

Associação

Médica



Órgão Oficial da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro - SOMERJ - Filiada à AMB
Ano VIII - nº 44 - Abr / Jun de 2011

em revista

**O que podemos
aprender com as
catástrofes**



Os 125 anos da SMC RJ

MICROMOLAS INTRACEREBRAIS

Qual sua eficácia em relação ao procedimento de clipagem cirúrgica nos aneurismas cerebrais rotos?

INTRODUÇÃO

Muitos aneurismas intracranianos são assintomáticos, sendo que, provavelmente, só serão detectados como achado de exames de imagem. Outros podem gerar sintomas por compressão de estruturas cerebrais vizinhas, ou por causarem hemorragia sub-aracnóideia após romperem. A mortalidade do aneurisma roto (hemorragia maciça, re-sangramento e isquemia cerebral) está entre 40 a 50%, com quadros de morbidade severa de 10 a 20%. O risco de rotura estimado é de 1,9% por ano, sendo fatores de risco: sexo feminino, tabagismo, uso de cocaína, sintomáticos, hipertensão arterial, maior que 10mm, ou localizados na circulação posterior. As formas principais de tratamento são: a observação, a cirurgia e a embolização com micromolas. A observação tem sido considerada em aneurismas pequenos (< 10 mm), em pacientes assintomáticos. A cirurgia (clipagem ou ligadura) pode ser precoce (nos primeiros dias), ou tardia. A cirurgia precoce tem como vantagem, a introdução de medicação anti-hipertensiva apropriada, e como desvantagens, o risco excessivo operatório (tecido cerebral friável, distúrbio cerebral autoregulatório), e na segunda semana, risco elevado de isquemia. A cirurgia tardia tem como vantagem, as melhores condições operatórias e o paciente mais estável, e como desvantagem, o risco de re-sangramento e a restrição à medicação anti-hipertensiva (vasoespasmio). Não há diferença nos resultados (morte ou dependência) quando a cirurgia é realizada precocemente (0-3 dias) ou tardiamente (+ 8 dias). A embolização (micromolas) está contra-indicada, principalmente, em aneurismas maiores do que 10 mm ou com pescoço (colo) maior ou igual a 4 mm, aneurismas com índice fundo (cúpula) / pescoço

(colo) menor do que 1 e aneurismas na bifurcação da artéria cerebral média. O índice de complicações varia de 8,6% a 18,6%, sendo evento tromboembólico (2,5% a 14,5%), perfuração do aneurisma (2,3% a 4,7%), ou migração das molas (0,5% a 3%). Para a avaliação dos pacientes pós-tratamento são utilizadas escalas: Hunt-Hess Scale; World Federation of Neurosurgeons (WFNS) SAH Scale; Modified Glasgow coma Scale.

ESTRATÉGIA DE BUSCA E SELEÇÃO DE EVIDÊNCIA

P - paciente adulto, com Hemorragia Subaracnóideia e Aneurisma Roto (artéria comunicante anterior), diagnosticado por arteriografia.
I - Introdução de micromolas (hemodinâmica)
C - clipagem cirúrgica
O - Morte ou recorrência.

As bases primárias consultadas foram: Medline, Embase, Lilacs, Cochrane e as Bases de Avaliação Tecnológica consultadas foram: NHS Health Technology Assessment Programme; Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health e AHCPR Archived Technology Assessments. A estratégia de busca utilizada nas bases primárias foi: ("Embolization, Therapeutic"[MeSH] NOT "Chemoembolization, Therapeutic" [MeSH]) AND (coil*) AND ("Intracranial Aneurysm" [MeSH]). Foram utilizados os limites Randomized Controlled Trial e Systematic Reviews. Após avaliação crítica das evidências obtidas, foram selecionados uma Revisão Sistemática, sem meta-análise e três ECR. Nas bases de Avaliação Tecnológica foram recuperadas e selecionadas duas avaliações.

SÍNTESE DA EVIDÊNCIA DISPONÍVEL

Em pacientes, com quadro de hemorragia subaracnóideia; principalmente,

Autores:

Wanderley Marques Bernardo¹,
Francisco Lima² e
Luca Silveira Bernardo³

1. Coordenador do Projeto Diretrizes AMB-CFM. Professor de Medicina Baseada em Evidência da Faculdade de Medicina de Santos - UNILUS; Santos-SP

2. Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidência da Federação Unimed do Estado Rio de Janeiro - RJ

3. Acadêmico da Faculdade de Medicina de Santos - UNILUS; Santos-SP

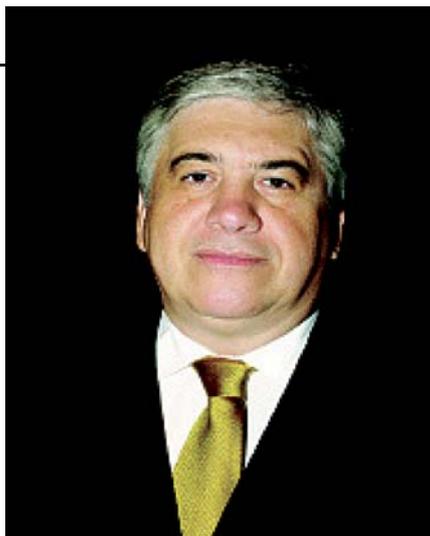
cl clinicamente classificados, pela World Federation of Neurosurgeons (WFNS) Scale, em grau d" 2; com ruptura de aneurisma cerebral, principalmente único, na circulação anterior e menor do que 10 mm de diâmetro, a embolização com micromolas; nos primeiros 28 dias do evento, quando comparada com a neurocirurgia (clipagem do aneurisma), produz os seguintes efeitos:

- Reduz a mortalidade e a dependência (pela Escala Rankin modificada de 3-5), no primeiro ano, em 7,4% dos pacientes tratados - NNT: 13, e no quinto ano apenas a mortalidade em 3,1% (NNT32)
- Apresenta o mesmo número de re-sangramentos no primeiro ano, entretanto, apesar de pequeno número de re-sangramentos em cinco anos, aumenta o risco em 0,3% (NNH143);
- O custo da embolização é menor em relação à duração do procedimento, custo profissional, tempo de hospitalização, tempo de re-habilitação e retorno mais rápido às atividades.
- O custo da embolização é maior em relação ao custo total e do material.

Unimed 
Federação Rio

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

Essas informações devem ser disponibilizadas ao paciente, seu médico, e ao sistema de saúde como um todo, para fundamentar a tomada de decisão mais adequada com a condição do paciente, garantindo assim, melhor aplicabilidade da evidência.



Dr. Carlindo Machado
Presidente SOMERJ

Eleições na SOMERJ

Não podemos esquecer que é fundamental a participação de todos, já que só com o fortalecimento de nossas filiadas poderemos ter uma SOMERJ forte.

Terminou o prazo de inscrição de chapa para as eleições na SOMERJ e apenas a chapa LUTAR VALE A PENA, liderada pelo Dr. José Ramon Varella Blanco, atual Diretor Tesoureiro da entidade, se apresentou para a disputa.

Tenho certeza que o Dr. Ramon e os companheiros escolhidos por ele têm totais condições de comandar os destinos da SOMERJ pelos próximos três anos.

O candidato foi indicado pela Diretoria e referendado pela CAUSA MÉDICA, pelo seu trabalho ao longo dos anos e, também, por sua atuação nas duas últimas gestões da SOMERJ.

O Ramon esteve sempre presente na condução dos destinos da SOMERJ, ao longo dos últimos seis anos, e se credenciou, com todos os méritos, pelo seu trabalho e dedicação à entidade, a comandá-la na próxima gestão.

Todos os candidatos à Diretoria Executiva, às Vice-Presidências Regionais, às demais Diretorias e a Delegados junto à Associação Médica Brasileira, são com nomes importantes no Movimento Associativo de nosso Estado, com uma história de grande participação no Movimento Médico, todos com liderança

inconteste e representando os maiores Colégios Eleitorais da SOMERJ.

Parablenzo aos amigos e companheiros Ramon, Ângela, Glauco, Arnaldo, José Roberto, Benjamin, Abdu e a todos os demais que compõem a Diretoria Plena, desejando - lhes muitas felicidades, com a certeza de que farão uma grande gestão.

Não podemos esquecer que é fundamental a participação de todos, já que só com o fortalecimento de nossas filiadas poderemos ter uma SOMERJ forte, pois esta nada mais é do que a soma de todas as Associações Municipais de nosso estado e precisa do trabalho de cada um de nossos associados.

Termino, conclamando a todos para que, mesmo sendo uma eleição de chapa única, vão às urnas, garantindo uma votação expressiva para a futura Diretoria e fortalecendo a nossa SOMERJ.

