



ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SOMERJ - ANO XV - Nº 85 - Jan/Fev/Mar de 2023 - Federada à 

SOMERJ

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

EM REVISTA



**15 A 17
JUNHO**

FAÇA SUA INSCRIÇÃO! WWW.CONGRESSOSOMERJ.COM.BR

FINALMENTE
CHEGOU A ÉPOCA DO
IMPOSTO DE RENDA

PÁG. 19



Expediente

Ano XV - nº 85 - Jan / Fev / Mar de 2023

Órgão Oficial da SOMERJ - Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro.
Av. Franklin Roosevelt, 84/604, Centro,
Rio de Janeiro/RJ - CEP 20021-120.
Telefax: (21) 3907-6200
e-mail: somerjesomerj.com.br
Site: www.somerj.com.br
Facebook: somerjassociacaomedica
Instagram: somerj_associacaomedica

Revista Online de periodicidade trimestral. Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da Somerj.

Diretoria para o triênio 2020/2023

Presidente: Dr. Benjamin Baptista de Almeida.

Vice-Presidente: Dr. Luiz Antonio Roxo Fonseca.

Secretário Geral: Dr. Rômulo Capello Teixeira.

1.º Secretário: Drª. Célia Regina da Silva

2.º Secretário: Drª. Zelina Maria da Rocha Caldeira.

1.º Tesoureiro: Dr. Gilberto dos Passos.

2.º Tesoureiro: Dr. Armindo Fernando Mendes Correia da Costa.

Diretor Científico e de Ensino Médico:
Dr. Alfredo Henrique Rodriguez Guarischi
- In Memoriam.

Diretor de Marketing e

Empreendimentos: Dr. Sérgio Osmar Pina Servino.

Diretor de Eventos, Divulgação e Editor - chefe da Revista da SOMERJ: Dr. José Ramon Varela Blanco.

Diretor de Defesa Profissional: Dr. Emílio César Zilli.

Ouvidor Geral: Dr. Samaene Vinhosa Simão.

Vice-Presidente da Capital: Dr. Jorge Farha.

Vice-Presidente da Região da Costa

Verde: Dr. Adão Guimarães e Silva

Vice-Presidente da Região Serrana: Dr. Carlos Romualdo Barboza Gama.

Vice-Presidente da Região Norte: Drª. Cynthia Azeredo Cordeiro.

Vice-Presidente da Região Noroeste: Dr. Danilo Pinto Bastos.

Vice-Presidente da Região Sul: Drª. Carmem Lúcia Garcia de Souza.

Vice-Presidente da Região Centro Sul:

Drª. Cátia Helena de Paiva Fernandes.

Vice-Presidente da Região

Metropolitana: Drª. Valéria Patrocínio Teixeira Vaz.

Vice-Presidente da Região da Baixada

Fluminense: Dr. Silvio Roberto da Costa Jr.

Vice-Presidente da Região dos Lagos:

Drª. Rozane Soraya Alves de Lacerda.

Conselho Fiscal Efetivos: Dr. José Estevam da Silva, Dr. César Danilo Angelim Leal e Dr. Fernando da Silva Moreira.

Suplentes: Dr. João Tadeu Damian Souto, Dr. Marcelo Batista Rizzo e Drª. Valéria R. de L. R. Servino.

Delegados À AMB - Efetivos: Dr. Rômulo Capello Teixeira, Drª. Zelina Mª. da R. Caldeira e Dr. Emílio César Zilli.

Suplentes: Drª. Márcia Ramos Madella, Drª. Margarida Machado Gomes e Drª. Valéria Patrocínio T. Vaz.

EDITORIAL

Tópicos de Demografia Médica

A demografia médica brasileira vem passando por mudanças significativas nos últimos anos, especialmente no que se refere à distribuição de especialistas e não especialistas pelo país.

Apesar de o número de médicos em atividade ter aumentado consideravelmente nos últimos anos, ainda persiste uma grande discrepância entre a oferta de especialistas em determinadas regiões e a oferta de médicos generalistas em outras, o que provoca desigualdades no acesso à saúde.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2022, havia aproximadamente 520 mil médicos ativos no país. Deste total, cerca de 38% não possuem títulos de especialização ou residência médica contra 62% de especialistas.



Dr. Benjamin Baptista de Almeida
Presidente SOMERJ

Em nosso estado, somos quase 70 mil médicos registrados com 41% de generalistas e 59% de especialistas distribuídos pelas 55 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. No entanto, a distribuição de especialistas e médicos generalistas pelo território brasileiro é bastante desigual. O Sudeste, por exemplo, concentra a maior parte dos médicos especialistas do país, com 63% do total.

Essa diferença territorial é também observada quando se observa a relação entre especialistas e médicos generalistas. Enquanto no Sul e no Sudeste a proporção de especialistas para cada mil médicos generalistas é de 542 e 408, respectivamente, no Nordeste essa proporção cai para apenas 98 especialistas para cada mil generalistas.

No estado do Rio de Janeiro, as 12 especialidades mais comuns são, na ordem: Clínica Médica (5647). Pediatria (5465). Cirurgia Geral (4027). Anestesiologia (3619). Ginecologia e Obstetrícia (3346). Medicina do Trabalho (3143). Cardiologia (2440). Ortopedia e Traumatologia (2017). Oftalmologia (1708). Radiologia e Diagnóstico por Imagem (1546). Dermatologia (1480) e psiquiatria (1310).

Essa discrepância entre especialistas e médicos generalistas pode ter diversas consequências no acesso à saúde por parte da população. Em regiões com menor oferta de especialistas, pode haver dificuldades para a realização de diagnósticos precisos, tratamentos mais adequados e realização de cirurgias e outros procedimentos de maior complexidade.

Além disso, em regiões mais remotas ou com menor oferta de serviços de saúde, a presença de médicos generalistas pode ser fundamental para garantir o atendimento básico à população. Nesse caso, defendemos a carreira de estado para os médicos e estruturação do setor saúde das cidades mais remotas bem como o atendimento das necessidades básicas para o médico e sua família com relação aos serviços de educação, serviços e lazer, o que muito facilitaria a fixação do médico nessas cidades.

Diante dessa realidade, torna-se necessário discutir políticas de incentivo à formação de especialistas e à distribuição adequada de profissionais pelo território nacional. É importante lembrar que a qualificação dos profissionais de saúde é essencial para garantir uma assistência segura, eficiente e humana à população, além de contribuir para a redução de desigualdades e para a melhoria da saúde pública como um todo. E qualificação passa por interrupção do aumento das escolas médicas no Brasil, qualificação das já existentes, programas estruturados de Residência Médica, e oferta de vagas compatíveis com o aumento de profissionais que ingressam no mercado.

ACONTECEU

06 de Janeiro

Reunião da Diretoria Executiva SOMERJ com a presença na sede dos Drs. Benjamin, Rômulo, Ramon, e a Sra. Simone Ceia, e através de videoconferência, com Drs. Gilberto, Zelina, Sérgio Pina, e da advogada da SOMERJ, Dra. Amanda.

