



**SOMERJ**  
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Órgão Oficial da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro  
SOMERJ - Filiação à AMB - Ano VIII - nº 46 - Out | Dez de 2011

em  
revista

# Reunião da SOMERJ festeja médico do ano



**Entrevista com o  
Dr. Aloisio Tibiriçá Miranda**  
*Vice-Presidente do CFM*



**Dr. Celso Corrêa  
de Barros**





## 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](http://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](mailto:villelapedras@villelapedras.com.br)



**Dr. José Ramon Varela Blanco**  
Presidente da SOMERJ

## A alvorada da nova gestão

---

**A Sociedade deste Estado merece nosso empenho na busca incessante destas conquistas e a corporação médica, tão injustamente esquecida pelas autoridades, também o merece.**

---

**A** SOMERJ iniciou os trabalhos de sua nova gestão em 1º de outubro de 2011 e, neste momento em que fazemos chegar às mãos de nossos associados a mais recente edição de nossa revista, queremos cumprimentá-los, no amanhecer de 2012, desejando a todos um percurso produtivo e que possamos no poente desta caminhada, fazer jus ao nome de batismo de nosso grupo e repetir que LUTAR VALE A PENA.

O cenário que descortinamos não é novo, nossos desafios nem ao menos são originais, multiplicam-se em formas, cores e intensidade. Portanto, o desânimo, a falta de compromisso, o individualismo e pior que ele, a divisão dos movimentos associativos não são bons companheiros na busca de soluções para nossas lutas por uma medicina que queremos, ética, qualificada e remunerada com respeito e dignidade.

A Sociedade deste Estado merece nosso empenho na busca incessante destas conquistas e a corporação médica, tão injustamente esquecida pelas autoridades, também o merece.

Deste modo, a Diretoria da SOMERJ (gestão 2011/2014) está com suas portas abertas a todas as iniciativas que venham somar esforços, trazer propostas, permitindo que as ações sejam produzidas com base

na maturação do diálogo e na força que só a unidade do movimento pode produzir.

Este veículo de comunicação que temos em nossas mãos continuará sendo, também, instrumento a ser utilizado na atualização de nossos conhecimentos, nas múltiplas especialidades médicas, na informação de aspectos administrativos, éticos e jurídicos de interesse da categoria e na incessante luta política pela valorização do médico e das causas médicas.

Finalizo, convidando a todos para que apreciem as matérias deste número onde pontifica a homenagem ao Dr. Celso Corrêa de Barros (Médico do ano da SOMERJ em 2011), liderança médica incontestável e que nos sentimos honrados em lhe oferecer, através deste gesto, nossa gratidão e reconhecimento por suas ações. Acompanhando as reflexões do Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda, Conselheiro pelo RJ junto ao CFM, veremos o momento porque passa a saúde de nosso país. Já nos textos dos Drs. Jano Alves de Souza e Daphnis Ferreira Souto termos a oportunidade de desfrutar de suas vastas experiências na abordagem de temas que nos atualizam e mostram a face prática do exercício da Medicina no campo em que atuam.

Agradecido a todos os colaboradores na construção deste projeto, muito obrigado e boa leitura.

## Associação Médica em Revista

Ano VIII - nº 46 - Out / Dez 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](mailto:somerj@somerj.com.br)

Site: [www.somerj.com.br](http://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 para o triênio 2011 / 2014

José Ramon Varela Blanco

#### Presidente

Angela Regina Rodrigues Vieira

#### Vice-Presidente

Glauco Barbieri

#### Secretário-Geral

Arnaldo Pineschi A. Coutinho

#### 1º Secretário

José Roberto A. Ribeiro

#### 2º Secretário

Benjamin B. de Almeida

#### 1º Tesoureiro

Abdu Kexfe

#### 2º Tesoureiro

Thiers Marques Monteiro

#### Diretor Científico e de Ensino Médico

Francisco Almeida Conte

#### Diretor de Eventos e Divulgação

Dario Feres Dalul

#### Diretor de Marketing e Empreendimentos

Silviano Figueira de Cerqueira

#### Ouvidor-Geral

Flamarion Gomes Dutra

#### 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

Amaro Alexandre Neto

#### Vice-Presidente da Região Metropolitana

Hilloberto Carneiro de Oliveira

#### Vice-Presidente da Baixada

Gilson Vianna da Cunha

#### Vice-Presidente da Região dos Lagos

#### CONSELHO FISCAL 2011/2014

**Efetivos:** Dr. Paulo César Geraldês, Makhoul Moussalem, Nelson Nahon - **Suplentes:** Edilma Cristina Santos Ribeiro, Sonia Ribeiro Riguetti, Serafim Ferreira Borges

**DELEGADOS À AMB - Efetivos:** Abdu Kexfe, Alkamir Issa, Eduardo Augusto Bordallo, Luís Fernando Soares Moraes, Márcia Rosa de Araújo, Marília de Abreu e Silva, Sidnei Ferreira **Suplentes:** Adão Guimarães e Silva, Flamarion Gomes Dutra, Francisco Almeida Conte, George Thomas Henney, José Estevam da Silva Filho, José Roberto Azevedo Ribeiro, Thiers Marques Monteiro.



# Sumário

## Evento



Reunião da Somerj anuncia médico do ano

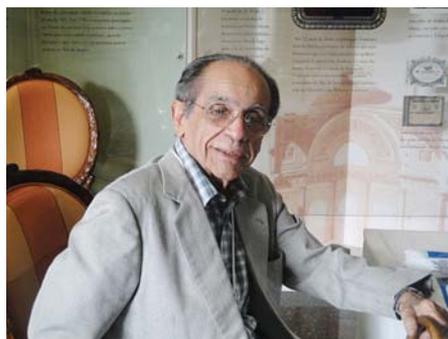
Pág. 05

## Artigo de Atualização

Atualização em cefaleia  
Pág. 11



## Especialidade Médica



Atualidade médica no universo brasileiro do trabalho

Pág. 08

## Entrevista



Representante do Estado no CFM reflete sobre o cenário da saúde no país  
Pág. 16

## Notícias das Afiliações

Pág. 19

## Notícias do CREMERJ

Pág. 20

#### Afiliações da SOMERJ

##### Assoc. Méd. Norte Fluminense-Itaperuna

Dr. João Paulino da Silva Prazeres

##### Assoc. Méd. da Região dos Lagos - Cabo Frio

Dr. Marcelo Tutungi Pereira

##### Associação Médica de Angra dos Reis

Dr. Ywalter da Silva Gusmão Jr

##### Associação Médica de Barra do Pirai

Drª. Carmem Lúcia Garcia de Souza

##### Associação Médica de Barra Mansa

Dr. Maxwell Goulart Barreto

##### Associação Médica de Duque de Caxias

Dr. Cesar Danilo Angelim Leal

##### Associação Médica de Itaguaí

Dr. Adão Guimarães e Silva

##### Associação Médica de Macaé

Dr. Marcelo Batista Rizzo

##### Associação Médica de Maricá

Dr. João Ferreira de Souza

##### Associação Médica de Nova Iguaçu

Dr. Alexandre de Moraes Monteiro

##### Associação Médica de Rio das Ostras

Dr. André Carvalho Gervazio

##### Associação Médica de Teresópolis

Dr. José Alberto Telles Falcão

##### Associação Médica Fluminense

Dr. Benito Petraglia

##### Assoc. Méd. Meritiense - São João de Meriti

Dr. Dario Feres Dalul

##### Socied. Flum. de Med. e Cirurgia - Campos

Dr. Almir Abdala Salomão Filho

##### Socied. de Med. e Cirurgia do RJ - Rio de Janeiro

Drª. Marília de Abreu e Silva

##### Associação Médica de Nova Friburgo

Dr. Carlos Alberto Pecci

##### Sociedade Médica de Petrópolis

Dr. Mauro Muniz Peralta

##### Sociedade Médica de Volta Redonda

Dr. Jorge Manes Martins

##### Sociedade Médica Vale do Itabapoana

Drª Eymar 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](http://www.lldivulga.com.br)

[revistasomerj@gmail.com](mailto:revistasomerj@gmail.com)

Jornalista Responsável:

Verônica Martins - Rg. Mtb RJ 23534

JPMT

#### Diretor:

Luthero Azevedo Silva

#### Diretor de Marketing

Luiz Sergio A. Galvão

#### Coordenação Editorial

Kátia S. Monteiro

#### Design Gráfico

Luiz Fernando Motta



# Reunião da SOMERJ anuncia médico do ano

**Como presidente da Unimed-Rio há 13 anos, o Dr. Celso é responsável por conduzir a empresa à liderança no mercado carioca da Saúde Suplementar, sendo a operadora que melhor remunera o médico neste Estado.**

Fotos: Foco Notícias/Divulgação

Um encontro no Hotel Brezes, em Búzios, marcou a confraternização de final de ano da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro – SOMERJ, realizada entre os dias 02 e 04 de dezembro do ano passado. A exemplo de outras edições, a Associação, presidida por José Ramon Varela Blanco, anunciou durante a reunião o seu “Médico do Ano”, conferido ao Dr. Celso Corrêa de Barros, presidente da UNIMED-Rio e conselheiro do CREMERJ. Afiliadas à SOMERJ também selecionaram os seus representantes que se destacaram no ano de 2011, sendo estes agraciados com medalhas comemorativas. Ao discursar o Dr. José Ramon falou da satisfação em estar homenageando como médico do ano, um profissional “que carrega consigo uma trajetória brilhante de lutas”.



O presidente da SOMERJ, Dr. Ramon cumprimenta o médico do ano, Dr. Celso Corrêa de Barros



O Dr. Paulo Fernando Cruz Marques recebe a medalha das mãos do presidente da Associação Médica de Rio das Ostras, Dr. Alberto de Freitas Baldez.



Uma visão geral do auditório do Hotel Breezes, em Búzios.



A Dra. Thânia Britto Goulart, de Barra do Pirai, sendo homenageada pela presidente da Associação, Dra. Carmem Lúcia Garcia de Souza.

O presidente da SOMERJ citou Fernando Pessoa, que em seu poema “Mar Português”, sentencia: “tudo vale a pena se a alma não é pequena”. E, fazendo uma correlação com a trajetória do Dr. Celso, ele reflete a grandeza do homenageado que, muitas vezes, colocou em risco até a sua própria saúde para concretizar seus ideais. Citando Eduardo Galeano, Dr. Ramon falou sobre recordar, que é um retorno ao coração, palavra esta que vem do latim cordis. Ele finalizou agradecendo todo o trabalho realizado pelo médico do ano, pela sua “capacidade de visão, ousando e modificando posturas no Marketing e na Comunicação, pela percepção aguçada do mercado de saúde suplementar, tornando nossa marca referência deste setor de saúde em nível nacional”.

