



Conseguir uma maior quantidade e, principalmente, uma maior qualidade de vida está ao alcance de poucos



Carlindo Machado e Silva Filho
Presidente da SOMERJ

o dia 7 de abril, comemoramos (será que temos motivo?) mais um Dia Mundial da Saúde e, nesta edição, apresentamos uma interessante reportagem sobre o tema, com o Dr. Serafim Borges.

A busca por uma vida mais saudável tem sido uma preocupação, cada dia mais presente, na vida das pessoas. Muitos procuram, na atividade física e em uma alimentação balanceada, alcançar uma melhor qualidade de vida e uma maior longevidade.

A perspectiva de uma vida mais longa e com saúde fica cada vez mais palpável com os crescentes avanços da ciência. Nos dias atuais, o arsenal propedêutico e terapêutico nos permite prevenir e tratar doenças de uma forma impensável décadas atrás. Isto sem falarmos nas perspectivas lançadas, entre outras, pelo estudo das células-tronco e pela nanotecnologia.

Infelizmente, a possibilidade de conseguir uma maior quantidade e, principalmente, uma maior qualidade de vida está ao alcance de poucos em nosso país e em grande parte do mundo.

Nossa saúde pública está um caos e, se as condições de nossos hospitais públicos são cada vez piores, as políticas de prevenção são poucas e ineficientes. Se levarmos em conta a definição da Organização Mundial de Saúde, que fala em “perfeito bem-estar físico, psíquico e social”, veremos que a grande maioria de nossa população não passa nem perto deste conceito.

“Em pleno século XXI, um grande contingente de brasileiros não tem acesso a condições dignas de moradia, educação, emprego e saúde.”



Em pleno século XXI, um grande contingente de brasileiros não tem acesso a condições dignas de moradia, educação, emprego e saúde. Em última análise, falta qualidade de vida à maioria de nossos cidadãos e não vemos perspectiva de melhoras em um futuro próximo.

Esperemos que chegue o tempo em que, realmente, possamos ter motivos para comemorar o Dia Mundial da Saúde. ■

SUMÁRIO

OPINIÃO	6
ARTIGO CIENTÍFICO	8
SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES	10
DIA MUNDIAL DA SAÚDE	12
DESTAQUES	14
SAÚDE PÚBLICA	17
QUALIDADE DE VIDA	19
EVENTOS	22



DIRETORIA

Carlindo Machado e Silva Filho	Presidente
Francisco Almeida Conte	Vice-Presidente
Fernando da Silva Moreira	Secretário-Geral
Alkamir Issa	1º Secretário
José Ramon Varela Blanco	2º Secretário
César Danilo Angelim Leal	1º Tesoureiro
Abdu Kexife	2º Tesoureiro
Samuel Kierszenbaum	Dir. Científico e de Ensino Médico
Margarida Machado Gomes	Dir. de Eventos e Divulgação
Fátima Fernandes Christo	Dir. de Marketing e Empreendimentos
Francisco de Assis Cascabulho	Ouvidor Geral
Marília de Abreu Silva	Vice-Presidente da Capital
Adalberto Paulo Waack	Vice-Presidente da Região da Costa Verde (in memoriam)
Maunilio Ribeiro Schiavo	Vice-Presidente da Região Serrana
João Tadeu Damian Souto	Vice-Presidente da Região Norte
Diaze Sacre Gonçalves	Vice-Presidente da Região Noroeste
Gilson de Souza Lima	Vice-Presidente da Região Sul
José Luiz Furtado Curzio	Vice-Presidente da Região Centro Sul (in memoriam)
Glauco Barbieri	Vice-Presidente da Região Metropolitana
Sônia Regina Reis Zimbaro	Vice-Presidente da Região da Baixada
Gilson Vianna da Cunha	Vice-Presidente da Região dos Lagos

CONSELHO DELIBERATIVO

Renato Carvalho Silva	Ass. Médica da Região dos Lagos
José Eduardo Lage de Castro	Ass. Médica de Angra dos Reis
Paulo Sergio de Salles	Ass. Médica de Barra Mansa
Benjamin Baptista de Almeida	Ass. Médica de Duque de Caxias
Adão Guimarães e Silva	Ass. Médica de Itaguaí
Roberto Bueno de P. Mussi Junior	Ass. Médica de Macaé
Michel Abdo Abifadel	Ass. Médica de Cachoeiras de Macacu
Wilson José Alvarenga	Ass. Médica de Manicoré
Hildoberto Carneiro de Oliveira	Ass. Médica de Nova Iguaçu
Gilson Vianna da Cunha	Ass. Médica de Rio das Ostras
Maunilio Ribeiro Schiavo	Ass. Médica de Teresopolis
Glauco Barbieri	Ass. Médica Fluminense
Dario Feres Dalul	Ass. Médica Mertiense
Raymundo Penaterim Filho	Ass. Médica Noroeste Fluminense
George Thomas Henney	Ass. Médica Norte Fluminense
Fernando Antonio Vidinha Fontes	Ass. Médica Valenciana
Hélcio Luiz Bueno Lima	Ass. Médica de Barra do Piraí
Frederico Paes Barbosa	Soc. Fluminense de Med. e Cirurgia
Celso Ferreira Ramos Filho	Soc. de Medicina e Cirurgia do RJ
Carlos Alberto Pecci	Soc. Médica de Nova Friburgo
José Antonio dos Santos Pinna Cabral	Soc. Médica de Petrópolis
Jorge Manes Martins	Soc. Médica de Volta Redonda
José Roberto Azevedo Ribeiro	Soc. Médica do Vale do Itabapoana
José Luiz Carneiro Tinoco	Soc. Médica de Vassouras



No dia 21 de março, foi realizada a reunião mensal do Conselho Deliberativo da SOMERJ na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Na ocasião, a reunião contou com a presença do Presidente da AMB, José Luiz Gomes do Amaral, além dos diretores da SOMERJ, representantes das sociedades filiadas e conselheiros do CREMERJ.

CONSELHO FISCAL

Efetivos: Fernando Antonio Vidinha Fontes, Neide Maria M. Freire Pereira e Dóris Martinelli Pessoa

Suplentes: Raymundo Peraterm Filho, Flamarion Gomes Dutra e Dalcly Poubel de Castro

DELEGADOS À AMB

Efetivos: Samuel Kierszenbaum, Fernando da Silva Moreira, Márcia Rosa de Araujo, Celso Ferreira Ramos, Benjamin Baptista de Almeida e Luis Fernando Soares Moraes

Suplentes: Abdu Kexfe, Eduardo Augusto Bordallo, José Estevam da Silva Filho, Dano Feres Dalul, George Thomas Henney e Júlio César Meyer

ASSOCIAÇÃO MÉDICA EM REVISTA

CONSELHO EDITORIAL

Carlindo Machado e Silva Filho, Samuel Kierszenbaum, Fernando da Silva Moreira, Margarida Machado Gomes, José Ramon Varela Blanco, Alkamir Issa, César Danilo Angelim Leal, Abdu Kexfe e Fátima Fernandes Christo.

Jornalista Responsável: Juliana Temporal (Mtb 19.227)

Projeto Gráfico: Julio Leiria

Editoração Eletrônica: Selles & Henning

Publicidade: SOMERJ - Tel.: (21) 3907-6200

Impressão: WalPrint

Tiragem: 20 mil exemplares

Periodicidade: bimestral



SOMERJ - Rua Jornalista Orlando Dantas, 58 - Botafogo - RJ - Cep: 22.231-010
Telefax: (21) 3907-6200 - E-mail: somerj@somerj.org.br
www.somerj.org.br

Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da SOMERJ.

A dura realidade de se fazer saúde no Brasil



E

José Antonio da Silva
Médico

Estamos todos perdidos — na luta pela adequação do sistema de saúde do país em todos os níveis e formas. Devemos reforçar a luta pela melhoria do sistema público devido ao caos em que se encontra.

A saúde por definição é uma questão de natureza pública. Porque não é justo uns terem acesso ao serviço e outros não. Penso que esta visão norteou aqueles que criaram a proposta do SUS nosso de cada dia. Mas também há inerência pública na saúde, porque dela todos dependemos e, portanto, devemos defender esse direito de forma igualitária. De certa forma, a lei que regulamentou o SUS é clara quanto a este aspecto, porque garante a universalização. Uma lei, que garanta saúde para todos, é tudo que um povo deve desejar. Nós, brasileiros, temos este direito garantido por uma lei que já completou 18 anos, mas, por desconhecimento de causa e incompetência não a implementamos até hoje.