13 de Janeiro

Reunião da Diretoria Executiva SOMERJ com a presença na sede dos Drs. Benjamin, Rômulo, Ramon, e a Sra. Simone Ceia, e através de videoconferência, com Drs. Sérgio Pina e Zelina. Nesta data a diretoria SOMERJ recebeu o Sr. Eduardo Machado, gerente de Soluções Corporativas - Diretoria de Ensino Einstein.

10 de Fevereiro

Reunião da Diretoria Executiva SOMERJ com a presença na sede dos Drs. Benjamin, Rômulo, Ramon e a Sra. Simone Ceia, e através de videoconferência, com Dra. Zelina Caldeira, Dr. Gilberto dos Passos e Dr. Sérgio Pina.

24 de Fevereiro

Reunião da Diretoria Executiva SOMERJ através de videoconferência, pela plataforma Zoom, com a presença dos Drs. Benjamin, Rômulo, Ramon, Zelina, Gilberto, Sra. Simone Ceia, e da advogada da SOMERJ, Dra. Amanda.

03 de março

Reunião da Diretoria Executiva SOMERJ com a presença na sede dos Drs. Benjamin, Ramon, e a Sra. Simone Ceia, e através de videoconferência, com Drs. Rômulo, Célia Regina, Zelina, Gilberto, Zilli, Sérgio Pina, e da advogada da SOMERJ, Dra. Amanda.

08 de março

Dra. Zelina Caldeira representou a SOMERJ em homenagem do CREMERJ ao Dia Internacional da Mulher.

10 de março

Reunião da Diretoria Executiva SOMERJ com a presença na sede dos Drs. Benjamin, Rômulo, Ramon e a Sra. Simone Ceia, e através de videoconferência, com Drs. Gilberto, Zilli, Sérgio Pina, Zelina, e da advogada da SOMERJ, Dra. Amanda.

17 de março

Reunião da Diretoria Executiva SOMERJ com a presença na sede dos Drs. Benjamin, Rômulo, Ramon, e a Sra. Simone Ceia, e através de videoconferência, com Dra. Zelina, Dr. Gilberto, Pina, e da advogada da SOMERJ, Dra. Amanda.

18 de março

Palestra Científica realizada como parte das atividades da 1ª Reunião do Conselho Deliberativo da SOMERJ no Centro Empresarial Rio. Palestra- Uma Agenda para a Saúde do Brasil. Palestrante: Professora Dra. Nísia Verônica Trindade Lima - Ministra de Estado de Saúde.

18 de março

1ª Reunião do Conselho Deliberativo e Diretoria Plena SOMERJ no Centro Empresarial Rio.

20 de março

Dr. Gilberto dos Passos representou a SOMERJ em reunião online do Projeto de Participação das Federadas na Prova AMB/AMRIGS.

22 de março

Reunião na Secretaria Municipal de Saúde de Macaé para tratativas do XIII Congresso SOMERJ, com a presença dos Drs. Benjamin, Ramon, Rômulo, Sr. Marcondes Valois, Sra. Simone Ceia e autoridades do município de Macaé.



24 de março

Reunião da Diretoria Executiva SOMERJ com a presença na sede dos Drs. Benjamin, Ramon, e a Sra. Simone Ceia, e através de videoconferência, com Drs. Rômulo, Zelina, Gilberto, Armindo, Pina, e da advogada da SOMERJ, Dra. Amanda.

24 de março

Dr. Ramon representou a SOMERJ no evento "A Face Oculta da Medicina". A solenidade ocorreu na sede da AMF, e teve como palestrante o médico Paulo Cesar Frutuoso. Na solenidade foram homenageados, também, ícones médicos daquela filiada.



28 de março

Dr. Emilio Zilli representou a SOMERJ na reunião de Defesa Profissional da AMB conjunta com a Comissão de Defesa Profissional da APM.

31 de março

Participação dos Drs. Benjamin, Rômulo, Ramon, Sérgio Pina, Zelina, Ronaldo Nóbrega, e Célia Regina em Seminário da Comissão de Representações do CREMERJ (COREP), chefiada pelo Dr. Benjamin, diretor responsável pelo setor, no município de Búzios.



18 de abril

Como é tradicional, a primeira reunião da SOMERJ com suas filiadas é feita no Rio de Janeiro. Coube ao Presidente de nossa filiada, Dr. Celso Ferreira Ramos Filho, a indicação e o convite à Sra. Ministra de Estado da Saúde, Prof. Dra. Nísia Trindade. O evento transcorreu no auditório do Centro Empresarial do Edifício Argentina, na manhã de sábado, 18 de março de 2023, onde a Ministra proferiu palestra sob o tema "Uma agenda pra a Saúde no Brasil".

Na ocasião, o Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, conferiu à Sra. Ministra o título de Associada Honorária, da filiada, anfitriã do evento. Dr. Celso discorreu sobre a carreira da homenageada que em seguida agradeceu traduzindo a gratidão pela atenção e honrada com a lembrança de seu nome dentre os membros desta restrita condição associativa.

Após o evento, aqui registrado, seguiu-se a Reunião do Conselho Deliberativo da SOMERJ que contou com a presença do Presidente da AMB, Dr. Cesar Fernandes e com a Vice-presidente do Cremerj, Dra. Célia Regina Silva, responsável pela cessão do espaço onde ambos os eventos foram realizados.





ARTIGO CIENTÍFICO

Câncer de Próstata

EPIDEMIOLOGIA: O câncer de Próstata, excetuando o câncer de pele não-melanoma, é o mais comum em homens.

Entre os fatores de risco encontra-se a idade (cerca de 6 a cada 10 casos diagnosticados são em homens acima de 65 anos), história familiar (o risco relativo aumenta de acordo com o número de membros afetados da família, o grau de parentesco e a idade em que esses indivíduos são acometidos pela doença), a raça (afrodescendentes apresentam a maior incidência de câncer de próstata, com 60% de propensão a mais a terem câncer de próstata e 2,4 vezes mais chances de morrer da doença).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam para mais de 65 mil novos casos de câncer de próstata a cada ano no Brasil entre 2020 e 2022.

O câncer de próstata é a segunda causa de morte por neoplasias em homens (cerca de 15 mil mortes por ano no Brasil) perdendo apenas para o câncer de pulmão.

DIAGNÓSTICO: Em fase inicial a maioria dos casos de câncer de próstata são assintomáticos. Em estágios mais avançados, o paciente pode apresentar sintomas de trato urinário inferior (disúria, esvaziamento vesical incompleto, hematúria) e até dor óssea.

Cerca de 85% dos carcinomas de próstata estão localizados na zona periférica da próstata. A presença de invasão perineural não piora o prognóstico, entretanto, a invasão vascular aumenta o risco de doença metastática.

O Diagnóstico da doença é suspeitado através da combinação de toque retal, dosagem do nível sérico de Antígeno Prostático Específico (PSA) e exames de imagem (ressonância magnética multiparamétrica) e a confirmação ocorre através de biópsia de próstata guiada por ultrassonografia, seja por via trans-retal ou perineal. A combinação de toque retal com dosagem sérica de PSA é o mais útil teste de primeira linha para acessar o risco de câncer de próstata.



