

NOVA SEDE ONCOVIE

Referência no cuidado
multidisciplinar ao paciente
Onco-Hematológico e
Reumatológico



DR. RENATO EVANDO
Direito Médico na
Otorrinolaringologia



DR. ÂNGELO RONCALLI
A Inteligência Artificial
e a Medicina

DR. LINEU JUCÁ
Angiologia e Cirurgia
Vascular

DR. DYLVARDO COSTA
Transformando
o diagnóstico da
tuberculose



DR. AURILLO ROCHA - CRM 7163 / RQE 3607
DIRETOR TÉCNICO NOHC



1ª

CLÍNICA DE
ONCO-HEMATOLOGIA
ACREDITADA
NO CEARÁ

EM UM NOVO ENDEREÇO

Novo Endereço

Rua Dr. José Lourenço, 938,
Aldeota, Fortaleza-CE

 NOHC.COM.BR

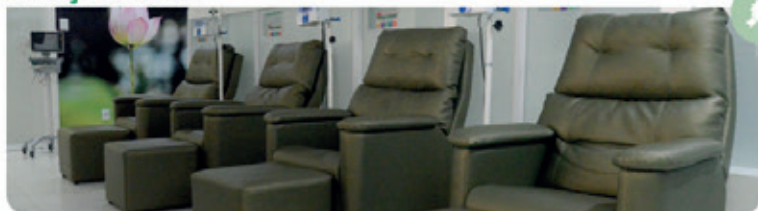
DIFERENCIAL

ESPECIALIDADES FOCO

EQUIPE INTERDISCIPLINAR



ESPAÇO SEGURO



ONCOLOGIA



REUMATOLOGIA



HEMATOLOGIA



TERAPIA BIOLÓGICA

NOHC
NOHC

JOSÉ LOURENÇO

SANTOS DUMONT



RUA DOUTOR JOSÉ LOURENÇO, 938 ALDEOTA, FORTALEZA-CE



AV. SANTOS DUMONT, 5753 - 3º ANDAR - SALA 304 - PAPICU, FORTALEZA-CE

SAÚDE E MEDICINA

Na edição revista digital 42/2023 do Jornal do Médico, a capa destaca a moderna sede da ONCOVIE, evidenciando o compromisso com o cuidado multidisciplinar ao paciente Onco-Hematológico e Reumatológico.

No setor de Direito Médico, o Prof. Dr. Renato Evando explora Biodireito e Bioética na Otorrinolaringologia. O Dr. Dylvardo Costa destaca a transformação no diagnóstico da tuberculose, uma releitura de artigo na Nature Microbiology.

O papel da Inteligência Artificial na Medicina é analisado pelo Conselheiro Dr. Ângelo Roncalli, com foco em considerações éticas e regulatórias na implementação de aplicativos e sistemas de IA.

Confira também os insights do Dr. Lineu Jucá sobre avanços na Angiologia e Cirurgia Vascular, além das reflexões sobre o mercado moldando alunos de medicina, escritas por Nicolas Andrade Moreira da LIEGI.

Perspectivas inspiradoras dos conselheiros Dra. Ana

Margarida exploram pioneiros da Cardiologia Cearense, enquanto o Dr. Marcelo Gurgel perfila o Prof. José Rocha na Academia Cearense de Medicina, além de abordar outros temas.

O cardiologista Dr. Nogueira Paes é homenageado pelo artista Prof. Lúcio Flávio, e o membro do Movimento Médicos Atletas, Dr. Sadi Navarro, escreve sobre Morte Súbita e Prática Esportiva na cardiologia.

Agradecemos a todos os envolvidos, incluindo patrocinadores, colaboradores e autores, por tornar possível essa edição rica em conhecimento e inspiração. Boa leitura!



ARGOLLO DE MENEZES
CEO JORNAL DO MÉDICO®

MBA em Comunicação e Marketing em Mídias Digitais
Membro Honorário da SOBRAMES/CE
atendimento@jornaldomedico.com.br

FUNDADORES:

Jornalista Juvenal Menezes (DRT-CE 1947)
In Memoriam 1935-2017
Sra. Nahimi Argollo F. de Menezes

CEO: Argollo de Menezes

Revista Digital Jornal do Médico®, Ano III, N° 42/2023 [agosto] Saúde Vascular, Cardiologia e Oncologia.
Marca registrada junto ao INPI, Instituto Nacional da Propriedade Industrial.
Argollo | CNPJ: 24.780.958/0001-00
Phygit | CNPJ: 47.950.226/0001-17

ASSESSORIA EDITORIAL:

Jor. Anatalice Rodrigues (DRT-CE 3548)

CONTRIBUIÇÃO FOTOGRÁFICA/IMAGENS

Banco de Imagens Jornal do Médico, Pexels e FREEPIK

SUGESTÕES DE CONTEÚDOS

atendimento@jornaldomedico.com.br

MAIS CONTEÚDOS EM NOSSO BLOG

www.jornaldomedico.com.br

REDES SOCIAIS

[instagram.com/jornaldomedico](https://www.instagram.com/jornaldomedico)
[facebook.com/jornaldomedico](https://www.facebook.com/jornaldomedico)
[tiktok.com/@jornaldomedico](https://www.tiktok.com/@jornaldomedico)

PUBLICAÇÃO RECONHECIDA:

Câmara Municipal de Fortaleza
(Requerimento N° 2240/2014
Vereador Dr. Iraguassú Teixeira)
Assembleia Legislativa do Ceará
(Requerimento N° 860/2019
Deputado Dr. Guilherme Landim)
Academia Cearense de Medicina
SOBRAMES Ceará

Argollo
Marketing

CONTATOS:

Whats App: 85 996673827
atendimento@jornaldomedico.com.br
Skype: argollomarketing

O teor dos conteúdos publicados é de responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, a opinião da publicação.

Cópia integral ou parcial, somente com autorização expressa da direção executiva.



PÁGINA 24

JOSÉ LIMA: UM DILIGENTE EDUCADOR MÉDICO NA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

PÁGINA 06

INAUGURAÇÃO DA NOVA SEDE DA ONCOVIE: CUIDADO MULTIDISCIPLINAR E EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO

PÁGINA 10

TRANSFORMANDO O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

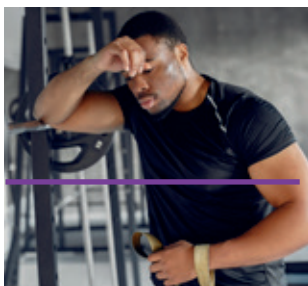


PÁGINA 20

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

PÁGINA 27

MORTE SÚBITA E PRÁTICA ESPORTIVA



PÁGINA 30

OS PIONEIROS DA CARDIOLOGIA CEARENSE



PÁGINA 35

A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E MEDICINA

PÁGINA 39

OTORRINOLARINGOLOGIA: BIODIREITO E BIOÉTICA



PÁGINA 43

O MERCADO JÁ MOLDA O ALUNO

PÁGINA 45

HISTÓRIA E MEMBROS TITULARES DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

PÁGINA 47

MEMÓRIAS DE UM SANITARISTA REUNIDAS EM LIVRO



A close-up photograph of a doctor's hand holding a red stethoscope. The doctor is wearing a white lab coat and a gold-toned wristwatch. The background is a soft, out-of-focus light blue. The stethoscope has a red tube and silver-colored metal components.

A C&C

Contabilidade
cuida das suas
finanças para você
cuidar de quem
mais importa: **seus
pacientes!**

📞 (85) 9.9117.7969

📱 @ceccontabilidadegerencial

📘 coutinhoecarvalhocontabilidade

✉️ carvalho@coutinhoecarvalho.com.br

🌐 www.coutinhoecarvalho.com.br



1ª
CLÍNICA DE
ONCO-HEMATOLOGIA
ACREDITADA
NO CEARÁ



INAUGURAÇÃO DA NOVA SEDE DA ONCOVIE:

Cuidado Multidisciplinar e Excelência no Atendimento

AUTOR: Imprensa ONCOVIE

O CENTRO DE ONCOLOGIA, HEMATOLOGIA E TERAPIA BIOLÓGICA (ONCOVIE) REALIZOU A INAUGURAÇÃO DE SUA NOVA SEDE, SITUADA NA AVENIDA VIRGÍLIO TÁVORA, 1070, NO BAIRRO ALDEOTA, EM FORTALEZA-CE. O ESPAÇO É EXPANSIVO E CONTA COM MAIS DE 790 METROS QUADRADOS, ABRIGANDO CONSULTÓRIOS AMPLOS, UM MODERNO CENTRO DE INFUSÃO, UM CENTRO CIRÚRGICO DE BAIXA COMPLEXIDADE, ALÉM DE INSTALAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E MUITO MAIS. COM ESSA MUDANÇA,

a ONCOVIE reafirma seu compromisso com a centralização dos cuidados aos pacientes, com a missão de proporcionar atendimento de excelência aos clientes como prioridade da instituição médica. O foco é oferecer aos pacientes oncohematológicos e reumatológicos um tratamento abrangente e multidisciplinar, que engloba detecção precoce, diagnóstico preciso e um tratamento personalizado em regime

ambulatorial.

Um dos diferenciais da ONCOVIE é o atendimento integrado, onde profissionais de diversas áreas e especialidades colaboram para fornecer uma assistência completa e holística, alinhada com a missão de cultivar o cuidado. A clínica é munida de uma equipe médica excepcional que acumula mais de uma década de experiência, totalizando mais de 20 mil atendimentos. A equipe é altamente especializada, composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, dentistas e nutricionistas, que trabalham de maneira

integrada desde o diagnóstico até a alta do paciente, garantindo segurança e conforto ao longo de todo o processo.

O modelo de atendimento da Clínica ONCOVIE é construído em torno da colaboração de profissionais com habilidades e conhecimentos diversos, unidos para cuidar do paciente de maneira abrangente. Além da abordagem médica, a clínica valoriza os aspectos emocionais, sociais e culturais de quem cuida. O objetivo é oferecer uma assistência de alta qualidade, complementada por um ambiente de

>>>



apoio e acolhimento, para atender às necessidades completas dos pacientes por meio dos valores: ética, respeito, compromisso, profissionalismo e transparência.

A ONCOVIE alcançou um marco notável ao se tornar a primeira clínica no Ceará a receber a acreditação Nível 2 (Pleno) da ONA - Organização Nacional de Acreditação. O Diretor Técnico, Dr. Aurillo Rocha, enfatiza a dedicação desde os primórdios da clínica em estabelecer padrões de qualidade e segurança internacionalmente reconhecidos. **“DESDE AS ORIGENS DA CLÍNICA, PENSAMOS NO PROPÓSITO DE CONSTRUIR UM SERVIÇO DE SAÚDE QUE ATENDESSE AOS PADRÕES DE QUALIDADE E SEGURANÇA INTERNACIONAIS”**, afirma.

A jornada rumo a essa certificação envolveu um comprometimento coletivo em todos os aspectos, desde a construção até a logística e os atendimentos. A clínica também conquistou

certificações de qualidade ISO, emitidos pela International Organization for Standardization (Organização Internacional de Normatização) relacionadas a processos, preparando-se para o selo hospitalar nível 2 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que coloca a segurança do paciente em primeiro plano. **“ACOMPANHAMOS CADA ETAPA: CONSTRUÇÃO, LIMPEZA, ARMAZENAMENTO, LOGÍSTICA, ATENDIMENTOS, ENFIM, ENVOLVIMENTO COLETIVO E CRÍTICO EM TODAS ETAPAS. O DESAFIO DA**

>>>



DR. AURILO ROCHA
DIRETOR TÉCNICO ONCOVIE



ACREDITAÇÃO VEIO INICIALMENTE COM AS CERTIFICAÇÕES DA ISO, OBTIDAS, RELACIONADAS A PROCESSOS. E FINALMENTE ATINGIMOS COM ORGULHO NESSA AVALIAÇÃO O NÍVEL 2 NA METODOLOGIA DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA), ESPELHANDO-NOS EM MELHORIAS E COMPROMISSOS CONTÍNUOS. O FOCO PRINCIPAL DO NÍVEL 2 É A SEGURANÇA DO PACIENTE E TAMBÉM A PROPOSTA DE ASSEGURAR UMA INTEGRAÇÃO ENTRE PROCESSOS DE DIFERENTES ÁREAS”, destacou o Dr. Aurillo Rocha.