A lei 8080, de 1990, tem um alcance social tamanho que ainda não foi vista pela miopia do povo brasileiro, apesar de já ter atingido sua maioridade. Foi uma lei que nasceu no meio de um sistema de saúde viciado e excludente com o intuito de corrigi-lo em seus fundamentos, mas infelizmente ainda não atingiu seu objetivo porque traz no seu bojo, a solução de um problema crônico da nossa sociedade, em que uns poucos levam vantagem em detrimento da maioria absoluta.

Não se pode negar aos menos favorecidos economicamente o direito a mais tecnológica prática médica, nem tampouco lhes dizer que a medicina que lhes cabe depende de critérios sabidamente econômicos. Saúde é prerrogativa de governo, é, portanto, de caráter público, essencial e prioritário. No nosso país, é direito do cidadão e dever do Estado. Não devemos perguntar ao cidadão enfermo que nos

procura, qual o seu plano de saúde, mas antes devemos tratá-lo, independentemente de cor, raça, opção política, religiosa ou quaisquer outras formas de discriminação. Atender enfermos é a essência da medicina. Quem não pensa assim, deve rever seus conceitos.

Gostaria muito de participar de foros onde se discutisse mais os problemas da saúde pública e menos os problemas das UNIMEDS ou outros planos de saúde suplementar. O sistema de saúde brasileiro organizado (desorganizado), em suas diferentes formas, é na verdade uma geléia geral, ineficaz, nivela por baixo o atendimento a todos os usuários. Nenhum de nós está livre de suas mazelas.

Na defesa dos interesses divergentes deste monstro amorfo, encontra-se apenas a solitária classe médica, diante da inércia de uma sociedade omissa, que se limita a denúncias de problemas pontuais, que apenas alimenta o sensacionalismo da imprensa, onde o médico aparece como bode expiatório, quando o verdadeiro responsável é o poder público.

A sociedade brasileira passa por um momento de rara desorganização, que atinge os diversos setores da dinâmica social, sobremaneira o setor de saúde. A questão da saúde pública é complexa do ponto de vista do interesse político dos dirigentes em conduzir o setor de forma que enfatize a sua importância para população. A interferência da política partidária nos destinos do setor em nosso meio tem se mostrado por demais nociva. Nos principais órgãos do sistema, não se consegue colocar técnicos treinados para gestão adequada, em função de interesses partidários.

Existe hoje em nosso Estado um grande número de secretários municipais de saúde que não são profissionais da área, que são nomeados por critérios políticos,



“A classe médica aparece aos olhos da sociedade como a vilã que luta na defesa de interesses próprios.”

para atender interesses menores, em que muitas vezes aparecem envolvidos em escândalos fraudulentos, muitos algemados, quando não atrás das grades de um presídio em Bangu.

Não pretendo pregar aqui, a afirmação de que um secretário de saúde que não seja profissional da área, não tenha condições de fazer uma gestão adequada do setor, mas posso afirmar que esta pessoa deve ter conhecimento de causa e, antes de tudo, saber formar uma equipe de técnicos capazes de desenvolver um plano de trabalho conseqüente.

Na sua luta, até certo ponto inglória, a classe médica aparece aos olhos da sociedade como a vilã que luta na defesa de interesses próprios. Não creio numa estatística que foi publicada, em que aparecemos com 85% de credibilidade perante a opinião pública, em relação às demais classes de profissionais liberais. Penso que se isso acontece, é mais pela esperança que tem o cidadão de que sejamos capazes de lhes aliviar a dor, que pela credibilidade que possamos inspirar diante de tantas iniquidades de uma sociedade sem rumo. Aliás, não deveríamos aparecer em nenhuma estatística, na qualidade de profissionais liberais, mas antes como funcionários públicos, adequadamente remunerados e capacitados para o exercício de uma medicina de qualidade que atendesse as necessidades de saúde da população em todos os seus níveis de complexidade, que nivelasse todos pela dignidade de ser humano.

O médico na condição de profissional liberal pratica uma medicina de interesse pecuniário com fundamento na obtenção de seus honorários, com os quais define sua subsistência do ponto de vista econômico financeiro. Pode se sentir induzido à busca do lucro, o que de certa forma vai de encontro aos interesses sociais da medicina e ao que determina o capítulo VIII do Código de Ética Médica.

Quanto ao sistema de saúde pública, já temos uma proposta de incontestável interesse social por ter como fundamento a universalização do atendimento médico. Portanto, não precisamos mais criar ou inventar qualquer outro modelo de sistema. Precisamos apenas acreditar no que já temos e implantá-lo definitivamente. Certamente, alcançaríamos êxito preparando as pessoas para assimilação da avançada proposta de modelo de sistema saúde prevista na Lei 8080, de 1990. Com relação à implementação definitiva do nosso sistema por que não fazemos como os ingleses em que o médico recebe um salário anual digno que atende plenamente as necessidades de seu status e o impele a se recusar falar de dinheiro na relação médico-paciente? Um sistema de saúde onde o médico trabalha em unidades devidamente equipadas e onde o critério de alta hospitalar é definido pela seguinte pergunta: O senhor foi atendido em suas necessidades de saúde? E não o senhor já passou na tesouraria?

Vejo nesta luta da classe médica, pelo Brasil a fora, um desgaste imenso das estratégias. Um debate, em que não sei porque razão não se consegue formular propostas eficazes capazes de trazer conseqüência à luta. Acho um debate travado num nível aquém das necessidades reais. Para pensar assim, baseio-me nas evidências dos resultados obtidos até hoje, após mais de trinta anos de observação. Vejo também que os contendores desta luta conhecem bem os manjados e viciados caminhos por onde se tem conduzido esta saga, e, portanto, sabem como anulá-la. Outros trinta anos virão sem que se tenha nada alcançado, se não mudarmos nossos rumos pela revisão dos velhos conceitos.

Reconheço que, muitos de nós, atuamos como profissionais liberais por falta de opção pela forma como o sistema é organizado. Portanto somos isentos de culpa. Não desconheço a boa vontade e a dedicação de alguns dirigentes, mas... ■



Complicações da exposição solar e a importância do uso de filtros solares como prevenção e no retardamento destas complicações



A

Marcus Achiamé Peryassú

Prof. Titular de Dermatologia IPGMCC/ PGRJ. Coordenador da Camara Técnica de Dermatologia do CREMERJ. Responsável técnico pela Clínica Peryassu. Médico aposentado do Ministério da Saúde (PAM Henrique Valadares).

Raphael Cacciari Peryassú

Médico Dermatologista, especialista pela SBD e membro do corpo clínico da Clínica Peryassú

Bernardo Cacciari Peryassú

Cirurgião de cabeça e pescoço (residência no INCA) e membro do corpo clínico da Clínica

grande preocupação atual com o câncer da pele é devido à extensa área de exposição solar a que se submetem os frequentadores de praia e piscina. O que era visto no passado como raridade é, hoje em dia, achado clínico sem muita surpresa. A observação de que o carcinoma basocelular, que no passado era conceito firmado de que não metastatizava, ganhou o registro de centenas de casos clínicos em que se observa a metastase dos referidos carcinomas, quando a lesão primária atinge grandes diâmetros e em especial, quando localizado nos membros.

O dermatologista é procurado para examinar novos sinais que aparecem na pele de indivíduos jovens ou adultos e, no exame, verifica-se que a proteção solar, ou é pequena ou só começou a ser feita, recentemente, em especial nos pacientes com mais de quarenta anos de idade. No passado o protetor mais forte era o com fator de proteção solar (FPS) dois (2). Atualmente é preconizado que o FPS mínimo seja o quinze (15), mas, para que um filtro ofereça o fator indicado é necessário, uma vez que ele seja um medicamento protetor, que se utilize a dosagem correta, que gira em torno de 2mg/cm² de pele. Em termos práticos equivale a utilização do fundo da palma da mão dobrada em concha, ou seja, cerca de 5 ml de filtro em cada membro, 5 ml na face, 10 ml no tronco. Daí que é mais aconselhável a aplicação de filtros solares com fator elevado, FPS 30, 40, 50 ou 60, pois se obtém, com menor quantidade a proteção superior ao FPS 15.

