência de distúrbios músculo-esqueléticos e transtornos mentais que são as duas maiores causas de comprometimento da capacidade laborativa entre os trabalhadores brasileiros segurados pelo INSS.

Sem dúvida, estamos perante um cenário de grandes desafios, com alto grau de complexidade, muitas adversidades e um número ainda maior de incertezas. No entanto, aqueles que souberem navegar em águas turbulentas e desenvolverem as competências exigidas para os novos tempos poderão também se beneficiar das oportunidades que virão. Que assim seja para o benefício de todos.



CURSO Comportamento e Etiqueta Profissional

Permita aos seus funcionários
este momento importante de
qualificação profissional.

A Associação Médica de Pernambuco
realizará no dia **03 de junho**
(Sábado), o curso Comportamento e
Etiqueta Profissional. A capacitação é
voltada para todos os funcionários
de consultórios, clínicas e hospitais,
que trabalhem em atividades ligadas
ao contato direto com o público.

O curso é ministrado pela cerimonialista
Tatiana Marques, profissional com
reconhecida competência no mercado. O
objetivo é qualificar, ainda mais, as ações de
relacionamento e comportamento social,
fidelizando o cliente ao serviço.

Local: Associação Médica de Pernambuco

Data: 03 de Junho de 2017.

Horário: 08 às 12h.

Endereço: Rua Oswaldo Cruz, 393 – Boa Vista

Inscrições: de 2ª a 6ª feira – de 09 às 16h.

Investimento: R\$ 50,00 Reais

Promoção: grupos acima de três pessoas R\$ 40,00 Reais;

Funcionários de médicos associados em dia: 40,00 Reais.

Vagas Limitadas

Informações e inscrições: 3423.5473 / 3423.0805

E-mail: somepe.ampe@hotmail.com



PROMOÇÃO

AMPE
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO



Retomando a luta

"A verdadeira medida de um homem não se vê na forma como se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas em como se mantém em tempos de controvérsia e desafio". Com esta visão, Martin Luther King conseguiu nos inspirar com seus ensinamentos.

Em meados de 2014 a Associação Pernambucana de Médicos Residentes (APMR) findava uma geração e precisava de renovação, toda a gestão anterior terminou a residência e não havia gente nova preparada e estimulada a assumir o desafio. O infectologista Tadeu, ex-presidente da APMR, procurou os novos residentes, mas não obteve sucesso na empreitada.

Uma entidade que iniciara suas atividades no fim da década de 1970 estava pela primeira vez sem gestão. Estávamos no fim de uma era de fartura, crescimento econômico ainda grande, nos hospitais, dinheiro não era um problema, no entanto, sinais de crise econômica começava a iniciar-se, os sinais tomaram força. Os pacientes e os residentes sentiram isso, e ficava cada vez mais difícil manter o mínimo nível de civilidade e humanismo quando faltava gaze, e cirurgias eram suspensas por isso. Leitos eram fechados progressivamente. Esse cenário era comum no Brasil todo, colegas de outros estados reclamavam de falta de quimioterápicos, e de emergências ainda mais lotadas com descaso crescente. Era notório o caos na saúde pública no país.

O contexto político era igualmente sombrio, na comissão

nacional de residência médica (CNRM) o clima era tenso e frio, o CFM e a AMB já haviam anunciado suas retiradas do ambiente "antidemocrático". O local de debate para melhoria da residente médica virou uma arena de disputa de ideologias. As discussões não progrediam, assim como a negociação de direitos fundamentais, reajuste salarial e mudanças na pauta técnica estava travada.

Não havia outra solução, era eminente o desejo e empenho dos residentes para iniciar uma luta mais intensa. Iniciamos a greve em dezembro de 2015, no ápice da crise econômica e política. Foram 14 dias de atividades, desde doação de sangue até atendimento geral ao público.

Conseguimos muito, porém sem dúvida, o maior ganho foi novamente a classe unida em prol do seu bem.

Nesse anseio, surge em alguns a vontade e perspectiva de retomar a APMR. Apesar dos entraves do estatuto, que em caso de vacância de gestão orienta reunir a assinatura de 1/3 dos residentes do estado, conseguimos mais de 600 assinaturas. A APMR retoma as atividades cerca de 2 anos e 10 meses após a última gestão. Os residentes voltam a ter representatividade.

Essa é uma batalha contínua, precisa ser realimentada. Os novos residentes necessitam de estímulo e orientação para seguir na luta. Mudar a visão do "estar residente" para o "ser residente" é um objetivo complexo, mas quem disse que seria fácil? Se assim for, não haveria mérito no combate.



