

JORNAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

JMP

VOL. 2 - Nº 02, 2018

Tecnologia nacional revoluciona o tratamento da queimadura

Como o uso do couro
da tilápia se mostra
vantajosa frente aos
demais tratamentos

**Prêmio Diva Montenegro de
incentivo à pesquisa**

leia os trabalhos contemplados
deste ano

Expoente da Medicina

conheça a história do
médico Edmar Víctor



APOSENTADORIA É ASSUNTO MUITO SÉRIO, NÃO DEIXE PARA DEPOIS.

A PrevPlan tem o *know-how* que você precisa para otimização do seu benefício.

Saiba as 4 etapas da nossa consultoria:

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Com base no seu histórico de contribuições ao **INSS**, elaboramos um completo diagnóstico de sua situação. Compõem o diagnóstico: **contagem de tempo, data e valor** previstos da **aposentadoria**, valores recolhidos acima do teto passíveis de recuperação, identificação de lacunas de contribuição e outras informações importantes.

2. ATUALIZAÇÃO E AJUSTE DE CADASTRO NO INSS

A grande maioria dos segurados do INSS tem seus dados desatualizados, o que pode diminuir muito o valor da aposentadoria. Antes de darmos entrada no seu benefício, ajustamos o histórico, visando vincular todas as contribuições ao seu cadastro.

3. CONTAGEM DE TEMPO ESPECIAL PARA MÉDICOS

O simples fato de ter exercido a medicina anteriormente a 1995 dá ao médico direito a uma **contagem adicional** de tempo de contribuição de **até 40%**. Fazemos o serviço de inclusão deste tempo adicional, que pode antecipar sua aposentadoria e elevar-lhe o valor.

4. REQUISIÇÃO DA APOSENTADORIA

Conhecido seu histórico e feitos os ajustes necessários, podemos representá-lo junto ao INSS para requerer o benefício da aposentadoria e acompanhar o processo até a sua conclusão.

Ligue:

(81) 3467.5499 | (81) 97107.8000

contato@prevplan.com

www.prevplan.com

ISSN 2595-3141

EDITORA CIENTÍFICA

Nair Cristina Nogueira de Almeida

CONSELHO EDITORIAL

*Nair Cristina Nogueira de Almeida,
Sirleide Lira, Gildo Benício,
Gilson Edmar Gonçalves e Silva,
Selma Vasconcelos,*

CONSELHO CIENTÍFICO

*Nair Cristina Nogueira de Almeida,
Gilson Edmar, Selma Vasconcelos
Maria do Carmo Lencastre,
Marília Delgado*

DIAGRAMAÇÃO

*Projeto gráfico: Antonio Gomes
Barbosa Neto*

*Capa: Criação: Antonio Gomes Barbosa Neto
Foto: Istock*

JORNALISTA RESPONSÁVEL

*Antonio Gomes Barbosa Neto
DRT/PE 3689*

TIRAGEM

2000 cópias

Grafica: A Única, gráfica e editora

CONTATO E ANÚNCIO

Fone: 81 99932.9386

Email: comunica@ampe-med.com



DIRETORIA AMPE

*Presidente - Helena Maria Carneiro Leão,
1º Vice-Presidente - Sílvia da Costa Carvalho Rodrigues,
2º Vice-Presidente - Anacleto Rodrigues de Carvalho,
3º Vice-Presidente - Maria do Carmo Lencastre
Secretário Geral - Bento José Bezerra Neto,
1º Secretária - Sirleide de Oliveira Costa Lira,
2º Secretária - Nair Cristina Nogueira de Almeida,
1º Tesoureira - Marília de Moraes Delgado,
2º Tesoureiro - Antonio Lopes Miranda.*

*Associação Médica de Pernambuco,
Rua Oswaldo Cruz, 393, Boa Vista, Recife-PE
CEP: 50055-220 - Fone 3423.5473
Email: somepe.ampe@ampe-med.com*

SUMÁRIO

EDITORIAL

05 Novos rumos na ciência da AMPE

05 Notas

ENTREVISTA

06 **Marcelo Borges** - Couro de tilápia como curativo biológico é o próximo passo no tratamento das queimaduras.

MATÉRIAS

10 **APMR** - Preceptor especialista, e a nova diretoria da APMR

11 **Medalha Maciel Monteiro** - Como a profissão evolui junto com o profissional.

RESUMOS

13 Avaliação de Protocolo de Imunossupressão em Pacientes Submetidos a Transplante Cardíaco

14 A Integralidade ao Cuidado do Câncer de Colo Uterino: Um Estudo na Perspectiva nos Profissionais de Saúde

15 Frequência da Apneia Obstrutiva do Sono na Doença Renal Crônica: Associação com Hipertensão Arterial Sistêmica e Rigidez Arterial

16 A abordagem etnofarmacológica na busca de alternativas terapêuticas para o tratamento de diabetes mellitus e suas comorbidades

RELATO DE CASO

17 Agulhamento Seco e Infiltração de Lidocaína 1% para Tratamento da Síndrome do Piriforme Associada à Síndrome Dolorosa Miofascial

EXPOENTES DA MEDICINA

18 **EDMAR VÍCTOR** - O homem da medicina laboratorial



Editorial

**NAIR CRISTINA
NOGUEIRA DE ALMEIDA**
Editora científica

O Jornal de Medicina de Pernambuco tem como objetivo publicar informação científica. Indispensável portanto, ser registrado com o ISSN. O International Standard Serial Number é um registro, na forma de número serial de 8 dígitos, que identifica uma publicação seriada (jornais, revistas) internacionalmente e promove a sua catalogação e localização nas mais diversas formas de acervo literário. Apesar de ser um Jornal secular, por conta da adequação a esse registro, a numeração outrora inexistente – apenas registro da data da publicação, passou a contar a partir de agora. Essa edição apresenta entrevista com o Dr. Marcelo Borges, cirurgião plástico, sobre sua marcante e inovadora pesquisa sobre a utilização da pele do peixe tilápia como curativo biológico para tratamento de queimaduras e feridas. Através de texto dinâmico e ilustrado, podemos acompanhar a evolução do seu trabalho, seus resultados e aplicabilidade. Como parte da nossa política de apoio aos médicos residentes, abrimos espaço nessa edição para o texto do Dr. Mário Melo, diretor da Associação Pernambucana de Médicos Residentes, onde o mesmo defende a necessidade de preceptores com formação

adequada, não só como especialistas, como também na esfera didática. Todos os anos, a AMPE concede a Medalha Maciel a três destacados médicos e o prêmio Diva Montenegro de incentivo à pesquisa, concedido a estudantes das nossas faculdades de Medicina que se destacaram nessa área. A cerimônia no mês de abril comemora o aniversário de nossa instituição, e carrega o nome do nosso fundador. Os trabalhos vencedores estão disponíveis nesta edição. Publicamos também um relato de caso dos acadêmicos da Uninassau, uma vez que pretendemos incentivar a produção científica dos nossos estudantes. Finalmente, não deixem de ler a nossa tradicional página – “Expoentes da Medicina”, onde o nosso colaborador, Dr. Gildo Benício discorre sobre um médico em destaque no nosso estado. Dessa vez, o expoente é o Dr. Edmar Víctor, da Medicina Laboratorial. Nosso desejo é que todos tenham uma agradável e produtiva leitura, e que sejam motivados a interagir conosco, enviando seus comentários, sugestões e artigos para serem publicados.

Notas

CREMEPE e AMPE passam a integrar comitê de bioética

A representante do Comitê de Bioética da Unesco, e também 3ª vice-presidente da AMPE, Maria do Carmo Lencastre, participou da reunião a presidente da Esem e AMPE, Helena Carneiro Leão, e André Dubeux, presidente do Cremepe. O encontro teve o objetivo de formalizar um convênio entre o Comitê e as entidades médicas.