A falta de proteção solar acarreta, a partir da segunda década, sinais de fotoenvelhecimento, como podemos observar nos jovens que frequentam a praia por períodos

prolongados, após as 11 horas da manhã, até, às vezes, quando o Sol se põe. Já retiramos em nosso consultório, carcinomas basocelulares em indivíduos com menos de 30 anos de idade e mesmo, lesões pigmentadas, que se tratava de melanoma "in situ". O interesse pela estética, algumas vezes, salva o paciente, quando ele procura um especialista na área da Dermatologia e, aquela "pinta" que o incomodava ou a elevação da pele que o (a) desfigurava era na verdade, após exame dermatoscópico ou, quando necessário, retirada com biopsia da lesão um melanoma incipiente ou um carcinoma basocelular esclerodermiforme. Dubreuilh dizia que tudo o que acontecia na pele envelhecida eram os chamados "acidentes póstumos" da senescência cutânea. As ceratoses seborreicas eram citadas nos livros antigos de dermatologia como "fleurs de cimetière" ou flores do cemitério. Nome que se utilizamos para um paciente que apresente uma ceratose aos quarenta anos de idade vai nos trazer sérios problemas em nossa clínica.

O objetivo desta explanação inicial é para chamar a atenção para dois aspectos muito importantes. O primeiro, a falta de filtro solar ou do uso de roupas próprias para a exposição prolongada (atualmente existem tecidos que protegem contra a radiação ultravioleta e que são vendidos sob forma de chapéus, bonés e camisas), levando a quadros clínicos de difícil reparação. O exemplo mais marcante é visto nas pessoas que trabalham no campo, assim como, em pacientes que executam trabalhos rotineiros ou praticam esportes aquáticos, o elastoma difuso, quadro clínico onde as fibras colágenas e elásticas são destruídas pela radiação ultravioleta, formando uma massa compacta que dá a



pele o aspecto da pele de uma ave morta, segundo descrição dos autores franceses. Este aspecto é marcante nos antebraços, na face exposta à luz e, em menor intensidade em volta dos olhos e da região paranasal, onde recebe o nome de pele citreina, por ter semelhança com a casca do limão.

O segundo aspecto de importância é o que se refere à diminuição da defesa e, ao que denominamos em nossa clínica como “perda de controle de qualidade da pele”. Começa a formação de células epidérmicas alteradas, surgindo as ceratoses actínicas, atualmente classificadas como carcinoma grau meio, por Ackerman. O desenvolvimento do carcinoma epidermoide a partir destas ceratoses, assim como o aparecimento do carcinoma basocelular e do próprio melanoma é visto nestas áreas alteradas pelo sol. As campanhas de prevenção do câncer da pele, promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, tem o objetivo de detectar precocemente estes tumores e chamar a atenção para o retardamento das alterações solares com o uso de protetores e, quando seu início se faz desde a infância, previne-se o aparecimento do câncer da pele.

Apresentamos dois exemplos que ilustram bem os dois aspectos que desejamos chamar a atenção. No primeiro paciente,



Figura 1: elastoma difuso no antebraço de paciente com 42 anos de idade, notando-se, em comparação, a pele do abdômen e das mamas sem as alterações solares.

observa-se em uma mulher com 42 anos de idade, exposta a uma ação intensa de luz solar. A paciente é agricultora e procurou o serviço de dermatologia do PAM Henrique Valadares (atual PAM Oswaldo Cruz), da rede municipal de saúde, para tratamento das alterações em seu antebraço (figura 1).

O segundo exemplo é o de um paciente do sexo masculino, com 83 anos de idade, cardiopata grave, que apresentava, ao longo de quinze anos, ferida na panturrilha (fig.2), que não cicatrizava e, que era tratada com cremes a base de corticóide, antibióticos e fibrinolíticos, sem mostrar a menor reação. Foi realizada biópsia do local e o resultado mostrou que se tratava de um carcinoma basocelular infiltrante. Foi indicada e realizada a retirada cirúrgica da lesão, com cicatrização por segunda intenção.



Figura 2: carcinoma basocelular que se desenvolveu na panturrilha direita, sobre uma pele fotoenvelhecida.

Portanto, os cuidados necessários de proteção ao sol, seja utilizando-se de horários adequados, vestuário apropriado, agindo como barreiras mecânicas, além da utilização de filtros solares permitirão desfrutar de forma saudável dos prazeres da vida ao ar livre, prevenindo de forma considerável o desenvolvimento de condições dermatológicas desfavoráveis como acima expostas, bem como permitirão, em muitos casos, um encontro agradável com a autoestima. ■



JASB acontece no Rio de Janeiro, em junho



A

43ª Jornada de Anestesiologia do Sudeste Brasileiro (JASB) será realizada no Rio de Janeiro, de 25 a 27 de junho, no Hotel Intercontinental, em São Conrado. Segundo o Presidente da SAERI e Presidente da Comissão Executiva da JASB 2009, Sérgio Luiz do Logar Mattos, o evento vai apresentar temas que foram escolhidos com a preocupação de preencher as necessidades de informação e de atualização da mais ampla parcela de anesthesiologistas, dos mais experientes ao mais novo residente, contemplando assuntos recentes e temas tradicionais.

- Além disso, será uma excelente oportunidade para estarmos juntos novamente – afirmou.

De acordo com o Ismar Lima Cavalcanti, Coordenador da Comissão Científica da JASB, mais uma vez, a SAERI preparou uma programação científica que amplia o conceito de Anestesiologia para Medicina Perioperatória. O foco no desfecho do tratamento cirúrgico está incorporado pela Anestesiologia. Por essa razão, o programa científico inclui aspectos do pré-operatório, pré-anestésico, anestesia, prevenção e tratamento da dor, recuperação pós-anestésica e cuidados intensivos no pós-operatório, destacando-se os elementos desses aspectos que interferem no desfecho, tanto de curto, quanto de longo prazo.

- Observe o desenvolvimento dos temas pelas atividades programadas. As diversas metodologias favorecem a discussão a fim de que os vários aspectos clínicos, de técnicas anestésicas e fármacos possam ser debatidos tendo como base as melhores evidências científicas. Este ano, o Estado do Rio de Janeiro terá a honra de organizar a maior jornada interestadual nas áreas de Anestesiologia e Dor do

Brasil. E, sem dúvida, o programa científico é um dos principais motivos para que o especialista esteja presente no Rio de Janeiro, entre os dias 25 e 27 de junho - ressaltou.

Para Ismar Cavalcanti, outro ponto alto será a 5ª Jornada de Dor do Sudeste Brasileiro, que inclui tópicos relacionados ao tratamento da dor aguda e crônica e aos cuidados paliativos.

- A qualidade científica dos anesthesiologistas é reconhecida pelo meio médico brasileiro. Venha ao Rio de Janeiro atualizar seus conhecimentos científicos e contribuir para tornar esse conceito cada vez mais forte. O Rio de Janeiro lhe espera de braços abertos. E, seja bem-vindo! – enfatizou.

Durante a JASB, ainda acontecerão dois workshops: "Arritmias", dia 26 de junho (manhã e tarde) e "Via Aérea", dia 27 de junho (manhã e tarde).

Inscrições para a JASB podem ser feitas no site: www.saerj.org.br

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA DA JASB 2009

MESAS-REDONDAS

Monitorização Minimamente Invasiva

- Curva de PA invasiva
- Doppler esofágico

Cuidados Paliativos

- O papel do anesthesiologista na equipe multidisciplinar
- Protocolos de comunicação de más notícias

Abordagem Clínica do Politraumatizado

- Abordagem de vias aéreas
- Trauma na criança



Terapias em Cuidados Paliativos

- Tratamento de sintomas específicos
- Futilidade terapêutica

Anestesia para Procedimento Neurocirúrgico Minimamente Invasivo

- Vertebroplastia
- Dor

Anestesia para Procedimentos Endovasculares

- Contraste – o que é importante?
- Reversão da anticoagulação

Fibromialgia

- Diagnóstico, fisiopatologia e aspectos psíquicos associados
- Tratamento farmacológico, reabilitação e acupuntura. Há evidências científicas?

Monitorização da Perfusão Tecidual - O Que Valorizar?

- Lactato/Base excess
- Capnografia sublingual e saturação tecidual

Abordagem em Cirurgia Cardíaca

- Proteção cerebral
- Sangramento

Dor Oncológica

- Opióides: vias de administração, rotação e equivalência
- Fármacos não opióides: quando e como utilizá-los?