Associação Médica em Revista

Ano VIII - nº 44 - Abr./Jun de 2011
Órgão Oficial da SOMERJ - Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro
Rua Jornalista Orlando Dantas, 58 - Botafogo Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22231-010
Telefax: (21) 3907-6200
e-mail: somerj@somerj.com.br
Site: www.somerj.com.br
Revista de periodicidade trimestral
Tiragem: 20.000 exemplares

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

Diretoria da SOMERJ até 2011

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho

Presidente

Alkamir Issa

Vice-Presidente

Fernando da Silva Moreira

Secretário-Geral

Cesar Danilo Angelim Leal

1º Secretário

Jose Roberto Azevedo Ribeiro

2º Secretário

José Ramon Varela Blanco

1º Tesoureiro

Abdu Kexfe

2º Tesoureiro

Jacob Samuel Kierszenbaum

Diretor Científico e de Ensino Médico

Francisco Almeida Conte

Diretor de Eventos e Divulgação

Dario Feres Dalul

Diretor de Marketing e Empreendimento

Francisco de Assis Cascabulho Neto

Ouidor-Geral

Marília de Abreu Silva

Vice-Presidente da Capital

Adão Guimarães e Silva

Vice-Presidente da Região Costa Verde

Maurilio Ribeiro Schiavo

Vice-Presidente da Região Serrana

João Tadeu Damian Souto

Vice-Presidente da Região Norte

George Thomas Henney

Vice-Presidente da Região Noroeste

Gilson de Souza Lima

Vice-Presidente da Região Sul

Julio Cesar Meyer

Vice-Presidente da Região Centro-Sul

Glauco Barbieri

Vice-Presidente da Região Metropolitana

Hildoberto Carneiro de Oliveira

Vice-Presidente da Baixada

Gilson Vianna da Cunha

Vice-Presidente da Região dos Lagos

CONSELHO FISCAL 2008/2011

Benjamin Baptista de Almeida

Flamarion Gomes Dutra

Sonia Regina Reis Zimbaro

DELEGADOS À AMB - Efetivos: Eduardo Augusto Bordallo,

Fernando da Silva Moreira, Samuel Kierszenbaum, Márcia

Rosa de Araújo, Luis Fernando Soares Moraes, Alkamir Issa,

José Ramon Varela Blanco. **Suplentes:** Abdu Kexfe, José

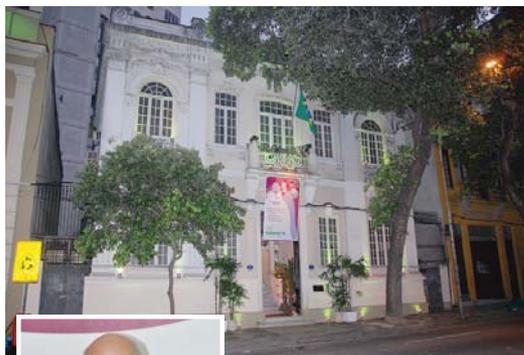
Estevan da Silva Filho, George Thomas Henney, Maurilio

Ribeiro Schiavo, Marília de Abreu Silva, José Roberto

Azevedo Ribeiro, César Danilo Angelim Leal.



Sumário



Matéria de Capa

Comemoração de 125 anos da SMCRJ marcados pela superação

Pág. 05



Espaço do Acadêmico de Medicina

Síndromes Coronarianas Agudas

Pág. 08



Prevenção

O que podemos aprender com as catástrofes

Pág. 14

Serviço

Chapa para as Eleições da SOMERJ em 25 de agosto

Pág. 20

Notícias do CREMERJ

Pág. 20

Afiliações da SOMERJ

Associação Médica da Região dos Lagos

Luiz Waldir Belo Machado

Associação Médica de Angra dos Reis

Jose Eduardo Lage de Castro

Associação Médica de Barra do Pirai

Dra. Carmem Lucia Garcia de Souza

Associação Médica de Barra Mansa

Maxwell Goulart Barreto

Associação Médica de Duque de Caxias

Marcos Rogerio Leal de Almeida

Associação Médica de Itaguaí

Adão Guimarães e Silva

Associação Médica de Macaé

Andre Luiz de Azevedo Pimentel

Associação Médica de Maricá

João Ferreira de Souza

Associação Médica de Nova Iguaçu

Hildoberto Carneiro de Oliveira

Associação Médica de Rio das Ostras

Alberto de Freitas Baldez

Associação Médica de Teresópolis

Sebastião Azevedo Filho

Associação Médica Fluminense

Glauco Barbieri

Associação Médica Meritense

Dario Feres Dalul

Associação Médica Norte Fluminense

George Thomas Henney

Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia

Angela Regina Rodrigues Vieira

Sociedade de Medicina e Cirurgia do RJ

Celso Ferreira Ramos Filho

Sociedade Médica de Nova Friburgo

Carlos Alberto Pecci

Sociedade Médica de Petrópolis

Mauro Muniz Peralta

Sociedade Médica De Volta Redonda

Jorge Manes Martins

Sociedade Médica Vale do Itabapoana

Edmar Rabello de Moraes

Realização, produção e publicidade:

LL Divulgação Editora Cultural Ltda

Rua Lemos Cunha, 489 - Icaraí - Niterói - RJ

Tel/Fax: 2714-8896 - CEP: 24.230-131

www.lldivulga.com.br

revistasomerj@gmail.com

Jornalista Responsável:

Luiz Sérgio A. Galvão - Rg. Mtb 23950-RJ

Revisão:

Rosana Freitas - Rg. Mtb 29250-RJ

Diretor:

Luthero Azevedo Silva

Diretor de Marketing

Luiz Sergio A. Galvão

Coordenação Editorial

Kátia S. Monteiro

Design Gráfico

Luiz Fernando Motta



Fachada da sede da SMCRJ



Detalhe da entrada na sede da SMCRJ

Comemoração de 125 anos da SMCRJ marcados pela superação

A SMCRJ sempre foi um espaço atuante para discussão dos problemas sanitários da cidade e da república. Ao assumir essa condição, foi palco da exposição de teorias como a da etiologia da febre amarela e da apresentação de uma Nota Prévia por Manoel de Abreu que comunicava a invenção da abreugrafia.

Por: Verônica M. de Oliveira
Colaboração: Cláudia Mendonça

Fundada em 1886, após uma democrática convocação aos médicos da cidade, por meio de anúncios nos jornais, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro completou 125 anos em 14 de fevereiro. A SMCRJ nasceu como parte da luta pela Abolição e pela República, e tornou-se centro de debates da situação sanitária e assistencial do Rio de Janeiro, tão importante do final do Século XIX ao início do XX. Nos últimos anos, a instituição reavivou sua posição de vanguarda com um bem-sucedido Programa de Educação Médica Continuada, eventos de confraternização e encontros diversos, além do levantamento de recursos para o pagamento de dívidas antigas e para melhorias patrimoniais. Para coroar os 125 anos de fundação, uma parceria para a realização do curso Gestão de Consultórios Médicos e Pequenas Empresas de Saúde com uma das mais conceituadas ins-



Dr. Celso Ferreira Ramos Filho,
presidente da SMCRJ

tituições de ensino do país, a Fundação Getúlio Vargas foi firmada. O curso tem início em outubro de 2011 e vai fazer história na Medicina.

Um passado glorioso

Na SMCRJ nasceram ou se nutriram importantes entidades médicas, como

a Sociedade Brasileira de Cancerologia, a Sociedade Brasileira de Urologia e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, e lá foi fundada e teve a sua primeira sede a COMEG – Cooperativa Médica do Estado da Guanabara, hoje a UNIMED-Rio. A SMCRJ sempre foi um espaço atuante para discussão dos problemas sanitários da cidade e da república. Ao assumir essa condição, foi palco da exposição de teorias como a da etiologia da febre amarela e da apresentação de uma Nota Prévia por Manoel de Abreu que comunicava a invenção da abreugrafia. Esse poder aglutinador se reflete nos nomes que passaram a frequentar seus espaços, tais como, Albert Sabin, Cardoso Fontes, Fernando de Magalhães e Clementino Fraga, estes três últimos como presidentes da Sociedade. Nos anais da instituição consta ainda a participação relevante na campanha contra a febre amarela (1903-1907), coordenada por Oswaldo Cruz, na época diretor do Instituto que levava o seu nome, e o combate à gripe espanhola (1918). O prestígio da Sociedade foi tão grande que o seu cinquentenário foi celebrado por uma conferência de Gustavo Capanema, Ministro da Educação à época.

A retomada do prestígio

A missão de organizar a categoria médica em torno de assuntos relevantes ao seu pleno desenvolvimento foi realçada de seis anos para cá, na gestão do Dr. Celso Ferreira Ramos Filho, que está em seu segundo mandato con-



Dr. Celso Ramos Filho e o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, durante comemorações do Dia do Médico de 2007, na sede da SMCRJ

secutivo. Ao assumir a presidência da SMCRJ, em outubro de 2005 – seu mandato expira em outubro deste ano –, a instituição iniciou um processo de revigoração, aí incluídas ações que possibilitaram a amortização das dívidas que ameaçavam a existência da instituição, o que foi feito por negociação junto aos credores.

O evento científico que abriu com chave de ouro a gestão 2005-2008 foi o I Simpósio de História da Medicina e da Cirurgia do Rio de Janeiro, pensado com o objetivo de celebrar os 120 anos da Sociedade. Pelo porte e conteúdo, o evento atraiu 16 parceiros. Durante dois dias inteiros, reuniram-se na Sede da SMCRJ ilustres personalida-



Dr. Celso Ramos Filho discursa na Festa do Médico em 2010



Dr. Celso Ramos Filho e Dr. Aloysio de Salles Fonseca durante I Simpósio de História da Medicina e da Cirurgia do Rio de Janeiro

des para refletir sobre os caminhos da Medicina. O Dr. Aloysio de Salles Fonseca foi homenageado. Moacyr Scliar proferiu a conferência de encerramento e recebeu o título de Sócio Honorário da SMCRJ. Foram apresentados 26 trabalhos e quatro mesas-redondas, abordando temas diversos, entre eles o Associativismo Médico.

Nos seis últimos anos, o Curso de Atualização de Condutas em Quadros



Galeria dos Ex-Presidentes



Emergenciais vem crescendo ano após ano - depois da reformulação por que passou, sob a coordenação científica do Dr. Octavio Fernandes, Dr. Ernesto Rymer, Dr. Max Fakoury e do próprio Dr. Celso -, possibilitando a entrada de recursos para a SMCRJ, além do prestígio agregado pela qualidade do curso e de seu corpo docente. Ainda como parte do Programa de Educação Médica Continuada da instituição, entre os mais recentes destaques, estão o Curso de Urgência e Emergências em Ginecologia e Obstetrícia e o Curso de Condutas de Quadros Emergenciais em Nefrologia.

A Solenidade do Dia do Médico é com certeza o evento mais relevante no calendário da SMCRJ e traduz a importância que a instituição confere aos médicos e à Medicina. Todos os anos, sempre em outubro, a Sociedade presta homenagem a um médico – eleito Médico do Ano em reunião do Conselho. Também são feitas homenagens póstumas a importantes nomes da Medicina. O evento é prestigiado por associados, autoridades, representantes de instituições médicas e formadores de opinião e é totalmente patrocinado por parceiros estratégicos.