Foto do dia da posse:
Thiago Graf / SIMPEPE

É DIREITO DO MÉDICO RESIDENTE

- ⊙ Ter férias de 30 dias corridos para cada período de um ano de atividade.
- ⊙ Ter direito a no mínimo a um dia de folga semanal.
- ⊙ Condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões ofertadas pela instituição de saúde responsável.
- ⊙ Alimentação fornecida pela instituição de saúde responsável.
- ⊙ Licença maternidade de 120 dias, prorrogáveis para 180 dias corridos, a partir do nascimento do filho ou de data determinada pelo médico assistente.
- ⊙ Licença paternidade de 5 dias a partir do nascimento do filho.
- ⊙ Licença de oito dias consecutivos após casamento ou falecimento de cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto, menor sob guarda ou tutela e irmãos.
- ⊙ Descanso obrigatório de seis horas consecutivas após plantão noturno de no mínimo 12 horas.
- ⊙ Ter a bolsa mantida por até 15 dias em caso de afastamento para tratamento de saúde.
- ⊙ Ser encaminhado ao INSS para fins de benefício em caso de afastamento por motivo de saúde por mais de 15 dias, sendo reintegrado após alta médica.
- ⊙ Ter estágio opcional durante o último ano do programa obrigatório ou durante ano opcional com duração de um a três meses, desde que aprovado pelo supervisor do PRM e pela COREME.
- ⊙ Supervisão em qualquer dia ou horário inclusive nos finais de semana.
- ⊙ Direito a representação por médicos residentes nas COREMES.

É DEVER DO MÉDICO RESIDENTE

- ⊙ Comparecer aos plantões conforme combinado com sua COREME, direção do serviço e com os outros residentes.
- ⊙ Não acumular horas de descanso para serem gozadas a posteriori.
- ⊙ Repor a carga horária em caso de afastamento por motivo de saúde segundo determinação do supervisor do programa.
- ⊙ Repor o tempo de residência médica correspondente à duração do afastamento por licença maternidade e paternidade.
- ⊙ Cumprir um máximo de 60 horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 horas de plantão.
- ⊙ Dar os plantões para os quais forem escalados, independentemente do ano ou categoria a que pertencerem.
- ⊙ Apresentar monografia nos moldes determinados pela supervisão do Programa de Residência Médica.
- ⊙ Exercer as atividades do seu programa de residência pautado pelo código de ética médica.



Seleção de Médicos Residentes em Pernambuco: repensando nossas prioridades

Em janeiro, vários médicos (recém-formados e já especialistas) realizaram concurso para Residência Médica (RM) em Pernambuco. Uma única prova, em um único dia, para avaliar todo o conhecimento adquirido ao longo de sua formação médica e julgá-lo como apto ou não para realizar um Programa de Residência Médica.

Esse “novo” modelo unificado do concurso pernambucano tem, evidentemente, uma série de limitações. Não é interessante colocar toda a pressão de uma seleção, toda a chance de adoecer e todo o perigo de atrasar-se em um único momento, para todo um estado. Foram realizadas cerca de três mil inscrições, apenas para a prova de acesso direto. Muita coisa pode dar errado. E não é apenas isso.

É igualmente difícil julgar o conhecimento conquistado durante, pelo menos, os seis anos de curso médico. A banca precisa achar um meio termo entre dificuldade e pertinência das questões, ser atual e coerente, cobrar conhecimentos que mudem condutas e mortalidade dos pacientes em detrimento de rodapés de livro os quais em nada acrescentam na prática diária. Pelo contrário, tornam a vida do estudante de medicina cada vez mais restrita a “cursinhos” caros, preocupações com conteúdos e conhecimentos “menos importantes”, como doenças raras que não impactam na saúde pública. Fazem com que o currículo do jovem médico se limite, objetivando dominar decorebas e passar na prova de residência; enquanto a dedicação ao paciente, o aprendizado à beira do leito, as intercorrências do dia-a-dia se tornam temas “desinteressantes”, pois não permitirão o acesso a residência.

É inegável que a tendência crescente de subspecialização da Medicina existe, mas isso não pode ter impacto direto na formação médica geral. O médico generalista recém-formado não deveria ser avaliado pelas questões voltadas para essa “nova medicina”, mas sim para questões amplas que avaliem raciocínio clínico, que abranjam o paciente em sua totalidade, que considerem as particularidades do indivíduo, do momento e dos recursos disponíveis. Questões que, na verdade, exploram a Medicina como ela sempre foi: baseada na queixa do paciente, no interrogatório sintomatológico, no exame físico, encarando os exames complementares como complementares de fato. Não possível (e nem é a intenção) negar a evolução da tecnologia e ciência, mas é factível cobrar em uma seleção conhecimentos imprescindíveis ao recém-formado que não chegam sequer perto dos novíssimos (e em teste) tratamentos.

Paralelamente, a cobrança de conhecimentos que são do desconhecimento da maioria dos especialistas na área também traz questionamentos sobre sua existência. Falando especialmente da prova de Ginecologia e Obstetrícia, tivemos questões dignas de repulsa. Certamente nenhum parto foi feito ou interrompido pela prerrogativa de havia X litros de líquido amniótico no útero. Por outro lado, ter noção dos cuidados com o prematuro e que poli- e oligodramnia se relacionam com determinadas doenças fetais são conhecimentos úteis. Questões como essas desmerecem as instituições pernambucanas, tão bem conceituadas em âmbito nacional, e desonram os candidatos que se dedicaram e estudaram, pois podem perder posições porque seu chute não foi certo (não há outro modo de acertar esse tipo de pergunta).

