

Eleições

AMB/AMPE 2017

JORNAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

JMP

AGOSTO/2017

ÉTICA

nos procedimentos
estéticos da medicina

Como essa área da medicina
sofre com práticas indevidas e
informações deturpadas para a população.



APMR

Assédio Moral.
Estágios opcionais.

Relato de Caso

Tratamento cirúrgico pela
técnica drezotomia em
paciente com dor

Expoente da Medicina

Flávio Pabst

43^o

CONGRESSO MÉDICO ESTADUAL DE PERNAMBUCO

RECIFE - NOVEMBRO - 2017



Vantagens para os associados em dia



De 60 a 200 lugares, seu evento se encaixa em um de nossos espaços.

Parcerias com descontos promocionais para associados em dia



www.ampe-med.com



KANUI, ITAÚ, LATAM, WEBFONES, MONGERAL AEGON seguradora, MARCYN, MEU AMIGO PET, ZURICH SEGUROS, SARAIVA.COM, NICEPHOTOS.COM, HOTEL URBANO, O BOTICÁRIO, PUKET, QUALICORP, BEM MAIS SEGURO



Caros associados e médicos do nosso Estado, em 2017 chegamos ao terceiro ano da nossa gestão, sendo assim, teremos novas eleições para a Associação Médica Brasileira e todas as suas federadas no dia 31 de agosto de 2017, e neste sentido, convocamos todos os sócios quites à exercerem o compromisso, acreditando que o movimento associativo prevalece como pilar da história da medicina do Brasil e de Pernambuco. Acreditamos que com a força e união das Entidades Médicas, cada vez mais nos fortaleceremos, para enfrentarmos as adversidades em defesa da sociedade e da categoria, independentemente das posições partidárias políticas ou de gestões, na busca das garantias por uma assistência à saúde digna em cumprimento a nossa Carta Magna, com base nos princípios da dignidade humana.

O nosso Jornal traz nesta edição, entrevista com um dos candidatos à presidência da Associação Médica Brasileira, o Dr. Lincoln Lopes Ferreira, que apresenta suas propostas e posicionamentos sobre os vários temas como o futuro do ensino médico e das políticas públicas, com a citação do mal gerenciamento das instâncias de gestão em saúde. Ele representa, no nosso entendimento, o candidato que com sua experiência e competência manterá a união das nossas Entidades Médicas à nível nacional, trazendo uma visão mais ampla e diversificada para o movimento associativo.

A Associação Pernambucana dos Médicos Residentes (APMR), através de seu presidente Dr. Everton Abreu, alerta sobre tema de relevância para todos os médicos jovens, o assédio moral. Assunto do qual não podemos isolar do contexto da formação médica e das precárias condições de trabalho vivenciadas pelos jovens médicos continuamente, e também o Dr. Mário L. de Melo, vice-presidente, aponta a visão sobre Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que versa sobre os estágios opcionais, mostrando a necessidade de discussões, no sentido da qualidade do programa de treinamento que representa a Residência Médica.

Em busca de sempre mantermos um destaque para a produção científica do nosso Estado, os acadêmicos de medicina da Uninassau, da Faculdade Pernambucana de Saúde e da Universidade de Pernambuco, com a orientação do Dr. Francisco Neuton de Oliveira Magalhães, neurocirurgião, mostram a relevância envolvendo tratamento cirúrgico pela técnica " Drezotomia em pacientes com dor, desencadeada pela avulsão do plexo braquial associada à síndrome do membro fantasma, refratária à terapia farmacológica ", lesão que tem relevância, considerando o número de acidentes de trânsito envolvendo motociclistas no nosso Estado.

O tema principal, que revela os aspectos científicos e éticos nos procedimentos estéticos envolve a polêmica e os caminhos das várias especialidades. Os Doutores José Pimentel, cirurgião plástico, Anacleto Carvalho, cirurgião vascular, Fátima Brito, Dermatologista, Nair Cristina e Fabio Moura, endocrinologistas são apontados e o Conselheiro Dr. Francisco Atanásio coloca o posicionamento e as normas éticas sobre o

tema, na perspectiva de valorização dos procedimentos existentes e o cuidado com a ética e as evidências científicas que se sobrepõem, frente a nossos procedimentos e tecnologias.

O expoente da medicina, descrito com o brilhantismo de sempre na forma de escrever do nosso querido Dr. Gildo Benício, nos apresenta o Dr. Flávio Pabst, Cirurgião Pediátrico, importante liderança na atividade associativa, sempre presente na valorização da especialidade que abraçou, ativo delegado desta Associação junto à AMB, um médico exemplar que dignifica a medicina de Pernambuco e do Brasil.

Na busca de valorização das diversas especialidades médicas reconhecidas no Brasil, recebemos na nossa sede, o presidente da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas, que em entrevista reforça o papel de suma importância frente ao crescente aumento das demandas judiciais e previdenciárias. Ele reforçou o projeto para criação e fortalecimento das regionais e complementamos que em novembro teremos um Congresso Norte Nordeste de Medicina Legal e Perícias Médicas, que será em Recife.

No ano de 2017, teremos ainda o nosso tradicional Congresso Médico Estadual, no mês de novembro, quando já teremos eleita nova diretoria, e convido a todos a se programarem para em conjunto possamos mais uma vez divulgarmos a medicina no nosso Estado.

Para finalizar, as minhas palavras são de agradecimentos aos diretores e membros que compuseram a equipe toda, delegados e Conselho Fiscal que me apoiaram e fizeram com que buscássemos o melhor, aos associados pela confiança depositada em toda equipe, aos funcionários que no dia a dia dedicaram-se as ações em prol desta Entidade Médica tão querida. Aos membros das diretorias das Entidades Médicas de Pernambuco, nossa admiração e gratidão pela união e respeito ao longo destes três anos. Enfim, somos gratos a todos que em conjunto valorizaram a história da medicina na vida dos 176 anos desta nobre Associação Médica. E nesta edição apresentamos os candidatos para a uma nova diretoria na busca de uma nova gestão, continuando no nosso caminho e em cada passo, buscando os nossos sonhos e as nossas lutas, com fortalecimento do movimento associativo, para que vivamos o presente, no valor dos princípios que foram construídos por todos os médicos que nos antecederam na presidência da associação, para que o futuro se anuncie com toda a arte e ética que a medicina revela, no compromisso social e nas ações de cada médico, e de cada sociedade de especialidade.

Norteadas pelos posicionamentos das Entidades Médicas em benefício do paciente, esperamos que um dia, possamos ter gestões competentes com políticas verdadeiramente de Estado, independentemente de governos ou políticas momentâneas e individualizadas, no valor da meritocracia e ações responsáveis, para alcançarmos a dignidade na assistência à saúde para todos os brasileiros.

Expediente

Jornal de Medicina de Pernambuco / Agosto - 2017

Distribuição gratuita. Tiragem: 2000

Diretoria

Presidente: Helena Maria Carneiro Leão

1º vice-presidente: Anacleto Rodrigues de Carvalho / 2º vice-presidente: Maria do Carmo Lencastre Menezes Dueire Lins e Cruz

3º vice-presidente: Sirleide de Oliveira Costa Lira / Secretária Geral: Jane Maria Cordeiro Lemos

1ª secretária: Nair Cristina Nogueira de Almeida / 2ª secretária: Feliciano Abdon Araújo Lima

1º tesoureiro: Marília de Moraes Delgado / 2ª tesoureira: Sílvia da Costa Carvalho Rodrigues

Conselho editorial

Dra. Nair Cristina Nogueira de Almeida / Dra. Sirleide Lira / Dr. Gildo Benício

Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva / Dra. Selma Vasconcelos

Diagramação / Jornalista Responsável - Antonio Gomes DRT/PE 3689

Associação Médica de Pernambuco, Rua Osvaldo Cruz, 393, Boa Vista – Recife/PE, CEP: 50055-220 – Fone: 3423.5473

E-mail: somepe.ampe@hotmail.com / comunica@ampe-med.com (Imprensa) / www.ampe-med.com



Presidente da AMPE participa do Fórum de ética e defesa profissional

A Presidente da AMPE, e da Escola de Ética do Cremepe, Dra. Helena Carneiro Leão esteve presente no "Fórum de ética e defesa profissional" do 43 Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetria, no Mar Hotel.



Entidades médicas de Pernambuco se posicionam sobre o L-ASPARAGINASE

O Cremepe convocou em caráter de urgência, no dia 9 de maio, as entidades médicas – Simepe e Ampe, o MPPE, Apevisa, as coordenações dos serviços de oncologia pediátrica do Estado – IMIP, HUOC, HCP e ICIA, farmácia do Estado e secretaria de Saúde, além dos pais de crianças com câncer para discutirem sobre a importação e utilização da medicação.



Com apoio da AMPE, Fórum do Simepe abordou os ataques e impactos da Reforma Trabalhista

O Simepe realizou o Fórum sobre "Os riscos das reformas trabalhista e previdenciária". A proposta de reforma trabalhista, através do projeto (PL 6787/2016) ataca direitos conquistados durante anos de lutas da classe trabalhadora. As discussões foram no auditório da AMPE, que apoia a iniciativa junto ao Cremepe.



Comissão de Assuntos Socioculturais realizou curso sobre Comportamento e Etiqueta Profissional

Sirleide Lira, presidente da comissão, falou como o curso tem colaborado para a melhoria dos serviços nas empresas que inscrevem seus funcionários. "É um momento de reflexão, aprendizado e para dividir experiências", pondera Sirleide.

"Pensar no próximo, ser gentil e ser tolerante. Esses são os três pilares que sustentam a cortesia" Explicou Tatiana ao falar da importância de sempre atender bem os pacientes e conviver em harmonia no ambiente de trabalho.

Helena Carneiro Leão, presidente da AMPE, lembrou que são as secretárias que recebem os pacientes primeiro e que as vezes os médicos ficam isolados sem saber o que está acontecendo na sala de espera. "Nós médicos devemos a vocês, pois vocês são o nosso cartão postal", conclui a presidente.

O curso já faz parte do calendário de eventos da AMPE.



