

JORNAL DE
MEDICINA DE PERNAMBUCO

Órgão de divulgação da Associação Médica de Pernambuco - Recife, abril de 2015

MEDALHA
Maciel Monteiro
E PRÊMIO DIVA MONTENEGRO
2015

LURILDO CLEANO RIBEIRO SARAIVA
MARCOS GUILHERME PRAXEDES BARRETTO
ANALÍRIA MORAES PIMENTEL
DANIEL DINIZ BRITO SANTANA
EDUARDO SÁVIO NASCIMENTO GODOY
ANA CLÁUDIA SIQUEIRA TORQUATO

Imunização
Vacinação no idoso

Alimentação
Uso da vitamina D

Expoentes
Gildo Benício

42^o CONGRESSO
MÉDICO ESTADUAL
DE PERNAMBUCO

RECIFE
2015



20 e 21 DE AGOSTO



A ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO – AMPE -, dando continuidade ao projeto de divulgação cultural, que é uma das razões de sua própria existência, faz publicar o segundo número do “Jornal de Medicina de Pernambuco”, destacando a outorga da “Medalha MACIEL MONTEIRO 2015”, “Prêmio DIVA MONTENEGRO”, este último entregue a estudantes de Medicina premiados, além de outras atividades referentes à cultura médica. Destaque-se a realização do 42º Congresso Médico Estadual de Pernambuco, que será realizado nos dias 20 e 21 de agosto de 2015, no Centro de Convenções do Real Hospital Português.

O Conselho Editorial do Jornal, em inteira sintonia com a Direção da AMPE, tendo absoluta compreensão do sentido finalístico da Associação Médica de Pernambuco, de que é de fundamental importância para o desenvolvimento da ciência médica e do próprio homem no seu caminhar em sociedade, a compreensão do que seja pensar como forma de reflexão na busca de novos conhecimentos essenciais ao progresso e novas conquistas da ciência médica, e na obtenção da cultura, razão maior da existência do homem.

Não há como não se deixar de destacar a característica atual na forma de pensar e refletir, decorrentes do rápido desenvolvimento da tecnologia no campo da Medicina. Quem quer que tenha curiosidade de analisar através de congressos, publicações e dos diversos meios de comunicação o crescimento e as novas formas de projetar-se o conhecimento científico, há de reconhecer que em cada campo específico do conhecimento médico, novas conquistas vão sendo obtidas ou proclamadas, a cada minuto, de forma intensa e globalizada.

Indispensável, porém, é destacar e mesmo fazer-se uma indagação primeira: até onde a conduta ética e os padrões instituídos pela bioética estão sendo respeitados?

O jornal ora ofertado à família médica e à comunidade em geral,

destaca formas de luta pela boa prática médica e direito dos pacientes, ou seja, o reconhecimento e respeito aos princípios da ciência, na sua complexidade, sempre com o respeito à dignidade humana. Sendo assim, as bases teóricas e filosóficas do saber e do existir devem ser a busca obrigatória da ciência médica, respeitando a ética e o bem estar do paciente.

O presente número do Jornal de Medicina de Pernambuco faz especial destaque para a concessão de prêmios reconhecedores não só do trabalho em favor da Medicina, como estímulo aos estudantes iniciantes nos conhecimentos da ciência médica, ao mesmo tempo que faz uma convocação para importante congresso médico a se realizar no Estado de Pernambuco.

Destaque para prêmios concedidos, artigos e médicos consagrados em suas especialidades, que são publicados, como também de estudantes merecedores de prêmios, a publicações de livros de escritores médicos, não podendo deixar de ser destacada a homenagem a um médico pernambucano de exemplar conduta ética e de dimensões culturais das mais elogiáveis: “Gildo Benício, um Médico Entusiasta”, que, dentre tantas homenagens e reconhecimentos, recebeu pela UFPE o prêmio “Cérebro e Criatividade”, “pelo idealismo e brilhante competência dentro do cenário médico-científico pernambucano”, e sempre presente ao lado desta Diretoria, fortalecendo os ideais associativos, médicos, políticos e culturais, apoiando com sabedoria e dedicação, nossa tão querida tradicional e centenária Associação.

Esta Associação, deverá estar sempre com o olhar mais amplo, sempre valorizando e trazendo para os médicos do nosso Estado, a tradição e a inovação, no hoje, que na sua intensidade, nos motiva a lutar continuamente, pela ciência e pela medicina, na esperança de um Estado e País que avance na educação e pesquisa, bases da ciência, ética, cultura e dignidade do homem.

Notas • Artigos • Medalha • Pesquisas • Entrevista • Infográficos • Cultura • Expoentes

Expediente

Jornal de Medicina de Pernambuco / abril 2015 - 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 / Dra. Selma Vasconcelos

Diagramação / Jornalista Responsável - Antonio Gomes DRT/PE 3689

Regional Petrolina teve suas atividades encerradas em 2014

A Associação Médica de Pernambuco informa que desde o dia 30/10/2014, data em que na Assembléia de Delegados, ficou decidido pelo encerramento das atividades da regional Petrolina.

Neste momento, apenas existe uma regional que é a de Caruaru. A AMPE está disponível para qualquer esclarecimento sobre o assunto.

Fone: 3423-5473 / 3423-0805, Email: somepe.ampe@hotmail.com

Ampe realizou seu planejamento estratégico para os próximos três anos



Nos dias 20 e 21 de fevereiro, a Associação Médica de

Pernambuco fez seu planejamento estratégico para os próximos três anos com a elaboração de planos e definição de objetivos e metas coordenados pela psicóloga organizacional Soraya Campello. O planejamento teve participação dos membros da diretoria e delegados, além dos funcionários da instituição.

Reunião do conselho deliberativo da AMB

Dia 06/03, Dra. Helena Carneiro Leão, presidente da AMPE, compareceu a reunião do Conselho Deliberativo da Associação Médica Brasileira, na sede da Associação Médica do Paraná, em Curitiba, com a presença de presidentes de federadas e diretoria da AMB.

Na pauta do evento esteve a reforma estatutária, a nova edição da CBHPM, e a relação da AMB e federadas.

AMPE lança novamente o curso de cuidador De idosos

A Associação Médica de Pernambuco, o Instituto de Geriatria e Gerontologia de Pernambuco, e o BuscaVida – Cuidados Gerontológicos promovem de maio a setembro de 2015 o Curso de Cuidador de Idosos.

O curso é coordenado pelo professor Antônio Rodrigues, gerontólogo pela SBGG, e conta com o apoio da ABRAZ-PE – Associação Brasileira de Alzheimer de Pernambuco, Reab – Espaço online brasileiro sobre Reabilitação, Longevidade – Serviço de Fisioterapia, FONIPE – Fonoaudiologia Integrada de Pernambuco, e Torttelo – cafeteria.

SALUSTIANO LINS - Texto: Dr. Gildo Benício

Salustiano foi meu professor, meu colega de enfermagem e meu amigo. Assim me foi possível acompanhar a sua vida profissional.

Seja como psiquiatra, seja como neurologista e notadamente como neurofisiologista, clínico e eletroencefalografista, teve um merecidíssimo destaque, tornando-se um nome nacional e que também extrapolou para fora do Brasil. Sua carreira foi excepcional, alcançando importantes títulos e honrarias, pelo muito que produziu.

AAMPE registra a sua figura exemplar de médico, de pesquisador e de professor.

Vai fazer muita falta. Que Deus o tenha.