Outro ponto, frente as várias tarefas do médico – de ter de dominar conhecimentos, assumir posturas adequadas, ter atitudes coerentes, trabalhar em equipe –, cada vez mais vemos grandes centros nacionais implementando a seleção de médicos residentes com provas práticas. Trazer essa modalidade de avaliação para nosso estado moderniza a seleção, amplia os quesitos cobrados e coloca em pauta que não basta dominar o conteúdo dos livros, mas também agir de forma pertinente frente a determinadas situações corriqueiras da prática médica – explicar a importância de mudança de estilo de vida ao paciente, proceder medidas salvadoras de vida, entre outros.

É urgente que a banca seja reestruturada ou que novo consórcio assuma a pauta, e que a forma como nossa prova é realizada seja repensada. Talvez caiba a formação de uma comissão, composta por profissionais de integridade lapidada e provada, que possa julgar a coerência da prova antes de sua aplicação, trazendo a prática médica mais para perto das questões. Nossos novos médicos, nossa formação, não pode ter um fim na prova de residência. O programa pedagógico não pode permitir essa restrição. Um bom médico não deve ser, necessariamente, aquele que acerta mais questões do tipo que temos visto. Nos é muito cristalino que a formação médica e a seleção dos melhores médicos precisa ser encarada de forma muito respeitosa e cautelosa, e que precisa ser repensada constantemente. Erros nesses momentos críticos tendem a se manifestar com duras penas a médio e longo prazos.

Doença Pneumocócica

Fernando Lundgren



Vendo que é neste período que se concentra boa parte das doenças, como o Sr. vê a forma como são tratadas como tudo sendo vírus pelos médicos. Isto não deve atrapalhar o diagnóstico e a prevenção?

No Nordeste temos uma estação climática que é diferente da estação meteorológica do ano. Este período chuvoso começa no final de março segue em abril, maio, junho e continua até agosto. As “doenças do período chuvoso” ocorrem devido a mudanças de hábitos, nos concentramos mais em espaços fechados. De fato, a maioria das infecções respiratórias deste período são virais. Neste período a contaminação entre pessoas se torna mais frequente. Os quadros de tosse, secreção nasal, ardor na garganta e desconforto respiratório, ocorrem nas rinites, traqueites, laringites e bronquites e são geralmente virais.

Algumas infecções respiratórias por vírus são seguidas por infecções por bactérias, as mais frequentes são os Estreptococos e os Estafilococos, que se aproveitam muito bem das doenças virais respiratórias.

Como os médicos podem ficar mais atentos na hora do diagnóstico pra chegar ao mais perto possível de identificar se é viral ou bacteriana?

Com o modelo “hospitalcentrico” de saúde de Pernambuco, a maioria dos pacientes procuram urgências de hospitais como primeira opção de diagnóstico. O médico emergencista que deveria receber apenas casos graves, ao realizar o diagnóstico de doença respiratória aguda, tem dificuldade de em um exame clínico diferenciar vírus de bactérias, e mesmo nos processos virais, se acoberta com a prescrição de um antibiótico. Os processos virais são mais súbitos, mais agudos, a febre inicia no mesmo dia, geralmente alta, odinofagia (dor ao engolir) algumas vezes seguido por tosse com secreção nos próximos dias. Estes quadros na maioria das vezes não são bacteriano. A infecção bacteriana respiratória apresenta os mesmos sintomas porém na maioria das vezes os sintomas se assestam mais lentamente.

Alguns exames podem ser realizados e ajudam reduzir a dúvida diagnóstica. Um exame que pode reduzir a dúvida entre vírus ou bactéria é dosagem do PCR, a proteína c reativa, no processo bacteriano, em geral os valores se encontram acima de 20 vezes o valor da normalidade. A dosagem de procalcitonina (PTC) é um exame com maior precisão, não utilizada de rotina no nosso país, se for inferior a 1 sugere processo não bacteriano, exame de custo elevado ainda não se tornou viável para a prática diária.

Que procedimentos podemos realizar para evitar casos mais graves?

A vacinação contra a gripe é muito importante, as viroses respiratórias de uma maneira geral, são autolimitadas, já o vírus da gripe o “Influenza” pode ser letal, mesmo em pacientes imunocompetentes. Nos pacientes imunocomprometido todos os casos devem ser observados com a seriedade exigida. As doenças virais agudas respiratórias no geral não são doenças que evoluem para óbito.

Existe uma dificuldade em identificar resfriado e gripe. Gripe é uma infecção grave produzida pelo vírus Influenza. As infecções do trato respiratório superior (resfriados) atingem as vias aéreas e produzem rinosinusites, laringotraqueíte, cujos sintomas são tosse, secreção, dor na face, algumas vezes diagnosticado como uma “gripe” erroneamente.

O influenza causa um quadro sistêmico, com febre alta, dores articulares, musculares, redução do apetite, além do quadro respiratório de tosse, secreção e desconforto respiratório. Esse é um quadro grave que pode ser modificado com o uso da vacinação anual para a gripe.