Lincoln Ferreira participou de reunião com médicos na sede da AMPE

A Dra. Helena Carneiro Leão, Presidente da AMPE abriu o encontro lembrando os avanços feitos pela atual gestão do Dr. Florentino na AMB e as dificuldades que o país vem encontrando na área da saúde. Para Dra. Helena, as dificuldades fortaleceram e deram impulso para que as federadas e sociedades pudessem participar mais ativamente das reuniões em prol da saúde.



AMPE apoia II Curso de Deliberação Moral promovido pelo Cremepe

AMPE apoiou o II Curso de Deliberação Moral promovido pelo Cremepe. O evento começou com a presença da presidente da AMPE e da Escola Superior de Ética Médica do Cremepe (ESEM), Andre Dubeux, presidente do Cremepe, Taciana Duque, diretora da Faculdade Pernambucana de Saúde, e do coordenador do curso de Medicina da Universidade Oeste de Santa Catarina e integrante da Câmara Técnica de Biotética do CFM, Elcio Bonamigo.



AMPE participou do VIII Curso de Atualização em Ética e Bioética para Residência Médica

Helena Carneiro Leão, presidente da AMPE, participou do VIII Curso de Atualização em Ética e Bioética para Residência Médica da ESEM, o qual teve apoio da AMPE e Simepe nos dias 29 e 30 de junho no centro de convenções de Pernambuco.



Palestra sobre perícia médica mostrou a importância de se especializar na área

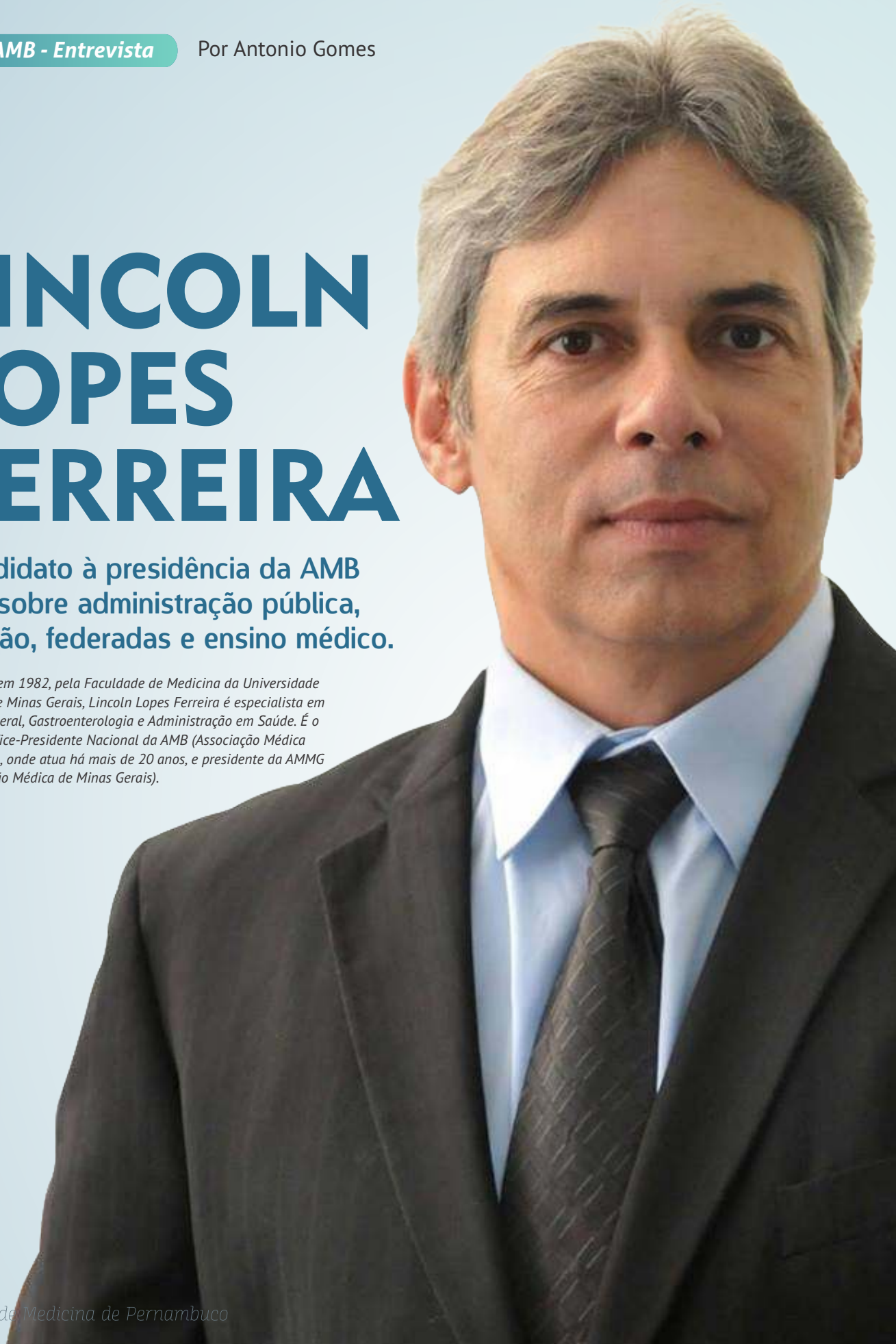
AMPE, SIMEPE e ABMLPM promoveram a palestra Perícia médica do dano corporal relacionado ao trabalho, com a palestrante a Dra. Rosa Amélia Andrade Dantas com o objetivo de contribuir com um maior aprofundamento dos conhecimentos técnicos e científicos sobre perícias médicas trabalhista entre os médicos de Pernambuco.



LINCOLN LOPES FERREIRA

**Candidato à presidência da AMB
fala sobre administração pública,
gestão, federadas e ensino médico.**

Formado em 1982, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Lincoln Lopes Ferreira é especialista em Cirurgia Geral, Gastroenterologia e Administração em Saúde. É o atual 2º Vice-Presidente Nacional da AMB (Associação Médica Brasileira), onde atua há mais de 20 anos, e presidente da AMMG (Associação Médica de Minas Gerais).



**Como você pretende como administrador conciliar os médicos e administração pública na saúde?**

A administração pública é algo que se fundamenta a longo prazo. Talvez o maior problema da classe médica, pela medicina ser uma atividade intrinsecamente complexa, é tudo de curto a médio prazo, a maioria dos colegas não se atentam para as questões de médio e longo prazo.

Presidindo a AMB, caso minhas propostas ganhem o pleito, a ideia é trabalhar ativamente, inclusive com respaldo estatutário junto as autoridades públicas que se dispuserem a conversar no sentido de elaboração de políticas públicas que garantam uma assistência médica de qualidade, uma assistência médica cidadã, fundamentada na carreira, no financiamento adequado, nas boas práticas, e que permita então a todo brasileiro, não importando em qual dos 5570 municípios do país ele venha ser habitante, que ele possa receber os cuidados da sua saúde, de forma adequada, e de boa qualidade, contemplando o lado do cidadão, mas sem nunca deixar de contemplar o lado profissional. As condições de trabalho, a remuneração adequada, um projeto de carreira, da estabilidade profissional, e da atualização científica.

Como você avalia a instabilidade política influenciando na qualidade dos serviços de saúde?

Verdade! Se retomarmos um pouco a história, em dezembro de 2011 foi regulamentada a chamada emenda 29 que na sua configuração original, e depois de cerca de 11 anos em discussão, previa que o governo central arcasse com 10% da sua receita bruta com a saúde, dos estados 12%, e dos municípios 15%. Em dezembro de 2011 o artigo que previa a contrapartida do estado foi vetado então pela presidente Dilma Rousseff, isso significava naquele momento de 30 a 40 bilhões a mais de reais na saúde pública. Se pensarmos que isso ocorreria em 2012, esse ano que estamos de 2017 era para ser o ápice da coroação de um ciclo virtuoso da saúde pública no Brasil.

Ao desfinanciar a saúde, nós estamos vivendo neste momento o chamado apagão. Que está subfinanciado e sucateado de péssima qualidade para todos os envolvidos começa simplesmente a parar de funcionar, tamanha as iniquidades que o sistema vem apresentando ao longo do tempo. Consequentemente, a instabilidade política simplesmente vai agravar algo que já está instalado. Infelizmente mais brasileiros morrerão e sofrerão ou vão ficar sequelados de forma prevenível se nós tivéssemos um sistema de saúde organizado.

Como sua gestão abordará as sociedades de especialidade para que, em conjunto, possam de forma positiva auxiliar as secretarias e Ministério da Saúde a tentar resolver esses problemas?

Resolução tem, a partir de um certo momento, tem que existir uma mudança na política pública e contemplar as

necessidades de saúde de forma adequada, inclusive no que tange a parte de gerenciamento. É um grande problema. O sistema é subfinanciado, mal gerido, e cheios de fraudes. Agora para você romper esse ciclo, até você contratar administradores, você tem que prover financiamento. Nesse aspecto, a AMB, enquanto emissora de títulos de especialista através das suas sociedades, ela pode sim ter um papel importante de mitigação do quadro, desde que exista uma sensibilidade por parte das autoridades públicas e suas secretarias estaduais e municipais. Nós nunca nos omitimos em relação a nos colocarmos como alternativa de solução. Seja no ponto científico, como também na elaboração de projetos. Seja nas ações que envolvem as sociedades em coisas mais específicas, como na distribuição de informação de educação das epidemias, vacinação, nos grandes trabalhos, como exemplo na parte cardiológica, câncer de mama ou colo de útero, próstata. Esse trabalho, já vem sendo feito diuturnamente e só não dá mais resultado porque a estrutura mãe que é o sistema único de saúde encontra-se totalmente disfuncional nesse momento.

Devido a dimensão do país, as políticas do SUS acabam por vez sendo boas em um estado e outro não, ou funcionam num município e no vizinho não. Você observa a necessidade de uma uniformidade dentro do SUS?