Nesse novo capítulo, a Clínica ONCOVIE se empenha em promover a saúde que se estende além do ambiente hospitalar, priorizando a humanização do atendimento e oferecendo cuidados contínuos e personalizados que visam a qualidade de vida e a autonomia do paciente. Com uma ampla gama de



especialidades médicas, a clínica pretende ainda expandir seus serviços e oferecer Diagnóstico por Imagem (Ultrassom), Urologia (US Biópsia Guiada), Centro de Infusão (Cetamina), Gastroenterologia (Endoscopia e Colonoscopia), Pneumologia (Espirometria), Cardiologia (Exames Eco, Doppler e ECG), Ginecologia (Colposcopia e Histeroscopia) e Mama (Biópsia guiada por US), a ONCOVIE para uma abordagem abrangente ao cuidado.

Um destaque significativo desse novo período é o lançamento do Centro de Infusão de Cetamina, liderado por anestesiológicos, direcionado ao tratamento de depressões refratárias e

dor. Esse serviço inovador visa proporcionar conforto e tranquilidade durante o tratamento, com garantia de atendimento capacitado para lidar com qualquer eventualidade.

A ONCOVIE persiste em aprimorar constantemente o cuidado pela vida. Para mais informações, acesse www.oncovie.com.br, envie e-mail para: recepcao.oncovie@gmail.com ou entre em contato com a clínica pelo telefone (85) 3108-9820. O compromisso é oferecer cuidados excepcionais e abrangentes a todos os pacientes.



TRANSFORMANDO O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

ARTIGO PUBLICADO NA
NATURE MICROBIOLOGY
EM 01/05/2023, ONDE
UMA PESQUISADORA
AMERICANA AFIRMA
QUE O DIAGNÓSTICO

É O ASPECTO MAIS
FRACO DO ELO PARA
O TRATAMENTO
E CONTROLE DA
TUBERCULOSE
PULMONAR (TB).

Descrevem-se 7 transições
críticas, que podem fechar
a enorme lacuna de
diagnóstico de TB, e permitir
que os programas de TB em
todo o mundo, se recuperem

>>>

AUTOR: DR. DYLVARDO COSTA LIMA FILHO

Colunista do Jornal do Médico
e Pneumologista

CRM/CE 3886 RQE 8927

Instagram: [@dylvardopneumologia](https://www.instagram.com/dylvardopneumologia)



dos reveses causados na pandemia da Covid-19.

INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar (TB) foi a principal causa de morte infecciosa da humanidade, até o surgimento do SARS-CoV-2. Em 2021, a tuberculose matou cerca de 1,6 milhão de pessoas, com a maioria das mortes ocorrendo em países de baixa e média renda. Se detectada precocemente, rastreada quanto à resistência aos medicamentos, e totalmente tratada com regimes de curta duração apropriados, a TB pode ser curada. Mas, globalmente, o diagnóstico é o elo mais fraco na cascata da TB ou na continuidade dos cuidados, com apenas uma em cada duas pessoas com TB sensível a medicamentos, concluindo todas as etapas da cascata dos cuidados.

Antes da pandemia da COVID-19, cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram com tuberculose pulmonar em 2019. Dessas, 7,1 milhões de pessoas foram diagnosticadas e notificadas, deixando uma lacuna de

diagnóstico de 2,9 milhões. A pandemia teve um efeito devastador nos serviços de TB, com a lacuna de diagnóstico aumentando para 4,2 milhões. Em 2021, dos estimados 10,6 milhões de pessoas que desenvolveram TB, apenas 6,4 milhões de pessoas foram diagnosticadas e notificadas aos programas nacionais de TB em todo o mundo. Além disso, pela primeira vez em mais de uma década, aumentaram tanto a incidência estimada de TB, quanto a mortalidade por TB. Uma redução na detecção de casos de TB, aumento da transmissão e agravamento da pobreza, são as prováveis explicações.

Embora regimes de medicamentos mais curtos, estejam agora disponíveis para tratar todas as formas de TB, nenhum desses regimes provavelmente realizará seu potencial impacto na saúde pública, até que o diagnóstico de TB seja melhorado. Simplificando, se não conseguirmos encontrar a tuberculose, não podemos tratar a tuberculose. E se não podemos tratar a tuberculose, não podemos

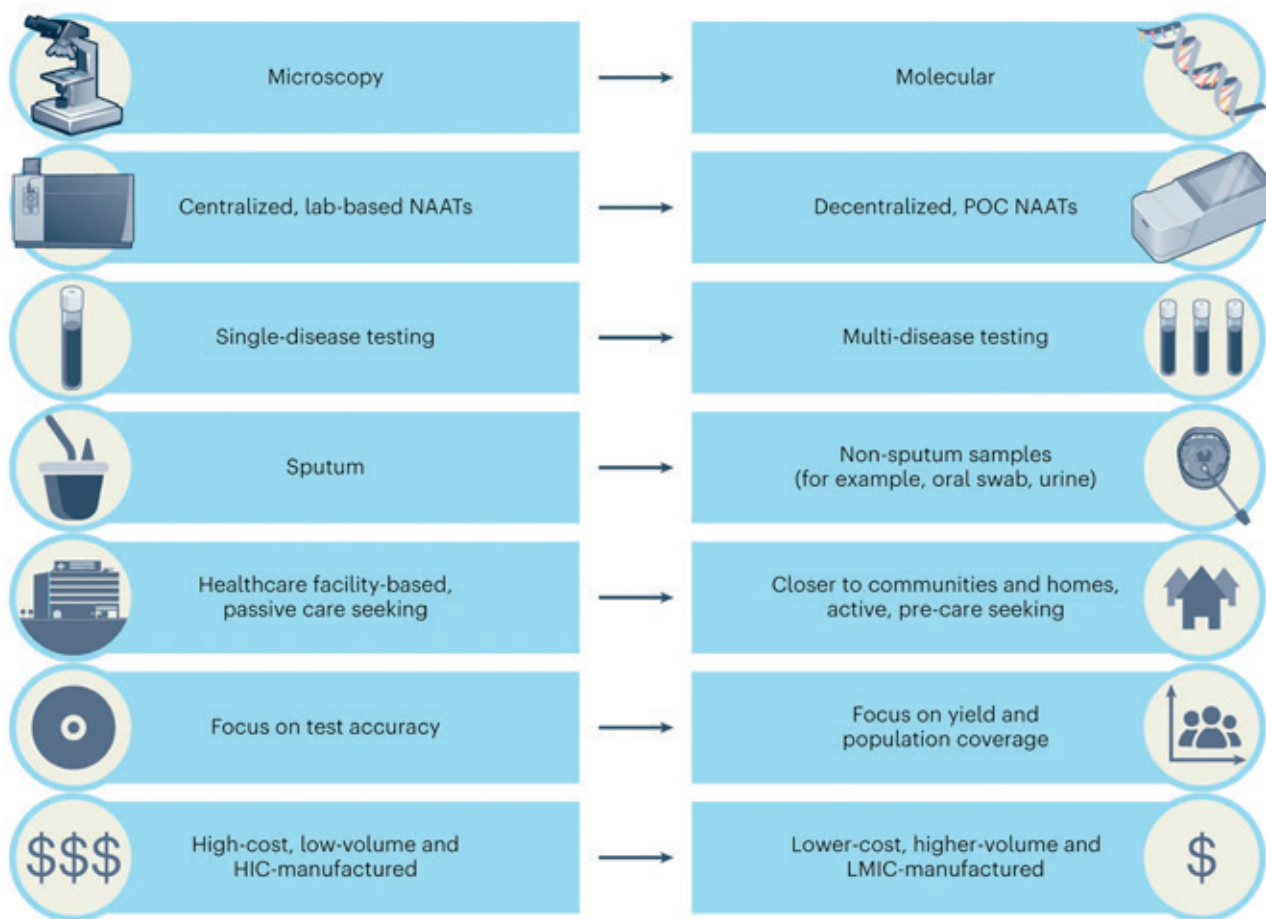
acabar com a tuberculose.

Neste artigo, identificam-se sete transições cruciais, que se entende serem necessárias para transformar a forma como se diagnostica a TB. Acredita-se que o momento é uma oportunidade para agir sobre as oportunidades criadas pela pandemia da COVID-19, e convocar a comunidade global de TB para fazer essas transições com urgência.

1 - UM TESTE MOLECULAR DEVE SUBSTITUIR A BACILOSCOPIA

Durante décadas, os programas de TB contaram com a baciloscopia de escarro, como teste de primeira linha. A microscopia tem muitas limitações, incluindo baixa sensibilidade e incapacidade de detectar resistência a medicamentos. A microscopia tem desempenho inferior em pessoas co-infectadas com tuberculose e vírus da imunodeficiência humana (HIV), em crianças e em pessoas com doença extrapulmonar. A microscopia requer sistemas

>>>



complexos de garantia de qualidade, para manter o desempenho. Além disso, o sucesso da microscopia depende do operador e depende de amostras de alta qualidade.

Em contraste com a baciloscopia de escarro, o teste molecular é mais preciso, pode reduzir atrasos no diagnóstico, e pode detectar resistência a medicamentos. Testes moleculares rápidos e descentralizados, combinados com suporte de

implementação para lidar com as barreiras à entrega, resultam em cerca de 50% mais pacientes recebendo um diagnóstico, com apenas um aumento modesto nos custos por teste.

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomende o diagnóstico molecular como a opção de teste preferencial na linha de frente, apenas 38% de todos os casos notificados em 2021, foram testados com um diagnóstico molecular rápido recomendado, pela OMS no

diagnóstico inicial. Além disso, apenas 63% de todos os casos de TB notificados, foram confirmados bacteriologicamente por algum método. Deste grupo de pessoas com tuberculose confirmada bacteriologicamente, apenas 70% foram testados para resistência à rifampicina.

É crucial eliminar gradualmente a baciloscopia de escarro, e substituí-la por diagnósticos moleculares aprovados pela OMS, como diagnóstico

>>>

inicial. Isso não apenas aumentaria a sensibilidade do diagnóstico de TB, mas também ampliaria o acesso aos testes de resistência a medicamentos, e reduziria o risco de amplificação de cepas de TB resistentes a medicamentos. Com regimes eficazes, seguros, totalmente orais de seis meses, agora disponíveis para TB resistente à rifampicina, ninguém deve sofrer ou morrer de TB resistente a medicamentos, não diagnosticada previamente.

Como os países podem mudar da microscopia para o diagnóstico molecular? Durante a pandemia de COVID-19, os países expandiram a capacidade de testes moleculares (PCR) a níveis sem precedentes. Esta infra-estrutura deve agora ser reaproveitada, para diagnosticar a tuberculose e outras doenças infecciosas.

Em 2023, a OMS lançou um Padrão da OMS: Roteiro de Acesso Universal ao Diagnóstico de TB, que recomendava que “em todas as instalações em todos os distritos, o algoritmo de diagnóstico de TB requer

o uso de um diagnóstico recomendado pela OMS, como teste diagnóstico inicial para todos os pacientes com presumível TB, incluindo pessoas vivendo com HIV, crianças e indivíduos com TB extrapulmonar”. Para ajudar os países a cumprir esse padrão, o roteiro da OMS oferece facilitadores, soluções e parâmetros de referência, que podem ser usados para avaliar o progresso.

2 - UM TESTE SIMPLES NO PONTO DE ATENDIMENTO (TPA) DESCENTRALIZADO, DEVE COMPLEMENTAR O TESTE CENTRALIZADO BASEADO EM LABORATÓRIO

A pesquisa mostrou, que as pessoas com TB, percorrem longos caminhos de busca de cuidados com várias visitas aos profissionais de saúde, antes que o diagnóstico seja feito. Estudos de pacientes não identificados (pacientes padronizados) em vários países relataram, que os prestadores de cuidados primários relutam em solicitar testes microbiológicos, durante as consultas iniciais.