Formado em Medicina, em 1976, pela Escola de Medicina e Cirurgia do Estado do Rio de Janeiro, o pediatra Celso Corrêa de Barros ocupou cargos relevantes em organismos voltados para a atuação do médico, entre elas, a direção da Associação Médica Brasileira, do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro e da Federação Nacional dos Médicos. Ao lon-



O Dr. Mauro Homero Leal Passos, médico homenageado, ladeado pelo Dr. Ramon e Dr. Alkamir Issa.



Dr. José Ramon com o médico homenageado de Itaguaí, Dr. Eduardo Emilio Samaniego Boveda e o presidente da regional, Dr. Adão Guimarães e Silva.



O Dr. Celso, médico homenageado, fala aos presentes sobre a honraria concedida pela SOMERJ.

go desse tempo nunca abriu mão de seus princípios na luta pela dignidade profissional e justa remuneração. Como presidente da Unimed-Rio há 13 anos, o Dr. Celso é responsável por conduzir a empresa à liderança no mercado carioca da Saúde Suplementar, sendo a operadora que melhor remunera o médico neste Estado. Este ainda acumula a presidência da Unimed-Rio Empreendimentos Hospitalares e Unimed-Participações.

Em seu pronunciamento de agradecimento pela tocante homenagem, Dr. Celso Barros detalhou pontos de sua trajetória citados anteriormente. Expressou a experiência que foi adquirindo neste caminho, trilhado em diferentes segmentos da atividade médica,



Dr. Abdu Kexfe (representando o Movimento Causa Médica), Dr. Celso Ferreira Ramos Filho (representando a AMB), Dr. José Ramon Blanco (presidente da SOMERJ), Dr. Eduardo Augusto Bordallo (UNIMED Rio) e Dr. Makhoul Moussalem (representando o CFM), compuseram a mesa ao lado da presidente do CREMERJ, Dra. Márcia Rosa de Araujo que dirige sua palavra à plateia



A médica homenageada de Macaé, Dra. Vera Peres Glória da Fonseca e Castro, recebe a medalha do presidente da Associação, Dr. André Luiz de Azevedo Pimentel.



O Dr. José Ramon e Dr. Celso e suas respectivas esposas

Placa cunhada para homenagem da SOMERJ ao médico do ano





**Dr. Celso Barros homenageado pela SMCRJ, ao lado da presidente Dra. Marília Abreu, Dr. Ramon e Dr. Celso Ferreira Ramos Filho**

que já o consolidou no meio médico a qual ainda acrescentará muitos capítulos.

Além do presidente da Unimed-Rio, outros médicos homenageados foram Thânia Britto Goulart, da Associação de Barra do Piraí; Eduardo Emílio Samaniego Boveda, de Itaguaí; Vera Peres Gloria da Fonseca e Castro, de Macaé; Mauro Romero Leal Passos, de Niterói; Aldamir Barreto de Oliveira, de Itaperuna; Paulo Fernando Cruz Marques, de Rio das Ostras, e Claudio Peixoto Crispi e Arnaldo Luiz, ambos de Nova Iguaçu.

o que tornou sua visão e prática mais pragmática não lhe subtraindo a paixão e um íntimo envolvimento com as lutas médicas pela valorização profissional, remuneração compatível com seu papel e responsabilidades sociais. Além disso, ele desempenhou papel fundamental na construção e manutenção da marca Unimed, em nível Nacional, tornando-a destacada e líder no campo da Saúde Suplementar.

No que se refere ao papel da família em sua trajetória, falou com emoção de Aparecida, sua esposa, também Pediatra, além de seus filhos, Celso e Paula, seguidores da mesma vocação médica. Reafirmando seu compromisso com uma medicina ética e revestida de dignidade, terminou sua exposição sob demorados aplausos de um auditório que traduziu deste modo o agradecimento à sua presença e à história



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

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

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



**Clube Médico**  
Assistência e Previdência

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

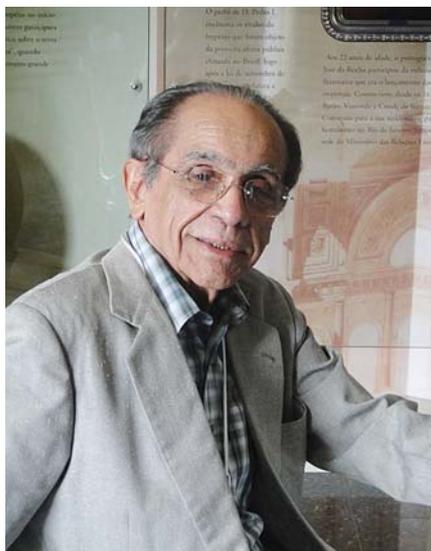


\*Processo SUSEF nº: 10.006.068/99-68

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

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

**DDG 0800.118059**



**Daphnis Ferreira Souto**

Médico do Trabalho  
Membro da Câmara Técnica de Medicina  
do Trabalho do CREMERJ.  
Membro da Comissão Técnica da ABMT

## O universo brasileiro do trabalho

---

**A Ética da Responsabilidade é um comportamento que jamais deve ser menosprezado ou esquecido como princípio fundamental das relações humanas, que deve conformar todas as atividades que tenham como missão cuidar e proteger a saúde e a vida do Ser Humano - da Pessoa.**

---

**A**s iniciativas sociais resultantes da industrialização, urbanização e avanço tecnológico têm causado profundas marcas na atualidade brasileira. As estatísticas de sucesso do crescimento econômico (sem a real correspondente melhoria do desenvolvimento que deveria ter suporte no tripé: EDUCAÇÃO + ECONOMIA + SAÚDE), não demonstram que as mudanças introduzidas na vida dos brasileiros são de real melhoria. Muitas delas têm perfil negativo como, por exemplo, estímulo ao consumerismo, gerando o endividamento; a falta de incentivo para preparar uma mão-de-obra qualificada; as condições precárias da educação para a saúde; e muitas outras, não tiveram resultados esperados. Essas mudanças de caráter social foram motivadas pela visão distorcida das prioridades e erros de interpretação dos reais problemas básicos nacionais, levando à incompreensão por parte da população dos fenômenos que ocorriam na área

da saúde e suas repercussões agora presentes.

Por outro lado, o crescimento urbano alavancado pela industrialização sem localização planejada, aliada à mecanização da agricultura, levou a um movimento migratório que resultou no “inchamento” das cidades, que não estavam preparadas sanitariamente para tal carga populacional, nem para prover assistência à saúde, as quais se somam uma crise de oportunidades de trabalho nos centros urbanos no país. Essa situação propiciou o aparecimento de uma classe extremamente carente e marginalizada, sem nível educacional profissionalizante para enfrentar as demandas dos novos tempos e uma situação de contravenções se instalou como uma ameaça permanente à sociedade organizada. Tenta-se agora prover essa classe com um sistema que garanta o mínimo de dignidade humana, mas sob a forma paternalista-assistencial, sem obrigação de algum tipo de retribuição dos benefícios usufruídos em razão da

precariedade de seus instrumentos de ação e controle.

As pessoas nos extratos sociais em condições mais favoráveis pelo crescimento econômico aumentam seu poder de compra, adotam novos comportamentos sociais resultantes de um estilo de vida ditado pela absorção de paradigmas de outras culturas, transmitidos pela televisão. Entretanto, a maioria não se preocupa em estabelecer algum tipo de planejamento pessoal para garantir o atendimento de seus problemas de saúde. No momento em que as crises econômicas internacionais são ameaças visíveis para nós, não há qualquer manifestação de que estejamos preparados para enfrentar essa realidade preocupante mesmo com os graves exemplos do que acontece em países onde as prestações sociais são mais ou menos assemelhadas as nossas.

O que se pode concluir é que o nível atual de crescimento não homogêneo existente no Brasil, somente permite a uma pequena parcela da população dispor de condições normais de assistência à saúde ou das prestações da previdência social. A maioria das pessoas recorre à gratuidade propiciada pelo Estado, o que ultrapassa a capacidade dos serviços oferecidos. Na área da saúde, a crise dos meios necessários ao atendimento correto das obrigações assumidas é permanente.

Mas todos têm conhecimento dos avanços da Medicina e aspiram gozar os seus benefícios que são prometidos pelos múltiplos meios de comunicação seja oficial ou não. Isso gera uma determinante moral que se encontra na origem dos atuais debates, angústias e conflitos, nascidos da desproporção entre o indispensável e o possível.

Por outro lado, cada vez mais se instala o desrespeito pelas atividades e responsabilidade inerente às profissões de formação específica legalmente licenciadas para atuar nas áreas da saúde e previdência na prestação de serviços aos trabalhadores. Indivíduos sem capacitação

e experiência são designados, por influência política, para o exercício de chefias superiores, sem qualquer garantia técnica que dê credibilidade as formulações e decisões administrativas ou pseudotécnicas.

Há inclusive o hábito de transformar, de maneira abrupta, as orientações, normas e regulamentos oficiais, sem que se obedeça à hierarquia legal ou haja qualquer prazo experimental para testar sua validade. Essas mudanças, muita das vezes não somente são utópicas, como algumas estão com erros conceituais e técnicos comprovados e evidentes, como é o caso da nova regulamentação sobre o acidente do trabalho (NTEP/FAP que se configura como um disfarçado estelionato oficial) e que também são ideologicamente conflitantes com a orientação doutrinária da Constituição em vigor e dos princípios éticos da prática médica.

Seus idealizadores e dirigentes acabam adotando um autoritarismo administrativo que resulta numa enorme confusão ao colocar em prática suas orientações, mas o trabalhador que dizem, demagogicamente, ser o principal interessado acaba por entender que é “enganado em seus direitos”, face às dificuldades que tem de enfrentar quando precisa se valer dos trâmites oficiais para o atendimento de qualquer necessidade.

Daí surge o mais sensível problema que complica as atividades de saúde e previdência no universo brasileiro do trabalho, a questão da Gestão, tanto no Planejamento como na Administração dessas duas cruciais atividades que estão sob a responsabilidade do Estado: as referentes à Medicina do Trabalho, sob a tutela do Ministério do Trabalho e Emprego; as que dizem respeito à Perícia Médica, sob a orientação do Ministério da Previdência e Assistência Social; e as de Assistência Médica sob o comando do Ministério da Saúde.