Alunos da UNINASSAU tiveram aula sobre bioética na ampe

Em 30/01, Dra. Helena Carneiro Leão presidente da AMPE realizou uma aula sobre ética e bioética para alunos do 3º ano do curso de medicina da Uninassau, na sede da entidade, promovida pela Escola Superior de Ética Médica do Cremepe, ESEM, da qual é diretora.

A presidente mostrou a importância que cada entidade (AMB, CFM, Fenam) tem na luta pela boa prática médica e direito dos pacientes, além de enfatizar a aproximação e o apoio da AMPE aos estudantes de medicina nesta nova gestão 2014-2017.

Durante a aula, a dignidade humana foi o tema central ao mostrar que o paciente é o ator principal da história, e deve ser respeitado e zelado. Humildade, competência e justiça, devem ser o norte do profissional médico.

As bases teórico-filosóficas são leituras obrigatórias para que se entenda como todo o debate começou, buscando desde Sócrates e Platão, como também, mais atual, Van Rensselaer Potter em Seu livro *Bioética: Ponte para o Futuro*, um marco para a bioética.

Também foram abordados temas reais. Casos como os testes em judeus durante a segunda guerra, entre outros para ilustrar o que acontece quando não se respeita o próximo.

Ainda citou os códigos de Nuremberg, Helsinque e Belmonte como de extrema importância, tendo o último como divisor de águas para o tema.

Ao encerrar a aula, reforçou o quanto é importante que, os agora estudantes, se dediquem a ler sobre ética e bioética, para que possam durante a prática médica saber tomar decisões com respeito ao paciente. “Quem não tem compaixão, não pode fazer medicina”, frisou Dra. Helena.

Curso de imposto de renda 2015

Em 23/03, a AMPE e o UNICRED Recife promoveram mais uma edição do curso de imposto de renda com o objetivo de esclarecer dúvidas dos contribuintes e tornar mais eficiente e menos complicada a declaração dos tributos.

Em quase três horas, a palestra, passou primeiramente pelo planejamento tributário e o conhecimento da legislação vigente. O público foi atualizado sobre novas medidas que entrarão em vigor a partir de 2016, e que já este ano devem estar atentos.

O professor Flávio Cesário, esclareceu as dúvidas dos participantes através de demonstrações, ampliando a compreensão do que deve ser feito, e ficarem atentos na hora de declarar.

Os participantes tiraram suas dúvidas e esclare-



ceram pontos mais específicos, como o médico recém-formado Guilherme Saritas. “Me formei ano passado e este ano farei pela primeira vez o imposto de renda. Na internet as informações são muito complicadas, já aqui presencialmente, esclareceu muito”.



Posse das comissões da AMPE

Em 31/03, tomaram posse os integrantes das comissões especiais da Associação Médica de Pernambuco, responsáveis pela organização e acompanhamento de vários projetos que serão executados ao longo dos próximos anos. Confira a relação das comissões e seus integrantes:

Comissão de Defesa Profissional

Maria do Carmo Lencastre M. e C. D. Lins
Flávio Linck Pabst
Analíria Moraes Pimentel
Amaro Gusmão Guedes

Comissão Científica

Anacleto Rodrigues de Carvalho
Jane Maria Cordeiro Lemos
Maria da Conceição Falcão
Marília de Moraes Delgado
Helena Carneiro Leão

Comissão de Assuntos Sócio-Culturais

Sirleide de Oliveira Costa Lira
Maria do Socorro Lira Correia
Assuero Gomes da Silva Filho
Katia Tatiana Barbosa Bruscky
Wilson Freire

Comissão Editorial, Divulgação e Relações Públicas

Nair Cristina Nogueira de Almeida
Sirleide de Oliveira Costa Lira
Gildo Benício de Mello
Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Selma Vasconcelos

Comissão de Ética Médica

Silvia da Costa Carvalho Rodrigues
Jurandir Luiz Brainer
Maria Eunice de V. Xavier Coelho
Helena Maria Carneiro Leão
Francisco Atanásio de Moraes Neto

Comissão de Finanças

Feliciano Abdon de Araújo Lima
Anacleto Rodrigues de Carvalho
Arivaldo dos Santos Leite
Gentil Porto
Edite da Rocha Cordeiro

Comissão Estadual de Honorários Médicos

Mário Fernando Lins - (CREMEPE)
Helena Maria Carneiro Leão - (AMPE)
Sirleide de Oliveira Costa Lira - (AMPE)
Jane Maria Cordeiro Lemos - (AMB)
Álvaro Augusto Cavalcante M. Campos
Walber Steffano Costa Fernandes
CREMEPE - 1

Comissão Eleitoral e de Legislação

Jane Maria Cordeiro Lemos
Luiz Antonio Wanderley Domingues
Ester Azoubel Sales
Marcelo Salazar da Veiga Pessoa
Edite da Rocha Cordeiro

Por que vacinar o idoso?

A medida que envelhecemos o nosso sistema imunológico também envelhece e então as memórias das doenças que tivemos ao longo de nossa existência e que foram captadas e guardadas pelas células do sistema imune, não existem mais ou encontram-se abaixo do que se considera proteção. Portanto esse novo momento da vida (o idoso) também precisa de cuidados especiais na sua prevenção. A criança ao nascer, herda de sua mãe a memória das doenças adquiridas por ela, e, após dois meses de vida extra uterina essa proteção vai caindo e ela passa a adquiri-la novamente pela imunidade natural (contato com a doença) ou através de vacinas. No idoso mesmo que por mecanismos diferentes também vai perdendo sua memória e por isso necessita de proteção para que ao ter contato num segundo momento com alguns vírus e ou bactérias, possa mesmo que adquirindo as mesmas, não complicarem. Dizer como antigamente que doenças adquiridas durante a infância não se repetia na idade adulta, já é ultrapassada. Hoje em dia, mudança epidemiológica tem evidenciado que podemos ter outra vez, de forma clínica variada, as vezes modificadas e com complicações bem mais severas nessa idade. Algumas doenças como sarampo, varicela, coqueluche são exemplos do que estamos citando e hoje somos também responsáveis por sua disseminação como é o caso da coqueluche. Nós adultos somos as principais fontes de infecção de coqueluche para o recém-nascido e crianças menores que ainda não começaram seus esquemas de vacinação por não ter idade para começar seu esquema bem como para aqueles que não completaram seu esquema de proteção com vacinas. Essa doença vem preocupando a Saúde Pública mundial pelo número de casos crescente com maior morbimortalidade em menores de 6 meses de vida. Como estratégia para conter esse panorama, vários esquemas de vacinação e público alvo tem sido estudado. Um consenso da Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-americana de Saúde e outros órgãos competentes vem indicando vacinação de coqueluche para todas as faixas

VACINA	QUANDO	ONDE	
		PÚBLICO	PRIVADO
Influenza (gripe)	ROTINA	SIM	SIM
Pneumocócica conjugada 13 valente (VPC13) e Pneumocócica 23 valente (VPP23)	ROTINA	Sim, vpp23 para grupos de risco e institucionalizados	SIM
Triplíce bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa)	ROTINA	dT SIM dTpa NÃO	dT NÃO dTpa SIM
Hepatitis A e B	Hepatite A: após avaliação sorológica ou em situações de exposição ou surtos	NÃO	SIM
	Hepatite B: rotina.	NÃO	SIM
	Hepatite A e B: após avaliação sorológica ou em situações de exposição ou surtos.	NÃO	SIM
Febre amarela	Rotina para residentes em áreas de vacinação. Avaliar risco/benefício para os demais em caso de viagem.	SIM	SIM
Meningocócica conjugada ACWY	SURTOS	NÃO	SIM
Triplíce viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Situações de risco aumentado.	Em situações especiais	SIM

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO IDOSO
recomendações da sociedade Brasileira de imunizações (SBIm) - 2013/2014

BAIXE A TABELA PELO QR CODE AO LADO



etárias tanto como reforço ou iniciando esquema junto à prevenção para difteria e tétano principalmente na grávida e nos contatos com recém-nascidos, profissionais de saúde e cuidadores de crianças e idosos. O Ministério da Saúde de nosso país começou a partir de novembro de 2014 vacinando a gestante a partir da 27 semana de gestação como medida de proteção para os menores de dois meses de vida e para os profissionais de saúde que trabalham em berçários.

