

JORNAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

JMP

VOL. 2 - Nº 03, 2018

ISSN 2595-3141

Nutrigenômica

Um novo horizonte para a
medicina individualizada

Código de ética do estudante de medicina

E sua importância para a construção
dos futuros profissionais.

Avaliação do residente

Fatores que influenciam a trajetória
até a conclusão.

Manifesto pela saúde no Brasil

Entidades levam as necessidades no setor
até políticos e a população.

ENTREVISTA

Residência e a pesquisa em Pernambuco

Os desafios da formação médica



**Faça
parte
deste
NOVO
momento**



AMPE
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE PERNAMBUCO

**Submeta seu trabalho,
relato de caso, artigo.
comunica@ampe-med.com**

Parcerias



Novos



ISSN 2595-3141

EDITORA CIENTÍFICA

Nair Cristina Nogueira de Almeida

CONSELHO EDITORIAL

*Nair Cristina Nogueira de Almeida,
Sirleide Lira, Gildo Benício,
Gilson Edmar Gonçalves e Silva,
Selma Vasconcelos,*

CONSELHO CIENTÍFICO

*Nair Cristina Nogueira de Almeida,
Gilson Edmar, Selma Vasconcelos
Maria do Carmo Lencastre,
Marília Delgado*

DIAGRAMAÇÃO

*Projeto gráfico: Antonio Gomes
Barbosa Neto*

Capa: Criação: Antonio Gomes Barbosa Neto
Foto: Istock

JORNALISTA RESPONSÁVEL

*Antonio Gomes Barbosa Neto
DRT/PE 3689*

TIRAGEM

*2000 cópias
Gráfica: A Única, gráfica e editora*

CONTATO E ANÚNCIO

*Fone: 81 99932.9386
Email: comunica@ampe-med.com*



DIRETORIA AMPE

*Presidente - Helena Maria Carneiro Leão,
1º Vice-Presidente - Sílvia da Costa Carvalho Rodrigues,
2º Vice-Presidente - Anacleto Rodrigues de Carvalho,
3º Vice-Presidente - Maria do Carmo Lencastre
Secretário Geral - Bento José Bezerra Neto,
1º Secretária - Sirleide de Oliveira Costa Lira,
2º Secretária - Nair Cristina Nogueira de Almeida,
1º Tesoureira - Marília de Moraes Delgado,
2º Tesoureiro - Antonio Lopes Miranda.*

*Associação Médica de Pernambuco,
Rua Oswaldo Cruz, 393, Boa Vista, Recife-PE
CEP.: 50055-220 - Fone 3423.5473
Email: somepe.ampe@ampe-med.com*

SUMÁRIO

EDITORIAL

05 Novos rumos na ciência da AMPE

05 Notas

ARTIGO

06 Fernando Almeida -
Nutrigenômica e nutrigenética

ENTREVISTA

10 Jovens cientistas entrevista-
pesquisa em residência de clínica
médica

MATÉRIAS

13 Ética médica -
III CONEM conclui a revisão do Código de Ética

14 APMR -
Avaliação do médico residente

16 AEMED -
Código de ética do estudante de medicina

18 Eleições 2018-
Entidades médicas lançam manifesto.



Editorial

**NAIR CRISTINA
NOGUEIRA DE ALMEIDA**
Editora científica

O Jornal da Medicina de Pernambuco acompanha a AMPE na retomada da divulgação de divulgar ciência, atrelada ao alinhamento com as outras entidades médicas na luta pela Saúde e Medicina brasileiras. Nesse número, entrevistamos o Dr. Fernando Almeida, endocrinologista e ex-professor de Endocrinologia nas Universidades Federais de Brasília e de Pernambuco. O assunto é Nutrigenética e Nutrigenômica muito bem definidas por ele, com as suas possíveis aplicações terapêuticas. A Ciência precisa de novos pesquisadores. Em entrevista, a Dra. Norma Arteiro, chefe da Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Pernambuco e sua orientanda e residente, Dra. Renata Menezes comentam sobre o desafio que é conciliar pesquisa e Residência Médica. Elas estão no início de uma pesquisa sobre qual o impacto da Residência em Clínica Médica no HCPE na vida dos que foram residentes nos últimos 20 anos. A Ética como um todo, e a Médica se inclui, precisa de adequações periódicas às transformações das relações sociais e do conhecimento. Em 2016, o Conselho Federal de Medicina iniciou a

revisão do Código de Ética Médica, com a participação de diversos representantes da Sociedade Civil e das entidades Médicas e acadêmicas. Aqui informamos o término dessa revisão. Paralelamente, dispomos um link do Código de Ética do estudante de Medicina, aqui comentado pelo estudante Pedro Henrique dos Santos Soares (Faculdade Pernambucana de Saúde). Os Drs. Jorge Luiz Carvalho e Mário Luciano S. Junior, diretores da Associação Pernambucana de Médicos Residentes, discorrem sobre as peculiaridades da avaliação do médico residente, numa perspectiva do que se faz e do que seria ideal. Finalmente, nada mais apropriado, em tempos de eleições, do que o lançamento do Manifesto pela Saúde Pública do Brasil, pelas entidades médicas federadas, cujos tópicos aqui divulgamos. Lembramos aos leitores que o nosso Jornal está disponível para publicação de trabalhos científicos, mediante aprovação da nossa Comissão Científica. Aguardamos seus trabalhos, assim como comentários, críticas e sugestões. Tenham todos uma boa leitura!

Notas

Crepepe lança livro sobre seus 60 anos

O escritor Cícero Belmar fez uma pesquisa histórica em documentos e fotografias do Crepepe, além de entrevistar 13 dos 18 presidentes que passaram pela entidade bem como familiares dos médicos e funcionários da instituição. Helena Carneiro Leão, atual presidente da AMPE, que esteve à frente da entidade na gestão 2009 – 2013. “Eu acho

que a grande importância do que está no livro para todos os médicos e sociedade é mostrar o que a Medicina de Pernambuco construiu ao longo destes 60 anos do ponto de vista ético.”