Esses Ministérios deveriam trabalhar entrosados, pois muitas de suas iniciativas são dependentes entre si, mas a impressão que se tem é que

se desconhecem e mesmo em alguns momentos suas atuações se conflitam. Aí entra a dissimulação onde cada um ignora o outro e faz o seu próprio jogo, o que resulta na prática em confusão, uma vez que o que todos querem é o poder de estabelecer normas, fiscalizar, multar, ingredientes básicos para o aparecimento dos “mal-feitos”. E nesse “imbróglio” quem acaba sendo culpado dos desacertos é quem está no final da linha do atendimento - o médico perito, o prestador de assistência médica, ou o médico do trabalho - únicos personagens categorizados que, com sua “presença”, aparecem perante a pessoa do trabalhador.

Dentro desse quadro, sem dúvida o médico da perícia médica do INSS e dos ambulatórios da rede hospitalar, com seus acertos, dúvidas e estresses, são as pessoas que atualmente estão servindo de “pára-raios” no meio das tempestades e agressões em que muitas vezes se transforma a prestação destes serviços nestes locais, por esse Brasil afora.

Veja por exemplo o caso do trabalhador que recebe alta de uma doença que o afastou do trabalho por dois meses. Segundo a orientação administrativa do INSS, se ele tem condição de exercer algum tipo de trabalho tem que receber alta pelo SUS que está cuidando dele, não interessa qual sua ocupação anterior. Volta para a empresa é avaliado e não tem condições para o exercício do seu trabalho anterior no qual se especializou. A empresa o devolve para o INSS para completar sua recuperação. O INSS não aceita o retorno, pois a norma não permite. O trabalhador não está desempregado nem perdeu seu direito ao auxílio do INSS, mas ninguém paga sua remuneração. Fica no limbo, não tem vínculos econômicos com ninguém. Nesse vai e vem acaba desesperado, sem dinheiro. E a família como fica?

Parece haver uma maneira intencional de justificar essa situação desastrosa, com a tentativa de culpar os médicos e descaracterizar o ato

médico. Consiste em trazer ao conhecimento público fatos cujo desfecho estão na natureza burocrática das determinações administrativas fora da realidade do mundo do trabalho; também na falta de meios para os cuidados indicados; e pela ausência de um sistema efetivo de comunicação entre os órgãos oficiais e as empresas.

Se assim acontece e quisermos ajudar na mudança dessa situação, é preciso fazer ver aos Poderes Constituídos que dirigem a Nação a necessidade urgente de avaliar com seriedade e objetividade o que acontece no sistema atual da saúde no universo brasileiro do trabalho, mostrar as razões das mazelas existentes, procurar meios de saná-las objetivamente para que se possa então redirecionar essas atividades dentro de rígidos princípios da Moral e Ética da Responsabilidade Profissional.

Que essa diretriz não seja somente obrigação dos profissionais envolvidos pelo atendimento médico, mas das pessoas que fazem parte

de toda a hierarquia da estrutura envolvida nessas atividades e que tenha fundamentação em princípios humanísticos, nas determinações constitucionais vigentes e nos códigos profissionais enunciados, através de seu caráter axiológico, na busca do bem pessoal, quando subordinado ao bem-comum ou coletivo.

A Ética da Responsabilidade é um comportamento que jamais deve ser menosprezado ou esquecido como princípio fundamental das relações humanas, que deve conformar todas as atividades que tenham como missão cuidar e proteger a saúde e a vida do Ser Humano - da Pessoa.

Por essa razão a sociedade precisa ter a clarividência de entender que o agir de maneira ética contribui para gerar resultados materiais, tornando possível, entre outras coisas, o aumento da coesão social e da prosperidade econômica. Se esse compromisso não for respeitado, os violadores devem ser combatidos.

O médico, na sua missão de cuidar e proteger a saúde das pessoas,

está no centro das atividades preservadoras da vida. A sua atividade profissional lida com os bens supremos das pessoas e estão protegidos pela ordem legal. Daí a íntima relação entre medicina e a lei e as profundas conexões entre o exercício profissional do médico e um conjunto de regras morais e éticas.

O filósofo e pensador Georges Duhamel assim se expressa sobre a dimensão da responsabilidade médica;

“Se és Médico e te dedicas a esta profissão, para toda a vida, para todas as horas da vida, saibas o que saibas, penses o que penses, faça o que faça, atuarás sempre como Médico - cada palavra que pronuncias, queiras ou não queiras, é uma palavra de Médico. Guarda no fundo de ti mesmo o prazer de ajudar e no fundo do teu coração não renuncies jamais a estes privilégios, porque esses privilégios são obrigações - nem renuncies a teus poderes, porque esses poderes são antes de tudo os teus imperativos deveres.”

**Não perca tempo!**

**Ligue já!  
(21) 2714-8896**

**Reserve já seu espaço na próxima edição da Revista SOMERJ**

**E-mail: [revistasomerj@gmail.com](mailto:revistasomerj@gmail.com)**



### **Jano Alves de Souza**

Mestre e Doutor em Neurologia  
Professor Adjunto de Neurologia da UFF  
Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Cefaleia  
Conselheiro do CREMERJ

# Atualização em cefaleia

## **Introdução**

A cefaleia é uma das queixas mais frequentes da humanidade. Sua prevalência ao longo da vida é de 99% entre as mulheres e 93% entre os homens, considerando-se todas as suas modalidades[1]. A cefaleia é também uma causa frequente de consultas médicas em diversas especialidades [2]. Desde a criação da Sociedade Internacional de Cefaleia, em 1981, e a publicação da primeira edição da Classificação e Critérios diagnósticos das Cefaleias[3], o conhecimento sobre o tema tem-se ampliado significativamente.

## **Classificação das cefaleias**

A Classificação da Sociedade Internacional de Cefaleia[4] divide as diversas modalidades de dores de cabeça em dois grandes grupos: primárias e secundárias.

As cefaleias primárias são doenças que cursam com dor de cabeça como principal queixa, porém nas quais não se podem identificar alterações estruturais, tóxicas, metabólicas ou infecciosas como causa. As cefaleias primárias são divididas em quatro grupos: 1)

Migrânea ou enxaqueca; 2) Cefaleia do tipo tensional; 3) Cefaleias trigêmino-autônômicas, entre as quais se incluem a cefaleia em salvas, a hemicrania paroxística e o SUNCT (acrônimo de shortlasting unilateral neuralgiform cephalalgia with conjunctival injection and tearing); e 4) um grupo heterogêneo de cefaleias primárias, que inclui as cefaleias primárias do esforço físico e da tosse, a cefaleia primária em facada, a hemicrania contínua, a cefaleia hipócnica, a cefaleia associada à atividade sexual e a cefaleia trovoadada primária[4].

As cefaleias secundárias ocorrem no curso ou em decorrência de outras condições médicas em que podem ser identificadas alterações estruturais, metabólicas, tóxicas ou infecciosas. São, portanto, sintomas de enfermidades. A correção da causa básica implica a resolução da dor de cabeça. São exemplos de cefaleias secundárias aquelas atribuídas a traumatismos da cabeça ou do pescoço, a alterações vasculares encefálicas, a uso ou suspensão de substâncias, a infecção, a transtornos da homeostase, a transtornos dos seios da face, dentes, nariz, ouvidos, olhos ou ossos do crânio[4].

Em nossa revisão, nos limitaremos às principais cefaleias primárias.

## **Migrânea**

Essa modalidade de cefaleia acomete cerca de 12% da população adulta, ocorrendo mais frequentemente em mulheres (cerca de 3:1) [5, 6]. A migrânea ocorre também em crianças com uma prevalência de quatro por cento, na faixa dos sete aos 11 anos e é ainda maior em crianças acima dessa idade [7].

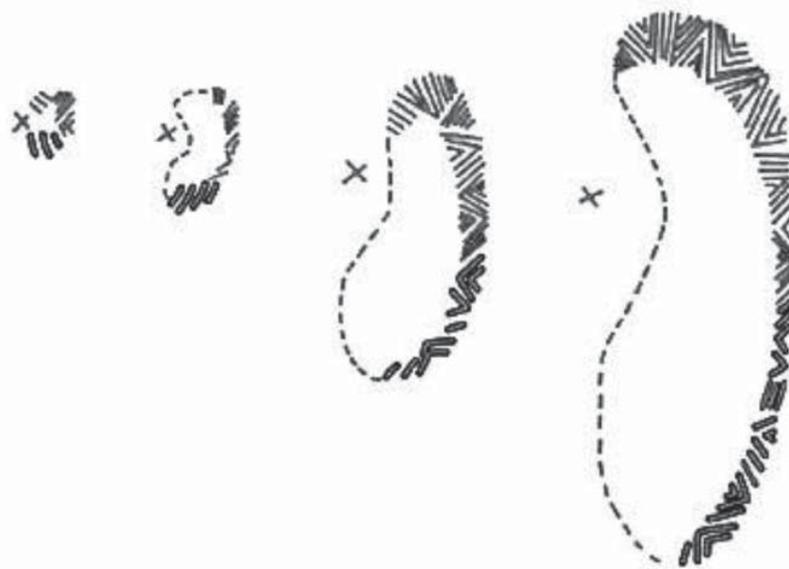
A causa da migrânea é multifatorial e, certamente, inclui herança genética. Os fatores ambientais e do estilo de vida também contribuem, como demonstram os estudos com pares de gêmeos onde a concordância entre os monozigóticos é maior do que entre os dizigóticos[8]. A fisiopatologia da migrânea é parcialmente compreendida e seu estudo mais detalhado da fisiopatologia da migrânea foge aos objetivos dessa revisão.

O quadro clínico da migrânea é marcado por paroxismos em que a cefaleia costuma ser o elemento mais proeminente. A cefaleia da migrânea é mais comumente hemicrânica (60% a 70%), podendo ser frontal, temporal, parietal, occipital, periorbitária ou

retroorbitária, ou acometer várias regiões ou todo o hemicrânio. Menos frequentemente é descrita como bilateral. O tipo da dor é descrito como pulsátil pela maioria dos pacientes, com o pulso acompanhando o ritmo cardíaco. A intensidade varia de moderada a forte, na maioria das crises, da maioria dos pacientes, obrigando, muitas vezes, ao repouso absoluto no leito. As crises de dor variam de quatro a 72 horas, se não tratadas. Além disso, costuma se associar a intolerância à luz, ruídos, odores e movimentos. Náusea e vômitos também são comuns. A maioria dos pacientes descreve piora da dor ao realizar movimentos ou esforços físicos.

