

SOMERJ

Órgão Oficial da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro
SOMERJ - Ano XII - nº 72 - Abr / Mai / Jun de 2018 - Federada à AMB



em revista



Museu do Amanhã na Praça Mauá - RJ

SOMERJ reúne o Conselho Deliberativo em



Niterói



Petrópolis



Cabo Frio



Há 45 anos cuidando da saúde da empresa médica.

 (21) 2216-9900

 www.grupoasse.com.br

 diretoria@asse.com.br

 [www.facebook.com.br/
grupoasseassessoria](http://www.facebook.com.br/grupoasseassessoria)

 @grupoasseoficial



GRUPO ASSE, criado há 45 anos especialmente para atender os profissionais da área da Saúde. Assessoramos consultórios, clínicas, hospitais, sociedades e sindicato dos médicos.

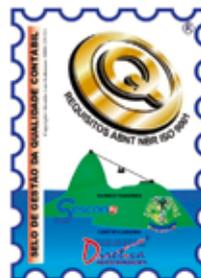
Somos certificados com ISO 9001, conferido pelo CRC e SESCON, através do PQN- Programa de Qualidade Necessária.

Atuamos nas áreas Contábil, Fiscal, Tributária, Recursos Humanos, Legalização, Auditoria Interna e Suporte Fiscal, oferecendo ao profissional da Saúde uma assessoria diferenciada, com informações precisas, procurando atendê-lo da melhor forma possível.

Participamos de palestras em congressos, agregando conhecimento aos médicos, promovendo debates para tirar dúvidas desses profissionais tão importantes em nossa vida.

Temos nos mobilizado junto às entidades representativas médicas, Cremerj, Sinmed-RJ, Secretaria de Fazenda, Coordenadorias, Prefeitura, Câmara dos Vereadores quanto a sociedade uniprofissional, com fim de que fosse assegurado o direito dos médicos e cessasse a sua insegurança jurídica.

Temos participado de reuniões no Sinmed-RJ discutindo a importância de se constituir uma frente parlamentar no Legislativo para isonomia de uma alíquota justa no Simples Nacional, como a concedida aos advogados. Sem união e participação das entidades médicas em todo o país, os médicos continuarão sendo cerceados de seu direito.



Selo SESCON - Sindicato das
Empresas de Serviços Contábeis

Grupo Asse Contabilidade Médica Ltda.
Rua Teófilo Otoni, nº15 - 12º andar — Centro,
Rio de Janeiro — RJ — CEP 20090-080

Caros associados

Em 28 de janeiro de 2000, com a edição da Lei 9961, era criada a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. Portanto, operadores, prestadores e consumidores passaram a ser impactados pelas decisões da agência que passou a regular o setor e mediar os inevitáveis conflitos entre as partes. As primeiras decisões marcaram um avanço importante num setor da economia que não tinha nenhuma regulação, com adoção de normas, regulamentos e diretrizes.

Após 18 anos de existência nos deparamos com um panorama completamente diferente, com grande prejuízo para os consumidores, com sucessivos aumentos bem acima dos índices inflacionários e para os prestadores que passaram a conviver com mais burocracia e dificuldades na relação com as operadoras. Estas, ao contrário, têm suas solicitações atendidas, tornando o sistema cada vez mais perverso para os demais.

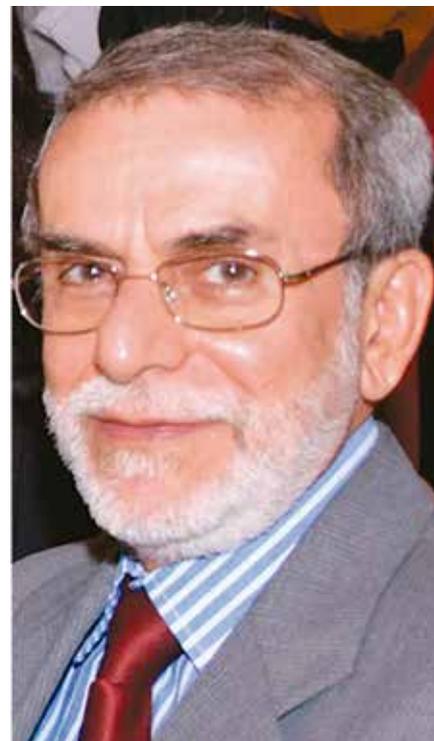
Recentemente foi editada a resolução normativa 433 que fixa as normas para contratação de planos de

saúde com participação de até 40% dos custos de procedimentos a serem arcados pelos contratantes de planos individuais e de 60% para os planos coletivos, com início de vigência dentro de 6 meses. É mais um duro golpe no orçamento do brasileiro que já sofre com as dificuldades criadas pela grave crise econômica que vive o país.

O consumidor pensará muitas vezes antes de adquirir seu plano de saúde, tornando mais difícil seu acesso a serviços, pressionando ainda mais o SUS.

Por outro lado, a discussão, que já se prolonga, sobre “novas formas de remuneração” preocupa, e muito, o médico pelo receio de serem implantados sem o devido debate, sobretudo ético, de modelos que prejudiquem seu exercício profissional e sua remuneração. Historicamente, observamos adoção de ações que prejudicam o médico, favorecendo as operadoras de saúde.

A adoção e imposição de “pacotes” aos colegas especialistas é outra dificuldade constatada na relação entre médicos e operadoras. Entidades médicas se posicionam contra e rejeitam tais “pacotes”, como ocorreu recentemente com os oftalmologistas. A luta e a vigilância devem ser constantes para enfrentarmos as dificuldades



Benjamin Baptista de Almeida
Presidente da Somerj

que estão surgindo.

A partir desse número teremos um colunista fixo na seção “História da Medicina”: trata-se do Dr. Alfredo Guarischi, médico homenageado pela SOMERJ em 2017 e escritor.

A cobertura do ENEM, em Brasília e os eventos das nossas filiadas também ganham destaque, bem como o artigo científico sobre Síndrome Pós-laminectomia.

Boa leitura.

Somerj em Revista

Ano XII - nº 72 - Abr / Mai / Jun de 2018
Órgão Oficial da SOMERJ - Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro
Av. Franklin Roosevelt, 84/604, Centro,
Rio de Janeiro/RJ - CEP 20021-120.
Telefax: (21) 3907-6200
e-mail: somerj@somerrj.com.br
Site: www.somerj.com.br
Facebook: somerjassociacaomedica
Instagram: somerj_associacaomedica
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 2017/2020

Presidente

Benjamin Baptista de Almeida

Vice-Presidente

Ilza Boeira Fellows

Secretário Geral

Rômulo Capello Teixeira

1º Secretário

Luiz Antonio Roxo Fonseca

2º Secretário

Kassie Regina Neves Cargnin

1º Tesoureiro

César Danilo Angelim Leal

2º Tesoureiro

Sérgio Osmar Pina Servino

Diretor Científico e de Ensino Médico

Marília de Abreu Silva

Diretor de Eventos, Divulgação e

Editor-chefe da Revista da SOMERJ

Benito Petraglia

Diretor de Marketing e Empreendimentos

José Ramon Varela Blanco

Ouvidor Geral

Margarida Machado Gomes

Vice-Presidente da Capital

Edson Ferreira Liberal

Vice-Presidente da Região da Costa Verde

Adão Guimarães e Silva

Vice-Presidente da Região Serra

Rommel Condé da Silveira

Vice-Presidente da Região Norte

Ricardo Venâncio Juliboni

Vice-Presidente da Região Noroeste

Samaene Vinhosa Simão

Vice-Presidente da Região Sul

Carmem Lúcia Garcia de Sousa

Vice-Presidente da Região Centro Sul

Catia Helena de Paiva Fernandes

Vice-Presidente da Região Metropolitana

Zelina Maria da Rocha Caldeira

Vice-Presidente da Região da Baixada

Fernando da Silva Moreira

Vice-Presidente da Região dos Lagos

Cícero Silveira Costa

Delegados À AMB - Efetivos:

Fernando da Silva Moreira, Marília de Abreu e Silva, César Danilo Angelim Leal, Zelina Maria da Rocha Caldeira, Ilza Boeira Fellows

Suplentes: Mária Ramos Madella, Rômulo Capello Teixeira, Valéria Patrocínio Teixeira Vaz, Fabiana Sayuri Ueda, Kassie Regina Neves Cargnin

Conselho Fiscal Efetivos: Aloisio Tibiricá Miranda, José Estevam da Silva Filho, Marcos Rogério Leal de Almeida

Suplentes: João Tadeu Damian Souto, Marcelo Batista Rizzo, Thiers Marques Monteiro



Sumário

Opinião



Sífilis ainda como um desafio para a saúde pública

Pág. 05

Aconteceu

Reuniões do Conselho Deliberativo em Niterói e Petrópolis e Cabo Frio

Pág. 06

Em Nova Friburgo encontro reúne irmãos de duas nações

Pág. 07

Afiladas da SOMERJ

1 - Associação Médica de Angra dos Reis

Dr. Ywalter da Silva Gusmão Jr.