Demografia Médica 2018 revela ociosidade em 40% das vagas dos programas de Residência

Os dados revelam que, enquanto as vagas preenchidas somam 35.178, o total de autorizações chega a 58.077. A diferença corresponde a 22.899 vagas não ocupadas, equivalentes a 39,4% do permitido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A distância é mais acentuada no período inicial de formação (R1), no qual 16.499 das 22.432 vagas liberadas, em 2017, foram de fato ocupadas.

Resolução CFM que define ozonioterapia como prática experimental no País é publicada no Diário Oficial

A edição do Diário Oficial de 10 julho de 2018 trouxe publicada a Resolução CFM nº 2.181/2018 que a define como um procedimento que pode ser realizado apenas em caráter experimental. Isso implica que tratamentos médicos baseados nessa abordagem devem ser realizados apenas no escopo de estudos que observam critérios definidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

15 novos procedimentos são incluídos na CBHPM

A Comissão Nacional de Honorários Médicos e Sociedades Brasileiras de Especialidade divulgaram a RESOLUÇÃO NORMATIVA CNHM Nº 032/2018, com as alterações, revisadas e aprovadas pela Câmara Técnica Permanente da CBHPM de 02/05/2018, a serem introduzidas na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos de 2016. Para o alinhamento, reuniões são realizadas com os representantes das Sociedades e área responsável pela CBHPM na AMB.

OMS lança nova classificação internacional de doenças

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 18 de junho sua nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID 11. Com cerca de 55 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte, o documento é a base para identificar tendências e estatísticas de saúde em todo o mundo. A CID-11 será apresentada para a adoção pelos países em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial da Saúde. A entrada em vigor do documento está prevista para 1º de janeiro de 2022. A versão disponibilizada é uma pré-visualização que permitirá aos países planejar seu uso, entre outros aspectos.

AMB apresenta Pauta Legislativa para a Medicina e Saúde do Brasil

As mudanças necessárias na área da saúde e da medicina passam obrigatoriamente pelo Congresso Nacional, onde (em grande parte das vezes) a voz do médico brasileiro não tem sido ouvida ou considerada. A AMB construiu uma pauta legislativa com 11 propostas que considera fundamentais para os objetivos institucionais da entidade, principalmente o de garantir uma medicina de qualidade para o atendimento à população brasileira.

Faça parte
deste **NOVO** momento

Associe-se



Artigo

Por Fernando Almeida

Nutri, genética e Nutri, genômica

Uma nova abordagem
do corpo humano frente
aos desafios alimentares

O Projeto Genoma Humano foi lançado em 1990 com o objetivo de identificar e mapear cada gene no código genético humano. Quando o genoma humano foi concluído em 2003, campos inteiros de estudo científico foram abertos. Nutrigenética e nutrigenômica são apenas dois dos campos a serem beneficiados e, até o momento, milhares de estudos já foram realizados e publicados sobre esses tópicos.

Artigo

Os campos da nutrigenética e nutrigenômica estão focados na relação entre genes humanos e nutrição. Nutrigenética é definida como a “*ciência do efeito da variação genética na resposta alimentar*”. Nutrigenômica, por outro lado, é definida como a ciência do “*papel dos nutrientes na expressão gênica*”.

Linhas gerais:

A **Nutrigenética** examina como seu corpo responde aos nutrientes com base em sua genética.

A **Nutrigenômica** estuda como os nutrientes afetam a expressão de seus genes no corpo.

DNA, Genética e Nutrição.

● O DNA é curto para o ácido desoxirribonucleico. O DNA armazena informações e instruções para que todos os organismos cresçam, se desenvolvam, funcionem e se reproduzam. O DNA humano tem cerca de 3 bilhões de bases químicas. O arranjo dessas bases determina todos os aspectos da função humana.

● Genética é o estudo de como o DNA é passado para a descendência (hereditariedade), como e por que ocorrem variações e como essas variações são expressas.

● Nutrição refere-se tanto ao processo de ser alimentado pelos alimentos quanto ao estudo de como os nutrientes são usados no metabolismo humano, no crescimento e nos ciclos de reparo.

Diferença entre genética hereditária e genética adquirida

A genética herdada se refere aos traços que herdamos de nossos ancestrais. Estes incluem altura, cor dos olhos, pigmentação da pele, entre outros. Traços herdados também podem incluir um número de condições de saúde diferentes. Agora sabemos que uma história familiar de câncer de mama pode significar que você tem mais chances de desenvolver câncer de mama. No entanto, se você carrega certos marcadores genéticos em seu DNA, então você tem uma probabilidade significativamente maior de desenvolver câncer de mama, independentemente da sua história familiar.

A genética adquirida são características que não podem ser herdadas de gerações anteriores, mas podem ser transmitidas para gerações futuras se os

genes reprodutivos forem afetados. Estes geralmente surgem de uma variedade de influências ambientais, como a exposição à fumaça, radiação, produtos químicos e, claro, de certos fatores nutricionais.

O que a Nutrigenética pode dizer a você?

O objetivo geral da nutrigenética é ser capaz de desenvolver um plano de nutrição individual para ajudá-lo a alcançar e manter sua melhor saúde possível. Quando aplicadas corretamente, informações relacionadas à nutrigenética e nutrigenômica podem até mesmo ajudar a prevenir, tratar ou até curar certas doenças.

A dieta mais completa e os planos de nutrição começam calculando as necessidades calóricas diárias de um indivíduo e aplicando a RDA (doses diárias recomendadas) de nutrientes importantes ao plano de dieta através de alimentos e suplementos. Embora esta abordagem seja melhor do que a maioria, existe uma falha inerente que nutrigenética e nutrigenômica representam: necessidades e respostas individuais.