Participação em posses: nova direção do Hospital Militar de Área de Recife, Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - regional Pernambuco (SBBC-PE), Sociedade Brasileira de cardiologia regional Pernambuco (SBC-PE).

Dra. Ester Azoubel Sales Recebe título de Professora Emérita da UFPE

Membro da Academia Pernambucana de Medicina, Azoubel Sales foi mestre, por duas vezes, do Capítulo de Pernambuco do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; é membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Vasculosa e atuou na Sociedade de Medicina de Pernambuco, hoje AMPE, como secretária-geral e delegada, e no Conselho Regional de Medicina (Cremepe).

AMPE participou da abertura da XXXV Jornada Pernambucana de Psiquiatria

O evento foi aberto a todos os estudantes de Graduação, Residência e profissionais de Saúde de Pernambuco e outros estados. E a programação contemplou professores e pesquisadores de expressão local e nacional.

II Conferência Nacional de Ética Médica (II Conem), realizado em abril pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) constituiu uma das etapas finais da atualização do Código de Ética Médica (CEM), em vigor desde 13 de abril de 2010. Teve presença de integrantes da diretoria da AMPE.

AMPE prestigiou posse da **Dra. Carmem de Castro Chaves** na APM que assumiu a cadeira n 5, anteriormente ocupada pelo Dr. José Falcão, e tendo como patrono Dr. Antonio Peregrino Maciel Monteiro.



Curso de embasamento à perícia médica judicial ressaltou a importância do profissional

Promovido em maio pela AMPE em Parceria com a ABMLPM-PE, foi ministrado pelo Dr. Demercindo Brandão Neto, Presidente da Associação Mineira de Medicina Legal, e Prof. Emérito de Medicina Legal da Fac. de Ciências Médicas MG., trouxe esclarecimentos a vários temas que são tocantes a profissão.

“O perfil do perito vem se concretizando nos últimos anos, hoje é um serviço de saúde sendo cursos como este importante para fortalecer nossa área e difundir o conhecimento.” Ressaltou.

Através de cada participante do curso sendo de diversas áreas, bem como criminal, civil, entre outros, o palestrante transcorreu o curso com sua trajetória rica em experiências, a mostrar o desdobramento de cada caso em diversos outros e suas mais intrínsecas variantes.

“O profissional sempre tem que estar atento. Quando se trabalha bem, sempre tem como tirar boas experiências que constroem o profissional. Ouvir, escutar com atenção a todos é uma boa prática para um perito, isso traz proteção.”

**Faça parte
deste NOVO momento**

Associe-se

Uma nova era para o tratamento das queimaduras

A ideia do uso da pele da tilápia como curativo biológico para tratamento de queimaduras e feridas surgiu em novembro de 2011 ao ler uma matéria no Jornal do Commercio de Pernambuco que tratava sobre uso do couro para confecção de bolsas cintos e outros artefatos finos. O questionamento foi imediato: "Se essa pele tem ao mesmo tempo, delicadeza e resistência para se transformar em um acessório feminino, então porque não teria delicadeza para substituir a pele humana durante o tratamento das queimaduras e feridas".

Por coincidência, semanas depois, estava ele inaugurando o banco de pele do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e nesse banco, por quase dois anos, ele aprendeu a esterilizar a pele humana com segurança. Desse momento em diante, pensou em como adaptar o protocolo de esterilização da pele humana ao do couro da tilápia. O tripé da esterilização da pele da tilápia é uma derivação do da pele humana, que ele havia aprendido entre 2011 e 2013.

JMP: Como foi o início da busca por um lugar que aportasse sua pesquisa?

MB: Tentei viabilizar o início da pesquisa aqui em Pernambuco, mas não foi possível. Como se sabe, pesquisa no Brasil não é fácil e nem barata. Felizmente, em setembro de 2014, fui convidado pelo Dr. Edmar Maciel (amigo, cirurgião plástico do Ceará e presidente do Instituto de Apoio ao Queimado) para iniciar as pesquisas. O Instituto é uma ONG e ele me propôs que apresentássemos, através do Instituto, o esboço dessa pesquisa à Companhia de Energia Elétrica do Ceará, a ENEL. Fizemos isso em dezembro de 2014 e, em menos de três meses, estávamos assinando o contrato de financiamento para a pesquisa. Foi a única forma de viabilizar um projeto de pesquisa que eu acreditava que poderia ser importante, tanto nacional como internacionalmente. Inicialmente, fiquei desapontado com as lideranças do polo médico pernambucano à época, mas ao mesmo tempo, tive que ser realista e entender que as condições foram mais acolhedoras no Ceará. Infelizmente estamos com o banco de pele do IMIP, único do Nordeste, desativado e, realisticamente, creio que nada vá mudar, mesmo com o êxito da pesquisa. O custo é muito elevado de manutenção e as fontes de financiamento neste momento cada vez mais escassas.

JMP: Como está a expansão da técnica para outros locais?

MB: Começamos em janeiro o estudo multicêntrico em nosso serviço, o SOS Queimaduras e Feridas no Hospital São Marcos em Pernambuco. A base em Fortaleza vai continuar. Também já começamos em fevereiro no Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás e existem algumas possibilidades de levar a pesquisa para o exterior.

JMP: Como tem sido a recepção no meio médico?

MB: Bastante positiva, visto que apresentamos em várias partes do Brasil. No exterior apresentamos nos EUA (em Las Vegas e no Havaí), e este ano iremos em novembro para a Índia apresentar no Congresso Internacional de Queimaduras em Nova Deli. Também apresentamos no Chile, Peru e na Federação Ibero-Americana de Cirurgia Plástica via teleconferência para mais de 10 países da América do Sul, Central, bem como Portugal e Espanha. Em todos os locais tem sido recebida como revolucionária e inovadora, não só em queimaduras, mas em outras áreas médicas.

JMP: Qual a vantagem da pele da tilápia frente a outras técnicas que já são usadas largamente no resto do mundo?

MB: Comparada à Sulfadiazina de prata (grupo controle) que tem ação de antibiótico, o nosso estudo preliminar em Fortaleza chegou a resultados importantes. Primeiro, a redução na intensidade da dor entre 30% a 50% no transcorrer do tratamento e a redução de dois dias e meio no tempo de cicatrização. Esses dois aspectos sempre comparados com o grupo controle, foram os principais ganhos, tendo como

ganhos secundários a redução em 54% nos custos do tratamento.

Se as outras pesquisas que começaram agora em outros estados demonstrarem os mesmos resultados, esperamos que haja uma redução no tempo da duração da troca do curativo com envolvimento da equipe de enfermagem em menor número e intensidade. É um benefício não só em relação à diminuição da dor, mas também ao deslocamento dos pacientes que estão, por exemplo, no tratamento ambulatorial.

A cada 10 lâminas da pele da tilápia que nós aplicamos no primeiro dia do atendimento, em torno de oito delas permanecerão ao longo de todo o tratamento, sendo tiradas por ocasião da alta do paciente.

JMP: Do início até este momento, já foram feitas modificações no processamento dessa pele?

MB: Mudanças foram feitas ao longo do processo: o modo de esterilização, que é um antisséptico à base de Clorexidina, Glicerol, que é um álcool utilizado em altas concentrações e a radiação ionizante com Gama Cobalto 60. Essa radiação é realizada no Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares da USP em São Paulo. A base laboratorial continua sendo o Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos (NPDM) que é vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC).

Na verdade, esse tripé sofreu modificações importantes, e depois de muito consolidadas, em função do estágio pré-clínico dessa pesquisa ter sido feita com todo o rigor acadêmico e científico apresentando resultados positivos, nesse momento, não sentimos necessidade alguma de incorporação de outros ajustes. Não mudamos esse modelo há mais de um ano.

JMP: Qual o alcance internacional em termos de testes feitos no exterior com essa técnica?