2 - Associação Médica de Barra Mansa

Dr. Luis Antonio Roxo Fonseca

3 - Associação Médica de Barra do Pirai

Dr. Ronaldo Marques Nóbrega

4 - Associação Médica de Duque de Caxias

Dr. Sílvio Roberto da Costa Júnior

5 - Associação Médica Fluminense

Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira

6 - Associação Médica de Itaguaí

Dr. Antonio Daniel Moura Genovez

7 - Associação Médica de Macaé

Dra. Rozane Soraya Alves de Lacerda

8 - Associação Médica de Maricá

Dr. Rodrigo Cantini

9 - Associação Médica Meritense

Dr. Dario Féres Dalul

10 - Associação Médica Norte Fluminense - Itaperuna

Dr. Samaene Vinhosa Simão

11 - Associação Médica de Nova Friburgo

Dr. Carlos Alberto Pecci

XIII ENEM teve saldo positivo

Pág. 08

Artigo Científico



Síndrome pós-laminectomia, um desafio a ser vencido

Pág. 12

Notícias do Cremerj

Pág. 15

Eventos

Domingo de Combate ao Tabaco. Sociedade Médica de Barra Mansa promove 3º Fórum de Direito Médico

Pág. 18

Fórum em Duque de Caxias

Pág. 20

História da Medicina



Seishu Hanaoka, o 'avô da anestesia'

Pág. 21

Sífilis ainda como um desafio para a saúde pública

A sífilis causada pela bactéria *Treponema pallidum* é reconhecida como uma infecção sexualmente transmissível, podendo ainda ocorrer por transmissão vertical (mãe para o feto), compartilhamento de seringas usadas no uso de drogas injetáveis e transfusão sanguínea (hoje rara), caracterizando as formas de sífilis adquirida e congênita.

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986, a sífilis em gestantes desde 2005 e a sífilis adquirida desde 2010, entretanto a subnotificação de casos e o preenchimento incompleto da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) permanecem como uma triste realidade.

No último Relatório do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), apresenta os dados epidemiológicos de sífilis congênita desde 1998, sífilis em gestantes a partir de 2005 e de sífilis adquirida de 2010 até 30 de junho de 2017. Buscando ilustrar os dados epidemiológicos no Brasil, apenas no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, entre estes, 185 óbitos.

Neste relatório se observa um aumento no número de casos de sífilis adquirida, em gestantes e congênita, com grande heterogeneidade entre os estados, capitais e municípios brasileiros. A recrudescência da sífilis adquirida não é exclusividade do Brasil, ocorrendo de forma global, a despeito de métodos diagnósticos e de tratamento serem conhecidos e estarem, na maioria dos países, à disposição na rede pública de saúde. Explicações para tal processo transpassam vários fatores, em particular, a redução e resistência ao uso de preservativos.

Em relação a Sífilis adquirida vale ressaltar seu grande espectro clínico entremeadado por períodos de completo silêncio das manifestações, onde o diagnóstico só é possível pelos exames sorológicos. Fato que também

contribuiu para o Conselho Federal de Medicina promulgar a Recomendação CFM Nº 2/2016 que dispõe sobre a conveniência e oportunidade de os médicos oferecerem aos pacientes, em consulta médica, a solicitação de testes sorológicos para o HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como orientá-los sobre a prevenção destas infecções. O controle da Sífilis em gestantes continua sendo um desafio para a atenção pré-natal, pois a infecção, em grande parte se apresenta assintomática na gestação, justificando a necessidade do rastreio sorológico.

O Relatório do DIAHV/SVS/MS destaca que 57,0% das gestantes com sífilis tiveram o diagnóstico durante o pré-natal, denotando-se a importância deste acompanhamento no diagnóstico e tratamento da doença e principalmente na prevenção da sífilis congênita. São vários os desfavores do pré-natal que impactam negativamente a sífilis congênita, ressaltamos o esquema terapêutico da penicilina inadequado e a pouca atenção ao tratamento dos parceiros sexuais das grávidas com sífilis.

A Sífilis congênita por sua vez pode provocar aborto espontâneo, natimortalidade e óbito perinatal, além de trazer prejuízos precoces ou tardios para a criança, como lesões ósseas, hepatoesplenomegalia, alterações oculares ou neurológicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estipularam meta para a eliminação da sífilis congênita, definida como ocorrência de 0,5 ou menos casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos. Em todo o território brasileiro nos últimos 10 anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita (em 2016 foi de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos). Como se destaca, muito longe da meta estabelecida pela OMS e OPAS.

Ressaltamos por término que o uso do preservativo nas relações sexuais segue como uma das principais formas de prevenção, entretanto, em Pesquisa de Conheci-



Edilbert Pellegrini Nahn Junior

Dermatologista, Diretor da Faculdade de Medicina de Campos

mentos, Atitudes e Práticas relacionada às IST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos publicada em 2011 detectou que a porcentagem de pessoas que relataram o uso de preservativos regularmente foi insatisfatória. O uso do preservativo entre as pessoas de 15-64 anos de idade na última relação sexual, nos últimos 12 meses, foi de 39%, mas o uso de preservativos em todas as relações sexuais caiu para 20% com parceria fixa e atingiu 55% com parceiro casual.

Concluimos, pelo exposto, que ainda há um grande desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre as formas de apresentação, pesquisa diagnóstica laboratorial e tratamento da sífilis, com necessidade de melhorar a assistência aos pacientes. Assim como intensificar as ações de prevenção, fortalecimento da vigilância epidemiológica coibindo, entre outras ações, as omissões no preenchimento das fichas de notificações, praticar a educação em saúde de forma permanente e melhorar a comunicação em todos os territórios através de campanhas públicas para reduzirmos a sífilis adquirida e em gestantes e eliminar a sífilis congênita no Brasil.

Somerj reúne Conselho Deliberativo em Niterói, Petrópolis e Cabo Frio



Representantes de várias entidades médicas presentes na reunião em Niterói

O município de Niterói sediou a 2ª Reunião do Conselho Deliberativo e Diretoria Plena da SOMERJ, nos dias 6 e 7 de abril, na Associação Médica Fluminense (AMF). Em comemoração ao Dia Mundial da Saúde (7 de abril) foi realizada palestra científica sobre o tema Doenças Emergentes, Reemergentes e Negligenciadas pelo Dr. Waldenir de Bragança, ex-presidente e membro nato do Conselho da AMF e membro honorário da Academia Nacional de Medicina. A reunião do Conselho Deliberativo ocorreu na manhã seguinte, tendo sido discutidos importantes assuntos relativos à saúde nos vários municípios do interior do estado e na capital.

Petrópolis - A SOMERJ promoveu, nos dias 4 e 5 de maio, a 3ª Reunião do Conselho Deliberativo e Diretoria Plena de 2018, precedida de Reunião Científica, realizada em parceria com a Associação Médica de Petrópolis, na Cooperativa de Usuários de Assistência Médica de Petrópolis, USIMED. No primeiro dia houve a palestra com o tema

Influenza, ministrada pelo Dr. Luiz Antônio Alves de Lima, Professor de Doenças Infecciosas e Parasitárias – DIP da UFRJ.

No dia seguinte aconteceu a reunião do Conselho Deliberativo e Diretoria Plena da SOMERJ, no Sindicato dos Médicos de Petrópolis. Estiveram presentes o presidente da SOMERJ, Dr. Benjamin Baptista, com membros da diretoria, o presidente do Conselho do CREMERJ, Dr. Nelson Nahon; os conselheiros Drs. José Ramon Varela Blanco, Ilza Fellows e Marília de Abreu; o presidente da Federação Nacional dos



Dr. Waldenir Bragança fez palestra na Associação Médica Fluminense



Representantes discutindo em Niterói

Médicos (FENAM), Dr. Jorge Darze, além de representantes da Associação Médica de Petrópolis, do Sindicato dos Médicos de Petrópolis, e presidentes e representantes das associações médicas filiadas de Itaperuna, Barra Mansa, Barra do Piraí, Rio de Janeiro e Niterói.



Drs. Samuel Kierzenbaum, Odete Odália, Denise Marangoni, Luiz Antônio Alves de Lima, Benjamin Baptista de Almeida e Marília de Abreu Silva

Os eventos científicos promovidos pelas filiadas da SOMERJ foram levados ao conhecimento da plateia, bem como a discussão sobre o tema saúde pública nos vários municípios participantes. O CREMERJ, pela sua representante Dra. Marília de Abreu Silva, enfocou as várias ações judiciais promovidas pelo Conselho contra a invasão do Ato Médico e a confirmação da contratação, pelo DGH, de 1.000 médicos para a rede federal. Participaram as afiliadas de Rio das Ostras, Campos, Barra do Piraí, Itaperuna, Niterói, Rio de Janeiro, Duque de Caxias e os vice-presidentes regionais da Região Serrana e da Região Metropolitana.

A palestra “Vida financeira, tribu-

tação e aposentadoria” realizada no Centro Médico Victor Rocha, numa iniciativa da SOMERJ com parceria da Associação Médica da Região dos Lagos, apresentou os pilares da vida econômica do médico. O evento trouxe um conjunto organizado e sistêmico de informações para a gestão financeira e ressaltou a importância de o médico gerenciar alguns itens estratégicos de sua vida, sem a necessidade de ser um expert em cada assunto.



Participantes da Reunião do Conselho Deliberativo da Somerj em Cabo Frio

Friburgo reúne irmãos de duas nações



Antonio Matias homenageia representante de Portugal observado pelo Dr. Rommel Condé

A Comunidade Lusitana de Friburgo recepcionou autoridades portuguesas de Santo Tirso e Penacova durante celebrações do bicentenário do município. A recepção oferecida pelo Grêmio Por-

tuguês de Nova Friburgo à delegação lusitana converteu-se numa demonstração didática do potencial da irmanação entre cidades para promover a mudança de paradigmas e ajudar a construir sociedades mais justas e igualitárias.