Pela dimensão, como você falou, nosso país tem muitas variações. O Brasil é único país ultrapassado pelo equador e um trópico (Capricórnio). Se você é único (SUS) então você precisa de soluções próprias, não adianta simplesmente sair copiando modelos como o inglês que é uma ilha e tem uma superfície do tamanho do estado de São Paulo, só que uma população um pouco maior. Ou como o Canadá que tem uma superfície até maior que o Brasil, mas uma população menor que a de São Paulo. Então você admitir que vai existir flutuação de acordo com os estados, isso é fato, e tem que ser respeitado. Por outro lado, o SUS, a pretexto de ser municipalizado, e o cidadão mora em um município, ele na verdade foi "prefeiturizado". Muda-se o prefeito ou secretário de saúde, muda-se a política e muda-se os profissionais. Isso cria uma situação que faço uma analogia com um disco arranhado. Em que a agulha sempre vai voltando ao mesmo ponto da música. E saúde é algo que tem que ser pensado a médio e longo prazo, como falamos logo no início da nossa conversa. As políticas de saúde têm que ser políticas de estado, não podem ser políticas de governo. Então se muda o prefeito, não pode mudar e começar tudo do zero, e também se mudar o prefeito e quem ganha é o da oposição, e o profissional de saúde foi contratado por ele, então ele vai e muda o profissional, então essa regra tem que ser mudada. Tem que existir, ao nosso ponto de vista, uma regionalização, tem que ser instituída as carreiras de estado, cuja a remuneração vem direto do poder central, isso vai tirar o médico e toda a equipe de saúde dos humores políticos locais, dão garantia e estabilidade pra eles, e sem dúvida alguma ante a disparida-

de do município ou do poder, e tamanho da renda não dá pra fazer um ciclo completo, isso é antieconômico, e então temos que partir pra uma política de regionalização colocando determinados hospitais, dependendo da localização geográfica não mais do que 1h de barco, de carro, bicicleta ou avião, mas onde resolva o problema de quem está precisando. E colocando postos avançados de atendimento para urgência e emergência, mas são postos que são equipados com helipontos, ambulâncias e com um sistema de comunicação, ou seja, um indivíduo que venha a sofrer um infarto em um lugar pequeno, ele terá imediatamente o mesmo tratamento inicial que teria vivendo num centro grande, mas só se for estruturado dessa forma. Hoje nada disso ocorre, e algumas pessoas estão infartando, tendo derrames e morrendo pelo interior sem sequer chegar aos pontos de atendimento normalmente, bastando concentrar em algumas capitais.

Esse quadro tem que ser mudado a partir de um certo momento respeitando-se as particularidades regionais.

Nesse período de campanha você está viajando pelo país. O que pode falar sobre as federadas e os problemas regionais com as dificuldades dessas associações?

É importante colocar aqui minha condição de presidente reeleito da Associação Médica de Minas Gerais (AMMG) Meu estado, se ele tivesse acesso ao mar, eu diria que ele é uma síntese do Brasil. Minas tem um território grande, com uma quantidade enorme de cidades, regiões de caatinga, sendo ele o único com esse bioma fora do Nordeste, tem regiões de floresta e grandes rios, regiões planas, montanhosas e no sul de Minas neva, ocasionalmente, mostrando um estado muito plural.

Isso nos traz um ensinamento que se reflete na minha resposta e na sua pergunta. Ou seja, a partir das observações feitas no meu estado, em que eu tenho regionais grandes organizadas, e grandes desorganizadas, e também pequenas organizadas ou não, nós começamos a construir programas que contemplem as diversas realidades regionais.

Nas federadas hoje nós temos essa mesma situação. Temos federadas em processo de organização e precisam ser ajudadas, e outras são fortes.

É fundamental que organizemos alguns eventos específicos para as federadas com propostas e inclusive um encontro de soluções. Nós temos várias pessoas com várias soluções muito inteligentes que guardadas as peculiaridades, podem ser aplicadas em uma ou outra federada com ganho para todos. E para isso vamos propor um programa para que elas se envolvam mais com a AMB até mesmo porque é intrínseco o papel de cada uma dentro da

associação, e que nós possamos entender e compreender o que cada uma tem de melhor e que pode ajudar as demais. Isso faz parte da nossa proposta em nível nacional.

Quais as suas propostas para o ensino médico e para os estudantes?

Nós hoje temos uma situação que vai levar tempo para ser resolvida, pois ela já está colocada ao que se refere ao enorme número de escolas recém fundadas baseadas em critérios políticos e econômicos, não com base em critério de necessidade e sobretudo na capacidade docente e instituições minimamente qualificadas para formar um médico adequadamente, então nós temos uma multidão de jovens colegas que vão entrar no mercado com grande deficiência no campo técnico, humanístico e ético, e essas pessoas vão precisar de um grande apoio das instituições a pretexto de vermos um verdadeiro tsunami de processos ético-profissionais e legais. Então, nesse aspecto, hoje nós trabalhamos na AMB a Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (AEMED), e vamos criar uma diretoria de médicos jovens e acadêmicos. Ou seja, a AMB ter uma diretoria voltada exclusivamente para a atenção a esses jovens colegas que são egressos ou estão começando a atuar em realidades extremamente hostis e agressivas.

Eles vão precisar de um amparo grande para continuarem em suas profissões, e sobretudo pra não se verem envolvidos em situações que possam resultar em danos a terceiros ou sequelas e suas consequências legais e criminais.

Mas a resolução de problema não será muito a curto prazo. A imagem do médico, na medida que essas instituições que não tem condição de formar médicos adequadamente entrar no mercado de trabalho, e eles serão médicos, daí já se discute com mais intensidade a prova do exame de ordem, semelhante ao da OAB. Provavelmente a sociedade vai cobrar isso e temos que deixar muito claro que não somos contra o exame de ordem, porém, diferente dos advogados, onde o bacharel tem várias outras oportunidades, o de



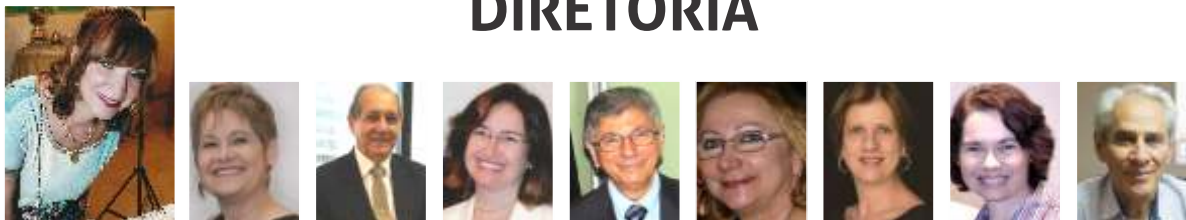
medicina não tem, conseqüentemente é fundamental que a escola não seja deixada de fora do exame de ordem a escola tem que ser coresponsabilizada. O CFM e a Associação Nacional dos Educadores em Saúde lançaram uma proposta de um exame seriado que também concordamos plenamente. Os exames no 2º, 4º e 6º ano, o estudante só avança no curso se ele passar, mas a escola está comprometida junto, ou seja, se no final do segundo ano a maioria das pessoas não conseguiram avançar, essa escola não pode abrir novas

turmas. Não podemos esquecer de quem tem a prerrogativa legal de outorgar a abertura de uma escola de medicina e também a particularidade de fiscalizar legalmente é o MEC. Não podemos fazer um exame que apenas puna o aluno, mas eu deixo abrir uma escola que é ruim, cursar, para no final de seis anos você não ter condições de ser médico? Existe muito em jogo na vida de um profissional, essa exigência está vindo da própria sociedade brasileira, e também irá atingir os que precisam revalidar seus diplomas.

Eleições AMPE - detalhes

Triênio 2017-2020 - chapa única: Valorização da Medicina

DIRETORIA



Da esquerda para a direita: HELENA MARIA CARNEIRO LEÃO (**Presidente**), Sílvia da Costa Carvalho Rodrigues (**1ª Vice-Presidente**), Anacleto Rodrigues de Carvalho (**2ª Vice-Presidente**), Maria do Carmo Lencastre de Menezes Dueire Lins e Cruz (**3ª Vice-Presidente**), Bento José Bezerra Neto (**Secretário Geral**), Sirleide de Oliveira Costa Lira (**1ª Secretária**), Nair Cristina Nogueira de Almeida (**2ª Secretária**), Marília de Moraes Delgado (**1ª Tesoureira**), Antonio Lopes Miranda (**2ª Tesoureira**).

CONSELHO FISCAL

EFETIVOS

Francisco Atanásio de Moraes Neto
José Sá Barreto Pimentel
Moacir de Novaes Lima Ferreira
Olimpio Barbosa de Moraes Filho
Sérgio Tavares Montenegro

SUPLENTES

Arivaldo dos Santos Leite
Aspásia Pires
Darcy Gonçalves de Freitas
Deuzeny Tenório Marques de Sá
Wellington de Oliveira Barros

ASSEMBLEIA DE DELEGADOS DA AMB

EFETIVOS

Flávio Linck Pabst
Gilson Edmar Gonçalves e Silva

SUPLENTES

Cláudio Renato Pina Moreira
Jurandir Luiz Brayner

ASSEMBLEIA DE DELEGADOS DA AMPE

EFETIVOS

Analíria Moraes Pimentel
Edite da Rocha Cordeiro
Éster Azoubel Sales
Gentil Alfredo Magalhães Porto Duque
Geraldo de Sá Carneiro Filho
Gildo Benício de Mello
Margarido Múcio Pereira Souto
Maria Cristina Cavalcante de Albuquerque
Jane Maria Cordeiro Lemos
Norma Medicis Maranhão

SUPLENTES

Ana do Carmelo de Aquino Fonseca
Celeste Aída Moura de Souza Chaves
Gláucia Virginia de Queiroz Lins Guerra
José Francisco de Albuquerque
Mário Vasconcelos Guimarães
Marcelo Salazar da Veiga Pessoa
Maria do Amparo Freire Parahym
Margarida Maria Carreiro de Barros
Mário Fernando da Silva Lins
Viviane Canadas da Mota

As instruções para votação serão passadas através de nosso site e newsletters.