MB: Ainda não foi feito teste em humanos fora do Brasil com esta técnica. Apenas com animais feridos na Califórnia, e



Josué Correia Bezerra, atendido em Fortaleza, 36 anos, paciente nº 1 com o curativo biológico,

Entrevista

Dr. Marcelo Borges

também tivemos em outubro o seriado americano *The Good Doctor* (sexto episódio da primeira temporada), que fez referência clara à nossa pesquisa no Brasil.

Nossa pesquisa traz questões inovadoras para a comunidade científica. Se ela for registrada na ANVISA, talvez em um ano ou mais, nós vamos quitar uma dívida tecnológica que perdura neste País há mais de 50 anos. Enquanto o primeiro mundo trabalha com a pele de porco como curativo biológico no tratamento das queimaduras, o Brasil, até então, não tem, nem nunca teve, nenhum curativo de origem animal como substituto temporário da pele humana nessas situações.

Nós estamos abrindo uma nova vertente ao habitat dos animais utilizados para o benefício do homem. Historicamente os terrestres eram os mais requisitados para nos ajudar em várias situações para a saúde, como a galinha, o porco e o gado, mas pela primeira vez mudamos o habitat, do terrestre para o aquático. A tilápia é o primeiro peixe no mundo a ser empregada em queimaduras.



São nativos da África, mas foram introduzidas em muitos lugares nas águas abertas da América do Sul e sul da América do Norte, são peixes criados para alimentação humana e sua pele tem larga usabilidade na indústria da moda, sendo empregada em sapatos, bolsas e acessórios.

da chamada “Síndrome de Rokitansky” que tem bons resultados como novo revestimento no contorno da mucosa vaginal. Na otorrinolaringologia, para a reconstrução de membrana timpânica, na oftalmologia, possivelmente auxiliando no tratamento do pterígio, em feridas crônicas, como as úlceras varicosas. Ao longo do tempo, outras especialidades poderão ser beneficiadas com essa nossa descoberta.

JMP: E no quesito científico, como isso vai impactar em novas aplicações?

MB: Em Pernambuco nós conseguimos o apoio do Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e estamos desenvolvendo os desdobramentos que essa nova terapia pode trazer.

Na literatura relacionada à piscicultura, está consolidada em centenas de trabalhos científicos que vários peixes, entre eles a tilápia, tem peptídeos, que são agrupamentos de aminoácidos precursores das proteínas, e que eles têm atividade antimicrobiana e anti-inflamatória que beneficiam os peixes; isso faz parte da imunologia inata deles.

Nesses desdobramentos, estamos estudando se essa propriedade pode ser transferida também para humanos. Os primeiros resultados mostram que sim. Em dois estudos-piloto, eles supostamente bloquearam o crescimento de várias bactérias. Testamos doze, das quais três se destacaram a *Escherichia Coli*, o *Staphylococcus aureus* e a *Klebsiella*. Identificamos em laboratório, halos de inibição que são métodos qualitativos usados para avaliar a atividade antimicrobiana da pele da tilápia. Esses halos sugerem bloqueio à expansão das bactérias. Esses estudos já foram concluídos e estamos com outras etapas para buscar a confirmação dessas primeiras impressões.

A base hospitalar em Fortaleza é o Instituto Doutor José Frota, que é um hospital da Prefeitura Municipal da cidade, sendo o curativo biológico em queimaduras e feridas o foco principal no momento desta pesquisa. Estamos, talvez, trazendo um novo horizonte para a medicina no Brasil, e quem sabe até no exterior. Hoje temos patente nacional e internacional para este estudo.

JMP: Como convencer os jovens a seguir uma carreira de pesquisador, mesmo que ainda não exista no país?

MB: Este projeto já está agregando estudantes na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e também



Placas de Petri mostrando o Halo inibidor ao redor da pele de tilápia.

A outra vantagem é livrar de problemas éticos quanto à morte de animais, já que a pele da tilápia é adquirida como subproduto, sendo lixo orgânico, a partir do seu preparo como filé, na chamada “filetagem da tilápia”.

JMP: A pele da TILÁPIA poderá impactar em outros setores?

MB: Sim, há possibilidade que se amplie para outras áreas da medicina, como na ginecologia. Há quatro pacientes operados para reconstrução de neovagina, para o tratamento

acadêmicos da Faculdade de Medicina de Olinda, onde sou professor. Estamos levando alguns acadêmicos para participarem em parceria com o LIKA. Por isso nosso objetivo em divulgar para o máximo de pessoas essa técnica é para democratizar a pesquisa. No país a pesquisa em si enfrenta várias dificuldades e uma delas é a pesquisa parecer ser algo inatingível para o grande público.

Nós estamos querendo mudar essa realidade para que a sociedade tenha acesso a essas informações, e cada um possa dar a sua contribuição. Temos que deixar de ser importadores de patentes com somos hoje. Pagamos fortunas em royalties porque as patentes brasileiras são muito escassas. Precisamos dar uma guinada tecnológica. Estamos em pleno século XXI e não podemos mais exportar apenas cana de açúcar, café, soja; bens primários, enquanto o mundo exporta alta tecnologia para cá. Essa pesquisa pretende ser vista pela sociedade como um bem para todos. Nosso histórico aponta para pesquisa com ganhos sociais mínimos. Existe um certo encastelamento da pesquisa por

aqui e isso precisa mudar.

JMP: Com a aprovação da ANVISA, como serão os primeiros passos da aplicação em larga escala?

MB: Hoje temos um número aproximado de 150 mil vítimas por ano que procuram os hospitais para tratamento de queimaduras, isso sem contar com a subnotificação de pessoas que não procuram, tratando de qualquer jeito, em casa.

Com a aprovação da ANVISA, o tratamento estará disponível de imediato para a iniciativa privada. Para os serviços públicos vai depender da capacidade de nós pesquisadores em convenceremos o Ministério da Saúde que estaríamos oferecendo o melhor recurso terapêutico a um custo menor. Em três anos podemos ter esse recurso em todos os serviços caso seja aprovado. Assim, esperamos que o Ministério da Saúde padronize, no futuro, esse novo recurso terapêutico, porque acreditamos que estamos em vias de oferecer um novo bem social à população brasileira.

Marcelo Borges

Pesquisa Pele da Tilápia - Idealizador

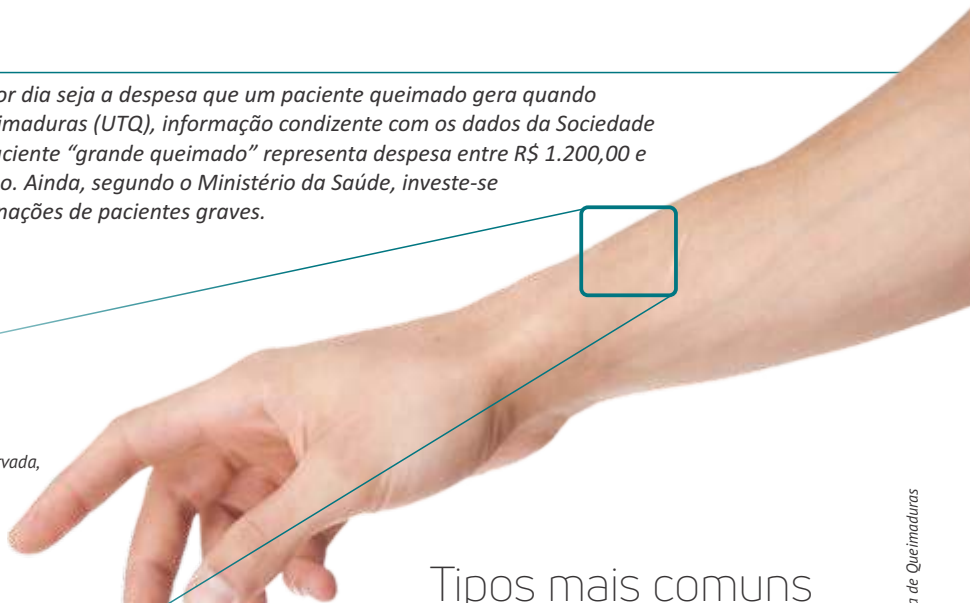
Coordenador do SOS Queimaduras e Feridas/Hospital São Marcos/Rede D'Or Humanização e Tecnologia à Flor da Pele Recife-Pernambuco

Queimadura / infográfico

O Ministério da Saúde estima que US\$ 1.000,00 por dia seja a despesa que um paciente queimado gera quando internado em uma unidade de tratamento de queimaduras (UTQ), informação condizente com os dados da Sociedade Brasileira de Queimados, que mostram que um paciente "grande queimado" representa despesa entre R\$ 1.200,00 e R\$ 1.500,00 por dia apenas durante sua internação. Ainda, segundo o Ministério da Saúde, investe-se aproximadamente R\$ 1 milhão por mês com internações de pacientes graves.