O tradicional Bacalhau da Maria simboliza o encontro e a confraternização de diretores e conselheiros da SMCRJ, dirigentes de instituições e empresas médicas, formadores de opinião, e encerra um período de atividades da Sociedade de Medicina.

Já no ano de 2006, a Diretoria capitaneada pelo Dr. Celso Ramos Filho deu início ao seu Projeto de Comunicação com a profissionalização do site, a reedição do boletim Edição Médica – que estava parado desde o ano 2000 e retornou com patrocínio da Unimed-Rio – a divulgação de suas



Dr. Celso Ramos Filho - presidente da SMCRJ, Dr. Alexandre Rouge - diretor de Sede da SMCRJ e Dr. José Cortines - 1º Tesoureiro da SMCRJ

ações através da assessoria de imprensa e a profissionalização de todo material de divulgação.

FGV e SMCRJ - 125 anos comemorados com uma parceira muito importante

Papel preponderante nas comemorações dos 125 da instituição vai ter o curso Gestão de Consultórios Médicos e Pequenas Empresas de Saúde, inteiramente customizado para a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro pelo GVSaúde, da Fundação Getúlio

administrativo, abordando os principais aspectos da medicina suplementar, o relacionamento com convênios, o gerenciamento de consultório, finanças, marketing pessoal, entre outros.

Na realidade, as comemorações pelos 125 anos da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro se revestem de todo um simbolismo, pois, marcam o fim do segundo mandato de seu atual presidente. Gestão essa que foi um divisor de águas na história da casa justamente pelo poder de liderança, baseado no binômio Tradição e Modernidade. Norteadas por esses princípios, os quais o presidente evocou em seu discurso de posse, em 2005, é que a casa encontra-se atualmente em um processo de resgate histórico, como forma de valorização dos seus mais de 100 anos, porém, não ignorando a evolução dos tempos e conservando a sua posição atuante com relação às causas médicas.

Após a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, a SMCRJ não é mais uma entidade de âmbito estadual. Ocupa ainda a sua sede de 1918, um antigo casarão na Avenida Mem de Sá, 197, no Centro do Rio. Contudo, é ainda a filiada regional da Associação Médica Brasileira no município do Rio de Janeiro, entidade que congrega todos os médicos do Brasil e que reúne diversas associações de especialidades. É assim um fórum atuante que permite a melhoria da prática médica, a defesa da prática profissional, o aperfeiçoamento dos antigos e novos profissionais de saúde e mantém uma luta permanente pela melhoria da assistência à saúde no Brasil.



Vargas. O curso conta com a coordenação de dois pesos-pesados na área de Administração em Saúde: do Dr. Luciano Patah e a Dra. Ana Maria Malik, ambos do GV Saúde e tem como objetivo preparar os alunos para o cotidiano



Marco Aurélio Salotti
Universidade Iguazu – RJ
9º. Período - Medicina

Síndromes coronarianas agudas

Os pacientes com cardiopatia isquêmica são classificados em dois grandes grupos: os de doença arterial coronariana (DAC) crônica que, mais comumente, apresentam-se com angina estável, e os com síndrome coronariana aguda (SCA). Esse último grupo compõe-se dos pacientes que apresentam infarto agudo do miocárdio (IAM) com elevação, ou supra desnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (IAMST), e os com angina instável bem como IAM sem elevação do segmento ST (AI/IAMST). Essa classificação tem importância na abordagem terapêutica e no prognóstico.

O eletrocardiograma (ECG) na avaliação suspeita de SCA é um divisor de águas. Além de contribuir muito para o diagnóstico, orienta de forma simples e rápida a abordagem inicial dos pacientes com sintomas isquêmicos.

Epidemiologia

A Cardiopatia Isquêmica (CI) causa mais mortes e incapacidade, acarretando maiores custos econômicos, do que qualquer outra enfermidade nos países desenvolvidos. Não se sabe o número de infartos anualmente no Brasil. Estima-se que em 300 ou 400 mil

casos anuais, ou seja, a cada cinco a sete casos ocorre um óbito, conferindo a essa doença elevada taxa de mortalidade, apesar dos inúmeros avanços tecnológicos e terapêuticos alcançados na última década.

Essas doenças são mais comuns em idosos, indivíduos com história de coronariopatia e com aterosclerose diagnosticada em outros leitos vasculares, ou com múltiplos fatores de risco coronarianos. Como a obesidade, resistência à insulina e diabetes melito tipo 2 estão aumentando em frequência e são fatores de risco importantes para a CI, e dada a previsão de grandes aumentos na incidência de casos novos em todo o mundo, é provável que até 2020 se torne a causa mais comum de morte no mundo.

Etiologia e Fisiopatologia

Os episódios de isquemia podem ser provocados por aumento na demanda miocárdica de oxigênio, como, por exemplo, precipitada por hipertensão ou taquicardia, e/ou redução na oferta de oxigênio, como, por exemplo, pela redução no diâmetro do lúmen coronariano por trombos ou espasmo.

Os cinco principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos nas SCA são:

1. trombose;

2. obstrução mecânica (placa aterosclerótica);
3. obstrução dinâmica (espasmo);
4. inflamação;
5. aumento da demanda miocárdica (angina secundária).

A inflamação possui uma importante função na aterosclerose. A ativação dos macrófagos desencadeia o processo inflamatório levando à instabilidade da placa, estado pró-coagulante e eventos clínicos.

Os macrófagos produzem metaloproteases, enzimas que degradam a matriz extracelular. Os linfócitos T ativados também estão presentes nos locais de ruptura da placa e liberam citosinas que ativam ainda mais os macrófagos, inibem a proliferação das células musculares lisas e deprimem a síntese de colágeno.

A deposição de plaquetas dentro da superfície trombogênica exposta da placa rompida é um passo importante na patogênese da SCA, mas, ainda assim, apenas uma pequena fração das placas rompidas culmina em sintomas.

Na SCA, as plaquetas são ativadas e geram tromboxano e metabólitos da prostaglandina. Uma angina instável grave ou persistente está associada à produção aumentada de tromboxano e a estabilização da angina instável é acompanhada por seu retorno aos

níveis normais.

Plaquetas ativadas e leucócitos interagem para estimular o sistema de coagulação. Monócitos liberam fator tecidual, uma pequena glicoproteína, que inicia via extrínseca da cascata de coagulação, levando ao aumento na geração de trombina.

As lesões responsáveis pela angina instável e pelo IAM sem elevação do segmento ST exibem uma resposta intensificada ao estímulo vasoconstritor. Uma das explicações para este achado está nos níveis mais altos de endotelina nessas lesões como resultado da inflamação. O processo de agregação plaquetária e de formação de trombos libera potentes vasoconstritores, como o tromboxano A₂ e a serotonina. A vasoconstrição, ou a ausência de vasodilatação apropriada, provavelmente contribui muito para o desenvolvimento de episódios isquêmicos na SCA e representa um alvo potencial para a terapia.

Manifestações Clínicas Sintomas

O quadro pode ser precedido de pródomos com um desconforto precordial inespecífico, porém o que caracteriza a SCA é a dor, variando em sua intensidade, sendo que na maioria dos pacientes é grave e algumas vezes intolerável. A dor é prolongada, com duração, em média, por mais de 30 min. e frequentemente por várias horas, sendo descrito pelo paciente como dor em aperto, esmagamento ou compressão; a sua localização é retroesternal, irradiando-se, quase sempre, para ambos os lados do tórax anterior, com predileção para o lado esquerdo. Em alguns casos, a dor da SCA pode se iniciar no epigástrico e simular uma variedade de distúrbios gastrointestinais, confundindo-se habitualmente a SCA com indigestão. Em outros pacientes, o desconforto da SCA se irradia para os ombros, extremidades superiores, pescoço, maxilares e região interescapular, predominando, novamente, no lado esquerdo.

Em alguns pacientes, principalmente idosos ou diabéticos, a SCA pode-se manifestar por sintomas de insuficiência ventricular esquerda,

como dispnéia, fraqueza ou síncope. Esses sintomas podem vir acompanhados de náuseas, vômitos e sudorese, ou apenas, como cansaço e mal estar inespecífico, sendo estes sintomas a única indicação da presença de uma isquemia miocárdica; os quais são rotulados de “equivalentes” anginosos.

Diagnóstico

O diagnóstico das SCA embasa-se na história de desconforto torácico, alterações do ECG (eletrocardiograma) e dosagem de marcadores de lesão miocárdica. Dos três fatores, a história é, sem dúvida, o mais importante para ditar o caso em questão trata-se ou não de SCA. Já o ECG é um divisor de águas. Com ele, determina-se qual é a fisiopatologia predominante envolvida e, com isso, guia nosso tratamento, sendo um método amplamente utilizado nas salas de emergência.

O diagnóstico da angina instável pode ser mais difícil do que a da angina estável devido a ausência de padrões distintos. A típica relação entre angina estável e esforço físico ou outras atividades estressantes constitui uma característica diagnóstica chave da angina estável que está ausente na angina instável. A SCA pode ser pouco aliviada pela nitroglicerina, que obtém melhor resposta na angina estável, e a duração do desconforto torácico geralmente é mais longa e mais variável na angina instável do que na angina estável.

Um ECG normal durante dor torácica não exclui angina instável; entretanto, ele indica que uma área isquêmica, se presente, não é extensa ou suficientemente grave para induzir alterações eletrocardiográficas, e este achado é um sinal prognóstico favorável.

Já os marcadores de lesão cardíaca, de acordo com o paradigma tradicional, níveis elevados de enzimas cardíacas – CKMB e troponina – distinguem angina instável do IAM. A CKMB é uma isoenzima da CK (creatinoquinase), presente principalmente no miocárdio, mas também no músculo esquelético (1 a 2%).

As troponinas são proteínas do complexo miofibrilar, o qual não está presente no músculo liso e suas medições podem ser normais logo após o

início da SCA e tornarem-se positivas mais tarde, geralmente 6 a 12 horas depois.