As RDAs foram desenvolvidas para serem aplicadas à população em geral como um todo. Eles não levam em conta as necessidades ou respostas específicas dos subgrupos genéticos. A importância da resposta genética herdada e adquirida na otimização da saúde não pode ser super enfatizada.

Seus genes podem determinar o quão sensível você é ao sal, se você é intolerante à lactose, a probabilidade de se tornar deficiente em vitamina D, o quanto você tolera a cafeína e até a eficiência do seu corpo em reparar lesões.

A nutrigenética pode explicar por que dois indivíduos com idade, estatura e níveis de atividade semelhantes reagem de maneira diferente à mesma dieta. Você deve estar consumindo mais ou menos gordura saturada? Uma dieta low-carb irá beneficiá-lo? Quais suplementos você deve tomar? Quais suplementos você precisa para funcionar corretamente? Estas são todas as perguntas que as informações escondidas em seu DNA podem ajudar a resolver.

*Fernando Almeida é endocrinologista
Ex-professor da Universidade Nacional de Brasília
Ex-professor de Clínica Médica e Endocrinologia da
Universidade Federal de Pernambuco*

**Encontro
científico**



Sobrecarga profissional

Acolhimento ao médico

Assuntos

- Síndrome de Burnout
- Estresse
- Sobrecarga psicofísica
- Suicídio
- Conflitos interpessoais

entre outros

*Participe do debate
com especialistas de múltiplas
interfaces onde discutiremos os
cuidados que os profissionais da
área médica e estudantes de Medicina
devem ter.*

**Evento
gratuito**

*Veja a programação
em nosso site
www.ampe-med.com*

Inscrições:

Fone: 3423.5473

Email: somepe.ampe@hotmail.com

27^{de}
setembro
19h na sede da AMPE

Desafios da formação de pesquisadores na residência Médica

A entrevista concedida pela médica Norma Arteiro Filgueira, chefe de Clínica Médica com 23 anos de preceptoría no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HCPE), e orientadora da residente Renata Carriço de Lima Menezes, R3 de Clínica Médica, mostra os percalços da formação em todos os níveis, seja estudante ou doutorando. A pesquisa em desenvolvimento da orientanda tem como objetivo apurar especificamente em clínica médica, base para outras especialidades, como vivem os egressos da residência, criando uma base de dados importante para entender qual o impacto da residência em clínica na atuação do médico após sua saída da academia.

Jornal de Medicina de Pernambuco: Em que ponto surgiu essa ideia para a pesquisa?

Norma Arteiro: Era uma pesquisa que queríamos fazer há muito tempo, já que a clínica médica é a porta de entrada para o médico fazer propriamente clínica médica ou outra especialidade, então tivemos muita curiosidade de saber o que foi feito dos egressos do programa, tanto de que especialidade eles escolheram depois disso, como digamos, trabalho em medicina, ensino, preceptoría, internato ou residência.

Também queremos ver o papel que nossa residência teve na carreira desses profissionais, onde estão morando agora, ou se dedicam mais a medicina pública ou privada, consultório, ensino e pesquisa. Isso é a base para termos uma

ideia dos profissionais que formamos nesses mais de vinte anos.

JMP: Como a pesquisa pode identificar essas mudanças?

NA: Até 2002, você podia entrar direto para ser cardiologista, por exemplo. Desta data em diante todos foram obrigados a fazer clínica médica, exceto neurologia, dermatologia e infectologia que são acesso direto. Isso nos proporcionou a oportunidade de observar se isso fez diferença, se essa mudança do MEC alterou o perfil do egresso, e se de certa forma desvalorizou o clínico propriamente dito.

JMP: Baseada em sua experiência com os residentes, houve mudanças expressivas nesses mais de vinte anos?

“ Nos cursos de mestrado e pós-graduação na área de saúde, a minoria é médico. A maioria é biomédico, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, etc. ”



Norma Arteiro e Renata Menezes

NA: A mudança no perfil do residente vem do fruto também da mudança da sociedade, da cabeça das pessoas. Atualmente eles estão entrando mais precocemente com a preocupação em ganhar dinheiro, comprar coisas, muito também por estarem chegando ao mercado mais velhos. Leva-se mais tempo pra passar no vestibular de medicina, então, a faixa etária dos que entram é um pouco maior que há 20 anos atrás.

JMP: Qual a maior preocupação como preceptora com esses “novos” residentes?

NA: Uma das coisas que tem preocupado bastante a sociedade médica é o aumento de distúrbio psiquiátrico entre os médicos e estudantes, em destaque, suicídio e depressão. Parte disso é explicado porque muitos seguem entrando e se formando na faculdade de medicina que não poderiam ser médico, que não queriam ser médico, que não tem jeito para ser médico. São pessoas que quando escolheram medicina na época do colégio, pensavam que o médico ganhava bem, tem emprego, os melhores alunos do colégio estão em medicina, pensa-se assim, então se sou bom aluno tenho que fazer medicina também. Esse problema hoje em dia está mais gritante. Isso é o que observo quando tenho contato com esses estudantes adolescentes deles se acharem bons alunos, e bons alunos serem médicos. “*Tenho que estar entre os bons!*”. Mas aí entram e são expostos a dureza da rotina médica, não só no que concerne à carga horária, mas estudo também, presenciar sofrimento e miséria humana, e então são afetados emocionalmente, pois não tinham uma preparação para serem médicos, não queriam ser médicos.

JMP: Quem são os residentes de clínica médica?

NA: Quem escolhe clínica geralmente são os alunos mais estudiosos, pois é uma especialidade muito difícil e de muito estudo por ser muito ampla. Em um concurso de residência, geralmente as melhores notas são de clínica médica. Para encarar algo tão amplo e trabalhoso geralmente são os melhores, e aqui no Hospital das Clínicas da UFPE estamos entre os primeiros na escolha dos residentes, então pegamos uma população muito diferenciada.