Quanto as vacinas existentes para prevenção do idoso temos as de pneumonia, gripe, herpes zoster, coqueluche, tétano entre outras. Concluindo, ontem vacina era indicação para criança, hoje, para todas as faixas etárias.

*Dra. Analíria Pimentel MD, PHD em Medicina Tropical, Professora de Medicina da FCM/UPE
Membro do Comitê de Assessoramento em Imunização da SSE/PE, Consultora em Vacinas.
E-mail: rfernandes@iscac.pt.

Juventude e Drogadição

O uso de drogas é um fenômeno que acompanha a humanidade desde a antiguidade. A alteração do estado de consciência sempre foi buscada pelo homem por vários motivos, inclusive os religiosos, na procura de uma ligação mais próxima com o divino. No século 20 surgiram movimentos de juventude que se rebelavam com a ordem social, como foi o movimento hippie caracterizado pela insurgência contra os valores capitalistas, pela liberdade sexual e pelo prazer, embalados pelo uso abusivo e indiscriminado de substâncias alucinógenas como maconha, e LSD. Quem não lembra de Woodstock? Esta situação levou a criminalização das drogas consideradas ilícitas. No entanto, a medida não tem se mostrado eficaz, pelo contrário, a ilicitude resultou na formação de cartéis internacionais que garantem o tráfico e disseminação do uso da droga por todo o mundo.

Os custos sociais da drogadição são elevados, atingindo não só ao indivíduo, mas a família, as relações de trabalho, a incidência de doenças decorrentes do comportamento de risco, o que confere ao problema um ordem de grandeza de interesse da saúde pública.

De acordo com a atuação da droga no sistema nervoso central podem ter efeitos depressores, estimuladores, ou ainda, perturbadoras da atividade mental. Seu dano é cumulativo, ou seja, proporcional à frequência e à intensidade do uso. Existe em nosso cérebro uma zona responsável pelo prazer, importante, inclusive, para a sobrevivência da espécie por “recompensarem” o organismo com uma sensação agradável quando, por exemplo, nos alimentamos, fazemos sexo, nos abrigamos do frio etc.

As drogas que provocam sensação de prazer são aquelas que levam a dependência química. O indivíduo é impulsionado a repetir o uso para experimentar reiteradamente a sensação prazerosa. A partir deste entendimento, deve-se olhar o dependente como um doente, preso biológica e quimicamente às garras da

substância e que por isto exige do Estado, da família e da sociedade uma atitude tolerante, responsável e acolhedora. Se falharmos no atendimento ao usuário, falhamos muito mais pela omissão em estabelecer um programa intensivo de educação e prevenção da drogadição baseado na discussão ampla e transparente do problema, a partir da escola. Sabemos que a adolescência é uma idade de instabilidade emocional. O indivíduo ainda não fez as escolhas decisivas para sua vida e por isto é vítima fácil de frustração, de violência e de atitudes criminosas morais e físicas. O caso das cracolândias é um testemunho doloroso de nossa falência frente à juventude brasileira com exagerado grau de vulnerabilidade pela falta de estruturação da família, pela baixa

escolaridade, pouco preparo e baixo rendimento dos pais e, fundamentalmente, pela ausência de um programa de educação transformador para o país. Tudo isto desemboca na falta de oportunidades e de qualificação profissional levando o jovens à fuga da realidade, ao isolamento e à marginalidade social. Eles são “os excluídos dos excluídos”. Diz o vulgo que “o pior cego é aquele que não quer ver”. Esta carapuça cabe nas nossas cabeças e, principalmente, nas cabeças dos mandatários deste país. Ou o estado assume de uma vez por todas um programa de educação em tempo integral e universalizado para nossas crianças ou vamos continuar pagando o preço da omissão com as vidas dos nossos jovens. “A pátria educadora” ainda não saiu da retórica!

*Membro da Sociedade de Escritores Médicos, Professora universitária.



Analíria Moraes Pimentel



Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva



Marcos Guilherme Praxedes Barretto

Medalha Maciel Monteiro e prêmio Diva Montenegro 2015

No dia 07/04 a Associação Médica de Pernambuco realizou a Outorga da Medalha Maciel Monteiro e o Prêmio Diva Montenegro, ambos em comemoração ao seu aniversário de fundação (04/04).

A medalha leva o nome do fundador e este ano foi entregue aos médicos Dra. Analíria Moraes Pimentel (Pediatra), o Dr. Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva (Cardiologista), e o Dr. Marcos Guilherme Praxedes Barreto (Cirurgião Geral).

Compondo a mesa, estava a presidente da AMPE, Dra. Helena Carneiro Leão, o Dr. Mauro Luiz de Britto Ribeiro, primeiro vice-presidente do CFM, o Dr. Mário Fernando Lins, diretor tesoureiro do Cremepe, o vice-presidente do Simepe, Dr. Tadeu Calheiros, Dr. Antônio Barreto presidente da Fecem, Dra. Jane Lemos, diretora cultural da AMB, Dr. Gentil Porto, vice-presidente da Academia Pernambucana de Medicina, e Dr. Luiz Barreto, presidente da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores.

Dra. Helena Lembrou o dia Mundial da saúde, comemorado na mesma data, e ressaltou o trabalho de cada ex-presidente da instituição para consolidar a luta por uma medicina ética, científica e cultural. Ao encerrar o discurso, reforçou a união das entidades e a força que ela representa. "Estamos todos Juntos", afirmou.

Dr. Mário Fernando, saudou os homenageados contando um pouco do perfil que os levou até a indicação da medalha, e a importância da valorização do médico e a qualidade do ensino.

Escolhido para representar os agraciados, Dr. Marcos Praxedes falou da honra dos três em receber a homenagem, e que esta se deve ao trabalho e dedicação de cada um.

"Foi este o local que escolhemos para praticar a medicina" disse Dr. Marcos referindo-se a este ano nenhum dos três serem pernambucanos de nascimento.

Outro momento lembrou-se de sua própria história, e os momentos que ao longo da vida o fizeram tomar a decisão pela medicina, ao qual considera um

prazer e não uma obrigação, pois a profissão tem um objetivo maior que é ajudar a melhorar a vida das pessoas. Ao encerrar, agradeceu aos que tornam o trabalho dos médicos possível, como enfermeiros, psicólogos entre outros profissionais que formam a equipe.

Prêmio Diva Montenegro

O Prêmio Diva Montenegro é um incentivo que desde 2007 estimula a Pesquisa Científica e é dirigida aos estudantes, os futuros médicos. Leva o nome da Médica pernambucana pioneira na área de microbiologia e análises clínicas e com importantes contribuições à medicina brasileira.