Anestesia no Cardiopata

- Papel do ecotransesofágico no intra-operatório
- Manejo perioperatório da Insuficiência cardíaca

Anestesia para Videolaparoscopia: Controvérsias

- Raquianestesia
- Máscara laríngea

Dor Neuropática

- Algoritmo: abordagem da dor neuropática
- Tratamento baseado em evidências

Anestesia para Cirurgia Plástica

- Hidratação para lipoaspiração
- Ritidoplastia: anestesia geral X local com sedação

Anestesia para Cirurgia Bariátrica

- Há lugar para os alfa2 agonistas?
- Cuidados ventilatórios

Dor Pós-Operatória

- Cirurgias de grande porte
- Técnicas analgésicas não-neuroaxiais

Anestesia para Cirurgia Abdominal de Grande Porte

- Reposição volêmica intra-operatória e o impacto no desfecho pós-operatório
- Controvérsias no pós-operatório

Abordagem Anestésica em Pediatria

- Via aérea difícil
- Bloqueios regionais

Diagnóstico e Tratamento

- Dor orofacial
- Dor miofascial

Bloqueadores Neuro-Musculares

- Curarização residual é um problema?
- Sugamadex - reinventando a reversão do bloqueio neuromuscular

Anestesia Venosa em Pediatria

- Uso clínico da dexmedetomidina
- Propofol - mitos e verdades

Farmacologia da Dor

- Uso periférico de opióides
- Novos fármacos no tratamento da dor

Qualidade em Anestesia

- Ambiente, segurança e comunicação na sala de operação
- Informação e Consentimento informado. Podemos melhorar?

Anestesia em Obstetrícia - Situações Críticas

- Fetais

- Maternas

Como Diagnosticar e Tratar

- Dor lombar
- Cefaléias

Anestesia para Eletrofisiologia

- Ablação de FA
- Implante de MP – Desfibrilador

Anestesia para Neurocirurgia

- Solução salina hipertônica para craniotomia
- TIVA x Anestesia inalatória

Dor Crônica Osteoarticular

- Tratamento farmacológico e prevenção da dor
- Acupuntura e medicina física

MINI-CONFERÊNCIAS

- Como Minimizar os Efeitos Indesejáveis da Raquianestesia?
- Conceito de Terminalidade
- Anestesia é Realmente Segura? Uma Análise Crítica
- Monitorização da Coagulação à Beira do Leito - Cruzando a Fronteira do Empirismo
- Neuralgia Pós-Herpética: Etiologia, Prevenção, Mecanismos da Dor e Tratamento
- Modulação da Resposta Inflamatória em Cirurgia Cardíaca – Revendo o Papel do Anestesiologista
- Usos “off-label” da Dexmedetomidina
- Dor Complexa Regional: Diagnóstico e Tratamento
- Novos Conceitos em Reposição Perioperatória de Fluidos
- Consciência Intra Operatória- To Bis Or Not To Bis
- Depressão e Ganho Secundário da Dor: Como abordar e tratar
- Dor Crônica Pós-Operatória: A Prevenção Está ao Nosso Alcance?
- Anestesia Obstétrica na Obesa Mórbida
- Analgesia, Pós-Operatória no Usuário Crônico de Opióide ■



Não importa a quantidade de anos vividos e sim a qualidade de vida



Dia Mundial da Saúde, criado em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é comemorado em 7 de abril todos os anos, e é usado para alertar a população sobre os principais problemas de saúde pública. Segundo definição da OMS, ter saúde é garantir a condição de bem-estar das pessoas, envolvendo os aspectos físicos, mentais e sociais das mesmas, e não a simples ausência de doença. Ou seja, uma pessoa saudável não é aquela que não está doente, mas a que tem o corpo e a mente funcionando em harmonia, desempenhando os papéis que cabem a cada um e proporcionando o máximo de bem-estar, disposição e vitalidade.

Estilo de vida saudável e maior expectativa de vida

Hoje, com o avanço nas pesquisas de vacinas e medicamentos e de novas tec-

nologias em benefício da saúde e do controle de algumas doenças, pode-se constatar que a população está envelhecendo mais e a expectativa de vida aumentando. No entanto, o que importa não é a quantidade de anos vividos e sim a qualidade que se consegue obter durante a vida. De acordo com o médico Serafim Borges, especialista em cardiologia, medicina do esporte e geriatria, em 2050, estima-se que o Brasil terá em torno de 27 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos e o que se observa é que realmente não adianta ter quantidade de vida e sim qualidade de vida.

- Pode-se viver apenas 40 anos, mas é importante que seja com qualidade. Não adianta viver 90 anos e não ter qualidade e apenas quantidade de vida. Isso vem ocorrendo devido a maior consciência da população na necessidade de mudanças no estilo de vida. As pessoas estão procurando alimentação mais saudável, abolindo o tabagismo, reduzindo o consumo de bebida alcoólica e praticando exercícios físicos. Hoje, uma das grandes vacinas contra as doenças é a atividade física. Não é necessário um exercício físico muito elaborado, pois a pessoa acaba desistindo. Se um indivíduo fizer uma caminhada de 30 minutos, três vezes por semana, ele já vai diminuir bastante a sua morbi-mortalidade cardiovascular. As pessoas para praticarem uma atividade física precisam de uma avaliação médica bem simples, nada complicada. Basta conversar com o cardiologista, ser examinado e fazer um eletrocardiograma. Isso já é suficiente – avaliou.

Existem dois fatores fundamentais, contou Serafim Borges, para se preservar



Serafim Borges,
médico especialista em cardiologia,
medicina do esporte e geriatria



a qualidade de vida: fazer exercícios para mente e para o corpo. Os exercícios para mente têm como objetivo retardar a demência, pois ela chega para todos nós. Os exercícios da mente são a leitura de livros, revistas, jornal, o trabalho em si, fazer palavras cruzadas. Para o corpo, são as atividades físicas que previnem hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias, que levam à doença cardiovascular.

- No Brasil, ainda é lamentável que de 300 a 400 mil pessoas morram por doenças cardiovasculares e a grande maioria delas é por acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, causados pelas altas taxas de colesterol e de hipertensão - observou.

Boa alimentação e exercícios físicos ainda é privilégio de poucos

Comprovadamente pode-se afirmar que, ao longo dos anos, as mudanças de hábitos das pessoas, com estilos de vida saudáveis e ativos, têm sido benéfico para um envelhecimento com mais qualidade e, conseqüentemente, para uma maior expectativa de vida. No entanto, esse bem-estar que a OMS prega ainda é privilégio de poucos, principalmente daqueles que têm informação e boas condições financeiras.

- Hoje, o que temos nos hospitais públicos são serviços de reabilitação cardio-metabólica, que são voltados para as pessoas que já tiveram ou têm uma doença cardiovascular e precisam ser supervisionadas ao fazer exercícios físicos. Temos excelentes serviços nos Hospitais Aloysio de Castro, da UFRJ, da UERJ, da UFF e de Cardiologia de Laranjeiras. Mas, este tipo de serviço refere-se à prevenção secundária.

A população mais carente não tem acesso à prevenção primária – explicou Serafim Borges.

É fundamental, acrescentou o médico, que a população mais carente tenha acesso à prevenção primária para evitar as doenças. Os Governos devem desenvolver programas comunitários que mostrem a importância de controlar o colesterol, de dosar a glicose no sangue, de controlar pressão arterial, de praticar atividade física. Oferecer atendimento básico passa por uma grande mudança de estilo de vida da população carente e terá repercussão no futuro. Lá na frente, haverá grande lucro aos cofres públicos, pois o SUS não terá essas pessoas doentes para tratar.

- É mais importante prevenir do que tratar. Tratar doença custa muito caro, consome altas verbas do SUS e quebra o sistema de saúde. Para mudar isso, é preciso que os Governos valorizem as equipes multidisciplinares, dando oportunidade de trabalho para professores de educação física, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais, que podem e devem participar desse atendimento na tentativa de mudança de hábitos de vida e de prevenção de doenças. Os governos precisam investir bastante na prevenção para que não chegue à doença - comentou.

Apesar das dificuldades, continuou Serafim Borges, temos motivos para comemorar o Dia Mundial da Saúde. A tecnologia chegou às pesquisas médicas, como aquelas em relação a células-tronco, para o controle e a cura de certas doenças. Lamentavelmente, esse avanço não chega a toda a população. Por isso, não podemos comemorar o Dia Mundial da Saúde com a plenitude de 100%. ■



DESTAQUES

Atualização cadastral na SOMERJ

Com o intuito de manter o cadastro atualizado e estreitar a comunicação com todos os médicos, a SOMERJ solicita a atualização dos dados cadastrais (endereço, telefone fixo, celular e e-mail) dos associados através do e-mail: somerj@somejr.org.br ou pelo fax: (21) 3907-6206.

Reformulação do Código de Ética Médica

O Conselho Federal de Medicina (CFM) promoveu, de 25 a 27 de março, a III Conferência Nacional de Ética Médica. O evento, que acontece em Brasília (DF), e fez parte de um conjunto de iniciativas para reformulação do Código de Ética Médica aprovado em 1988 (Resolução CFM nº 1.246). Carlindo Machado e Silva Filho representou a SOMERJ no evento.