Participaram do evento, o presidente da Câmara de Santo Tirso, Joaquim Couto, e também seu vice, Alberto Costa. Além deles também estiveram presentes Humberto Oliveira, presidente da Câmara de Penacova, e Alípio Rui Félix Batista, presidente da Junta de Freguesia de Lorvão. O presidente do Grêmio Português, Antônio Matias, frisou a necessidade de renovação da instituição que em junho celebra seu 85º aniversário. O Grêmio também foi representado por Fátima Seraphim, sua filha Ana Paula, e o apresentador da noite, Gustavo Silva de Souza. Também prestigiaram o evento; o presidente do Country Clube, Roosevelt Concy; o médico Rommel Condé, representando a Associação dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ); e Carlos Magno, presidente da Campesina e o presidente do Legislativo, Alexandre Cruz.

XIII ENEM teve saldo positivo

Entidades médicas reuniram-se no dia 11 de julho, no Conselho Federal de Medicina (CFM), para avaliar o XIII Encontro Nacional das Entidades Médicas (ENEM), que foi realizado no final de junho, e definir detalhes sobre o lançamento do relatório de divulgação dos resultados, que acontecerá em 2 de agosto. O documento é fruto de intensos debates, com a participação de médicos de todo País, que estiveram no ENEM, entre 26 e 27 de junho, em Brasília (DF).

Dentre os pontos discutidos e aprovados estão providências dos gestores para sanar problemas estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais exigem urgentes investimentos públicos em todos os níveis de assistência (atenção básica, média e alta complexidade). Também fazem parte da relação a formação médica (graduação, pós-graduação e exames de avaliação para o exercício profissional); mercado de trabalho do médico (prestação de trabalho no SUS), o impacto do Programa Mais Médicos no mercado de trabalho, atuação no Sistema Suplementar de Saúde, Carreira de Médico de Estado; e Assistência Médica à Saúde no Brasil (modelos de gestão de Sistemas de Saúde e financiamento).

O Dr. Sidnei Ferreira, conselheiro do CFM e do CREMERJ, participou ativamente das mesas de discussões que resultaram no documento final do ENEM. Ele frisou que as propostas levadas ao ENEM foram discutidas e aprovadas no Pré-ENEM realizado no Rio de Janeiro,



Dr. Sidnei Ferreira, representante do RJ no CFM, Dr. Rômulo Capello Teixeira, Sec. Geral e representante da Somerj, Dr. Carlos Vital, presidente do CFM e Dr. Renato Graça, vice-presidente do Cremerj

promovido por SOMERJ, CREMERJ, AMERERJ, FENAM e SINMED e que foram acatadas para discussão, sendo a maioria aprovada, como a defesa do exame nacional de proficiência em medicina através de avaliação seriada, a defesa da autonomia universitária, não à EBSEH e às organizações sociais como forma de gestão, normalização dos valores salariais dos médicos federais e implantação imediata do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos para os médicos do Rio de Janeiro.

Participaram da organização do evento o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Médica Brasileira (FMB), a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR). A SOMERJ foi representada pelo seu secretário-geral, Dr. Rômulo Capello Teixeira.

Reunião da SOMERJ em Barra do Piraí

A 5ª Reunião do Conselho Deliberativo e Diretoria Plena da SOMERJ de 2018, precedida de Reunião Científica, será realizada nos dias 3 e 4 de agosto 2018, em Barra do Piraí, com a seguinte programação: 3 de agosto: 19h30min - Palestra Científica com o tema Doenças Sexualmente Transmissíveis proferida pelo Dr. Mauro Romero Leal Passos, Professor Titular do Setor de Doenças Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. Será no Auditório da Unimed Centro Sul Fluminense. No dia 4 de Agosto, às 9 horas, acontece a Reunião do Conselho Deliberativo e Diretoria Plena da SOMERJ, também no Auditório da Unimed Centro Sul Fluminense. Na pauta, Apreciação da Ata de 09/06/2018, Informes da SOMERJ, Informes das Filiadas, Movimento Médico e Assuntos Gerais.

UTI. Web

Gerenciamento e monitoramento em UTI como você nunca viu.

Gerenciamento **de custos**

Gerenciamento **de indicadores**

Gestão de Medicação de **alto custo e dietas especiais**

Plataforma **inovadora**

Consultoria **especializada 24 horas**

Gestão **adulto, neonatal e pediátrica**



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 
Federação Rio



Os médicos desenvolvedores do UTI Web, Renato Vieira Gomes e Gisella Vilela de Souza Lima.

Unimed Federação Rio investe em sistema de auditoria Web em UTI

A Unimed Federação Rio iniciou um trabalho voltado ao monitoramento de desempenho da medicina intensiva no Sistema Unimed Fluminense. Diante do cenário atual, em que pacientes internados em UTI consomem cerca de 30 a 50% dos recursos financeiros hospitalares e são submetidos a tratamentos agressivos e invasivos, muitas vezes não indicados, a identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos é fundamental. Com esse objetivo, a Unimed Federação Rio lançou o UTI Web. O sistema de performance de UTI estabelece critérios clínicos para identificar um paciente

passível de internação em unidade intensiva, baseado nos critérios estabelecidos pela AMIB e pelo Conselho Federal de Medicina.

O UTI Web, totalmente hospedado na “nuvem”, tem como finalidade acompanhar e qualificar internações em UTI, fornecer consultoria especializada em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal, através do uso de escores de gravidade internacionalmente aceitos (SOFA, PMODS e SNAPPE II). O sistema nasceu de um protótipo, que já existia na Unimed Federação Rio, com mais de 20 mil diárias analisadas e mais de dez mil internações em Unidades de Terapia

Intensiva.

O programa mostrava que, em média, 20% dos casos não apresentavam justificativa adequada para permanência em Unidades de Terapia Intensiva. “Com o software, podemos oferecer o tratamento adequado ao beneficiário, racionalização dos recursos de UTI, identificando pacientes com indicação de tratamentos paliativos.”, disse o diretor Administrativo-Operacional da Unimed Federação Rio, Gilson Lima.

“O sistema funciona da seguinte maneira, o hospital interessado em realizar a internação em UTI entra em contato com a Unimed de origem do beneficiário fazendo o cadastro no sistema. Em seguida, o médico intensivista do hospital preenche o formulário clínico via WEB. A partir desses dados, o sistema fornece um parecer automático ao auditor. Todos os pareceres vão para o auditor da Unimed de origem, que pode liberar, gerar exigência ao intensivista ou ainda pedir auxílio a uma consultoria especializada em terapia intensiva. O ciclo é repetido até que haja anuência das solicitações de internação. A autorização, ou não, é sempre do auditor da Unimed. “O sistema concede pareceres especializados”, explica o médico Renato Vieira



Gomes, que é consultor em Terapia Intensiva na Unimed Federação Rio e desenvolvedor do sistema, juntamente da também médica, Gisella Vilela de Souza Lima, além da equipe da fábrica de software da cooperativa.

Em 17 de abril, a Unimed Federação Rio recebeu as cooperativas fluminenses já contempladas com o sistema, como as Unimeds Araruama, Cabo Frio, Centro Sul Fluminense, Costa Verde, Marquês de Valença, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Resende e Três Rios, para um treinamento sobre o UTI Web, voltado aos auditores, gestores e colaboradores da área de Atendimento. A Unimed Federação do Paraná também visitou a cooperativa com o objetivo de entender o sistema e, posteriormente a uma avaliação, implantar em sua sede.



Gilson de Souza Lima é o diretor Administrativo – Operacional da Unimed Federação Rio

Em pouco tempo de utilização, apenas seis meses, o UTI Web já apresenta números consideráveis. Foram computadas 1.294 prorrogações de UTI, que foram geradas por 616 interações, que constituem 4.383 diárias solicitadas, destas, 895 (20,4%) não apresentavam critérios para permanência em UTI. Ainda de acordo com

Gilson Lima, o “foco no sistema traz a reboque a discussão sobre cuidados paliativos com o paciente fora de possibilidade terapêutica. Será que é válido mantê-lo em uma UTI de hospital ou oferecer um fim de vida mais digno? Nem sempre o tratamento mais caro é o melhor para sua qualidade de vida”.

BUSQUE NOVAS SOLUÇÕES!

CONTHÁBIL
assessoria

(21) 2621-1000
WWW.CONTHABIL.COM.BR

© CONSULTORIA

Síndrome pós-laminectomia, um desafio a ser vencido

Nos últimos anos, vem crescendo o interesse na atenção aos paciente portadores de dores crônicas, muito devido ao aumento da longevidade e consequentemente das doenças degenerativas e o aumento da expectativa de vida dos pacientes oncológicos. Continuam sendo desafiantes os tratamentos de algumas patologias como a neuralgia pós-herpética, cefaléias e a chamada Síndrome pós-laminectomia:

A síndrome da dor nas costas (Síndrome pós-laminectomia ou Failed back surgery) é uma complicação bem reconhecida da cirurgia da coluna lombar. Pode resultar em dor e incapacidades crônicas, muitas vezes com conseqüências emocionais e financeiras desastrosas para o paciente. Muitos pacientes têm tradicionalmente sido classificados como "crônicos" e são consignados a uma vida de tratamento com narcóticos de longo prazo, com poucas chances de recuperação. Apesar do extenso trabalho nos últimos anos, a Síndrome pós-laminectomia continua sendo um transtorno desafiador e dispendioso.