Existem desistências pontuais, mas é raro, pois na hora do vamos ver, acompanhar o paciente, o sofrimento, e em alguns casos até a morte, ou mazelas sociais, torna-se insuportável, e mudam para especialidade que essa interação seja menos pesada.

JMP: Qual o peso da academia na formação do profissional que vai chegar ao público?

NA: Quando me formei, o professor na aula de encerramento disse que nossa profissão era linda, que com um diploma só, você poderia ser um milhão de coisas diferentes, de acordo com seu gosto. Tanto você poderia ser o cirurgião plástico das estrelas da tv que só ia lidar com gente milionária, como ser um médico missionário do Médicos Sem Fronteiras, pesquisador de última geração com microscopia eletrônica, ou um médico de posto de saúde.

Nem todos os profissionais têm contato direto com paciente como radiologista, patologista, hemodinâmica, entre outros, mas não é um contato mais intenso como um paciente ligar de madrugada, como a imagem clássica do médico. Tem lugar para todo mundo.

O estudante que entra para a medicina, e mesmo feita a escolha por gostar da profissão, mas não muito habilidoso ao lidar com as pessoas, vão para especialidades das quais já falamos anteriormente, ou para pesquisa.

Renata Menezes: Como residente eu gosto dessa área de pesquisa, mas não vejo aqui em Pernambuco incentivo. Queria muito fazer o mestrado. Fui atrás aqui na UFPE pois em 2019 quero estar fazendo consultório, mas acabei desistindo pela carga horária absurda, pois ou faz mestrado ou clínica, com o agravante de não ser contemplado com bolsa. Contar com recursos limitados morrendo de trabalhar sem qualidade de vida. Você faz R1 e R2 de clínica para fazer qualquer outra especialidade. Eu fiz R3 porque quero continuar em clínica médica, eu já estou um ano extra, digamos assim, e ficar mais um ano não dá. Planejei o mestrado para gerontologia, mas ocupa boa parte da semana, não dá espaço para trabalhar. Sem falar que tem que custear toda a pesquisa. Tenho vontade de fazer, pois penso em ensinar, mas por enquanto suspendi.

NA: Sou professora desde 1995, terminei o mestrado em

Jovens Cientistas Entrevista

1999 e fiquei postergando o doutorado que acabei entrando em 2014 e defendendo tese esse ano, em um total de quatro anos. O prejuízo desse doutorado não tenho como quantificar. Tive que custear todo o material da pesquisa como os reagentes com os quais gastei perto dos 10 mil reais, fora todo restante para a tradução do artigo uns 3 mil, e o que eu deixei de produzir para me especializar, e bolsa zero reais.

JMP: E como é a relação do médico acadêmico se comparado a outras profissões da área?

NA: Nos cursos de mestrado e pós-graduação na área de saúde, a minoria é médico. A maioria é biomédico, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, etc. Porque essas pessoas já conseguem geralmente entrar no primeiro vestibular que fazem, em média 18 anos, o curso é em média de quatro anos, terminado com 22 anos de idade, ele já vai entrando num mestrado direto. Aos 24 são mestres, entram no doutorado aos 27, e aos 28 já são doutores.

O médico já não consegue passar no primeiro vestibular. Supondo que entre aos 20, sendo seis anos de curso, vai terminar com 26, e ainda vai ter que fazer residência. Supondo que seja em cardiologia, ele vai terminar aos 30, estando cerca de 10 anos atrasado em relação aos outros profissionais de saúde, e querem ganhar dinheiro, não querem mais estar estudando, fazer mestrado e doutorado, isso levando em conta que o profissional tem vida particular, ter que pagar apartamento, carro, e tem a família. Muitas vezes tem casos de abrir concurso para professor de medicina e não ter candidato justamente por isso. Então, é comum esses professores serem preenchidos por outros de outras áreas de saúde.

RM: Em Pernambuco vejo essa dificuldade, tendo em vista outros locais do país com o doutorado. Em alguns locais se sai da residência direto para o doutorado. Dentro da residência já existem programas de incentivo em que é possível dividir horário, e aqui não temos. É um tipo de entendimento que é como se a residência fosse compreendida como já um tipo de pós-graduação.

NA: Com isto veio a ideia da pesquisa, pois com esses concursos da EBSEH viu-se a volta dos ex-residentes da casa. Então vieram os questionamentos. De onde vêm, onde trabalham atualmente, e o que eles aprenderam aqui eles usam na prática esses anos todos depois? São alguns dos pontos que esperamos esclarecer com este trabalho.

JMP: Como são os percalços dos residentes durante esta fase?

NA: O incentivo vem da exigência e não da facilitação. Geralmente são bem exigentes pela leitura para que venham ter contato com essa parte mais acadêmica, um relato de caso, um artigo de produção de conhecimento, não só de utilização, mas de produção também.

O profissional que entra e o que sai são duas pessoas diferentes. O R1 quando chega ganhou o seu carimbo de médico do CRM e conseguiu passar na residência, ele chega se achando o máximo, e aí começa a dar de cara com os impactos inesperados, desprazeres os insucessos que tem ao se lidar no dia-a-dia. Então vai se decaindo, com a dúvida de se fez a escolha certa mesmo de profissão, mas depois consegue absorver tudo isso com parte do que escolheu. Uma coisa é saber a profissão, outra coisa é aprender a ser médico. No curso aprende-se muito medicina, mas não aprende-se a ser médico, então ele já sai da residência com mais segurança do ponto de vista de conhecimento, e até de postura frente as dificuldades da profissão no cotidiano.

RM: Na minha primeira residência tinha que apresentar quatro artigos toda semana, um de doutorando, dois de R1 e um de R2. No Hospital Otávio de Freitas reclamávamos no começo, mas fazíamos e, por conta disso, criei o hábito de ler artigos. Quando termina e olha para trás, para aquela situação que parecia ser ruim e vê que foi importante essa pressão pela busca do conhecimento. Já enxergo isso.