Quanto a profundidade da lesão

- 1º Grau**
Não sangra, geralmente seca, rosa e toda inervada, não passam da epiderme, queimadura de sol (exemplo), hiperemia (vermelhidão), dolorosa. Geralmente esses casos não chegam na emergência.
- 2º Grau**
Atinge a derme, úmida, presença de flictenas (bolhas), rosa, hiperemia, dolorosa, cura espontânea mais lenta com possibilidade de formação de cicatriz.
- 3º Grau**
Atinge todos os apêndices da pele, ossos, músculos, nervos e vasos, pouca ou nenhuma dor, úmida, cor branca, amarela ou marrom, não cicatriza espontaneamente, precisa de enxerto.



Tipos mais comuns

- Líquidos superaquecidos
- Combustível
- Chama direta
- Superfície superaquecida
- Eletricidade
- Agentes químicos
- Agentes radioativos
- Radiação solar
- Frio
- Fogos de artifícios

O preceptor do Programa de Residência Médica tem de ser especialista na área?

Parte do censo comum acreditar só é possível que um sujeito qualifique outro se o primeiro estiver devidamente qualificado no âmbito em questão – no nosso caso, leia-se médico especialista reconhecido pelo Conselho de Medicina. Apesar de ser uma questão aparentemente óbvia, alguns Programas de Residência Médica não seguem essa premissa.

O tema foi regulamentado pela Resolução 04/2002 da CNRM, especialmente em seu artigo 23, alínea d), que determina que “a supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica”.

Algumas Residências não possuem tantos especialistas no seu corpo clínico. Tomo a Medicina de Família e Comunidade como partida: especialidade ampla, base do sistema de saúde, que lida com o manejo de aspectos complexos da prática e que se depara frequentemente com limitações estruturais, familiares e sociais. Frente a toda essa complexidade, é fundamental que os médicos em formação sejam assistidos por pessoas que passaram pelas críticas construtivas que a residência propicia. Entretanto, na prática

vemos muitos programas de MFC cujos Postos de Saúde não têm um especialista na área. O fato de haver alguns especialistas que discutem alguns aspectos/casos específicos em reunião não é suficiente para uma formação prática que exige tempo integral.

A formação de especialistas só se dará de forma apropriada se os formadores estiverem aptos para formar. Aqui, vamos além do óbvio: são necessários cursos de preceptoria/tutoria para que os profissionais, além de dominarem seus campos de prática, também possam passar o conhecimento de forma efetiva. Didática na discussão do tema, aplicação na vida diária, como abordar determinadas questões com o paciente, macetes do manejo clínico, alternativas práticas em certos procedimentos... São aspectos que o profissional “geral” não necessariamente detém, mas que o preceptor precisa, pois são importantes para o indivíduo em formação e que estão além dos livros e artigos...

Não é admissível que haja formação sem preceptoria presente e adequada: quantidade – principalmente quando o assunto é saúde – não reflete qualidade.

APMR em 2018: novo time, antigos desafios

Nesse ano de 2018, montamos uma nova gestão para a APMR – mais presença de mulheres e com mais membros de especialidades cirúrgicas. Esses aspectos são importantes para representar melhor a categoria.

Apesar de uma nova equipe, os focos são bem semelhantes: garantir um campo de prática que garanta que o médico em formação adquira as competências e habilidades que permitam que ele se torne um especialista. É um desafio amplo que passa pela remuneração (que está defasada), auxílio moradia e alimentação, saúde mental, preceptores qualificados e didáticos, entre vários outros aspectos, como a própria conscientização por parte dos médicos residentes de seus direitos.

Nesse ano, buscaremos apoio na Câmara do Médico Jovem do Cremepe para que também possamos impulsionar os debates sobre a inserção do médico que está terminando a residência e o mercado de trabalho, as questões jurídicas e éticas que envolvem esse período.

Certamente, será uma gestão de muito trabalho e conquistas.

Diretoria APMR 2018

Mário Mélo – MR3 Neurologia HC/UFPE

Ilka Rocha

MR3 Oncologia IMIP

Bruno Ishigami

MR3 Infectologia HUOC

Jorge Figueredo

MR2 Clínica médica HMA

Daniella Valle

MR2 Ginecologia e obstetria IMIP

Catarina Moraes

Mr2 Psiquiatria HC/UFPE

Murilo Nascimento

MR2 Anestesiologia IMIP

João Tavares

MR2 Clínica médica HAM

Parisina Carvalho

MR2 Cirurgia geral HOF

Medalha Maciel Monteiro

Por Antonio Gomes

O aperfeiçoamento do médico ao longo da carreira



Foto: André Dubeux, Gabriela Carvalho, Cláudia Beatriz, Luiz de Albuquerque, Helena Carneiro Leão, Sabrina Eduarda, Hildo Rocha e Charley Rafael.

Foto: André Dubeux, Cláudia Beatriz, Helena Carneiro Leão, Anacleto de Carvalho, Iêda Ludmer, Cláudio Pina e Antônio Lopes.



A Associação Médica de Pernambuco comemorou seus 177 anos com a solenidade da entrega dos prêmios Medalha Maciel Monteiro, em homenagem ao fundador, e o Diva Montenegro entregue aos alunos das universidades que se destacaram em suas pesquisas científicas.

Mais que um reconhecimento ao médico, o prêmio traz à tona a forma como o profissional soube lidar com os avanços da área ao longo do tempo. Para o flebologista Anacleto Rodrigues de Carvalho mesmo com os avanços técnicos, o profissional deve focar no ser humano. “Antigamente nem falávamos em nanotecnologia, hoje ela está presente. Antigamente as soluções eram dadas através da lâmina do bisturi, hoje na maioria das vezes já não é mais necessário. Tudo é ganho e os conhecimentos, os meios laboratoriais, ultrassonografias, angiorressonância tudo isso elevou nosso conhecimento além do que podemos imaginar. Devemos unir a medicina antiga com atual no sentido de tratamento humano, não ser tão imparcial e frio como atualmente.”

Já a infectologista Iêda Ludmer Guedes Alcoforado falou sobre as novas ameaças que rondam os médicos residentes em suas carreiras na área. “Comecei com terapia intensiva e hoje trabalho com controle de infecção, mas meu maior desafio é trabalhar na formação dos médicos residentes. Estamos com desafios com doenças onde temos cada vez bactérias mais multirresistentes com paciente envelhecendo mais e com multipatologias.”

O cardiologista Claudio Renato Pina Moreira ressaltou a recuperação do paciente como uma grande vantagem das novas abordagens. “A cardiologia está toda modificada desde que comecei a 44 anos. Se tomarmos por exemplo tratamento de infarto e hipertensão, é completamente

diferente. Hoje tudo isso é muito melhor.” Em discurso, agradeceu a homenagem em nome dos demais, e fez um paralelo ao comparar o valor da medalha com o valor de uma moeda. “Uma medalha é mais do que está estampado nela”, ressaltou ele falando da simbologia e responsabilidade de recebe-la. “Passamos a ser o espelho para a geração que nos sucede”. Ao longo do discurso ainda pontuou a falta de humanização no ensino médico atual, e a indiferença dos gestores públicos com a saúde.