"O câncer de próstata é a segunda causa de morte por neoplasias em homens (cerca de 15 mil mortes por ano no Brasil) perdendo apenas para o câncer de pulmão."

O PSA é uma glicoproteína, com meia-vida de 2-3 dias, encontrada no sistema nervoso central, intestino e próstata, sendo órgão-específico e não doença-específico. Expressão ectópica de PSA ocorre no tecido mamário, adrenal e nos carcinomas renais. Cerca de 75% do PSA circula ligado a três proteínas (alfa 2 macroglobulina, alfa 1 inibidor de protease e alfa 1 antiqumiotripsina), portanto, pacientes com câncer de próstata apresentam uma fração maior de PSA ligado a essas proteínas, ou seja, têm uma menor fração de PSA livre.

Alguns fatores que podem elevar o PSA sérico são Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), prostatites, ejaculação, manipulação prostática (biópsias, toque retal, cateterismo vesical, etc), infarto prostático e o próprio câncer prostático. O uso de inibidores de alfa redutase (por exemplo: finasterida, dutasterida), após 12 meses de tratamento para HPB, na dose de 5 mg diário, podem reduzir o PSA sérico em até 50%.

Ao toque retal, a próstata é avaliada sob os aspectos de: dimensões e volume da próstata, consistência, tipo e regularidade de superfície, limites, presença de zonas dolorosas ou suspeitas

(áreas mais duras, irregulares, heterogêneas, nódulos, entre outros achados).

A Ressonância Magnética Multiparamétrica (1,5 ou 3 Tesla) pode localizar a lesão suspeita do câncer de próstata, bem como a extensão da doença e a Classificação PI-RADS agrupa essas lesões de 1 a 5, sendo as 4 e 5 suspeitas de câncer.

Através da ultra-sonografia trans-retal, as lesões malignas da próstata podem se apresentar: isoecóicas em 39% dos casos. Em 1% pode-se apresentar hiperecóica. Cerca de 17% a 57% das lesões hipoeecóicas apresentam-se como malignas. Uma próstata irradiada apresenta-se difusamente hipoeecóica. Para a realização da biópsia prostática recomenda-se o uso profilático de fluoroquinolonas. Preferencialmente, a biópsia deve fornecer 12 fragmentos (2 basais, 2 medianos e 2 apicais de cada lado).

O Diagnóstico anatomo-patológico das amostras de biópsia de próstata utiliza mais comumente o escore de Gleason, sendo o padrão primário (dominante) e o de maior grau (independente do volume), devendo ser reportadas no laudo.

O Adenocarcinoma é o tipo mais frequente, correspondendo a 95% dos casos. Outros subtipos mais raros são os tumores neuroendócrinos, ou com diferenciação neuroendócrina, urotelial e carcinoma intraductal. O Estadiamento da doença segue o sistema TNM (Tumor-Nodo-Metástase) da *American Joint Committee On Cancer* (AJCC). O câncer de próstata costuma metastatizar para linfonodos, ossos, pulmão, bexiga, fígado e glândulas adrenais. A recomendação de cintilografia óssea costuma dar-se para aqueles casos de Gleason ≥ 8 , PSA ≥ 20 ng/mL ou T3-T4.

A Sociedade Internacional de Patologia Urológica (ISUP) em 2014 adotou uma classificação para definir os pacientes em grupos de risco. Os tumores grau 1 representam Gleason menor ou igual a 6, os de grau 2, são os Gleason 7 (3 + 4), os de grau 3 são Gleason 7 (4 + 3), os de grau 4 são Gleason 8 (4 + 4) e os de grau 5 são os de Gleason 9 ou 10.

TRATAMENTO: O Tratamento do Câncer de Próstata depende de fatores como performance status do paciente, idade do paciente e estadiamento da doença.

Há na literatura os seguintes tipos mais comuns de tratamento: Vigilância Ativa, Cirurgia, Braquiterapia, Radioterapia Externa e Bloqueio Hormonal. Nos casos de câncer de próstata metastático resistente à castração, existe a possibilidade de quimioterapia. Tratamentos como terapias focais (como crioterapia e ultrassonografia de alta frequência) ainda apresentam limitações em suas indicações.

Pacientes com mais de 10 anos de expectativa de vida, com baixo volume de doença, com tumores de baixo grau a grau intermediário, ou seja, até Gleason 7 (3+4), com lesões não palpáveis e níveis de PSA < 10 , é possível adotar a vigilância ativa. Cerca de 25% a 50% dos pacientes sob vigilância ativa desenvolvem

evidências de progressão tumoral em 5 anos.

Para os pacientes com tumores localizados, a prostatectomia radical, seja nas modalidades abertas (retropúbica ou transperineal), laparoscópica convencional ou laparoscópica robô assistida, é a opção de escolha, ressalvados, é claro, fatores como performance status do paciente, idade avançada ou mesmo o desejo do paciente. Complicações como hemorragias, lesão de reto, linforreias, linfocele, estenose de uretra e colo vesical, fístulas, disfunção erétil e incontinência urinária podem ocorrer a depender de uma série de fatores.

Entre esses fatores, um que parece ter influência importante no desfecho seria a maior a experiência do cirurgião e equipe, implicando em menores incidências de complicações, independentemente do método escolhido para a cirurgia (aberto ou minimamente invasivo). Não cabe aqui entrar em detalhes acerca das eventuais vantagens ou desvantagens de cada método cirúrgico.

Para os casos de tumores localmente avançados, (cerca de 10% dos homens ao diagnóstico apresentam-se com câncer localmente avançado) pode-se optar por Radioterapia externa combinada como bloqueio androgênico ou, eventualmente, cirurgia com radioterapia e, posteriormente, bloqueio hormonal. Como todo tratamento, a radioterapia externa também apresenta suas complicações e entre as mais citadas, encontram-se estenoses, fístulas, disfunção erétil e incontinência urinária. Cada caso deve ser avaliado individualmente.

A recidiva bioquímica pós-prostatectomia radical configura-se com a elevação do PSA acima de 0,2 ng/mL confirmada após 2 exames e em curva ascendente. A recorrência do PSA após a cirurgia é afetada por fatores como extensão extracapsular, invasão de vesícula seminal, linfonodos positivos e margens cirúrgicas positivas.

No caso de pós-radioterapia externa, a recidiva bioquímica ocorre quando há três aumentos consecutivos do PSA após o nadir. Recomenda-se que essas dosagens sejam obtidas com intervalos de 3-4 meses entre cada uma delas.

O papel da radioterapia adjuvante pós-prostatectomia radical é controverso. O tempo de duplicação de PSA (PSADT) frequentemente é usado para prever o tempo de desenvolvimento de metástases. O tempo médio entre recidiva bioquímica do PSA após prostatectomia radical e o óbito é de 13 anos.