Síndrome pós-laminectomia é uma condição caracterizada por dor crônica após cirurgias nas costas. Muitos fatores podem contribuir para o aparecimento ou desenvolvimento de SPL, incluindo hérnia de disco residual ou recorrente, pressão pós-operatória persistente em um nervo espinhal, mobilidade articular alterada, hipermobilidade articular com instabilidade, tecido cicatricial (fibrose), depressão, ansiedade, insônia, descondicionamento muscular espinhal e até infecção por *Propionibacterium acne*. Um indivíduo pode estar predisposto ao desenvolvimento de SPL devido a distúrbios sistêmicos, como diabetes, doença autoimune e doença vascular periférica.

Os sintomas comumente associados com SPL incluem dor difusa lombar contínua e/ou intermitentes envolvendo as costas ou pernas. A sensibilidade anormal pode incluir dor aguda, pontiaguda em choques ou facadas, queimação e disestesias e alodinia nas extremidades. O termo "síndrome pós-laminectomia" é usado por alguns médicos para indicar a mesma condição que a síndrome das costas falida ou failed back syndrome.

Os tratamentos da síndrome pós-laminectomia incluem fisioterapia, quiropraxia de baixa força específica, bloqueios de nervos, estimulação elétrica transcutânea (TENS), anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), estabilizadores de membrana, antidepressivos, analgésicos antipiréticos, opióides, estimulação da medula espinhal e bomba de infusão de fármacos intratecal. O uso de injeções epidurais de esteróides pode ser minimamente útil em alguns casos. O uso direcionado de um potente anti-inflamatório anti-TNF-alfa como terapêutica

está sendo investigado. A adesiólise ou lise de cicatrizes e aderências epidurais através de cateteres guiados por radiscopopia e epidurogramas ou por visão direta através da epiduroscopia vêm se mostrando promissor.

O número de cirurgias da coluna varia ao redor do mundo. Os Estados Unidos e a Holanda registram o maior número de cirurgias de coluna, enquanto o Reino Unido e a Suécia relatam o menor número. As taxas de sucesso da cirurgia da coluna vertebral variam por vários motivos.

Causas:

Os pacientes que se submeteram a uma ou mais operações na coluna lombar e continuam a sentir e relatar dor posteriormente podem ser divididos em dois grupos. O primeiro grupo é aquele em quem a cirurgia nunca foi indicada, ou a cirurgia realizada nunca foi capaz de alcançar o resultado desejado; e aqueles em quem a cirurgia foi indicada, mas que tecnicamente não atingiram o resultado pretendido. Foi observado que pacientes com uma apresentação dolorosa predominante de padrão radicular terão um resultado melhor do que aqueles que apresentam queixas predominantes de lombalgia.

O segundo grupo inclui pacientes que tiveram operações incompletas ou inadequadas. A estenose do canal lombar e/ou foraminal pode ser negligenciada, especialmente quando associada à hérnia ou protrusão discal. A remoção de um disco, apesar de não abordar a presença subjacente de estenose, pode levar a resultados decepcionantes. Ocasionalmente cirurgia realizada em um nível errado, assim como falha em reconhecer um fragmento de disco extruso ou sequestrado. A exposição cirúrgica inadequada pode levar a outros problemas para não chegar à patologia subjacente. Hakelius relatou uma incidência de 3% de dano grave na raiz do nervo.

Estudos realizados por Cohen mostram que até 25% de toda a dor lombar é de origem sacroilíaca e que o diagnóstico da doença da articulação sacroilíaca é frequentemente negligenciado e que estudos realizados por Ha et al. mostram que a incidência de degeneração da articulação SI em cirurgia de fusão lombar é de 75% em 5 anos após a cirurgia, com base em exames de imagem.

Nas últimas duas décadas houve um aumento dramático na cirurgia de fusão nos EUA. Para pacientes com dor contínua após a cirurgia que não é devido às complicações ou condições acima, os médicos de dor intervencionistas falam da necessidade de identificar o "gerador de dor", ou seja, a estrutura anatômica responsável pela dor do paciente. Para ser eficaz, o cirurgião deve



Paulo Renato B. da Fonseca

MD, FIPP, MBA. CRM 52.46874-4

Médico anestesista com área de atuação em dor-AMB/SBA
Fellow Interventional Pain Practice-FIPP/WIP.

Presidente da SOBRAMID-Sociedade Brasileira de Médicos Intervencionistas em Dor.

operar na estrutura anatômica correta, mas muitas vezes não é possível determinar a origem da dor. A razão para isso é que muitos pacientes com dores crônicas frequentemente apresentam abaulamentos no disco em vários níveis da coluna vertebral, e o exame físico e os exames de imagem não conseguem identificar a origem da dor. Além disso, a própria fusão espinhal, particularmente se mais de um nível espinal é operado, pode resultar em "degeneração do segmento adjacente". Acredita-se que isso ocorra porque os segmentos fundidos podem resultar no aumento das forças de torção e tensão transmitidas aos discos intervertebrais localizados acima e abaixo das vértebras fundidas. Esta patologia é uma das razões por trás do desenvolvimento de discos artificiais como uma possível alternativa à cirurgia de fusão. Mas os cirurgiões de coluna argumentam que a artrodese é realizada há mais tempo, e os discos artificiais contêm hardware de metal que é improvável que dure tanto quanto material biológico sem quebrar e deixar fragmentos de metal no canal espinhal.

Outra consideração altamente relevante é o crescente reconhecimento da importância da "radiculite química" na geração da lombalgia. Um foco primário da cirurgia é remover a "pressão" ou reduzir a compressão mecânica em um elemento neural: na medula ou uma raiz nervosa. Mas é cada vez mais reconhecido que a dor nas costas, ao invés de ser apenas devido à compressão, pode ser inteiramente devido à inflamação química da raiz nervosa. Sabe-se há várias décadas que as

hérnias de disco resultam em uma inflamação maciça da raiz nervosa associada. Nos últimos anos, evidências crescentes apontaram para um mediador inflamatório específico dessa dor. Essa molécula inflamatória, chamada fator de necrose tumoral alfa (TNF), é liberada não apenas pelo disco herniado ou protruído, mas também em casos de ruptura do disco (ruptura anular), pelas articulações facetárias e na estenose do canal e foraminal. Além de causar dor e inflamação, o TNF também pode contribuir para a degeneração do disco. Se a causa da dor não for a compressão, mas a inflamação mediada pelo TNF, isso pode explicar por que a cirurgia pode não aliviar a dor e até mesmo exacerbá-la, resultando em SPL.

Tabagismo

Estudos recentes mostraram que os fumantes de cigarros rotineiramente falharão em todas as cirurgias da coluna vertebral, se o objetivo dessa cirurgia for a diminuição da dor. Muitos cirurgiões consideram o tabagismo como uma contraindicação absoluta à cirurgia da coluna vertebral. A nicotina parece interferir no metabolismo ósseo através da resistência induzida à calcitonina e da diminuição da função osteoblástica. Pode também restringir o diâmetro dos pequenos vasos sanguíneos, levando ao aumento da formação de cicatriz.

Existe uma associação entre tabagismo, dor nas costas e síndromes de dor crônica de todos os tipos.

Existe uma validação do pressuposto hipotético de que a cessação do tabagismo no pós-operatório ajuda a reverter o impacto do tabagismo sobre o desfecho após a fusão da coluna. Se os pacientes cessarem o cigarro no período pós-operatório imediato, haverá um impacto positivo no sucesso.

O tabagismo regular na adolescência foi associado à dor lombar em adultos jovens. Os anos de tabagismo mostraram uma relação de exposição-resposta entre as meninas.

O tabagismo mostrou aumentar a incidência de infecção pós-operatória, bem como diminuir as taxas de fusão. Um estudo mostrou que 90% das infecções pós-operatórias ocorreram em fumantes, assim como a miofibrose (destruição muscular) ao redor da ferida.

Patologia

Antes do advento da tomografia computadorizada, a patologia da síndrome pós-laminectomia era difícil de entender. A tomografia computadorizada em conjunto com a mielografia no final dos anos 1960 e 1970 permitiu a observação direta dos mecanismos envolvidos nas falhas pós-operatórias. Seis condições patológicas distintas foram identificadas:

- Hérnia de disco recorrente ou persistente
- Estenose espinal
- Infecção pós-operatória
- Fibrose pós-operatória epidural

- Aracnoidite adesiva
- Lesão do Nervo

Hérnia de disco recorrente ou persistente

A remoção de um disco em um nível pode levar à hérnia de disco em um nível diferente em um momento posterior. Mesmo a excisão cirúrgica mais completa do disco ainda deixa 30-40% do disco, que não pode ser removido com segurança. Este disco retido pode voltar a herniar em algum momento após a cirurgia. Em alguns estudos, a dor recorrente no mesmo padrão radicular ou em um padrão diferente pode chegar a 50% após a cirurgia de disco. Muitos observadores notaram que a causa mais comum de uma síndrome pós-laminectomia é causada pela hérnia de disco recorrente no mesmo nível originalmente operado. Uma remoção rápida em uma segunda cirurgia pode ser curativa. O quadro clínico de uma hérnia de disco recorrente geralmente envolve um intervalo significativo sem dor. No entanto, os achados físicos podem estar ausentes e uma boa história é necessária. O período de tempo para o surgimento de novos sintomas pode ser curto ou longo. Sinais diagnósticos, como o teste Laesegue, pode ser negativo. Por outro lado, um disco recorrente pode ser difícil de detectar na presença de cicatrizes pós-operatórias. A mielografia é inadequada para avaliar completamente o paciente quanto à doença discal recorrente, e a tomografia computadorizada ou ressonância magnética é necessária. A medição da densidade do tecido pode ser útil.