Com a vacinação, a proteção é muito grande, em 1998 as campanhas de vacinação contra a gripe foram iniciadas com um enorme sucesso visto sobre a medicina pública, antes dela internávamos perto de 800 mil pessoas por ano com quadro de pneumonia e gripe, hoje mesmo com o aumento da população, internamos menos de 600 mil, ao contrário do que alguns propagam, a vacina funciona muito bem.

Algumas pessoas se queixam de tomar a vacina e depois gripar, como isso é possível?

É bom frisar que a vacina não evita a gripe, pode ocorrer do paciente ficar gripado mesmo após a vacina. O principal objetivo da vacinação é evitar as formas graves, evitar internamento e mortalidade. Quem é vacinado terá uma gripe menos intensa e com menor risco. A vacina evita as complicações da gripe.

A vacina é liberada não só para os extremos de idade (crianças e idosos), mas também para quem tem uma doença crônica, diabetes, asma, hipertensão. Basta o médico prescrever a vacina e ele tem direito a vacina aplicada nos postos de saúde.

Como o Sr. Avalia o programa?

Nosso programa é um dos melhores do mundo. Conseguimos alcançar com qualidade de vacina todos os cantos do Brasil com a mesma capacidade vacinal, vacinas bem conservadas com controles de temperatura ou se foi mal acondicionada, com boas normas de transporte e armazenamento. A aplicação de vacina possui um corpo técnico competente e motivado, quando abrem os lotes da vacina, e se detecta que houve alteração do transporte e ou armazenamento, o lote é descartado e substituído. Isso nos coloca entre os melhores em vacinação da população.

Participo de reuniões de consultoria nesse assunto e somos sempre elogiados por esse processo no nosso país.

E como fica o “pós gripe”?

O quadro de gripe é auto limitado, se os sintomas persistem e aparece febre, desconforto respiratório ou dor torácica, pode indicar um quadro de pneumonia secundária por bactérias *Streptococcus pneumoniae* que é a mais frequente e o *Staphylococcus aureus*.

A primeira tem que se levar muito em consideração. A OMS estimula o conhecimento e a vacinação contra o *Streptococcus pneumoniae* é uma das bactérias de maior mortalidade no mundo, a OMS sugere que a Doença Pneumocócica seja divulgada devido a sua alta taxa de mortalidade e morbidade.

As doenças pneumocócicas são várias, meningite, rinosinusite, pneumonia e a sepsis. Ampliou-se o entendimento que o pneumocócico podia causar pneumonia, mas que outras formas de doença grave podem ocorrer. O pneumococo é uma bactéria extremamente atuante, são 98 subtipos e cada subtipo tem uma característica diferenciada, alguns são mais agressivos, outros não. No Brasil todos os *Streptococcus respiratórios* (pneumonia, bronquite e a sinusite) respondem bem aos antibióticos usados regularmente, como os betalactâmicos, (amoxicilinas, cefalosporina, ampicilina, etc). Já os de meningite apresentam graus de resistência variável aos betalactâmicos.

As doenças pneumocócicas são ligadas à septicemia, casos extremamente graves que levam a óbito em mais de 50%. A grande quantidade de casos clínicos de sepsis que chegam no hospital são produzidos pelo pneumococo numa invasão que pode iniciar no pulmão, na garganta por uma faringite, nos seios da face por uma sinusite gerando a septicemia.

O tratamento é feito com antibiótico de acordo com o foco da infecção. O Projeto SIREVA mostra que as bactérias são todas sensíveis aos antibióticos que autorizamos, com exceção da classe macrolídeo que infelizmente é o que se mais prescreve nas emergências. Este tipo já tem mais de 20% de resistência das bactérias segundo o projeto, e não deveriam ser usado nas emergências. Elas deveriam ser cobertas por outras classes como os betalactâmicos ou pelas quinolonas.

A OMS trata como a 3ª tipo mais falsificado do mundo são os antibióticos, a primeira é a anti malária, a segunda os de câncer e a terceira é o antibiótico. Quando prescrevemos o antibiótico temos de saber a fonte de onde veio, se ele é seguro, e conhecer aquele antibiótico e seu uso. Isso é uma alerta que fazemos aos médicos.

A prevenção realizada com vacinas contra o *Pneumococcus* deve ser indicada e valorizada, tanto em crianças como em adultos.

No Brasil vacinamos as crianças com a conjugada 10, que é gratuita para crianças, e parece ser a causa da redução de internação e mortalidade das pneumonias nessa faixa de

idade. Houve uma queda considerável até 5 anos de idade em comparação a 15 anos atrás.

Para os adultos existem duas vacinas no mercado. Uma é liberada pelo governo (R23), que funciona muito bem, para os pacientes imunocompetentes na redução de pneumonias e doença invasiva. Nos imunodeprimidos ou em portadores de doenças crônicas, se indica o uso da vacina conjugada, que cobre os 13 principais sorotipos do Pneumococo. Recomendamos ela para pacientes acima de 60 anos ou portadores de doenças crônicas.

Geralmente os médicos que cuidam de adultos não tem o hábito de recomendar vacinação, precisamos passar a recomendara a prevenção vacinal mais frequentemente.