Na ausência de testes simples no ponto de atendimento (TPA), os prestadores de cuidados primários preferem tratar empiricamente as pessoas com antibióticos de amplo espectro e outras terapias não específicas, que estão mais facilmente disponíveis, e que ajudam a oferecer alívio imediato dos sintomas. Os testes TPA descentralizados, permitiriam que o diagnóstico e, portanto, as decisões de tratamento, fossem feitas na primeira consulta do paciente.

Atualmente, os testes centralizados, resultam em longos tempos de resposta, e perdas de acompanhamento durante a cascata de atendimento. No entanto, as vantagens que o teste centralizado traz em termos de infraestrutura existente, custo e alto rendimento, significa que esses testes provavelmente serão necessários para expandir os testes de resistência a medicamentos, e os esforços sistemáticos de triagem. O teste centralizado também pode ser útil em áreas urbanas com grandes volumes de teste, onde o

tempo de resposta pode ser minimizado. Dado o valor complementar do TPA e do teste centralizado, os países precisarão contar com uma combinação de soluções de teste, para expandir o alcance dos serviços de teste e o acesso dos pacientes.

Como os países podem introduzir testes TPA descentralizados? A pandemia de COVID-19 resultou em inovações substanciais em plataformas moleculares miniaturizadas, simplificadas e de baixa manutenção, que podem ser descentralizadas e usadas em clínicas ou residências de saúde primária, como por exemplo, nos autotestes moleculares de uso único e descartáveis, feitos para SARS-CoV-2 e para a influenza. Esforços estão em andamento para avaliar essas tecnologias TPA para TB, especialmente em combinação com amostras não escarro, que podem ser mais convenientes para pacientes e provedores, conforme descrito posteriormente.

3 - UM TESTE MULTIDOENÇA DEVE

SUBSTITUIR O TESTE DE DOENÇA ÚNICA

Mesmo quando os países fortalecem a preparação para pandemias, eles devem se concentrar em alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de cobertura universal de saúde até 2030. A cobertura universal de saúde exige, que os países invistam em um pacote de serviços essenciais, incluindo diagnósticos, em todos os níveis do sistema de saúde. Isso exigirá um repensar da estratégia usual de testes separados, para doenças separadas, e programas de teste isolados.

O teste de doença única tem limitações, porque as pessoas apresentam sintomas e síndromes, não doenças. Excluir uma doença, não permite o tratamento de um paciente com uma doença diferente. Além disso, a multimorbidade é comum. O teste multi-doença oferece uma solução para este problema.

Como o teste molecular pode detectar várias doenças infecciosas, a implementação

do teste molecular pode permitir que uma ampla gama de testes seja realizada em conjunto, por exemplo, TB, carga viral do HIV, SARS-CoV-2, infecções sexualmente transmissíveis, vírus sincicial respiratório, influenza e vírus do papiloma humano, para citar alguns. De fato, os relatórios destacaram o valor da integração de testes de TB e HIV e testes de TB e SARS-CoV-2.

A fim de apoiar os países na transição para testes multidoenças, a OMS desenvolveu uma lista de diagnósticos essenciais, e incentivou os países a desenvolverem suas próprias listas nacionais de diagnósticos essenciais, que poderiam informar os pacotes de benefícios da cobertura universal de saúde. A Índia e a Nigéria já desenvolveram listas nacionais de diagnósticos essenciais, e os testes multidoenças oferecem aos profissionais de saúde e formuladores de políticas nesses países, uma maneira de fornecer o pacote de testes essenciais.



Alguns países estão investindo na otimização da rede de diagnóstico como forma de consolidar, integrar e otimizar os serviços laboratoriais nas áreas de doenças, e em todo o sistema de saúde. Organizações como a OMS, a Unitaids e o Fundo Global, promoveram testes multidoenças, como forma de expandir o acesso a testes e otimizar recursos.

4 - AMOSTRAS SIMPLES DEVEM COMPLEMENTAR OU SUBSTITUIR AMOSTRAS DE ESCARRO

A importância crucial de amostras simples e fáceis de coletar para testes expandidos e detecção de casos, foi evidenciada pela pandemia de COVID-19. Quando os swabs nasofaríngeos, que exigiam profissionais de saúde qualificados para serem coletados, foram expandidos para incluir também swabs nasais anteriores, saliva, e especialmente, para a auto coleta, a cobertura do teste de COVID-19, aumentou enormemente.

Quando as amostras são fáceis de obter, é mais

provável que os provedores solicitem mais testes de diagnóstico. Conforme discutido anteriormente, os prestadores de cuidados primários, tratam empiricamente as pessoas com sintomas clássicos de TB, em vez de solicitarem testes microbiológicos de escarro. Para mudar esse comportamento, os profissionais de saúde e os pacientes, devem ter opções de testes mais convenientes.

Mesmo quando um teste é solicitado, uma fração considerável de pessoas com suspeita de TB, não consegue produzir escarro. A coleta de escarro é especialmente difícil em crianças pequenas, e pessoas vivendo com HIV. Assim, o teste de TB deve ir além do escarro, para amostras não escarro mais fáceis de coletar, incluindo esfregaços de língua, urina ou bioaerossóis.

A imagem, é claro, não requer escarro ou qualquer amostra. Radiografias digitais de tórax, combinadas com software baseado em inteligência artificial para interpretação, são atualmente opções endossadas pela OMS.

No entanto, os custos de hardware de raios X permanecem altos, impedindo a ampla adoção de radiografias digitais de tórax, no nível de atenção primária. O desenvolvimento de sistemas de raios-X digitais, acessíveis e portáteis, pode ser extremamente impactante. Registros de tosse e sons pulmonares estão sendo explorados, como biomarcadores digitais para triagem de TB. Estudos de validação estão em andamento, para provar se tais marcadores podem ser transformados em um teste clínico de TB.

Amostras fáceis de coletar permitiriam testes de TB fora das clínicas tradicionais da doença, como as de cuidados primários e ambientes comunitários, onde a maioria das pessoas procura atendimento. Testes não baseados em escarro, também podem ajudar a detectar doença subclínica, que é definida como doença confirmada microbiologicamente, em indivíduos que não relatam sintomas. Amostras que não são de escarro, como

swabs orais e na urina, podem ser mais passíveis de processamento de amostras mais simples, com menos etapas e sem equipamento adicional, contornando as complexidades e os custos do processamento de escarro, para entrada em ensaios moleculares. O processamento mais fácil de amostras foi uma das principais razões pelas quais os testes de SARS-CoV-2 puderam ser ampliados. Certamente, o uso de espécimes, sem necessidades de processamento de amostras mais complexos, poderia reduzir o custo dos ensaios moleculares.

Como os países podem fazer essa transição para amostras sem escarro?

A responsabilidade recai sobre os desenvolvedores de produtos, para trazer ensaios de baixo custo e não baseados em escarro, para testes de validação. Felizmente, isso já está acontecendo e pode ser acelerado por financiadores e parcerias de desenvolvimento de produtos.

Entre as amostras que não

são de escarro, os swabs de língua parecem ser os mais promissores, mas ainda não há evidências disponíveis, para apoiar as orientações da OMS. Ensaios de validação coordenados e multicêntricos são necessários com urgência, para gerar evidências para o desenvolvimento de políticas públicas. São essenciais para o sucesso do programa, ter a coleta de outras amostras, incluindo testes de antígeno de urina de alta sensibilidade, mais protocolo de tosse habilitada por inteligência artificial, algoritmos de som pulmonar, amostragem de bioaerossol, além de pesquisa e desenvolvimento contínuos, com apoio financeiro.

Enquanto espera pela orientação da OMS, os países podem começar a planejar amostras mais simples e testes descentralizados. Quando os testes sem escarro estiverem disponíveis, os países estarão preparados para realocar fundos para diversas estratégias de testes, que substituam os algoritmos de diagnóstico existentes por melhores alternativas.

5 - UMA BUSCA ATIVA DE CASOS DEVE COMPLEMENTAR A BUSCA PASSIVA DE CASOS, BASEADA EM UNIDADES DE SAÚDE

Atualmente, o teste de tuberculose depende principalmente da busca passiva de casos entre pessoas sintomáticas, que procuram atendimento em unidades de saúde. Essa abordagem deixa de lado uma proporção considerável de pessoas sintomáticas, que não procuram atendimento, e aquelas com sintomas atípicos. Pesquisas de prevalência global relatam, que metade dos casos de tuberculose com escarro positivo, são pacientes assintomáticos. A TB subclínica é mal caracterizada, mas pode ser responsável por uma proporção significativa da transmissão da doença. A fim de detectar a TB sintomática não diagnosticada, e visando ainda a TB subclínica, são necessárias abordagens de busca ativa de casos.

Como os países podem fazer essa transição? A OMS divulgou orientações

>>>

sobre triagem sistemática¹⁵ e, embora essas diretrizes sejam caras e difíceis de implementar em países de baixa e média renda, há esforços ocultos para identificar novas modalidades de busca ativa de casos. Por exemplo, ensaios relataram resultados promissores para busca intensificada de casos em unidades de saúde e estratégias de triagem em toda a comunidade¹⁵. O que está menos claro é qual desses métodos de triagem é o mais econômico. Durante a pandemia de COVID-19, os países adotaram muitas abordagens para permitir testes mais próximos de onde as pessoas vivem e trabalham⁵. Precisamos explorar abordagens semelhantes para a tuberculose e alcançar pessoas nos setores de saúde público e privado.

6 - AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA DEVEM LEVAR EM CONTA O RENDIMENTO DO DIAGNÓSTICO POPULACIONAL, ALÉM DA PRECISÃO DO TESTE

Grande parte da base de evidências para a política de diagnóstico de TB está focada na precisão do teste, ou seja, na sua sensibilidade e especificidade. Embora a precisão seja crítica, a cobertura populacional e o rendimento também são importantes, especialmente quando as metas de saúde pública são consideradas. Testar mais pacientes, especialmente em um estágio inicial da doença, provavelmente produzirá mais casos, mesmo que um teste seja apenas moderadamente sensível.

Para contextualizar, embora os testes rápidos de sífilis sejam menos sensíveis do que os testes laboratoriais convencionais, eles permitiram que os programas de saúde materna, aumentassem maciçamente a cobertura populacional de testes, e o tratamento de sífilis em gestantes e recém-nascidos. Da mesma forma, embora os testes de antígeno da COVID-19 sejam menos sensíveis do que os testes moleculares, os testes rápidos capacitaram os cidadãos a se testarem em uma escala sem precedentes. Em suma,

um teste menos sensível pode ser muito útil, se puder atingir uma população muito maior.

Como essa transição pode acontecer? Grupos de desenvolvimento de diretrizes devem considerar evidências de rendimento populacional e impacto na saúde pública, além da precisão do teste. Ensaios pragmáticos e ciência de implementação são necessários, para medir o rendimento da população, uma vez que a precisão seja estabelecida. Os países precisam equilibrar o imperativo da saúde pública para a localização de casos, com o imperativo clínico da precisão diagnóstica. Quando a suspeita clínica permanece alta, métodos diagnósticos mais sensíveis ou tratamento empírico, devem permanecer como opções secundárias de teste.

7 - TESTES ACESSÍVEIS DEVEM SUBSTITUIR OS TESTES CAROS

A pandemia da COVID-19 demonstrou, que os países que tinham capacidade de fabricação de vacinas,

acabaram com maior cobertura vacinal. A fabricação diversificada é considerada crucial para a preparação e resposta à pandemia. A fabricação diversificada também é relevante para o diagnóstico. Apenas 35% dos testes de COVID-19 em todo o mundo, foram usados em países de média e baixa renda. A falta de capacidade de fabricação e regulamentação nesses países, foi um problema, mas o principal problema foi que o fornecimento de testes e reagentes, foi desviado para o pagador mais alto.

Apesar de mais de uma década de uso e bilhões de dólares em investimentos públicos e filantrópicos, produtos como o Xpert MTB/RIF (GeneXpert), continuam superfaturados e difíceis de acessar e manter em países de baixa e média renda. Opções mais acessíveis em volumes maiores são necessárias, e o aumento da concorrência é essencial para chegar lá.