Na sequência da cerimônia, foi entregue o Prêmio Diva Montenegro de incentivo à pesquisa. Este ano aos premiados foram, Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto com o trabalho: Frequência da Apneia Obstrutiva do Sono na Doença Renal Crônica: Associação com Hipertensão Arterial Sistêmica e Rigidez Arterial. (Faculdade de Ciências Médicas – FCM/UPE). Gabriela Carvalho Silva com o trabalho: Avaliação de Protocolo de Imunossupressão em Pacientes Submetidos a Transplante Cardíaco. (Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS). Sabrina Eduarda Bizerra e Silva com o trabalho: A Integralidade no Cuidado ao Câncer de Colo Uterino: Um Estudo na Perspectiva dos Profissionais de Saúde do SUS. (Universidade Federal de Pernambuco – UFPE) e Charley Rafael Coelho Vaz Pacheco com o trabalho: Abordagem Etnofarmacológica na busca de alternativas terapêuticas para o tratamento de Diabetes mellitus e suas comorbidades. (Faculdade Maurício de Nassau – Uninassau). **(Ver páginas 12 a 15)**

Compuseram a mesa de honra, Helena Carneiro Leão (AMPE), André Dubeux (Cremepe), Cláudia Beatriz (SIMEPE), Sirleide Lira (FECHEM), Assuero Gomes (Sicredi/Unimed) e Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho (Academia de Medicina).

Prêmio
Diva de incentivo à pesquisa
Montenegro
2018

AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE IMUNOSSUPRESSÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE CARDÍACO

Autores: Gabriela Carvalho Silva¹, Carlos Eduardo Araújo Pimentel de Medeiros¹, Diogo Luiz de Magalhães Ferraz², Cristiano Berardo Carneiro da Cunha², Rodrigo Moreno Dias Carneiro³, Verônica Soares Monteiro⁴, Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira⁵, Maria Júlia Gonçalves de Mello^{6*}

Orientadora: Maria Júlia Gonçalves de Melo

¹Discentes do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde, ²Cirurgião Cardiovascular do IMIP – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, ³Cardiologista do Transplante Cardíaco do IMIP, ⁴Coordenadora da UTI de Transplantes e do Departamento de Cardiologia de Adultos do IMIP ⁵Diretor do Serviço de Cirurgia Cardíaca e Transplante Cardíaco de Adulto do IMIP,

⁶Docente e pesquisadora do IMIP e Tutora da FPS

Objetivos: verificar a efetividade do protocolo de imunossupressão com baixa dose de corticoide nos pacientes submetidos a transplante cardíaco e determinar os fatores de risco para óbito.

Métodos: Estudo de coorte ambidirecional envolvendo 100 pacientes divididos em dois grupos com 50 em cada grupo, submetidos a transplante cardíaco no Instituto Medicina Integral Prof. Fernando Figueira no período de abril de 2013 a abril de 2017. Foram avaliadas variáveis pré, trans e pós operatórias de acordo com o grupo que recebeu dose padrão (mais elevada) e baixa dose de corticoide. Os desfechos analisados foram infecção, rejeição e insuficiência renal dialítica. Análise multivariada de Poisson determinou fatores preditivos para os desfechos. Para o óbito, na análise multivariada foram incluídas as variáveis pré trans e pós operatórias.

Resultados: Não houve diferença estatística entre os grupos de pacientes estudados quanto às variáveis pré-operatórias, exceto tempo de anoxia do enxerto. Os pacientes que receberam dose padrão de corticoide apresentaram 1,11 vezes mais risco de infecção e 2,54 vezes maior taxa de óbito, não diferindo quanto à taxa de rejeição. Fatores de risco para óbito: imunossupressão com dose padrão de corticoide (RR=2,54 IC95%1,22-5,31 p = 0,013), tempo de anoxia do enxerto por 120 minutos ou mais (RR=3,18 IC95%1,36-7,42 p = 0,007) e infecção pós-transplante (RR=2,00 IC95%1,01-3,96 p < 0,001).

Conclusão: menor dose de corticoide é benéfica aos pacientes pós-transplante cardíaco, diminuindo efeitos adversos e taxa de óbito, sem influenciar na taxa de rejeição de enxerto.

Palavras-chave: **Transplante Cardíaco; Rejeição de Enxerto; Corticoesteroides; Imunossupressão.**

Referências

1. DePasquale EC, Schweiger M, Ross HJ. A contemporary review of adult heart transplantation: 2012 to 2013. *J Heart Lung Transplant.* 2014;33(8):775-784.
2. Lachance K, White M, Carrier M, et al. Long-term evolution, secular trends, and risk factors of renal dysfunction following cardiac transplantation. *Transpl Int.* 2014;27(8):824-837.
3. Hullin R. Heart transplantation: Current practice and outlook to the future. *Swiss Med Wkly.* 2014;144(August):1-9.
4. Moons P, De Geest S, Abraham I, Van Cleemput J, Vanhaecke J. Symptom experience associated with maintenance immunosuppression after heart transplantation: Patients' appraisal of side effects. *Hear Lung J Acute Crit Care.* 1998;27(5):315-325.
5. Baraldo M, Gregoraci G, Livi U. Steroid-free and steroid withdrawal protocols in heart transplantation: The review of literature. *Transpl Int.* 2014;27(6):515-529.
6. Hong KN, Merlo A, Chauhan D, et al. Evidence supports severe renal insufficiency as a relative contraindication to heart transplantation. *J Hear Lung Transplant.* 2016;35(7):893-900.

A INTEGRALIDADE AO CUIDADO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Autores: Sabrina Eduarda Bizerra e Silva¹; Adriana Falangola Benjamin Bezerra²

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

¹Estudante do Curso de Medicina – CCS – UFPE; E-mail: sabrinabizerra@gmail.com, ²Docente/pesquisador do Depto. de Medicina Social – CCS – UFPE. E-mail: afalangola@uol.com.br.

Introdução: Cecílio (2006) define a integralidade da atenção em duas dimensões. A dimensão focalizada, que corresponde ao compromisso e a preocupação, da equipe de saúde de um determinado serviço, em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aqueles que buscam atendimento. E a dimensão ampliada: a integralidade pensada em rede. Dados do SISCOLO (Março/2013 a fevereiro/2014) evidenciam cobertura de exames de citologia oncológica de 33% na VIII Geres (Sede Petrolina) – sendo preconizado pelo Ministério da Saúde 80% de cobertura. Este índice se relaciona, na maioria dos municípios, de forma inversa, com o aparecimento de lesões precursoras do Câncer de Colo de Útero (CCU). Também é evidenciada uma cobertura decrescente com o aumento da idade. Projeções para o ano de 2030 indicam, para o Brasil, tendência de redução geral de mortalidade por CCU, ao passo que as regiões Norte e Nordeste apresentam tendência de estabilidade (Barbosa et al, 2016). Uma avaliação mais aprofundada sobre como ocorre o cuidado à paciente com CCU, na VIII Geres (sede Petrolina), busca compreender fatores potencializadores e de fragilidade para a prática da integralidade. Sendo escolhido, para essa avaliação, o município sede.

Metodologia: Os sujeitos do estudo foram os profissionais de saúde envolvidos em ações de promoção, prevenção e tratamento ao CCU no município. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas. Os dados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo.