Estenose espinal

Estenose espinal pode ser uma complicação tardia após laminectomia para hérnia de disco ou quando a cirurgia foi realizada para a condição patológica primária de estenose espinal.

Os achados de estenose no pós-operatório de ressonância magnética são provavelmente de valor limitado em comparação com os sintomas experimentados pelos pacientes. A percepção de melhora dos pacientes teve uma correlação muito mais forte com o resultado cirúrgico a longo prazo do que os achados estruturais observados na ressonância magnética no pós-operatório. Os achados degenerativos tiveram um efeito maior sobre a capacidade de locomoção dos pacientes do que os achados estenóticos.

A estenose radiológica pós-operatória foi muito comum em pacientes operados por estenose espinal lombar, mas isso não se correlacionou com o desfecho clínico. O clínico deve ser cauteloso ao reconciliar sintomas clínicos e sinais com achados de tomografia computadorizada no pós-operatório em pacientes operados por estenose espinal lombar.

Infecção pós-operatória

Uma pequena minoria de pacientes cirúrgicos lombares desenvolverá uma infecção pós-operat-

ria. Na maioria dos casos, isso é uma complicação ruim e não é um bom augúrio para uma eventual melhoria ou empregabilidade futura. Relatos da literatura cirúrgica indicam uma taxa de infecção de 0% a quase 12%. A incidência de infecção tende a aumentar à medida que a complexidade do procedimento e o tempo de operação aumentam. O uso de implantes metálicos (instrumentação) tende a aumentar o risco de infecção. Os fatores associados a um aumento da infecção incluem diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, tabagismo, infecção anterior, artrite reumatóide e imunodeficiência. A infecção anterior da ferida deve ser considerada como uma contraindicação para qualquer nova cirurgia da coluna, pois a probabilidade de melhorar esses pacientes com mais cirurgias é pequena. A profilaxia antimicrobiana (administração de antibióticos durante ou após a cirurgia antes do início da infecção) reduz a taxa de infecção do sítio cirúrgico na cirurgia da coluna lombar, mas uma grande variação existe em relação ao seu uso. Em um estudo japonês, utilizando as recomendações do Centers for Disease Control para profilaxia antibiótica, foi observada uma taxa global de infecção de 0,7%, com um grupo de antibióticos de dose única com taxa de infecção de 0,4% e taxa de infecção antibiótica de dose múltipla de 0,8%. Os autores já haviam usado antibióticos profiláticos por 5 a 7 dias de pós-operatório. Com base na diretriz dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, a profilaxia antibiótica foi alterada para o dia da cirurgia apenas. Concluiu-se que não houve diferença estatística na taxa de infecção entre os dois diferentes protocolos antibióticos. Com base na diretriz do CDC, uma dose única de antibiótico profilático mostrou-se eficaz para a prevenção de infecção em cirurgias da coluna lombar.

Fibrose pós-operatória epidural

A cicatrização epidural após uma laminectomia para excisão de disco é uma característica comum ao se reoperar para cialgia ou radiculopatia recorrentes. Quando a cicatriz está associada a uma hérnia de disco e / ou estenose espinal recorrente, é relativamente comum, ocorrendo em mais de 60% dos casos. Por um tempo, foi teorizado que colocar um enxerto de gordura sobre a dura-máter poderia impedir a cicatrização pós-operatória. No entanto, o entusiasmo inicial diminuiu nos últimos anos. Em uma laminectomia extensa envolvendo 2 ou mais vértebras, a cicatrização pós-operatória é a norma. É mais frequentemente visto em torno das raízes nervosas L5 e S1.

Aracnoidite adesiva

A fibrose também pode ser uma complicação no espaço subaracnóideo. É notoriamente difícil de detectar e avaliar. Antes do desenvolvimento da RNM, a única maneira de determinar a presença de aracnoidite era abrir a dura-máter. Nos dias de tomografia computadorizada a presença de aracnoidite poderia ser especulada com base nos

achados radiográficos. Muitas vezes, a mielografia prévia à introdução do Metrizamide foi a causa da aracnoidite. Também pode ser causada pela pressão a longo prazo provocada por uma hérnia de disco grave ou estenose espinhal. A presença de cicatrizes epidurais e aracnoidite no mesmo paciente é provavelmente bastante comum. Aracnoidite é um termo amplo que denota inflamação das meninges e do espaço subaracnóideo. Existe uma variedade de causas, incluindo processos infecciosos, inflamatórios e neoplásicos. Causas infecciosas incluem agentes bacterianos, virais, fúngicos e parasitários. Os processos inflamatórios não infecciosos incluem cirurgia, hemorragia intratecal e a administração de agentes intratecais (no interior do canal da dura), como meios de contraste mielográfico, anestésicos e esteróides. Recentemente, a aracnoidite iatrogênica tem sido atribuída à terapia de injeção de esteróide epidural quando colocada acidentalmente por via intratecal. Os conservantes e agentes de suspensão encontrados em todos os injetáveis de esteróides, que não são indicados para administração peridural pela Food & Drug Administration dos Estados Unidos devido a relatos de eventos adversos graves, incluindo aracnoidite, paralisia e morte, agora estão diretamente ligados ao início da doença. doença após a fase inicial da meningite química. Nas neoplasia inclui a disseminação hematogênica de tumores sistêmicos, como carcinoma de mama e pulmão, melanoma e linfoma não-Hodgkin. A neoplasia também inclui a disseminação direta do líquido cefalorraquidiano (LCR) de tumores primários do sistema nervoso central (SNC), como glioblastoma multiforme, meduloblastoma, ependimoma e carcinoma do plexo coróide. Estritamente falando, a causa mais comum de aracnoidite na síndrome pós-laminectomia não é infecciosa ou oncológica e sim devido a cicatrizes não específicas secundárias à cirurgia ou à patologia subjacente.

Lesão do nervo

A laceração de uma raiz nervosa, ou danos causados por cauterização ou tração podem levar à dor crônica, mas isso pode ser difícil de determinar. A compressão crônica da raiz nervosa por um agente persistente, como disco, osso (osteófito) ou cicatrização, também pode danificar permanentemente a raiz nervosa. A cicatrização epidural causada pela patologia inicial ou que ocorre após a cirurgia também pode contribuir para a lesão do nervo. Em teoria, todos os pacientes com problemas de coluna têm algum tipo de lesão ou dano no nervo que leva à persistência dos sintomas após um tempo de recuperação razoável.

Opióides

Um estudo de pacientes com dor crônica da Universidade de Wisconsin descobriu que a metadona que é mais amplamente conhecida por seu uso no tratamento da dependência de opiáceos, também fornece analgesia eficaz. Pacientes que

experimentam alívio inadequado da dor ou efeitos colaterais intoleráveis com outros opióides ou que sofrem de dor neuropática podem se beneficiar de uma transição para a metadona como seu agente analgésico. Os efeitos adversos e seu metabolismo, tornam um conhecimento fundamental das propriedades farmacológicas da metadona essenciais para o provedor que considera a metadona como terapia analgésica para um paciente com dor crônica.

Seleção de pacientes

Pacientes que têm dor ciática (dor nas costas, irradiando para baixo da nádega e para a perna) e claros achados radiculares causada por hérnia de disco terão um melhor curso pós-operatório do que aqueles que simplesmente têm dor lombar. Se uma hérnia discal específica que causa pressão na raiz nervosa não puder ser identificada, os resultados da cirurgia provavelmente serão decepcionantes. Pacientes envolvidos em compensação do trabalhador, litígio de delito civil ou outros sistemas de compensação tendem a se sair mal após a cirurgia. Cirurgia para estenose espinhal geralmente tem um bom resultado, se a cirurgia é feita dentro do primeiro ano ou mais do aparecimento dos sintomas.

Oaklander e North definem a síndrome da dor nas costas como um paciente com dor crônica após um ou mais procedimentos cirúrgicos na coluna. Delinearam essas características da relação entre o paciente e o cirurgião:

1. O paciente faz exigências crescentes ao cirurgião para alívio da dor. O cirurgião pode sentir uma grande responsabilidade em fornecer um remédio quando a cirurgia não atinge os objetivos desejados.
2. O paciente fica cada vez mais irritado com o fracasso e pode se tornar litigioso.
3. Há uma escalada de medicação para dor com risco de dependência ou vício.
4. Em face de tratamentos conservadores caros que provavelmente falharão, o cirurgião é persuadido a tentar novas cirurgias, mesmo que isso provavelmente também falhe.
5. A probabilidade de retornar ao emprego remunerado diminui com o aumento do tempo de incapacidade.
6. Os incentivos financeiros para permanecer incapacitado podem ser percebidos como superando o incentivo para se recuperar.