Como os testes podem se tornar mais acessíveis? A transferência de tecnologia e a diversificação na fabricação de diagnósticos,

podem tornar os países de baixa e média renda, menos dependentes de doações e aumentar a autossuficiência. Existem várias plataformas de diagnóstico de origem asiática promissoras, com dois produtos indianos incluídos nas diretrizes da OMS.

A fabricação diversificada poderia ajudar a superar os monopólios e a transição de produtos de alto custo e baixo volume, fabricados em países de alta renda, para produtos mais acessíveis, de menor custo e maior volume, fabricados em países de baixa e média renda. Essa transição com medicamentos genéricos anti-tuberculose e antirretrovirais, tornou os tratamentos acessíveis, e agora é necessário para diagnósticos. Assim como os kits acessíveis de reação em cadeia da polimerase de diversos fabricantes ajudaram a aumentar os testes para SARS-CoV-2 em muitos países, precisamos desses kits acessíveis de testes moleculares para detecção de *Mycobacterium tuberculosis*, fabricados por diversas empresas em muitos países, especialmente

países de baixa e média renda, com alta carga de TB. A dependência de produtos com preços premium de nações ricas, não é uma estratégia sustentável para países com alta carga de TB.

CONCLUSÃO: A IMPLEMENTAÇÃO DE TODAS AS SETE TRANSIÇÕES TRANSFORMARÁ O DIAGNÓSTICO DE TB

A enorme lacuna na detecção da tuberculose, agravada durante a pandemia, já custou vidas, agravou a transmissão e descarrilou anos de progresso no tratamento e controle da tuberculose. As sete transições que descrevemos podem ser verdadeiramente transformadoras. Eles poderiam preencher a lacuna de diagnóstico e diagnosticar mais pessoas, permitindo assim o tratamento da tuberculose, o que, por sua vez, reduziria a propagação da tuberculose na comunidade.

Essas transições estão interligadas, e o maior impacto virá de sua



integração. Uma amostra simples, sem escarro, combinada com uma tecnologia molecular acessível para várias doenças, implantada em ambientes descentralizados, alcançaria uma população muito maior, fecharia a lacuna na detecção de casos,

e reduziria a transmissão de TB no nível populacional. Com atenção política, recursos e oportunidades desbloqueados pela preparação e resposta à pandemia, e pelas agendas da cobertura universal de saúde, acreditamos que

chegou a hora de fazer essas transições.

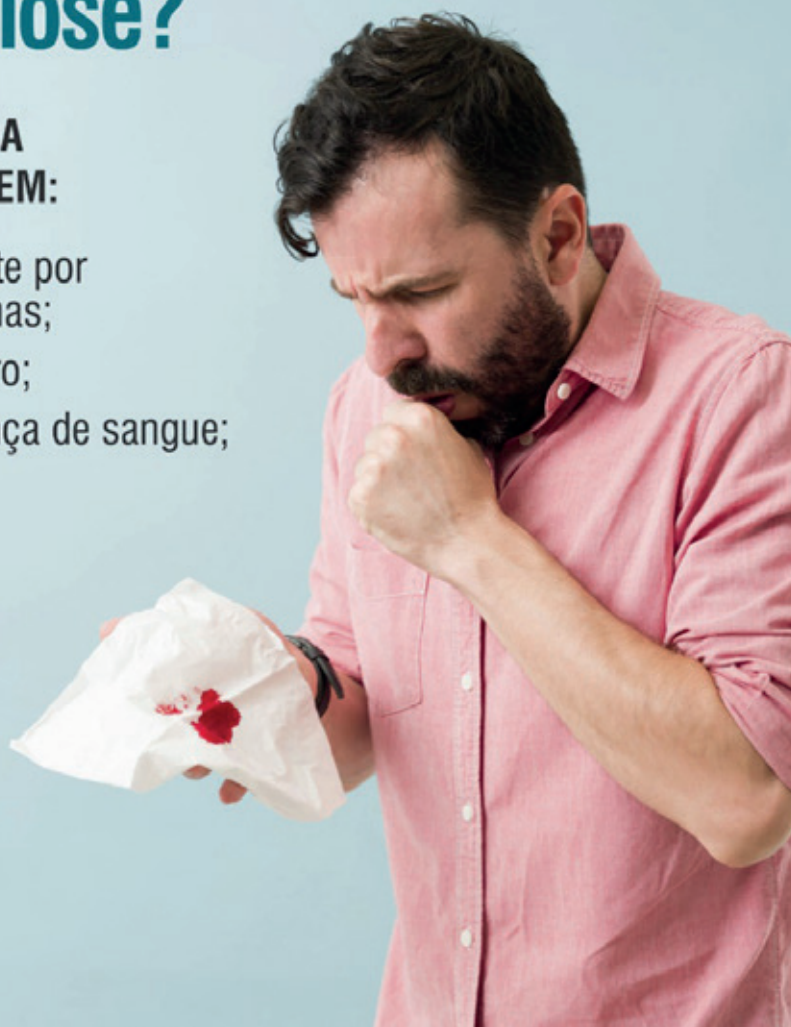
Nossa capacidade de acabar com a epidemia de tuberculose depende disso.

<https://www.nature.com/articles/s41564-023-01365-3>

Quais são os sintomas de tuberculose?

ALGUNS SINTOMAS DA TUBERCULOSE INCLUEM:

- Tosse forte e frequente por mais de duas semanas;
- Expelimento de catarro;
- Catarro com a presença de sangue;
- Febre;
- Dor no peito;
- Falta de ar;
- Cansaço;
- Perda de apetite e
- Rouquidão.





ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

FOI NO CONGRESSO
BRASILEIRO DE 1985, EM
FORTALEZA, QUE AS
DUAS ESPECIALIDADES
SE TORNARAM EM
UM SÓ CORPO OU

ÚNICA. E DE UMA
FORMA BEM PRÁTICA
PRA ENTENDERMOS,
PODERÍAMOS RESUMIR:
PATOLOGIA VENOSA,
ARTERIAL E DOS VASOS

LINFÁTICO. A Patologia
Venosa, é a mais frequente
em todos nós humanos,
enquanto a que mais mata
no mundo é a Patologia
Arterial e a que mais chama

>>>

AUTOR: DR. LINEU FERREIRA JUCÁ

Formado em Medicina pela UFC com residência Médica em Angiologia e Cirurgia Vascular. Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Ceará por duas gestões.
CRM/CE: 3400, RQE: 160 Angiologia, RQE 194 Cirurgia Vascular





a atenção é o Linfedema.

Na veia: poderíamos dividir em Sistema Venoso Profundo e o Sistema Superficial. No profundo, são as Tromboses as mais preocupantes, enquanto no superficial são as Varizes. No Sistema Superficial sendo a patologia mais frequente, tem na sua gênese maior a Hereditariedade. Outros fatores como sobrepeso, muitos partos pela influência hormonal, profissão que exija muito em ficar em pé, também têm sua parcela de culpa. A sua prevalência: uma em cada cinco mulheres e um para quinze homens. O diagnóstico dessa dilatação das safenas pode ser feito, pelo exame clínico e físico,

más, o US é sem dúvidas, o divisor de águas do diagnóstico. Ainda lembrar, que é o sistema venoso profundo, ser o responsável por 80% do retorno dos Membros Inferiores e somente 20% pelo Sistema Safeno ou superficial. Isso, é exatamente o contrário nos Membros Superiores. Ah! As veias menores de 4mm, chamamos de Telangectasias, que tanto incomodam as mulheres, pois, parecem uma teia. As veias, não são um “tubo PVC”, más, com um sistema Valvular, que uma vez insuficientes, leva a uma dilatação e ou tortuosidade das safenas, acometendo mais a Safena Interna, que a Externa, pois duas safenas em cada perna.

Vem daí a denominação de “ponte de safena” quando essa veia é usada de forma invertida, como um Bypass na artéria coronariana. O seu tratamento é baseado no exame físico e principalmente o Doppler e acontece pelo método tradicional de exeresse cirúrgica dessas veias. Modernamente tem também: Ultrassom, Radiofrequência e “espuma densa”. Tem veias perfurantes (entre o sistema superficial e profundo), mais abaixo do Joelho e uma cirurgia: Linton, ser a indicação certa. A úlcera de perna ou varicosa é o desaguar final, se não bem indicado o seu tratamento. Ainda hoje,

uma causa importante de aposentadoria. Nas veias do Sistema Profundo e por ser a maior via de drenagem dos membros inferiores, mais nos preocupa. Sua origem, não genético e pode acontecer por muitos fatores diferentes: Trombofilia, cirurgias demoradas ou repouso por longo período e a falada trombose da classe econômica, essa nunca vi, mas, nos pós da cirurgia plástica sim. O seu tratamento, não indicado a cirurgia, e sim uma “Heparinização”. Modernamente, pelo desenvolvimento de novos anticoagulantes, pode ser de tratamento até domiciliar. A sua complicação maior é a Embolia Pulmonar e pode ser letal. O edema desse membro acometido, na maioria das vezes, fica como sequelas permanentes. A meia elástica, terá a sua indicação perfeita, além da medicação Flebotrópica, ao longo da vida. As Telangiectasias, tem no seu tratamento, a Escleroterapia, que pode ser Química ou Térmica. A química, com líquidos que irritam seu endotélio e na térmica com o Laser, ambos, com bons resultados para

o médico experiente e suas exigentes clientes!

Na Patologia Arterial, poderíamos ter também uma divisão, para um melhor erose, ainda hoje, sem uma definição única de sua gênese e seu controle. Poucos já bem definidos, como o ato do Fumar, a Diabetes em que 25% mais presente e o sobrepeso. Um colega Nefrologista, nos informa: quase a totalidade dos seus pacientes em Hemodiálise, são diabéticos. Pode acontecer pela obstrução desse vaso, como também sua dilatação, o Aneurisma. Sem uma definição na medicação, a intervenção cirúrgica é o que nos sobra. A obstrução da Artéria que irriga o músculo cardíaco foi por muito tempo quem mais matava o homem, o falado Infarto Agudo do Miocárdio-IAM. A obstrução ou lesão endotelial da artéria que irriga o cérebro quem mais matava a mulher, o temido Acidente Vascular Cerebral—AVC. Hoje quem mais mata, superando o coração, com o seu IAM é a lesão da Carótida com o seu AVC, digamos assim. A história clínica e o exame

físico, continuam como o importante no diagnóstico de qualquer patologia, mas, o US Doppler e o exame arteriográfico, definem melhor essa investigação. O Doppler ser mais acessível, uma vez o estudo arteriográfico necessita de uma sala especial chamada de Hemodinâmica. Nesta sala, com fios guias, cateteres, stents e profissionais experientes, vem mudando essa fatídica estatística. Isso associado a tudo, tem as drogas novas da anticoagulação, tudo muito caro. O nosso HGF e o Hospital do Coração fazem essas intervenções de rotina. A morte ou sequelas, por essas duas causas nos aflige. A obstrução das artérias das pernas se associada a diabetes, é a responsável por 80% das amputações, o trauma e a neoplasia somam 5% cada. A única placa ateromatosa, com início e fim definidos é na carótida. O tratamento por via Endovascular, em muito supera a cirurgia aberta. A outra apresentação, são as doenças inflamatórias do sistema arterial. Muito, associadas às doenças do colágeno. A Tromboangiite

>>>



Obliterante, pelo exemplo mundial do nosso país, na diminuição do tabagismo, também em declínio. A última apresentação da doença arterial é o Trauma, que muito aumentando, pelo acidente de trânsito e as agressões por arma de fogo, antes, era a “peixeira” e classificada como causas externas de mortalidade. Esse novo motivo de letalidade, Homicídio e Trânsito, têm números bem próximo da soma de todos os Cânceres.