Resultados e discussão: Os dados obtidos foram organizados em sete categorias:

a) Consulta médica na Atenção Básica e Média complexidade, que traz aspectos da integralidade focalizada, promovendo cuidado para além das demandas dos pacientes;

b) Estratégias da enfermagem para aumentar o alcance do rastreamento ao CCU, como atendimento sem agendamento, horários alternativos, busca ativa, carta-convite, atividades educativas, visita do agente de saúde nas casas, que são consideradas estratégias eficazes para aumento de cobertura (Parada et al, 2008; Soares e Silva 2016). Vale et al (2010) ressaltam a relação inversa entre atenção baseada na demanda espontânea e cobertura de exames, com consequente não modificação nos índices de incidência e mortalidade pelo CCU. Isto, pois, o rastreamento baseado na demanda espontânea está relacionado com a iniciativa, unicamente, da usuária e não com um gerenciamento de risco feito pela unidade

c) Atuação da Residência médica e multiprofissional no município de Petrolina enquanto formadora do 'novo profissional';

d) Oferta ampliada ao exame citologia oncológica na Atenção Básica, com os insumos necessários disponíveis no município;

e) Tempo decorrido para os resultados de exames e acesso ao nível de média complexidade visto como aspectos positivos. Dados também identificados por Brito-Silva et al (2014);

f) Comunicação frágil ou ausente entre os níveis de atenção, com a presença da contra-referência não institucionalizada.

Também visto em Faria A. e Barbieri A. (2016), onde, em 87,9% das unidades investigadas, os profissionais informaram que buscam informações de 'contra-referência' junto à paciente;

g) Alta demanda de pacientes versus pouca oferta de serviços de alta complexidade, sendo identificada uma dificuldade de inserção do usuário da rede de assistência. Assim, ampliar a cobertura sem oferecer as ações decorrentes do resultado do exame de forma organizada, não altera a morbimortalidade, nem tampouco o sofrimento humano. O sistema de saúde fragmentado dificulta o tratamento oportuno e a coordenação do cuidado pela Atenção Básica (Farias, A.; Barbieri, A., 2016).

Conclusões: O trabalho, em questão, demonstra uma integralidade no cuidado ao CCU parcialmente garantida, devido à baixa cobertura de exames de citologia oncológica em todos os municípios da VIII Geres (Sede Petrolina) – dados do SISCOLO - e acesso dificultoso ao nível de maior complexidade – fala dos profissionais. Também traz aspectos negativos sobre a articulação entre os níveis assistenciais, principalmente, em relação à ausência de contra-referência, fazendo com que a Atenção Básica não cumpra seu papel de organizador do cuidado. São identificadas, enquanto potencialidades: busca ativa, coletas realizadas no período da noite e no sábado, educação em saúde com a comunidade, papel do médico como promotor de saúde, atuação da universidade no município, oferta ampliada ao exame de citologia oncológica e tempo decorrido para entrega de resultados. O estudo traz informações sobre o cuidado e prevenção ao Câncer de Colo Uterino, devendo ser complementado com dados quantitativos mais atuais, quando disponíveis, e a visão dos usuários, com sua vivência, da sua trajetória assistencial, dentro da rede assistencial.

Referências

Barbosa I.R., Souza D.L.B., Bernal M.M., Costa I.C.C. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030 *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):253-262, 2016

Brito-Silva K., Bezerra A.F.B., Chaves L.D.P., Tanaka O.Y.. 2014. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev. Saude Publica*. 48(2):240-248

Cecilio L.C.O.. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R, 95 organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPES/ABRASCO; 2006. p.113-26

Farias A.C.B., Barbieri A.R. 2016. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. *Esc. Anna Nery*. vol.20, n.4.

Parada R., Assis M., Silva R.C.F., Abreu M.F., Silva M.A.F., Dias M.B.K., 2008. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. [Rev.APS:11\(2\).abr-jun](#).

Soares M.B.O., Silva S.R. 2016. Interventions that facilitate adherence to Pap smear exam: integrative review. *Rev Bras Enferm*. ;69(2):381-91.

Vale D.B.A.P., Morais S.S., Pimenta A.L., Zeferino L.C. 2010. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo. *Brasil. Cad. Saude Publica*. ;26(2):383-90. São Paulo

FREQUÊNCIA DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA: ASSOCIAÇÃO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E RIGIDEZ ARTERIAL

Autores: Tarcya L. G. Couto Patriota, RpT³; Maria Helena A. Gerônimo, RpT³; Luiz A. P. Oliveira Neto³; Jéssica A. Magalhães, Rpta; Thaís C. Lustosa, RpT³; Marcus V. F. Pereira e Silva, RpT³; Edmir Barros R. D. Filho MD³; Rodrigo P. Pedrosa, Md³.

Orientador: Rodrigo Pinto Pedrosa

*Laboratório do Sono e Coração - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) da Universidade de Pernambuco, Brasil.

Endereço para correspondência: Rodrigo Pinto Pedrosa, Laboratório do sono e coração Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) Rua dos Palmares, S/N, Recife, Pernambuco, Brasil Telephone: + 55-3181 7179 E-mail: rppedrosa@terra.com.br

Referências

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (AOS) pode contribuir para o desenvolvimento da doença renal. Um possível mecanismo seria a elevação da pressão arterial secundária a ativação simpática, com consequente ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, causando hiperfiltração glomerular. Além disso, a AOS também tem sido relacionada com aumento do estresse oxidativo, disfunção endotelial e estados inflamatórios, que são reconhecidamente mecanismos de lesão renal. Por outro lado, pacientes com doença renal crônica (DRC) apresentam sobrecarga hídrica e durante a noite há redistribuição de fluidos das pernas para a região do pescoço e tecidos moles da faringe, levando a um aumento de volemia nessa região e consequente colapso das vias aéreas. Sugere-se um “cross-talk” entre AOS e DRC, em que possivelmente agem mecanismos fisiopatológicos e de progressão da doença bilateralmente.

Justificativa: Muitos estudos têm demonstrado alta prevalência de AOS em pacientes com DRC em tratamento dialítico. Entretanto, poucos são os estudos que avaliaram a prevalência de AOS na população de doentes renais crônicos não-dialíticos.

Objetivo: o presente estudo pretende avaliar a frequência da AOS entre portadores de DRC não-dialíticos e investigar se a coexistência das duas condições está associada a um aumento da pressão arterial e rigidez arterial.

Metodologia: trata-se de um estudo observacional do tipo corte transversal, com comparação de grupos. Os pacientes foram submetidos a uma polissonografia para o diagnóstico da AOS, avaliação do comportamento da pressão arterial, avaliação da pressão central e da rigidez arterial.

Resultados esperados: a AOS é freqüente entre os portadores de DRC e a associação dessas duas doenças, está relacionada com piores desfechos clínicos.

Palavras-chave: **apneia obstrutiva do sono, doença renal crônica, risco cardiovascular**