Os casos de tumores metastáticos sensíveis a bloqueio hormonal podem ser tratados com castração química ou cirúrgica (orquiectomia subcapsular bilateral). As complicações decorrentes da terapia de deprivação androgênica incluem perda de massa óssea e muscular, disfunção sexual, ondas de calor, diminuição da função cognitiva, anemia e ginecomastia.

A sobrevida média de um paciente com câncer de próstata após a detecção de metástases costuma ser de 24 a 36 meses. As metástases ósseas decorrentes de câncer de próstata costumam ser de natureza blástica.

Para os pacientes com doença metastática resistente à deprivação androgênica, existe consenso de que a terapia hormonal ablativa de-

ve ser mantida durante o curso da quimioterapia subsequente, ainda que a doença seja resistente ao bloqueio hormonal. Entre os agentes quimioterápicos utilizados podem-se citar: docetaxel, estramustina, aminoglutetimida, cetoconazol, mitoxantrona, abiraterona, entre outros. A possibilidade de pacientes com doença metastática desenvolverem síndrome de compressão medular deve ser considerada em qualquer paciente com história de metástase óssea e dor lombar, essa hipótese deve ser aventada. O tratamento inclui altas doses de corticóides intravenosos, radioterapia e/ou descompressão cirúrgica.

CONCLUSÃO: O câncer de próstata em homens acima de 45 anos continua sendo o câncer mais frequente (excetuando-se o câncer de pele não melanoma) e o segundo em mortalidade no gênero masculino após o câncer de pulmão. Portanto, o rastreamento precoce da doença deve ser preconizado em campanhas divulgadas não apenas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, mas também por todas as entidades envolvidas na educação médica (sociedades de especialidades médicas, especialmente a de urologia) e, se possível, as de representação de classe (Associação Médica Brasileira, Federadas e os Conselhos Federal e Regionais de Medicina).



DOUTOR

Guilherme Castelliano Nadais

Urologista do Hospital Federal dos Servidores do Estado e titular da Sociedade Brasileira de Urologia. Presidente do CREMERJ



15 A 17 DE JUNHO DE 2023

15/06

- Cursos Pré-Congresso

16 e 17/06

- Programação Científica
- Temas Livres (formato E-pôster) premiação para os 1º 2º 3º lugares
- Simpósio Satélite

Local: Royal Macaé Palace Hotel
Macaé - Rio de Janeiro

Inscrições abertas

até 15/05

**VAGAS
LIMITADAS**

www.congressosomerj.com.br

Consulte a programação no site.

Realização:



Apoio:



Patrocínio:

contato: somerj@somerj.com.br

SOMERJ NO YOUTUBE



Palestra Saúde - Uma Agenda para o Brasil
com a Sra. Ministra de Estado da Saúde,
Prof. Dra. Nísia Trindade.



PROGRAMA PRELIMINAR

MACAÉ
15 A 17 DE JUNHO
2023



SOMERJ

XIII Congresso da SOMERJ
I Congresso Médico da Região Norte Fluminense





SOMERJ

XIII Congresso da SOMERJ
I Congresso Médico da Região Norte Fluminense

MACAÉ
15 A 17 DE JUNHO DE 2023

15 DE JUNHO, QUINTA-FEIRA

CURSO PRÉ-CONGRESSO
SALA 1 - MANHÃ

CURSO 1 - TEÓRICO PRÁTICO
9 - 13h

- Insuficiência Respiratória Aguda/Manejo da Via Aérea
- Entubação Orotraqueal
- Manejo da Via Aérea Difícil

SALA 2 - MANHÃ

CURSO 2 - TEÓRICO PRÁTICO
9 - 13h
US DA EMERGÊNCIA A UTI

- Parte teórica online
- Ultrassom para emergência com manequim vivo

13 às 14h - Simpósio Satélite / Intervalo para almoço

SALA 1 - TARDE

CURSO 3
14 - 17h

Abordagem Inicial ao Politraumatizado

- Atendimento pré-hospitalar ao politraumatizado
- Abordagem do politraumatizado na sala de emergência
- Manejo do choque no politraumatizado
- Métodos iniciais de imagem

SALA 2 - TARDE

CURSO 4
14 -17h
Antibioticoterapia

19h30 - Sessão Magna de Abertura

www.congressosomerj.com.br

contato: (21) 98547-6405 // somerj@somerj.com.br



SOMERJ

XIII Congresso da SOMERJ
I Congresso Médico da Região Norte Fluminense

MACAÉ
15 A 17 DE JUNHO DE 2023

16 DE JUNHO, SEXTA-FEIRA

CONGRESSO

SALA 1 - MANHÃ

9 - 10h30	Mesa Redonda Choque
10h30 - 10h45	Intervalo para o café
10h45 - 11h30	Conferência Saúde do 3o. Milênio
11h30 - 13h	Mesa Redonda AVC
13 - 14h	Simpósio Satélite / Intervalo para almoço

SALA 2 - MANHÃ

Mesa Redonda Obesidade e Cirurgia Bariátrica
Intervalo para o café
Mesa Redonda Aspectos Gerais em Oncologia

SALA 1 - TARDE

14 - 15h30	Mesa Redonda Coronariopatias
15h30 - 15h50	Intervalo para o café
15h50 - 17h20	Mesa Redonda Temas em Pediatria

SALA 2 - TARDE

Mesa Redonda Temas em Ginecologia & Obstetrícia
Intervalo para o café
Mesa Redonda Temas Ambulatoriais



SOMERJ

XIII Congresso da SOMERJ
I Congresso Médico da Região Norte Fluminense

MACAÉ
15 A 17 DE JUNHO DE 2023

17 DE JUNHO, SÁBADO

CONGRESSO

SALA 1 - MANHÃ

SALA 2 - MANHÃ

9 - 10h30	Mesa Redonda Doenças Pulmonares - Covid-19	Mesa Redonda atenção Básica e Saúde Mental
10h30 - 10h45	Intervalo para o café	Intervalo para o café
10h45 - 11h30	Conferência SOMERJ	
11h30 - 13h	Mini Conferências <ul style="list-style-type: none">• Hipertrofia Prostática Benigna: qual o melhor momento para intervenção?• Covid-19• Cuidados Paliativos	Mesa Redonda Transplante e Doação de Órgãos
13 - 13h30	Premiação Temas Livres Encerramento	

DIREITO DO MÉDICO

O Médico e o Código de Defesa do Consumidor

Inicialmente, há a necessidade de entender a lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Essa lei, conhecida como Código de Defesa do Consumidor, dispõe sobre a proteção do consumidor e os deveres dos fornecedores de serviços.

Assim, nos traz a lei em seu Art. 2º que o consumidor é toda pessoa física, ou jurídica que adquire, ou utiliza produto ou serviço como destinatário final; e o Art. 3º que o fornecedor é toda pessoa física, ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos, ou prestação de serviços.

A partir de 1990 o médico, em regra, como todo profissional prestador de serviço, começou a responder civilmente por essa lei. O Código de Defesa do Consumidor é uma lei criada para proteger o consumidor, que é o paciente, sendo o fornecedor de serviço o médico.