Assédio Moral

“As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um...” o código de ética médica não deixa dúvidas quanto a relação profissional, e no artigo XVIII reafirma: “O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade”. Princípios fundamentais que regem a nossa profissão, porém, por vezes escanteados e preteridos por alguns preceptores e residentes. Alicerçados na tutela da hierarquia alguns colegas desrespeitam e humilham outros profissionais que no temor de retaliação ou prejuízo em sua qualificação profissional aceitam passivamente tal situação. Há de esclarecer-se a diferença entre hierarquia e assédio. Baseado em texto elaborado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) citamos o conceito e enumeramos alguns exemplos. “Hierarquia consiste ordenar diferentes níveis ou graus de poder dentro de uma instituição para que se estabeleçam relações entre superiores e subordinados. O médico deve cumprir os ditames propostos por seu superior hierárquico, desde que eles não firam a ética profissional. Por sua vez, assédio significa perseguir com insistência, molestar, perturbar, aborrecer, incomodar, importunar. O assédio moral é a exposição de alguém a situações humilhantes e

constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções.”

Baseado nos expostos acima, a Associação Pernambucana de Médicos Residentes (APMR), orienta que em caso de assédio moral o caso seja denunciado pelo e-mail apmrpernambuco@gmail.com ou diretamente ao Cremepe.

HIERARQUIA PROFISSIONAL

- Exigir que se cumpra o horário.
- Corrigir e orientar com respeito.
- Exigir cumprimento das resoluções da coreme e do código de ética médica.
- Delegar funções no serviço.

ASSÉDIO MORAL

- Forçar carga horária maior que a exigida por lei.
- Desrespeitar as resoluções e orientar condutas não éticas.
- Julgar, criticar e fazer brincadeiras de mau gosto, principalmente em público.
- Não supervisionar e não orientar os residentes adequadamente.

Notas

APMR participou do VIII Curso de Atualização em Ética e Bioética para Residência Médica

No final de junho aconteceu o curso de ética do Cremepe, ministrado aos novos residentes do estado. A APMR participou do evento e esclareceu em sua palestra sobre direitos e deveres dos médicos residentes, além de dar um feedback sobre a pesquisa realizada no início do ano. Dentre as descobertas da pesquisa o que chama a atenção é o dado que relaciona aprendizado com carga horária. Cerca de 20% dos residentes do estado responderam o questionário e ficou claro e com significância estatística que quanto maior a carga horária acima das 40h permitidas menor o aprendizado e satisfação com a residência.

Visitas de credenciamento - Agosto foi o mês escolhido para as visitas de credenciamento das residências médicas, momento oportuno para informar os erros e possíveis melhoras dos programas. A APMR acompanhará a maior parte das visitas a fim de deixar os residentes mais a vontade junto aos avaliadores e colaborar com as devidas adequações que se façam necessárias.

INSS em duplicidade - A APMR reafirma que os residentes descontam em folha o INSS proporcional à sua bolsa, caso residente trabalhe sob carteira assinada o valor pago pela residência pode ser deduzido do seu salário, basta levar o demonstrativo da bolsa de residência para o emprego formal antes do fechamento da folha. Qualquer dúvida entrar em contato com apmrpernambuco@gmail.com.



CEREM - A APMR esteve presente na reunião da Cerem no final de julho, entre os dispostos foi acordado que todas as coremes enviarão à CEREM os seus regimentos internos e esta para orientações para que haja uniformidade e adequação dos regimentos junto a Resolução número 2 de 03 de julho de 2013 que dispõe sobre a organização e funcionamento das coremes.



A propósito da Resolução da CNRM que versa sobre estágios opcionais

Deve entrar em vigor em breve Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) sobre os rodízios opcionais. Na verdade, após o surgimento desta, os rodízios não serão tão “opcionais” assim.

Em todos os Programas de Residência Médica (PRMs) há rodízios opcionais, que até então não possuem regulamentação formal, mas que são entendidos – tal qual o nome sugere – como períodos (geralmente de um mês) nos quais o médico residente deve *escolher* uma determinada área de sua especialidade para desenvolver atividades. Percebemos que esse rodízio opcional, portanto, se propõe suprir necessidades particulares do médico residente seja para complementar seu conhecimento, conhecer determinada subárea, atuar em um Serviço de Saúde diferente, fortalecer sua rede de contatos profissionais, interesse pessoal para desenvolver esse conhecimento em sua prática diária, entre outros.

A nova Resolução da CNRM, entretanto, entende os rodízios opcionais como uma entidade muito diferente. Trata-se de documento que limita sobremaneira as possibilidades do médico residente desenvolver suas habilidades e conhecimentos, inclusive deixando a cargo da supervisão da residência definir se (se!) haverá e onde se dará o rodízio opcional. Abre um espaço claro para rodízios internacionais e para serviços que não tem PRM estabelecido, mas isso de nada vale se o residente não puder ir para esses lugares.

A CNRM é uma instituição colegiada, da qual participam representantes de várias entidades médicas, como ANMR, AMB, ABEM, FENAM, além do MEC, Ministério da Saúde e conselhos de saúde. Naturalmente, existiram discussões sobre a validade do texto desta Resolução, mas a mesma deve vigorar em breve, apesar do voto contra de algumas partes.

Entendo que não é sequer coerente restringir o universo de escolha do médico residente em uma das poucas oportunidades nas quais ele pode escolher, dentro de sua especialidade, um caminho a seguir. O rodízio opcional é muito mais que “mais um rodízio”. É um momento que é pensado e repensado, pesado sob vários aspectos (financeiro, geográfico, profissional, vida pós-residência) para sua realização. Apesar de várias pactuações que a CNRM faz, geralmente no sentido de defender o médico residente, esta Resolução me assusta e traz consigo uma impressão negativa sobre o futuro da residência médica – mais arrochos, menos liberdade, mais obrigações, menos colaboração. Especialmente nesse momento de instabilidade política e financeira do país, de críticas afrontosas aos médicos por parte dos governantes, não acreditamos que ceifar os direitos de escolha, de ter uma oportunidade de uma formação mais adequada aos fins do médico residente, de proporcionar à sociedade um melhor retorno e de melhorar a formação de especialistas, possa ser benéfico em qualquer análise.

Ainda, a Resolução limita os rodízios opcionais a apenas um durante todo o PRM, e que só pode ser realizado a partir do R2. Repare: PRMs de cinco anos terão um mês de rodízio optativo (igual às de dois anos) e subespecialidades cujo programa é de um ano não terão opcional.

Defendemos que os rodízios opcionais sejam, de fato, opcionais. Que todos os médicos residentes tenham o direito de definir onde (desde que serviços reconhecidamente capazes de fornecer as habilidades pretendidas), em que área (desde que relacionada ao seu PRM) vai desenvolver melhor sua formação, que haja um opcional por ano de PRM e que haja o opcional. Nenhum serviço é

perfeito. É necessário que possamos conhecer subáreas que não nos são oferecidas, ou que já são oferecidas, mas com um novo olhar sobre elas.

A publicação desta Resolução será uma grande perda para os médicos residentes. Para todos os efeitos, precisamos contar com o diálogo com nossos supervisores para obtermos oportunidades rodízios opcionais. Aqui em Pernambuco, esperamos poder desenvolver, junto à nossa CEREM, meios que garantam ao residente poder ter um opcional nos moldes ideais. Esperamos que essa Resolução seja rediscutida em novas oportunidades, especialmente antes de ser publicada, para que possamos adequá-la à nossa realidade. Por parte da APMR, nas oportunidades que nos derem e nas que criarmos, levaremos a bandeira da defesa de uma residência médica de qualidade e que respeite os direitos e interesses do médico residente.

COMO ESTÁ

COMO SUGERIMOS

<p>Art 3º. O estágio opcional é desenvolvido como atividade não obrigatória no PRM, sendo facultado à instituição o direito de adotá-lo ou não em um ou mais de seus PRMs</p>	<p>O estágio opcional é atividade complementar do Programa de Residência Médica, cabendo ao médico residente adotá-lo ou não em sua grade curricular.</p>
<p>Art 6º. O estágio opcional cumprido no Brasil ou no exterior é de responsabilidade da instituição ministradora do PRM que opta por adotá-lo, devendo ser previsto em seu Regimento Interno Parágrafo único: Os estágios opcionais realizados em território nacional poderão ser cumpridos na própria instituição ou em instituição diversa</p>	<p>O estágio opcional, cumprido no Brasil ou no exterior, é de corresponsabilidade da instituição de origem e da instituição de destino. § 1º. A instituição de origem deve prever em seu Regimento Interno o estágio opcional § 2º. Os estágios opcionais poderão ser cumpridos na instituição de origem, em outra instituição nacional ou instituição estrangeira formadora de médicos especialistas.</p>
<p>Art 7º. (...) § 3º. A instituição de origem poderá selecionar os médicos residentes interessados em cursar estágio opcional segundo critérios objetivos que deverão incluir: I) desempenho nas atividades do PRM em curso (...); II) conduta ética (...); III) domínio do idioma (...).</p>	<p>§ 3º. Dado um número de vagas restrito para um estágio opcional em determinada instituição de destino, a instituição de origem pode ranquear a prioridade dos interessados, segundo critérios objetivos que deverão incluir:...</p>
<p>Art 8º. Para cada um de seus PRMs a instituição ministradora poderá, a seu critério, ofertar um ou mais estágios opcionais, a serem cumpridos nela própria ou em instituição diversa. § 1º. Os estágios opcionais podem ser pré-definidos pela instituição ou atender a demandas particulares dos médicos residentes. § 2º. No último caso, a programação a ser cumprida nos estágios opcionais deve ser previamente definida pelo supervisor do PRM de origem juntamente com o médico residente interessado e aprovada pela COREME em reunião ordinária.</p>	<p>Para cada um de seus PRMs, a instituição ministradora ofertará ao menos um período para estágio opcional. § 1º. O número máximo de estágios opcionais variará conforme o PRM e a instituição. § 2º. A escolha pela realização ou não do estágio opcional é do médico residente, podendo este buscar por estágios que atendam suas demandas particulares ou desenvolver estágios já existentes em seu PRM. § 3º. No último caso, a programação a ser cumprida deve ser pactuada entre o supervisor do PRM e o médico residente.</p>
<p>Art. 9º. Os estágios opcionais terão duração máxima de 30 dias.</p>	<p>Cada estágio opcional terá duração máxima de 30 dias</p>

ÉTICA

nos procedimentos estéticos da medicina

O Jornal de Medicina de Pernambuco traz opiniões de profissionais sobre o tema em suas especialidades.

entretanto se não for corrigido primariamente a família ou o próprio paciente quando tiver autonomia procurará o profissional com o fim de corrigir a assimetria estética existente.