Um terceiro marcador de lesão miocárdica é a mioglobina que é sensível, porém não específica para o músculo cardíaco. A mioglobina apresenta aumento sérico dentro de 1 a 3h do início da dor, porém apresenta queda precoce e seu valor preditivo negativo é alto, ou seja, se a mioglobina for negativa pode-se descartar uma SCA.

Os pacientes com angina instável não apresentam aumento sérico dos marcadores de lesão miocárdica, e não é recomendada a utilização da desidrogenase láctica (DHL) ou aspartato aminotransferase (AST) para detecção de necrose miocárdica em pacientes com suspeita de SCA.

Avaliação do Risco

A avaliação do paciente com possível SCA demanda não apenas o estabelecimento do diagnóstico, mas também a avaliação do risco a curto prazo de complicações que exigem cuidado intensivo, e esta avaliação determina a intensidade apropriada da terapia.

A avaliação do “risco global” pode ser realizada através de escore clínico, como o desenvolvido a partir dos estudos Thrombolysis in Myocardial Infarction Trials (TIMI), que incluem sete fatores de risco independentes:

- idade maior ou igual a 65 anos;
- igual ou mais de 3 fatores de risco para DAC;
- estenose prévia maior que 50%;
- desvio de ST;
- igual ou mais de 2 eventos anginosos;
- AAS nos últimos 7 dias; e
- marcadores cardíacos elevados.

Tratamento

A primeira abordagem ao paciente com suspeita de SCA é semelhante, apresentando ou não, no ECG, supradesnível do segmento ST. Envolve a oferta de seis itens citados a seguir:

Oxigênio

A todos os pacientes deve ser ofertado oxigênio suplementar por cateter nasal a 3 a 4 l/min, por um mínimo de 3h ou enquanto persistir

hipoxemia ao ar ambiente.

Ácido Acetilsalicílico

O ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser administrado numa dose inicial de 160 a 325mg, por via oral, assim que o paciente é recebido no pronto-socorro e tem dor sugestiva de isquemia miocárdica. Estudos mostram, como por exemplo, o estudo Second International Study of Infart Survival (ISIS-2) que reduz a mortalidade em torno de 20% isoladamente, quase tanto quanto a estreptoquinase.

Nitrato

Em pacientes com angina instável, a nitroglicerina sublingual geralmente alivia imediatamente o episódio, apesar de ser menos eficaz do que na angina estável. Em baixas doses, a nitroglicerina é um venodilatador e, em doses maiores, um dilatador arteriolar; reduz a pré-carga e a pós carga, bem como o consumo de oxigênio pelo miocárdio. Estão contra-indicados na presença de hipotensão arterial (pressão sistólica menor que 100mmHg), IAM de ventrículo direito ou uso prévio de sildenafil nas últimas 24 h.

A evidência de que a nitroglicerina intravenosa evita ataques isquêmicos em pacientes com angina instável baseia-se em estudos de pequena monta e não controlados. Nenhum estudo de grande relevância avaliou se a nitroglicerina intravenosa ou outros preparados de nitrato reduzem o risco de IAM na angina instável.

Beta-Bloqueador

Todos os pacientes com SCA devem receber beta-bloqueadores com o objetivo de reduzir a frequência cardíaca, reduzindo assim o consumo miocárdico de oxigênio. No quadro de SCA, é razoável tentar um bloqueio de horas e não em dias. O beta-bloqueio algumas vezes é iniciado com bolos endovenosos ajustados para obter uma frequência cardíaca em torno de 50 a 60 batimentos por minuto em repouso e é particularmente importante em pacientes de alto risco ou em pacientes com taquicardia ou pressão arterial elevada na admissão.

Os bloqueadores dos canais de cálcio (diltiazem ou o verapamil) são

escolhas razoáveis para o tratamento da angina instável quando os beta-bloqueadores são contra indicados, pois tais drogas lentificam a frequência cardíaca, reduzem a pós-carga e a contratilidade miocárdica; reduzem a demanda miocárdica de oxigênio e são efetivos no controle dos sintomas isquêmicos.

Morfina

O sulfato de morfina, usado por via intravenosa, fica reservada às situações em que a dor não cessou apesar do uso do nitrato, o que é muito frequente. A subdosagem de morfina é comum e deve ser combatida, pois leva à permanência da dor, podendo aumentar o consumo de oxigênio pelo miocárdio.

Clopidogrel

O clopidogrel e a ticlopidina são tienopiridinas e seu mecanismo de ação difere do ácido acetilsalicílico. Ambos inibem a ativação plaquetária mediada pelo difosfato de adenosina (ADP). O clopidogrel suplantou a ticlopidina devido a seu início de ação mais rápido, menor incidência de eventos adversos graves e dados mais conclusivos de ensaios clínicos.

Portanto, o clopidogrel deve ser usado em todos os casos de SCA sem supradesnível de ST, salvo raras exceções quando se divisa a possibilidade da necessidade imediata de cirurgia de revascularização, devido ao aumento do risco de sangramento, obrigando o adiamento do ato cirúrgico, por no mínimo, 5 dias.

Terapia Antiplaquetária Intravenosa Inibidores da Glicoproteína IIb/IIIa

Essas drogas agem bloqueando os receptores de membrana fundamentais para o processo de agregação plaquetária, sendo talvez os mais potentes antiplaquetários na atualidade. Este grupo tem sido bastante estudado nos últimos anos em duas situações clínicas principais: Pós-Angioplastia e SCA.

O primeiro grande estudo (EPIC) testou o efeito do abciximab na evolução pós-angioplastia com stent em pacientes com angina instável, demonstrando um grande benefí-

cio na redução da taxa de eventos agudos (30%), sendo corroborado por outros estudos e colocando-a como uma droga de uso necessário nas angioplastias de lesão complexa. Recentemente, estas drogas, especialmente o tirofiban e o eptifibatide, têm demonstrado um grande benefício no tratamento da angina instável de alto risco e do IAMSST.

Conclui-se, então, que os inibidores de glicoproteínas IIb/IIIa estão indicados em todos os casos de angina instável de alto risco ou IAMSST. O tirofiban e o eptifibatide podem ser usados, mesmo naqueles que não serão submetidos à angioplastia precoce. Qualquer um dos três (inclusive o abciximab) pode ser utilizado como adjuvante à angioplastia (estratégia invasiva precoce).

Terapia Antitrombótica Heparinas

A Heparina Não-Fracionada (HNF) tem sido feito rotineiramente em todos os casos de SCA sem supra de ST admitidos no hospital, diretamente ou após a triagem inicial, devido ao seu comprovado benefício, principalmente associado ao AAS. Deve ser feita uma dose de ataque venosa em “bolus” (60 U/Kg) e uma infusão venosa contínua de 12 U/Kg/h, devendo fazer monitorização do PTTa a cada 6h, até ficar entre 1,5 a 2 vezes o controle; a resposta é imprevisível e a heparina deve ser mantida por 2-5 dias.

Dados mais recentes sugerem que o fondaparinux é superior à enoxiparina.

Estatinas

Em uma experiência randomizada de pacientes com angina instável ou IAMSST para as quais a revascularização precoce não era planejada, a atorvastatina em alta dose durante 16 semanas reduziu o ponto final principal composto. Em outra experiência randomizada comparando atorvastatina (80mg) com pravastatina (40mg) iniciadas após 10 dias de um episódio de SCA, ponto final principal composto foi reduzido significativamente durante o acompanhamento de 2 anos no grupo da atorvastatina, o qual obteve um nível mais baixo de

LDL-colesterol.

Teste Provocativo de Isquemia

Deve ser feito no paciente de baixo risco ou médio risco que apresentou evolução hospitalar favorável. O Teste Ergométrico é o exame mais acessível e barato, sendo o método de escolha.

Terapia Intervencionista

O número de angioplastias feitas em pacientes com angina instável está cada vez mais se ampliando e mostrando bons resultados, principalmente com o advento dos stents mais modernos e do uso de inibidores da glicoproteína IIb/IIIa.

Estratégia Invasiva Versus Conservadora

Múltiplos estudos clínicos demonstraram o benefício de uma estratégia invasiva precoce para os pacientes de alto risco, isto é, com vários fatores de risco clínico, alterações do segmento ST e/ou biomarcadores positivos.

Tratamento a Longo Prazo

A ocasião da alta hospitalar é um “momento de orientação” para o paciente com angina instável ou IAMSST, quando o médico pode revisar e aperfeiçoar o tratamento clínico.

Existem evidências demonstrando o benefício do tratamento a longo prazo com cinco classes farmacológicas voltadas para os diferentes componentes do processo aterotrombótico. Os beta bloqueadores são apropriados ao tratamento antiisquêmico e podem reduzir os fatores desencadeantes do IAM. A estatina (em dose alta, por exemplo,

atorvastatina 80 mg/dia) e os inibidores da ECA são recomendados para a estabilização das placas a longo prazo. O tratamento antiplaquetário, que atualmente recomenda a combinação de ácido acetilsalicílico com clopidogrel no mínimo durante 9 a 12 meses, mantendo o ácido acetilsalicílico após esta data, impede ou reduz a gravidade da trombose que possa ocorrer se uma placa se romper. Assim, a abordagem multifatorial do tratamento clínico prolongado visa a prevenir os vários componentes da aterotrombose; essa terapia deve ser iniciada precocemente.

Complicações

Os pacientes com IAMSST podem desenvolver todas as complicações associadas a um IAMST, inclusive arritmias, insuficiência cardíaca e, complicações mecânicas.

Prognóstico

O prognóstico de pacientes com SCA depende principalmente do tempo entre o início dos sintomas e o atendimento hospitalar. O risco é maior nas horas, dias e primeiro mês após o início dos sintomas. Dos pacientes com angina instável em uma série, 11% experimentaram um IAM entre a alta hospitalar e 1 ano, mas a taxa subsequente anual foi inferior a 2%; este melhorou extraordinariamente desde a década de 1980 com a introdução de uma terapia clínica cada vez mais sofisticada e com as técnicas de revascularização.