Apesar de o Código de Ética Médica trazer em seu corpo que a medicina não pode ser mercantilizada e que também não pode ser tratada como uma relação de consumo, há de se entender que na Esfera Cível, pela Hierarquia das normas, será o Código de Defesa do Consumidor a lei que pautará a relação médico-paciente, por se enquadrar, segundo jurisprudência pacífica dos Tribunais, como sendo uma relação de consumo. Sendo



DOUTORA

Manuela Marcatti

Advogada, Consultora Jurídica, Membro da Comissão de Direito Médico da OAB/RJ, Mestre em Direito da Saúde.



assim, imperioso que os médicos conheçam a normativa brasileira a qual estão respondendo nos Tribunais de Justiça.

Com a inserção do paciente ao Código de Defesa do Consumidor, este trouxe maiores garantias ao paciente/consumidor; como maior protecionismo legislativo ao paciente; inversão do ônus da prova em favor do paciente; manutenção de assistência jurídica integral e gratuita ao paciente carente; obrigatoriedade do dever de informação entre outros deveres anexos à relação de consumo.

O Código de Defesa do Consumidor possui princípios que precisam ser conhecidos e

observados: Princípio da Vulnerabilidade, Princípio da Transparência, Princípio do Dever de Informação e o Princípio da Boa-Fé.

O Princípio da Vulnerabilidade preconiza que vulnerável é a parte mais fraca da relação, sendo que, reconhecidamente, aqui é o paciente o vulnerável. Notadamente é o médico que detém o conhecimento técnico e científico, sendo o paciente a parte suscetível ao tratamento proposto pelo médico. Nessa relação o paciente é a parte frágil intelectualmente, uma vez que desconhece a técnica e a ciência. Esse princípio traz a regra da Inversão do Ônus da Prova, uma vez que cabe a quem produz a prova técnica/científica apresentá-la sempre que parte de um processo civil.



Observemos o julgado do STJ na AC 0031175-66.2008.8.19.0021, de 11/03/2015: *No entanto, conforme decidido pelo STJ, essa responsabilidade, malgrado subjetiva, se dará com inversão do ônus da prova, cabendo ao profissional comprovar que os danos suportados pelo paciente advieram de fatores externos e alheios à sua atuação profissional. Trata-se, portanto, de responsabilidade subjetiva com culpa presumida.*

O Princípio da Transparência valida que o paciente tem o direito de ser informado sobre todos os aspectos do serviço prestado pelo médico durante seu tratamento, traduzido assim no princípio da informação.

É dever do médico sempre que propor um tratamento ao paciente levar todas as informações de forma clara e objetiva ao mesmo. Este Princípio vai ao encontro do Princípio do Dever de Informar, que tem o médico sempre que for propor um tratamento.

É direito do paciente ser informado de forma adequada de todos os riscos, danos iatrogênicos, intercorrências que o tratamento pode causar-lhe, assim como as opções de tratamento e como será o pós-tratamento. É dever do médico ajustar com o seu paciente o tratamento que será realizado,

forneendo ao paciente eletivo direito de escolha. Esse dever de informação se traduz no Termo de Consentimento Informado, uma das documentações que devem compor o prontuário do paciente.

Nesse sentido, a redação do Art. 6º, inciso III do Código de Defesa do Consumidor relata "são direitos básicos do consumidor a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem".

O Princípio da Boa-Fé objetiva aborda o dever imposto de atuar com lealdade e cooperação, de forma que o atuar médico possa buscar atingir a legítima expectativa do paciente.

Daí decorrem outros deveres anexos, como o dever de conduta imposto ao médico e o dever de agir lealmente. Também há o dever de elaborar a documentação do paciente sem se abster de informações ou de adulterar o prontuário do paciente.

Esse Princípio apresenta a ideia de cooperação, respeito e fidelidade na relação médico-paciente. Refere-se àquela conduta que se espera das partes, com base na lealdade e fidelidade.

Importante salientar que o Código de Defesa do Consumidor não é aplicável a atendimento custeado pelo SUS em hospitais privados conveniados. No recurso especial nº 1.771.169 - SC (2018/0258615-4) a Relatora Ministra Nancy Andrighi, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), decidiu que problemas relacionados ao atendimento médico custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais privados não estão sujeitos ao Código de Defesa do Consumidor (CDC), mas sim às regras que tratam da responsabilidade civil do Estado.

Dessa forma, caberá ao advogado do médico em sua defesa suscitar o Art. 37, §6º da CF sempre que o médico estiver atuando pelo SUS, tornando-o parte ilegítima em processo de Responsabilidade Civil.

Nesse sentido, o médico sendo um conhecedor da lei brasileira que responde, poderá produzir o prontuário do paciente com zelo e presteza, cumprindo o seu dever de informação para com o seu paciente e sabendo que o prontuário é o principal elemento do seu conjunto probatório, sempre que este precisar apresentá-lo em sua defesa nos processos judiciais de responsabilidade civil, bem como nos processos éticos disciplinares junto a seu Conselho de Classe.

NOTÍCIAS CREMERJ

CREMERJ oferece gratuidade na solicitação do Registro de Título de Especialista (RQE)

Em 1º de fevereiro, o CREMERJ iniciou uma campanha para incentivar e valorizar a utilização do Registro de Qualificação de Especialidade (RQE). Uma das principais medidas adotadas é o oferecimento de gratuidade para os médicos solicitarem o RQE.

O requerimento, livre de taxa, poderá ser feito até o dia 31 de julho de 2023. Para dar entrada no pedido, não é necessário ir até à sede ou a uma representação da autarquia.

Basta acessar a área de serviços do site do Conselho e realizar o procedimento de forma totalmente on-line.

Nesse mesmo período da iniciativa, outras ações informativas serão realizadas, com o objetivo de instruir todos os médicos que se divulgam como especialistas a passarem a informar o número do registro em seus documentos e mídias. Tal adequação visa ao cumprimento do Código de Ética Médica que, em seu artigo 117, expressa que é vedado ao médico deixar de incluir o RQE quando anunciar uma especialidade.

De acordo com o presidente do CREMERJ, Clovis Munhoz, essa é uma oportunidade para os médicos do estado do Rio de Janeiro se adequarem também ao Manual de publicidade



Dr. Guilherme Castelliano Nadais
Presidente do Conselho Regional de
Medicina do Estado do RJ - CREMERJ.

médica (Resolução CFM nº 1.974/2011). “O RQE é importante tanto para o profissional quanto para o paciente. O registro auxilia no aumento da confiabilidade de um médico especialista em face da população, que passa a poder consultar a titulação de quem realiza o atendimento”, destacou o conselheiro.

A campanha está sendo promovida em todo o Brasil, endossada pelo Conselho Federal de Medicina, pelos demais Conselhos Regionais e pelas sociedades médicas. É o Cremerj facilitando a vida do médico.