Vacinas tipo:

Polissacarídea

É uma R23 (23 subtipos) provocando uma reação de defesa, na produção dos anticorpos. Normalmente não é o tipo bom, mas o mais rápido. Ela produz um linfócito tipo B, mas a memória da vacina vai se perdendo ao longo do tempo

Conjugada

Tem uma proteína associada. Nós temos duas no Brasil a PVC10, que é fornecida pelo governo para crianças. Essa proteína gera uma reação de defesa com a produção do anticorpo através do linfócito tipo T, que é um linfócito que guarda memória. Sendo uma dose só suficiente para toda vida e também temos a PVC13.

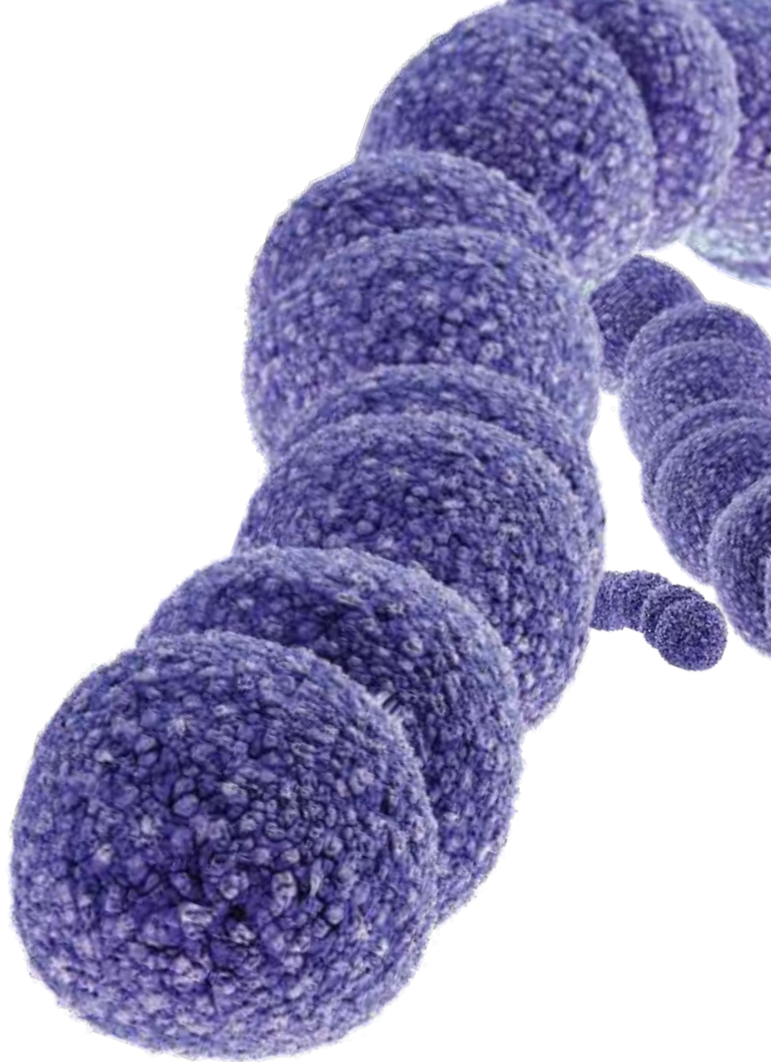
Hoje recomendamos fazer só a conjugada e depois de 1 ano, um reforço com a R23, ou quem já fez com a R23 fazer com a PVC13 após cerca de 6 meses a 1 ano.

Como devemos encarar a Doença Pneumocócica em todas as especialidades?

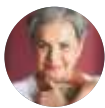
Três anos atrás fui editor de uma diretriz de vacinação para doenças respiratórias a pedido da AMB e CFM. Direcionada as quatro vacinas mais utilizadas na nossa especialidade, Anti-gripal, Anti-Pneumocócica, Anti-Pertussis e a BCG.

Conversando com os colegas de outras especialidades, e com os especialistas em vacinação no Brasil, concordamos que precisamos alertar todas as especialidades na necessidade de se criar a rotina de vacinar nossos pacientes adultos.

O uso de antibiótico deve ser pensado, em mais de 75% das vezes o uso é desnecessário geralmente os casos são virais, o uso inadequado pode prejudicar um tratamento posterior. A decisão de prescrição de antibiótico é muito importante e seu uso deve ser baseado em achados que o justifiquem. Após a necessidade de receita medica para a compra de antibióticos, reduzindo a automedicação, houve uma queda considerável do consumo de antibiótico criando um impacto positivo na resistência bacteriana.



Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren
Presidente da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
Coordenador da residência de pneumologia
do hospital Octávio de Freitas



No século XVI.

Portugal tomava consciência da imensidão das terras recém-descobertas. Seus recursos eram escassos. Sua população também. Como coloniza-las? Nascia o projeto das capitanias hereditárias.