Os ganhadores de 2015 são:

- Ana Claudia Siqueira Torquato (FCM-UPE) com o trabalho "Avaliação da expressão do CD 200 na LLC - B e demais doenças linfoproliferativas crônicas - B- correlação entre diagnóstico clínico e laboratorial"
- Daniel Diniz Brito Santana (Faculdade Pernambucana de Saúde) com o trabalho: "Programa de valorização do profissional da Atenção Básica (PROVAB): como os egressos aprovados na residência médica avaliam a experiência.
- Eduardo Sávio Nascimento Godoy (UFPE) com o trabalho: Fístula e Estenose em anastomose gastrojejunal após derivação gástrica em Y de Roux: Avaliação da eficácia e segurança da dilatação endoscópica.

A dupla Racine e Ravel encerraram a solenidade com a Hora de Arte cantando "Recife, cidade lendária", de Capiba, e outros sucessos de Vinicius de Moraes, Luiz Bandeira e Geraldo Vandré com "disparada".



Prêmio Diva Montenegro

2015



Análise da expressão do CD200 em pacientes com Leucemia Linfocítica crônica-B e demais neoplasias linfoproliferativas crônicas-B na Fundação HEMOPE

Universidade de Pernambuco - UPE / Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco - HEMOPE.

Autores: **Ana Claudia Siqueira Torquato**, Paula Cristina Alves Leitão, Clívia Maiza Bezerra Silvestre Galindo, Amanda Valério Galindo, Cíntia Gonsalves de Faria Machado.



Introdução: A Leucemia Linfocítica Crônica B (LLC-B) é a mais comum das neoplasias linfoproliferativas crônicas-B (NLPC-B), representando cerca de 90% dos casos¹. O diagnóstico diferencial entre LLC-B e outras NLPC-B é importante, devendo ser consideradas a fase leucêmica dos linfomas não-Hodgkin^{1,2}. Diferentes estudos demonstraram que a expressão de CD200 é habitualmente elevada na LLC-B quando comparada com outras NLPC-B, sendo útil, portanto no diagnóstico diferencial destas doenças^{2,3,4}. **Objetivos:** Verificar as características clínico-epidemiológicas e laboratoriais da LLC-B e demais NLPC-B, incluindo a expressão do Cd200.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo do tipo série de casos realizado na Fundação HEMOPE com adultos de ambos os sexos com diagnóstico de LLC-B e outras NLPC-B no período de set.2011 a jul.2013.

Resultados: Foram analisados 95 pacientes, sendo 64 com diagnóstico de LLC-B e 31 com outras NLPC-B. A idade média foi de 70,40 anos na LLC e 61,80 anos nas outras NLPC-B. Quanto ao sexo, nos pacientes com LLC-B 57,81% eram do sexo masculino e 42,18% do sexo feminino, já nas outras NLPC-B 51,61% era do sexo masculino e 48,38% era do sexo feminino. Quanto à raça/cor, predominou em ambos os grupos os que se auto-declararam pardos (84,37% na LLC-B e 80,64% nas outras NLPC-B). O estadiamento de Binet nos pacientes com LLC-B, foi 54,68% no estágio A, 15,62% no estágio B e 29,68% no estágio C. No grupo das outras NLPC-B todos os pacientes foram diagnosticados com linfoma não-Hodgkin B no estágio IV. A adenomegalia foi evidenciada em 40,62% dos pacientes com LLC-B e em 38,71% nos pacientes com outras NLPC-B. Esplenomegalia foi observada em 37,5% nos casos de LLC-B, enquanto que nas outras NLPC-B foi observada em 61,29%. Os sintomas B ocorreram em 12,5% dos pacientes com LLC-B e em 35,48% dos pacientes com outras NLPC-B. Nos pacientes

com LLC-B a média de leucócitos foi de 82.607/ul (80,26% linfócitos e 13,33% neutrófilos), enquanto que nas outras NLPC-B a média de leucócitos foi de 63.614/ul (70,32% linfócitos e 14,67% neutrófilos), porém com significância estatística apenas na observação de maior linfocitose na LLC-B ($p=0,008$). O CD200 foi positivo em todos os pacientes com LLC-B com valor médio de 79,15, já nos pacientes com outras NLPC-B o CD200 foi negativo em 25,80% dos casos, tendo um valor médio de 46,52. Assim, o CD200 apresentou maior expressão na LLC-B em relação a outras DLPC-B ($p=0,03$). **Conclusões:** As características clínico-epidemiológicas e laboratoriais tradicionalmente descritas nas NLPC-B foram observadas neste estudo e a diferença de expressão do CD200 na LLC-B quando comparada a outras NLPC-B demonstrou ser útil no diagnóstico diferencial destas doenças.

Referências Bibliográficas:

1. Yamamoto M, Figueiredo VLP. Epidemiologia da leucemia linfocítica crônica e leucemia linfocítica crônica familiar. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2005;27(4):229-32.
2. Palumbo GA, Parrinello N, Fargione G, et al. CD200 expression may help in differential diagnosis between mantle cell lymphoma and B-cell chronic lymphocytic leukemia. Leuk Res. 2009;33:1212-16.
3. Dorfman DM, et al. CD200 (OX-2menbraneglycoprotein) expression in B-cell derived neoplasms. Am J Clin Pathol. 2010;134:726-33.
4. Pillai V, et al. CD200 Flow Cytometric Assessment and Semiquantitative Immunohistochemical Staining Distinguishes Hairy Cell Leukemia From Hairy Cell Leukemia-Variant and Other B-Cell Lymphoproliferative Disorders. Am J Clin Pathol. 2013;140:536-43.

Fístula e estenose em anastomose gastrojejunal após derivação gástrica em Y de roux: avaliação da eficácia e segurança da dilatação endoscópica

Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Pernambuco



Autores: **Eduardo Sávio Nascimento Godoy**, Josemberg Marins Campos.

Introdução: A área de estreitamento da anastomose gastrojejunal (AGJ) na DGYR leva à restrição alimentar e saciedade precoce; espera-se um diâmetro anastomótico entre 10 e 12mm. Medidas inferiores determinam quadro clínico compatível com estenose de anastomose gastrojejunal (EAGJ).

O tratamento de estenose e fistula na AGJ, após DGYR, envolve procedimentos cirúrgicos e endoscópicos. Este estudo corrobora a dilatação endoscópica como método padrão na resolução de EAGJ.

Materiais e métodos: Corte transversal, descritivo, retrospectivo, observacional. Foram avaliados 75 pacientes entre 17 e 69 anos. Todos os indivíduos foram submetidos à DGYR em diversos serviços, mediante laparotomia ou laparoscopia. Os pacientes desenvolveram EAGJ associada ou não à fistula de AGJ. Os procedimentos endoscópicos foram realizados em caráter ambulatorial ou hospitalar.

Resultados

Estenose de anastomose gastrojejunal (EAGJ) - EAGJ foi identificada em 59 pacientes (83,1% feminino). As cirurgias foram realizadas por via laparoscópica em 64,4% dos pacientes. As anastomoses apresentaram diâmetro médio de 8,9mm. Queixa de vômitos como razão para a endoscopia digestiva alta foi identificada em 69,5% dos pacientes. A intervenção por endoscopia alcançou uma média de 1,4 procedimentos/paciente.

Pneumoperitônio ocorreu como complicação em três pacientes. Estenotomia foi indicada em seis casos (10,1%) de estenose refratária à dilatação endoscópica com balão.