CREMERJ INGRESSA COM AÇÃO CIVIL PÚBLICA PARA IMPEDIR RECONTRATAÇÃO DE MÉDICOS FORMADOS NO EXTERIOR SEM REVALIDAÇÃO DO DIPLOMA NO RJ

O CREMERJ ingressou com uma ação civil pública para impedir a recontratação de médicos formados no exterior, sem revalidação do diploma, para atuar no programa Mais Médicos. O objetivo é evitar, em caráter liminar, o retorno de profissionais sem o registro no CRM para participar de um novo processo de chamamento para atuarem no estado do Rio de Janeiro.

Essa iniciativa foi tomada após uma decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1) que autorizou o governo federal a recontratar médicos cubanos que integravam o programa. No entanto, para o CREMERJ, a decisão é arbitrária, desafia a lei, compromete a separação de poderes e coloca em risco a saúde pública da população.

Na petição, o Conselho explica que, sem o CRM, não pode aplicar sanções em caso de infração ao Código de Ética Médica nem fiscalizar o exercício da prática médica no estado. Ambas as situações expõem diretamente a população e podem acarretar prejuízos na qualidade da assistência dos pacientes.

No texto, a autarquia afirma que “é notório que a contratação dos profissionais por apenas mais

um ano não é medida hábil a sanar o déficit de profissionais nas regiões mais desfavorecidas do país”. Outro trecho do documento aponta que “a medida só mascara um problema existente, deixando a população desamparada quanto a eventuais falhas técnicas e de conduta praticadas por esses profissionais, que, por não obterem registro à luz da legislação pátria, não são médicos”.

Vale lembrar que a revalidação do diploma de medicina no Brasil é feita por meio do Revalida, exame de responsabilidade do Ministério da Educação. Todos os profissionais, inclusive brasileiros, formados em medicina por faculdades estrangeiras devem passar pela revalidação do diploma. O CREMERJ reconhece a importância desse processo e só emite CRM para médicos formados no exterior mediante toda a documentação necessária.

“Não podemos concordar com uma decisão arbitrária, que coloca em risco à saúde da população. Esperamos que o Judiciário entenda a nossa preocupação e estamos à disposição para oferecer todos os esclarecimentos”, complementou o presidente do CREMERJ, Clovis Munhoz.

Além disso, de acordo com o estudo Demografia Médica, publicado em 2020 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Universidade de São Paulo (USP), não há falta de médicos no estado do Rio de Janeiro. Somos 63.873 médicos para atender 17.264.943 habitantes – uma razão de 3,70 médicos para cada mil habitantes. Portanto, é fundamental que a gestão pública

invista em ações seguras, com vínculos empregatícios e condições adequadas de trabalho para que o médico exerça a medicina com qualidade. “Logo, a contratação de profissionais sem CRM está longe de ser o melhor caminho para ajudar a melhorar a saúde pública em nosso estado e, também, no país”, concluiu Munhoz.



CREMERJ HOMENAGEIA MÉDICAS DIA INTERNACIONAL DA MULHER

O O CREMERJ promoveu no dia 8 de março, no auditório do Centro Empresarial Rio, um evento em comemoração ao Dia Internacional da Mulher. Por suas destacadas atuações na medicina, 16 médicas foram homenageadas durante a solenidade transmitida ao vivo pelo canal do CREMERJ no YouTube e foi conduzida pela cerimonialista e jornalista Isabele Benito.

A cerimônia foi aberta pelo presidente do CREMERJ, Clovis Munhoz, dando as boas-vindas a todos e fazendo um agradecimento especial a todas as médicas. Em seguida, a 2ª vice-presidente do Cremerj, Célia Regina da Silva ao fazer uso da palavra, disse que “Para o CREMERJ é uma grande satisfação ter a oportunidade de homenagear profissionais que todos os dias se dedicam a cuidar da saúde da nossa população,

tanto no atendimento aos pacientes, na linha de frente, quanto na atuação como professoras, pesquisadoras, cientistas ou líderes de entidades”.

A seguir, foi composta a mesa de honra, que contou com a participação exclusiva de mulheres. A subsecretária de Vigilância e Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Claudia Mello, a subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio, Teresa Vannucci, a 2ª secretária da Academia Nacional de Medicina (ANM), Patrícia Rocco, a 2ª secretária da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ), Zelina Caldeira, e a anfitriã Célia Regina da Silva.

Os discursos evidenciaram o crescimento da mulher na medicina, o seu papel e necessidade

de manter o empenho por igualdade de espaços na sociedade através da força feminina em superar desafios.

Dando continuidade ao evento, os convidados e participantes tiveram a oportunidade de conhecer a vida da médica norte-americana Virginia Apgar (1909 - 1974), cuja biografia foi apresentada pela Dra. Célia Regina, que palestrou sobre a vida e realizações dessa mulher extraordinária pois atuava em muitas áreas, enfrentando barreiras sexistas da época e marcando a história como a criadora da famosa Escala de Apgar, teste utilizado até hoje para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina.

Seguiram-se as homenagens às médicas: Alice Cristina Coelho Brandão; Alice Junqueira Moll; Ana Cristina Pinho Mendes Pereira; Ana Maria

Pittella de Souza Leite; Andréa Araújo Brandão; Andrea Cristina Ferreira Cabral; Carmen Baptista dos Santos; Carolina Machado Brandão, Dalva Maria Carvalho Mendes; Eponina Maria de Oliveira Lemme; Jacqueline Fernandes Provenzano; Maria Júlia Gregório Calas; Mariangela Barbi Gonçalves; Renata Barbosa do Amaral; Sylvia da Silveira Mello Vargas; e Zuleika Ribeiro Sauaia Kubrusly.

Foram, também, homenageadas as seis conselheiras do CREMERJ: Ana Carolina Nobre de Mello; Ana Cristina Russo Marques Vicente; Beatriz Rodrigues Abreu da Costa; Célia Regina da Silva; Margareth Martins Portella; e Rafaella Braga Leal Reis. Ao encerramento da cerimônia, o CREMERJ homenageou também a funcionária, Rosa Maria de Carvalho, representando todas as mulheres colaboradoras que integram a força de trabalho da autarquia.



VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E VULNERÁVEIS É TEMA NO CREMERJ

O Grupo de Trabalho (GT) sobre Atenção a Vulneráveis e Violência de Gêneros e Etnias do CREMERJ realizou evento híbrido que debateu a violência contra a mulher e vulneráveis. Ocorreu em 17 de março, na sede do Conselho, em Botafogo.

As boas-vindas aos participantes foram dadas pela segunda vice-presidente do CREMERJ, Célia Regina da Silva, e pela coordenadora do GT sobre Atenção a Vulneráveis e Violência de Gêneros e Etnias, a médica Solange Souza. Célia Regina ressaltou, na ocasião, a importância do tema para os médicos e toda a socie-

dade, agradecendo a presença de todos.

Já Solange Souza destacou o lançamento da cartilha “Violência contra a mulher”, produzida pelo GT, lançada durante o evento. “Nesta cartilha, a mulher irá encontrar todos os tipos de violência e entender como reconhecê-las no dia a dia e onde procurar ajuda. O material também aborda todas as leis de proteção. Acredito que isso será um grande auxílio para todas nós”, salientou.