II Fórum Nacional de Especialidades Médicas

É de suma importância que as Sociedades de Especialidade Mé-

dica e Áreas de Atuação compareçam e contribuam com o II Fórum Nacional de Especialidades Médicas, que ocorrerá em 28 de maio, no CFM. Trata-se de evento oficial da Comissão Mista de Especialidades, habilitado para discutir assuntos referentes ao reconhecimento ou não da titulação para o exercício das especialidades médicas, necessidades de especialistas no SUS, formação de especialistas e ofertas e distribuição de médicos no Brasil. Foram convidados a participar os ministros da Educação, da Saúde, representantes da CNRM, SESu, AMB e Fenam.

Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina

O Presidente da SOMERJ, Carlindo Machado e Silva Filho, participou do I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina (I ENCM 2009), realizado de 10 a 13 de março, em Fortaleza, no Ceará.

Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico reunida no CFM

A Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico se reuniu no dia 8 de abril, em Brasília, para traçar estratégias de trabalho para aprovação do projeto que regulamenta a profissão médica. O Projeto 7.703/2006 aguarda votação da Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados.

Fórum de Pediatria do CREMERJ

Os pediatras do Rio de Janeiro tiveram a oportunidade de analisar e debater a sua profissão e o mercado de trabalho no fórum "O Pediatra e o Mercado de Trabalho", realizado dia 28 de março, pelo CREMERJ. Um dos debatedores do evento foi o Presidente da SOMERJ, o pediatra Carlindo Machado e Silva Filho.

AMB divulga nova Resolução Normativa com alterações na CBHPM

A Comissão Nacional de Honorários Médicos e Sociedades Brasileiras de Especialidade divulgaram a Resolução Normativa nº 4/2008, com alterações revisadas e aprovadas pela Câmara Técnica Permanente da CBHPM.

As mudanças serão introduzidas na 6ª edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Reunião Pró-SUS Sul/Sudeste

O Presidente da SOMERJ esteve presente na reunião Pró-SUS Sul/Sudeste, realizada no dia 15 de abril, em São Paulo.

Grupo Asse

CONTABILIDADE - RECURSOS HUMANOS
CONSULTORIA FISCAL E TRIBUTÁRIA - LEGALIZAÇÕES

Atendimento personalizado e de alta qualidade. Informações precisas e objetivas. do modo como as empresas de hoje precisam

Há 30 anos prestando serviços exclusivamente para profissionais da área de saúde

A saúde da empresa médica



Assecon Assessoria Empresarial

Rua Teófilo Otoni, 15 - 12º andar
Centro - Rio de Janeiro

(21) 2216-9900

asse@asse.com.br
WWW.ASSE.COM.BR

Fiocruz comemora centenária da descoberta da Doença de Chagas

Em abril de 1909, Carlos Chagas (1878-1934), pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), comunicou ao mundo científico a descoberta de uma nova doença. No ano anterior, Chagas já havia sido capaz de identificar seu agente causal - o protozoário que denominou de *Trypanosoma cruzi*, em homenagem a Oswaldo Cruz - e o inseto transmissor, conhecido como barbeiro. A "tripla descoberta" de Chagas, considerada única na história da medicina, constitui um marco na história da ciência e da saúde brasileiras.

Sendo assim, a Fundação Oswaldo Cruz organiza para os dias 8 e 10 de julho as atividades comemorativas do centenário de descoberta da Doença de Chagas. Serão palestras e mesas-redondas que abordarão temas relacionados à doença, contemplando desde sua dimensão histórica até o conhecimento científico atual e principais desafios.

Médicos devem fazer recadastramento e obter nova carteira

Os médicos que atuam no território nacional devem atualizar seus

dados profissionais para a confecção da nova Carteira de Identidade Médica. O processo é obrigatório, atendendo a resolução 1827/2007 do Conselho Federal de Medicina.

O recadastramento, que será realizado até 11 de maio de 2010, deve ser feito pelo Portal Médico. No espaço, deverão ser informados dados como número do CPF, CRM e data de nascimento.

Após concluir o recadastramento, o médico terá que se dirigir ao seu Conselho Regional para assinar a ficha de coleta, levando uma fotografia 3X4 colorida, com fundo branco ou claro, sem qualquer tipo de mancha, alteração, retoque, perfuração, deformação ou correção. Não serão aceitas fotos em que o médico utilize óculos, bonés, gorros, chapéus ou qualquer item do vestuário ou acessório que cubra parte do rosto ou da cabeça.

Quando estiver pronta no Conselho Regional, o médico receberá um aviso para retirar a nova carteira. O documento será emitido pela Casa da Moeda e conterá mais detalhes sobre os profissionais, possibilitando maior segurança. ■

itambé®

Plenus



Contribui para o equilíbrio da flora intestinal.

Plenus é um iogurte funcional que contém os microorganismos vivos *Bifidobacterium lactis* e *Lactobacillus acidophilus*, coadjuvantes na manutenção do equilíbrio da flora intestinal. Sua cultura probiótica é capaz de sobreviver à passagem pelo sistema digestivo, chegando de forma ativa e em grande escala ao intestino.

Tenha como opção o Itambé Plenus.

Mais informações:

www.itambeplenus.com.br
SAC 0800 703 4050

Experimente mudar!





Demonstrações - Dezembro de 2008

Balço patrimonial

ATIVO	31.12.2008		31.12.2007		PASSIVO	31.12.2008		31.12.2007	
ATIVO CIRC. E REAL, A LONGO PRAZO	104.161.773,73	94.760.929,55	PASSIVO CIRC. E EXIGÍVEL	101.188.916,29	92.373.291,40				
DISPONIBILIDADES	3.691.942,96	3.221.651,83	CENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA (NOTA 09)	106.932.880,72	91.775.803,70				
Caixa	2.715,51	4.875,38	Dep. Cooperativas Filadas	100.932.880,72	91.775.803,70				
Depósitos Bancários	3.689.227,45	3.216.776,45	OUTRAS OBRIGAÇÕES	256.135,57	497.487,70				
APLICAÇÕES INTERF. LIQUIDEZ (NOTA 4)	22.064.006,95	5.562.851,60	Sociais e Estatutárias	-	5.331,43				
Copromissada Bancicred	22.064.006,95	5.562.851,60	Fiscais e Previdenciárias	37.648,15	64.443,78				
TÍT. E VAL. MOBILIÁRIOS (NOTA 5)	75.585.533,28	83.656.278,97	Diversas (NOTA 10)	218.487,42	427.712,49				
Certificado de Dep. Bancário Bradesco	1.250.300,27	1.599.905,54	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	5.090.251,05	4.198.776,95				
Cotas de Fdo. de Investimentos	74.335.233,01	82.056.374,43	Capital Social (NOTA 11)	3.415.209,73	2.959.572,76				
RELAÇÕES INTERFINANCEIRAS (NOTA 6)	2.624.075,26	2.094.644,45	RESERVA DE LUCROS	1.675.941,32	1.348.204,25				
Fundo Eckelau Unimed do Brasil	2.624.075,26	2.094.644,45	Reserva Legal	20.905,72	20.905,72				
OUTROS CRÉDITOS	183.154,08	222.783,22	Reserva Estatutária (NOTA 12)	1.654.435,60	1.227.598,53				
Adm. e Antecip. Salários	9.590,85	7.055,80	Sobras/Perdas Acumuladas	-	-				
Adm. pr. Viagem	-	-	PERMANENTE	2.117.493,61	1.711.128,86				
Adm. pr. Eventos	-	-	Investimentos (NOTA 7)	1.369.926,30	956.000,00				
Adm. e Fornecedor	-	-	Inobilizado de Uso (NOTA 8)	651.187,84	669.808,54				
Impostos e Contrib. a Compensar	-	-	Diferido	96.379,47	85.332,26				
Pagto. a Resarcir	183.563,23	178.730,31	TOTAL DO ATIVO	106.379.267,34	96.472.968,35				
Devedores Diversos	-	37.007,11	TOTAL DO PASSIVO	106.379.267,34	96.472.968,35				
OUTROS VALORES E BENS	3.961,20	3.268,48							
PERMANENTE	2.117.493,61	1.711.128,86							
Investimentos (NOTA 7)	1.369.926,30	956.000,00							
Inobilizado de Uso (NOTA 8)	651.187,84	669.808,54							
Diferido	96.379,47	85.332,26							

As notas explicativas são partes integrantes das demonstrações contábeis.