1. Souza MF, Rocha FM, Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Epidemiologia das doenças do aparelho circulatório no Brasil: uma análise da tendência da mortalidade; Epidemiology of diseases of the circulatory system: an analysis of the mortality trends. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2006;16:48-62.
2. Ministério da Saúde [homepage]. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Mortalidade por grupo de causas. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
3. Claessen BE, Henriques JPS, Jaffer FA, Mehran R, Piek JJ, Dangas GD. Stent Thrombosis. JACC: Cardiovascular Interventions. 2014;7:1081-1092.
4. Holmes DR, Kereiakes DJ, Garg S et al. Stent Thrombosis. Journal of the American College of Cardiology. 2010;56:1357-1365.
5. Sommer P, Armstrong EJ. Stent Thrombosis: Current Management and Outcomes. Curr Treat Options Cardio Med. 2015;17.
6. D'Ascenzo F, Bollati M, Clementi F et al. Incidence and predictors of coronary stent thrombosis: Evidence from an international collaborative meta-analysis including 30 studies, 221,066 patients, and 4276 thromboses. International Journal of Cardiology. 2015;167:575-584.
7. Chesnutt JKW, Han H-C. Simulation of the microscopic process during initiation of stent thrombosis. Computers in Biology and Medicine. 2015;56:182-191.
8. Kupstyte N, Zaliunas R, Tatarunas V et al. Effect of clinical factors and gene polymorphism of CYP2C19*2, *17 and CYP4F2*3 on early stent thrombosis. Pharmacogenomics. 2015;16:181-189.
9. Nagano M, Hokimoto S, Nakao K, Kaikita K, Akasaka T, Ogawa H. Relation between stent thrombosis and calcium channel blocker after drug-eluting stent implantation. Journal of Cardiology. 2015.
10. Park S-J, Kang S-J, Virmani R, Nakano M, Ueda Y. In-Stent Neointermediosclerosis. Journal of the American College of Cardiology. 2012;59:2051-2057.
11. Luscher TF, Steffel J, Eberli FR et al. Drug-Eluting Stent and Coronary Thrombosis: Biological Mechanisms and Clinical Implications. Circulation. 2007;115:1051-1058.
12. van Werkum JW, Heestermaans AA, Zomer AC et al. Predictors of Coronary Stent Thrombosis. 8 Journal of the American College of Cardiology. 2009;53:1399-1409.
13. van Werkum JW, Heestermaans AACM, de Korte FI et al. Long-Term Clinical Outcome After a First Angiographically Confirmed Coronary Stent Thrombosis: An Analysis of 431 Cases. Circulation. 2009;119:828-834.
14. Verdoia M, Schaffer A, Barbieri L et al. Optimal Duration of Dual Antiplatelet Therapy After DES Implantation: A Meta-Analysis of 11 Randomized Trials. Angiology. 2015.
15. Mehran R, Baber U, Steg PG et al. Cessation of dual antiplatelet treatment and cardiac events after percutaneous coronary intervention (PARIS): 2 year results from a prospective observational study. Lancet. 2013;382:1714-1722.
16. Mauri L, Kereiakes DJ, Yeh RW et al. Twelve or 30 Months of Dual Antiplatelet Therapy after Drug-Eluting Stents. N Engl J Med. 2014;371:2155-2166.
17. Garg P, Galper BZ, Cohen DJ, Yeh RW, Mauri L. Balancing the risks of bleeding and stent thrombosis: A decision analytic model to compare durations of dual antiplatelet therapy after drug-eluting stents. American Heart Journal. 2015;169:222-233.e5.
18. Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, Ministério da Saúde. 1169/GM (2004).

ESTUDO ETNOFARMACOLÓGICO COM PACIENTES DIABÉTICOS DA ZONA RURAL DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE, BRASIL

Autores: Patrícia Maria da Silva Neri¹, Elba Lucia Cavalcanti de Amorim¹, Marcos Vinicius de Souza Vilanova², Charley Rafael Coelho Vaz Pacheco², Maria Bianca da Silva Oliveira³, Thiago Antonio de Sousa Araujo⁴,

Orientador: Thiago Antônio de Sousa Araújo⁴

¹Estudantes do Curso de Medicina – CCS – UFPE; ²Estudantes do Curso de Medicina da UNINASSAU; ³Estudante do Curso de Medicina da FACOL; ⁴Docente/pesquisador da UNINASSAU

Diabetes é uma doença metabólica que leva ao aumento anormal dos níveis de glicose no sangue, ocasionado pelo metabolismo de carboidratos e lipídeos ser feito de forma inadequada pela insulina (TANG et al, 2013). Apesar do acesso a instalações médicas convencionais, o uso da medicina complementar continua a crescer em muitas comunidades (LEDUC et al, 2006). Desta forma, este trabalho visou analisar o papel das plantas medicinais no tratamento de pacientes diabéticos de comunidades rurais do município de Vitória de Santo Antão – PE, além de entender o processo saúde-doença destes usuários. O município de Vitória de Santo Antão está localizado no interior do estado de Pernambuco e integra a Mesorregião da Mata Pernambucana, distante 55 Km a oeste de Recife com uma população estimada de 129.974 habitantes (IBGE, 2010). As entrevistas foram realizadas em comunidades com características próprias: Cajueiro – a mais próxima da zona urbana e também a mais adaptada à discussões acerca do uso de alternativas terapêuticas no controle de doenças crônicas como a diabetes e hipertensão devido à presença forte de estudantes universitários no posto de saúde desenvolvendo projetos de extensão. Natuba – comunidade tipicamente rural na qual encontram-se muitos agricultores por ser uma área de cultivo de hortifrúteis. O posto de saúde está próximo da população e encontra-se médico constantemente, facilitando o acesso dos comunitários. Ladeira de Pedra – comunidade que também apresenta grande quantidade de agricultores e dentro dela encontra-se um assentamento sem-terra. O posto de saúde situa-se mais afastado dos moradores da região, devido a vasta extensão territorial e por apresentar uma população bastante heterogênea. Caiçara – o território é dividido em uma área mais urbana e outra mais afastada, tradicionalmente rural. O posto de saúde desta comunidade localiza-se nesta área mais urbana, apresenta uma rotina bem intensa com os comunitários, além de haver painéis demonstrativos que explicam funções de algumas plantas medicinais. O entendimento de como as plantas medicinais atuam no sistema médico tradicional destas comunidades foi avaliado por meio de entrevistas semi-estruturadas, levando em consideração aspectos socioeconômicos, tipos de tratamentos médicos, alimentação, frequência de atividades físicas e uso de terapias alternativas com plantas medicinais. Foram entrevistados 79 pacientes com o diagnóstico comprovado de diabetes, nos quais 55 destes citaram espécies vegetais para o tratamento do diabetes e comorbidades. Das 55 pessoas que citaram plantas, apresentavam uma média de idade de 61,3 anos (39-87 anos), sendo maioria mulheres (83,6%). Quanto ao grau de instrução, as classes predominantes foram não alfabetizados (32,7%) e ensino fundamental incompleto (32,7%). Com o estudo obtivemos 137 citações, totalizando 57 etnoespécies. Para a população analisada, as plantas se dividem em duas subclasses: indicadas para “baixar a glicose”, em que recomendam quando observam através do glicosímetro ou exames laboratoriais que os níveis glicêmicos estão alterados; e

“controlar a diabetes”, utilizadas quando sentem sintomas que os comunitários entendem estar relacionados à doença, por exemplo cansaço, dormência nas pernas, dor de cabeça. Na classe de “baixar a glicose” as de maior prevalência foram *Syzygium jambolanum*, *Cissus sicyoides*, *Morinda citrifolia* e *Mentha L.*, estes são os possíveis nomes científicos, pois ainda serão realizadas as identificações botânicas. Nas citações para “controlar a diabetes”, as prevalentes foram *Syzygium jambolanum*, *Solanum melongena* e *Marchaerium hirtum*. Os estudos ainda estão em andamento, desta forma falta a caracterização das plantas e dos demais aspectos associados às comunidades. Ao avaliar como o paciente lida com o processo saúde-doença dentro do seu convívio social, é possível considerar o conhecimento popular da utilização destas plantas com a finalidade de criar alternativas terapêuticas no tratamento da diabetes, assim como em uma melhor orientação a estas pessoas e órgãos de saúde de possíveis problemas relacionados ao uso de tais terapias. Contudo, análises mais aprofundadas serão realizadas afim de entender se estas espécies de plantas têm realmente efeitos farmacológicos.

Palavras-Chave: Plantas medicinais; medicina complementar; farmácia clínica

Referências

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.

LEDUC, C. et al. Plants used by the Cree Nation of Eeyou Istchee (Quebec, Canada) for the treatment of diabetes: A novel approach in quantitative ethnobotany. *Journal of Ethnopharmacology*. v. 105, n. 1-2, p. 55-63, 2006.

TANG, W. et al. Anti-diabetic activity of chemically profiled green tea and black tea extracts in a type 2 diabetes mice model via different mechanisms. *Journal of Functional Foods*. v. 5, n. 4, p. 1784-1793, 2013.

AGULHAMENTO SECO E INFILTRAÇÃO DE LIDOCAÍNA 1% PARA TRATAMENTO DA SÍNDROME DO PIRIFORME ASSOCIADA À SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL

Autores: Rafael Barros Alves de Carvalho¹, Carolina Cavalcanti Gonçalves Ferreira², Gustavo Barros Alves de Carvalho³, Felipe Pininga Pessoa de Azevedo⁴, Gustavo de Araújo Lima⁵, João Henrique de Almeida Costa⁶.