A programação contou com palestras que trouxeram reflexões acerca da violência contra a mulher, destacando

quatro grandes enfoques: visão geral sobre a violência à mulher e vulneráveis no Brasil e no Rio de Janeiro; acolhimento nas delegacias; visão médica sobre a mulher violentada; e sexologia forense.

Para abordar os tópicos, foram convidados especialistas de diferentes áreas: o advogado Renê Freitas, a delegada Juliana Almeida e as médicas Deyse Barrocas e Adriane Rêgo.

A ginecologista Carmen Athayde e a advogada Cidnéa Pappone (conselheira da OAB/Barra) participaram da mesa de debates.



CREMERJ PARTICIPA DE SEMINÁRIO DA ALERJ SOBRE MATERNIDADE

O CREMERJ em 27 de março, do Seminário Maternidade, promovido pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj). O evento abordou a promoção à saúde materno-infantil e a importância de trabalhos legislativos pela valorização da mulher e do bebê.

No evento, o médico ginecologista Raphael Câmara, conselheiro do CREMERJ e do Conselho Federal de Medicina (CFM), destacou assuntos importantes como um parto seguro, que contempla a assistência adequada para mãe e bebê no pré-natal, parto e puerpério, além da defesa da saúde e da medicina para todos.

Raphael Câmara falou sobre melhorias para a saúde materno-infantil e apresentou dados preocupantes, como a alta mortalidade materna no estado do Rio de Janeiro. Segundo ele, esses números, que historicamente já eram elevados, dispararam durante a pandemia.

“A razão de mortalidade materna em 2019 no Rio de Janeiro era 74,5, o que já era muito alto, mas, infelizmente, veio a pandemia e, em 2021, a mortalidade materna foi para 161,5. Em São Paulo, por exemplo, em 2021, a razão era 90,7, quase metade do que no estado fluminense. Esse foi um dos motivos de termos investido fortemente na Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI)”, disse ele, que foi secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, de junho de 2020 a dezembro de 2022.

Nesse sentido, Raphael Câmara pediu aos parlamentares e autoridades presentes que intensifiquem esforços na luta para reduzir esses números no estado.

Além disso, ressaltou que o CREMERJ está com as portas abertas para ouvir qualquer demanda em favor da saúde e da medicina no Rio de Janeiro, e contribuir tecnicamente para orientar a elaboração de projetos de lei no segmento. “Às vezes, a intenção é das melhores, mas a lei não é praticável ou pode afetar outras áreas. Por isso, reforçamos que, ao fazer algo relacionado à medicina, que sejam ouvidos os médicos. O CREMERJ está totalmente disponível para orientar no que for preciso”, complementou.

A mesa solene de abertura foi composta pelo deputado estadual Márcio Gualberto, anfitrião e idealizador da iniciativa; pela deputada federal Chris Tonietto; pelo presidente da União dos Juristas Católicos do Estado do Rio de Janeiro, o desembargador Roberto Guimarães; e pelo padre Rodrigo Vieira, que representou a Arquidiocese do Rio. No seminário, também foi anunciado o lançamento da Frente Parlamentar contra o Aborto e em Defesa do Nascituro da Alerj.

O evento ainda contou com a presença do conselheiro do CREMERJ Ricardo Azedo e de membros da sociedade civil.



FINALMENTE CHEGOU A ÉPOCA DO IMPOSTO DE RENDA

-"A coisa mais difícil de entender no mundo é o imposto de renda".

Começar um artigo por uma frase curta de outro autor não é normal nem estético, mas é a forma mais fácil de resumir o recado que vai ser dado e acredito verdadeiramente que você vai entender bem isso.

Afinal, essa frase que parece ser de uma pessoa comum, na verdade, pertence a uma das mentes mais brilhantes da humanidade, ela é de Albert Einstein e consta das anotações pessoais de 1963 de outro homem brilhante, Leo Mattersdorf, um renomado Astrônomo amador que além dessa ocupação tinha o importante cargo de contador do famoso professor.

O trauma do renomado físico com o imposto de renda foi muito grande. Para termos ideia da complexidade atribuída por Einstein ao Imposto de Renda, ele o apelidava de The Great Dragon, além disso, não fazia sozinho sua declaração, Einstein passava esse árduo trabalho para seu grande amigo Mattersdorf, afinal de contas, ele

achava que ter desenvolvido a teoria da relatividade, estudar o espaço-tempo ou a física quântica era muito mais simples que entender a mente do legislador e do fiscal.

O interessante é que Albert Einstein vivia nos Estados Unidos, um país de primeiro mundo considerado detentor de uma legislação fiscal fácil de ser entendida e executada, imagina se ele morasse aqui no Brasil, que ao contrário disso é considerado burocrático ao extremo com uma das maiores e mais complexas legislações tributárias do mundo!

Diante disso, cabe aqui uma pergunta, será que Albert Einstein mesmo tendo sido indicado ao Prêmio Nobel de Física 62 vezes e somente o tendo conquistado uma única vez merece crédito nesse seu posicionamento? Afinal de contas, parece que o imposto de renda é só uma declaração em que digitamos um monte de informações, e só isso.

Uma coisa é certa, o renomado Físico como a maioria dos contribuintes era ignorante no assun-

to tributário e provavelmente não sabia que a real intenção do Fisco com a Declaração do Imposto der Renda é identificar a mutação do Patrimônio dos contribuintes e não a receita e muito menos somente cobrar o imposto de renda.

Histórias reais como essa deveriam nos fazer refletir bastante sobre nossas questões tributárias, afinal de contas, o fisco é um devorador de patrimônio e, apesar de não ser nosso parente, consome muito mais nossos recursos que um filho e pode nos trazer traumas muito maiores que boa parte das nossas amizades.

Este artigo é um alerta quanto a elaboração da sua declaração do imposto de renda, afinal de contas, passados 100 anos da conquista do Nobel por Einstein, o Fisco está bem mais aparelhado que no passado e tem trabalhado tão intensamente na busca da identificação da mutação do patrimônio dos contribuintes que nos anos de 2021 e 2022, quase morou na BOVESPA desenvolvendo um sistema de cruzamentos de informações que identifique a movimentação de Bolsa de Valores não declarada, principalmente após descobrir através desse trabalho que ao invés do que se imaginava, a quantidade de brasileiros que investe em renda variável não é menor que 3% da população, mas sim, quase o dobro disso.



PROFESSOR

José Miguel Rodrigues

Contador e Professor

Na busca pela identificação de patrimônio não declarado ou declarado de forma equivocada, a Secretaria da Receita Federal nos últimos anos passou a cruzar importantes fontes patrimoniais, entre elas destaca-se o movimento de compra e venda imobiliária, implantado após a parceria com os Registros Gerais de Imóveis e a movimentação financeira englobando investimentos que foi implantada após a criação do E-financeiro. Destacam-se também os valores recebidos por médicos de seus pacientes e de pessoas jurídicas que os contratam ou terceirizam sua mão de obra e muito mais do que isso.

O curioso é que mesmo com o conhecimento de todo esse sistema de cruzamento de informações, a cada ano ocorrem mais e mais erros primários nas Declarações de Imposto de Renda que fazem com que o número de contribuintes na malha fina aumente exponencialmente.