Demonstração do fluxo de caixa

DEMONSTRAÇÃO DO FLUXO DE CAIXA		(Valores em R\$)
		2008
FLUXO DE CAIXA DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS		
LUCRO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	-	-
AJUSTES DO RESULTADO LÍQUIDO	-	-
DEPRECIACÃO	68.861,55	35.388,35
AMORTIZAÇÃO	-	-
AUMENTO/REDUÇÃO DAS PROVISÕES DE CRÉDITO	-	-
GERAÇÃO BRUTA DE CAIXA	104.247,90	104.247,90
VARIACÕES ATIVAS		
AUMENTO/REDUÇÃO DAS OPERAÇÕES DE CRÉDITO	-	-
AUMENTO/REDUÇÃO DE OUTROS CRÉDITOS	29.639,14	29.639,14
AUMENTO/REDUÇÃO DE OUTROS VALORES E BENS	247,28	247,28
VARIACÕES PASSIVAS		
AUMENTO/REDUÇÃO DOS DEPÓSITOS	-	-
AUMENTO/REDUÇÃO DE OUTROS DEPÓSITOS A PRAZO	9.157.077,02	9.157.077,02
AUMENTO/REDUÇÃO DE DEPÓSITOS PARA INVESTIMENTOS	-	-
AUMENTO/REDUÇÃO DE OUTRAS OBRIGAÇÕES	(241.352,13)	(241.352,13)
CAIXA LÍQUIDO PROVENIENTE DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS	9.049.859,21	9.049.859,21
FLUXO DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTOS		
AUMENTO/REDUÇÃO DE INVESTIMENTOS EM AÇÕES E COTAS	(413.926,30)	(413.926,30)
AUMENTO/REDUÇÃO DE IMOBILIZADO	(50.242,85)	(50.242,85)
AUMENTO/REDUÇÃO DIFERIDO	(46.433,58)	(46.433,58)
CAIXA LÍQUIDO PROVENIENTE DAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTO	(510.602,71)	(510.602,71)
FLUXO DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO		
AUMENTO DE CAPITAL SOCIAL	464.637,03	464.637,03
RESERVA LEGAL // ESTATUTÁRIA	426.837,07	426.837,07
DISTRIBUIÇÃO DE SOBRES PARA OS COOPERADOS	-	-
CAIXA LÍQUIDO PROVENIENTE DAS ATIVIDADES DE FINANCIAMENTOS	891.474,10	891.474,10
GERAÇÃO LÍQUIDA DE CAIXA	9.430.730,60	9.430.730,60
(+) SALDO INICIAL DE DISPONIBILIDADES		
		94.534.827,85
(-) SALDO FINAL DE DISPONIBILIDADES		
		183.965.558,45
(=) AUMENTO/REDUÇÃO DO SALDO DE CAIXA		
		9.430.730,60
NOTAS EXPLICATIVAS DO EXERCÍCIO ATUAL		
Caixa		2.715,51
Bancos Cta Movimento		3.689.227,45
Relações Interfinanceiras // TVM		100.273.615,50
SALDO FINAL DE DISPONIBILIDADES		183.965.558,45

Demonstração das mutações do patrimônio líquido

EVENTO	Valores em Reais R\$				
	CAPITAL SOCIAL	RESERVA LEGAL	RESERVA ESTATUTÁRIA	SOBRA(PERDA) ACUMULADA	TOTAIS
Saldo em 30.06.2008	3.181.644,37	20.605,72	1.422.616,16	-	4.624.866,25
Ratão Perdas Exercício 2008	-	-	-	-	-
Integração de Capital	233.565,36	-	-	-	233.565,36
Constituição FGD	-	-	231.819,44	-	231.819,44
Saldo em 31.12.2008	3.415.209,73	20.605,72	1.654.435,60	-	5.090.251,05
Mutações do Período	233.565,36	-	231.819,44	-	465.384,80
Saldo em 31.12.2007	2.959.572,70	20.605,72	1.227.598,53	-	4.198.776,95
Ratão Perdas Exercício 2008	-	-	-	-	-
Integração de Capital	464.637,03	-	-	-	464.637,03
Constituição FGD	-	-	426.837,07	-	426.837,07
Saldo em 31.12.2008	3.415.209,73	20.605,72	1.654.435,60	-	5.090.251,05
Mutações do Período	464.637,03	-	426.837,07	-	891.474,10
Saldo em 31.12.2006	2.513.366,28	20.605,72	897.651,12	(279.358,71)	3.152.264,41
Avulso de Exercícios Anteriores	-	-	-	279.358,71	279.358,71
Perdas do Exercício	-	-	-	-	-
Integração de Capital	437.206,42	-	329.947,41	-	767.153,83
Constituição FGD	-	-	-	-	-
Saldo em 31.12.2007	2.959.572,70	20.605,72	1.227.598,53	-	4.198.776,95
Mutações do Período	437.206,42	-	329.947,41	279.358,71	1.046.512,54

Demonstração das sobras e perdas

	Valores em Reais R\$		
	2º SEMESTRE 2008	EXERCÍCIO 2008	EXERCÍCIO 2007
RECEITAS DA INTERMEDIACÃO FINANCEIRA	7.279.772,60	12.559.192,36	11.744.559,60
Resultado de Operações com Títulos e Val. Mobiliários	7.279.772,60	12.559.192,36	11.744.559,60
RESULTADO BRUTO DA INTERMEDIACÃO FINANCEIRA	7.279.772,60	12.559.192,36	11.744.559,60
OUTRAS RECEITAS/DESPESAS OPERACIONAIS	(7.279.772,60)	(12.559.192,36)	(11.744.559,60)
Despesas de Pessoal	(639.061,71)	(1.740.781,01)	(1.632.741,20)
Outras Despesas Administrativas	(597.292,74)	(1.091.317,15)	(622.402,22)
Despesas Tributárias	(4.330,08)	(9.546,37)	(9.839,49)
Outras Receitas Operacionais	1.353.881,41	2.675.289,11	2.081.183,47
Outras Despesas Operacionais	(7.192.970,48)	(12.392.836,94)	(11.560.760,16)
RESULTADO OPERACIONAL	0,00	-	-
RESULTADO NÃO OPERACIONAL	-	-	-
LUCRO LÍQUIDO	0,00	-	-

As notas explicativas são partes integrantes das demonstrações contábeis.

Unicred Central RJ: (21) 2122-7800

Cabo Frio: (22) 2645-3385

Campos: (22) 2726-3600

Costa do Sol: (22) 2772-2053

Niterói: (21) 2729-9100

Nova Friburgo: (22) 2523-3857

Petrópolis: (24) 2231-2355

Regional Sul Fluminense: (21) 3759-9650

Rio de Janeiro: (21) 3475-2000

Fed. das Unimed: (21) 2122-4248



Terceirização silenciosa da saúde pública

S

Luis Fernando Moraes,
Presidente do Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)

em alarde, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro encaminhou à Câmara de Vereadores, para aprovação em caráter de urgência, o Projeto de Lei nº 02/2009 que dispõe sobre a terceirização da gestão de serviços públicos, inclusive, os da saúde, pelas chamadas “Organizações Sociais”. O procedimento, sem dúvida importante, foi tão discreto e sorrateiro, que sequer ganhou espaço na mídia. Pelo visto, não havia interesse em anunciar formalmente um projeto polêmico, que entrega a gestão de unidades e serviços de saúde a terceiros e ainda faz o repasse de dinheiro público, com frouxos mecanismos de controle. Em resumo, o governo municipal transferiria as suas responsabilidades constitucionais diretas com a saúde para as tais Organizações Sociais. Seria uma precoce e preocupante demonstração de incapacidade administrativa?

Diante da controvérsia, a Comissão Permanente de Saúde da Câmara de Vereadores, acertadamente, convocou uma audiência pública para debater o assunto na semana passada. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) esteve presente e, desde o primeiro momento, posicionou-se contrário à aprovação do projeto, por considerar que a prefeitura não pode abrir mão da sua responsabilidade direta, delegada pela própria população, de cuidar da saúde.

Fato é que esta proposta não foi trazida à tona durante os debates eleitorais e o atual projeto sequer foi enviado para análise e aprovação prévia do Conselho Municipal de Saúde, como manda a lei. Acredito ainda que, ao contrário do que está sendo

proposto pela prefeitura, a integração da rede pública de saúde é essencial para o bom funcionamento das unidades e para a melhoria do atendimento de forma geral. Mas este projeto caminha no sentido inverso, pois forma estruturas apartadas do Sistema Único de Saúde (SUS). Desvia a gestão de verbas e dos bens públicos para terceiros, que, desta forma, teriam autonomia para usá-los conforme seus interesses. Isto também inclui o controle sobre os salários, os investimentos e o programa de trabalho. Ainda há um agravante: as organizações sociais não estão sujeitas à legislação que rege a administração pública. Desta forma, a prefeitura demonstra que deseja entregar a infraestrutura, o dinheiro e os servidores lotados em determinadas unidades, que derivam dos impostos pagos pelo contribuinte, para organizações de interesses difusos e sem comprometimento com a população.