O lote mais próximo do Reino coube a Duarte Coelho, experiente colonizador. O donatário trouxe família. Com ela o sobrenome “Albuquerque”. O que lhe faltava eram colonos. Para tanto estimulou casamentos dos nativos com os portugueses “nobres”. Uma geração de mamelucos cresceu legítima, nobres e dona de fartas terras. Uma raça pernambucana investida de poder e cidadania. Não eram colonos. Eram colonizadores. Não queriam ser diferentes dos demais “brasilianos”. Eram diferentes. Tinham consciência de seus direitos. E exibiam certa arrogância no trato com estrangeiros.

O reino se deu conta do risco que corria. Restringiu direitos antes assegurados a Duarte Coelho. O velho general protestou. E escreveu duras cartas ao Rei. O povo foi para praça “fazer Câmara e Senado” Crescia a rivalidade entre os “marinheiros” vindos da corte com isenção fiscal e os nascidos na terra, acossados por pesados impostos.

No século XVII.

A capitania foi invadida pelos holandeses. Índios, negros, mulatos, brancos e mamelucos, se amalgamaram em uma só tropa guerreira. Resistiram por quase 7 anos sob o comando de Matias de Albuquerque. Renderam-se à paz e ao brilho do governo de Nassau. Retomaram a luta após o seu retorno a Europa. E conseguiram o feito de derrotar um dos melhores exércitos do tempo. Mesmo assim continuaram fiéis ao Reino. Seus gloriosos generais foram o negro Henrique Dias, o mulato Fernandes Vieira, o índio Camarão e o branco Vidal de Negreiros. Rendia-se homenagem à nossa democracia racial.

No século XVIII

Em 1710 eclodiu a primeira insurreição nativista: A Guerra dos Mascates. Os velhos colonizadores haviam empobrecido e tinham dívidas com os forasteiros. Os pernambucanos insurgentes foram duramente castigados.

A imprensa era proibida na Colônia e os livros eram duramente perseguidos. Este século envelheceu com as ideias iluministas inspirando a Revolução Francesa e a Independência dos Estados Unidos. O

superado modelo de conhecimento vigente foi contestado.

No século XIX

A Maçonaria uniu-se ao clero católico esclarecido. Lutava-se por liberdade de pensamento, pelos direitos de cidadania. Lutava-se por uma imprensa livre. Em Pernambuco, Revolução Republicana de 1817 tomou forma. Constitui um Governo Republicano e libertário norteado por uma Constituição Provisória.

Esta Revolução nos deixou um grande legado. Deixou-nos uma trilha segura em direção à democracia. Desencadeou o Ciclo Revolucionário Pernambucano que tanto nos enriqueceu. A Convenção do Beberibe nos fez livres antes do sete de setembro de 1822. Frei Caneca, nosso grande herói, conduziu a estruturação da ampla liberdade da imprensa que usufruímos. Ela garante a estruturação política do Estado Brasileiro. Festejemos, pois, nossa Pernambucanidade! Comemoramos com orgulho o bicentenário da Revolução de 1817!

Uma breve
história da
Pernambucanidade

200
anos

da Insurreição
Pernambucana

Indicados

Olhos Negros

Maria Cristina Cavalcanti de Albuquerque

Romance estruturado em que a narrativa densa – alicerçada em dados históricos seguros e pesquisados com cuidado e afincado – leva o leitor ao tempo do Pernambuco das Revoluções libertárias. A narrativa foi entregue pela autora à sensibilidade de “Maricotinha”, testemunha ocular dos acontecimentos. Os personagens históricos ganham vida: Padre João Ribeiro, General Abreu e Lima, Monsenhor Muniz Tavares, Gervásio Pires, Natividade Saldanha, Frei Caneca, Cipriano Barata, Hipólito José da Costa, Manoel Arruda da Câmara, entre outros.



O Seminário

Maria Cristina Cavalcanti de Albuquerque

O livro é um misto de romance biográfico e romance histórico. A autora usa a técnica do jogo de espelhos. Maria Cristina faz suas vozes de Antônio Joaquim de Melo, o narrador principal e sua filha Pórcia, que encontra com um post-scriptum. Melo narra a vida de José da Natividade Saldanha, seu contemporâneo e colega no Seminário de Olinda, pano de fundo do livro.

ABCdário da Revolução Republicana de 1817

Maria Betânia Corrêa de Araújo

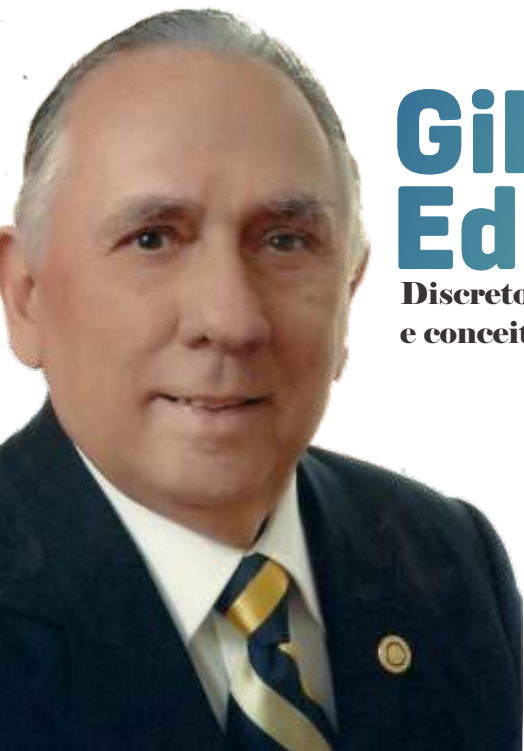
Organizado por Betânia Corrêa de Araújo, diretora do Museu da Cidade, com narrativas sobre locais e episódios da Revolução. os fundamentos sobre a Revolução, pesquisados em arquivos pernambucanos, brasileiros e internacionais. O movimento foi o único no País que conseguiu a ruptura com a Coroa Portuguesa e implantou uma república, que durou quase 75 dias.