A doença que acomete o vaso linfático, ainda não temos o tratamento cirúrgico,

como eficaz ou realidade. O linfático pode ser acometido, por Tuberculose, por doença maligna, como sequela dos tratamentos oncológicos da Radio ou por repetidas infecções na perna. No Recife, muito acontecia, devido a Filariose, e pela “borrifação” frequente para o controle do mosquito da Dengue, também em menor frequência e por esse motivo, os colegas pernambucanos dominavam bem, a patologia linfática. O diagnóstico clínico é feito, ao observar um processo inflamatório, como se fora um vergão, da extremidade do membro inferior até a raiz da coxa

e acompanhado de sinais prodrômicos como febre em calafrios e demais sintomas de uma infecção. Nos membros superiores, sua maior associação é devida a uma mastectomia com esvaziamento ganglionar. Em 80% dos vasos linfáticos são superficiais, que convergem pra os gânglios da virilha e axila e destino final, para no Ducto Torácico. Eles são valvulados, como as veias, e infecções repetidas tornam essas válvulas insuficientes, causando assim Edemas bem malvistos ou entendidos pelo paciente. O tratamento é antibiótico e dos “fortes”.



JOSÉ LIMA: UM DILIGENTE EDUCADOR MÉDICO NA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Conselheiro do Jornal do Médico
Membro titular da ACM - Cadeira 18
CRM/CE 2412



**JOSÉ LIMA DE CARVALHO
ROCHA NASCEU EM
FORTALEZA EM 19 DE
MARÇO DE 1956, NO
DIA DE SÃO JOSÉ, O
PADROEIRO DO CEARÁ,
SENDO FILHO DE
ROBERTO DE CARVALHO
ROCHA E MARIA LÚCIA
LIMA DE CARVALHO
ROCHA, AMBOS
DEDICADOS PROFESSORES.**

José Lima cursou toda a educação básica no Colégio Christus, estabelecimento de ensino de orientação católica, uma escola fundada em 1951 pelos seus pais, com os quais aprendeu a rezar, trabalhar e valorizar a educação.

Após concluir o ensino médio em 1974, José Lima foi aprovado no vestibular da Universidade Federal do Ceará (UFC) de janeiro de 1975, ingressando no curso de Medicina, concluindo-o, aos 24 anos de idade, na Turma de 1980, que colocou grau em janeiro de 1981, em virtude de greve de docentes dessa universidade.

Durante a sua graduação em Medicina, paralelamente às obrigações regulares de ensino, quando cursava

todas as disciplinas que eram oferecidas a cada semestre, buscou complementar a sua formação médica com atividades extracurriculares, tendo sido no âmbito da UFC, monitor de Biofísica Médica do Departamento de Fisiologia e Farmacologia, de 1977 a 1980, e estagiário do Centro de Pesquisas em Doenças Hepato-Renais, de 1978 a 1980, participando da equipe do Prof. Dr. Antônio Lacerda Machado, que realizava transplantes renais experimentais em cães, chegando a operar 98 animais.

Extramuros, do 4º ao 6º ano, com a intenção inicial de ser um futuro cirurgião, acompanhava o Dr. Vitoriano Antunes Barbosa, um renomado e exímio cirurgião plástico, auxiliando-o em procedimentos cirúrgicos prestados aos pacientes desse médico e ganhando habilidades no manejo do bisturi.

Por outro lado, considerando o seu forte interesse no campo educacional, o então acadêmico de Medicina José Lima prestou vestibular da

Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado para a graduação em Pedagogia que realizou no turno da noite de 1977 a 1981.

No começo de 1981, o Dr. José Lima foi aprovado em concurso público da UFC para lecionar Biofísica Médica no curso de Medicina e, também, por meio de processo seletivo, foi aceito na Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC, que não chegou a concluir.

Já docente, iniciou o Mestrado em Farmacologia da UFC, sob a orientação do Prof. Dr. José Henrique Leal Cardoso, cumprindo os créditos em disciplinas, entre 1982 e 1984, e fazendo jus ao título de especialista em Farmacologia.

Com a necessidade de fortalecer a escola criada por seus genitores e ciente de que não seria possível efetuar, simultaneamente, muitas atividades profissionais, o Dr. José Lima optou pela docência, deixando a prática médica em um plano laboral secundário.

Pertenceu ao corpo docente da UFC, como professor auxiliar de ensino, de 1981 a 1982, e professor assistente, de 1982 a 1984, tendo pedido o seu desligamento funcional em virtude das crescentes demandas do Colégio Christus, que passara ao seu comando, como dirigente-mor desse empreendimento de natureza familiar.

Sob a sua gestão, o Colégio Christus expandiu a presença no setor educacional cearense, com a instalação de outras unidades físicas de ensino e a inserção no quadro das instituições de ensino superior, desde 1995, via Faculdade Christus, progredindo na oferta de graduações e de pós-graduações em diversas áreas, credenciando-se junto ao Ministério da Educação como um Centro Universitário, a atual Unichristus, da qual o Prof. José Lima é mantenedor e o reitor desde 2012.

O Dr. José Lima nunca esqueceu as suas raízes médicas que, despertadas do mero estágio de latência, no final da década de 1990, viraram um sonho de

construir um novo médico no Ceará, que se concretizou em 2006, com a instalação do Curso de Medicina da Unichristus, coroando os esforços do grupo de trabalho por ele conduzido para esse mister.

Sempre disposto a enfrentar e a superar desafios, o Prof. José Lima voltou aos bancos escolares da sua alma-mater, em 2007, para fazer o Mestrado em Cirurgia que viria a concluir em 2010 com a sua defesa da dissertação “Efeitos da mitomicina-c tópica em queimadura de camundongos”, produzida sob a orientação do Prof. Dr. José Alberto Dias Leite.

Quase sequencialmente, em 2012, ele deu prosseguimento à sua pós-graduação stricto sensu, admitido no Doutorado em Ciências Médicas da UFC, que culminou em 2016 a defesa da sua tese “Quantificação da organização e arquitetura do colágeno em queimaduras cutâneas por meio da dimensão fractal, lacunaridade e transformada rápida de Fourier”, elaborada sob a orientação do Prof. Dr. José Alberto Dias Leite.

Apesar de seus tantos afazeres profissionais, o Dr. José Lima ainda encontra tempo para se dedicar à produção literária, publicando crônicas como articulista do jornal O Povo, comportando realçar a sua condição de sócio da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores - Regional Ceará, a SOBRAMES-CE, e de membro titular da Academia Cearense de Médicos Escritores, a ACEMES.

Casado com Valeria Brasil de Carvalho Rocha (administradora de empresas), José Lima é pai de Priscila (psicóloga, administradora de empresas e médica) e Murilo (advogado e engenheiro civil).

O Acad. José Lima de Carvalho Rocha foi empossado na Academia Cearense de Medicina (ACM), em 30/06/2023, na Cadeira 42, patroneada por José Carlos da Costa Ribeiro, e anteriormente ocupada pelo Acad. Pedro Mauro Rola de Souza, tornado membro honorável em 22/07/2022, sendo saudado ao ensejo da sua investidura acadêmica pelo Acad. José Henrique Leal Cardoso.



MORTE SÚBITA E PRÁTICA ESPORTIVA

NOS ÚLTIMOS ANOS,
MAIS PRECISAMENTE NOS
ÚLTIMOS MESES, ESTAMOS
NOS DEPARANDO
COM UM AUMENTO
CONSIDERÁVEL DE CASOS

DE MORTE SÚBITA
DURANTE PRÁTICA
ESPORTIVA, SEJA EM
ATIVIDADES DE ALTA
PERFORMANCE E ATÉ
MESMO EXERCÍCIOS

FÍSICOS DO NOSSO
COTIDIANO COMO
AVALIAÇÕES DE
CONCURSOS OU ESPORTES
AMADORES. A morte
súbita é definida como um

>>>

AUTOR: DR. SADI NAVARRO

Médico Cardiologista,
Membro da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC);
Pós graduando em Medicina do Exercício de do Esporte.
CRM PR 37554 / RQE 27899





acontecimento inesperado, com perda abrupta de consciência em até uma hora após o início dos sintomas e normalmente ocorre em indivíduos jovens e sem sintomas relevantes.

Em 90% dos casos, a morte é causada por doenças cardíacas não diagnosticadas previamente. Durante a atividade física, o atleta pode desenvolver uma arritmia maligna e parada cardiorrespiratória, que se não for revertida em alguns minutos leva à morte.

Em atletas com menos de 35 anos, as principais causas de morte súbita são doenças cardíacas congênicas (presentes desde o nascimento, mas que podem ser silenciosas ou se manifestarem tardiamente). Há casos em que pode haver sintomas premonitórios, como dor no peito, falta de ar, desmaio ou palpitações.

Já em pessoas acima de 35 anos, doenças das artérias coronárias, as coronariopatias, são as maiores causas de morte súbita no esporte.

Dentre as doenças cardíacas mais comuns nestes casos está a cardiomiopatia hipertrófica, que tem origem genética e se caracteriza pelo aumento da espessura do músculo do coração, o miocárdio, fazendo com que seja mais difícil para o coração bombear sangue.

A causa mais comum da “parada cardíaca” é uma arritmia chamada de fibrilação ventricular. É uma situação na qual há uma desorganização da atividade elétrica do coração, e assim, o coração para de bombear sangue

>>>

efetivamente. Uma pessoa que sofre uma morte súbita durante a prática esportiva, seja por um infarto agudo do miocárdio, seja por miocardiopatia hipertrófica, na grande maioria das vezes apresentará a fibrilação ventricular como mecanismo de parada cardiorrespiratória

Apesar das doenças relacionadas ao coração serem as maiores causas de morte súbita, também devemos pontuar que o uso de drogas ilícitas como a cocaína ou o excesso de cafeína podem sim causar a morte súbita.

Importante destacar sinais e sintomas como dor no peito,

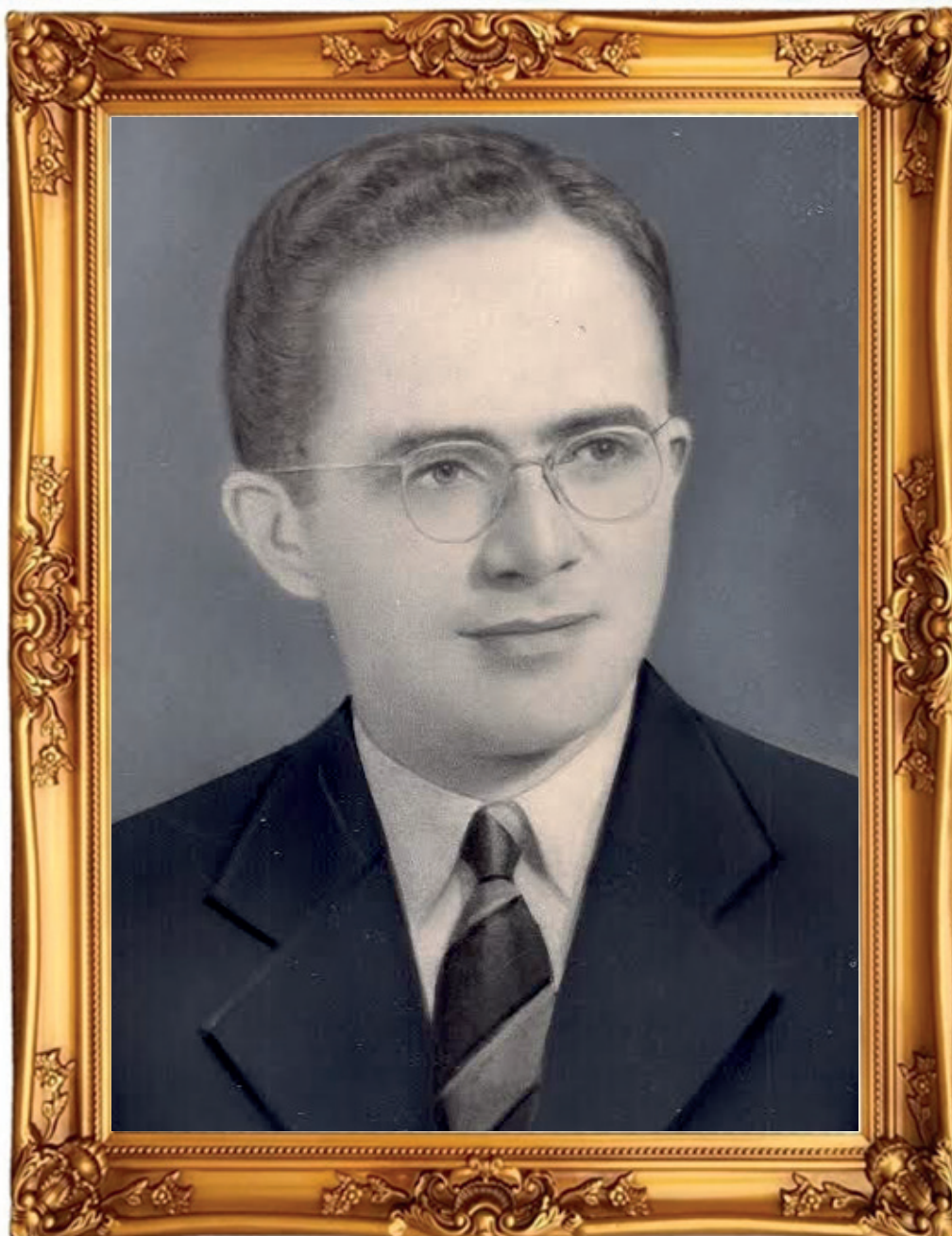
na região do pescoço, ou na região superior do abdômen desencadeada pelo esforço, falta de ar, episódios de tonturas ou desmaios que podem preceder a morte súbita. “O maior erro que se pode cometer é menosprezar estes sintomas”. Lembrando que pessoas portadoras de arritmias cardíacas ou de qualquer outro tipo de doença cardiovascular não apenas podem, mas devem praticar exercícios. O ponto fundamental é que esta prática deve ser baseada numa prescrição adequada.