É preocupante observar que o próprio governo, que deveria investir em mecanismos rígidos de controle do dinheiro público, busca alternativas que colocam em risco os investimentos e os bens públicos. Sempre lutamos por um melhor atendimento à população e, para tal, faz-se necessário e urgente a oferta de salários dignos, de melhores condições de trabalho e de acesso a atualização e capacitação para todos os médicos. Medidas menos onerosas são mais necessárias que a urgência dada a este projeto. Aumentar a cobertura do Programa de Saúde da Família em todo o município e reestruturar a atenção primária são medidas que diminuiriam, consideravelmente, o fluxo de pacientes para os hospitais superlotados. ■



TUSS

Mais uma exigência da ANS

O prazo para a implantação da TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar) foi mantido, pela ANS, para 31 de março, com um prazo, no entanto, até 1 de outubro para que as operadoras de saúde possam se adaptar às novas regras e notificar os prestadores e cooperados.

Para o Gerente Médico da Federação Rio, Francisco Lima, da Comissão Nacional de Adequação da TUSS, existem três principais aspectos da unificação da terminologia: o jurídico, o tecnológico (adaptação do sistema gestor de informação) e o médico (referente aos intercâmbios).

- A TUSS é uma faca de dois gumes. Dentro da parte médica, algumas situações precisam ser discutidas. Houve mudanças de nomenclaturas de procedimentos com a substituição da AMB (Associação

Médica Brasileira) pela TUSS, mas há desdobramentos, como, por exemplo, um exame passou a ser vários ou vários passaram a ser um. Mas já estamos fazendo a adequação dos procedimentos e pagamentos para a realidade da TUSS - observa.

Após a efetiva apresentação da TUSS aos colaboradores, a Unimed poderá cobrar o uso do novo código, inclusive nos faturamentos dos cooperados. E a partir da data limite, a empresa poderá até mesmo recusar a requisição de pagamento, caso a guia não siga a terminologia correta.

Como explica Francisco Lima, a base da TUSS é a tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).

- A Unimed já implantou essa CBHPM. Como não falamos mais em AMB, a adoção da TUSS para a Uni-

med, vai ser mais fácil. E há interesse em adotar um padrão único. As dificuldades vão estar nas resistências que podemos encontrar nos cooperados e prestadores em seguir essas adaptações, principalmente, porque não terão um ganho financeiro - destaca.

A Gerente de Intercâmbio, Adriana Paixão, também se mostra otimista com a situação da Unimed em relação à TUSS. Segundo ela, a operadora já trabalha com a CBHPM nos processos de intercâmbio e, por isso, não sofrerá impacto significativo com a adoção da TUSS.

- Numa visão muito otimista, começaremos a caminhar num sentido único com a TUSS. No intercâmbio, almejamos um padrão comum para podermos nos relacionar - lembrou.

Cronograma de implantação da nova tabela

Em reunião do COPISS, ocorrida no dia 29 de janeiro, definiu-se um cronograma de 180 dias, flexibilizando a implantação da TUSS:

• **De 31/03/2009 a 30/06/2009:**

As operadoras deverão entrar em contato com seus prestadores e apresentar as suas tabelas de conversão dos códigos antigos para os códigos da TUSS. Estas tabelas de conversão (de/para) são importantes para os prestadores que operam com tabelas próprias ou codificações internas diferentes da TUSS. Para os demais prestadores, uma tabela deve ser encaminhada com os valores praticados pela Unimed.

Neste período, os códigos antigos ainda estarão em operação, não podendo nem a Unimed determinar que o prestador envie em código TUSS e nem o prestador exigir que a Unimed já receba as contas e opere as liberações em códigos TUSS. Isto implica que, até 30 de junho, o uso da tabela TUSS só acontecerá por expresso acordo entre as duas partes.

Os prestadores que já estiverem encaminhando o faturamento com os códigos CBHPM (próximos à TUSS) não poderão retroagir, ou seja, não poderão cobrar com códigos de outras tabelas.

• **De 01/07/2009 a 01/10/2009:**

Dentro deste período, os prestadores devem se adequar e enviar o faturamento no padrão TUSS. Devido às implantações ocorrerem em tempos distintos para cada prestador, as operadoras devem estar preparadas para receber o faturamento nas duas formas, ou seja, dentro e fora do padrão TUSS, razão pela qual a Unimed do Brasil continuará disponibilizando o "de-para" até o final deste período. Vale ressaltar que, para o prestador, apenas uma forma será permitida.

A Auditoria Médica da Federação Rio, junto com a da Unimed do Brasil, está promovendo a parametrização das tabelas de procedimentos de forma a constituírem uma tabela única, de acordo com a norma da ANS que criou a TUSS.



Francisco Lima, Gerente Médico da Federação Rio

ANS nº 31236-3

Unimed 
Federação Rio

O melhor plano de saúde é viver.
O segundo melhor é Unimed.



Terapia narrativa - Uma possibilidade de “melhor saúde” para o paciente crônico

Lúcia Helena Assis Abdalla,
Psicóloga Clínica - Membro da ATF/ABRATF,
Centro de Estudos e Pesquisas Reciclando
Mentes

ma senhora de 67 anos chega ao consultório indicada pelo seu clínico. Eu a cumprimento, pergunto sobre como ela tem estado e ela responde: - “Eu rezo todos os dias para que Deus tenha piedade de mim e me leve! Eu sou muito forte! Sobrevivi a uma separação horrosa, a um câncer devastador, mas ninguém me entende. Todos afirmam que eu vivo criando problemas, que eu sou um problema!” Pergunto se ela concorda com esse comentário e ela prossegue. “Tudo começou quando eu tinha cerca de 30 anos, me sentia muito nervosa, eu era muito instável. Foi no período em que o meu marido tinha uma outra pessoa, mas eu era louca por ele, não conseguia pensar em viver sem ele. Eu já tinha as minhas filhas e acredito que foi apenas por elas que eu continuei a viver. Logo depois começaram os problemas de saúde. Sabe, eu já passei por muitos profissionais. Há 28 anos, tenho acompanhamento com cardiologista por conta da minha arritmia cardíaca, em 1998, descobriram que sou portadora de córnea gutata, na pele sofro há anos de psíriase gutata, tenho o problema de facite plantar, sem dizer que, de mulher, só possuo uma mama, me tiraram todo o resto, tudo! Hoje, tomo um remédio para que o câncer não se manifeste que me dá dor nas juntas. Minha vista está cada vez pior e os profissionais adiam a cirurgia porque eu corro o risco de ter que fazer um transplante de córnea. Ou seja, nem mais os meus livros eu posso ler!”

Assim como o dessa senhora, inúmeros são os casos que chegam aos nossos consultórios nos remetendo para um acentuado grau de impossibilidade, impenetrabilidade e falta de recursos diante da complexidade do quadro de comorbidades.

A pergunta que normalmente nos fazemos diante desse quadro é: existe algo a ser feito? Se sim, o quê? E como?

Desde 1976 [1], a OMS considera, na classificação da doença, sua conseqüência e desdobramento nas atividades diárias, passando a ser acrescido ao serviço da medicina o trabalho de reabilitação e segurança social, visando menos deficiência, incapacidade e desvantagem na vida do paciente.

Em paralelo, estudos recentes² argumentam que o aumento de doenças não transmissíveis é devido, paradoxalmente, ao aumento da expectativa de vida observado nas últimas décadas, associado às mudanças de estilo de vida que o desenvolvimento sócio-econômico provocou, principalmente no Ocidente. Com base nesses dados, a OMS objetivou como meta para o século XXI a promoção de melhor saúde para todos, definindo “melhor saúde” como uma vida mais longa e de superior qualidade, com menos incapacidades e doenças.

A paciente em questão, por exemplo, possuía uma boa condição financeira que lhe permitia o acesso aos melhores profissio-



[1] Amiralian M. 2000.
² OMS/OPS. 1998; 2006.



nais e tratamentos presentes na medicina atual. Mesmo assim, não conseguíamos visualizar a conquista de algum grau de conforto.

A palavra conforto, aliás, parecia muito distante do discurso da paciente. E será que existe alguma forma de propiciar conforto a uma pessoa repleta de dores? Podemos fazer algo para a vida não se resumir a uma patologia?