História da Revolução de Pernambuco em 1817

Francisco Muniz Tavares

De autoria de Monsenhor Francisco Muniz Tavares, participante, historiador e testemunha ocular do Movimento. Um livro para se ter na estante.



Gilson Edmar

Discreto, competente e conceituado

Estes são alguns dos adjetivos que caracterizam Gilson Edmar Gonçalves e Silva, de quem fui colega de enfermagem e em outras atividades. Ele é um médico seguro, prestativo, humano. Tem grande capacidade para administrar e a sua convivência o torna amigo dos que têm o privilégio de sua companhia.

Ainda muito jovem, ao frequentar a Escola de Educação Física (duas tias suas trabalhavam lá) se encantou com o que faziam os médicos da Escola, e decidiu seguir a Medicina. Como estudante, foi monitor de Fisiologia (cadeira do Prof. Nelson Chaves); Desde o 4º ano foi membro da Sociedade de Internos dos Hospitais de Recife (da qual foi Presidente) e passou a frequentar, como estudante clínico a enfermagem São Miguel no antigo Hospital Pedro II (serviço do Prof. Manoel Caetano). Formou-se pela UFPE em 1966. Continuou na S. Miguel e se ligou ao setor de Eletroencefalografia, chefiado por Salustiano Lins. Paralelamente foi médico plantonista do Pronto Socorro e Neurologista no INAMPS. Instalou o primeiro serviço de EEG na Faculdade de Ciências Médicas (serviço do Prof. Luiz Ataíde). Casou-se com Edna e vieram três filhos (nenhum quis ser médico).

Foi para a França, onde fez Mestrado (serviço do Prof. Henri Gastaut), sob a orientação do Dr. Robert Naquet, ambos de renome internacional. Voltou ao Recife e ingressou na Sociedade Brasileira de Neurofisiologia e organizou o congresso nacional da especialidade. Prestou concurso para Prof. de Medicina na UFPE e foi chefe do Dept. de Neuropsiquiatria do Centro de Ciências da Saúde.

Gilson fez doutorado na Escola Paulista de Medicina e presidiu o congresso internacional de Neurofisiologia no Rio.

Voltou ao Recife exercendo a Neurologia e a Eletroencefalografia em seu consultório, enquanto continuava a carreira universitária e também no INAMPS. No hosp. Agamenon Magalhães criou o curso de Pós-graduação em Neuropsiquiatria no qual foi o 1º Coordenador.

Foi eleito Diretor do Centro de Ciências da Saúde (designação atual da antiga Faculdade de Medicina além de outras atividades), por dois mandatos. Casou-se com Vitória Menezes.

Organizou em Recife o congresso brasileiro de Neurologia (foi impecável, dele participei e afirmo: foi um congresso extraordinário). Gilson criou ainda o Simpósio Internacional de Epilepsia. Fez Pós-doutorado na Universidade de Bolonha (Itália).

Gilson integrou diversas associações médicas entre as quais a brasileira de Neurofisiologia, a Academia Brasileira de Neurologia, a Associação Médica de Pernambuco (AMPE), a Liga Brasileira de Epilepsia. Na Liga, trabalhei com Gilson e Ana Van Der Lindem e posso dizer que alastramos a Liga pelo Brasil afora (antes, ela atuava praticamente no Rio e S. Paulo). Gilson é membro da Academia Pernambucana de Medicina e também da Sociedade de Escritores Médicos (SOBRAMES), além do Instituto de História da Medicina. Publicou trabalhos em revista médicas no Brasil e no exterior, além de participar de congressos e jornadas nacionais e internacionais. Publicou junto com Marco Valença o 1º livro de Neurologia de autores pernambucanos (“Neurologia Clínica”) e “A Eletroencefalografia e a Escola de Recife” além de capítulos em outros livros didáticos. Fora da medicina publicou “Um olhar no cotidiano”. Gilson foi homenageado por diversas turmas de concluintes em medicina. Fora da medicina foi da diretoria do Country Club e do Rotary Boa Vista (do qual foi Presidente).

Recebeu várias honorarias, entre as quais a Medalha de São Lucas (das três entidades médicas de Pernambuco), a medalha Egas Muniz (Sociedade Portuguesa de Neurologia), a medalha do Mérito Educacional em Medicina e a medalha José Alberto Maia do Capítulo Pernambucano da Academia Brasileira de Neurologia. Entre os prêmios que ganhou está o “Cérebro e Criatividade (Simpósio sobre o cérebro).