A resolução do Cremesp nº 81, de 09 de junho de 1997 diz: entre outros tópicos: "A cirurgia plástica é especialidade única, indivisível e, como tal, deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente." "O tratamento pela cirurgia plástica deve ter como finalidade trazer benefício a saúde do paciente, seja física, psicológica ou social". Outro artigo: "O objetivo do ato médico na cirurgia plástica, como em toda a prática médica, constitui obrigação de meio e não obrigação de fim ou de resultado".

O saudoso colega Dr. Antônio Gonçalves Pinheiro, coordenador da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do CFM, fundamentando a resolução CFM 1836/2008 escreveu: "A cirurgia plástica no atual estágio de desenvolvimento social trouxe, por um lado, a possibilidade do bem estar conjugado a melhora do aspecto físico, mas, por



Cirurgia Plástica
José Pimentel

Cirurgião plástico

Em primeiro lugar devemos esclarecer que a cirurgia plástica é uma especialidade indivisível. A cirurgia reconstrutora e a cirurgia estética ou reparadora convivem e dependem uma da outra. Mudam os propósitos. Na reconstrução focamos em primeiro lugar a função e em seguida a estética. O que seria de um paciente portador de fissura lábio palatina se não houver a preocupação estética. Quem convive sabe disso. O nariz destes pacientes nem sempre apresenta distúrbio de função

outro lado, alargou desmesuradamente conceitos e generalizou o alcance de resultados. Assim, frente a essa invasão mercadológica que trabalha o maior sentido da vaidade humana, abriu-se um campo fértil para o lucro e a mercantilização. Empresas instalam-se por todo país oferecendo através de panfletos, outdoors, jornais e mídia eletrônica planos de financiamento para cirurgias plásticas, com venda de procedimentos fechados.”

Complementando vemos a proliferação de pretensos cursos de cirurgia estética ministrados por pessoas não especialistas, com duração de alguns meses, contrastando com a formação do cirurgião plástico, que tutelado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, deve cumprir três anos de residência em cirurgia geral e três anos de residência em cirurgia plástica a fim de obter o título de especialista. A



Divulgação (CODAME) Francisco Atanásio

Cirurgia geral e pediátrica, Conselheiro do Cremepe

Como era o mercado antes da Resolução 1.974/11 do CFM e como foi recebida a sua implantação?

Não há uma nesta Resolução uma novidade nem intenção ou propósito em modificar o mercado com a Resolução 1.974/11, mesmo porque, já existia mecanismo de controle anterior, com limitações para propagandas ou anúncios tendenciosos ou busca de vantagens indevidas e antiéticas, onde, de qualquer que seja a forma busque equivocar ou angariar clientela causal com inverdades ou meias verdades do ponto de vista ético profissional. A bem da verdade, a Resolução visa: “Estabelecer critérios norteadores da propaganda medica, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo e as proibições referentes à matéria”. Note-se que, esta Resolução traz avanços e inovações pertinentes a Resolução anterior, 1.701/2003, substituindo-a integralmente. Por fim, a Resolução se impõe para coibir o uso dos mecanismos de publicidade e propaganda médica de forma abusiva e enganosa por alguns profissionais e estabelecimentos de saúde.

Com o avanço das mídias sociais, como é visto a “troca” de procedimentos por posts elogiosos dos “pacientes”? (Geralmente proprietários de perfis com muitos seguidores costumam fazer postagens elogiando ou falando de determinado procedimento ou médico, geralmente com o próprio aparecendo na foto dentro do consultório, sendo a consulta com essa real intenção)

Definitivamente, os “autoelogios”, disfarçados de serem de terceiros são combatidos pela Resolução e pelo bom

execução de procedimentos da área de cirurgia plástica por profissionais de outras especialidades médicas, e o mais grave, procedimentos de cirurgia plástica executados por profissionais não médicos. Muitas vezes com grande publicidade, principalmente na mídia eletrônica. Com riscos para o paciente e secundariamente para a especialidade.

Finalmente acredito que aqueles que prometem resultados em qualquer mídia, deverão responder por estes resultados.

Para terminar sabemos que a ética, o bom senso, o respeito a pessoa, a relação médico paciente, o perfeito entendimento do que o paciente deseja, a convicção do médico dos seus limites e, o consentimento informado constituem a base de um resultado adequado para o principal objetivo: beneficiar o paciente.

senso. Fotos de pacientes, mesmo com suposta autorização, não são permitidas, assim como dos resultados e comparações com o antes e depois. Estes eventos estão sujeitos a processos de Sindicâncias, podendo progredir para um Processo Ético Profissional.

Como tem sido a atuação da CODAME em Pernambuco e quais erros mais cometidos pelos profissionais locais?

Por princípio, não há uma intenção meramente punitiva, mas, a noção educativa, buscando o diálogo e a informação para uma relação justa entre as partes. Por vezes uma certa inexperiência ou um convencimento a partir de certo desconhecimento pode levar um profissional honesto e bem-intencionado a transgredir. Não achamos justo partir-se para procedimentos punitivos como poderia parecer, mas, buscar o diálogo com quem o deseja e compreende nosso objetivo de proteger a sociedade de falsas promessas. Não havendo predomínio, embora, alguns colegas sejam atraídos pelas mídias sociais pela facilidade e aparente inocência nos posts.



Dermatologia Fátima Brito

Dermatologista

A dermatologia vive uma crise de identidade com a ascensão da estética frente às demandas de tratamento das doenças de pele?

A dermatologia e a cirurgia plástica sempre foram as especialidades médicas que cuidaram dos problemas

estéticos e suas demais atribuições nas doenças de pele e cirurgias reparadoras. Na verdade, eu acredito que a sociedade é que diante das mídias sociais inflando a população na divulgação da realização dos procedimentos estéticos por profissionais não médicos é que passou a confundir de quem realmente seria esse papel.

A formação desse especialista não está dando a dimensão real da área de atuação?

O que está ocorrendo não é exatamente que a dermatologia não está atendendo a dimensão do crescimento do campo da estética o que de fato ocorreu foi uma completa banalização e invasão na realização dos procedimentos estéticos por vários profissionais não médicos.

Quem delimita a atuação profissional é a lei, independente dos objetivos e interesses de cada categoria profissional. A Lei confere ao Conselho Federal de Classe uma série de funções normativas, válidas para os profissionais sujeitos à sua jurisdição (Inciso XIII do artigo 5º da Constituição Federal - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer). Portanto, os profissionais da área de saúde não médicos, não possuem respaldo legal quando praticam ato médico nos procedimentos estéticos invasivos, embasados em resoluções dos conselhos de classes, sendo estas abaixo da lei, e que não possui eficácia para criar direitos ou atribuir obrigações.

Quais as consequências a longo prazo para o futuro da medicina e da especialidade dermatologia, visto o crescimento de outras profissões entrando na área da dermatologia?

Na realidade a preocupação maior não seria exatamente as consequências para o futuro da medicina e da dermatologia ou cirurgia plástica para essas especialidades os papéis já estão bem definidos a preocupação maior seria com a população que está sujeita a ser tratada por profissionais não habilitados.

Como há riscos agudos durante o procedimento, é necessário que o profissional esteja apto a atender o paciente em caso de necessidade.

Em resumo, se tais procedimentos forem praticados por esses profissionais não médicos, poderão causar graves danos aos pacientes, diante da falta de conhecimento básico na área de anatomia aplicada e de fisiopatologia geral. Esses profissionais não possuem os conhecimentos técnicos necessários para analisar a pele de uma pessoa e receitar determinado tratamento estético, por menos invasivo que seja esse tratamento

Portando, atos essencialmente médicos não podem ser banalizados, nem praticados de forma indiscriminada, haja vista que a medicina conta com complexo aprendizado que é construído

numa carga horária que vai de 7.200 a 9.000 horas, para a graduação, além de, 2 a 6 anos para a formação de um especialista em áreas definidas pelo Conselho Federal de Medicina e aplicado pelo Ministério da Educação por meio dos programas de Residência Médica.



Suplementação Alimentar **Fábio Moura**

Endocrinologista

O que é um suplemento e como ele usado, bem ou mal, pode afetar a saúde do paciente?

Inicialmente, precisamos definir que Suplemento alimentar é um produto que contém uma quantidade adequada de um dado nutriente (proteína, carboidrato, vitamina, etc...) e que será usado pra complementar a dieta. Depois, alguns princípios sobre suplementação precisam ficar claros. Inicialmente, que Suplementação vem do verbo suplementar, que significa completar alguma coisa que está faltando, portanto, a suplementação tem que ser indicada para quem, em tese, apresente alguma deficiência ou necessidade aumentada de algum nutriente. Se não ocorre, possivelmente essa suplementação não terá utilidade.

A deficiência pode decorrer tanto da ingestão adequada quanto por aumento da demanda. Um bom exemplo é durante a gravidez, onde se tem uma deficiência de ácido fólico decorrente das maiores necessidades desse nutriente. Também podemos citar os atletas, que necessitam ingerir maiores quantidades de proteínas e onde os suplementos, tais como o whey protein e a creatina são muito úteis. Mas, o que tem que ficar claro é que a suplementação não é obrigatória, isso acabou virando moda. Há essa inversão de papéis obrigando que todo mundo use suplementos. Não é assim. Existe uma parcela da população que realmente precisará de suplementos, mas usar apenas por usar, não vai trazer nenhum benefício e também pode trazer algum malefício.