Estenose gastrojejunal associada à fistula gástrica - 16 pacientes (68,7% feminino) foram avaliados, sendo sete (43,7%) cirurgias abertas e oito (50%) laparoscópicas. O tempo médio verificado entre DGYR e diagnóstico de fistula foi 3,5 dias, com desvio padrão de 1,86. O tratamento primário da EAGJ associada à fistula ocorreu exclusivamente através de dilatação em 68,7% dos pacientes.

A maioria realizou duas ou três sessões de dilatação, correspondendo a 62,4% dos indivíduos. O tratamento endoscópico sem colocação de prótese ocorreu em 68,8% dos casos observados. Todos os casos apresentaram cura da fistula

sem recidiva, sendo tratados através dos métodos endoscópicos descritos acima.

Discussão: Foram avaliados 59 casos de EAGJ isolada, todos tratados por via endoscópica. Vômito foi a queixa mais citada, seguido de dor epigástrica e náusea.

A conduta atualmente eleita para EAGJ é dilatação endoscópica, com baixa taxa de morbidade, sendo perfuração a mais comum. Pneumoperitônio incidiu em três dos 42 pacientes efetivamente dilatados; todos os casos foram tratados conservadoramente.

Todas as fistulas neste estudo encontravam-se associadas à EAGJ; admite-se que esse estreitamento condiciona a perpetuação da fistula. Foi preconizada, de forma inédita, a dilatação endoscópica da EAGJ associada.

Desse modo, uma média de 4,4 dilatações foi efetuada; essas sessões, de modo isolado, atingiram sucesso em onze pacientes deste estudo. Nos sete indivíduos restantes, houve a necessidade de associação com outros meios para a resolução da estenose com fistula: prótese e estenotomia em EAGJ. A estenotomia foi necessária em sete dos 16 pacientes estudados.

Conclusões: Todos os pacientes submetidos à dilatação endoscópica isolada ou combinada apresentaram resolução clínica da EAGJ com ou sem fistula. Nos 42 pacientes com EAGJ isolada efetivamente dilatados, dilatação endoscópica mostrou-se eficaz. Dos cinco pacientes dilatados precocemente, todos apresentaram resolução clínica, sem registro de complicações. A dilatação endoscópica mostrou-se eficaz no fechamento de todas as fistulas de AGJ, mas determinou dois (02) casos de hemorragia digestiva alta. O número de sessões de dilatação foi, em média, 3,81.

Referências bibliográficas

1. SBCBM. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. 2007. Mapeamento da Obesidade. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/pesquisa2007.php>.
2. Takata, M. C., Ciofica, R., Cello, J. P., Posselt, A. M., Rogers, S. J., Campos, G. M. 2007. Predictors, Treatment, and Outcomes of gastrojejunostomy stricture after Gastric Bypass for Morbid Obesity. *Obesity Surgery*; 17: 878-884
3. Peifer, K. J., Shiels, A. J., Azar, R., Rivera, R. E., Eagon, J. C., Jonnalagadda, S. 2007. Successful endoscopic management of gastrojejunal anastomotic strictures after Roux-en-Y gastric bypass. *Gastrointestinal Endoscopy*; 66 (2):248-52.

Programa de valorização do profissional da atenção básica (provab): como os egressos aprovados na residência médica avaliam a experiência.

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)



Autores: **Daniel Diniz Brito Santana**, Lucas Casé Ferraz, Paulo José da Costa Mariz Neto, Gilliatt Hanois Falbo Neto (Orientador), Eduardo Jorge Fonseca Lima (Co-orientador), Luciana Cordeiro Souza Lima (Co-orientadora).

Objetivos: Descrever a influência do PROVAB na aprovação no processo seletivo da residência médica da Secretaria de Saúde de Pernambuco 2014.

Métodos: Estudo descritivo do tipo corte transversal com 67 médicos que realizaram o PROVAB e foram aprovados na residência médica. Aplicado questionário semiestruturado, com questões sócio-demográficas e atividades do programa.

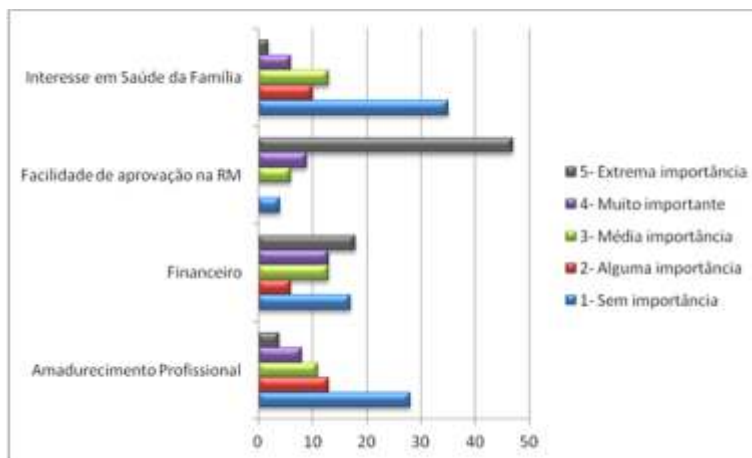
Resultados: O processo seletivo para residência médica SUS-PE 2014 ofereceu 307 vagas para as áreas básicas de acesso direto. Dos 307 candidatos aprovados nestas especialidades 98 fizeram parte do PROVAB. Destes, 67 (68,36%) residentes aceitaram participar do estudo e 31 recusaram o convite. Entre eles, o principal motivo alegado para participação no programa foi o bônus para aprovação na residência (70,14%). Enquanto o interesse em participar na estratégia de saúde da família foi apontado como sem nenhuma importância por 35 dos residentes (52,23%). Quanto a participação e frequência da supervisão, 34,32% afirmaram que teve muita importância e a sua frequência foi adequada. As condições físicas da unidade básica de saúde foram consideradas insatisfatórias ou muito insatisfatórias por 56,7% residentes.

Dos candidatos que utilizaram o adicional na nota da prova de residência, 30 (44,77%) dependeram deste bônus para sua aprovação. Os médicos residentes recomendariam a experiência do PROVAB a um amigo, em mais de 50% dos casos, apesar da maioria ter declarado que não tem interesse em participar da estratégia de saúde da família e das condições físicas não terem sido satisfatórias.

Ao analisarmos a importância que teve o bônus do PROVAB para aprovação na residência, 34 residentes (50,74%) preencheriam sua vaga mesmo sem o bônus

oferecido pelo programa. O aprendizado adquirido no contato com os pacientes e com as atividades de supervisão pode ter contribuído para este performance dos candidatos no processo seletivo.

Conclusões: A principal motivação dos residentes para a realização do PROVAB foi a bonificação para o processo seletivo da residência médica. É necessário melhorias nas questões relativas a supervisão e infraestrutura para que seu êxito seja duradouro.



Importância atribuída aos motivos que influenciaram a participação no PROVAB entre os aprovados no processo seletivo da residência médica SUS-PE 2014 e que realizaram o PROVAB.

Referências bibliográficas

1. Posição da ABEM em relação ao Programa de valorização dos profissionais da atenção básica, disponível no site: http://www.abem-educmed.org.br/pdf/nota_provab.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2087 de 1 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html
3. PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - PROVAB. Disponível em: http://189.28.128.99/provab/docs/geral/passos_a_passos_prof_saude_provab.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1369 de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html
5. Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ. Porque apoiar o PROVAB? <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/por-que-apoiar-o-provab>



Vitamina D: o que precisamos saber da indicação de dosar `a sua prescrição

Qual o papel da Vitamina D?