Gilson participou de uma situação curiosa: No Pedro II atendeu uma paciente com um tumor de base de crânio e que teve um AVC enquanto o grave caso era avaliado, ficando hemiplégica e afásica. A família não quis a quimioterapia: “Vamos levar para morrer em casa”. Dois anos depois Gilson reencontrou a paciente passando bem, falando e com boa recuperação motora. Inexplicável. Não se sabe se ela recorreu a alguma força sobrenatural.

Gilson segue sua brilhante carreira no seu consultório, no Hospital Maria Lucinda.



Recife

sediará o
XII Congresso Brasileiro de Bioética
e o IV Congresso Brasileiro de Bioética Clínica
do Conselho Federal de Medicina



O congresso pretende reunir todos os pensadores, profissionais, acadêmicos, pesquisadores, estudantes, intelectuais, simpatizantes e iniciantes na área, visando realizar o evento este ano. Um dos objetivos é abrir espaço para o avanço do debate e planejamento da bioética.

O XII CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA tem como objetivo principal alcançar novos patamares palpáveis no avanço da reflexão e encaminhamentos sobre o binômio Liberdades e Responsabilidades no âmbito da bioética, tendo como pontos de partida a discussão intelectual e acadêmica, a reflexão filosófica, a formação e a vivência profissional, a troca de experiências, a pesquisa, os avanços da humanização em todas as áreas a ela sensíveis e as práticas desse saber.

O tema central, que focaliza Liberdades e Responsabilidades, visa refletir sobre o momento da Bioética no Brasil e no mundo, onde reina a inquietação e o questionamento em relação a valores. Tal inquietação se origina em fatos marcantes e questões sociais que devem ser repensados, analisados e avaliados, e ao congresso caberá buscar proposições focais que sirvam ao equacionamento de soluções bioéticas a serem recomendadas.

O evento terá uma abordagem multidisciplinar onde a reflexão e o debate possam conduzir a encaminhamentos por novas propostas educativo-formativas, proposições de relações interpessoais baseadas na prática bioética, interação profissional e de comunicação humana, e nas práticas profissionais em saúde e em relações interpessoais, bem como nas Ciências da Saúde, Sociais e Humanas.

O desenvolvimento dos Temas Livres constituem um aspecto de grande importância na programação. Por meio das Apresentações Científicas, a comunidade tem chance de expor, divulgar e trocar experiências nas diversas áreas temáticas da bioética. A discussão dos trabalhos é cada vez maior e mais dinâmica e os pôsteres e apresentações orais terão um espaço específico que facilite a interação.



Hospital Pedro II - IMIP



Dias 26 a 29 de setembro de 2017, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Hospital Pedro II (IMIP)
Trabalhos: envios de resumos até dia 30 de junho
Site: cbbioetica.com.br ou pelo código ao lado (celular/ tablet)





Pensando sempre no bem estar de nossos parceiros, a PROTEJO busca os melhores serviços e produtos no mercado para oferecê-los.

A Protejo corretora é uma empresa especializada na área de investimentos. Com a proposta da reforma da previdência, fechamos parceria com especialistas em previdência complementar, proteção familiar e proteção patrimonial. Tendo como objetivo esclarecer, informar, orientar o melhor plano das principais seguradoras, visando a menor taxa de administração, maior rentabilidade e segurança.

A Protejo tem parceria com as seguradoras **PORTO SEGURO, MAPFRE, SULAMÉRICA, TÓKIO MARINE, ICATÚ, ALLIANZ, MBM, PREVISUL, SOMPO, GENERALI, ZURICH, LIBERTY, HDI**, entre outras para ofertar a melhor cobertura e serviço de acordo com o perfil do cliente. Todos os associados no seguro de ramos elementares (auto, residencial, empresarial, equipamentos...) terão **10% de desconto** no valor do prêmio, tendo como objetivo fazer o associado pagar menos com a mesma cobertura.

Em relação a previdência complementar ofertaremos **SEMPRE** o melhor fundo, fazendo o comparativo detalhado de perdas e ganhos, traduzindo em um fundo de melhor rentabilidade atual.

José Carlos e Márcia Urbana já estão neste negócio a mais de **15 anos**, com certificação na Superintendência de Seguros Privados (**SUSEP**) e Associação Brasileira das Entidades dos Mercados Financeiro e de Capitais (**ANBIMA**), são profissionais preparados para nos atender neste momento.

PROTEJO CORRETORA DE SEGUROS
Avenida Governador Agamenon Magalhães, 4318,
Paissandu- Empresarial Renato Dias - 12 Andar
Sala 1209 - 52010-075 - Recife/PE.
Fones:
(81) 3048 - 6658(81) 3048 - 6638, (81)99827-6391
(81)98937-2816

Email: atendimento@protejoseguros.com.br

OBS: Benefícios estendidos para cônjuge e filhos.

PROTEJO CORRETORA e AMPE
uma parceria de sucesso, pensando
na sua tranquilidade futura.