O desafio está em descobrir como nos relacionar com a cronicidade, utilizando o que possuímos de saúde, de tudo o que não está doente.

Encontrar o limiar e o olhar necessário para essa conexão não é simples. Muitas são as vezes que, diante de um atendimento como esse, o profissional de saúde termina se sentindo podado, completamente refém, doente também.

É muito comum ficarmos presos à história da doença ou das doenças, presos às narrativas doentes do paciente. Tais narrativas se oriundam de entendimentos restritos, pouco amplos, reducionistas, que confundem o indivíduo com sua doença. Para alterarmos esses entedimentos, precisamos mudar nossos paradigmas, nossas crenças, questionar nossas certezas, refletir sobre possibilidades. Temos de estar curiosos para conhecer territórios desconhecidos e conquistar coragem para experimentar situações que jamais imaginamos. Precisamos bus-

car, através do processo de re-autoria, escolher o tempero e ritmo que se quer dar à vida. Quando exploramos esses temas nos distanciamos da doença, da cronicidade e, em consequência, nos aproximamos dos desejos, dos sonhos, do prazer de viver.

Foi justamente assim que a terapia narrativa, criada por M.White e D.Epston, começou a tratar de pacientes, muitos deles com patologias crônicas, que possuíam como questão principal a impenetrabilidade. Nessa abordagem, o mais importante é se construir um vínculo terapêutico que seja pautado numa conversa diferenciada para o paciente, que produza sentido diante de tantas realidades de entendimentos sem sentido. Que priorize, enfim, o olhar das pessoas sobre suas próprias histórias.

A maneira de abordar o problema também é diferente, centrando-se, por exemplo, não só no que impede um paciente de aderir ao tratamento proposto mas, principalmente, em tudo aquilo que favorece tal iniciativa. Visa, através da construção de novas histórias, transformar narrativas de fracasso em narrativas de possibilidades, encontrando caminhos que possam mudar a forma através da qual as pessoas se relacionam com seus problemas. Conseqüentemente, os problemas deixam de definir quem elas são. O processo de “desidentificação” com o problema permite que as pessoas se sintam capazes de seguir em direção a

sentidos diferentes e mais amplos de identidade, que saiam da história dominante com seus entendimentos negativos para experimentarem outras perspectivas de vida.

É uma abordagem colaborativa, que busca a construção de entendimentos relacionais éticos responsáveis, que coloca as pessoas no lugar de autoras e especialistas sobre suas vidas, aproveitando para isso suas habilidades, competências, crenças, valores e comprometimentos.

Mas como tudo isso funciona na prática? Voltando à questão explorada no começo do texto e refletindo sobre a capacidade de propiciar conforto a uma pes-

soa repleta de dores, lembro o dia em que essa paciente chegou para consulta se queixando de muita dor. “Doutora Lúcia, eu só vim porque era a senhora, estou com muita dor! É a nevralgia do trigêmeo, não consigo nem falar direito!”, ela disse segurando o rosto com as mãos. Meu primeiro pensamento foi o grande desafio: como eu poderia ao menos minimizar aquele desconforto? Como eu poderia ajudar?

Tive então a ideia de convidá-la para um café. “Mas já que a senhora veio, fico muito feliz em lhe ver! Que tal tomarmos um café enquanto a senhora me conta o que aconteceu?” Aceitando o convite, ela comentou: “Quase não dormi essa noite

de tanta dor, já tomei todos os remédios e a dor não passa!”

Durante o café, conversamos sobre tudo o que havia acontecido, sobre os sentimentos que essas situações haviam despertado nela e sobre porque esses machucados doíam tanto. Paulatinamente, seu semblante começou a mudar, a mão que apoiava o rosto buscava o biscoito que acompanhava o café e a situação já parecia diferente. Perguntei a ela sobre a dor e, com um sorriso nos lábios, ela respondeu: “Doutora Lúcia, não é possível, quase não sinto mais a dor! Como pode?” “É esse café, ele foi feito com ingredientes muito diferentes”, brinquei. Ele era feito de atenção, construção de sentido e estudo de possibilidades. ■



*Olha só
a preocupação do
Dr. Antônio com o
futuro da sua família*

Quem se associa ao Clube Médico pode garantir um futuro tranquilo para sua família com o Seguro de Vida.*

E de quebra, só se preocupar com as coisas boas da vida.



Clube Médico
Assistência e Previdência

Ligue já para SOMERJ
Tel.: (21) 2535.0852
Informações com Sr. Clélio

Patrocinadora



CNPJ: CLUBE MÉDICO Assistência e Previdência 60.530.938/0001-45;
Cla. de Seguros Previdência do Sul 92.751.213/0001-73; Indiana Seguros S/A 61.100.145/0001-59;
Maritima Seguros S/A 61.383.493/0001-80

Compare os preços. Antes de fazer seguro, consulte o Clube Médico ou sua Associação.

DDG 0800.118059

EVENTOS

Simpósio Mineiro de Atualização em Tratamento de Feridas

Data: 8 e 9 de maio
Local: Belo Horizonte - MG
Informações: (31) 3291-4704
E-mail: administrativo@estheticcare.com.br

IV Seminário Internacional de Acreditação

Data: 28 e 29 de maio
Local: São Paulo - SP
Informações: www.cbacred.org.br

XIII Jornada Nordestina de Psiquiatria

Data: 4 a 6 de junho
Local: Natal - RN
Informações: www.psiqriatrianatal2009.com.br

26º Congresso de Cardiologia da SOCERJ

Data: 24 a 27 de junho
Local: Centro de Convenções Sul América Rio de Janeiro
Informações: www.socerj.org.br

Centenário da Descoberta da Doença de Chagas

Data: 8 a 10 de julho
Local: Rio de Janeiro - RJ
www.chagas100.icict.fiocruz.br/?q=pt-br/node/80

XII Simpósio Internacional de Terapêutica em Hepatite Viral

Data: 22 a 25 de julho
Local: Salvador - BA
Informações: (71) 2104-3477
E-mail: eventus@eventussystem.com.br
www.hepatologiadomilenio.com.br

43º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial

Data: 15 a 18 de agosto
Local: Belo Horizonte - MG
Informações: (21) 3077-1400
www.sbp.org.br

VIII Fórum de Infecções Fúngicas na Prática Clínica - Infocus 2009

Data: 20 a 22 de agosto
Local: São Paulo - SP
Informações: (11) 3141-0707
E-mail: infocus.americalatina@gt5.com.br
www.gt5.com.br/infocus

XII Congresso de Terapia Intensiva

Data: 27 a 29 de agosto
Local: Windsor Barra Hotel & Congressos Rio de Janeiro - Informações:
(021) 2513-4959 - Fax: (21) 2513-2823
www.congresso.sotierj.org.br

XIII Congresso Brasileiro de Nutrologia

Data: 16 a 18 de setembro
Local: São Paulo - SP
Informações: (17) 3523-9732 / 3524-4929
www.abran.org.br/congresso

XVI Congresso Brasileiro de Infectologia

Data: 18 a 21 de outubro
Local: Maceió - AL
Informações: www.infectologia.org.br

XXI Congresso Brasileiro de Parasitologia

II Encontro de Parasitologia do Mercosul
Data: 26 a 30 de outubro
Local: Foz do Iguaçu - PR
Informações: (45) 3025 2121
E-mail: alvo@alvoeventos.com.br
www.cbparasito2009.com.br

46º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica

Data: 14 a 17 de novembro
Local: São Paulo - SP
Informações: (11) 3044-0000
E-mail: sbcp@cirurgioplastica.org.br
www.cirurgioplastica.org.br



- Coração
- Tireóide
- Ossos
- Cérebro
- Pulmão
- Fígado
- Rins
- Mama
- Outras

Clínica de Medicina Nuclear Villela Pedras

Dr. J. A. Villela Pedras
Dr. Daurio Villela Pedras
Dr. Paulo Villela Pedras
Dr. Ivan Villela Pedras
Dra. Sandra Villela Pedras Poloncia

Cintilografia Computadorizada (Spect e Pet)

Pioneira no Brasil em Medicina Nuclear
Desde 1954

Unidade Centro
Rua México, 98 - 3º/4º and.
Castelo - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 3511-8181
(Estacionamento Cinelândia)
Garagem Subterrânea

Unidade Leblon
Rua Carlos Góis, 375 - 1º/2º and.
Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 2529-2269
(Estacionamento rotativo)

Responsável Técnico: Dr. J. A. Villela Pedras - CRM: 5204510-3
CNPJ: 33205964/0001-25

www.villelapedras.com.br
villelapedras@villelapedras.com.br