Na ausência de uma fonte financeira para incapacidade ou compensação do trabalhador, outras características psicológicas podem limitar a capacidade do paciente de se recuperar da cirurgia. Alguns pacientes são simplesmente infelizes e se enquadram na categoria de "dor crônica" apesar de seu desejo de se recuperar e dos melhores esforços dos médicos envolvidos em seus cuidados. Mesmo as formas menos invasivas de cirurgia não são uniformemente bem-sucedidas.

Estimulação Elétrica

Muitos pacientes com dor nas costas são significativamente prejudicados pela dor lombar e nas pernas. O uso da corrente elétrica por um dispositivo de estimulação elétrica nervosa transcutânea na pele sobre as costas ou um estimulador de nervo implantado com eletrodos que tocam diretamente a medula espinhal podem aliviar esse sofrimento. Além disso, alguns pacientes com dor crônica mesmo se utilizando destes equipamentos, ainda precisarão de atendimento multidisciplinar e medicamentoso. Os pacientes geralmente são severamente prejudicados e não são realmente recuperados com a aplicação de neuroestimulação. Por exemplo, é duvidoso que com o implante de um neuroestimulador medular melhore o suficiente para retornar ao emprego competitivo. Uma neuroestimulação é paliativa e não curativa. Relata-se que as taxas de sucesso para uma neuroestimulação implantada são de 25% a 55%.

Retornar ao trabalho:

Em um estudo canadense inovador, Waddell et al. relataram o valor da cirurgia repetida e o retorno ao trabalho em casos de reembolso do trabalhador. Eles concluíram que os trabalhadores submetidos à cirurgia da coluna levam mais tempo para voltar ao trabalho

Os episódios de dor nas costas são associados às lesões do trabalho, o afastamento do trabalhador são geralmente de curta duração. Cerca de 10% dos episódios não são simples e degenerados em condições de dor lombar incapacitante, mesmo que uma cirurgia não seja realizada.

Supõe-se que a insatisfação no trabalho e a percepção individual das demandas de ações estão associadas a um aumento do tempo de recuperação ou a um aumento de risco de qualquer recuperação. Fatores individuais de trabalho psicológico e social, assim como padrão-empregado, também influenciam no ritmo e nas taxas de recuperação.

Os conselhos dos médicos desempenham um papel importante na capacidade de trabalho e de medidas de auto-suficiência para o exercício de aptidão para o trabalho por estar diminuído por razões de saúde. Muito cuidado deve ser dado para não proferir frases de conteúdo negativo na recuperação como : "sua coluna é de uma pessoa de 70 anos..." chamamos isso de iatrogenia verbal. Esse estigma pode rotular uma pessoa como doente simplesmente por um relato escrito de uma "pequena hernia de disco" no laudo de uma ressonância nuclear magnética.

Conclusão

O atendimento multiprofissional integrado destes pacientes portadores de dores crônicas, torna possível um melhor prognóstico no gerenciamento de uma doença tão incapacitante e que trás enorme sofrimento físico e psicológico para o paciente, familiares e cuidadores.



Dr. Nelson Nahon
Presidente do CREMERJ

Notícias do CREMERJ

Oftalmologistas protestam contra modalidade de remuneração



Cerca de 80 oftalmologistas estiveram na sede do CREMERJ, no dia 6 de junho, para discutir a modalidade de remuneração imposta pela operadora de saúde Sul América. A seguradora oferece um valor fixo (e reduzido) aos especialistas para aplicação de pacote de serviços, incluindo deste modo consultas e exames complementares.

A mesa de debates, estiveram Nelson Nahon, presidente do CRM; Frederico Pena, presidente da Cooeso; Sérgio Fernandes, conselheiro responsável pela Câmara Técnica de Oftalmologia do CREMERJ; José Ramon Varela Blanco, responsável

pela Comissão de Saúde Suplementar do CREMERJ; Nelson Louzada, presidente Fecoeso. Aloísio Tibiriçá, coordenador da Comissão de Defesa das Prerrogativas do Médico e o conselheiro Gilberto Passos também participaram da discussão.

Nelson Nahon abriu o encontro informando que o Conselho apoia os oftalmologistas. “O CRM está junto às sociedades de especialidades neste difícil momento, em que são discutidas novas formas de remuneração médica que não visam o bem-estar do paciente e, muito menos, a realização de uma medicina de qualidade. É fundamental a união das sociedades para

enfrentar o que vem pela frente”, disse o presidente do CREMERJ. Segundo o presidente da Cooeso, os oftalmologistas estão enfrentando a pressão da operadora. “Ao determinar pacotes de serviços, a Sul América reduziu de forma significativa o pagamento feito pelo valor global dos procedimentos. De acordo com a operadora, o objetivo é controlar a quantidade de exames solicitados, porém existe auditoria médica e sistemas de controle em que é possível auditar e verificar a fundamentação das solicitações de exames. Quem não aceitou a proposta da empresa perdeu o credenciamento”, explicou Frederico.

Na opinião de Sérgio Fernandes, o problema da nova modalidade vai além da questão econômica. “Esse é o caminho que os responsáveis por essas empresas encontraram como solução para contenção de custos. Porém, não levam em conta o ponto de vista ético. Esse achatamento econômico traz em curto e médio prazo uma piora de atendimento e sucateamento dos recursos para diagnósticos e tratamentos, podendo até retardar a identificação de doenças que podem levar a perda da visão”.

Aloísio Tibiriçá reforçou que a tentativa dos planos de saúde de mudar a legislação acontece há muito tempo e, por isso, a mobilização dos médicos é fundamental. Há muito tempo não vemos um número tão expressivo de médicos reunidos em torno desse tipo de discussão.

O CRM garante o respaldo ético, mas o posicionamento dos médicos é que vai dar rumo à negociação. Em

2014, nós conseguimos a aprovação de uma lei no Congresso Nacional que garantiu melhorias nos contratos entre médicos e planos de saúde. Essa conquista foi fruto de reuniões e debates como a que está ocorrendo hoje”, observou.

Por fim, os presentes votaram manterem-se em assembleia, agendar uma nova reunião para o início

do mês de julho e apontar para ações a fim de reverter a remuneração através de pacotes

Em 12 de junho aconteceu uma audiência pública, em Brasília, com a participação do Conselho Federal de Medicina (CFM), do CREMERJ e entidades oftalmológicas para ampliar a discussão com as operadoras de planos de saúde.

Cremerj cobra posicionamento da Sulamérica



Diante de uma mudança imposta para procedimentos das clínicas ortopédicas credenciadas à Sul América, que passou a exigir que os laudos de radiografias fossem assinados por um radiologista, o CREMERJ, através da sua Comissão de Saúde Suplementar (Comssu), e de sua assessoria jurídica, encaminhou um ofício à seguradora questionando a legalidade dessa medida, que não tem respaldo em normativo ético.

No dia 28 de março, o CREMERJ havia promovido uma reunião com a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia do Rio de Janeiro (Sbot- RJ), com a Associação das Clínicas e Consultórios Ortopédicos do Estado do Rio de Janeiro (Accoerj), a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj) para discutir com o superintendente da Sul América no Rio de Janeiro, Bruno Ferreira, o des-

credenciamento do serviço de raio-X das clínicas ortopédicas.

Na ocasião, os médicos ressaltaram que os ortopedistas estão aptos a avaliar o exame, principalmente em casos de urgência, e até mesmo ressaltados pela lei 3.268/1957, que em seu artigo 17 descreve que os médicos “poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após (...) sua inscrição no Conselho Regional de Medicina”, estando, no exercício de sua atividade, sujeitos a responder pelas suas ações e inações disciplinarmente pelo Código de Ética Médica. O superintendente da empresa confirmou o descredenciamento das clínicas que não contam com o radiologista em seu quadro, apresentando normas sem fundamento para manter a decisão. O CREMERJ, então, oficiou a Sul América, solicitando a revisão da medida e a revogação

do cancelamento do contrato com as clínicas, cobrando um posicionamento sobre a emissão de laudos dados por ortopedistas nas radiografias, visto que essa imposição não é determinada pelo Conselho Federal de Medicina e nem pelos conselhos regionais.

“Essa imposição, além de ser ilegal, impede o imediato diagnóstico e tratamento, trazendo prejuízos aos pacientes e risco aos médicos. Ela também é contraproducente. Trata-se de um retrocesso em um processo que sempre deu certo”, salienta o vice-presidente do Conselho Renato Graça.

Caso as deliberações da empresa não sejam positivas, as entidades estudarão a aplicação de medidas éticas.

Médicos têm mais uma conquista em relação aos optometristas



O Superior Tribunal de Justiça (STJ) negou, por decisão do Ministro Benedito Gonçalves, em 27 de maio, o pedido de agravo em que os optometristas solicitavam alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária, para realizar consulta com equipamentos exclusivos de médicos oftalmologistas.

Em seu despacho, o ministro do STJ afirma que é descabida a alegação de incompetência de um órgão

fiscaliza dor, como a Vigilância Sanitária, não cabendo, assim, o pedido de recurso especial.

A decisão ainda destaca que os optometristas utilizam “as dependências de seu estabelecimento para outras atividades que não aquelas autorizadas pelos decretos 20.931/1932 e 24.429/1934, que se restringem à venda e confecção de lentes corretivas de grau ou de contato, mediante prescrição elaborada por profissional graduado em medicina”.