NA: Com essa exigência a intenção é fazer com que ele busque mais conhecimento e vá além do que o que ele lê. Mais do que o curso de medicina, a residência médica é o que fixa o profissional na cidade onde é feita. Na tentativa de interiorizar a medicina foram construindo faculdades no interior, mas daí se forma e vem embora fazer residência na cidade grande. Na residência não é difícil ele já arrumar uma indicação de emprego, ou começa a se relacionar com pessoas da localidade, entre outros fatores. Agora é que o MEC começa a fazer o programa de interiorização da residência médica.

Pedro Alves concluiu o curso em 2005, terminou a residência em 2009. Com o concurso da EBSEH em 2014, abriu a oportunidade de voltar para a academia como preceptor.

PA: Quando se passa aqueles dois anos pela tutela, você está sendo supervisionado e depois vai para o mercado de trabalho sozinho, agora você é dono dos próprios passos, e é interessante ver os passos tomados por eles (amigos). Eu sou clínico, e em alguns momentos me sinto satisfeito, outros não, mas tudo passa. Se faz aquilo que gosta, com caminhos mais tortuosos ou não, mas se faz o que gosta alcança o sucesso de acordo com o conceito de cada um tem do mesmo.



Pedro Alves

III CONEM conclui a revisão do Código de Ética Médica

Encerrando o processo de revisão do Código de Ética Médica, que teve início em 2016, membros dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina (CFM/CRMs), de entidades médicas nacionais e especialistas convidados deliberaram em votação eletrônica a redação final dos textos que serão incorporados.

“Na última década muitas transformações e mudanças aconteceram na nossa sociedade, nas relações sociais, na ciência e tecnologia e na medicina. Por isso, se faz necessária essa importante revisão. O Código de Ética Médica, CEM, é um importante instrumento que promove a segurança tanto do médico quanto do paciente na prática da medicina”, explica o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Lincoln Lopes Ferreira.

A III Conferência Nacional de Ética Médica (CONEM) também lançou o Código de Ética do Estudante de Medicina. Foram dois anos de trabalho onde médicos, estudantes de medicina e entidades médicas puderam participar ativamente. **(leia mais na página 16)**

“O lançamento do Código de Ética Médica dos Estudantes de Medicina desperta nos jovens o preceito de exercer a profissão que abraçaram com mais respeito aos pacientes. Contribui para o exercício da Medicina de uma forma mais humana, digna e profissional, conforme almejamos”, conclui o presidente da AMB.

Segurança do médico e do paciente – bem como autonomia das partes- e a interação do profissional com a Comissão de Ética de instituições de saúde foram alguns dos assuntos debatidos na revisão dos Princípios Fundamentais e das normas diceológicas.

Dentre os normativos deontológicos, a plenária final da III Conem aprovou a edição de propostas referentes a temas como: responsabilidade profissional, direitos humanos, relação com pacientes e familiares, remuneração profissional, sigilo profissional inclusive no que tange atendimento a paciente criança ou adolescente, publicidade médica, documentos médicos, ensino e pesquisa.



Lincoln Lopes Ferreira, presidente da AMB entre representantes de entidades médicas e na foto ao lado, Helena Carneiro Leão e Sílvia da Costa Carvalho, presidente e vice-presidente da AMPE.

Foto: CFM

Etapas do processo

Em 2016, foram promovidos três Encontro Regionais de Revisão do Código de Ética Médica, que tiveram a participação da Comissão Nacional de Revisão do CEM, das Comissões Estaduais de Revisão da região, além de associações e sindicatos médicos também dos estados relacionados.

Concluídas as etapas regionais, o Conselho Federal de Medicina realizou, entre os anos de 2017 e 2018, três Conferências Nacionais de Ética Médica para debater e deliberar sobre a exclusão, alteração e adição de texto ao Código de Ética Médica vigente, instituída pela Resolução CFM nº 1.931/09, em vigor desde 13 de abril de 2010.

Médicos regularmente registrados nos CRMs e sociedades organizadas da sociedade civil também puderam participar da revisão do CEM enviando sugestões, de 1º de julho de 2016 a 31 de março de 2017, através do hotsite. Ao todo, 1.431 propostas foram recebidas online.