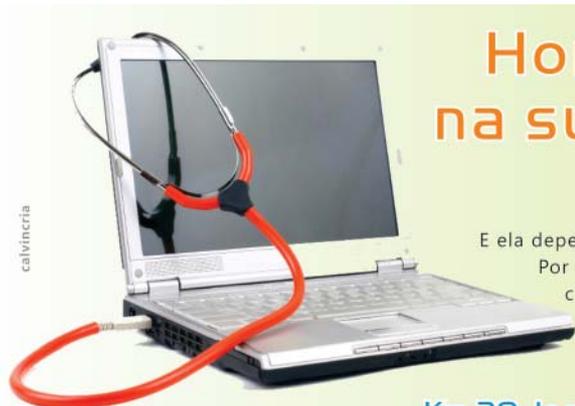
Já no Brasil, as informações relativas à SCA têm características distintas. O IAM não representa a primeira causa de morte, ficando atrás das doenças

cerebrovasculares, embora tal panorama está sofrendo alterações, principalmente nos grandes centros urbanos altamente desenvolvidos.

Portanto, um diagnóstico rápido e o tratamento adequado são fundamentais para se reduzir a morbidade e a mortalidade nos pacientes com SCA.

Referências Bibliográficas

1. HARRISON – FAUCI, BRAUNWALD, KASPER-HAUSER, JAMESON, LOSALGO Medicina Interna, Mc Graw-Hill Interamericana do Brasil Ltda., 17ª. ed., 2009, p. 1527 – 1531.
2. CECIL – GOLDMAN, AUSIELLO – Medicina, Elsevier Editora Ltda., 23ª ed., 2008, vol. I, p. 574 – 585.
3. TIMERMAN, A.; FEITOSA, G, S. Síndromes Coronarianas Agudas. São Paulo, Atheneu, 2003
4. LOPES, ANTONIO CARLOS, Tratado de Clínica Médica, Ed. Roca Ltda., São Paulo, 2ª ed., 2009, vol. I, p. 696 – 699.
5. NICOLAU, J, C.; MARIN NETO, J, A. Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis, São Paulo, Atheneu, 2001.
6. BRAUNWALD E., ANTMAN. E. M., BEASLEY, J. W. on behalf of the Committee Members and the task force members of the ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. J. Am. Coll. Cardiol., v. 36, p. 970 – 1062, 2000.
7. HAMM, CW, BRAUNWALD, E. A classification of unstable angina revisited. Circulation 2000; p. 102; 118.
8. CARAMELLI B, FORNARI LS, MONACHINI M, BALLAS D, FACHINI NR, MANSUR ADE P, RAMIRES JA; Secular trends in a population ischemic heart disease admitted to Instituto do Coração in São Paulo; Arq. Bras. Cardiol. 2003, 1981; p. 363 – 374.



Hora de pensar na sua qualidade de vida

E ela depende da qualidade do seu investimento. Por isso, pense em Maricá. Um lugar perto, com belezas naturais incríveis e grandes perspectivas de crescimento. Acesse nosso site ou venha a nossa loja. É hora de pensar em você!

Km 28, logo na 1ª entrada de Maricá
a beira da rodovia, com amplo estacionamento.

www.perfilmarica.com.br

COMPRA - VENDA - AVALIAÇÃO GRÁTIS
Mais de 250 imóveis a sua espera!

PERFIL
gestão imobiliária

3731-0020

CRECIJ 006870

Chapa para as eleições da SOMERJ no dia 25 de agosto

Chapa: Lutar vale a pena		Triênio 2011/2014
01 - Presidente	José Ramon Varela Blanco	
02 - Vice-Presidente	Angela Regina Rodrigues Vieira	
03 - Secretário-Geral	Glauco Barbieri	
04 - 1º Secretário	Arnaldo Pineschi A. Coutinho	
05 - 2º Secretário	José Roberto A. Ribeiro	
06 - 1º Tesoureiro	Benjamin B. de Almeida	
07 - 2º Tesoureiro	Abdu Kexfe	
08 - Diretor Científico e de Ensino Médico	Thiers Marques Monteiro	
09 - Diretor de Eventos e Divulgação	Francisco Almeida Conte	
10 - Diretor de Marketing e Empreendimentos	Dario Feres Dalul	
11 - Ouvidor Geral	Silviano Figueira de Cerqueira	
12 - Vice-Presidente da Capital	Flamarion Gomes Dutra	
13 - Vice-Presidente da Reg. da Costa Verde	Adão Guimarães e Silva	
14 - Vice-Presidente da Reg. Serrana	Maurílio Ribeiro Schiavo	
15 - Vice-Presidente da Reg. Norte	João Tadeu Damian Souto	
16 - Vice-Presidente da Reg. Noroeste	George Thomas Henney	
17 - Vice-Presidente da Reg. Sul	Gilson de Souza Lima	
18 - Vice-Presidente da Reg. Centro-Sul	Julio Cesar Meyer	
19 - Vice-Presidente da Reg. Metropolitana	Amaro Alexandre Neto	
20 - Vice-Presidente da Reg. da Baixada	Hildoberto Carneiro de Oliveira	
21 - Vice-Presidente da Reg. dos Lagos	Gilson Vianna da Cunha	

Delegados à AMB	
Efetivos	Suplentes
Eduardo Augusto Bordallo	Sidnei Ferreira
Márcia Rosa de Araújo	José Estevan da Silva Filho
Luís Fernando Soares Moraes	George Thomas Henney
Alkamir Issa	José Roberto Azevedo Ribeiro
Marília de Abreu Silva	
Abdu Kexfe	



Não perca tempo!

Ligue já!
(21) 2714-8896

Reserve já seu espaço na próxima edição da Revista SOMERJ

E-mail: revistasomerj@gmail.com



UNICRED Central RJ

Sistema Unicred promove curso para Conselheiros Fiscais

Em maio de 2011, o Sistema Unicred RJ realizou um treinamento para seus conselheiros fiscais. Realizado na sede da Unicred Central RJ, nos dias 06 e 07 de maio, o curso abordou todo o conceito do sistema financeiro nacional, trabalhando o conceito de cooperativismo e sociedade mercantil. Exercícios foram propostos de maneira a inserir situações que podem ocorrer e debater as possíveis soluções.

As palestras foram ministradas pelo Superintendente da Unicred Central RJ Sr. Paulo Nassif, pela Controller Dayse Freitas e pelos auditores Rafael Biet, Pedro Henrique Pereira e Ewerton Falcão. Ademais, Alexandre Martins Bastos, Gerente Técnico do DEORF – Departamento de Organização do Sistema

Financeiro do Banco Central, também esteve presente. O treinamento se estendeu com tópicos importantes como Governança, Controle, Supervisão, Gestão dos Riscos, Prevenção a Lavagem de dinheiro, entre outros.

De acordo com o Sr. Paulo Nassif, o curso foi importante, pois é apontada a relevância

do sistema Unicred dentro do contexto financeiro nacional. A cada ano, à medida que o sistema Unicred cresce, aumenta a responsabilidade desse seletor grupo, no que tange ao cumprimento das tarefas que lhes são confiadas por lei e pelo estatuto, uma vez que o conselho fiscal representa a voz e os olhos do associado dentro da cooperativa.

As atividades empresariais estão cada vez mais dinâmicas devido às constantes transformações na área da tecnologia e forte concorrência local e internacional. O Sistema Unicred RJ investe no aperfeiçoamento de seus funcionários e dirigentes, pois acredita que dessa maneira, pode atualizá-los constantemente quanto das mais modernas ferramentas de gestão existentes.

O treinamento contou com conselheiros fiscais das Unicreds Cabo Frio, Campos, Costa do Sol, Nova Friburgo, Regional Sul Fluminense, Petrópolis e a própria Central RJ.



UNICRED Central - RJ

(21) 2122-7800

www.unicred-rj.com.br



O que podemos aprender com as catástrofes?

A tragédia da região Serrana colocou as autoridades em alerta quanto às ocupações irregulares e as ações relevantes para evitar ou reverter situações em áreas críticas.

Por: Verônica M. de Oliveira
Fonte de informações e imagens:
 Coronel-Médico Bombeiro
 Fernando Suarez Alvarez

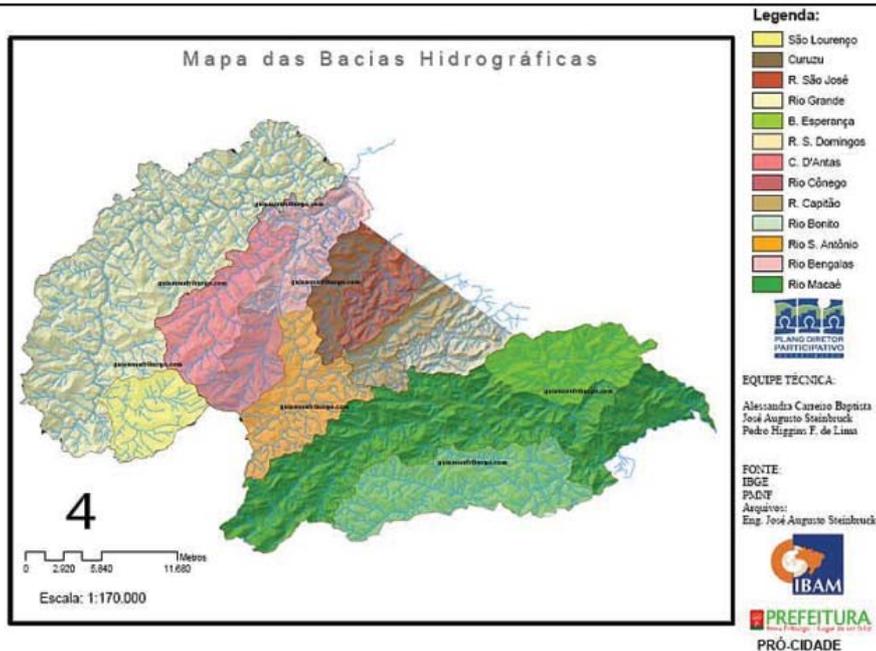
Na madrugada do dia 12 de janeiro, a região serrana do Estado do Rio de Janeiro, sobretudo, Nova Friburgo, foi atingida por uma avalanche de terra e água que rolou com uma inclinação de até 90 graus, atingindo a velocidade limite de 150 Km/h. O resultado foi um cenário de morte e destruição, com 426 mortos, 4.528 desalojados e 3.796 desabrigados. E, a pergunta que ficou é: será que essa catástrofe, considerada a segunda maior no Brasil, em decorrência das chuvas, poderia ser evitada?