Cerca de 15% a 30% dos migranosos apresentam aura. As auras são sintomas neurológicos que podem ser localizados inequivocamente no córtex cerebral ou no tronco encefálico e que, geralmente, precedem a dor de cabeça da migrânea em até uma hora. Mais raramente, podem acompanhar ou suceder a dor. A forma de aura mais comum é a que acomete o córtex visual e se manifesta como um escotoma visual. O defeito visual mais comum é descrito como um escotoma tremeluzente, que aumenta gradualmente (marcha) até tomar toda uma metade do campo visual de ambos os olhos simultaneamente, caracterizando, portanto, um defeito hemianóptico. Esse escotoma assume um formato de crescente ou foice e, caracteristicamente inclui fenômenos positivos (brilho) e negativos (escuridão). Em geral, percebem-se traves claras e escuras a se alternarem, formando linhas em ziguezague (Figura 1). A segunda forma de aura mais comum é a parestésica. Nessa forma, o indivíduo se queixa de parestesia (formigamento) como fenômeno positivo, e anestesia, como fenômeno negativo, a se iniciar pelos dedos de um das mãos ou numa hemiface, metade dos lábios ou da língua. Onde quer que se iniciem os sintomas sensitivos, eles se estendem gradualmente a outras áreas, caracterizando também o fenômeno da marcha. O terceiro tipo de aura em frequência é a afásica, onde a pessoa desenvolve afasia motora. Há pacientes que referem as três formas

**Figura 1 - Quatro desenhos subsequentes de Lashley (1941) demonstrando a evolução do escotoma decorrente de uma aura visual. O "X" assinalado em cada desenho representa o centro da visão e os Algarismos, o número de minutos decorridos desde o início do fenômeno.**



de aura. Nesse caso, as alterações se sucedem umas as outras. A sequência habitual é de aura visual, que dá lugar à parestésica e, por fim, à afásica.

O diagnóstico da migrânea é clínico e se baseia nas características das crises, sendo reservados os exames complementares somente para os casos em que se suspeite de uma cefaleia secundária mimetizando migrânea.

Os critérios diagnósticos para enxaqueca sem aura, preconizados pela Sociedade Internacional de Cefaleia são os seguintes [4]:

- A - Pelo menos 5 crises preenchendo os critérios a seguir;
- B - Duração de 4 a 72 horas;
- C - Dor com pelo menos duas das características seguintes: 1. Unilateral; 2. Pulsátil; 3. Intensidade moderada ou intensa; 4. Piora com atividade física;
- D- Um dos seguintes: 1. Náuseas e/ou vômitos; 2. Foto e fonofobia;
- E - Exclusão de cefaléias secundárias.

O tratamento da enxaqueca inclui três aspectos: 1) não-farmacológico; 2) farmacológico sintomático; 3) farmacológico preventivo

O tratamento não-farmacológico consiste em se suprimirem os fatores desencadeadores evitáveis, bem como oferecer repouso físico e sensorial nas crises. A aplicação de bolas de gelo pode também proporcionar algum alívio para a dor.[9]

O tratamento sintomático das cri-

ses pode ser feito com medicações inespecíficas ou específicas. Entre as medicações inespecíficas, os analgésicos comuns (dipirona, paracetamol, AAS) podem ser utilizados naqueles pacientes que manifestem crises menos intensas. Na nossa experiência, apenas uma parcela pequena responde satisfatoriamente a esse grupo de medicamentos. Outra classe de medicamentos inespecífica para enxaqueca que pode ter resultados satisfatórios é a dos anti-inflamatórios não hormonais. Medicamentos como ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, ácido tolfenâmico e clonixinato de lisina, bem como inibidores seletivos da COX2 evidenciaram eficácia na crise em estudos, sendo úteis como medicação isolada ou em associação com as medicações específicas. Dentre as medicações específicas, dispõe-se da ergotamina e dihidroergotamina (derivados do ergot) e dos triptanos. A ergotamina e a dihidroergotamina são medicações mais antigas, têm eficácia demonstrada e custo baixo. Porém, seu perfil de tolerabilidade, a menor comodidade posológica e o risco maior de desenvolvimento de cefaleia crônica diária pelo abuso de medicação fazem dessas medicações, hoje, drogas de segunda escolha. Os triptanos oferecem eficácia relativa maior do que a ergotamina e dihidroergotamina, apresentam facilidade posológica e menor risco de evolução para

cefaleia por uso excessivo de medicação. Têm como desvantagem o custo mais elevado. No Brasil, dispomos do sumatriptano, naratriptano, zolmitriptano e rizatriptano. Nas crises de migrânea comumente há gastroparesia e o esvaziamento gástrico acelera a absorção da medicação, aumentando a eficácia das medicações sintomáticas. Assim, os gastrocinéticos domperidona, metoclopramida ou trimetbutina são coadjuvantes importantes. Nas crises intensas, podem-se associar medicações como um triptano, um anti-inflamatório não-hormonal e um gastrocinético para melhores resultados. Crises refratárias ao tratamento com as medicações citadas podem responder ao uso de indometacina supositório na dose de 100 mg ou a medicações injetáveis. Entre essas, uma boa opção é a do sumatriptano injetável subcutâneo, que pode ser administrado em casa. Outras possibilidades requerem o atendimento em unidade de urgência. Na emergência, pode ser utilizada a combinação de dipirona e metoclopramida intravenosa e/ou anti-inflamatórios não-hormonais próprios para administração intravenosa. Em casos mais refratários, existem esquemas com clorpromazina por via intravenosa em doses baixas como 0,1 mg / kg de peso (atentar, no entanto para o risco de hipotensão arterial) e haloperidol 5 mg IV (risco de síndrome extrapiramidal). Nos dias atuais, tem-se popularizado o uso de tramadol nas crises de enxaqueca. Essa prática, no entanto, não está baseada em evidências e a prática demonstra ser pouco eficaz, além de piorar a náusea, comum nos pacientes durante a crise de enxaqueca, motivos pelos quais não a preconizamos.

O tratamento preventivo da migrânea está indicado quando as crises são frequentes (regularmente igual ou superior a três episódios ao mês); quando muito incapacitantes, mesmo que com frequência menor que três por mês, e em situações especiais como, por exemplo, quando ocorrem auras do tipo basilar, hemiplégica, atípicas e prolongadas.[10] Dentre as medicações com reconhecida eficácia para o tratamento preventivo da migrânea, as de primeira linha são: alguns betablo-

queadores (propranolol, atenolol, metoprolol, nadolol); os antidepressivos tricíclicos amitriptilina e nortriptilina; o topiramato; o divalproato de sódio e a flunarizina.[10] Todos esses medicamentos apresentam contra-indicações e efeitos adversos que precisam ser considerados ao serem prescritos. O objetivo do tratamento preventivo é reduzir a frequência e a intensidade das crises, bem como melhorar a resposta ao tratamento sintomático das crises. As medicações precisam ser iniciadas com doses baixas e aumentadas gradualmente. Considera-se eficaz o tratamento que resulta redução de cerca de 75% das crises. É necessário aguardar, pelo menos, dois meses de uso de uma medicação em dose adequada, antes de considerar como falha terapêutica. Em casos especiais, podem ser tentadas associações de medicações preventivas. Não há consenso sobre o tempo necessário para se manter a medicação preventiva. Este autor tem por conduta manter a medicação preventiva por um ano, após a obtenção do controle satisfatório e, então, iniciar a redução gradual, até a suspensão, se possível. Se necessário, o tratamento pode ser mais prolongado.

### **Cefaleia do tipo tensional**

A cefaleia do tipo tensional é a modalidade de dor de cabeça mais prevalente na humanidade, acometendo 78% da população ao longo da vida[11]. A causa da cefaleia do tipo tensional é pouco compreendida, mas acredita-se que envolva alterações no sistema de modulação central da dor[12].

As características clínicas da cefaleia do tipo tensional são: dor bilateral, não-pulsátil (em geral, com sensação de peso, aperto ou de uma faixa na cabeça), intensidade leve a moderada (não obriga à interrupção das atividades) e que não se acentua com a atividade física (algumas vezes, até melhora). Os acompanhamentos comuns da migrânea (fotofobia, fonofobia, osmofobia, náusea e vômitos) estão ausentes nas crises de cefaleia do tipo tensional.[4]

A cefaleia do tipo tensional é classificada, de acordo com sua fre-

quência em: 1) episódica infrequente (quando ocorre menos de uma vez ao mês); 2) episódica frequente (frequência de 1 a 14 dias por mês); e 3) crônica (frequência igual ou superior a 15 dias por mês).[4]

As crises de cefaleia do tipo tensional em geral respondem satisfatoriamente ao uso de analgésicos comuns ou aos anti-inflamatórios não-hormonais. Não existem critérios claros para se iniciar medicação preventiva na cefaleia do tipo tensional. Certamente está indicado nas formas crônicas. Nas formas episódicas, a prevenção pode ser iniciada quando ocorrem regularmente duas ou mais crises por semana, pelo risco de evolução para cefaleia crônica diária pelo uso excessivo de analgésicos. Os antidepressivos tricíclicos amitriptilina e nortriptilina têm reconhecida eficácia na redução da frequência das crises de cefaleia do tipo tensional. Na ausência de resposta a essas medicações, podem-se tentar a tizanidina[13, 14] e a mirtazapina[15], mas as evidências em relação a esses medicamentos são menores.

### **Cefaleia em salvas**

A cefaleia em salvas é muito menos frequente do que a migrânea ou a cefaleia do tipo tensional. A prevalência ao longo da vida é da ordem de 124/100 mil habitantes e a incidência de 53/100 mil habitantes por ano. A prevalência é 4,3 vezes maior em homens do que em mulheres.[16]

Na cefaleia em salvas, a dor tem distribuição geralmente periorbitária, retroorbitária e temporal unilateral estrita (sem alternância de lado); é caracteristicamente muito forte (em geral, considerada como a pior dor já sentida); cada crise de dor tem duração de 15 minutos a 180 minutos; as crises ocorrem de uma vez a cada dois dias até oito vezes ao dia; desperta frequentemente o paciente à noite; durante os episódios de dor, o paciente apresenta pelo menos um dentre os seguintes fenômenos autonômicos do mesmo lado da dor: hiperemia conjuntival; lacrimejamento; ptose palpebral; miose; obstrução nasal ou rinorreia; edema palpebral; sudorese na região frontal. Em geral, o pacien-

te fica inquieto durante as crises, andando de um lado para o outro. Nas formas episódicas, as crises ocorrem durante algumas semanas ou meses e entram, em seguida, em remissão espontânea, para retornar, em geral, na mesma época do ano, em outros anos. Na forma crônica, não há intervalos maiores que 15 dias sem dor.[4]

Sempre que nos deparamos com um paciente com crises que sugiram cefaleia em salvas de início recente, deve-se solicitar exame de neuroimagem (preferencialmente, ressonância magnética com angio-ressonância dos vasos do encéfalo) para se afastarem causas secundárias. Em casos recorrentes com as características de cefaleia em salvas, nem sempre será necessário lançar mão de exames complementares.