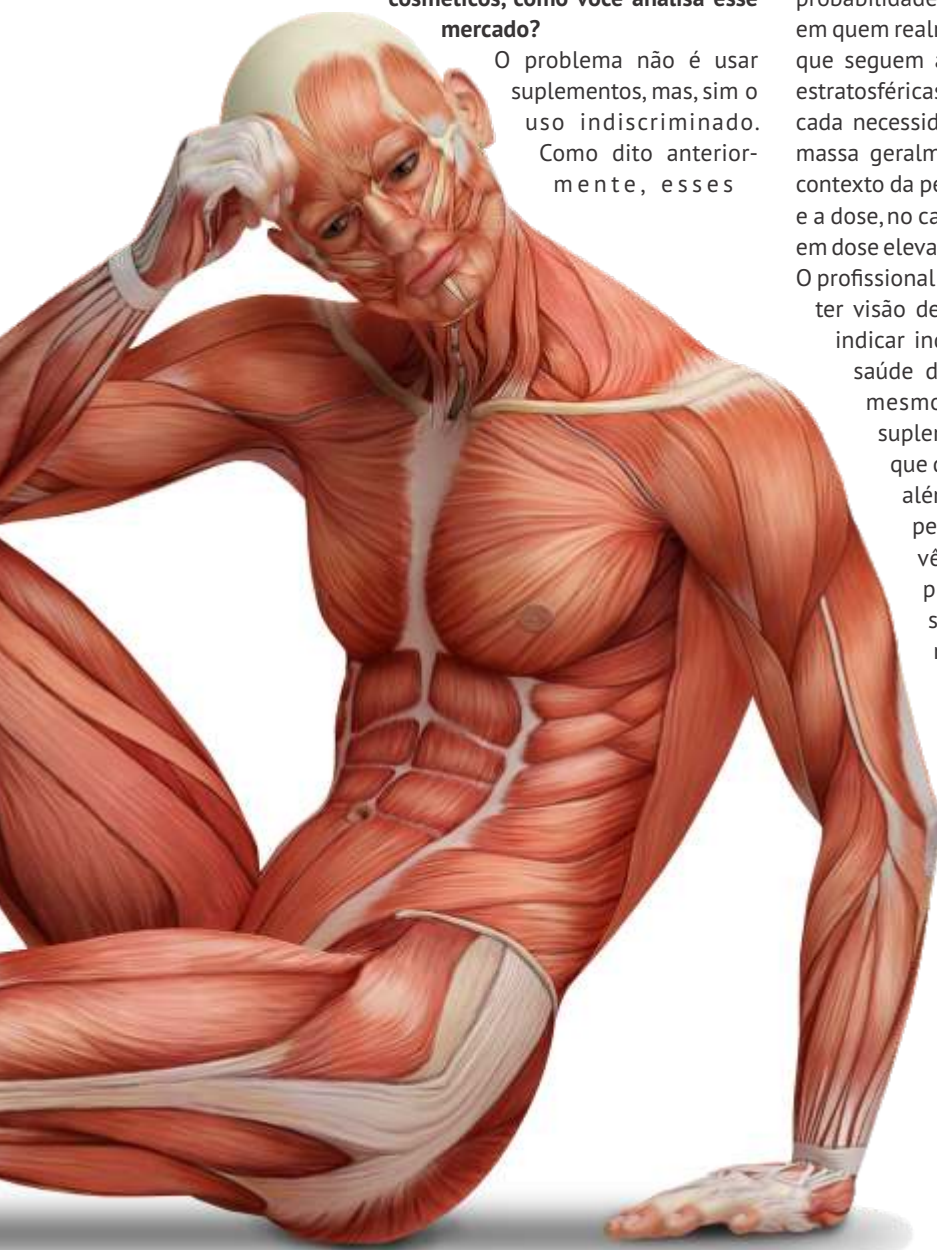


O nutricionista também pode prescrever um suplemento, não é só o médico, não há erro nisso, desde que os profissionais conheçam os suplementos, suas indicações e limitações. A classificação mais utilizada avalia os níveis de evidência, que classifica os suplementos como nível de evidência A, os que comprovadamente funcionam, nível B, os que provavelmente funcionam, o nível C que é o que provavelmente não funcionam, e nível D, que não funcionam ou que podem causar um efeito colateral grave, e não devem ser usados.

Quando pensamos em suplemento temos que ter a clareza desse contexto. O suplemento por si não é uma coisa antiética, além de ser seguros. Prescreve-los não constitui um crime ou erro, e temos que diferenciá-lo do uso estético e abusivo de hormônios, estes sim são um risco a saúde.

Hoje vemos na mídia a proliferação dos chamados nutri cosméticos, como você analisa esse mercado?

O problema não é usar suplementos, mas, sim o uso indiscriminado. Como dito anteriormente, esses



produtos feitos de uma fórmula única para todos não terão efeito algum caso não haja uma deficiência de nutrientes, mas também não há de fazer mal, é um tipo de “placebo de luxo”. Sempre temos que analisar o contexto do paciente, individualizar o consumo e não generalizar. O uso indiscriminado desse suplemento não vai trazer nenhum benefício, e possivelmente vai trazer algum malefício.

Como são os casos que chegam ao seu consultório?

O poder do suplemento mal utilizado em si é muito baixo para haver uma complicação grave, por isso se faz uma imensa propaganda desse tipo de produto, pois não há tantas complicações, mas os hormônios sim. São os casos realmente graves que vejo em meu consultório, mas quanto ao suplemento a reação é mais de frustração.

De novo e sem querer ser repetitivo, eu insisto que a probabilidade desses chamados nutri cosmético funcionar é em quem realmente vai ter essa deficiência, e para os demais que seguem a moda, nada trará. Não adianta usar doses estratosféricas, o suplemento tem que ser na dose certa para cada necessidade do paciente, por isso esses produtos de massa geralmente não fazem efeito. Então tem que ver o contexto da pessoa que vai usar, o nível de eficácia científica, e a dose, no caso como já citamos a vitamina D que se usada em dose elevada pode trazer malefícios.

O profissional de saúde tem que agir de forma ética para não ter visão deturpada com vista em um possível lucro ao indicar indiscriminadamente suplementos em cima da saúde do paciente, mas sim a real necessidade do mesmo. Embora o uso abusivo inadequado de suplemento traga um risco bem menor de danos do que de hormônios, ele tem seus riscos para a saúde, além de gera um custo desnecessário para a pessoa, e como falamos, usando o paciente não vê o resultado vem a frustração. Um bom profissional não vai ficar empurrando suplementos e formulas absurdas sem necessidade.



Hormônios
Nair Cristina
Endocrinologista

Quais as indicações de uso de hormônios para fins estéticos?

De uma forma geral, só existe indicação de reposição hormonal quando se detecta a sua deficiência. Não existe indicação de seu uso para fins estéticos, pois não há dados confiáveis na literatura que suportem tal medida.

Esas ditas condutas anti-envelhecimento?

No envelhecimento, mas evidente no climatério há a redução da função gonadal. É consenso em todas as diretrizes das instituições nacionais e internacionais que a reposição hormonal destina-se a mulheres sintomáticas e sem contra-indicações. Evidente que deve ser acompanhada de controles periódicos constantes. Quanto aos homens, o declínio hormonal é bem menos evidente, com manutenção de níveis de testosterona dentro do normal. Ensaios usando testosterona em idosos sem deficit não demonstraram benefícios. Quanto à "fadiga adrenal", já existem diversos posicionamentos oficiais alertando para a inexistência dela. Em relação ao uso do Hormônio do Crescimento, visando principalmente ganho de massa muscular, os estudos apresentam resultados conflitantes e os efeitos colaterais preocupam.



Cirurgia Vascular Anacleto Carvalho

Cirurgião vascular

Como se aplica a Medicina Estética em Membros Inferiores?

A beleza dos membros inferiores (MMII) depende de sua morfologia, do componente osteoarticular-tendomuscular e da proporcionalidade entre seguimentos de perna e coxa. Acrescenta-se a isso outros fatores relacionados à saúde e patologia. Entre as principais, registramos dois, considerados fundamentais e interligados à estética: presença ou ausência de pele saudável, independente do tipo de pele, e presença de veias varicosas.

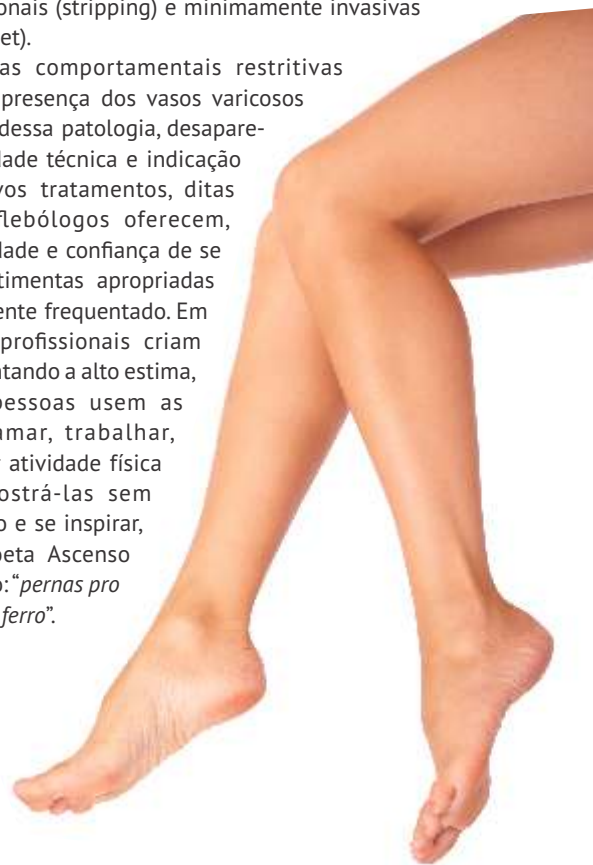
Atualmente, a cosmetologia progrediu, fortemente, ao lado dos tratamentos das varizes. Com os novos conhecimentos científicos, baseados em evidência e bom senso, expurgando técnicas e táticas defasadas e executadas com objetivos, às vezes, não recomendáveis eticamente, estamos vivenciando pleno progresso no tratamento cosmético nos MMII.

Como os novos procedimentos influenciam na decisão do médico?