A Vitamina D é considerada um pro-hormônio da maior importância no metabolismo ósseo e homeostase do cálcio. É sabido que a hipovitaminose D na infância leva ao raquitismo, com suas deformidades do esqueleto. Na vida adulta, essa condição leva `a desmineralização óssea, causando osteomalácia. Ainda, o hiperparatireoidismo secundário que se instala, estimula a saída do cálcio do osso, o que o deixa porótico e com risco elevado de fraturas. Cada vez mais, o conhecimento das funções da Vitamina D se expande, no que tange a um papel fundamental em funções biológicas como inibição do crescimento e diferenciação celular, assim como a modulação imunológica. As evidências são cada vez mais robustas de que a forma ativa da Vitamina D exerça efeitos imuno-moduladores, principalmente nos linfócitos T e em diversas citocinas. A associação da hipovitaminose D com o diagnóstico de doenças autoimunes é alvo de cada vez maior número de publicações científicas. Nessas doenças, destacamos o Diabetes Mellitus 1, Esclerose Múltipla, Artrite Reumatoide, o próprio Lúpus Eritematoso Sistêmico e a Doença Inflamatória Intestinal.

Quais as fontes da Vitamina D?

A pele sintetiza vitamina D, mediante exposição `a luz solar, irradiação Ultravioleta, mais especificamente. Considera-se que a pele pode sintetizar até 10.000 UI dessa vitamina, após um dia de exposição ao sol, portanto, essa é a maior fonte para os humanos e que 15 minutos de exposição solar, 3 vezes por semana seria suficiente para um aporte adequado dessa vitamina. A outra fonte é a alimentação. A vitamina D, após absorvida, incorpora-se aos quilomicrons, caindo na corrente sanguínea via sistema linfático. No fígado, via a 25-hidroxilase, transforma-se em 25 hidroxil Vitamina D (25(OH)D) que assume a sua forma biologicamente ativa nos rins, a 1,25 dihidroxil Vitamina D ((1,25(OH)₂D). Convém lembrar que a pele sintetiza a forma da vitamina D₃ (Colecalciferol) e as fontes naturais contêm tanto essa forma, como a Vitamina D₂ (Ergocalciferol). Ambas passam pela via metabólica orgânica e ambas são utilizadas farmacologicamente. O Quadro 1 apresenta as principais fontes alimentares de Vitamina D, excluindo os alimentos industrializados que apresentam um reforço na sua concentração, tendência cada vez mais presente nos países desenvolvidos. Fica evidente que, a ingestão adequada não é difícil de se atingir, principalmente se acrescentamos os alimentos fortificados e um pouco de exposição ao sol. No

Quadro 2, encontram-se as recomendações de ingestão diária da Vitamina D, nas diferentes fases da vida e em situações especiais, como gravidez e lactação. Tais valores são consensuais nas diversas entidades como os Institutos Nacionais de Saúde americano (NIH) e Endocrine Society.

Quais os valores normais da Vitamina D?

O status da Vitamina D é baseado na concentração sérica da 25(OH)D. (Quadro 3). A interpretação das faixas de valores ainda é motivo de polêmica, sendo os valores propostos pelo NIH em faixas mais baixas dos propostos pela Endocrine Society, esses últimos com uma tendência atual mais ampla de aceitação. Nesse caso, considera-se deficiente, níveis séricos abaixo de 20 ng/ml, insuficiente, quando estiverem entre 20 e 30 ng/ml e adequados, acima de 30 ng/ml. Sabe-se que, acima de 50 ng/ml, pode haver risco de toxicidade, o que consensualmente se admite acima de 100 ng/ml.

Quando se deve solicitar a dosagem da Vitamina D?

Com a maior disponibilidade do ensaio sérico da 25(OH)D, surgiu a pergunta da validade ou não de se solicitar indiscriminadamente essa dosagem. É óbvio que não se discute a importância de rastrear populações de risco de ter hipovitaminose D, como aqueles com muito baixa exposição ao sol, os portadores de transtornos malabsortivos, os pacientes submetidos a cirurgias bariátricas e as comunidades com muito baixa estatura. Dados atuais incluem indivíduos obesos e portadores de peles escuras como propensos `a hipovitaminose D, entretanto, o impacto disso em sua saúde ainda precisa ser determinado. Em seu protocolo sobre Avaliação e Prevenção da Vitamina D e sua deficiência, A Endocrine Society não recomenda a dosagem em pessoas fora de risco da hipovitaminose D, por não encontrar dados que comprovem o impacto dessa ação na saúde em geral. Tal conclusão é corroborada pelo NIH que, na sua Força Tarefa de Saúde Preventiva (U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement) endossa essa conclusão, considerando indivíduos adultos saudáveis e assintomáticos. Entretanto, várias Sociedades de Especialidades discordam, como a de Geriatria, que considera importante o rastreamento, no sentido de diminuir o risco de osteoporose, assim como a Sociedade de Ginecologia. Com o conhecimento cada vez maior do papel desse pro-hormônio, principalmente no setor imunológico, a prática clínica cada vez mais tende a incluir essa dosagem no rol dos exames de rotina. O impacto econômico e os desdobramentos em termos de ações

1 Principais fontes alimentares de vitamina D

(excluindo os alimentos industrializados fortificados com vitamina D)

Óleo fígado de bacalhau 1 colher de sopa UI por medida 1,360

566 Peixe espada cozido 85 g

447 Salmão cozido 85 g

154 Atum em conserva, em água 85 g

46 Sardinha em óleo enlatada 2 sardinhas

42 Fígado, Carne cozidas 85 g

41 1 Ovo grande a vitamina D está na gema

06 Queijos 28g

2 Ingesta diária recomendada da vitamina D

<http://ods.od.nih.gov/osteoporose>



terapêuticas são motivo de debates atuais e estudos prospectivos ainda em andamento.

Como e quanto prescrever a Vitamina D?

A indicação formal de prescrever a Vitamina D é a sua deficiência ou sua insuficiência. Medidas gerais como exposição solar e ingestão de alimentos ricos nessa vitamina devem ser incentivadas sempre que possíveis. As apresentações disponíveis incluem formulações orais (soluções, cápsulas, caramelos, comprimidos), da Vitamina D2 (Ergocalciferol) e da Vitamina D3 (Colecalciferol). Já se encontra comprovada a eficácia da dose semanal, comparada com a sua prescrição diária. O uso mensal ainda carece de melhor comprovação. Quanto à dose a ser prescrita, deve-se levar em conta o grau de deficiência, o estado geral do paciente, principalmente no que diz respeito ao risco de toxicidade e suas condições de absorção intestinal. Não existe robustez nos estudos para determinar a dose máxima diária a ser prescrita, mas há consenso em todos os protocolos, em não se superar a dose de 10.000 UI diárias, que seria o máximo a ser produzido pela pele em um dia de exposição ao sol. No caso de deficiência, recomenda-se uma dose de 50.000 UI semanais por 2 meses, mudando para uma dose de manutenção assim que os níveis séricos da 25(OH)D ultrapassem 30 ng/mL. Diversos estudos clínicos revelam que, em situações especiais, como por exemplo, no tratamento da osteoporose, há incremento terapêutico se a dosagem estiver acima dos 40 ng/mL.

A Hipervitaminose D é motivo de preocupação?