Orientador: Dr. Francisco Nêuton de Oliveira Magalhães (Neurocirurgião Funcional especialista em Dor e Doença de Parkinson)^{1,4,5,6} Acadêmicos de medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau,² Acadêmica de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde,³ Acadêmico de medicina da Universidade de Pernambuco.

Autor Principal: Rafael Barros Alves de Carvalho

Introdução: A Síndrome do Piriforme é uma afecção rara e descrita como uma forma de encarceramento do nervo ciático que causa distúrbios sensitivos, motores e bastante dor. Apesar do diagnóstico difícil e muitas vezes ignorado por médicos, a literatura tem mostrado manobras e critérios válidos para a confirmação da doença. Uma das causas da enfermidade é a síndrome dolorosa miofascial, a qual se caracteriza por bandas musculares tensas palpáveis associadas a pontos gatilho. O tratamento da Síndrome do Piriforme ainda apresenta-se controverso, porém, o agulhamento seco e a posterior infiltração de lidocaína 1%, se mostram promissores no combate a dor em pacientes com esta afecção.

Relato de caso: C.S, sexo feminino, 37 anos, apresenta dor intermitente na região glútea esquerda que irradia para a perna do mesmo lado há um ano. Refere dificuldade de ficar sentada por muito tempo, devido à dor. Ao exame observa-se marcha alterada, com compensação para o lado sem dor, exacerbação aguda da dor pelos movimentos de flexão e extensão do quadril, manobra de FAIR (flexão, adução e rotação interna) positiva, além de pontos gatilhos ativos no músculo piriforme e em outros músculos; glúteo médio, máximo e gastrocnêmio. Após serem afastadas causas com sintomas semelhantes, como patologias dos discos intervertebrais, radiculopatias e outras causas de cialgia, foi aventada a hipótese diagnóstica de síndrome do piriforme associada à síndrome dolorosa miofascial dos músculos glúteo médio, máximo e gastrocnêmio.

Objetivos: Descrever e mensurar os resultados obtidos com a realização de tratamento com Agulhamento Seco e Infiltração de Lidocaína 1% para tratamento da Síndrome do Piriforme associada à Síndrome Dolorosa Miofascial.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Caso, utilizando-se informações retrospectivas. Os dados contidos no relato de caso foram obtidos por meio da anamnese, exame físico do paciente, exames complementares e busca de dados obtidos em prontuário bem como consulta à literatura por meio de livros, periódicos e artigos científicos. Resultados: O tratamento, iniciado com agulhamento seco em todos os grupos musculares e posterior infiltração de lidocaína 1% no músculo piriforme, foi

suficiente para aliviar a dor da paciente em 80%, de acordo com a Escala Visual Analógica.

Conclusão: O tratamento da dor na Síndrome do Piriforme ainda se apresenta controverso, de forma que a literatura cita fisioterapia, acupuntura, uso da toxina botulínica, entre outros. Técnicas de infiltração de substâncias anestésicas têm sido descritas como formas terapêuticas e diagnósticas. Dessa forma, apesar da dificuldade do estabelecimento do diagnóstico da doença e de condutas, o agulhamento seco e a posterior infiltração de lidocaína 1% se apresentam como promissores para o tratamento da dor desencadeada pela Síndrome do Piriforme associada à Síndrome Dolorosa Miofascial.

Palavras-Chave: **PIRIFORME-DOR-MIOFASCIAL**

Referências

1. Kean Chen C, Nizar A. Prevalence of Piriformis Syndrome in Chronic Low Back Pain Patients. A Clinical Diagnosis with Modified FAIR Test. *Pain Practice*. 2013; 13(4): 276-281.
2. Hopayian K, Song F, Riera R, Sambandan S. The clinical features of the piriformis syndrome: a systematic review. *European Spine Journal*. 2010; 19(12): 2095-2109.



Edmar Víctor O homem da medicina laboratorial

Curiosamente, o médico que exerce a sua função em Laboratório chama menos a atenção que o Clínico ou o Cirurgião. Entretanto, o que seria dos médicos sem o Diagnóstico? É nesse ponto que entra em cena o Laboratório: Ele pode concorrer fortemente para a sublime tarefa de recuperar os pacientes.

Edmar José Guimarães Víctor começa a trabalhar diuturnamente à 5 e meia da manhã, e atende a partir das seis. Filho de um clínico famoso (Dr. Edson Víctor), inspirou-se nele ao escolher a profissão. Desde o início da vida acadêmica, frequentou o Laboratório de Alcides Benício (meu pai) e o de Paulo Loureiro (docente da UFPE). Participou de congressos estudantis, e no quinto ano médico estagiou no Laboratório do Instituto de Cardiologia (serviço do Prof. Luiz Tavares). Formou-se em 1961, pela Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco. Casou-se com Glacilda em 1963 e vieram três filhos (André, Eduardo e Mariana).

Contratado como médico pela UFPE, trabalhou no Laboratório Central do Hospital das Clínicas da Universidade. Ministrou aulas práticas a alunos da quarta à sexta série do curso médico. Nomeado Pesquisador ingressou na primeira Clínica Médica (serviço do Prof. Amaury Coutinho), onde passou a Prof. Assistente. Estagiou em São Paulo, no serviço do Professor Zerbini.

Participou de Congressos e continuou na área de Ensino, orientando médicos residentes em pós-graduação. Publicou diversos trabalhos científicos e participou de um programa de controle de qualidade, nos EUA, além de um curso de Enzimologia no Rio de Janeiro (serviço do Prof. José Rodolfo Pasqualin).

Quando começou a carreira médica propriamente dita trabalhou no Laboratório particular de Paulo Loureiro, por sete anos. A seguir instalou o seu próprio Laboratório. A equipe era pequena: uma doutora em Química (Jane Florêncio) e quatro auxiliares. Os convênios vieram depois (hoje eles são uma realidade).

Edmar seguiu seu caminho, sempre às voltas com a atualização dos equipamentos e com o surgimento de novas técnicas, o que implicou em ampliação do Laboratório. A equipe passou a ser composta por três médicos (não sócios) e dez funcionários. Edmar investiu nos filhos. O filho médico (André) foi se especializar em São Paulo por quatro anos e voltou com o Título de Especialista em Laboratório. Uma filha (Mariana) Farmacêutica-Bioquímica com curso de Mestrado, também se integrou à equipe. O Laboratório, além dos filhos de Edmar, foi também integrado pelo Farmacêutico-Bioquímico Marcial Costa e aumentou o número de funcionários. Atualmente, impulsionado pela demanda, o Laboratório Edmar Víctor tem mais três unidades em Recife, em pontos diferentes da cidade. É acreditado na classe médica e pelos pacientes.

Edmar Víctor é detentor da Medalha Maciel Monteiro, outorgada pela AMPE.

Na sua vida profissional participou de um fato curioso: um cliente só tirava sangue assoviando (dizia que era para se acalmar).

Extremamente dedicado à Medicina Laboratorial, Edmar Víctor é sem dúvida um Expoente da Medicina Pernambucana.

Faça parte deste **NOVO** momento **Associe-se**

**Baixe o Anais do 43º Congresso
Médico Estadual de Pernambuco e
1º Congresso Pernambucano do
Médico Residente**

www.ampe-med.com



Parceiros



Sicredi
Recife

25
anos



Crédito Consignado Sicredi Recife.

*Descomplicar faz toda
a diferença.*

*Nós, da cooperativa Sicredi Recife, temos um crédito
sob medida para médicos, profissionais da saúde e seus
dependentes diretos, servidores públicos **municipais,**
estaduais ou **federais**. Porque gente que coopera cresce.*

Ligue (81) 2101.6161.

Taxa de
1,35% a.m.

 [sicredirecife](https://www.facebook.com/sicredirecife)

 **Sicredi**