O Conselho do Rio, através da Comissão de Defesa das Prerrogativas Médicas (Codeprem) e de sua assessoria jurídica, vem atuando em parceria com o Conselho Federal de Medicina e com as entidades médicas, em defesa das prerrogativas médicas, a fim de oferecer assistência de qualidade à população.



Cremerj recorre de decisão sobre Hospital do Andaraí

O CREMERJ irá recorrer da decisão da Justiça Federal do Rio de Janeiro, que negou pedido do CREMERJ para que as obras no Hospital Federal do Andaraí fossem concluídas e que os problemas levantados pela Comissão de Fiscalização do Conselho, que põem em risco a vida dos pacientes e dos profissionais, fossem sanados. De acordo com o despacho do juiz Guilherme de Araujo, publicado em 25 de maio, “é evidente que os gestores

públicos responsáveis pela unidade de saúde em questão devem ser responsabilizados, em todas as esferas possíveis, pelas ilegalidades verificadas, em especial quando se constata que os problemas impactam a sensível atividade pública de prestação de serviços de saúde”. Contudo, o magistrado, embora concorde com o CREMERJ, alega que a Justiça não tem “uma visão global dos recursos disponíveis e conhecimento específico das necessidades inerentes à manutenção de complexas unidades de atendimento à saúde, sem o que não é possível a alocação das receitas segundo critérios técnicos válidos e de priorização do gasto público”.

“Com essa decisão, as obras na emergência do Andaraí continuarão na estaca zero, gerando grande prejuízo à população e aos médicos e demais funcionários da unidade. O Conselho vai recorrer, esperando que a justiça seja feita, garantindo-se os direitos constitucionais de toda a sociedade”, frisou o presidente do CREMERJ, Nelson Nahon.

Agenda SOMERJ - 2018

ABRIL

Dia: 05 - 17h00 - Inauguração da nova sede da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro
SOMERJ – Diretorias

Dia: 06 - 10h00 - Reunião de Diretoria (Dr. Benjamin, Dr. Cesar Danilo)

Dia: 06 - 20h00 - Palestra Científica sobre Doenças Emergentes, Reemergentes e Negligenciadas.

Palestrante: Dr. Waldenir de Bragança.

Auditório da sede da AMF

(Dr. Benjamin, Dr. Rômulo e Presidências de Filiadas)

Dia: 07 - 09h00 - Reunião do Conselho Deliberativo da SOMERJ, na sede da AMF.

(Dr. Benjamin, Dr. Cesar Danilo, Dr. Rômulo, Dr. José Ramon)

Dia: 13 - 10h00 - Reunião de Diretoria (Dr. Benjamin, Dr. Cesar Danilo, Dr. Rômulo, Dr. José Ramon)

Dia: 20 - 10h00 - Reunião de Diretoria (Dr. Benjamin, Dr. Cesar Danilo, Dr. José Ramon)

Dia: 27 - 10h00 - Reunião de Diretoria

(Dr. Benjamin, Dr. Cesar Danilo, Dr. José Ramon, Dr. Romulo Capello, Dra. Kassie Cargnin).

MAIO

Dia: 04 - 10h00 - Reunião de Diretoria (Dr. Benjamin, Dr. Cesar Danilo, Dr. José Ramon e Dra. Kassie)

Dia: 04 - 19h30 - Palestra Científica sobre Influenza – no auditório da USIMED Petrópolis

Palestrante: Dr. Luiz Antônio Alves de Lima (Dr. Benjamin, Dr. Rômulo e Presidências de Filiadas)

Dia: 05 - 09h00 - Reunião do Conselho Deliberativo da SOMERJ, Sindicato dos Médicos de Petrópolis.

(Dr. Benjamin, Dr. Rômulo, Dr. José Ramon e Presidências de Filiadas).

Dia: 09 - 19h00 - 7º Salão de Fotografias do CREMERJ

(Dr. Benjamin Baptista de Almeida)

Dia: 11 - 10h00 - Reunião de Diretoria (Dr. Benjamin, Dr. José Ramon, Dr. Rômulo e Dra. Kassie).

Dia: 18 - 10h00 - Reunião de Diretoria

(Dr. Benjamin, Dr. Cesar Danilo, Dr. Rômulo, Dr. José Ramon, Dr. Sérgio Pina e Dra. Kassie Cargnin)

JUNHO

Dia: 01 - 10h00 - Reunião de Diretoria (Dr. Benjamin, Dr. Cesar Danilo, Dr. Rômulo, Dr. José Ramon e Dra. Kassie)

Dia: 08 - 19h30 - Palestra sobre Vida Financeira, Tributação e Aposentadoria para médicos.

Local: Centro Médico Victor Rocha, em Cabo Frio.

Palestrante: Fábio Shikida Junior (Dr. Benjamin, Dr. Rômulo, Dr. Cesar Danilo, Dr. José Ramon e Presidências de Filiadas)

Dia: 09 09h00 – Reunião do Conselho Deliberativo da SOMERJ, no Centro Médico Victor Rocha, em Cabo Frio.

(Dr. Benjamin, Dr. Rômulo, Dr. José Ramon e Presidências de Filiadas)

Dias: 26 e 27 - ENEM – Encontro Nacional das Entidades Médicas - Brasília. (Dr. Rômulo Capello Teixeira)

Sociedade Médica de Barra Mansa e Secretaria de Saúde organizam Domingo de Combate ao Tabaco



Uma parceria entre a Sociedade Médica de Barra Mansa e Secretaria de Saúde, com apoio da Cruz Vermelha, levou, no dia 27 de maio de 2018, no centro da cidade, ações de conscientização sobre os males provocados pelo uso do cigarro em referên-

cia ao dia de combate ao fumo, celebrado em 31 de maio.

A data criada pela Organização Mundial da Saúde tem a finalidade de alertar os fumantes, ativos e passivos, sobre os riscos à saúde causados pelo tabagismo e os benefícios de uma so-

cidade livre de cigarros.

No município, cerca de 500 pacientes se encontram em tratamento. Participam de palestras com grupos de terapia, passam por consultas com pneumologista e recebem, se necessário, medicamentos e adesivos voltados para o tratamento.

A Sociedade Médica de Barra Mansa acredita que campanhas de conscientização são necessárias, e se aproxima através destes eventos da população, levando seu apoio e multiplicando informações.

Houve aferição da pressão arterial, entrega de panfletos, orientações de profissionais da área, entrega de brinde e exposição de pinturas em tela de Ângela Fagundes (esposa de médico pneumologista) que retrata uma releitura de autores diversos que reprodzem pulmões em forma de arte.

Sociedade Médica de Barra Mansa promove 3º Fórum de Direito Médico

A Sociedade Médica de Barra Mansa promoveu, no dia 9 de junho, o 3º Fórum do Direito Médico e Defesa, que teve como tema principal "Meios de Prova – Vulnerabilidade da Classe Médica". A direção executiva do Fórum foi do presidente da Sociedade Médica, Dr. Luiz Antônio Roxo Fonseca, e a organização científica coube aos advogados do Direito Médico e da Saúde, Dra. Manuela Marcatti Millen e Dr. Daniel de Paula Chiesse.

O evento teve a presença dos juizes de direito Antônio Augusto Balieiro Diniz e Marvin Ramos Moreira, que compartilharam suas experiências e amplo conhecimento jurídico, com



Dr. Nelson Nahon participa da mesa diretora dos trabalhos

a plateia médica presente. O tema abordado foi 'Meios de Prova! Vulnerabilidade da classe médica'.

O evento também contou com as presenças de Dr. Nelson Nahon (presidente do CREMERJ), Dra. Ilza Boeira Fellows (vice-presidente da SOMERJ)



Dr. Luiz Antônio Roxo Fonseca e Dra. Ilza Boeira Fellows

entre outras diversas autoridades da região. Após a palestra dos juizes o debate entre médicos ficou a cargo dos Drs. Else Escher Pinto Valente, Karine Maciel Fabiano, José Augusto de Sá Júnior e a moderação da mesa coube aos organizadores do Fórum.

Menor exposição à radiação para você Imagens mais nítidas para o seu médico

A Clínica de Medicina Nuclear Villela Pedras completa 2 anos de experiência acumulada com o aparelho NM 530C, a mais moderna plataforma SPECT (cortes tomográficos) para avaliação da doença coronariana. Este equipamento permite uma maior acurácia nos estudos de cintilografia de perfusão miocárdica, sendo a Clínica a primeira instituição no Rio de Janeiro a dispor desta tecnologia.



Tradição
Tecnologia
Inovação
Confiabilidade

 **MEDICINA NUCLEAR**
VILLELA PEDRAS
DESDE 1954

Unidade Centro

R. México, 98 / 3º e 4º andares

Marcação de exames:

3511-8181 / 2220-4772

Unidade Leblon

R. Carlos Góes, 375 / 1º e 2º andares

Marcação de exames:

2529-2269

Fórum em Duque de Caxias

Com boa afluência de médicos, que tiveram participação efetiva com perguntas e observações, foi realizado o Fórum “Declaração de Óbito e Prontuários Médicos - Tudo que o Médico deve saber”, no dia 19 de maio de 2018. O evento aconteceu no Auditório do Hospital Caxias D’Or, no município de Duque de Caxias. O encontro foi aberto pelo vice-presidente do CRM, Dr. Renato Graça, e pelo presidente da SOMERJ e coordenador da seccional, Dr. Benjamin Baptista.