Quanto à prevenção, a maneira mais eficaz é fazer uma avaliação médica periódica e praticar

exercícios físicos dentro dos limites estabelecidos, já que por mais que a atividade física seja sinônimo de diversão, bem-estar e saúde, precisa ser realizada corretamente para proporcionar benefícios para o organismo e para prevenir doenças.

Por isso, antes de iniciar qualquer tipo de atividade física, é necessário que seja realizado um check up com um médico cardiologista ou médico do esporte, especialmente em atividades mais intensas e que exigem mais do corpo, já que muitas pessoas podem ter doenças cardiovasculares sem sintomas.





Dr. Antônio Jorge de Queiroz Jucá (1915-1965)

OS PIONEIROS DA CARDIOLOGIA CEARENSE

AUTORA: DRA. ANA MARGARIDA

Conselheira do Jornal do Médico
e membro da Academia Cearense de Medicina
CRM/CE 1782

Instagram: [@anamargaridafurtadoarruda](https://www.instagram.com/anamargaridafurtadoarruda)



**A HISTÓRIA DA
CARDIOLOGIA CEARENSE,
SEGUNDO A DRA.
GLAURA FÉRRER, TEVE
INÍCIO COM O DR.
ANTÔNIO JORGE DE
QUEIROZ JUCÁ (1915-
1965), DISCÍPULO DE PAUL
DUDLEY WHITE, M. D.,
PROFESSOR DE MEDICINA
DA HARVARD MEDICAL
SCHOOL.**

Em julho de 1951, o dr. Antônio Jucá, representante da Regional do Ceará da Sociedade Brasileira de Cardiologia-SBC, realizou, em Fortaleza, a “8ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Cardiologia”. Essas reuniões, que ocorreram de 1944 até 1954, passaram, a partir de 1955, a ser chamadas de “congressos”.

A dra. Glaura Férrer, que foi aluna do Prof. Antônio Jucá, teve papel relevante na história da “Sociedade Cearense de Cardiologia”. Em julho de 1962, ela foi eleita, durante o Congresso de Cardiologia, em Belo Horizonte, representante regional da “Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) no Ceará, por um

período de dois anos, sendo reconduzida ao cargo várias vezes.

Os primeiros cardiologistas foram: Antônio Jorge de Queiroz Jucá, Célio Brasil Girão, Francisco Edgardo Saraiva Leão, Francisco de Paiva Freitas, Francisco Edson dos Santos Monteiro, Geraldo Wilson Gonçalves, Heládio Feitosa de Castro, Haroldo Gondim Juaçaba, Hélio Vieira de Souza, José Murilo de Carvalho Martins, José Edísio da Silva, Jurandir Picanço, José Carlos Ribeiro, Luiz Carlos Fontenele, Newton Teófilo Gonçalves, Raimundo Hélio Cirino Bessa e M. Pinto.

A Sociedade Cearense de Cardiologia-SCC foi criada em 27/06/1972 durante uma reunião no então “Centro Médico Cearense”. A primeira diretoria, eleita para um mandato de dois anos (1972 e 1973), era assim composta: Presidente – Glaura Férrer; Vice-presidente – Eduardo Regis Jucá; 1º Secretário - Francisco Edgardo Saraiva Leão; 2º Secretário – Francisco Waldeney Rolim; 1º Tesoureiro – Raimundo Hélio

Cirino Bessa; 2º Tesoureiro – Francisco Martins Ferreira Filho; Diretor de Publicações e Assuntos Científicos – José Nogueira Paes Junior.

Em julho de 1973, a SCC realizou em Fortaleza o XXIX Congresso Brasileiro da SBC, tendo como presidente a dra. Glaura Férrer.

Segundo o dr. João Martins, na década de 1950, o Prof. Newton Gonçalves, realizou, “a céu fechado”, auxiliado pelos colegas Haroldo Gondim Juaçaba e Paulo de Melo Machado, a desobstrução de uma válvula mitral estenosada.

Newton Gonçalves entrou para a história da cardiologia cearense como o primeiro cirurgião a operar coração sem circulação extracorpórea. Na mesma década, o dr. Wilson Jucá, irmão de Antônio Jucá, operou alguns pacientes com estenose mitral na Casa de Saúde César Cals e na Assistência Municipal, auxiliado pelo jovem estudante de Medicina, César Gondim.

Em 1959, o dr. Haroldo Juaçaba, um dos três primeiros médicos que iniciaram no Ceará a cirurgia cardíaca, montou na Faculdade de Medicina um “Laboratório Experimental de Cirurgia Cardíaca”, com o auxílio do então estudante de medicina, Régis Jucá.

Em 1967, foi realizada no hospital César Cals a primeira cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea. A paciente, portadora de estenose mitral, foi operada pelo Prof. Adib Jatene, auxiliado por seus dois ex-residentes, Maurício e Petrola. A perfusão foi feita pelo dr. João Evangelista.

Em agosto de 1968, o dr. Régis Jucá, ao voltar de treinamento em grandes centros de cirurgia cardíaca nos Estados Unidos, aliou-se à equipe de cirurgia cardíaca da César Cals, dando grande contribuição ao desenvolvimento da cirurgia cardíaca em nosso Estado. ●



AUTOR: DR. LÚCIO FLÁVIO GONZAGA SILVA
Artista plástico e membro titular da SOBRAMES Ceará
Médico Urologista (CRM/CE: 2455 | RQE Nº: 865)
[Instagram: @lucioflaviogonzaga](#)



**EMÉRITO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO CEARÁ, O PROF
JOSÉ NOGUEIRA PAES
JUNIOR É UM NOBRE
CARDIOLOGISTA, QUE
EMBORA NÃO CEARENSE,
TEM UMA BIOGRAFIA
DE EXTRAORDINÁRIOS
SERVIÇOS PRESTADOS
AO POVO DO NOSSO
ESTADO. COM FORMAÇÃO
ÍMPAR EM CARDIOLOGIA,
TEM FELLOW DA
ESPECIALIZADO
REALIZADO NA
UNIVERSIDADE DE
KANSAS - EUA NOS ANOS
DE 1967-1968.**

Seus legados: a 1a UTI do Estado do Ceará (1970), o 10 Serviço de Hemodinâmica (Hospital de Messejana - 1970), Laboratório de Ecocardiografia Bidimensional do Hospital Universitário (1980) e o Serviço de Hemodinâmica do Prontocardio (1993).

Enquanto diretor do Hospital Universitário (1974) criou a UTI, o Serviço de Emergência, a Medicina Nuclear, a Hemodinâmica e o Bloco Cirúrgico.

Em 1980 defendeu a Tese "Coronariografia", que lhe conferiu o título de Professor Titular da UFC



A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E MEDICINA

**A INTELIGÊNCIA
ARTIFICIAL SURTIU
NA DÉCADA DE 1950,
QUANDO O MATEMÁTICO
E FILÓSOFO BRITÂNICO
ALAN TURING PUBLICOU**

**O ARTIGO COMPUTING
MACHINERY AND
INTELLIGENCE, NA
REVISTA CIENTÍFICA
MIND. Foi pioneiro sobre
inteligência artificial e**

explorou as possibilidades
fundamentais de saber se
as máquinas poderiam ser
direcionadas e instruídas
para pensar, entender,
aprender e aplicar sua

>>>

AUTOR: DR. ANGELO RONCALLI RAMALHO SAMPAIO

Conselheiro do Jornal do Médico, Doutor em Saúde Coletiva
Cardiologista, Especialista em Cardiologia e Terapia Intensiva
Professor Adjunto de Cardiologia da Faculdade de Medicina da UFCA
Membro da Comissão Julgadora do título de especialista em cardiologia (SBC)
CRM/CE 4998 - RQE 3222



própria “inteligência” na resolução de problemas, assim como os humanos.

John McCarthy, um cientista norte-americano, apresentou o termo em 1956 em uma conferência no campus do Dartmouth College onde também o primeiro projeto de inteligência artificial foi apresentado. O programa, chamado The Logic Theorist, foi desenvolvido pelos estadunidenses Allen Newell, pesquisador da ciência da computação e psicólogo cognitivo, Cliff Shaw, programador de sistemas, e Herbert Simon, economista e pesquisador nos campos de psicologia cognitiva e informática.

Em 1966, o pesquisador Joseph Weizenbaum criou o programa ELIZA, que foi um marco importante no desenvolvimento dessa tecnologia, que foi o primeiro a imitar a comunicação entre seres humanos, simulando uma terapeuta que conversava com os usuários em linguagem natural.

A partir daí, surgiram diversas outras aplicações da IA, como sistemas

especialistas, robôs industriais, jogos de xadrez, reconhecimento de fala e imagem, etc.

Em novembro de 2022 foi lançado o ChatGPT (do inglês: Chat Generative Pre-Trained Transformer), que é um chatbot online de inteligência artificial (IA) desenvolvido pela OpenAI. Chamou a atenção mundial e causou tanto entusiasmo, segundo o NY Times quanto o surgimento do Google ou o primeiro iPhone, pela sua capacidade de entender conteúdos e promover respostas articuladas e detalhadas, que Bill Gates afirmou que “...Isso vai mudar o nosso mundo.”

E, realmente, segundo editorial da New England Journal of Medicine (NEJM): “A inteligência artificial (IA) ganhou destaque público recentemente com o lançamento de modelos de aprendizado profundo que podem gerar qualquer coisa, desde arte até trabalhos de conclusão de curso, com o mínimo de intervenção humana. Esse desenvolvimento revigorou a discussão sobre os papéis

existentes e potenciais da IA em todos os aspectos da vida. Entre a ampla gama de campos com possíveis aplicações de IA, no entanto, a medicina se destaca como aquela em que existe um enorme potencial, juntamente com desafios igualmente substanciais.”

Segundo Andrew Beam, professor adjunto de Informática Biomédica da Harvard Medical School, a inteligência artificial (IA) tem o poder de mudar a medicina e a saúde pública para melhor, aperfeiçoando tudo, desde diagnósticos a decisões de tratamento e acesso à saúde. Contudo é necessário proceder com cautela ao usar essa ferramenta poderosa, disse ele.

Praticamente não há área na medicina que já não esteja sendo tocada pela IA.