Apesar de bastante tolerada, a hipervitaminose D tem sua toxicidade. O limite sérico que isso pode acontecer ainda não está de todo determinado e há de se levar em conta fatores intrínsecos predisponentes, como uma função renal comprometida. O consenso atual é que, a partir de 100 ng/mL de 25(OH)D sérico, o risco de toxicidade cresce exponencialmente, e não há registro na literatura de benefícios em se manter tais níveis. O efeito primordial da hipervitaminose D é a Hipercalcemia, com suas consequências a longo prazo de calcificação disseminada,

incluindo aterosclerose, litíase renal e alterações ósseas. Os sintomas agudos incluem constipação, desidratação, anorexia, fadiga, irritabilidade, fraqueza muscular e vômitos. O diagnóstico laboratorial se faz pelos achados de hipercalcemia, hipercalcúria e hipervitaminose D. O tratamento, além da suspensão da vitamina D, incluiria as medidas inerentes ao quadro apresentado, como reposição hídrica.

Precisamos levar em conta os potenciais riscos de toxicidade, incluindo a aterosclerose, quando prescrevermos a Vitamina D. O objetivo primordial deve ser corrigir uma deficiência ou insuficiência dessa vitamina, facilmente detectada pela dosagem sérica da 25(OH)D que, à luz do conhecimento atual, estaria adequada acima de 30 ng/mL. Ainda não se dispõe de estudos conclusivos do benefício de se manter esses níveis muito acima do descrito, bem como os limites da toxicidade ainda carecem de ser estabelecidos. Um preceito fundamental de Hipócrates – “Primo non nocere” – expressão em latim que expressa “Primeiro não prejudicar”, nos guia a analisar com atenção o paciente, para decidir da necessidade de adicionar Vitamina D às medidas gerais de saúde que devem ser implementadas.

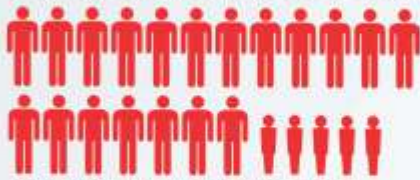
*Endocrinologista e metabologista

Referências Bibliográficas:

- HOLICK, MF et al: Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 96: 1911–1930, (2011).
- VITAMIN D FACTSHEETS <http://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional>
- LE FEVRE M L, MD, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine Vol. 162 No. 2 20 January 2015.
- CHRISTAKOS S, et al: Vitamin D: metabolism. Endocrinol Metab Clin North Am 2010, 39(2):243-253.
- HATHCOCH JN et al: Risk assessment for Vitamin D. Am J Clin Nutr 2007, 85:6-18.
- MARQUES CDL et al: A importância dos níveis de vitamina D nas doenças autoimunes. Rev Bras Reumatol 2010; 50(1):67-80
- VIETH R: Vitamin D Toxicity, Policy, and Science. Journal of Bone and Mineral Research Volume 22, Supplement 2, 2007
- BRENT W: Hypervitaminosis D. MEDLINE PLUS http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/JUL_7_2013.

Medicina em números

Impacto do ebola em novo relatório da UNICEF



24 mil pessoas infectadas, 5 mil são crianças



16 mil crianças perderam o pai ou a mãe - ou ambos

Estudo prevê crescimento da Inflação médica neste ano no Brasil

Custo Médico e Hospitalar (VCMH) segundo estudo global da consultoria Aon. Realizado em 84 países de todos os continentes



custos da assistência médica privada no Brasil



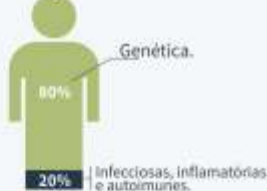
Doenças raras cerca de 8 mil tipos

OMS define doença rara como a que acomete até 65 pessoas a cada 100 mil.

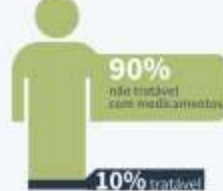
População afetada



Origens



Tratamento



Estudo da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma)

Governo Federal negligencia a saúde



Fonte: CFM

Tendências

Em 2014 mais de 1/3 do capital de risco do Google foi investido em projetos de saúde e ciências da vida.

GOOGLE GENOMICS

Uma API para armazenamento, processamento de DNA. Pode-se armazenar a cópia do genoma por 25 dólares/ano.

GOOGLE X

Desenvolvimento de uma pilula com nanopartículas magnéticas que é jogada na corrente sanguínea para identificar células cancerosas e passa os resultados para um equipamento vestível.

LABORATORY DATA

Banco de dados onde os pacientes guardam suas informações médicas, podendo ser consultado para decisões de tratamentos e procedimentos.

GOOGLE FIT

Plataforma de saúde onde através dos aplicativos em equipamentos, usuários podem acompanhar o desempenho físico.

SMART CONTACT LENSES

Parceria com a Novartis para que lentes de contato verifiquem níveis de açúcar passando em tempo real para um aplicativo.

KNOWLEDGE GRAPH

Algoritmo que retorna com informações relevantes aos que procuram informações médicas no buscador.

GOOGLE GLASS

Permite o acompanhamento de procedimento com a visão do médico, além de inúmeras outras aplicações de ensino a distância.

Fonte: HIT Consultant

Cai o número de fumantes no Brasil

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2014 em comparação à Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), realizada em 2008.

HOMENS 17,5%

MULHERES 20,9%



nível fundamental incompleto ou sem instrução e nível superior

Redução da população fumante por sexo

Alcance das políticas públicas antitabagista por nível de escolaridade



Oncologia Uma abordagem multidisciplinar

Principais livrarias do Recife por R\$ 190,00 (revertidos para o CEON)

Produzida por profissionais e estudantes do Centro de Oncologia de Pernambuco – CEON do Hospital Universitário Oswaldo Cruz- HUOC e da Liga de Oncologia de Pernambuco – LOPE. Tem por objetivo orientar e despertar nos estudantes e profissionais de saúde um maior interesse pelos diferentes tipos de câncer, perceber o tratamento adequado e humanizado a este tipo de paciente, fatores de risco aos diagnósticos, prevenção. Trata-se de um novo jeito de olhar o paciente.



O Seminário

Disponível no site da Editora Bagaço e nas livrarias Jaqueira e Imperatriz por R\$ 30,00 reais

A escritora e médica Maria Cristina Cavalcanti de Albuquerque lançou seu novo livro *O Seminário*. O lançamento foi em comemoração ao aniversário da Revolução Pernambucana de 1817. A obra mostra como o Seminário de Nossa Senhora das Graças de Olinda foi o útero gestor das ideias libertárias que formaram a incrível geração de pernambucanos personagens do romance.

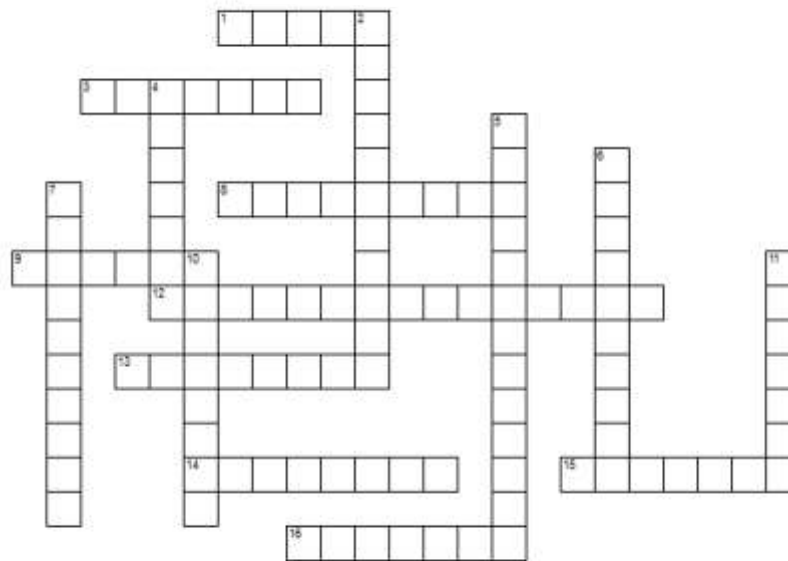


Informar e Educar em Saúde: análises e experiências

Editora Fiocruz em conjunto com a Edufba

Completam a coletânea textos que abordam o jornalismo sobre saúde, o consumo de informações em saúde, bioética, educação e meio ambiente, e uma experiência de ouvidoria coletiva – metodologia que ultrapassa a concepção da ouvidoria tradicional para auscultar, de maneira ampliada, as condições de vida e as percepções de saúde na comunidade.