Os satélites identificam a presença de grandes massas de ar úmido, enviando essas informações para os computadores com antecedência de até sete dias. A partir desse alerta, a monitoração dos satélites permite uma margem de ação de oito horas antes da precipitação das chuvas. Entretanto, no país existem apenas dez equipamentos desse tipo, quando o número deveria ser oito vezes maior. De acordo com o meteorologista Luiz Carlos Molion, do Instituto de Ciências Atmosféricas da Universidade de Alagoas, cada estado deveria ter, pelo menos, três desses

equipamentos como forma de abranger toda a sua área territorial.

A despeito de todas essas informações, as equipes de Defesa Civil têm de enfrentar a resistência dos moradores de áreas sob ameaça que, na maioria das vezes, não querem abandonar suas casas. Sendo assim, cabe à esfera governamental a adoção de algumas medidas pontuais a nível municipal, estadual e federal. Ao município cabe o mapeamento das áreas de risco, criação de núcleos de Defesa Civil, educação ambiental da população, retirada das pessoas em área de risco, impedimento de construção habitacional e comercial ao longo das margens dos rios e encostas, plano de contingência e criação de rotas de fugas e abrigos.





O Estado deve se encarregar da criação de núcleos de profissionais de geologia e de um grupo de trabalho com especialista para apoiar tecnicamente a implementação de medidas, gestão de risco de enchente e deslizamento, definição de critérios e adaptação da legislação para uso e ocupação do solo e a conduta de responsabilizar os prefeitos que permitem a construção de moradias em área de risco. Na esfera federal, é preciso haver um comprometimento do governo com a criação de um sistema nacional de alerta e prevenção de desastres naturais, aquisição de radares meteorológicos e aquisição de

pluviômetros automáticos para avaliar o volume de chuvas.

Medidas necessárias em caso de emergência

As inundações são uma das catástrofes naturais que provocam mais danos à saúde pública, respondendo por elevada taxa de morbimortalidade. O contato direto com as enchentes provoca doenças infecciosas secundárias aos transtornos nos sistemas de água e saneamento. É importante que as ações de vigilância em saúde sejam intensificadas de forma oportuna, coordenada e articulada com outros setores públicos



e não-governamentais. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) preparou um Plano de Contingência de Vigilância em Saúde frente às inundações ocorridas, em janeiro de 2005.

A partir da definição do padrão epidemiológico devem ser adotadas medidas, tais como, vigilância da qualidade da água para consumo humano. Para isso, é preciso realizar medições constantes quanto ao nível de cloro e coliformes fecais. A população também deve ser orientada quanto à necessidade de limpar e desinfetar as caixas de água com a utilização do hipoclorito de sódio a 2,5% para desinfecção caseira da água para consumo humano. Outras ações são o conserto da tubulação, desentupimento de galerias, drenagem e limpeza de estações de tratamento, cloração e desinfecção de efluentes e instalações sanitárias em abrigos temporários, intensificação da limpeza urbana, monitoramento da água para risco de contaminantes químicos, como agrotóxicos e metais pesados. Além disso, é preciso estar atento aos casos de aumento de doenças endêmicas e o surgimento de novas doenças, como leptospirose e hepatite A na área afetada e





outros casos de pneumonia, meningite e lesões de animais peçonhentos.

No caso da inundação de Nova Friburgo, em janeiro deste ano, a secretaria municipal de saúde, Jamila Kalil Salim preparou as unidades de saúde do município para diagnosticar e tratar doenças pós-enchentes. O rápido diagnóstico facilita o combate às enfermidades. Foram distribuídas 5000 doses de vacina antitetânica, enviadas pelo Ministério da Saúde aos postos de saúde e aos hospitais de campanha. Além disso, o governo federal liberou R\$ 100 milhões para ações de socorro e assistência às vítimas.

O superintendente de Urgência e Emergência da extinta SESDEC - Secretaria de Estado da Segurança, Defesa e Cidadania, coronel Fernando Suarez Alvarez, recomenda que, em casos de inundação iminente, o melhor a fazer é sair de casa e procurar pontos altos da região, mantendo-se aquecido com calçados emborrachados, calça comprida e camisa para proteger o corpo. Na necessidade de transitar por ruas alagadas, é importante utilizar muros e paredes como apoio ou cordas com o auxílio de, no mínimo, três pessoas. A atenção deve ser redobrada, pois ruas alagadas encobrem buracos e bueiros sem tampa. "Se a pessoa estiver em casa quando começar a chover, ela não deve esperar a enchente para abandonar a sua residência, além de manter-se informada através do noticiário, é preciso que tenha à mão os documentos envoltos em saco plástico", alerta o coronel Suarez.



Entendendo as causas naturais da tragédia

A corrente de ar e umidade vinda do Amazonas em direção ao Sudeste deu origem a nuvens muito carregadas, denominadas de cumulus nimbus. Essas nuvens chegam a ter até 18 quilômetros de altura. Embora esse seja um fenômeno normal, o que não é frequente foi a intensidade das chuvas naquele local. O perfil topográfico da região serrana fluminense agravou a situação, pois, as nuvens foram aprisionadas pelos maciços rochosos em uma área restrita, atingindo 2000 m de altitude. Impedidas de se dispersarem, as nuvens despejaram um volume de água nas cabeceiras dos rios, gerando aquela enxurrada que arrastou tudo que via pela frente, além de inúmeras vidas.

Nessas condições, a massa de terra e água é capaz de arrastar objetos de até 80 toneladas. A energia produzida pelo impacto do deslizamento sobre as casas pode ser comparada a dos dois aviões que atingiram o World Trade Center, em 11 de setembro, em Nova Iorque.



Sociedades Uniprofissionais

Cuidados com os novos entendimentos do ISS

A sociedade uniprofissional foi criada pelo Decreto Federal 406/1968, alguns dispositivos foram substituídos pela Lei Complementar 116/2003, mas não o parágrafo 3º do artigo 9º, que trata da Sociedade Uniprofissional.

Após a revogação da Lei Municipal 3.691/2003, inconstitucional, a Prefeitura ao revogá-la, publicou a Lei 3.720/2004, em vigor até hoje.

Por três vezes, o ex-prefeito César Maia, aprovou lei municipal ferindo o princípio da hierarquia das leis, no intuito de acabar com este tipo de sociedade que paga o ISS através de um valor fixo mensal, por sócio, empregado ou não.

A Sociedade Uniprofissional tem que ser constituída de profissionais da mesma profissão, elencados no artigo 5º da Lei 3.720/2004, que prestem serviços em nome da sociedade, embora assumindo responsabilidade pessoal, nos termos da lei aplicável.

No artigo 6º constam as disposições que desenquadram as sociedades uniprofissionais:

I- cujos serviços não se caracterizem como trabalho pessoal dos sócios e sim como trabalho da própria sociedade.

Entende a fiscalização, que quando o elemento procurado é a empresa, perde a sua característica de sociedade uniprofissional. É difícil de interpretar, porque os médicos dependem de uma carteira de credenciamentos que é feita em

nome da sociedade e consta nos livros dos convênios, não tendo como atender somente pacientes particulares.

II- cujos sócios não possuam todos a mesma habilitação profissional (não é especialidade, mas sim, todos da mesma habilitação sujeito ao mesmo Conselho que o representa).

III- que tenham como sócio pessoa jurídica.

IV- que tenham natureza comercial ou empresarial (este dispositivo é passível de um grande número de interpretações, as quais veremos a seguir).

V- que exerçam atividade diversa da habilitação profissional dos sócios.

Entende a fiscalização que os serviços têm que ser personalíssimos dos sócios da sociedade, com responsabilidade pessoal. Quando na nota fiscal consta, honorários de instrumentadora, perfusionista, enfermagem, técnicos da saúde, etc. descaracteriza a sociedade uniprofissional.

Quais são as novas interpretações e entendimentos da Prefeitura e da Justiça que pode descaracterizar uma Sociedade Uniprofissional?

Em decisão recente, no ano de 2010, o ministro Gilmar Mendes - STF denegou o direito a uma clínica médica de Teresópolis em continuar usufruindo do direito de recolher o ISS como uniprofissional, sob alegação que a mesma fora constituída formalmente como limitada, o que segundo o ministro afasta a responsabilidade pessoal dos sócios médicos perante seus pacientes. Confundiu responsa-

bilidade pessoal da lei 406/1968 com responsabilidade, social, tributária e patrimonial.

A Coordenadoria de Consultas e Estudos Tributários em 20/10/2010 teve o mesmo entendimento para uma sociedade de anestesistas, marido e mulher, com sede social na residência, alegando que sua forma de limitada, impede que ela goze do benefício da tributação do ISS na forma privilegiada.

O Decreto Lei 406/1968, foi criado há 41 anos. No ano de 2007, cinco anos após a promulgação do NCC, a Coordenadoria de Estudos Tributários da Prefeitura, proferiu decisão favorável para sociedade uniprofissional constituída formalmente como limitada. No ano de 2010 seu entendimento mudou. A sociedade deveria transformar seu ato constitutivo em sociedade simples pura, artigo 997 do NCC, cuja responsabilidade dos sócios passaria a ser subsidiária e ilimitada perante os pacientes e obrigações sociais, civis, patrimoniais e tributárias.

O exmo. Senhor Ministro José de Jesus Filho, do STJ, como relator, dá seu parecer do correto deslinde a esta controvérsia, ao assim dispor:

“A divergência de interpretação para a situação é evidente. Pode o Município cobrar a diferença de ISS descaracterizando a sociedade uniprofissional de tratamento privilegiado (artigo 9º, parágrafo 3º do Decreto-lei 406/1968)?