Promovido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e sua Seccional de Duque de Caxias, em parceria com a SOMERJ e a SOMEDUC, o Fórum teve as seguintes palestras: Prontuários Médicos (Dr. Renato Graça - 1º Vice-Presidente e Coordenador da Educação Médica Continuada do CREMERJ) e Declaração



Dr. César Danilo, Dr. Luiz Carlos Prestes Júnior, Dr. Renato Graça, Dr. Benjamin Baptista, Dr. Sílvio Roberto da Costa Júnior e Dr. Fernando da Silva Moreira

de Óbito (Dr. Luiz Carlos Leal Prestes Júnior - Perito Legista e Coordenador da Câmara Técnica de Medicina Legal do CREMERJ).

Estiveram presentes: o presidente da

SOMEDUC, Dr. Sílvio Roberto da Costa Jr. e o vice-presidente da SOMERJ para a Baixada Fluminense, Dr. Fernando da Silva Moreira e do Dr. César Danilo Angelim Leal, 1º Tesoureiro da Somerj.



Homenagem ao Médico do Ano SOMERJ 2018

Vassouras Eco Resort

30/11 - 02/12

Valor por apartamento

Single: R\$ 1.680,00

Duplo: R\$ 2.080,00

Cama extra: R\$ 800,00

Cama extra até 12 anos: R\$ 520,00

Cortesia - 2 crianças no mesmo apto. dos pais, sendo 1 até 5 anos e a outra até 12 anos

Inclui: 2 diárias com pensão completa.

Extras: bebidas, massagens, esportes radicais, consumos, taxa de serviço 10%

Check-in 16h Check-out 14h (Após o almoço)



Seishu Hanaoka, o 'avô da anestesia'

William Morton é considerado o “pai da anestesia”. Esse dentista americano idealizou um inalador de éter para realizar extrações dentárias sem dor, sendo a novidade publicada no “Boston Daily Journal”, em setembro de 1864. Após a repercussão, ele foi convidado a utilizar seu aparelho no renomado Massachusetts General Hospital.

Em 16 de outubro de 1864 o famoso cirurgião John Ware removeu um pequeno tumor, no pescoço de um jovem, com a ajuda do éter administrado por Morton, na que foi considerada a primeira anestesia geral com sucesso. Mas foi essa realmente a primeira anestesia — um bom sono profundo e ausência de dor?

O Ocidente desconhecia o japonês Seishu Hanaoka (1760-1835), que realizava cirurgia e anestesia em Wakayama, sua cidade natal. Desejava salvar mulheres com câncer de mama e para isso aprendera como remover o tumor. Permanecia o desafio em prevenir a dor, e para isso pesquisava a associação mais eficaz de ervas da tradicional medicina chinesa, conhecidas há milhares de anos.

Tomio Ogata, professor da Universidade de Tóquio, na revista

Anaesthesia, enfatizou como Shakespeare (1564-1616) já havia explorado o efeito analgésico das ervas na peça “Antônio e Cleópatra”, quando a rainha egípcia pede: “... me dê para beber mandrágora, para que eu possa dormir enquanto Antônio está ausente.”

Hanaoka fez experimentos combinando diferentes plantas com efeito analgésico e hipnótico — Datura, Aconitum e Angelica —, mas tóxicas, dependendo da dosagem. Após testes em cachorros e gatos, pensou ter encontrado a fórmula correta. Precisava testar em humanos, e sua esposa foi voluntária. A mistura a deixou cega, levando Hanaoka a viver o restante de sua vida com a culpa pelo fato.

Após 20 anos de novas experimentações, conseguiu uma fórmula adequada de ervas que, fervida e ingerida ainda quente, deixava o paciente inconsciente e insensível à dor. A anestesia durava de 6 a 10 horas. Com isso, pôde remover, em 1804, um câncer no seio da senhora Kan Aiya, sem lhe causar dor ou outros efeitos indesejados.

Hanaoka fez mais de 150 cirurgias semelhantes e ensinou sua técnica a inúmeros discípulos, num Japão que na época mantinha contato apenas com a Holanda. Com a introdução do uso de éter e do



Alfredo Guarischi, médico

clorofórmio, a técnica de Hanaoka deixou de ser usada. Mas ele será sempre lembrado pelo seu pioneirismo, representado pela flor da datura, o principal ingrediente de sua fórmula, no emblema da Sociedade Japonesa de Anestesia.

Merecia o reconhecimento internacional, com um respeitoso título de “avô da anestesia”.

- Publicado no jornal O Globo em 10/04/2018

Enquadramento tributário e tipos de tributação para médicos

Sabendo que, atualmente, mais de 80% dos hospitais apostam na contratação por serviços prestados, médicos e profissionais da saúde devem abrir a própria empresa e atuar como Pessoa Jurídica para trabalhar nesses locais, o que inclui a necessidade de emissão de Notas Fiscais. Muitos não conhecem as possibilidades e sequer sabem por onde começar.

O primeiro passo é definir o enquadramento tributário e, consequentemente, a forma de tributação, de acordo com o faturamento do profissional, o que, no melhor dos cenários, deve ser estabelecido com base em um planejamento tributário, para que o valor a pagar de impostos seja o menor possível, dentro da legalidade.

Se os médicos não fornecerem NFS-e para hospitais e clínicas, poderão constituir sua PJ como sociedade uniprofissional, pagando o ISS fixo mensal por sócio e não alíquota do município que no RJ é de 5%. É importante observar os atos constitutivos de acordo com a legislação do município e a natureza de funcionamento.

A legislação federal, se a PJ médica não tiver mais de 28% de fator $r = \frac{\text{salário}}{\text{lucro presumido}}$, certamente o lucro presumido é melhor do que o simples nacional, pois irá se enquadrar no anexo V e não no anexo III, igual aos advogados. Foi um engodo para os médicos por duas



vezes por falta de representatividade de suas entidades representativas.

A PJ médica quando possui a sua própria estrutura demandando custos diferenciados (equipamentos, tecnologia, exames, procedimentos) das simples consultas, como diagnósticos por imagem, laboratório, medicina nuclear, medicina reprodutiva, nefrologia, oftalmologia, endoscopia, day clinic e outras, poderá pleitear a alíquota reduzida - base de presunção hospitalar.

O Lucro Presumido é mais vantajoso para as empresas que possuam margens de lucro superiores às que são presumidas pelo enquadramento, cuja base de presunção pode ser de 32% ou de 8%, incidindo a alíquota de 15% para o IR e 9% sobre a CSLL sobre estas bases de presunção.

Por isso, o Lucro Presumido é mais

vantajoso para empresas que possuam margens de lucro superiores às que são presumidas pelo enquadramento.

Além do bom enquadramento, alguns cuidados importantes devem ser tomados para evitar transtornos com a fiscalização.

1. Constar no contrato social que os lucros poderão ser apurados mensalmente, para que os sócios possam recebê-los sem tributação.

2. Constar o pro-labore dos sócios que tiverem remuneração para que a RFB não aplique 20% de INSS sobre todos os recebimentos. O pro-labore pode ser de um salário mínimo. Assim os lucros ficarão isentos de INSS e IR.

3. A contabilidade tem que ser completa através do livro diário - ECD. Livro caixa não permite distribuir os lucros como isentos, somente a base de presunção.



grupo asse

Vitor Marinho
Diretor

21 2216-9900 ramal 9914
21 98766-7574
diretoria@asse.com.br
vitormarinho@asse.com.br



www.grupoasse.com.br | Rua Teófilo Otoni, 15/12º andar - Centro - 20090-080 - Rio de Janeiro - RJ

Há 45 anos assessorando profissionais da área de saúde



**CLÍNICA DE OLHOS
BENCHIMOL
CENTRO DE CATARATA**

Mais de 70 anos em oftalmologia,
Mais de 30 anos em cirurgia ocular,
Mais de 50.000 cirurgias.

Catarata, Glaucoma,
Retinopatia Diabética e
Doenças da Mácula.

**Copacabana e agora em Campo Grande
Convênios e Particular**

Av. Nossa Senhora de Copacabana, 680 / 5º andar - Copacabana RJ
Rua Ivo do Prado, 79 / 6º andar - Campo Grande - RJ

Tel: 3816-7000

www.benchimolclinic.com.br



MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE

RIO DE JANEIRO: 11 E 12/08/2018

Dr. Raphael R. de Oliveira

Coordenação Acadêmica

Dr. Carlos Hossri

Doutorado USP / Médico do Esporte

Coordenação Acadêmica

Dr. Paulo Sehl

Doutorado UFRS

Dr. Tiago Leite

Doutorado UFRJ

Dr. Luiz Riani

Médico Pesquisador da USP

Dra. Raquel Coelho Guimarães

PhD UFRJ

Dr. Marco Aurelio Moraes Gomes

Médico do Esporte / Diretoria SBMEE

Entre outros nomes de expressão

DESCONTO DE 50% PARA EX-ALUNOS FORMADOS

Isenção de taxa de matrícula R\$1.000
para os 20 primeiros alunos inscritos.

- Carga Horária: 440 horas-aula / 22 meses de duração;
- 1 final de semana por mês (prevalecendo todo segundo final de semana do mês);
- Professores com Altíssima Titulação: Mestres, Doutores e Especialistas;
- Pós-Graduação exclusiva para médicos.
- Curso que mais aprova na prova de título da SBMEE