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



Horizontais

1. relativo à panturrilha.
3. tumor abdominal.
8. Moléstia cutânea causada pelo *Sarcoptes scabiei*.
9. Neoplasia nas células da glia.
12. Radiografia de um aneurisma.
13. Relativo à caxumba.
14. Relaxamento de um esfíncter corporal, como por exemplo, a cárdia.
15. Todo monossacarídeo com cinco átomos de carbono.
16. Resíduo eliminado do corpo.

Verticais

2. Célula de origem do linfócito.
4. Tumor causado pela proliferação de tecido linfóide.
5. Paralisia de uma pálpebra.
6. Que tem forma de cunha.
7. Vitamina D.
10. Deficiente de energia.
11. Inflamação de uma bolsa serosa.

RESPOSTAS

1. SUPRAL 2. LINFOBLASTO 3. CELIOMA 4. LINFOMA 5. BLEFAROPLEGIA 6. CUNEIFORME 7. CALCIFEROL 8. ESCABIOSE 9. GLOMA 10. ANERGICO 11. BURSTITE 12. ANEURISMOMOGRAFIA 13. OURLIANO 14. CALANDRA 15. PENTOSE 16. EXCRETÁ



Gildo Benício, Um médico entusiasta

Gildo Benício tem uma característica pessoal, que deveria ser imitado por todos: é um entusiasta pela profissão que escolheu, a Medicina. As suas atividades profissionais e os cargos que ocupou foram exercidos sempre com amor, ética e competência. Concluiu o Curso Médico em 1960 pela UFPE e fez pós-graduação no Rio, no Hospital dos Servidores (HSE). Ainda cedo casou com Dulce (com quem fez Bodas de Ouro este ano) e tiveram três filhas: Diana, Sílvia (a única médica) e Leila.

Conheci Gildo no serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Professor Manoel Caetano de Barros, na Enfermaria São Miguel do Hospital Pedro II. Estávamos começando a exercer nossa especialidade, a Neurologia, e a iniciar uma amizade que perdura até os dias atuais. Sua trajetória profissional foi marcada pela dedicação ao paciente epilético. Foi dele a iniciativa de criar um serviço para reabilitá-los profissionalmente. Foi constituída uma equipe liderada por ele, que atendia o trabalhador, acometido por uma primeira crise epilética, para acompanhamento clínico e sua reinserção no mercado de trabalho.

Estas e outras ações médico-sociais fizeram com que ele fosse eleito Presidente da Liga Brasileira de Epilepsia (LBE), período que promoveu, juntamente com Gilson Edmar e Ana van der Linden, uma expansão a nível nacional e internacional da entidade. A sua gestão foi tão importante que se diz que a LBE tem dois momentos: antes e depois de Gildo Benício. Nos dois anos de mandato, modernizou os Estatutos da LBE, criou a 1ª Jornada Brasileira de Epilepsia e trouxe o Professor Henri Gastaut, o maior epileptologista do mundo, na época, para um Simpósio em Recife.

Sua competência e sua dedicação ao trabalho associativo o fizeram se aproximar da Associação Médica de Pernambuco (AMPE), onde exerceu vários cargos, começando como Delegado da AMPE, na época o mais novo da Assembleia. Foi Delegado junto à Associação Médica Brasileira (AMB) por vários mandatos e, por sua atuação, fez parte da Diretoria da AMB.

Foi Presidente da AMPE de 1984 a 1985, tendo participado do movimento médico pela redemocratização do país e pela aproximação das três entidades médicas de Pernambuco, grande passo para a luta em prol da defesa profissional. No SIMEPE é Sócio Benemérito, tendo sido também Secretário-Geral do CREMEPE e um dos fundadores da UNIMED.

A sua atividade médica se distingue pela dedicação aos seus pacientes neurológicos, seja no

serviço público, onde trabalhou vários anos, seja na atividade privada, sempre com seu rigor ético. O seu excelente desempenho científico fez com que criasse as Jornadas Norte-Nordeste de Neurologia e Neurocirurgia, as quais fizeram surgir pessoas e grupos que até então não apareciam nos Congressos Nacionais. Participou de Congressos e Jornadas no Brasil e no exterior, pronunciando Palestras e participando de Cursos. Sempre frequentou o Congresso Médico Estadual da AMPE. Também examinou trabalhos científicos de estudantes candidatos à Sociedade de Internos dos Hospitais do Recife.

Foi distinguido com a Medalha Maciel Monteiro e a Medalha dos 170 anos da AMPE, a Medalha São Lucas, concedida pelas entidades médicas de Pernambuco, como reconhecimento a um verdadeiro médico e recebeu a Medalha José Alberto Maia do Capítulo Pernambucano da Academia Brasileira de Neurologia.

Como reconhecimento à sua atuação médica, lhe foi entregue pela AMPE uma placa que diz: “pela excelente contribuição a esta entidade, ao longo de várias gestões”. Pela UFPE, na gestão de Gilson Edmar como Diretor do CCS, recebeu o Prêmio Cérebro e Criatividade, “pelo idealismo e brilhante competência dentro do cenário médico-científico pernambucano e brasileiro”.

Um fato curioso ocorreu quando era Residente do HSE-Rio. Atendeu como plantonista um figurão da República, o Presidente do Congresso Nacional, que por conta do tratamento pôde ocupar a Presidência da República. Um jornalista desavisado colocou no seu Jornal o nome de Gildo Benício como o Médico de Sua Excelência, passando a ser considerado pela Sociedade e pelos amigos como a mais nova celebridade médica do momento.

Além de toda esta importante trajetória profissional, é uma pessoa que sabe conversar e manter os amigos em torno de si.

Por isso, Gildo Benício é um expoente da nossa Medicina.





REALIZE SEU EVENTO NA

AMPE

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO



SEU EVENTO COM A MELHOR IMAGEM

OS AUDITÓRIOS DA AMPE AGORA DISPÕEM DE MODERNOS
PROJETORES COM ENTRADA HDMI

AUDITÓRIO EUSTÁQUIO GOMES

TOTALMENTE REFORMADO, CLIMATIZADO COM
CAPACIDADE PARA 60 LUGARES, CONTA COM COPA E
BANHEIROS INDIVIDUAIS E PROJETOR



AUDITÓRIO OCTÁVIO DE FREITAS

CLIMATIZADO E CAPACIDADE PARA 200 LUGARES,
CONTA COM COPA, BANHEIROS INDIVIDUAIS E
PROJETOR NO TETO.



HALL

CLIMATIZADO E COM AMPLO
ESPAÇO PARA EVENTOS, COPA E
BANHEIROS INDIVIDUAIS

MAIS DETALHES E VALORES: **FONE:** 3423-5473 / 3423-0805 / **EMAIL:** somepe.ampe@hotmail.com