O tratamento da cefaleia em salvas inclui três aspectos: 1) tratamento de transição, que consiste no uso de medicações que proporcionam controle rápido das crises, mas que são utilizadas por tempo limitado (até as drogas principais, cujo início de ação é mais lento, iniciarem seu efeito preventivo); 2) o tratamento preventivo principal; e 3) o tratamento das crises. [17, 18]

O tratamento de transição pode ser feito com prednisona. Sugerimos o uso de 60 mg ao dia, por 10 dias e, então efetuar a retirada gradualmente na razão de 10 mg a cada dia.

A medicação principal deve ser iniciada juntamente com o tratamento de transição. As medicações mais indicadas são: Verapamil 80 mg 3 x dia

#### Observações:

1-Efeitos adversos, contra-indicações e interações deverão ser observadas; 2-todas as medicações devem ser iniciadas nas doses menores e aumentadas gradualmente.

(que pode ser gradualmente aumentado, se necessário, até doses tão altas quanto 720 mg/dia); carbonato de lítio (450 a 900 mg/dia); metisergida (1 a 6 mg em doses divididas durante o dia, junto a refeições, por, no máximo, 6 meses); divalproato de sódio (500 a 2000 mg / dia); topiramato (25 a 200 mg/dia). Em muitos casos, pode ser necessária a associação de medi-

## Quadro 1

### Migrânea: tratamento da crise

Algumas medicações mais utilizadas

Droga	Doses iniciais e intervalos para repetição, se necessário	Dose máxima para adultos	para	Observações
Acido acetilsalicílico	1000 mg VO - Repetir após 2h a 4h.	3000 mg / dia		
Paracetamol	1000 mg VO - repetir após 4 a 6 horas	3000 mg / dia		
Dipirona	1000 mg VO - repetir após 4 horas 1000 mg IV - repetir após 4 horas	3000 mg/dia		
Naproxeno sódico	500 a 1000 mg VO - repetir após 2h a 4h	1500 mg / dia		
Ibuprofeno	600 a 900 mg VO - repetir após 2h a 4h Crianças - 5 mg/kg/dose - Máx: 4 doses	1600 mg/dia		
Diclofenaco sódico	50 mg VO - Repetir 2 a 4 h após Criança: 0,3 a 1mg/kg/dose - Máx: 3 doses	200 mg/dia		
Indometacina	100 mg por via retal Repetir após 4 horas	200 mg/dia		
Ergotamina ou dihidroergotamina	1 mg a 2 mg VO. Repetir após 1h a 2h	4 mg/dia		
Sumatriptano VO	50 a 100 mg VO. Repetir após 2h.	Máximo: 200 mg/dia		
Sumatriptano SC	6 mg SC. Repetir após 2h.	Máximo: 12 mg/dia		
Rizatriptano	10 mg VO. Repetir após 2h.	Máximo: 20 mg/dia		
Naratriptano	2,5 mg VO. Repetir após 4 horas	Máximo: 5 mg / dia		
Zolmitriptano 2,5 mg	2,5 mg VO. Repetir após 4 horas	Máximo: 5 mg / dia		
Metoclopramida	10 mg VO 10 mg IM ou IV	Máximo: 30 mg/dia		
Domperidona 10 mg	10 mg a 20 mg. Repetir após 4 horas	Máximo: 60 mg/dia		
Clorpromazina	0,1 mg/ kg IV. Repetir após 1 hora.	Máximo: 0,5 mg/Kg/dia		Administrar SF0,9% 200 ml EV rápido, antes, verificar a PA antes e após cada administração. Não fazer se PA baixa. Observar hipotensão postural. Se necessário, administrar mais SF e manter decúbito com as pernas elevadas. Somente liberar o paciente após ter permanecido sentado por 20 minutos para observar hipotensão postural.

## Quadro 2

### Migrânea - Tratamento preventivo (Medicações de primeira linha)

Medicação	Posologia (em mg/dia) e (número de administrações ao dia)	Orientações adicionais
Amitriptilina	10 a 75 (1 a 2)	Se utilizar 1 administração, fazer à noite.
Nortriptilina	10 a 75 (1 a 2)	
Propranolol	40 a 240 (2 a 3)	
Atenolol	25 a 100 (1 a 2)	Se utilizar 1 administração, fazer pela manhã
Metoprolol	50 a 200 (1 a 2)	Se utilizar 1 administração, fazer pela manhã
Nadolol	40 a 120 (1 a 2)	Se utilizar 1 administração, fazer pela manhã
Nebivolol	5 mg / dia	
Topiramato	50 a 100 (2)	Iniciar com 25 mg. Aumentar 25 mg a cada 14 dias
Divalproato (liberação normal)	250 a 1000 (2)	
Divalproato liberação entendida	250 a 1000 (1)	
Flunarizina	5 mg	Não utilizar em indivíduos acima de 50 anos

camentos preventivos.

O tratamento das crises pode ser feito com: 1) Oxigênio a 100%, inalado por máscara, na vazão de 7 a 10 litros por minuto por 15 minutos; ou 2) Sumatriptano 6 mg injetável subcutâneo (máximo de 2 aplicações por dia).

### Referências Bibliográficas

1. Rasmussen, B.K., et al., Epidemiology of headache in a general population--a prevalence study. *J Clin Epidemiol*, 1991. 44(11): p. 1147-57.  
2. Solomon, G.D., R.S. Kunkel, Jr., and J. Frame, Demographics of headache in elderly patients. *Headache*, 1990. 30(5): p. 273-6.  
3. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia*, 1988. 8 Suppl 7: p. 1-96.  
4. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*, 2004. 24 Suppl 1: p. 9-160.  
5. Stewart, W.F., et al., Prevalence of migraine headache in the United Sta-

tes. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA*, 1992. 267(1): p. 64-9.

6. Queiroz, L.P., et al., A nationwide population-based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia*, 2009.

7. Winner, P. and A. Hershey, Epidemiology and diagnosis of migraine in children. *Current Pain and Headache Reports*, 2007. 11(5): p. 375-382.

8. Mulder, E.J., et al., Genetic and Environmental Influences on Migraine: A Twin Study Across Six Countries. *Twin Research*, 2003. 6(5): p. 422-431.

9. Recomendações para o tratamento da crise migranosa. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2000. 58: p. 371-389.

10. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea: Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2002. 60: p. 159-169.

11. Jensen, R., Diagnosis, epidemiology, and impact of tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep*, 2003. 7(6): p. 455-9.

12. Chen, Y., Advances in the pathophysiology of tension-type headache: from stress to central sensitization. *Curr Pain*

*Headache Rep*, 2009. 13(6): p. 484-94.  
13. Bettucci, D., et al., Combination of tizanidine and amitriptyline in the prophylaxis of chronic tension-type headache: evaluation of efficacy and impact on quality of life. *J Headache Pain*, 2006. 7(1): p. 34-6.

14. Fogelholm, R. and K. Murros, Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind crossover study. *Headache*, 1992. 32(10): p. 509-13.

15. Bendtsen, L. and R. Jensen, Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology*, 2004. 62(10): p. 1706-11.

16. Fischera, M., et al., The incidence and prevalence of cluster headache: a meta-analysis of population-based studies. *Cephalalgia*, 2008. 28(6): p. 614-8.

17. Matharu, M.S. and P.J. Goadsby, Trigeminal autonomic cephalalgias: diagnosis and management, in Wolff's headache and other head pain, S.D.S.R.B.L.D.W. Dodick, Editor. 2008, Oxford University Press. New York. p. 379-430.

18. Leroux, E. and A. Ducros, Cluster headache. *Orphanet J Rare Dis*, 2008. 3: p. 20.

## Agenda SOMERJ

### OUTUBRO/2011

**Dia 06**- Associação Médica Meritiense - Posse: Dr. Dario Féres Dalul

Presença: Dr. Ramon

**Dia 07**- Associação Médica de Nova Iguaçu

- Posse: Dr. Alexandre de Moraes Monteiro

Presença: Dr. Ramon

**Dia 10**- Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro - Posse: Dr<sup>a</sup> Marília de Abreu e Silva

Presença: Drs. Ramon, Abdu, Glauco, Carlindo e Sidnei Ferreira

**Dia 15**- Associação Médica Fluminense - Posse: Dr. Benito Petraglia

Presença: Drs. Ramon, Glauco, Carlindo e Hildoberto

**Dia 17**- Associação Médica de Macaé - Posse: Dr. Marcelo Batista Rizzo

Presença: Dr. Gilson Vianna da Cunha - Vice

Presidente da Região dos Lagos

**Dia 22**- Assembléia Ordinária de Delegados da AMB/ Posse dos Delegados Eleitos para o

Triênio 2011/2014

Presença: Drs. Ramon e Celso Ramos Filho.

**Dia 22**- Posse da Diretoria AMB/APM - triênio 2011/2014 - Presidente da AMB: Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho - Presidente da

APM: Dr. Florisval Meinão

Presença: Drs. Ramon, Marília e Celso Ramos Filho

**Dia 25**- Audiência Pública na Comissão de

Saúde da Assembléia Legislativa, presidida

pelo Deputado Bruno Correia (PDT)

Presença: Drs. Ramon, Glauco e Sidnei Ferreira.

**Dia 25**- Reunião de Diretoria da SOMERJ

**Dia 25**- Posse do Dr. Hildoberto Carneiro de Oliveira na ACAMERJ- Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Presença: Drs. Ramon e Glauco

**Dia 26**- Sociedade dos Médicos do Ilha do Governador - Médico do Ano: Dr. Hugo David Barriga Sotelo.

Presença: Dr. Ramon

### NOVEMBRO/2011

**Dia 14**- Inauguração da Clínica Gastroscopy - Hospital de Icaraí

Presença: Dr. Ramon

**Dia 17**- visita técnica ao Hotel Breezes.

Presença: Dr. Ramon e Marcondes / Simone da Inovação Eventos

**Dia 23**- Semana do Aparelho Digestivo - Porto Alegre

Presença: Dr. Glauco

**Dia 24**- Brasília/ SOMERJ - Reunião da COMSSU Ampliada

Presença: Dr. Ramon

**Dia 25**- Posse da Diretoria do Sindicato dos Médicos de Niterói - gestão 2011/2014 - Presidente - Dr. Clóvis Abraham Cavalcanti.

Presença: Dr. Glauco

**Dia 28**- Posse festiva da AMF e foi descerrada foto Dr. Glauco na Galeria dos ex-presidentes.

Presença: Dr. Glauco

**Dia 29**- Reunião de Diretoria da SOMERJ.

Presença: Dr. Ramon

### DEZEMBRO /2011

**Dia 02 a 04**- festa de Confraternização da SOMERJ - Hotel Breezes - Búzios

Presença: Diretores da SOMERJ, representantes das Filiadas e Diretores e Conselheiros do CREMERJ e da UNIMED-RIO

**Dia 07**- Comemoração dos 37 anos da Acad. de Med. do Est. do Rio de Janeiro - ACAMERJ - outorga de Medalha de Mérito Médico a

Dra. Márcia Rosa de Araujo.