Há uma multiplicidade de aplicações já descritas como: aplicativos que estão disponíveis para capturar o ditado de notas médicas; aplicativos que estão tentando sintetizar entrevistas com pacientes





e resultados de testes de laboratório para fazer anotações diretamente, sem intervenção do médico. Utilização da IA na cobertura de seguro de saúde, ajudando os cuidadores a fazer reivindicações e os pagadores a julgá-las. Aplicação da IA para interpretar imagens – radiografias, histologia e fundo de olho. Ferramentas que utilizam IA na análise e interpretação de grandes bancos de dados de pesquisa contendo informações que vão desde achados laboratoriais até dados clínicos.

No entanto, novos métodos de IA podem ser frágeis, funcionar apenas em um domínio estreito e podem ter preconceitos embutidos que afetam desproporcionalmente grupos marginalizados. Essa variedade de aplicativos de IA requer um grupo diversificado de autores, editores e revisores, embora o grupo de indivíduos com conhecimento adequado ainda seja relativamente pequeno conforme destaca editorial da NEJM.

A própria revista NEJM

diante do impacto do surgimento de muitos autores querendo publicar acerca desse tema, criou uma abertura para publicação de série de artigos na revista e na chamada NEJM AI.

Os campos de atuação são tão vastos quanto é a medicina, utilizações são descritas desde a medicina de precisão, as especialidades médicas diversas e até à medicina forense já tem estudos publicados.

Em podcast promovido pela NEJM AI, o prof Andrew

>>>

Beam cita o que disse Lily Peng: “Da mesma forma, a IA pode analisar exames de retina e detectar problemas que um oftalmologista não seria capaz de ver”. “As varreduras de retina são normalmente usadas para procurar evidências de danos vasculares, como uma condição conhecida como retinopatia diabética, que pode causar danos aos olhos e cegueira”, explicou Beam. “Mas Lily e seus colegas perguntaram: ‘O que mais podemos fazer com esses dados?’ E eles realmente mostraram que a IA pode prever a pressão sanguínea de alguém, seu status de fumante, sua idade, até mesmo seu sexo, bem como seu risco cardiovascular, de uma imagem de sua retina”.

O Lancet Oncology publicou recentemente um dos primeiros ensaios controlados randomizados de mamografia com suporte de IA, demonstrando uma taxa de detecção de câncer semelhante e quase metade da carga de trabalho de leitura de tela em comparação com a leitura não assistida. A IA também impulsiona o progresso em doenças infecciosas e medicina molecular e aprimora ferramentas de diagnóstico implantáveis em campo.

Assim, É preciso observar que a medicina é muito diferente de outras áreas onde a IA está sendo

aplicada. Essa tecnologia permite novas descobertas e processos aprimorados em todo o complexo de assistência à saúde. Considerações éticas, aspectos governamentais e regulatórias são necessários no projeto, implementação e integração de todos os componentes dos aplicativos e sistemas de IA. É fundamental avaliar preocupações com utilidade e segurança, observado aos mesmos padrões aplicados a outras tecnologias médicas. A comunidade científica e as entidades médicas têm um papel fundamental em testes rigorosos, validação e monitoramento da IA. A sorte está lançada, the times they are a-Changin'! ●



OTORRINOLARINGOLOGIA: BIODIREITO E BIOÉTICA

ESPECIALIDADE COM AMPLA REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DE VIDA, FOCADA EM SEGMENTOS CORPORAIS CONFORME A ETIMOLOGIA DO

TERMO, NO GREGO OUS (OUVIDO), RHINÓS (NARIZ) E LARYNX (LARINGE). Registros desde a antiguidade clássica (Egito: lesões em

ossos temporais, durante campanhas militares, com repercussões na audição e na fala, além de tratamento para tontura e hipoacusia; Grécia: descrições da cóclea

AUTOR: DR. RENATO EVANDO MOREIRA FILHO

Médico e Advogado - CRM CE 6921 OAB CE 22667

RQE em Ginecologia e Obstetrícia - 2744

RQE em Medicina Legal e Perícia Médica - 6016

Prof. Dr. de Medicina Legal, Ética Médica e Direito Médico da UFC



e fisiologia auditiva; Roma: Galeno e análise do ouvido interno, denominando-o “Labirinto de Creta”), passando pelos séculos 19 e 20 - considerados “Era de Ouro”, com trabalhos destacados de Prosper Ménière, Alfonso Corti, Ernst Reissner, Friederich Bezold, Gustav Killian, Greenfield Sluder... Hodiernamente, sobressaem os avanços das técnicas microscópicas, endoscópicas, otologia, implantes, imaginologia e laringologia, dentre tantos. No Brasil, foi exercida em conjunto com a Oftalmologia, até meados do século passado. Como predecessores, surgem as pioneiras cátedras de Otorrinolaringologia, na Faculdade de Medicina da Bahia (prof. Eduardo Rodrigues de Moraes) e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (prof. Hilário Soares de Gouvêa). Nas terras alencarinas, é precursor o serviço da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (início do século XX), além da instalação da pioneira disciplina na Universidade Federal do Ceará (anos 1950), com o prof. Ocelo Pinheiro ministrando as aulas teóricas

e o prof. Oliveira Pombo, com as práticas, no citado nosocômio beneficente.

Sob o prisma do BIODIREITO, constata-se a incidência de normas aplicáveis a Otorrinolaringologia.

Destacamos:

(1) Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro (GM). Portaria 2.161/2018, que estabelece critérios para troca do processador de fala, em tabela específica do Sistema Único de Saúde (SUS). Deverá obedecer aos seguintes: I - Processador de fala com 7 anos ou mais de uso, e que se encontra em obsolescência e descontinuado, devidamente oficializado pelas empresas que comercializam a prótese no país, e que não esteja funcionando adequadamente, II - Pacientes em acompanhamento periódico em serviço habilitado, III - Compromisso em zelar pelos componentes externos do implante coclear e, IV - Indicação do médico otorrinolaringologista e do fonoaudiólogo que acompanha o paciente da necessidade da troca, na

conformidade dos critérios listados;

(2) Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro (GM). Portaria 2.776/2014, que aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva, no SUS. Entre outros aspectos, disciplina que tal estabelecimento especializado deverá disponibilizar atendimento de enfermagem, ambulatorial e de intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório, com equipe composta, também, por médico otorrinolaringologista, com título de especialista, emitido pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologista e Cirurgia Cérvico-Facial e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, além de experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado em saúde auditiva, conforme a especificidade e escopo do estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso;

>>>

(3) Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Nota Técnica GGTES 01/2017, que tem por escopo o processamento de equipamentos de diagnóstico de vias aéreas superiores por via endoscópica, como nasolaringoscópios em consultórios. E, ainda, propõe-se a orientar os serviços de saúde e instrumentalizar as vigilâncias sanitárias quanto a estes aspectos. Ressalte-se a necessidade dos serviços elaborarem protocolo de processamento com descrição de cada etapa e que este seja aprovado pelo responsável pelo serviço de saúde, revisado e atualizado quando necessário.

Na abordagem BIOÉTICA, os Conselhos Federal e Regionais de Medicina estabelecem normas que devem ser observadas pelos que exercem a especialidade. Exemplificativamente:

(1) CFM (Conselho Federal de Medicina) - Parecer 25/2020, que especifica as modalidades existentes de exames audiométricos, além

de esclarecer que os referidos exames precisam ser interpretados por médicos, além de recomendar que seja preferencialmente especialista em otorrinolaringologia e/ou tenha capacitação na interpretação de exames audiológicos. Conclui que várias são as modalidades existentes para avaliação audiológica, com diferentes graus de complexidade, além de especificidade. Os exames audiométricos mais comuns são os seguintes:

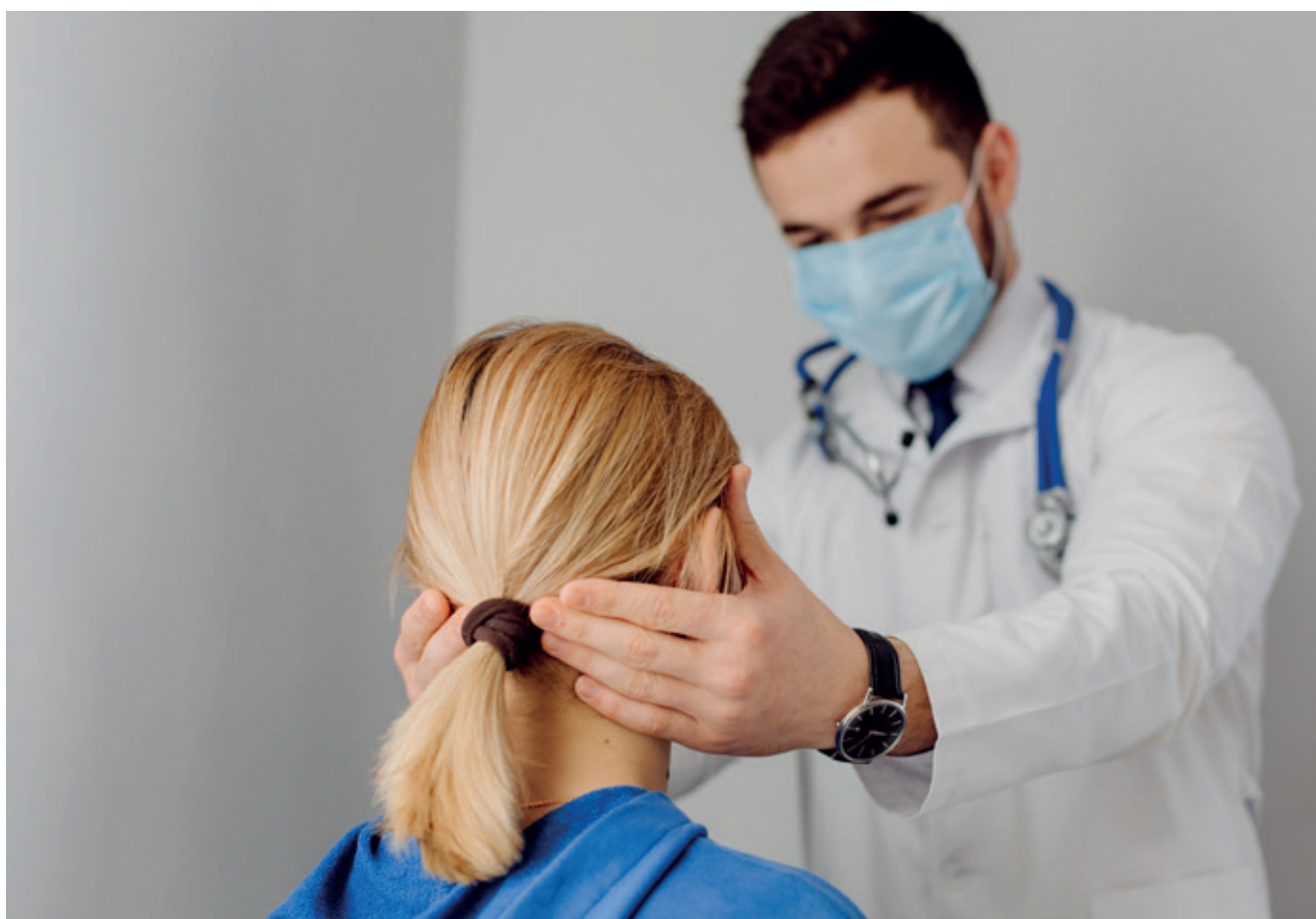
1. Audiometria ocupacional ou de seleção (não mais utilizada, após modificação na legislação que aboliu o uso da tabela de Fowler).