Diz o senhor Ministro no processo Recurso Especial de nº 34.326-8 - Reg. 93.0011055-1:

Inicialmente, ao município é vedado caracterizar ou descaracterizar situações empresariais que são regidas por legislação federal. Ao se admitir a hipótese, estar-se-ia promovendo uma subversão das respectivas competências. Isto é, a União legisla, mas o município INTERPRETA, CARACTERIZANDO E TIPIFICANDO SOCIEDADE DE ACORDO COM SEUS INTERESSES FAZENDÁRIOS.

Interpretações da Prefeitura quanto ao caráter empresarial das sociedades uniprofissionais.

1- Segundo a prefeitura o que pode ser entendido como um caráter comercial ou empresarial, conforme artigo 6º da Lei 3.720/2004? O que pode ser feito e alegado junto a fiscalização do ISS e na justiça?

1.1- Não pode ter a forma de sociedade limitada, artigo 1.052 do código civil, cuja responsabilidade dos sócios é limitada ao capital social.

Para se adaptar a esta nova decisão, deverá transformar a sociedade em simples pura, artigo 997 do código civil, passando a responsabilidade ser subsidiária. Os sócios responderão não mais limitadamente perante as quotas de capital, mas de forma ilimitada perante as obrigações sociais, civis, patrimoniais e tributárias, o que na verdade já ocorre de acordo com a resolução CFM nº 1.931 de 17/09/2009 (Novo Código de Ética Médica) e nos termos do parágrafo único do artigo 1º do Capítulo III de 13/04/2010, que trata do erro ou omissão médica.

1.2- O contrato social não pode ser registrado na Jucerja e sim no RCPJ assim como os lucros não podem ser divididos de acordo com as quotas do capital social. Tem que ser distribuídos de acordo com a produtividade de cada sócio nos resultados, independente de sua participação societária.

1.3- Evitar emitir nota fiscal de consultoria e coordenação de cursos, porque estas atividades estão no inciso XXII e XXIII da Lista de Serviços (artigo 8º da Lei 691/84). A fiscalização do ISS considera que essa atividade extrapola

as atividades do objeto social da sociedade.

1.4- Evitar colocar na nota fiscal, honorários de outras habilitações da área da saúde (instrumentadora, perfusionista, enfermeira, fisioterapeutas, etc.). Deverá constar somente honorário médico prestado pelo sócio da empresa.

1.5- Abertura de filiais. Entendem que a sociedade cresceu, e por isto, passou a ter um caráter empresarial. Alegamos que os sócios se revezam no atendimento entre as sedes de acordo com as consultas marcadas e disponibilidade de horários. A lei não impede que os sócios possam atender seus pacientes alternadamente dentro de suas disponibilidades de horário e revezamento entre eles. Os entendimentos e interpretações da prefeitura são subjetivas.

1.6- Não pode ter sócio que faça somente aporte de capital. Todos têm que prestar serviços a sociedade de forma pessoal. Por isto, é importante que os sócios façam retirada mensal de pró-labore para provar que trabalham na sociedade e também para cumprir o Decreto 4.729/2003 que alterou o Regulamento da Previdência Social, que determina que se não houver discriminação na contabilidade do pró-labore, toda remuneração paga aos sócios, mesmo que em forma de lucro, será tributada como pró-labore com a incidência de 20% para o INSS. Tem sócios que são funcionários públicos e não podem exercer a administração da sociedade. Para retirar os lucros como isentos de INSS e I. RENDA, deverão ter seu pró-labore lançado na contabilidade.

1.7- Outra interpretação para descaracterização de sociedade uniprofissional é quando passa a ter uma receita expressiva e número de funcionários (administrador, gerente financeiro, gerente administrativo, chefe de recepção, chefe de faturamento). Alegam gigantismo da sociedade, onde o ELEMENTO EMPRESA passa a ser preponderante neste crescimento empresarial,

interpretando que o ISS deverá ser recolhido à alíquota de 5%. A discussão sobre esta interpretação será através de litígio com a divisão de fiscalização, coordenadoria de ISS, conselho de contribuintes, vara de fazenda, TJ e STJ.

1.8- Não ter sócio residente no exterior, nem sócio pessoa jurídica, nem a sociedade fazer parte de outra empresa, como sócia.

1.9- Não vender mercadorias (próteses, stent, materiais, medicamentos, insumos). Na nota fiscal deve constar prestação de serviços médicos, que é o conhecimento científico da medicina. Não pode explorar outra atividade que não seja a do objeto social da sociedade.

1.10- Cuidado com os sites, pois a fiscalização do ISS está informando que vai imprimi-los e se constar atividade que não seja a do médico, vai autuar a empresa. Como por exemplo, médico dermatologista e ortopedista, que insere em seu site serviços auxiliares em fisioterapia ou estética, que descaracteriza a sociedade uniprofissional, por deixar de ser serviços prestados de forma personalíssima.

1.11- Evitar colocar na razão social, expressão como clínica, cirurgia que denotem um conjunto de especialidades ou de uma equipe de profissionais para a realização dos procedimentos médicos. Também evitar no contrato social cláusulas de importação de equipamentos e abertura de filiais.

1.12- Quando o capital social é dividido em 99% + 1%, entendem os fiscais que esta divisão societária está mais para empregado do que para sócio. Temos alegado que o mesmo ocorre nos escritórios de advocacia que leva o nome do fundador, com percentual pequeno para os advogados recém formados. Temos clientes há mais de 30 anos que cedem e transferem somente uma parte pequena da sociedade aos sócios minoritários, até mesmo porque alguns deles não tem como adquirir uma parte maior, devido à sociedade ter um fundo de co-

mércio, carteira de credenciamentos, equipamentos, ponto comercial, etc.

1.13- Não temos conhecimento de autuações, mas alguns fiscais da divisão de fiscalização do ISS, informam que entendem como caráter empresarial citado no artigo 6º da Lei 3.720/2004, a sociedade uniprofissional possuir uma carteira de credenciamento. A Lei 406/1968, foi criada há 41 anos e praticamente eram raros os convênios e nada se refere a essa situação, pois o profissional da área de saúde, não tem como prestar serviços somente a pacientes particulares. É uma forma de receber seus honorários pelos serviços prestados de forma personalíssima e com responsabilidade pessoal e ilimitada a seus pacientes. É um entendimento subjetivo, sem embasamento legal.

Um novo entendimento, mesmo sem termos conhecimento de autuações, a prefeitura tem interpretado que pode ser um caráter empresarial, artigo 6º da Lei 3.720/2004, quando a sociedade uniprofissional presta serviços a pacientes do Contratante, sob a alegação que o paciente é de terceiros e não da sociedade uniprofissional. A decisão da consulta da sociedade uniprofissional de dois médicos anestesistas com sede social em sua residência, a denegação do direito em continuar sendo uniprofissional, não foi porque os serviços eram prestados na sede da Contratante, pois não podia ser diferente, devido a necessidade de estrutura hospitalar para procedimentos anestésicos e sim, porque fora constituída formalmente como limitada.

Sabemos que um grande número de atividades, como anestesia, radiologia, hemodinâmica, exames complementares, cirurgias em geral e outras, só poderiam ser prestadas com responsabilidade pessoal dos sócios da sociedade uniprofissional em estabelecimentos de saúde de terceiros que contratem os seus serviços, oferecendo para tanto, ESPAÇO FÍSICO, TECNOLOGIA, EQUIPAMENTOS, EQUIPE DE PESSOAL ADMINISTRATIVO E TÉCNICO,

MEDICAMENTOS, MATERIAIS, INSUMOS E OUTROS NECESSÁRIOS À PRESTAÇÃO DESTES SERVIÇOS MÉDICOS, a serem fornecidos pelos TERCEIROS CONTRATANTES, pois os mesmos não poderiam ser prestados na sede social (consultório ou na residência de um dos sócios).

Preocupados com os entendimentos e interpretações da Prefeitura em relação às sociedades uniprofissionais, o Grupo Asse acompanhou no mês de abril/2011, o presidente e vice-presidente do colégio brasileiro de radiologia, doutores Manoel Aparecido (11) 3372-4544 e Hanna Chaim tel: (21) 2250-0145 e o advogado do Sindicato, Federação e Confederação dos Hospitais, doutor Bernardo Safady Kaiuca, tel: (21) 2532-5430 e (21) 9858-8241, em uma reunião com a Secretária de Fazenda, doutora Eduarda La Rocque para tratar da normatização das interpretações e entendimentos da divisão de fiscalização do ISS. A Secretária de Fazenda ouviu a reivindicação dos presentes e sugeriu que impetrássemos solução de consulta a Coordenadoria de Estudos Tributários, o que o Grupo Asse e o advogado do sindicato dos hospitais acha perigoso, porque não sabemos neste momen-

to, qual é o novo entendimento que a Coordenadoria pode tomar e denegar o direito da sociedade uniprofissional continuar pagando o ISS através do fixo mensal por sócio de R\$ 53,50.

Desta forma, estamos atentos a estes novos entendimentos e interpretações da prefeitura e como não há uma normatização, sugerimos que se possível, um parecer de um advogado tributarista de sua confiança, que pode ser o que representa o sindicato, federação e confederação dos estabelecimentos de serviços da saúde do Estado do Rio de Janeiro.