Avaliação do Médico Residente

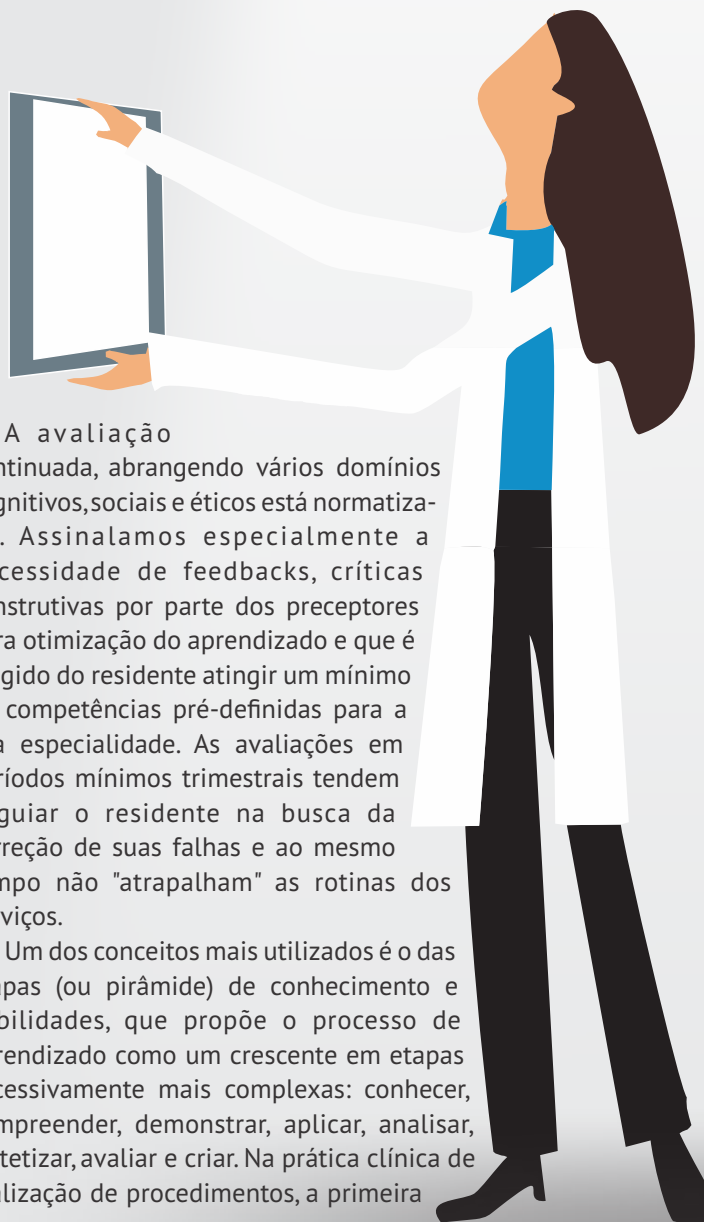
O aprendizado obtido durante os Programas de Residência Médica é viabilizado pelo treinamento em serviço, em instituições de referência, com profissionais de reconhecida competência na área. Entretanto, a experiência tem mostrado que apenas a participação do médico residente nestes centros de excelência pode ser insuficiente para garantir a qualidade do profissional formado. Nesse contexto, as avaliações periódicas devem fazer parte do processo formador dos residentes.

A avaliação deve ser integrante de todos os processos educacionais, pois frequentemente é a parte mais motivadora do processo ensino/aprendizado e, portanto, uma aliada na construção do conhecimento. Há ao menos dois modelos de avaliação:

Somativa: geralmente aplicada ao final do curso, tem o objetivo de medir/classificar, baseada na confiabilidade, através de estratégias matemáticas de amostragem;

Formativa: aplicada ao longo do curso, baseada na validade e impacto educacional, proporcionada através da realização de feedbacks, da adoção de ambientes reais e/ou de simulações.

Ambos os modelos têm seu papel na Residência Médica. Conforme consta na Resolução nº 02/2006 da Comissão Nacional de Residência Médica, as avaliações devem ser periódicas e com utilização de modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos como comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente e interesse pelas atividades, a serem realizadas com frequência mínima trimestral; os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser de conhecimento do médico residente. A promoção do médico residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do Certificado de Conclusão do Programa dependem da obtenção de nota mínima definida por cada COREME.



A avaliação continuada, abrangendo vários domínios cognitivos, sociais e éticos está normatizada. Assinalamos especialmente a necessidade de feedbacks, críticas construtivas por parte dos preceptores para otimização do aprendizado e que é exigido do residente atingir um mínimo de competências pré-definidas para a sua especialidade. As avaliações em períodos mínimos trimestrais tendem a guiar o residente na busca da correção de suas falhas e ao mesmo tempo não "atrapalham" as rotinas dos serviços.

Um dos conceitos mais utilizados é o das etapas (ou pirâmide) de conhecimento e habilidades, que propõe o processo de aprendizado como um crescente em etapas sucessivamente mais complexas: conhecer, compreender, demonstrar, aplicar, analisar, sintetizar, avaliar e criar. Na prática clínica de realização de procedimentos, a primeira

“A avaliação deve ser integrante de todos os processos educacionais, pois frequentemente é a parte mais motivadora do processo ensino/aprendizado e, portanto, uma aliada na construção do conhecimento.”



etapa trata de conhecer o mesmo, vivenciar a técnica (incluindo indicação, monitorização, posicionamento do paciente, vias de acesso, etc) e suas possíveis complicações, realizar as manobras sob supervisão, atingir a autonomia em realizar o procedimento e, posteriormente, ser capaz de avaliar e ensinar o método e após, desenvolver novos conhecimentos no campo.

Há várias formas de avaliar cada um desses processos, partindo de testes cognitivos factuais, passando por discussão de casos clínicos e problemas -- domínio cognitivo -- até a realização de simulações com pacientes padronizados e avaliação no ambiente real de trabalho (ex: MiniCEX, Long-Case) -- domínio psicomotor. Outras estratégias, como a avaliação 360 graus, pretendem gerar avaliações do residente por parte do paciente atendido, da equipe multidisciplinar, dos preceptores e dos colegas residentes. Naturalmente, não há uma estratégia melhor que a outra, mas é necessário que haja alguma estratégia em todos e cada um dos Programas.

A Residência Médica é uma pós-graduação com proposta prática, por isso aplica-se melhor a avaliação do domínio psicomotor, ou seja, o residente tem de ser avaliado em seu ambiente de trabalho, porém, cabe salientar que isso deve ocorrer de forma controlada e criteriosa. A maioria dos Programas de Residência em nosso estado executa as avaliações de maneira subjetiva, sem reservar períodos específicos, sem treinamento dos preceptores e, quase sempre, sem o feedback para o residente. Como citado, existem diversas ferramentas para a avaliação, mas antes delas é necessário incorporar a cultura da avaliação como método sine qua non da formação. E para isso é indispensável o preparo dos preceptores, para que eles possam entender o porquê, como e quando utilizar as ferramentas.

Se queremos garantir especialistas “padrão ouro”, temos que discutir educação médica na residência e fazer valer a legislação vigente. Os residentes devem ser avaliados em caráter formativo e somativo durante o Programa, de modo a garantir que apenas os profissionais que atingirem as competências, habilidades e atitudes mínimas para uma assistência adequada possam receber o Certificado de especialista.