Presença: Dr. Glauco

**Dia 13**- Almoço da COSEC

Presença: Drs. Ramon, Abdu e Glauco

**Dia 13**- Reunião de Diretoria da SOMERJ

**Dia 14**- Festa dos funcionários do CREMERJ

Presença: Drs. Carlindo e Abdu

**Dia 15**- Bacalhau da Maria

Presença: Drs. Ramon e Abdu

**Dia 15**- Confraternização da Soc. Ginec. Obst. do Rio de Janeiro

Presença: Drs. Ramon, Carlindo e Sidnei Ferreira.

**Dia 16**- Reunião com o Dr. Celso Corrêa de Barros - Comemoração dos 40 anos da UNIMED-RIO.

Presença: Drs. Ramon, Abdu e Sidnei Ferreira

**Dia 29**- Reunião Revista SOMERJ.

Presença: Drs. Ramon e Carlindo



**Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda**  
Vice-Presidente do CFM  
Conselheiro do Cremerj

## Representante do Estado no CFM reflete sobre o cenário da saúde no país

---

**“As entidades médicas apoiam a administração direta. Elas já se pronunciaram contra as organizações sociais. Essa é uma questão comum a todas as entidades médicas, inclusive, a SOMERJ, por considerar que isso é uma forma de terceirização da gestão, o que resultará também na precariedade das condições de trabalho para a classe médica.”**

---

**E**m entrevista à Revista SOMERJ, o Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, coordenador da Comissão Nacional Pró-SUS e coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU) do Conselho Federal de Medicina, Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda, discorreu sobre vários assuntos pontuais relacionados à luta das entidades nacionais pelas causas médicas.

Entre as várias questões colocadas durante a entrevista, o médico cardiologista, com uma longa trajetória de militância junto às entidades médicas, traçou um panorama dos principais avanços registrados no ano de 2011 e suas expectativas para 2012.

**Revista SOMERJ: Como está configurado o cenário da saúde no Brasil no que tange ao número de usuários da rede pública e privada?**

Hoje o Brasil detém 150 milhões de usuários do SUS e 46 milhões do sistema suplementar, representado pelos planos de saúde. Existe uma desigual-

dade muito grande entre esses dois sistemas; a começar pelo financiamento. A saúde pública tem três vezes mais usuários do que o sistema de plano de saúde. No entanto, o seu orçamento representa 45% de tudo o que é gasto com saúde no Brasil, enquanto o sistema suplementar responde por 55% desses gastos, que se destinam ao atendimento de somente 25% do total de usuários. Esse patamar de financiamento representa metade do que o Brasil precisaria investir no sistema público de saúde para ficar no mesmo patamar de outros países.

**Revista SOMERJ: Com a derrota na Câmara dos Deputados, como ficará a EC 29 quanto à política de investimento na saúde pública?**

Em dezembro do ano passado nós sofremos uma grande derrota no campo da luta médica referente ao financiamento da saúde. O fim da votação da emenda 29, que vinha tramitando no Congresso há 11 anos, concluiu que não haverá nenhum recurso novo na saúde. Na realidade, o único avanço

será a regulamentação do que é gasto em saúde, retirando o que se destina à área, saneamento, aposentadoria e merenda escolar, etc. O próprio ministro da Saúde, Alexandre Padilha, admitiu na Câmara dos Deputados, no momento da votação da emenda, em setembro, que o Brasil precisava de mais 45 bilhões na saúde por ano. A emenda 29 que as entidades médicas apoiavam, aprovada no Senado em 2008, era o projeto que aumentaria essa verba em 32 bilhões escalonados por três anos. Nós consideramos que não precisaria ser criado nenhum imposto novo já que o Brasil bate recordes de arrecadação e, com a queda dos juros, seria disponibilizado mais dinheiro para o governo.

### **Revista SOMERJ: Qual a conclusão que se pode extrair desse resultado no Congresso Nacional relacionado à EC 29?**

Nós vamos conviver com esse subfinanciamento durante muito tempo. A pergunta que nós fazemos é: será que esse resultado reflete um projeto de governo? Com a saúde pública subfinanciada, acredita-se que o governo esteja apostando na saúde suplementar, no crescimento dos planos de saúde. A partir do crescimento econômico e da formalização do emprego, haverá o crescimento no número de usuários dos planos de saúde. No ano passado esse crescimento bateu recorde, aumentando em 10%. É claro que, com isso, existe uma desoneração do SUS. Mas, será isso um plano de governo? Esse resultado está na contramão das principais pesquisas de opinião que refletem a preocupação do povo com a saúde pública.

### **Revista SOMERJ: Como está o modelo de gestão e financiamento da saúde atualmente?**

A grande discussão do Brasil são justamente os modelos de gestão e financiamento, sendo que ambos estão interligados, juntando-se ainda a questão dos recursos humanos, ou seja, a contratação de médicos considerando o nó crítico da assistência. O país tem um modelo de gestão ainda em processo de definição. Havia somente a administração direta, ficando os hospitais públicos encarregados na realização de concursos e na contratação de médicos pelo regime jurídico único.

Hoje estão sendo adotados quatro modelos de gestão. A fundação pública de direito privado, que abriu concurso agora no Estado do Rio para os hospitais de emergência do estado e as UPAS; as organizações sociais, representada pelas ONGs contratadas pelos governos, modelo este escolhido pela Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela presidente da República, em dezembro. Essa é outra forma de contratação de pessoal. Todas elas representam, em maior ou menor grau, uma forma de precarização do trabalho médico. Sendo que as Organizações Sociais são uma verdadeira privatização em relação à gestão, vínculos empregatícios e sem concursos públicos.

### **Revista SOMERJ: Qual destes modelos de gestão conta com o apoio das entidades médicas? Qual o impacto dos mesmos na saúde?**

As entidades médicas apóiam a administração direta. Elas já se pronunciaram contra as organizações sociais. Essa é uma questão comum a todas as entidades médicas, inclusive, a SOMERJ, por considerar que isso é uma forma de terceirização da gestão, o que resultará também na precariedade das condições de trabalho para a classe médica. Existem hoje nos hospitais médicos estatutários, autônomos, cooperativados (ainda tem) e temporários. No entanto, o Estado do Rio e o país como um todo têm enfrentado a falta de médicos no serviço público, em virtude do caráter precário das contratações, das condições de trabalho, baixos salários e a precariedade dos contratos. As entidades médicas de todo o Brasil vêm denunciando essa situação, defendendo o concurso público e a contratação dos médicos na forma da lei e a formação de equipes permanentes nos hospitais. Toda essa luta vem sendo conduzida pela SOMERJ e CREMERJ, através do slogan: “quanto vale o médico? O médico vale muito”. Essa iniciativa tem dado um exemplo para todo o país na vanguarda do serviço público. No Rio de Janeiro ainda existe uma particularidade, por ser a maior rede própria pública do Brasil e, por esse motivo, onde se apresenta grande parte

dos problemas.

### **Revista SOMERJ: No aspecto geral, o que pode ser considerado avanço em torno das causas médicas?**

No dia 25 de outubro, os médicos de todo país fizeram um grande protesto nacional por melhores remunerações no serviço público, capitaneados pelas entidades médicas nacionais, através da Comissão Nacional Pró-SUS. Além disso, existem também outras ações. No Ministério da Saúde, diante do nosso pleito, formou-se uma comissão para implantação da carreira nacional de médico do SUS. O trabalho foi finalizado em dezembro de 2010 e aprovado pelo ministro José Gomes Temporão. Na realidade, essa carreira nacional seria a própria carreira de estado médico. Haveria então um médico para os locais de difícil provimento no Brasil. Estes profissionais seriam concursados pelo governo federal e contratados através dos Estados, formando uma rede de assistência, com estrutura de atendimento para toda a Federação. No entanto, essa proposta ficou engavetada e o governo está propondo como alternativa o serviço civil facultativo, considerada temporária e precária por certas entidades médicas. Em relação ao Congresso Nacional, outro flanco no qual nós atuamos, existe a proposta de carreira de Estado, aprovada na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara e em tramitação no Congresso Nacional. Em 2011, nós já avançamos bastante, pois, rearticulamos o movimento médico nacional, fazendo duas paralisações nacionais contra os planos de saúde, colhendo bons frutos. Ambas também comandadas pelas entidades médicas nacionais, através da Comissão Nacional de Saúde Suplementar na qual eu também sou coordenador. Os movimentos das entidades médicas tiveram também uma conquista importante no ano passado, que foi o revalida, exame este agora unificado em todo território nacional, que tem os mesmos critérios de revalidação dos diplomas dos médicos formados no exterior. Essa forma de avaliação tem o apoio das entidades médicas, uma forma justa e diferente de como estava antes, que era uma grande abertura.

### **Revista SOMERJ: O governo alega**

## **que o país enfrenta uma carência de médicos. Como Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, qual a posição em relação a esse assunto?**

Hoje a falta de médicos ocorre tanto em vastas extensões do território nacional, quanto nas periferias e nas emergências das capitais. Embora isso seja um fato, o governo alega que não existe médico suficiente no Brasil e defende a formação de novos profissionais. Então, de uma forma simplista, ele propõe o aumento no número de escolas médicas e de alunos como se estes, ao se formarem, fossem “transbordar” para os locais onde não existem médicos. Nós sempre defendemos que existem médicos suficientes no país e que, na realidade, eles estão mal distribuídos e sem estímulo de trabalho no SUS. Quem emprega o médico é o mercado de trabalho e o profissional procura o melhor local para trabalhar. O SUS não tem médicos porque este não oferece boas condições de trabalho para esse profissional. A nossa discussão é que se o mercado não apresenta respostas para um problema na melhoria da assistência médica, o Estado deve intervir sim, o que não está ocorrendo. Mas, como deve ser essa intervenção? Dando os incentivos para fixar o médico, com melhores possibilidades de exercício profissional, e, com isso, suprir as necessidades da população. E isso depende de financiamento e da gestão pública como um todo.