Nos dias atuais, armas poderosas para o tratamento das varizes estão nas mãos dos flebólogos. Aplicadas corretamente, proporcionam qualidade de vida, e funcionalidade normal ou próximo a ela, nos pacientes tratados. Entre inúmeras armas de diagnóstico e terapêutica existentes, citamos como principais a ultrassonografia e fármacos potentes, empregados em dosagem e concentrações adequadas para cada tipo de

varizes, garantindo os objetivos propostos: beleza e funcionalidade. A ultrassonografia merece atenção especial não só pela sua participação fundamental, no diagnóstico, como complementação, na execução de inúmeros procedimentos terapêuticos cirúrgicos, transformando-os em atos simples e econômicos. São realizáveis em ambiente ambulatorial. Entre os procedimentos, citamos o laser transdérmico e o endolaser, rádiofrequência, escleroterapia modernizada e atualizada com a técnica Air Block (década de 1940), conhecida também como técnica de espuma, cola (utilizando o acrilato de sódio), vaporização e tantas outras não suficientemente aprovadas pelo tempo, combinações de técnicas tais como, refrigeração (criolaser – crioesclerose), endolaser associado à técnicas de Air Block (esclerose sob a forma de espuma) e principalmente a Terapia Complexa Combinada, desenvolvida por nós, onde utilizamos dois procedimentos associados (laser + escleroterapia na forma líquida ou espuma + clareamento), obtendo resultados surpreendentes para as veias grandes, com indicação prévia de cirurgia, em pacientes idosos, portadores de patologia cardíaca, renais, hepatopatas, em uso de anticoagulante, além dos pacientes com rejeição ou mesmo fobias ao ato cirúrgico. Essa técnica é realizada em consultório, em regime ambulatorial, constituindo o tratamento catalogado como opção não cirúrgica. Esse procedimento, também, é utilizado em micro varizes e veias tributárias oferecendo resultados estéticos bastante satisfatórios. Lembramos, finalmente, no arsenal terapêutico das varizes, o tratamento cirúrgico encontra-se em pleno viés de limitações rigorosas, nas suas indicações. Fala-se, hoje, no sepultamento das cirurgias tradicionais (stripping) e minimamente invasivas (agulha de crochet).

As mudanças comportamentais restritivas decorrentes da presença dos vasos varicosos nos portadores dessa patologia, desaparecem pela qualidade técnica e indicação prévia dos novos tratamentos, ditas estéticas. Os flebólogos oferecem, assim, tranquilidade e confiança de se poder usar vestimentas apropriadas para cada ambiente frequentado. Em resumo, esses profissionais criam condição, aumentando a auto-estima, para que as pessoas usem as pernas para amar, trabalhar, passear, praticar atividade física e esportes, mostrá-las sem constrangimento e se inspirar, também, no poeta Ascenso Ferreira, dizendo: "*pernas pro ar que ninguém é ferro*".





TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA TÉCNICA DREZOTOMIA EM PACIENTE COM DOR, DESENCADEADA PELA AVULSÃO DO PLEXO BRAQUIAL ASSOCIADA À SÍNDROME DO MEMBRO FANTASMA, REFRACTÁRIA À TERAPIA FARMACOLÓGICA

Autores: Rafael Barros Alves de Carvalho¹, Carolina Cavalcanti Gonçalves Ferreira², Rafael Lopes Pena de Souza³, Felipe Pininga Pessoa de Azevedo⁴, Gustavo de Araújo Lima⁵, Gustavo Barros Alves de Carvalho⁶

^{1,3,4,5} Acadêmico de medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau), ² Acadêmica de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), ⁶ Acadêmico de medicina da Universidade de Pernambuco (UPE).

Orientador: Dr. Francisco Nêuton de Oliveira Magalhães (Neurocirurgião Funcional especialista em Dor e Doença de Parkinson)

Autor Principal: Rafael Barros Alves de Carvalho

Introdução: As lesões do plexo braquial geralmente ocorrem após acidentes com veículos automotivos, especialmente motocicletas. Dentre os mecanismos envolvidos na gênese dessas lesões destaca-se o aumento do ângulo entre a região cervical e o ombro, levando a tração dos elementos do plexo braquial. Antes da cirurgia reparadora, deve-se saber o local das lesões, em relação ao gânglio da raiz dorsal dos nervos espinhais, o que possibilita classificá-las em lesões pré-ganglionares ou pós-ganglionares.

A sensação do membro fantasma é um fenômeno que acomete pacientes submetidos à amputação de qualquer um dos membros e essa sensação pode ser acompanhada ou não de dor. A dor é em geral incapacitante e associada à síndrome dolorosa miofascial na musculatura próxima da região amputada. A maioria dos neurologistas defende que a dor no membro fantasma decorre dos sinais e impulsos enviados ao cérebro por parte dos nervos seccionados na altura do coto. Mas Ramachandran, neurologista indiano, acredita que o cérebro não aceita a perda do membro e leva algum tempo para se adaptar a nova imagem do corpo. O mecanismo real é ainda pouco conhecido.

A Drezotomia (DREZ) ou Tratotomia de Lissauer e Lesão do Corno Posterior da Medula Espinhal é um procedimento cirúrgico que pode ser utilizado para tratamento de dor neuropática central após lesão medular traumática. Corresponde a ablação dos neurônios que demonstram hiperatividade paroxística após lesão de desaferentação. Existem alguns tipos de técnicas ablativas. O alívio da dor após a intervenção cirúrgica pode ocorrer através dos três seguintes mecanismos:

- 1) Interrupção das vias ascendentes de dor das colunas dorsais e dorsolaterais;
- 2) Destruição dos centros geradores de dor na medula
- 3) Reequilíbrio entre os estímulos inibitórios e excitatórios da rede sensorial danificada.

A DREZ é utilizada como último recurso quando outras intervenções paliativas não apresentam êxito. A dor pela avulsão de raízes do plexo braquial é bastante incapacitante. Se for realizada amputação do membro, há o aumento do sofrimento ao provocar a sensação de membro fantasma, na maioria dos casos.

Relato de Caso: Paciente, masculino, 36 anos queixa-se de dor constante e intensa no pescoço e regiões adjacentes, no lado direito, após acidente automobilístico há dois anos. O traumatismo do acidente resultou na avulsão de plexo braquial direito, o que deu origem as dores referidas. Médicos haviam amputado o MSD no objetivo de cessar as dores, as quais eram refratárias ao tratamento farmacológico. O paciente não apresentou alívio, mas sim aumento da dor após a amputação e passou a ter sensação de membro fantasma e dor no mesmo. Apesar da prescrição de Gabapentina (300mg de 8/8h), Amitriptilina (25mg/dia) e Tramadol (50mg de 8/8h) o paciente permanecia com dor de intensidade "09" de acordo com a Escala Visual Analógica. Devido ao quadro de dor crônica e

intensa que o acometia e por ser refratária ao tratamento farmacológico, foi proposta a realização de uma técnica cirúrgica denominada Drezotomia, realizada no Hospital da Restauração-PE. Após a realização do procedimento houve melhora significativa do quadro de dor.

Objetivos: Descrever e mensurar os resultados obtidos com a realização de tratamento cirúrgico por técnica denominada Drezotomia para tratamento da dor desencadeada pela avulsão do plexo braquial associada a síndrome do membro fantasma, refratária ao tratamento farmacológico.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Caso, utilizando-se informações retrospectivas.

Os dados contidos no relato de caso foram obtidos por meio da anamnese, exame físico do paciente, exames complementares e busca de dados obtidos em prontuário bem como consulta à literatura por meio de livros, periódicos e artigos científicos.

Resultados e Discussão: A dor pela avulsão de raízes do plexo braquial tem origem na medula, portanto não pode ser tratada pela cirurgia no nível do plexo braquial ou amputação do membro paralítico, de forma que o referido paciente havia sido tratado de forma equivocada anteriormente. Com a realização da Drezotomia, o paciente referiu uma redução de 80% de sua dor após o 1º mês de cirurgia e após o 6º mês referiu estar com 50% da dor anterior a cirurgia. Faz-se necessário a realização de exame de Ressonância Magnética da coluna cervical para avaliar indicação e planejamento cirúrgico.

Conclusão: A amputação de membro acometido por avulsão de plexo braquial, na maioria dos casos, aumenta o quadro de dor referido pelo paciente com essa afecção, devido a síndrome do membro fantasma. A dor oriunda da associação da avulsão de plexo braquial com síndrome do membro fantasma geralmente é refratária ao tratamento farmacológico, mas a literatura mostra alívio significativo da dor após a realização da Drezotomia. Caso a realização de Ressonância Magnética da coluna cervical não contraindique esse procedimento, essa cirurgia consiste no tratamento correto e mais indicado nesses casos.

Palavras-Chave: **DOR-AVULSÃO-MEDULA**

REFERÊNCIAS:

1. Teixeira MJ, Souza EC, Yeng LT, Pereira WC. A lesão do trato de Lissauer e do corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal e a estimulação elétrica do sistema nervoso central para o tratamento de dor por avulsão de raízes do plexo braquial. Arq. Neuro-Psiquiatr. 1999; 57:56-72.
2. Zorub DS, Nashold BS, Cook WA. Avulsion of the brachial plexus: a review with implications on the therapy of intractable pain. Surg Neurol. 1974; 2:347-353.
3. Sweet WH. Deafferentation pain in man. Appl Neurophysiol. 1988; 51:117-27.
4. Nashold B S Jr, Ost Dahl RH. Pain relief after dorsal root entry zone lesions. J Neurosurg. 1979; 51:59-69.
5. Blumenkopf B. Neuropharmacology of the dorsal root entry zone. Neurosurgery. 1984; 15:900-903.



Flávio Pabst

Médico e líder

Flávio Linck Pabst, meu vice-presidente quando estive à frente da AMPE e companheiro de outras jornadas, é um cirurgião pediátrico qualificado e tem uma carreira notável como participante de diversas entidades representativas dos médicos.

Desde muito jovem apreciava a Medicina, e nela se afirmou definitivamente. Já no terceiro ano médico começou a trabalhar no serviço de Cirurgia Pediátrica do Dr. Gilson Machado, no Hospital Infantil Manoel de Almeida. No quarto ano ingressou na Sociedade dos Internos dos Hospitais do

Recife. Foi também acadêmico concursado do Hospital do Pronto Socorro e da Maternidade do IPSEP. Formou-se em 1968 pela UFPE (então Universidade do Recife).