Em contrapartida, temos outro ponto importante, ao contrário do que a maioria pensa, existem muitas possibilidades legais de diminuir a mordida pesada e dolorosa do Leão, mas infelizmente a grande parte dos contribuintes desconhece por completo e vão seguindo a multidão como ovelhas desamparadas repetindo os movimentos de sempre.

E você, o que acha do pensamento de Albert Einstein sobre o imposto de renda? Ele exagerou e você está bem preparado para encarar o Leão?



HISTÓRIA DA MEDICINA

O PROCESSO CIVILIZATÓRIO E A MEDICINA



A consciência do “existir” parece ser exclusiva dos seres humanos. Pensar e expressar os sentimentos imediatamente nos conecta com outros membros de nossa espécie, dando razão à tese de Aristóteles de que “o homem é um animal social”.

Viver em sociedade não é (e nunca foi) fácil, vide as guerras que permeiam a história da humanidade. Contudo, em um determinado momento de nossa evolução, decidimos viver em bandos, ainda que com interações sociais limitadas. Sem o domínio da agricultura, essas comunidades nômades viviam da caça, coleta e pesca, protegendo-se dos predadores, sem, contudo, haver nenhuma relação bem estabelecida entre seus membros. Vigorava a barbárie!

Inúmeras teorias tratam do início do processo civilizatório humano. Alguns apontam que isso

ocorrerá a partir do domínio da agricultura, outros creditam esse avanço ao desenvolvimento da escrita.

Mas o médico Ira Byock em seu livro *“The best care possible: a physician’s quest to transform care through the end of life”* apresenta uma instigante hipótese que venho aqui compartilhar. Ele nos conta que uma vez perguntaram à antropóloga americana Margareth Mead qual o marco inicial da civilização humana, no que ela respondeu que teria sido o fósil de um fêmur consolidado.

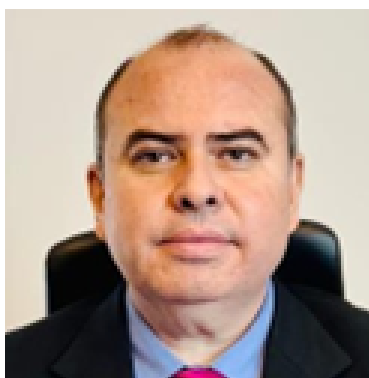
Ora, era natural supor que alguém com uma fratura de fêmur, incapaz de obter o próprio alimento ou defender-se dos predadores, feneceria ante ao infortúnio. Ao revés, a existência de um fêmur consolidado sinalizaria que, em algum momento da nossa história, alguém se apiedou do sofrimento de seu seme-

lhante, acolheu-o em sua enfermidade, cuidou durante sua convalescença até o restabelecimento de sua saúde.

Sirvo-me de uma nova proposição para o marco inicial do processo civilizatório, cujas origens avento ocorrer na assistência ao parto de nossas mulheres. Com as sucessivas evoluções filogenéticas de nossa espécie, em especial aquelas ligadas ao bipedalismo, às modificações dos ângulos da pelve e o aumento do tamanho do encéfalo do conceito humano, o parto tornara-se evento crítico para nossa perpetuação na cadeia da vida.

Enquanto nos primatas não humanos o parto restava fácil, os fetos humanos protagonizavam movimentos de rotação pelo desfiladeiro pélvico materno, adaptando seus maiores diâmetros e fugindo das exiguidades ósseas da bacia, em uma verdadeira penetração rotativa, impulsionada pelo potente motor uterino.

Enquanto a expulsão fetal dos macacos ocorre, em sua maioria, na variedade de posição occipito-sacro, permitindo que a fêmea possa ajudar na extração de seu filhote; o epílogo do mecanismo do parto nas fêmeas humanas, mercê dos volteios da cabeça fetal, ocorre com o nascimento de nossos conceitos, mormente, na variedade de posição occipito-púbico, ou seja, de costas para a mãe. Dessa feita, resta imanente os riscos de lesão na medula espinhal nos conceitos humanos nos casos de parto auto assistidos. Assim, para garantir a perpetuação de nossa espécie e a transmissão de nosso legado genético, em um determinado momento de nossa história, pactuamos, de forma benfazeja, a necessidade de ajudar nossas fêmeas durante sua parturição. Eis ai, em minha visão, o início da civilização humana.



PROFESSOR

Antonio Braga

Presidente Emérito da Sociedade Brasileira de História da Medicina

Independentemente do que seja a versão mais longa dos primeiros indícios da civilização, resta, e por sem dúvida, a marca da generosidade humana, atrelado a práticas de saúde, como expressão do cuidado com o outro e empatia com nosso semelhante. O sociólogo alemão Norbert Elias, em seu Processo Civilizatório, apresenta-nos a cadeia de interdependência humana como esteio central de nossa sociedade. E isso ficou evidente por ocasião da pandemia de covid-19, quando os profissionais de saúde, em geral, e os médicos, em particular, deixaram a segurança de seus lares para salvar vidas em meio a uma doença desconhecida e que ceifou a vida de milhares de brasileiros e tantos profissionais de saúde.

Ainda que o início da civilização humana possa estar nas brumas da história, sua interface mais importante nos dias atuais está ligado ao pacto civilizatório. Pacto significa compromisso. E, sob a égide do pacto civilizatório, encontra-se a necessidade de entendermos que fazemos parte de um grande corpo social, e somos corresponsáveis pelo bem-estar das pessoas. Nossa interação humana, na perspectiva de Vigotsky, é a grande ferramenta para a construção de uma sociedade mais justa e solidária. E a Medicina, quer no início do processo civilizatório (com o fêmur consolidado ou na assistência ao parto), quer no pacto civilizatório renovado diariamente durante toda a pandemia de covid-19, deu mostras de como a Arte de Curar é essencial a nossa sociedade e à própria concepção do "ser" humano.

Que a sociedade possa reconhecer a importância da Medicina como marco do processo civilizatório e valorizar o pacto que os médicos renovam todos os dias no sacerdotal compromisso com a vida humana. Da mesma forma, que nossos dirigentes políticos possam honrar essa arte milenar, dando condições de trabalho dignas aos médicos para que possamos exercer nosso ofício com pureza e destreza. E que nunca nos falte a centelha divina que separou as trevas da civilização e que vem iluminando a humanidade com misericórdia e compaixão, desde o amanhecer de nossa existência.

SOBRE NÓS

Somos a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, entidade que representa a classe médica do Estado. Federada à AMB, é uma das mais respeitáveis e representativas entidades médicas de nosso país e dedica-se à defesa dos interesses da categoria, nas áreas técnico-científica, ética, social e do exercício profissional, atentando também à melhoria da qualidade da assistência à população.

ENDEREÇO

Av. Franklin Roosevelt, 84/604
Centro - Rio de Janeiro - RJ
20021-120

CONTATOS

21 3907-6200
somerjesomerj.com.br

SOMERJ