**Revista SOMERJ: Mas, como poderia ser demonstrado que o problema da assistência médica não está atrelado ao baixo número de médicos no país?**

Com relação a esta pergunta é importante destacar que nós acabamos de publicar um trabalho chamado “Demografia Médica no Brasil” que mostra que não se deve levar somente em conta o número de médico por habitante. Se essa fosse a questão, o Rio de Janeiro hoje tem médico suficiente em relação a qualquer média mundial. Mas, o Ministério da Saúde achou um número mágico de 2,5 médicos/1000 habitantes para o Brasil e diz que é necessário atingir essa meta. A questão é que se deve considerar o número de postos de trabalho ocupados por estes profissionais. Esse resultado mostrou mais uma vez que o Brasil tem médico suficiente. Assim, foi constatado que o país passou de 1,95 médicos por 1.000 habitantes para 3,05 postos de trabalho ocupados por 1.000 habitantes, maior do que a média europeia de profissionais por habitantes. Também foi demonstrado que existe uma desigualdade na ocupação dos postos de trabalho na rede privada e na rede pública. Atualmente, existem quatro postos ocupados na rede privada para um na rede pública. E isso acontece porque o médico busca melhores condições de trabalho já que o governo não dá os incentivos necessários. Isso não é um discurso, é uma realidade. O governo deve intervir criando a carreira de estado, planos de cargos, carreiras e vencimentos, proporcionando remuneração adequada e melhores condições de trabalho.

**Revista SOMERJ: Quais são as expectativas das entidades médicas para este ano que se inicia?**

Para 2012, as entidades médicas nacionais vão continuar incentivando

a luta dos médicos pela melhoria da assistência em saúde e pelas condições éticas de assistência, trabalho e remuneração. A perspectiva para este ano é iniciá-lo já traçando as estratégias e reuniões nacionais a serem convocadas imediatamente.

**Revista SOMERJ: Quais são as causas a serem defendidas pelas entidades médicas para aqueles profissionais que atuam no interior do Estado do Rio de Janeiro?**

Grande parte dos pagamentos dos médicos que atuam no interior é feita através das clínicas conveniadas ao SUS, filantrópicas ou não, é quando nós temos uma enorme defasagem da tabela SUS. Eu queria ressaltar que no nosso movimento do dia 25 de outubro de protesto nacional dos médicos do SUS, contamos com a parceria da Confederação das Misericórdias do Brasil, que reúne todas as Santas Casas, em protesto pelos baixos valores pagos pela tabela SUS e das remunerações da rede complementar conveniada ao SUS. Além disso, nós estamos debatendo duas questões: o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o código 07, onde existe uma abertura na discussão do retorno de pagamento. Eu vou finalizar essa entrevista dizendo o seguinte: “as entidades médicas regionais da capital e do interior são à base de toda a mobilização e conquista do médico. As questões colocadas ao longo desta entrevista não existiriam se não houvesse uma base de apoio regional. Daí a importância de entidades como a SOMERJ, que devem ter esse papel articulador no Estado do Rio de Janeiro.

## **Comunicado**

A SOMERJ - Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, por sua Assessoria Jurídica, requereu a isenção do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU, para o imóvel de funcionamento de sua Sede, e obteve o Deferimento do benefício para o período de 2008 a 2014, em 21 de Dezembro de 2011.

# Notícias das afiliadas

## Barra do Pirai



Homenagem ao Médico do Ano, Thania, pela AMBP, no dia 09/12/2011 em Confraternização no Restaurante By Laca.

## Niterói



Médicos homenageados pela AMF no dia 18/10/11 - Myriam Christina Ferreira, Mauro Romero e Alberto Amim com o Dr. Glauco Barbieri.

Dr. Benito Petraglia e Dr. Glauco Barbieri



Gostaríamos de desenvolver uma intensa parceria com a SOMERJ e demais Associações Médicas Filiadas, no sentido de elevar cada vez mais o conceito da medicina e do médico.

Temos absoluta certeza e confiança que o Presidente e nosso amigo, José Ramon Varela Blanco, junto com sua equipe, fará uma gestão de sucesso e a AMF quer ser parceira desse sucesso.

Feliz 2012.

**Benito Petraglia - Presidente da AMF**

## Itaguaí



Terminamos mais um ano na Associação Médica de Itaguaí com o sentimento de dever cumprido e gratidão aos que nos ajudaram. Agradecemos aos nossos 70 médicos que participam ativamente da AMI e especialmente ao colega homenageado como Médico do Ano de nosso município. Achamos que todos nós estamos capacitados para ser o "médico do ano", mas temos que escolher um colega que tenha se destacado. Por esse motivo indicamos um colega que muito se destaca em Itaguaí por sua capacidade intelectual, pelo carinho, dedicação para com seus pacientes e que participa ativamente do movimento associativo. Em 2011 a Associação Médica de Itaguaí teve o orgulho de ter o Dr. Eduardo Emilio Samaniego Bóveda como médico do ano de nosso município.

**Dr. Adão Guimarães e Silva**  
Presidente da AMI.

## Rio das Ostras



Nova diretoria da Assomero, da esquerda para a direita: **Dr. André Gervásio, presidente;** **Dr. Fernando Linhares Sacre, Vice-Presidente;** **Dra. Sandra Deud, Diretora de Patrimônio;** **Dra. Tatiane Carvalho, Delegada junto a Somerj;** **Dra. Ana Cristina Guerrieri, 1ª Tesoureira;** **Dra. Isabelle Azevedo Martinelli, 2ª Secretária;** **Dra. Mônica Moura, Diretora Social e Dra. Nairacy Gervásio, Diretora de Ética e Defesa Profissional.**

A diretoria da Associação Médica de Rio das Ostras – Assomero, que tomou posse no dia 30 de outubro, tem como melhorar as condições de trabalho da classe médica e promover o atendimento humanizado em prol da saúde da população. A composição da diretoria terá médicos de diferentes especialidades, como o presidente André Gervásio, que é ginecologista e obstetra, enquanto o vice é médico ultrassonografista Fernando Linhares Sacre.

## Norte Fluminense



Homenagem ao médico do ano no dia 15-10-11

**Dr. Aldamir Barreto de Oliveira - médico do ano e esposa**



Mais um ano começa e mais uma vez renovamos nossos desejos e refazemos metas que não foram cumpridas. Nossa missão de médico recomeça mais uma vez... Gostaria de desejar a todos os colegas um ano cheio de realizações e que cada um faça de si mesmo a sua meta. Investir em si próprio, em busca de uma qualidade de vida melhor, para que assim possamos ser exemplo e dar o melhor de nós para aqueles que cruzarem nossos caminhos.

**João Paulino da Silva Prazeres**  
Presidente da AMNF



### Médicos de Angra dos Reis têm reivindicações atendidas

No dia 1º de dezembro, durante assembleia organizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), o Secretário de Saúde de Angra dos Reis, Amílcar Jordão Cardellas, garantiu aos médicos do município que duas das reivindicações da categoria serão atendidas: o pagamento dos atrasados de 2002 e a elaboração de um plano de cargos e salários.

Em relação à incorporação da gratificação de 80% ao salário, o secretário afirmou que só poderá incluí-la depois da implantação do plano de cargos e salários. Amílcar também prometeu uma nova gratificação de 80% para os estatutários que trabalham nas emergências e nos postos de saúde de forma a equiparar aos salários dos contratados com os temporários.

Presente na assembleia, o diretor de Sede e Representações do Cremerj, Nelson Nahon, creditou à união dos médicos de Angra as conquistas nas negociações. "Os colegas devem manter-se mobilizados para o atendimento de todas as suas reivindicações", enfatizou.

Em meados de 2011, o Conselho recebeu um documento assinado por cerca de 100 médicos estatutários da região no qual eles reivindicavam melhores salários e condições de trabalho.

### Ministério da Saúde convoca médicos para hospitais federais

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciou no dia 9 de novembro a convocação de 230 médicos

# Notícias do CREMERJ

concursados para seis hospitais federais do Rio de Janeiro e para o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into). Padilha afirmou que 17 anestesistas já foram chamados para o Hospital Cardoso Fontes, onde seis setores foram fechados por falta de médicos. De acordo com o ministro, oito já se apresentaram à unidade.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) impetrou ação civil pública, em 26 de outubro, com pedido de liminar, na Justiça federal, solicitando a contratação dos médicos aprovados no concurso realizado pelo Ministério da Saúde, em 2010, para os hospitais federais no Rio de Janeiro.

Além disso, em 26 de setembro, o Conselho enviou carta à presidente da República, Dilma Rousseff; à ministra do Planejamento, Miriam Belchior; e ao ministro da Saúde expondo a situação em que se encontra a saúde no Rio de Janeiro.

Para o coordenador da Comissão de Saúde Pública do Cremerj, Pablo Vazquez, essa é mais uma conquista da classe médica. "Estamos na luta para chamar a atenção das autoridades competentes para a precariedade da saúde pública no Estado. A convocação dos concursados é mais uma vitória da classe médica e da população", disse.

### Presidente do Cremerj recebe homenagem da Acamerj

A presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), Márcia Rosa de Araujo, foi homenageada pela Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Acamerj) no dia 7 de dezembro. Em sessão solene realizada na Associação Médica Fluminense (AMF), Márcia Rosa recebeu a Medalha de Mérito Carlos Tortelly Rodrigues da Costa e o diploma das mãos do presidente da Acamerj, Alcir Chácar.

"É uma honra receber essa medalha que homenageia Carlos Tortelly Rodrigues Costa, companheiro saudoso, firme de caráter e digno. Ele era pai de outro médico muito estimado por nós,

Aloísio Tortelly, que foi conselheiro do CREMERJ. Todos os que foram agraciados com medalhas hoje estão em associações médicas e acredito que é necessária a união das entidades na luta por melhorias na saúde em nosso país", afirmou Márcia Rosa.

Durante o evento, também foi anunciada a escolha do Acadêmico do Ano de 2011, o médico citopatologista Elimar Antonio Bittar.

### Médicos de Volta Redonda realizam assembleia

Médicos das unidades de saúde do município de Volta Redonda decidiram, durante assembleia no dia 10 de novembro, formar uma comissão representativa dos setores de emergência e de ambulatórios da rede para exigir da Prefeitura vínculo empregatício e o piso salarial estipulado pela Fenam (R\$ 9.188,72) para jornada de 20 horas semanais.

Os conselheiros do Cremerj Luís Fernando Moraes, Nelson Nahon e Sidnei Ferreira participaram da assembleia, junto com o Coordenador da Seccional de Volta Redonda, Olavo Marassi Filho. Segundo eles, o Cremerj vai formular uma representação ao Ministério Público do Trabalho (MPT) para que a Prefeitura estabeleça vínculos empregatícios com os médicos.

"A situação é alarmante. Em setores como a emergência, por exemplo, 70% dos médicos são contratados por RPA, alguns deles há dez anos. Na maternidade do Hospital São João Batista, dos 14 médicos que trabalham no local, apenas dois têm vínculo empregatício. No setor de pediatria da Unidade Básica de Saúde, são quatro médicos, sendo apenas um estatutário", ressaltou Nahon.