Partiu para São Paulo para fazer o curso de Pós-Graduação em Cirurgia Geral no Hospital Brigadeiro Luiz Antônio, onde ingressou no INPS como Cirurgião Pediátrico. Em seguida fez dois anos de Residência em Cirurgia Pediátrica, na Santa Casa de São Paulo. Casou-se com Miriam Campelo e vieram três filhos (Um Médico, um Odontólogo e uma Arquiteta).

De volta ao Recife foi trabalhar no IMIP, na Cirurgia Pediátrica dirigida por Miguel Doherty e transferiu o vínculo que tinha com o INPS para a urgência do Hospital Getúlio Vargas. Abriu o seu Consultório e iniciou sua crescente clínica particular.

Flávio tornou-se sócio da AMPE e do Sindicato dos Médicos, e despontou como dirigente da Sociedade de Cirurgia Pediátrica de Pernambuco que presidiu por duas gestões. Ganhou notoriedade e o respeito dos que militavam no meio associativo dos médicos. Na AMPE participou de várias diretorias e Assembleias de Delegados (locais e federais). Flávio Pabst se tornou Presidente da Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica, na qual também foi examinador na banca que distribuía os títulos de Especialistas (ele próprio já havia conquistado esse título). Foi adiante e chegou à Associação Médica Brasileira, na qual foi Vice-Presidente da entidade para o Nordeste. Na AMB integrou a Comissão Nacional de Honorários Médicos (já presidira a comissão estadual).

Flávio seguiu com um conceito ascendente na Medicina pernambucana: Publicava trabalhos, dava aulas, participava de Congressos (no Brasil e no exterior). Seguiu para a Inglaterra, onde foi fazer especialização em Cirurgia Neonatal, na Universidade de Liperpool. De retorno ao Recife, ingressou na Cirurgia Pediátrica do Hospital Barão de Lucena, e no IPSEP foi o único Cirurgião Pediátrico por vários anos. Foi membro efetivo da Sociedade de Pediatria de Pernambuco e da nacional respectiva. Nessas entidades, integrou o comitê de Cirurgia Pediátrica. Entrou também para a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica, e foi Conselheiro do CREMEPE.

Flávio Pabst, ganhou a Medalha Mário Ramos (da AMB) e a do Mérito Cooperativista da Federação das Cooperativas de Especialidades Médicas de Pernambuco (FECSEM), da qual foi fundador e Presidente.

Como todo Médico, Flávio teve uma experiência inusitada: Na entrada do Hospital Getúlio Vargas deparou-se com uma adolescente que nem sabia ao certo que estava grávida, desorientada e com dores. Na verdade, estava em pleno trabalho de parto e a criança começou a sair ali mesmo, naquele lugar. Flávio aparou e examinou a criança. A surpresa foi grande, mais felizmente tudo correu bem.

Flávio Pabst, é sem dúvida, uma figura exponencial da nossa Medicina.



Como foram esses 11 anos iniciais da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas (ABMLPM)?

O nosso trabalho foi de procurar estimular os profissionais que atuam em medicina legal e perícia médica, criminal, previdenciária, trabalhista, civil, judicial, as áreas que atuam em perícia são representadas pela sigla, e que a entidade que certifica e dá o título de especialista a todos os profissionais que estão em residência, ou na realidade atuam na área de perícia e se submetem a prova de título.

Temos poucos especialistas, temo procurado incentivar aos colegas a estimular a profissionalização das perícias médicas e automaticamente se especializarem, e com isso darmos um salto de qualidade.

Qual o trabalho para expandir para as federadas esse pensamento?

Nós tivemos o primeiro trabalho que era ter representações em todos os estados, tanto na medicina legal como perícia médica e hoje, como nova especialidade, o que estamos fazendo é procurar estimular que as regionais montem sua entidade representante. Agora estamos instalando a regional de Pernambuco presidido pelo Dr. Inojosa e demais diretores.

Vim acompanhado pelo diretor e diretora científica. E pelo diretor de titulação nacional que deram posse e também organizar o Congresso Regional Norte Nordeste em novembro de 1 a 3, e no dia 4 a prova de título de especialista.

Para nós está sendo uma satisfação da instalação da regional, pois irá estimular os colegas a participarem do ponto de vista científico e capacitação, e será a ponte de encontro para debater assuntos da medicina legal e perícias médicas.

Ainda temos poucos profissionais e esperamos a médio prazo aumentar, inclusive para exigir que no futuro só seja perito e médico legal quem for especialista, dando um maior salto de qualidade na atuação dos profissionais. E aqui ela está sendo muito bem recebida a instalação da regional, além de um grande apoio da AMPE dando um impulso através da presidente Dra. Helena para que a entidade possa se difundir mais em cursos e capacitação. Pernambuco tem o potencial muito grande pelo número de profissionais que trabalham na área e tendo uma referência científica pode dar um salto.

Nesses 11 anos quais os casos de sucesso de federadas?

Nós podemos hoje dizer que São Paulo tem desenvolvido um trabalho realmente muito bom. A procura tem sido cada vez maior no sentido de terem cursos e congressos. A demanda tem sido maior para acesso a atualização dentro da área e tem havido também uma procura maior de profissionais para trabalharem na área.

Em SP pela grandeza de profissionais que tem, o estado além de ter a regional, tem delegacias em regiões geográficas. Temos conseguido fazer isso de forma intensa e entendo que hoje, talvez nos outros estados que não tenham a possibilidade, pois a quantidade de profissionais são menores, podemos até fazer por região geográfica.

Estamos procurando integrar mais ainda as áreas de medicina

legal e perícia médica e as diversas áreas de perícia onde temos as atuações, e sentimos um incentivo grande de juntar esses profissionais. É um trabalho de formiguinha, temos dificuldade tendo em vista também a parte econômica e política.

O grande problema nossos é ainda o número de profissionais reduzidos que temos como especialistas, e também a carência de acesso a capacitação, e cursos de atualização que estamos incentivando para os profissionais interessados. Na verdade, essa intenção de que cada estado tenha sua regional é para que eles se sintam representados e possam através da nacional terem um apoio maior.

Nosso objetivo não é ter quantidade sem ter qualidade, então preferimos trabalhar com um grupo menor de especialistas para poder nos estruturar para termos acesso a cursos de capacitação.

Por ser uma especialidade nova, estamos buscando cada vez mais profissionalizar. Ou seja, se eu sou cardiologista, e faço perícia, não é por ser um bom cardiologista que estarei fazendo uma boa perícia se eu não tiver um preparo específico na área de perícia.

Como vocês estão conversando com as outras sociedades de especialidade para que isso seja possível?

Por sermos um departamento científico da AMB, a nossa especialidade participa com as outras especialidades, essa integração é cada vez maior da nossa atuação com as demais.

Hoje não tenha dúvida, as demais especialidades conhecem mais a atuação do perito e suas integrações, com muito mais facilidade outra área pede a opinião de outro perito para tomar uma decisão nesse sentido. A perícia tem suas características próprias para poder atuar e sentimos também nos eventos uma participação maior das outras especialidades para ter o conhecimento da nossa atuação.

Qual o respaldo científico que os peritos e médicos legistas terão em suas publicações?

Hoje já estamos na terceira edição de nossa revista voltada para nossa especialidade. *Perspectivas* é uma publicação que visa estimular os especialistas a interagirem publicando e divulgando seus conhecimentos. As normas para a publicação estão disponíveis no site da revista. No site ainda é possível ver as ações da Associação em todo o país, além de mais informações sobre a instituição.



Da esquerda para a direita: Rodrigo Souza, Helena Carneiro Leão (pres. da AMPE e Vice da ABMLPM-PE), Rosa Amélia Dantas (pres. do Conselho Técnico Científico ABMLM), Enrico Supino (pres. da ABMLPM), Reginaldo Inojosa (pres. da ABMLPM-PE), José Josefran Berito Freire (pres. do Conselho de Ensino, Titulação e Certificação)



de 26 a 29
de setembro

Recife sediará o
XII Congresso Brasileiro de Bioética
e o IV Congresso Brasileiro de Bioética Clínica
do Conselho Federal de Medicina





Pensando sempre no bem estar de nossos parceiros, a PROTEJO busca os melhores serviços e produtos no mercado para oferecê-los.

A Protejo corretora é uma empresa especializada na área de investimentos. Com a proposta da reforma da previdência, fechamos parceria com especialistas em previdência complementar, proteção familiar e proteção patrimonial. Tendo como objetivo esclarecer, informar, orientar o melhor plano das principais seguradoras, visando a menor taxa de administração, maior rentabilidade e segurança.

A Protejo tem parceria com as seguradoras **PORTO SEGURO, MAPFRE, SULAMÉRICA, TÓKIO MARINE, ICATÚ, ALLIANZ, MBM, PREVISUL, SOMPO, GENERALI, ZURICH, LIBERTY, HDI**, entre outras para ofertar a melhor cobertura e serviço de acordo com o perfil do cliente. Todos os associados no seguro de ramos elementares (auto, residencial, empresarial, equipamentos...) terão **10% de desconto** no valor do prêmio, tendo como objetivo fazer o associado pagar menos com a mesma cobertura.

Em relação a previdência complementar ofertaremos **SEMPRE** o melhor fundo, fazendo o comparativo detalhado de perdas e ganhos, traduzindo em um fundo de melhor rentabilidade atual.

José Carlos e Márcia Urbana já estão neste negócio a mais de **15 anos**, com certificação na Superintendência de Seguros Privados (**SUSEP**) e Associação Brasileira das Entidades dos Mercados Financeiro e de Capitais (**ANBIMA**), são profissionais preparados para nos atender neste momento.

PROTEJO CORRETORA DE SEGUROS
Avenida Governador Agamenon Magalhães, 4318,
Paissandu- Empresarial Renato Dias - 12 Andar
Sala 1209 - 52010-075 - Recife/PE.
Fones:
(81) 3048 - 6658(81) 3048 - 6638, (81)99827-6391
(81)98937-2816

Email: atendimento@protejoseguros.com.br

OBS: Benefícios estendidos para cônjuge e filhos.

PROTEJO CORRETORA e AMPE
uma parceria de sucesso, pensando
na sua tranquilidade futura.