O Grupo Asse, empresa que atua há mais 36 anos na área de contabilidade, assessoria, consultoria tributária e departamento pessoal entre outras para empresas e profissionais da área de saúde desenvolveu a matéria "Sociedades Uniprofissionais - Cuidados com os novos entendimentos do ISS"

Fechamento da edição: 25/05/2011

Diretoria do Grupo Asse
Vitor Marinho - Fundador
Vinicius Marinho - Operacional
Vitor Marinho Filho - Administrativo



GRUPO ASSE

Contabilidade - Livros Caixa
Departamento Pessoal
Assessoria Tributária
Legalização de Clínicas e Consultórios

Rua Teófilo Otoni, nº 15 - 12º andar
Centro - Rio de Janeiro

(21) 2216-9900
(21) 8766-7574

www.asse.com.br **asse@asse.com.br**



Notícias do CREMERJ

Nova diretoria à frente do CREMERJ



Posse da nova diretoria

A nova diretoria do CREMERJ, liderada pela conselheira Márcia Rosa de Araujo, tomou posse oficialmente no dia 1º de abril de 2011. Ao assumir a presidência, a conselheira Márcia Rosa afirmou que o momento de crescimento econômico que o país vive é propício ao fortalecimento das reivindicações da categoria médica. Ela ressaltou ainda que a valorização da classe, como propugnou a vitoriosa campanha “Quanto vale o médico?”, se mostra atual e é uma bandeira para esta e as próximas gestões do Conselho.

Ao passar a presidência do Conselho à Márcia Rosa, o então presidente Luís Fernando Moraes lembrou as



Dra. Márcia Rosa de Araujo

ações realizadas em sua gestão, destacando os movimentos em defesa dos médicos da saúde pública e da saúde suplementar, contra a gestão das Organizações Sociais nas emergências e o apoio à greve dos médicos residentes, entre outras.

Vitória dos Conselhos de Medicina

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) obtiveram uma importante vitória na Justiça contra a Secretaria de Direito Econômico (SDE). Após analisar ação impetrada pelo CFM, o juiz da 9ª Vara Federal, em Brasília, concedeu pedido de antecipação de tutela em detrimento de medidas preventivas determinadas pelo SDE do Ministério da Justiça que impedia os médicos – por meio de suas entidades representativas – de expressarem sua opinião e pleitos com relação aos planos de saúde. O CREMERJ também entrou com mandado de segurança contra a determinação da SDE.

A decisão da SDE contra aos médicos foi motivada pela bem-sucedida paralisação nacional dos médicos conveniados aos planos de saúde, realizada em 7 de abril. Cerca de 70% dos médicos do Estado do Rio de Janeiro aderiram ao movimento e suspenderam o atendimento aos usuários dos planos de saúde. Uma manifestação, organizada pelo CREMERJ e pelas sociedades de especialidade no Centro do Rio de Janeiro, reuniu aproximadamente 200 médicos que protestaram contra atitudes antiéticas das operadoras e reivindicaram o reajuste anual dos honorários, a implantação da CBHPM e a assinatura dos contratos que os garantam na lei.

CREMERJ protesta contra superlotação de maternidades



O CREMERJ escolheu o Dia das Mães, 8 de maio, para protestar contra a falta de leitos para gestantes e parturientes nas maternidades do Rio de Janeiro. A manifestação foi realizada na porta da Maternidade Leila Diniz, na Barra da Tijuca. Para homenagear as mães, os médicos representantes das entidades entregaram flores às pacientes e às

funcionárias da unidade e se reuniram em uma roda para leituras de poemas. Além disso, o evento teve uma trilha sonora especialmente selecionada para mães e bebês. A médica anestesiologista Regina Diniz, irmã da atriz que dá nome à unidade, também participou do encontro.

No dia 20 de abril, a Comissão de Fis-



calização do CREMERJ encontrou pacientes internadas, sentadas em cadeiras, na Maternidade Leila Diniz. Mulheres à espera do parto e outras que tinham acabado de ganhar seus bebês aguardavam em cadeiras pouco confortáveis por conta da superlotação da unidade. No entanto, o CREMERJ constatou que havia enfermarias vazias por falta de médicos e de infraestrutura.

A presidente do CREMERJ, Márcia Rosa de Araujo, lembrou que outras maternidades também estão superlotadas por conta do fechamento das maternidades do Hospital Pedro II e da Pro Matre. Somadas, elas realizavam mais de 900 partos por mês. Unidade que mais sofreu o impacto do fechamento do Pedro II, o Hospital Estadual Rocha Faria, por exemplo, acomoda muitas pacientes no corredor, em cadeiras numeradas de 1 a 25, à espera de leito. Muitas nem chegam a deitar durante o tempo em que ficam internadas.

Gestão de consultórios médicos e pequenas empresas de saúde

No ano em que completa 125 anos de existência, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro - SMCRJ se associa à Fundação Getúlio Vargas, centro de ensino de excelência, para a realização de um curso in company, para médicos e outros profissionais associados à SMCRJ.

O curso **Gestão de Consultórios Médicos e Pequenas Empresas de Saúde** foi inteiramente customizado para a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro pela FGV in company e reúne um corpo docente altamente qualificado.

O objetivo do curso é preparar os alunos para o cotidiano administrativo, abordando os principais aspectos da medicina suplementar, o relacionamento com convênios, o gerenciamento de consultório, finanças, marketing pessoal, entre outros.

COORDENAÇÃO: **Luciano Patah** – Doutor em Administração de Empresas pela FGV, Mestre em Ginecologia pela UNIFESP, graduado pela Faculdade de Medicina do ABC e membro do GVSaúde – Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP.

Ana Maria Malik – Doutora e graduada pela FMUSP, é atualmente coordenadora do GVSaúde, publicou diversos artigos e foi Superintendente de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo.

INFORMAÇÕES BÁSICAS: O curso será composto de 152 horas/aula. As aulas serão ministradas uma vez por mês, sempre aos sábados, nas dependências da SMCRJ. Inscrições: até 31 de agosto.

DISCIPLINAS: 1. Sistemas e Políticas de Saúde no Brasil 2. Estrutura, Características e Tendências do Setor de Saúde 3. Auditoria Médica e de Enfermagem 4. Planejamento Estratégico Aplicado ao Setor de Saúde 5. Gestão de Pessoas 6. Marketing Pessoal e em Serviços de Saúde 7. Adequação Físico-Funcional para Funcionamento de Serviços de Saúde 8. Gestão de Informação em Saúde 9. Gestão do Conhecimento em Saúde 10. Desafios da Saúde no Mundo Digital 11. Liderança, Comunicação e Gestão de Talentos 12. Gestão de Assistência em Clínicas e Hospitais e Aspectos Éticos da Assistência 13. Finanças Pessoais e Investimentos 14. Finanças Empresariais Aplicadas a Clínicas e Consultórios 15. Qualidade e Acreditação em Serviços de Saúde 16. Aspectos Jurídicos na Prática Médica.

LOCAL: Sede da SMCRJ – Av. Mem de Sá, 197 – Centro. Estacionamento próximo ao local.

INFORMAÇÕES: www.smcjrj.org.br ou (21) 2507-3353



Realização: **125 ANOS**
1896-2021



Apoio: **Unimed RJ**



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

CNPJ: CLUBE MÉDICO Assistência e Previdência 00.530.938/0001-45;
Cla. de Seguros Previdência do Sul 92.751.213/0001-73; Inatana Seguros S/A 01.100.145/0001-59;
Maritima Seguros S/A 01.383.493/0001-80

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

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 SOMER⁷

Tel.: (21) 2535.0852

Informações com Sr. Clélio

Patrocinadora



DDG 0800.118059

*Processo SUSEP nº: 10.000.008/99-68

A Angra Produções agora é **Inovação**



inovaca
PRODUÇÃO & EVENTOS



O que você sonha para o seu evento?
Seja o que for Inove.

www.inovacaoproducao.com.br | (21) 2554 7000



IX CONGRESSO DA SOMERJ V CONGRESSO MÉDICO DA BAIXADA FLUMINENSE

17 a 20 de Agosto de 2011 | UNIG - Nova Iguaçu - RJ

PROGRAMAÇÃO

- 17/08 Cursos pré-congresso
- 17/08 Abertura do IX Congresso Médico da SOMERJ
- 18/08 Temas de Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia
- 19/08 Temas de Clínica Médica e Cirurgia Geral
- 20/08 Política Médica

CONFERÊNCIAS

-  Conferência de abertura ministrada pelo Ministro José Gomes Temporão
-  Situação Atual da Estratégia de Saúde da Família no Estado
-  Atendimento Pré Hospitalar ao Trauma
-  Atendimento Hospitalar ao Trauma

Programa Científico e Inscrições

www.angraeventos.com.br/somerj2011

INSCRIÇÕES

	Até 30/06	Até 08/08	Local
Médico Sócio SOMERJ/AMB	R\$50,00	R\$70,00	R\$100,00
Médico não Sócio	R\$70,00	R\$100,00	R\$130,00
Estudante de Medicina*	R\$30,00	R\$35,00	R\$40,00
Curso Pré-Congresso	R\$80,00	R\$100,00	R\$150,00

*É indispensável a apresentação do comprovante de situação



Informações: (21) 2554 7000 | eventos@angraeventos.com.br

Realização



Patrocínio



Apoio



Secretaria Executiva





VILLELA PEDRAS

A **MAIS ANTIGA** CLÍNICA DE MEDICINA NUCLEAR DO RIO DE JANEIRO É TAMBÉM A **MAIS MODERNA**.

Cintilografia de perfusão miocárdica em apenas 3 minutos por etapa: imagens mais nítidas com menor exposição de seu paciente à radiação.

A **Clínica de Medicina Nuclear Villela Pedras** adquiriu recentemente o aparelho NM 530C, a mais moderna plataforma SPECT (cortes tomográficos) para avaliação da doença coronariana. Este novo aparelho existe em apenas dois centros na América Latina (sendo o da **Clínica Villela Pedras** o único no Rio de Janeiro). Esta tecnologia significa mais acurácia nos estudos miocárdicos de seus pacientes.



DISCOVERY NM 530C

TRADIÇÃO | TECNOLOGIA | INOVAÇÃO | CONFIABILIDADE



DESDE 1954

www.villelapedras.com.br

UNIDADE CENTRO

Rua México 98, 3º e 4º Andares
Marcação de exames: 3511-8181 | 2220-4772

UNIDADE LEBLON

Rua Carlos Góis, 375 - 1º e 2º Andares
Marcação de exames: 2529-2269

villelapedras@villelapedras.com.br