Moraes alertou que esses são apenas alguns exemplos das dificuldades na rede. "O cenário é crítico em várias unidades. Trabalhar tanto tempo sem direitos trabalhistas, não podendo tirar férias, adoecer e contribuir para a aposentadoria, mas continuar atendendo mostra o comprometimento dos médicos de Volta Redonda com a população. Entretanto, tudo tem limite. Chegou a hora de mudar", frisou.

# Sociedades uniprofissionais autuadas pelos novos entendimentos da Prefeitura



**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.

Parte dessa matéria foi publicada no primeiro semestre de 2011, na revista da Somerj, Associação Médica Fluminense e distribuída na rede hospitalar e de imagenologia.

Preocupados com os novos entendimentos da Prefeitura e conseqüentes autos de infrações, o Colégio Brasileiro de Radiologia, através de seu presidente e vice-presidente convidou o Grupo Asse e o advogado do sindicato dos Hospitais, Federação e Confederação para participarem de uma reunião com a Secretária de Fazenda do Município que realizou-se no dia 30 de março de 2011, com fim de que a Prefeitura normatizasse e esclarecesse os suas novas interpretações utilizadas como base para atuar as sociedades uniprofissionais, tendo em vista que a legislação municipal e federal não sofreu nenhuma alteração.

Expusemos na reunião decisões da Coordenadoria de Consultas e Estudos Tributários, assim como, autos de infrações baseadas em descrições circunstanciadas que atividade de radiologia não se conceitua como medicina e para surpresa de todos, até da senhora secretária de fazenda, que

os médicos não podem mais usufruir do direito de serem uniprofissionais, se receberem os honorários médicos, prestados de forma pessoal e responsabilidade subsidiária, se prestados a pacientes nas sedes de terceiros contratantes, hospitais, clínicas e empresas de imagenologia, porque a Prefeitura passou a entender a partir de 2011, que é um CARÁTER EMPRESARIAL, mesmo que a sociedade uniprofissional, constituídas por médicos habilitados ao exercício da profissão, tenha a sua sede social na residência de um dos sócios. Isto inclui, médicos radiologistas, hemodinamicistas, cirurgiões, anestesistas, exames complementares e outras especialidades, que por não terem a sua CTPS assinada, são obrigados a constituir uma pessoa jurídica para receber seus honorários. O terceiro contratante oferece toda a estrutura de ESPAÇO FÍSICO, TECNOLOGIA, EQUIPAMENTOS, EQUIPE DE PESSOAL ADMINISTRATIVO E TÉCNICO, MEDICAMENTOS, MATERIAIS, INSUMOS E OUTROS NECESSÁRIOS Á PRESTAÇÃO DESTES SERVIÇOS MÉDICOS. A sociedade uniprofissional, através de seus sócios, presta seus serviços, recebendo seus honorários com responsabilidade de acordo com o artigo 997 do NCC, resolução do 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, sendo responsáveis pelos danos eventualmente causados a seus pacientes, por ação ou omissão, sem prejuízo da responsabilidade disciplinar perante o Cremerj, que porventura

incorrer o responsável direto pelo ato. Informamos a senhora secretária, que a divisão de fiscalização do ISS tem alegado que se a sociedade uniprofissional possuir uma carteira de credenciamento, através de assinatura de contrato de prestação de serviços, entendem que é um CARÁTER EMPRESARIAL, sem direito a recolher o ISS pelo valor fixo por sócio de R\$ 53,50 e sim à alíquota de 5% sobre cada nota fiscal emitida. A Prefeitura alega que os pacientes não são dos médicos e sim dos contratantes. A legislação federal e municipal nada fala à respeito, mas são entendimentos fazendários/arrecadatários refletindo em autuações.

O Grupo Asse levou este assunto ao Cremerj, através do protocolo de duas correspondências a Ouvidoria e Presidência, com fim de uma mobilização, conforme ocorrida no ano de 2007, com VITÓRIA, fazendo com que o ex-prefeito revogasse o seu decreto municipal, após aprovação na Câmara dos Vereadores e publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. A senhora presidente do Cremerj com sua atuação e demais entidades representativas das sociedades uniprofissionais, obtiveram um grande êxito e atualmente se faz necessário uma NOVA, AMPLA e URGENTE MOBILIZAÇÃO com a união e assinatura dos médicos e das entidades representativas da categoria, que pode ser um MANIFESTO DE INCONFORMISMO E REPÚDIO a estes novos entendimentos que visam aumentar a arrecadação da Prefeitura. É importante que este MANIFESTO seja levado ao

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro para sua apreciação e decisão para que cesse esta perseguição às sociedades uniprofissionais feitas pelo governo anterior e ora, pelo governo atual.

A divisão de fiscalização do ISS informa que com a implantação da Nota Fiscal Eletrônica a Prefeitura tem como saber de imediato o nome dos tomadores de serviços das sociedades uniprofissionais.

A Prefeitura dá um tratamento diferenciado as sociedades uniprofissionais constituídas de advogados, que firmam contratos expressivos com empresas privadas e públicas, porque a OAB defende os interesses de seus associados, inscritos na ordem, pacificados pelo Supremo, que independente do contrato social dos advogados, são sociedades uniprofissionais e gozam do tratamento diferenciado previsto no artigo 9º, parágrafo 3º do decreto-lei nº 406/1968, devendo recolher o ISS não sobre o faturamento bruto, mas sim pelo valor fixo por sócio.

**PORQUE A PREFEITURA NÃO DÁ O MESMO TRATAMENTO AOS MÉDICOS SÓCIOS DAS SOCIEDADES UNIPROFISSIONAIS, ALGUNS DELES OBRIGADOS A CONSTITUÍREM SUA PESSOA JURÍDICA, POR NÃO TER A SUA CTPS ASSINADA, PARA EXERCER A SUA PROFISSÃO E RECEBER HONORÁRIOS PELOS SEUS SERVIÇOS PRESTADOS, MESMO QUE NA SEDE DE TERCEIROS CONTRATANTES?**

A senhora secretária de fazenda informou que nada poderia fazer a não ser sugerir que cada sociedade uniprofissional impetrasse consulta na Coordenadoria. As consulentes que assim o fizeram, tiveram o seu direito denegado e autuados pela divisão de fiscalização pelos motivos acima mencionados. Foi observado após a reunião que a Prefeitura está promovendo uma subversão das respectivas competências, utilizando-se de novos entendimentos, sem fundamentação legal, caracterizando e tipificando as SOCIEDADES UNIPROFISSIONAIS de acordo com seus INTERESSES FAZENDÁRIOS.

A sociedade Uniprofissional tem que ser constituída de profissionais da mesma profissão, elencados no artigo 5º da Lei 3.720/2004, e prestar serviços em nome

da sociedade, embora assumindo responsabilidade pessoal nos termos da lei aplicável.

Interpretações da Prefeitura do Rio de Janeiro 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?

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 limitada 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 en-

tre 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 caracterização 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 (prótese, stent, materiais, medicamentos, insumos). Na nota fiscal deve constar prestação de serviços médicos, que é

o conhecimento científico da medicina. Não pode extrapolar 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 comércio, carteira de credenciamentos, equipamentos, ponto comercial, etc.

1.13 - Conforme já mencionado, a divisão de fiscalização do ISS tem informado que entende 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 43 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, mas que pode autuar a sociedade uniprofissional segundo os novos entendimentos da Prefeitura.

A prefeitura tem interpretado e atuado como 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.

Conforme já mencionado no artigo, um grande número de atividades, como anestesia, radiologia, hemodinâmica, exames complementares, cirurgias em geral e outras, só podem 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).

Assim, se faz necessário que os médicos entrem em contato com o Grupo Asse para assinarem o manifesto, junto com seus colegas e entidades representativas, para que com a união e mobilização de todos, consigamos sensibilizar o senhor Prefeito para que cesse a perseguição da Prefeitura às sociedades uniprofissionais.

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 - Autuados pelos novos entendimentos da Prefeitura"

**Fechamento da edição: 29/12/2011**

**Diretoria do Grupo Asse**

Vitor Marinho - **Fundador**

Vinícius Marinho - **Operacional**

Vitor Marinho Filho - **Administrativo**



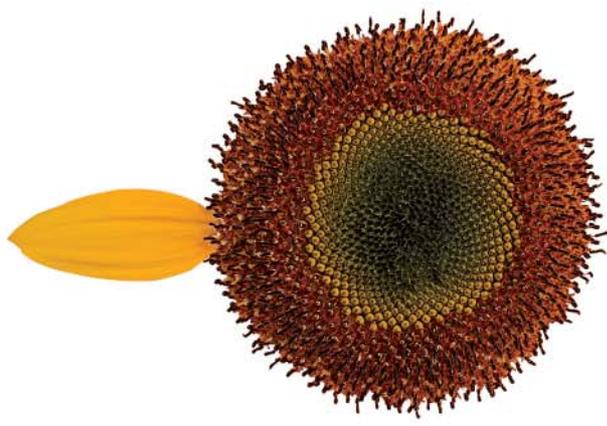
**GRUPO ASSE**

**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**



## O individual.



## O coletivo.

Em 1967, em Santos, começou o sonho de um mundo melhor. Um sonho de união para o bem conjunto. Um médico, que viu sua profissão sendo desvalorizada pelo mercantilismo, resolveu se unir a outros médicos para juntos formarem uma cooperativa. Dessa junção de forças, de ideais e de sonhos nasceu a Unimed, a maior experiência cooperativista na área da saúde em todo o mundo.

A maior rede de assistência

médica do Brasil, presente em 83% do território nacional, é a prova de que quando unimos forças geramos uma potência infinitamente maior. Hoje, após 45 anos, o Sistema Unimed é composto por 371 cooperativas médicas, que prestam assistência para cerca de 18 milhões de clientes em todo o País.

Além disso, como cooperativa, a Unimed tem um papel social ativo, por meio de programas de Responsabilidade Social. E cumpre todos os

requisitos que dizem respeito aos pilares cooperativistas: adesão livre e voluntária, gestão democrática, participação econômica dos membros, autonomia e independência, educação, formação e informação, cooperação entre cooperativas e interesse pela comunidade. Hoje, mais de 111 mil médicos mostram como o esforço coletivo pode gerar resultados incríveis. Resultados esses materializados em toda a estrutura Unimed disponível

atualmente, como os 3.029 hospitais credenciados, mais de 170 pronto atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais próprios e credenciados para garantir qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecidos. Diante desse cenário, fica uma questão: para que valorizar o individual quando o coletivo pode muito mais? A grande beleza está no conjunto.



**Unimed**   
Federação Rio

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