2. Medidas da capacidade auditiva. São exemplos: Audiometria tonal com testes de discriminação e Audiometria vocal ou logaudiometria. As operadoras de planos de saúde deverão considerar remuneração diferenciada para cada exame, de acordo com sua função no diagnóstico da capacidade auditiva. Em um mesmo exame audiométrico é possível realizar

diversos procedimentos interdependentes e essenciais que, portanto, deverão gerar cobranças individualizadas;

(2) CFM - Parecer 08/2016, que aborda a cirurgia otológica com instrumentais de maior rapidez e segurança. São exemplos as brocas diamantadas e carbonadas que representam um avanço na qualidade do ato cirúrgico e melhor resultado pós-operatório das cirurgias da mastoide. Sua utilização diminui o risco de superaquecimento ósseo, além de reduzir o tempo da cirurgia e promover maior tranquilidade e segurança - ao cirurgião e ao paciente;

(3) CFM - Parecer 04/2009. Orienta ser da competência do médico otorrinolaringologista o diagnóstico das afecções otorrinolaringológicas e a indicação da prótese auditiva. A audição é um sistema complexo que permite ao ser humano comunicar-se e socializar-se. As doenças otológicas progressivas, assim como doenças sistêmicas com repercussões sobre



o aparelho auditivo, necessitam ser descartadas ou tratadas para que não ocorram danos adicionais a saúde otológica do paciente, devendo sempre ser consultado o médico especialista para diagnóstico e tratamento. Desta forma, cabe ao médico a indicação da prótese auditiva.

In fine; em 1922, surge a Sociedade Brasileira de Oftalmologia e Oto-rhino-laryn-gologia, responsável pela publicação da Revista

Oto-Laringologica (1933) e pelo 1º Congresso de Otorrinolaringologia (1938). Em 1948, nasce a Federação Brasileira das Sociedades de Otorrinolaringologia e Broncoesofalogia (SBORL), transformada em Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (SBORL), em 1978. Em outubro de 2003, aprova-se nova mudança, passando-se a “Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial”

(ABORL-CCF). A efeméride em homenagem ao especialista ocorre em 03 de março, também referenciado como “Dia Mundial da Audição”. Oportuno recordar poemas relacionados aos sentidos e o simbolismo contidos no odor, no ouvir e no falar, a exemplo de Miloch: “Ela tem a voz tão meiga, baixa, que é difícil até de ouvir. E mesmo quando a paixão sobe enraivecida pela garganta, é com tom de ternura que diz: te amo”. ●



O MERCADO JÁ MOLDA O ALUNO

É NOTÓRIO O CRESCIMENTO PROGRESSIVO NO NÚMERO DE ESCOLAS DE MEDICINA EM TODO O

BRASIL, ESPECIALMENTE NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, QUE SE COMPÕE PRINCIPALMENTE POR INSTITUIÇÕES

PARTICULARES. Além disso, as políticas sociais de importação de profissionais formados em outros países, como propõe o Programa

>>>

AUTOR: ACADÊMICO NICOLAS ANDRADE MOREIRA

Acadêmico de Medicina do 6º semestre UNIFOR
Membro da Liga de Empreendedorismo, Gestão e Inovação (LIEGI)



Mais Médicos, parecem interessantes sob a ótica de quem carece de atendimento médico, especialmente em regiões mais pobres, como o Nordeste.

Para certo grupo de estudantes da graduação, entretanto, o atual período da saúde brasileira pode causar certa apreensão, receio ou medo, principalmente de ter a intensificação do processo de desvalorização da sua mão de obra. Inconscientemente, o fenômeno remete ao processo de declínio de prestígio de outros outros cursos que, em outra época, já foram sinônimo

de segurança econômica, estabilidade financeira e status social.

Assim, criam-se necessidades de diferenciação pessoal e profissional para se destacar em um mercado médico cada vez mais concorrido, disputado e que caminha para a saturação. Estratégias básicas utilizadas por profissionais no século passado foram superadas e atualmente o posicionamento exige sofisticadas campanhas de marketing, tráfego pago, gestão de imagem, empreendedorismo e finanças, sem deixar de lado a boa e velha divulgação

boca a boca e sem esquecer do compromisso e da dedicação com o paciente.

Portanto, uma breve avaliação das angústias dos acadêmicos de medicina possibilita identificar que as tendências no mercado médico são sentidas pelos estudantes ainda durante a graduação. Além disso, políticas públicas podem acabar influenciando, por mais que de forma indireta, na mentalidade de parte dos médicos em formação, os quais buscam se capacitar melhor, mas se mostram cada vez mais apreensivos quanto ao seu próprio sucesso profissional. ●



HISTÓRIA E MEMBROS TITULARES DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Conselheiro do Jornal do Médico
Membro titular da ACM - Cadeira 18
CRM/CE 2412



NO CONTEXTO DAS ATIVIDADES TRAÇADAS PARA COMEMORAR OS 40 ANOS DE INSTALAÇÃO DA ACADEMIA CEARENSE DE MEDICINA (ACM), QUE ACONTECEU EM 2018, FOI INSERIDA A FEITURA DE LIVROS QUE RELEMBRASSEM PARTE DA HISTÓRIA DO SODALÍCIO, CUMPRINDO, DESSA MANEIRA, UMA DE SUAS FINALIDADES PRIMORDIAIS - A DE PRESERVAR A MEMÓRIA DA MEDICINA NO CEARÁ.

Para tanto, o Presidente da ACM, Acad. Manassés Fonteles, mediante Portaria Nº 03/2017, datada de 14/12/2017, estipulou uma comissão para cuidar da coleta, compilação e editoração das publicações em epígrafe, culminando, primeiramente, com o lançamento do livro “Academia Cearense de Medicina: história e patronos”, realizado na Solenidade Comemorativa dos 40 anos de fundação da Academia Cearense de Medicina, ocorrida no em Fortaleza, em 12 de maio de

2018.

Para o levantamento documental, foram identificadas e recuperadas as biografias dos Membros Titulares (MT), que foram salvas em arquivos digitados e, em continuidade, repassadas aos confrades indicados a fim de que elaborassem as biografias, seguindo um modelo pré-definido, com o fito de garantir uma maior padronização dos perfis.

As páginas iniciais dessa obra, lançada na Sessão Solene de encerramento da XX Bienal da ACM, ocorrida em 12/05/2023, contam a história e a trajetória da nossa arcádia médica, sendo introduzidos, neste segundo livro, o discurso inaugural da fundação da ACM, proferido pelo Acad. Paulo de Mello Machado, outro ensaio do ex-presidente Geraldo Gonçalves, e atualizadas as especificações das últimas diretorias.

A parte maior deste livro contém biografias, dispostas por ordem alfabética

nominal, dos 134 MT ocupantes das Cadeiras da ACM, quase todas elas redigidas pelos respectivos ocupantes, tendo por base, preferencialmente, os textos, panegíricos e perfis biográficos dos MT inclusos nos Anais desse silogeu médico.

Os retratos que acompanham a biografia de cada MT foram oriundos do Museu e da Galeria dos Patronos e dos Acadêmicos da ACM, valendo assinalar a contribuição da Acad. Ana Margarida Arruda Rosenberg e da bibliotecária Camila Leite.

Tal como sucedeu com o primeiro livro, contendo as biografias dos Patronos da ACM, esse produto literário se reveste da maior importância para a História da Medicina no Ceará, foi lançado nas celebrações dos 45 anos de instalação da arcádia médica cearense e dos 75 anos da criação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.



MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA



MEMÓRIAS DE UM SANITARISTA

MEMÓRIAS DE UM SANITARISTA REUNIDAS EM LIVRO

AUTOR: DR. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Conselheiro do Jornal do Médico
Membro titular da ACM – Cadeira 18
CRM/CE 2412



AO LONGO DOS MEUS PRIMEIROS 25 ANOS DE MÉDICO, EU JÁ ACUMULARA UMA CERTA BAGAGEM DE PRODUÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA, SENDO O ANO DE 2002, QUANDO PUBLIQUEI “VIA LITERARUM”, O MEU TRIGÉSIMO LIVRO, O INÍCIO DE UMA TRANSIÇÃO INTELECTUAL QUE PASSOU A GANHAR EVIDÊNCIA COM O ESCOAMENTO DE UMA CRESCENTE PRODUÇÃO LITERÁRIA, QUE HOJE SE MANIFESTA EM DIFERENTES GÊNEROS: BIOGRAFIAS, CRÔNICAS, CONTOS, DISCURSOS, MEMÓRIAS ETC., SEM OLVIDAR, NO ENTANTO, A PRODUÇÃO CIENTÍFICA, EM FUNÇÃO DAS MINHAS ATIVIDADES DE DOCÊNCIA E DE PESQUISA.

Boa parcela da minha trajetória de vida já foi exposta na forma de distintos Memoriais: o Acadêmico, para o concurso de professor titular da Universidade Estadual do Ceará (Uece); o Cultural, quando da admissão de sócio efetivo do Instituto do Ceará

(Histórico, Geográfico e Antropológico); e o Literário, ao ingressar como imortal da Academia Cearense de Letras.

Em 2011, com o fito de demarcar o meu jubileu de prata da graduação em Ciências Econômicas, pois bacharelado por esse curso da UFC em dezembro de 1986, lancei o livro “Vivências de um Economista da Saúde”, que estimo ser uma vanguarda da produção das minhas memórias profissionais.

Esse presente livro engloba parte das minhas memórias profissionais de médico sanitaria atuante na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), a partir do meu ingresso por concurso de Sanitarista realizado em julho de 1978, servindo para celebrar os meus 45 anos da atividade em Saúde Pública.

Obras semelhantes estão sendo programadas a fim de traçarem outros aspectos da minha vida profissional (e.g. de médico do Instituto do Câncer do Ceará, que discorrerá sobre a minha

produção em Epidemiologia do Câncer; de professor universitário da Uece e de outras instituições de ensino superior).

Fui Sanitarista SS-A da SESA, estatutário, concursado, nomeado em 25 de agosto de 1978 e empossado em 28 de setembro de 1978, tendo deixado o cargo em 17 de junho 1982, mediante concurso de transformação para o quadro de médico da mesma Secretaria. No início da minha carreira de Sanitarista fui Assessor Especial do Secretário de Saúde do Estado do Ceará de janeiro de 1980 a março de 1983. Estive em exercício no Instituto do Câncer do Ceará, cedido pela SESA, mediante convênio para o funcionamento do Registro de Câncer do Ceará de 17 de junho de 1982 até 1º de fevereiro de 1999.

Fui ainda médico, estatutário, concursado da SESA, de julho de 1982 a janeiro de 1998, com exercício predominante no Gabinete do Secretário e secundariamente em outros setores, como Assessoria de Planejamento

>>>

e Coordenação/NUINF, Departamento de Epidemiologia etc.

Esse livro está dividido em cinco partes: I – A FORMAÇÃO DE SANITARISTA, que descreve a minha pós-graduação na área da Saúde Pública; II – ATUAÇÃO DE SANITARISTA, cobrindo do meu ingresso como Sanitarista da SESA à prestação de contas após trinta anos de doutoramento; III – LAMPEJOS E HOMENAGENS, quando rendo loas a sanitaristas renomados; IV – POSTAGENS DE DESPEDIDAS, enfeixando postagens selecionadas do Blog do Marcelo Gurgel, pelo desaparecimento terreno

de 13 pessoas que muito se dedicaram à Saúde Pública, das quais sete atuantes no Ceará; e V – APÊNDICES E ANEXO, dispondo de uma síntese das atividades profissionais, mormente na Saúde Pública, pinçadas do meu Curriculum Vitae, e uma apreciação crítica sobre a pintura “A gota de leite”, utilizada na capa do livro, redigida pela médica e historiadora Ana Margarida Arruda Rosenberg.

A renda integral da venda de exemplares deste livro está sendo destinada à oficialização cartorial da Academia Cearense de Saúde Pública, sendo a sua aquisição por meio do PIX 23554439000161, em favor da Analysis Auditoria e

Assessoria Contábil Ltda., empresa contratada para tal mister.

A presente edição comemorativa dos meus 70 anos de vida e da minha atuação como sanitarista focada na SESA teve a contribuição da Profa. Dra. Augediva Maria Jucá Pordeus, como prefaciadora, e de Mirna Gurgel Heger, que revisou o material diagramado.

Espera-se que a leitura deste opúsculo, além de ser um farol a orientar os navegantes vocacionados para a Saúde Pública, sirva para emular a feitura de memórias pessoais entre os seus leitores. ●



**DESCOMPLIQUE
GRÁTIS
AS REGRAS
DA PUBLICIDADE
MÉDICA DO
CONSELHO
FEDERAL
DE MEDICINA
COM ESPECIALISTAS
DE ALTO NÍVEL**

www.jornaldomedico.com.br/ebooks