Código de ética do estudante de medicina



A prática médica inicia-se desde os primeiros anos de formação de um médico. Além do conhecimento científico e das habilidades manuais que serão obtidos ao longo do curso, essa prática está baseada, sobretudo, em relacionamentos. Seja com os colegas, professores e preceptores, pacientes ou com as instituições, os relacionamentos estão integralmente presentes no cotidiano do estudante. Assim, se faz extremamente importante que esse seja capaz de observar princípios éticos e morais, garantindo uma conduta adequada e, conseqüentemente, tranquilidade no estabelecimento dessas relações que permearão sua formação e prática profissional. A fim de estabelecer os preceitos fundamentais a serem seguidos pelo estudante de medicina, o Conselho Federal de Medicina lançou o Código de Ética do Estudante de Medicina.

Elaborado com a colaboração de entidades médicas (Conselho Federal de Medicina, Associação dos Médicos do Brasil e Associação Nacional dos Médicos Residentes) e entidades estudantis (Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil – AEMED, Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina – ABLAM,

Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM e International Federation of Medical Students Association - IFMSA), o Código é fruto de um árduo trabalho de discussão e construção conjunta que durou dois anos. O documento é um marco na formação médica por possibilitar a padronização de regras que já vinham sendo estabelecidas por algumas instituições de ensino pelo Brasil. A publicação é composta por 42 páginas, que contém 18 princípios fundamentais e mais 45 artigos, distribuídos em seis eixos principais.

Os princípios fundamentais trazem diretrizes básicas a serem seguidas pelo estudante durante sua vida acadêmica. A essência desses princípios também os acompanhará em sua vida profissional, quando médicos. Entre eles estão a beneficência, a não-maleficência e o sigilo, também presentes no Código de Ética Médica.

O eixo 1, intitulado “Relação do Estudante com as Instituições de Ensino e de Saúde”, aborda temas importantes como participação ativa do estudante na construção e avaliação permanente de seu processo de



educação, além de seus direitos e deveres em instituições nas quais está inserido. É ressaltada a importância da identificação e vestimentas adequadas nos campos de prática, respeitando as normas institucionais, além de prezar pela biossegurança. Também se destaca a necessidade do estudante conhecer bem as funções técnico-administrativas dos funcionários, o que contribui para um melhor funcionamento dos serviços.

“Seu nome só Deus o sabe; mas o destino inexorável deu-lhe o poder e a grandeza de servir a humanidade que por ele passou indiferente”. O verso que compõe a “Oração ao Cadáver Desconhecido”, atribuída ao patologista Karl Rokitsky, nos faz refletir sobre a importância dos cadáveres e peças anatômicas na formação dos futuros médicos. Por essa importância, no segundo eixo, é estabelecido o dever de respeito aos cadáveres e peças anatômicas presentes nosso aprendizado. O artigo pode ser visto como uma resposta aos frequentes casos de publicações inapropriadas de imagens contendo cadáveres em redes sociais de estudantes da saúde. Ao cadáver, respeito e agradecimento.

A seguir, são pautados os princípios que devem reger as relações interpessoais dos estudantes. O combate ao preconceito, ao assédio moral e às relações abusivas de poder, por vezes presentes entre estudantes, residentes e preceptores, é aqui determinado como dever do estudante. Além de se posicionar contra, se define como obrigação denunciar os casos às instâncias superiores, para que os episódios sejam apurados e os responsáveis devidamente punidos. Também são proibidos os trotes que pratiquem qualquer tipo de violência ou dano moral e patrimonial.

Destaca-se também, nesta seção do Código, o direito de livre associação dos estudantes dentro das instituições. O Associativismo é um instrumento importante para que as comunidades passem a ter expressão política, econômica e social. No Brasil, foi disseminada a ideia de que apenas uma determinada entidade, com um forte viés político-ideológico, seria a única responsável pela representatividade dos estudantes de medicina no cenário nacional, deslegitimando todas as outras organizações. Apesar disso, entidades como a IFMSA, ABLAM e AEMED, tem cada vez mais encontrando espaço na representatividade dos estudantes, de forma plural e respeitando as diferenças. E o respeito por essa pluralidade é defendida pelo Código.

Nas seções seguintes, o Código põe o estudante como um formador de opinião e corresponsável pela construção de um currículo que possibilite a formação de um profissional crítico e com um olhar humanista da saúde. Também deve se relacionar de forma harmoniosa e respeitosa com outros estudantes e profissionais no sistema de saúde, reconhecendo a importância da universalidade de acesso e da assistência multiprofissional.

O documento, divulgado no dia 14 de Agosto, durante a III Conferência Nacional de Ética Médica, em Brasília, encontra-se disponível no site do CFM e tem exemplares impressos em processo de distribuição pelo Brasil. Sendo imperativos a sua ampla divulgação no ambiente acadêmico, discussão em espaços formadores e, principalmente, o seu uso como ferramenta para melhoria da formação profissional, visando sempre a prestação de um cuidado de qualidade e um comportamento comprometido com a ética e a defesa da profissão médica.



Faça o download do código pelo QR-Code ou no site do CFM



Entidades Médicas lançam manifesto pela saúde pública do país

O manifesto faz parte da agenda pública composta por medidas prioritárias e exequíveis com o objetivo de assegurar direitos dos pacientes e qualidade no exercício da medicina e no atendimento em saúde no País.

O documento foi laborado a partir das conclusões do XIII Encontro Nacional de Entidades Médicas (XIII Enem), realizado em junho e será encaminhado aos candidatos à Presidência da República, aos Governos de Estado; ao Legislativo (federal e estaduais), devidamente registrados no Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

As propostas contemplam medidas para enfrentar a crise na assistência em saúde, evidenciado em diferentes estudos, pesquisas e levantamentos;

DEFESA DO ATO MÉDICO E DOS DIREITOS INDIVIDUAIS EM SAÚDE

1. Defesa dos princípios e diretrizes do SUS; 2. Adoção de políticas, programas e ações de Promoção, Prevenção e Atenção à Saúde; 3. Respeito à Lei do Ato Médico (12.842/2013); 4. Transparência às informações de caráter público no SUS.

INTERIORIZAÇÃO DA MEDICINA E TRABALHO MÉDICO

1. Fim da precarização do trabalho médico e condições necessárias ao ético e eficiente exercício profissional; 2. Criação de uma carreira de Estado para os médicos que atuam na rede pública; 3. Implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos para médicos da rede pública; 4. Ingresso do profissional por aprovação em concurso de provas e títulos no serviço público; 5. Aplicação do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas

Médicos (Revalida) – a ser conduzido pelo CFM, com o apoio de instituições médicas e de ensino – como a única forma de acesso de portadores de diplomas de Medicina obtidos no exterior ao trabalho médico no Brasil.

ENSINO E RESIDÊNCIA MÉDICOS DE QUALIDADE

1. Criação do Exame Nacional Obrigatório de Proficiência em Medicina; 2. Fim da abertura desenfreada de novos cursos e vagas em instituições que não possuem condições para funcionamento; 3. Fechamento das escolas médicas que não atendam critérios mínimos de funcionamento; 4. Participação das entidades médicas nacionais em processos de avaliação do sistema formador em Medicina; 5. Ampliação estratégica e responsável das vagas de Residência Médica; 6. Equilíbrio gerencial e operacional na análise e tomada de decisões pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); 7. Revisão das formas de acesso aos Programas de Residência, a partir de critérios mínimos para funcionamento e fiscalização permanente; 8. Adequação dos valores das bolsas de Residência Médica e concessão de benefícios; 9. Instituição de programas de educação continuada gratuitos para médicos e de outros profissionais de saúde do SUS.

FORTALECIMENTO DO FINANCIAMENTO, GESTÃO E CONTROLE DO SUS

1. Adequação do financiamento às necessidades do SUS; 2. Atualização e capacitação da gestão do SUS; 3. Implementação de mecanismos

efetivos de controle social e de fiscalização do sistema; 4. Aumento da participação da União nas despesas sanitárias totais; 5. Compromisso do Ministério da Saúde de executar a totalidade dos recursos autorizados em seu Orçamento.

MELHORIA URGENTE DA INFRAESTRUTURA, CONDIÇÕES DE TRABALHO E ATENDIMENTO

1. Aperfeiçoamento da rede de atenção hospitalar e de serviços especializados de maior complexidade; 2. Recuperação da rede de urgência e emergência; 3. Oferta suficiente de leitos de internação e de Unidades de Terapia Intensiva; 4. Melhoria das unidades básicas de saúde e da Estratégia Saúde da Família; 5. Otimização da rede hospitalar pública de assistência em Psiquiatria; 6. Melhoria no acesso da população a exames clínicos e de imagem; 7. Inclusão de novos métodos, terapias e medicamentos no SUS; 8. Atualização da Tabela SUS.

FIM DO DESEQUILÍBRIO NA RELAÇÃO COM AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

1. Atuação isenta da ANS contra os abusos praticados por operadoras; 2. Fim dos subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde; 3. Garantia de ressarcimento das operadoras à União; 4. Respeito à autonomia do trabalho médico; 5. Transparência às informações de caráter público na Saúde Suplementar; 6. Adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM); 7. Cumprimento da Lei da Contratualização (13.003/2014).

faça
seu
evento
na



Entre em contato
para disponibilidade
de dia e horário e valores.

Fone: 81-3423.5473

Email: somepe.ampe@hotmail.com

**Valores especiais com desconto para
Sócios em dia, Sociedades de Especialidades e
Ligas acadêmicas de saúde.**



anfiteatro

Auditório Octávio de Freitas
Capacidade: **200 assentos**
Projetor, ar-condicionado, som,
wi-fi, copa, água mineral
banheiros individuais, acessibilidade.



plano

Auditório Eustáquio Gomes
Capacidade: **60 assentos**
Projetor, ar-condicionado, som,
wi-fi, copa, água mineral
banheiros individuais.



leiaute variável

Hall
Capacidade: **variável**
Ar-condicionado,
wi-fi, copa, água mineral
banheiros individuais.



 **wi-fi**
em todos os ambientes

CURSO PRÁTICO EM PERÍCIAS MÉDICAS PARA SEGURO DPVAT

seja
**PERITO
DPVAT**



Curso ministrado por
Chu-En-Lay Paes Leme,
Autor do Livro: Medicina Legal
Prática Compreensível.

PARTICIPAÇÃO ESPECIAL

Dr. Dário Rodrigues Oliveira Leite,
Juiz de Direito da 12ª Vara Cível-seção A,
com a palestra sobre o papel do judiciário
no DPVAT.

**21 e 22 de
Setembro**

*Prepare-se para aumentar
suas possibilidades atuando
como Perito Judicial voltado
para o Seguro DPVAT.*

INVESTIMENTO

Associados AMPE, SIMEPE ou ABMLPM-PE

Individual	R\$ 384,97 em até 06x no cartão ou R\$ 350,00 à vista.
Grupos com 03 ou mais profissionais	R\$ 296,97 em até 06x no cartão ou R\$ 270,00 à vista.

Não-associados:

Individual	R\$ 489,46 em até 06x no cartão ou R\$ 445,00 à vista.
Grupos com 03 ou mais profissionais	R\$ 384,97 em até 06x no cartão ou R\$ 350,00 à vista.

Mais Informações:

Atendimento: segunda à sexta das 9:00 às 17:00.
Local: AMPE – Associação Médica de Pernambuco
Rua Osvaldo Cruz, 393 - Boa Vista - Recife - PE

(81) 9.8411.8803 
cursodpvat.eventbrite.com.br

REALIZAÇÃO:



APOIO:

