



Independente de titulação, o médico deve ser punido se errou e inocentado se atuou corretamente



Carlindo Machado e Silva Filho
Presidente da SOMERJ

Antes de tudo, gostaria de agradecer a possibilidade de permanecer presidindo a SOMERJ nos próximos três anos. Continuaremos a atuar, juntamente com o CREMERJ e as Sociedades de Especialidade, na defesa de melhores condições de trabalho e remuneração para o médico, tanto na saúde pública quanto na suplementar, garantindo assim, por consequência um melhor atendimento para a população.

Defenderemos também, os médicos sempre que forem acusados e julgados através da mídia, sem uma apuração completa dos fatos e sem o direito da defesa e do contraditório.

Recentemente, após a morte de uma paciente que se submetera a uma lipoaspiração, lemos estarelecidos que “o médico não poderia ter operado a paciente porque a lipoaspiração é área da atuação da Cirurgia Plástica e o médico não possuía o referente título de especialista”.

É verdade que a lipoaspiração é área da atuação da Cirurgia Plástica, porém não é verdade que só possa ser realizada por médico titulado na especialidade. Por lei, o médico devidamente registrado em seu Conselho Regional de Medicina, está apto a atuar em qualquer das áreas da Medicina, independente de ser ou não, formalmente, um especialista.

O limite da atuação do médico é a sua consciência, restando claro, por óbvio, que o médico responderá por seus atos, independente de ser ou não reconhecido como especialista em sua área de atuação. Não há dúvida de que os médicos devem

“O limite da atuação do médico é a sua consciência, restando claro, por óbvio, que o médico responderá por seus atos...”

ter uma formação adequada em sua área de atuação, se possível com a obtenção de título de especialista, através de Sociedade de Especialidade ou de um programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, porém não há qualquer exigência legal para permitir a atuação do médico, além do diploma e do registro no Conselho Regional de Medicina.

Cabe ressaltar que há um grande número de vagas nos cursos de Medicina e uma diminuição considerável e, em minha opinião, proposital nas vagas de Residência Médica, dificultando o acesso dos recém-formados a estes programas.

Em relação ao médico envolvido neste caso ou em qualquer outro, o que deve ser avaliado é se houve ou não falha em sua atuação e não se possuía ou não um título de especialista. Independente da titulação, ele deve ser punido se errou e inocentado se atuou corretamente. ■



SUMÁRIO

OPINIÃO	6
ARTIGO CIENTÍFICO	8
SOCIEDADES FILIADAS	9
ESPAÇO CULTURAL AMF	10
SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES	11
DESTAQUES	12
POSSE NA SOMERJ	14
MOVIMENTO MÉDICO	19
BIOÉTICA	21
MARKETING MÉDICO	24
EVENTOS	26

Solenidade de posse de
Carlindo Machado e Silva Filho,
Presidente reeleito da SOMERJ



DIRETORIA

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho	Presidente
Alkamir Issa	Vice-Presidente
Fernando da Silva Moreira	Secretário Geral
Cesar Danilo Angelim Leal	1º Secretário
José Roberto Azevedo Ribeiro	2º Secretário
José Ramon Varela Blanco	1º Tesoureiro
Abdu Kexfe	2º Tesoureiro
Jacob Samuel Kierszenbaum	Diretor Científico e de Ensino Médico
Francisco Almeida Comte	Diretor de Eventos e Divulgação
Dario Feres Dalul	Diretor de Marketing e Empreendimento
Francisco de Assis Cascabulho Neto	Ouvidor-Geral
Manlia de Abreu Silva	Vice-Presidente da Capital
Adão Guimarães e Silva	Vice-Presidente da Região Costa Verde
Maurilio Ribeiro Schiavo	Vice-Presidente da Região Serrana
João Tadeu Damian Souto	Vice-Presidente da Região Norte
George Thomas Henney	Vice-Presidente da Região Nordeste
Gilson de Souza Lima	Vice-Presidente da Região Sul
Ílrio Cesar Meyer	Vice-Presidente da Região Centro-Sul
Glauco Barbieri	Vice-Presidente da Região Metropolitana
Hiloberto Carneiro de Oliveira	Vice-Presidente da Região Baixada
Gilson Vianna da Cunha	Vice-Presidente da Região dos Lagos

CONSELHO DELIBERATIVO

Luiz Waldir Belo Machado	Ass. Médica da Região dos Lagos
José Eduardo Lage de Castro	Ass. Médica de Angra dos Reis
Paulo Sérgio de Salles	Ass. Médica de Barra Mansa
Marcos Rogério Leal de Almeida	Ass. Médica de Duque de Caxias
Adão Guimarães e Silva	Ass. Médica de Itaguaí
Andre Luiz de Azevedo Pimentel	Ass. Médica de Macaé
Michel Abdo Abifadel	Ass. Médica de Cachoeiras de Macacu
Wilson José Alvarenga	Ass. Médica de Maricá
Hiloberto Carneiro de Oliveira	Ass. Médica de Nova Iguaçu
Alberto de Freitas Baldez	Ass. Médica de Rio das Ostras
Maurilio Ribeiro Schiavo	Ass. Médica de Teresópolis
Glauco Barbieri	Ass. Médica Fluminense
Dario Feres Dalul	Ass. Médica Meritense
Raymundo Penaterim Filho	Ass. Médica Noroeste Fluminense
George Thomas Henney	Ass. Médica Norte Fluminense
Fernando Antonio Vidinha Fontes	Ass. Médica Valenciana
Hélcio Luiz Bueno Lima	Ass. Médica de Barra do Piraí
Angela Regina Rodrigues Vieira	Soc. Fluminense de Med. e Cirurgia
Celso Ferreira Ramos Filho	Soc. de Medicina e Cirurgia do RJ
Carlos Alberto Pecci	Soc. Médica de Nova Friburgo
Mauro Muniz Perailta	Soc. Médica de Petrópolis
Jorge Manes Martins	Soc. Médica de Volta Redonda
Wagner Mangiavacchi	Soc. Médica do Vale do Itabapoana
José Luiz Carneiro Tinoco	Soc. Médica de Vassouras

CONSELHO FISCAL

Benjamin Baptista de Abreu
Flamarion Gomes Dutra
Sônia Regina Reis Zimbaro

DELEGADOS À AMB

Efetivos: Eduardo Augusto Bordallo, Fernando da Silva Moreira, Samuel Kierszenbaum, Marcia Rosa de Araujo, Luis Fernando Soares Moraes, Alkamir Issa, José Ramon Varela Blanco

Suplentes: Abdu Kexfe, José Estevan da Silva Filho, George Thomas Henney, Maurilio Ribeiro Schiavo, Manlia de Abreu Silva, José Roberto Azevedo Ribeiro, Cesar Danilo Angelim Leal

ASSOCIAÇÃO MÉDICA EM REVISTA

CONSELHO EDITORIAL

Carlindo Machado e Silva Filho, Samuel Kierszenbaum, Fernando da Silva Moreira, Cesar Danilo Angelim Leal, José Ramon Varela Blanco, Alkamir Issa e Abdu Kexfe

Jornalista Responsável: Juliana Temporal (Mtb 19.227)

Projeto Gráfico: Julio Leiria

Editoração Eletrônica: Selles & Henning

Publicidade: SOMERJ - Tel.: (21) 3907-6200

Impressão: WalPrint

Tiragem: 20 mil exemplares

Periodicidade: bimestral



SOMERJ - Rua Jornalista Orlando Dantas, 58 - Botafogo - RJ - Cep: 22.231-010
Telefax: (21) 3907-6200 - E-mail: somerj@somerj.org.br
www.somerj.org.br

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

SUS completa 20 anos, mas não implanta seus princípios fundamentais



Aloisio Tibiriçá Miranda.
Conselheiro do Conselho Federal Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado do RJ (CREMERJ)



Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases doutrinárias foram geradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, durante o processo de redemocratização do país e nas vésperas da realização da Constituinte de 1988. Portanto, as resoluções de 1986 embasaram na Constituição, as formulações do SUS, que foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Antes da criação do SUS, existia um sistema de saúde que atendia, no setor público, os pacientes que tinham direito aos Institutos de Assistência, que já haviam sido centralizados no antigo INAMPS. Então, quem não tivesse direito e acesso ao INAMPS, tinha que ser atendido em outro sistema paralelo, que eram os sistemas públicos estaduais e municipais. Aqui no Rio de Janeiro, isso se exemplificava pelos antigos hospitais federais, que eram do INAMPS, e pela rede de postos de atendimento e hospitalar, que até hoje estão sob gestão do Município e do Estado. O Sistema Único de Saúde, como o nome diz, unificou o acesso da população a tudo isso e, a partir de alguns princípios, como o da universalidade, tornou o sistema aberto a toda e qualquer pessoa, sem a necessidade de comprovação de vínculo com alguma instituição. Por isso, ele tornou-se universal.

Outro dos seus pressupostos, o da hierarquização, baseava-se na idéia de que se criaria todo um sistema que abrangesse desde a saúde básica, passando pela atenção primária e secundária, até a hospitalar de alta complexidade, facilitando o acesso do paciente em qualquer um

desses níveis. Assim, a população estaria integrada no sistema, recebendo atendimento de forma geral. Todas as patologias e doenças estariam cobertas pelo SUS.

O que aconteceu desde a Constituição de 1988 até agora, no mundo e no Brasil, é que foi implementado um tipo de política econômica batizada de neoliberalismo. Esta política pressupõe que a atuação da economia e das políticas de governo na sociedade fossem balizadas predominantemente pelos chamados mercados, retirando o caráter universal das políticas públicas e tornando-as pontuais, para cobrir problemas de desníveis sociais específicos.

Desta forma, o SUS, já no seu nascedouro, enfrentou uma realidade política e econômica adversa, que gerou o seu desfinanciamento progressivo, com a conseqüente falta de recursos, uma vez que a Constituição de 1988 previa que a verba para o SUS seria de 30% do orçamento da seguridade social. Esse percentual significaria atualmente, pelo menos, o dobro do orçamento atual do SUS. No entanto, com o tempo, foram encontrados artifícios legais para que o orçamento fosse diminuindo. Hoje, 20 anos depois, o SUS, já saindo da adolescência, ainda está em processo de afirmação, uma vez que ainda não conseguiu estabelecer regras adequadas e permanentes de financiamento.

O SUS atende a 80% da população brasileira, aproximadamente 150 milhões de pessoas, e consome 45% do total de gastos com saúde no país. Enquanto o setor de saúde suplementar, representado pelos

planos de saúde, tem 40 milhões de usuários, que representam 20% da população e consomem 55% desse total de gastos. Esses dados demonstram sobejamente a necessidade de um financiamento melhor para o sistema público.

Nos últimos 20 anos, a União diminuiu sua participação total nos gastos com a saúde de 75%, em 1980, para 49%, em 2005, enquanto que os municípios e estados saíram de 25% para 51%. Com isso, podemos constatar que a União, proporcionalmente, diminuiu significativamente o seu financiamento para a saúde nesse período.

Hoje, o Brasil investe menos na saúde do que a Colômbia, Venezuela, Argentina, Cuba e Uruguai, isso em se falando de América Latina, pois nos países desenvolvidos se investe muito mais. Este quadro de desfinanciamento do sistema público começou a gerar impasses naturais para o crescimento do SUS, da infância à adolescência, não conseguindo a implantação das suas propostas iniciais.

Várias tentativas foram feitas para minimizar esse problema, como por exemplo a CPMF, reivindicada com bastante empenho, a época, pelo Ministro Adib Jatene, que foi aprovada pelo Congresso e acabou tendo a sua finalidade desvirtuada.

A constituição do SUS gerou ainda a possibilidade de um sistema complementar, que são as clínicas privadas conveniadas e remuneradas pela tabela SUS. Principalmente, no interior do Brasil, as clínicas conveniadas são responsáveis pela maioria dos atendimentos do SUS. Elas são pagas pela tabela SUS, que está completamen-

te defasada, o que está levando clínicas e hospitais conveniados a uma situação de sérias dificuldades e desassistência à população. Os valores pagos pela tabela não cobrem as despesas das unidades de saúde conveniadas.

Na assistência pública, propriamente dita, o dia-a-dia tem mostrado os problemas decorrentes do baixo financiamento do sistema, como a sua não expansão, a falta de reequipamento das unidades e a remuneração vergonhosa dos profissionais, o que gera dificuldades para a própria gestão do SUS. Sem dinheiro ninguém faz milagre. De qualquer forma, a gestão do SUS pode e deve ser mais competente. Sem uma gestão profissional, começam-se a criar mecanismos exóticos e heterodoxos para tentar fugir dos problemas. Daí surgiram as propostas de Organizações Sociais, de Fundações e de precarização do trabalho médico.

Em relação aos impasses do SUS, uma questão muito importante é a interferência política na implantação do sistema. Um sistema único, que deveria funcionar como rede, não resiste a comandos políticos, às vezes, antagônicos, nos municípios, estados e no próprio governo federal. O exemplo disso é o Rio de Janeiro, onde historicamente a falta de entendimento político entre os três níveis de governo tem prejudicado bastante a implantação do SUS.

A questão dos recursos humanos hoje é a pedra de toque da viabilidade do SUS. O sistema público não tem conseguido uma aderência dos profissionais de forma permanente por causa da má remuneração e das precárias condições de trabalho.

Se não houver a solução da questão dos recursos humanos, o SUS não se viabiliza. É necessário, portanto, a criação de um PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salário, que estimule o médico e a adesão dos profissionais ao sistema.

Dentro da formulação do SUS, também foi criado, o chamado controle social, através dos Conselhos de Saúde, e construída uma visão utópica de que estes conselhos exerceriam o controle e a fiscalização necessários ao sistema. O que se viu foi o afrouxamento desses mecanismos pelo Ministério da Saúde ao longo do tempo, gerando, inclusive, a perda de controle da situação, como ocorria ao tempo da intervenção do governo federal na saúde do Rio de Janeiro.

Agora com 20 anos, o SUS, para dar certo, precisa se firmar definitivamente com um financiamento adequado, uma gestão profissionalizada e compartilhada entre todos os níveis de poder e com uma política de recursos humanos que valorize efetivamente os profissionais.

O desafio do nosso país é tornar a saúde uma real prioridade de governo, pois todas as pesquisas de opinião mostram que a saúde é o principal problema na visão da população. Um país, que se dá ao luxo de gastar R\$ 150 bilhões/ano com juros da sua dívida pública, certamente pode, diminuindo o superávit primário, face à grande arrecadação de impostos gerada pelo desenvolvimento econômico, abrir o caminho para que o Congresso Nacional e os governos respondam aos anseios da população brasileira, aumentando significativamente o orçamento da saúde e fazendo a sua regulamentação definitiva. ■



Características clínicas e laboratoriais da neurosífilis: análise de 15 casos

Pérola de Oliveira.
Residente (R3) do Serviço de Neurologia do Hospital dos Servidores do Estado (HSE)

Dr. Marcelo Cagy.
Preceptor

INTRODUÇÃO

Apesar da redução na incidência da neurosífilis com a introdução da penicilina, a doença continua sendo um problema de saúde nos países em desenvolvimento, principalmente após o advento da AIDS^{1,2}. As formas de apresentação são classificadas em precoces: assintomática, meningea e meningovascular e tardias: paralisia geral progressiva (PGP), tabes dorsalis e goma. Outras formas descritas são atrofia óptica e hipoacusia^{3,4,5}.

MÉTODOS

Foram avaliados, retrospectivamente, 15 pacientes com diagnóstico confirmado de neurosífilis internados no Serviço de Neurologia do Hospital dos Servidores do Estado, RJ, no período compreendido entre janeiro de 2002 a dezembro de 2007. Os critérios para inclusão foram: a presença de uma das formas acima descritas de neurosífilis e teste positivo para anticorpos não treponêmicos (VDRL) no líquido cefalorraquidiano (LCR).

RESULTADOS

Da amostra total, 8 (53%) eram do sexo masculino; a média de idade foi 56,8 anos (desvio padrão [dp] 16,48 anos). As síndromes clínicas mais prevalentes foram tabes dorsalis e PGP representando cada uma 20% dos casos. Demência foi o sintoma mais comum, sendo observado em 33% dos casos como manifestação única e em 73% combinada com outras síndromes. O VDRL sérico foi negativo em três casos e o teste treponêmico (TPHA) sérico foi negativo em dois destes três pacientes. A análise líquórica mostrou média de celularidade de 12,83 células/mm³ (dp: 17,81 células/mm³); média de concentração de proteína de 73,75 mg/dl (dp: 56,34 mg/dl) e média de glicose de 62,5 mg/dl (dp: 10,71 mg/dl). O TPHA foi positivo no LCR em todos os casos. Apenas dois pacientes apresentaram ELISA anti HIV no soro positivo. Todos receberam tratamento com penicilina cris-



talina durante 14 a 21 dias.

CONCLUSÕES

1. Houve predomínio das formas tabética e parética da neurosífilis, diferente do que afirma a literatura, na qual a forma meningovascular é a mais prevalente. Além disso, refletiu-se a falência do diagnóstico nas formas precoces da doença em nosso meio.
2. Não houve predominância estatística significativa dos sexos neste estudo, embora seja sugerido que a sífilis terciária seja mais comum em homens^{1,4,6}.
3. O VDRL e TPHA séricos negativos não afastam o diagnóstico de neurosífilis.
4. Apesar da maior incidência da sífilis como co-infecção com HIV, somente 13% da amostra avaliada apresentava ambas as comorbidades. Assim, o diagnóstico de neurosífilis deve ser sempre considerado na suspeição clínica, principalmente em populações menos favorecidas e em países com assistência deficiente à saúde primária. ■

REFERÊNCIAS

- 1) Pavlović DM, Milović AM. Clinical characteristics and therapy of neurosyphilis in patients who are negative for human immunodeficiency virus. *Srp Arh Celok Lek.* 1999 Jul-Aug;127(7-8):236-40.
- 2) Rowland, LP. Merritt tratado de Neurologia. 10a ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro; 2002. p. 154-160.
- 3) Ashok Verma. Infectious of the nervous system. In : Neurology in clinical practice, 5 ed. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Butterworth-Heinemann. Philadelphia; 2008. Vol 2, p.1493.
- 4) Yahyaoui M, Serragui S, Regragui W, Errguig L, Mouti O, Benomar A, Chkili T. Epidemiological and clinical aspects of neurosyphilis in Morocco. *East Mediterr Health J.* 2005 May;11(3):470-7.
- 5) Ropper, AH; Brown, RH. Adams and Victor's principles of neurology. 8th ed. Mc Graw Hill: USA; 2005. p. 634-636.
- 6) Jarmouni R, Mouatamid O, El Khalidi AF, Afailal A, Habib Eddine S, Nejiam F, Lakhdar H. Neurosyphilis: 53 cases. *Rev Eur Dermatol MST.* 1990 Dec;2(10):577-83.



Baixada Fluminense vista como foco de atenção na área de saúde

odos os projetos e alternativas para enriquecer o relacionamento da classe médica, ao longo dos anos, em São João de Meriti tomaram corpo e saíram do sonho para realidade.

A Associação Médica Meritiense vem fazendo a sua parte, entendendo que é preciso contar com muita ajuda dos colegas e das empresas médicas para promovermos nossos eventos e encontros. Podemos constatar o aumento do número de médicos que tem sua atividade direcionada em nosso município hoje, visto com mais respeito pela opinião pública em geral. Esta constatação me agrada em virtude de termos participado da construção deste "patrimônio".

O interesse dos colegas em se agregarem e oferecer suas opiniões e posições, no que diz respeito à preservação deste "patrimônio", é de importância fundamental.

Ao redescobrirmos São João de Meriti e a Baixada Fluminense, como foco de atenção para

os empreendimentos na área de saúde, é oportuno escolhermos nossos representantes para expressar e dirigir nossos caminhos.

Os valores que estão em jogo são os do respeito, da preservação, da valorização, da responsabilidade em favor do que deve ser melhor para enriquecer o desempenho do médico na sociedade.

Realizamos o IV Congresso Médico da Baixada Fluminense, na UNIG, em Nova Iguaçu, no mês de agosto, dando seqüência ao programa de educação médica continuada e obtivemos comprovado sucesso.

Na seqüência dos eventos deste ano, culminamos com as eleições do CREMERJ e da SOMERJ. A chapa 1- CAUSA MÉDICA foi reeleita e a SOMERJ obteve também a reeleição. Nossos parabéns aos integrantes das novas diretorias.

Vamos clamar os colegas para trabalhar em prol da saúde na Baixada Fluminense. ■



José Renato

Dário Feres Dalul. Presidente da Associação Médica Meritiense e Diretor da SOMERJ



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

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

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

Quem se associa ao Clube Médico pode garantir um futuro tranquilo para sua família com o Seguro de Vida.*
E de quebra, só se preocupar com as coisas boas da vida.



Clube Médico
Assistência e Previdência

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



DDG 0800.118059

Programação do Espaço Cultural AMF/UNIMED - Outubro

Teatro Eduardo Kraichete
Av. Roberto Silveira, 123. Icarai, Niterói
Tel.: (21) 2710-1549

GATO PRA CACHORRO

Sábados e domingos, dias 25 e 26/10
Horário: 17h - DURAÇÃO: 60 minutos
Ingresso: R\$ 20 (inteira), R\$ 15 (c/ flipeta) e R\$ 10 (meia)
Classificação Etária: Livre



Um gato muito esperto e com alma de artista resolve se tornar o "Sr. Lord de Cat Jones". Em início de carreira, ele vive a expectativa do sucesso com seu grande show "Gato pra Cachorro". Orgulhoso e inexperiente, o gato irá aprender com o Cachorro, a Gata e a Cachorra que o caminho do sucesso deve ser trilhado sem vaidade, arrogância e preconceito — e sim com muita humildade e espírito de equipe, para que todos brilhem juntos. O espetáculo e o livro têm texto de Wagner Duarte, que também dirige a produção e atua na peça. Dirigido por Ricardo Brandão, o elenco tem também Ricardo Tostes (o Marquês de Rabicó do Sítio do Pica Pau Amarelo / Rede Globo, 2007) e Sabrina Martinelli.

HIGH SCHOOL 2

Sábados e domingos, dias 25 e 26/10
Horário: 19h - DURAÇÃO: 70 minutos
Ingresso: R\$ 30 (com flipeta, R\$ 20)
Classificação etária: Livre



Aplaudida por milhares de adolescentes, "High School 2" -- versão teatral do filme de TV produzido pela Disney -- volta a ser encenada no Espaço AMF pela Companhia Teatral Arte Rio. Trata-se de uma adaptação livre, assinada pelo produtor cultural e diretor geral Jader Pereira, com coreografias de Pablo Ventura e Alessandro Jazz. Com 23 atores no elenco, o espetáculo, que tem ainda a direção artística de Carolina Alves e João Silvam, mistura romance, humor, drama e muita dança. Fundada em abril de 2002, a Companhia Arte Rio tem 43 peças no repertório, sendo responsável pela grade infantil do Teatro Dercy Gonçalves no Grajaú Country Club e do Teatro Operon, na Ilha do Governador.

PI.N.da.I.B.A. - PRA TIRAR A BARRIGA DA MISÉRIA

Quinta-feira, 23/10
Horário: 21h - Duração: 70 minutos
Ingresso: R\$ 30 (inteira); R\$ 15 (meia), e R\$ 12 (com flipeta) -
Classificação etária: 14 anos



Três atores se transformam em dezoito personagens ao longo desta comédia. O texto surgiu a partir das observações do autor, Rodrigo Scheer, sobre o cenário nacional de trabalho e emprego. Rodrigo notou que as pessoas estão inventando e reinventando novos empregos, e destes muitos acabam se firmando não mais como alternativa, mas como primeira opção de sustento. Rodrigo examinou casos de trabalho informal, escutou muitas histórias, acabou criando um catálogo dessas situações, consolidado no Programa de Inclusão Nacional da Informalidade Buscando Autonomia (PI.N.da.I.B.A.). No elenco, Alexandre Maguolo, Del Ferreira e Rodrigo Scheer.

O DIABO VESTE SAARA

Sextas, sábados e domingos, até 26/10
Horário: 21h - Duração: 80 minutos - Ingresso: Sex e dom: R\$ 30 (inteira) e R\$ 15 (estudantes e idosos); sáb: R\$ 40 (inteira) e R\$ 20 (estudantes e idosos) - Class. etária: 12 anos



Socialite carioca é abandonada pelo marido, um milionário árabe. Comendo a "esfiha que o diabo amassou", ela entra num processo de loucura e, além de conversar com seus vidros de perfumes importados que estão acabando, passa a ouvir "conselhos" de sua estola de chinchila (na verdade, uma raposa). Gina, uma atrapalhada e divertida doméstica, e Rafaela, uma perua pós-moderna viciada em terapias alternativas, tornam-se as principais aliadas de Nadja na tentativa de fazer com que a ex-socialite dê a volta por cima. Enquanto não consegue "fisgar" um novo marido rico, ela tem que se acostumar com a pobreza e a falta de caviar e Veuve Cliquot em suas refeições diárias. "O Diabo Veste Saara" é uma mistura de tragédia grega, novela mexicana e trama hollywoodiana -- e um remédio tarja preta contra a falta de humor e a caretice.



Congresso de Hipertensão Arterial da SBC



Oswaldo Passarelli Júnior,
Presidente do Departamento
de Hipertensão Arterial da SBC

hipertensão arterial atinge no mundo em torno de 1 bilhão de pessoas, sendo o principal fator de risco relacionado à mortalidade mundial, com a estimativa de cerca de 7 milhões de mortes por ano. Sua prevalência vem aumentando no mundo todo, em razão da epidemia de obesidade que a humanidade vive e do envelhecimento da população, dois fatores intimamente ligados ao aparecimento da hipertensão arterial.

No Brasil, estima-se que ajam aproximadamente 30 milhões de hipertensos, desta maneira a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), através de seu Departamento de Hipertensão, tem uma grande responsabilidade, para estabelecer estratégias que visem conscientizar a população dos riscos dos níveis pressóricos elevados, da importância do diagnóstico precoce da hipertensão e da possibilidade da redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais com um tratamento adequado.

Por outro lado, a realização de eventos científicos reunindo médicos de todo o Brasil, interessados no que há de novo na área, em convívio com médicos especialistas em hipertensão, gera uma grande troca de informações, pois desta maneira se discute as melhores estratégias, com um grande enriquecimento de informações.

Todos os anos, são publicados inúmeros estudos clínicos que visam estabelecer quais seriam as melhores evidências dentro das estratégias existentes para se reduzir o risco cardiovascular da população hipertenso, diante de diferentes situações clínicas. A Sociedade Brasileira de Cardiologia tem dado uma grande importância à hipertensão arterial, com a realização de inúmeros eventos científicos, inclusive com a participação de vários convidados internacionais, para que desta maneira todos os profissionais da área de saúde tenham a oportunidade de se atualizar no que há de novo e atual na área.

Em Natal, de 30 de outubro a 1º de no-

vembro, será realizado o V Congresso de Hipertensão Arterial do Departamento de Hipertensão da SBC, sob a presidência da Dra Maria de Fátima de Azevedo. Estima-se que cerca de 1000 médicos estarão presentes, e centenas de profissionais de outras áreas da saúde como enfermeiros e nutricionistas. A programação científica está pronta e vai abordar uma grande gama de situações diferentes na área. Em torno de 90 palestrantes, de diferentes centros científicos do país, foram convidados e também serão discutidas políticas governamentais que possam trazer benefícios à população.

Teremos também uma tarde de autógrafos para o lançamento de mais um livro do Departamento de Hipertensão, que aborda um tema bem atual que é "Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica". Um dos fatos relevantes é a importância que se tem dado à hipertensão arterial na mulher, que tem aspectos diferentes da hipertensão no sexo masculino e, no congresso, teremos uma mesa exclusivamente para se debater este assunto.

Pelo fato de apenas uma pequena parcela da população atingir as metas pressóricas ideais, devido ao grande problema da falta de adesão e à presença da hipertensão arterial resistente, ambos temas merecerão uma atenção especial e farão parte da discussão. Será realizada uma oficina para se discutir métodos de medição da pressão arterial fora do consultório.

O presidente da SBC, Dr. Antonio Carlos Chagas, que tem dado um apoio irrestrito ao Departamento de Hipertensão confirmou a participação, o que muito enriquecerá o congresso.

Os interessados na área estão convidados e não devem perder esta oportunidade. Informações podem ser obtidas no e-mail conplave@digicom.br ou pelo tele fax (84) 3234-6175. ■

Descontos: Associados da AMF e médicos da Unimed têm 20% de desconto; estudantes, pessoas acima de 60 anos e portadores de necessidades especiais têm 50% de desconto.

Ingressos: A bilheteria abre às 15 horas. - Estacionamento: Rua Mário Alves, 68 (atrás do prédio do Teatro).

O Teatro abre 30 minutos antes do início dos espetáculos, e possui cafeteria. - Acesso e facilidades para deficientes físicos.

DESTAQUES

Comunicado de falecimentos

Faleceu aos 83 anos, em agosto último, o Dr. Benigno Augusto de Mello. Em mais de 50 anos de atuação profissional o Dr. Mello, como era conhecido, atendeu a inúmeras gerações de crianças em Cabo Frio. E, até o fim, se dedicou a seus pequenos pacientes sem se preocupar com condição financeira ou o momento, não importando será de madrugada, fim de semana ou se o paciente era particular, de convênio ou do SUS. Dr. Mello foi um exemplo de dignidade e viverá para sempre na lembrança de seus amigos e pacientes.

Também faleceu aos 55 anos, no dia 14 de outubro, o Dr. Nelson Svaiter. Com forte vocação para o ensino era, atualmente, Professor Titular de Saúde da Criança, Coordenador do Curso de Medicina e Diretor da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Iguazu. Além disso, exercia o cargo de Diretor do Hospital de Acari. Pediatra por formação e vocação, deixa uma grande lacuna na Pediatria do Rio de Janeiro e no coração de todos os que com ele conviveram.

Hospital Business celebra 15 anos

Em sua 15ª edição consecutiva, o Hospital Business movimentou o Rio de Janeiro de 14 a 16 de outubro. O evento, que compreende

uma feira de negócios aliada a um congresso focado na área de gestão, é o maior do estado no segmento médico-hospitalar e o segundo do gênero no país.

Uma novidade inédita do Hospital Business foi o posto avançado de coleta de sangue do Hemório, a ser montado no evento em adesão à 'Campanha Nacional de Doação de Sangue', do Ministério da Saúde. A campanha, com o tema 'Ajudar está no sangue', baseia-se na valorização da figura do doador, mostrando que com apenas uma coleta é possível o salvamento de até quatro vidas.

Nova diretoria toma posse no CREMERJ

No dia 1º de outubro, tomaram posse o novo corpo de conselheiros e a nova diretoria do CREMERJ, para o mandato 2008/2013, composta pelos médicos Luís Fernando Soares Moraes (Presidente), Francisco Manes Albanesi Filho (Primeiro Vice-Presidente), Vera Lucia Mota da Fonseca (Segunda Vice-Presidente), Pablo Vazquez Queimadelos (Secretário-Geral), Sidnei Ferreira (1º Secretário), Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho (2º Secretário), Alkamir Issa (Diretor de Sede e Representações), Marília de Abreu Silva (Diretora Tesoureira), Armindo Fernando Mendes Correia da Costa (Diretor Primeiro Tesoureiro), Sérgio Albieri (Corregedor) e Aloísio Carlos Tortelly Costa (Vice-Corregedor).

Hospital Souza Aguiar comemora 101 anos

Considerada a maior emergência da América Latina e um dos principais hospitais gerais públicos do país, o Souza Aguiar está comemorando 101 anos de fundação e, para celebrar a data, a direção da unidade preparou uma exposição de fotos, documentos e equipamentos utilizados na assistência de pacientes na década de 50.

Estarão expostas peças que vão desde instrumental para aferir a acuidade visual até um quadro com corpos estranhos deglutidos ou aspirados (moedas, escudos de times, próteses dentárias etc), retirados de pacientes pelo Serviço de Otorrinolaringologia. Também estarão disponíveis, em forma de painéis, dados atuais da unidade, como número de leitos de internação (clínica e cirúrgica) e terapia intensiva, total de funcionários por categoria funcional, quantidade de internações/mês, número de cirurgias/mês, total de pacientes atendidos/dia etc.

CIPERJ empossa nova diretoria

Em Assembléia Geral, realizada no dia 24 de setembro, os integrantes da Associação de Cirurgia Pediátrica do Estado do Rio de Janeiro (CIPERJ) elegeram a nova diretoria da entidade para o biênio 2009/10, composta por Kleber Moreira Anderson (presidente), Lisieux Eyer de Jesus (vice-presidente), Sandoval Lage da Silva Sobrinho (secretário) e Marco Daiha (tesoureiro).

De acordo com o presidente reeleito, Kleber Moreira Anderson, os objetivos da nova diretoria são implantar a cooperativa e conseguir unir a classe em torno de melhores remunerações, além de colaborar com a sociedade através de projetos sociais em parceria com empresas privadas. "Gostaria que neste novo mandato, os associados participassem e se envolvessem mais com a CIPERJ", declarou.

Federação Rio

Uma empresa que não pára de crescer

A Diretoria da Federação Rio tem, desde o início dessa gestão, priorizado a qualificação profissional dos colaboradores, investido na aquisição de novos equipamentos e, recentemente, na ampliação das instalações físicas, visando manter a excelência dos serviços prestados às singulares do Estado. A prova disso é a inauguração, no dia 29 de agosto, dos 10º e 11º andares no prédio onde fica a sua sede.

A necessidade de mais salas, proporcionada pelo aumento da demanda de serviços, começou a ser estudada um pouco antes, em 2006. E o primeiro desafio surgiu com a aquisição do 9º andar. A obra precisava ser bem administrada para não atrapalhar as operações cotidianas da Federação, entre elas a Central de Atendimento, que funciona 24 horas, e o Pólo de TI, responsável por todo o suporte tecnológico.

O resultado, conseguido com todo o empenho, foi concluído nove meses depois da aquisição, exatamente no prazo combinado, e sem gerar prejuízos nem para os colaboradores, nem para as singulares. A experiência ensinou muito aos dirigentes da Federação e os impulsionou a encarar mais um desafio: a aquisição dos 10º e 11º andares.

Traçando uma comparação das ações de planejamento e gerenciamento das etapas para a realização da obra, nota-se que a Federação obteve um



Acima, Ricardo Alves, Presidente da Unimed Central RJ e Euclides Malta Carpi, Diretor-Presidente da Unimed Federação Rio, discerem a placa alusiva à ocasião que contou ainda com a bênção de um diácono (à esquerda).

ganho substancial na curva de aprendizagem com relação ao trabalho anterior. Aplicando as melhores práticas de gestão e estreitando as parcerias com os envolvidos na obra, garantiu maior agilidade na conclusão dos dois andares, simultaneamente, em apenas seis meses. A sinergia do trabalho entre as equipes resultou em mais uma ação de sucesso em sua história.

A cerimônia de inauguração dos 10º e 11º andares teve a participação de um diácono, que abençoou as salas das novas dependências; dos Conse-

heiros Vogais e Fiscais da Federação Rio; do Presidente da Unimed do Brasil, Celso Corrêa de Barros; do Presidente da Unimed Central RJ, Ricardo Alves; e da Presidente do CREMERJ, Márcia Rosa de Araujo.

- Conquistamos muito em pouco tempo. E essa conquista é resultado do esforço não só da nossa Diretoria, mas também dos nossos colaboradores, e do apoio que nossas singulares têm dado ao nosso trabalho - ressaltou, durante a cerimônia, o Presidente da Federação Rio, Euclides Malta Carpi.

Grupo Asse

CONTABILIDADE - RECURSOS HUMANOS
CONSULTORIA FISCAL E TRIBUTÁRIA - LEGALIZAÇÕES

Atendimento personalizado e de alta qualidade. Informações precisas e objetivas, do modo como as empresas de hoje precisam

Há 30 anos prestando serviços exclusivamente para profissionais da área de saúde

A saúde da empresa médica

Assecon Assessoria Empresarial

Rua Teófilo Otoni, 15 - 12º andar
Centro - Rio de Janeiro

(21) 2216-9900

asse@asse.com.br
WWW.ASSE.COM.BR

Unimed
Federação Rio

Nova diretoria toma posse na SOMERJ

FOTOS: José Renato

A

nova diretoria da SOMERJ, eleita no mês de agosto, tomou posse no dia 26 de setembro, em solenidade realizada no Centro Empresarial Rio, em Botafogo. O pediatra Carlindo Machado e Silva Filho foi reeleito presidente e estará à frente da SOMERJ durante o triênio 2008/2011.

Em seu discurso de posse, Carlindo Machado e Silva Filho afirmou que era um prazer e uma honra ter sido reeleito para presidir a SOMERJ por mais três anos. Por se tratar de uma reeleição, ele não pretendia se alongar no discurso, porém um fato ocorrido naquela semana o obrigou a mudar o texto que havia preparado.

- As entidades médicas, SOMERJ, CREMERJ, Sociedades de Especialidades, Sindicato dos Médicos de Niterói e Unimeds, continuarão a atuar juntas em defesa dos legítimos interesses dos médicos. No entanto, infelizmente, continuamos a conviver com uma situação caótica na saúde pública em nosso Estado. Hospitais sucateados, falta crônica de equipamentos, materiais e me-

dicamentos, péssimas condições de trabalho, salários aviltantes e, o que é pior, falta de médicos – ressaltou.

E, para coroar, acrescentou o Presidente, esta semana vimos estarecidos Sérgio Cabral, Governador do Estado, se referir com palavras injuriosas a médicos do Hospital Getúlio Vargas de maneira inadequada, injusta e covarde.

- Inadequada, porque foram palavras desrespeitosas, o que não se pode esperar de uma pessoa que deveria ter compromisso público, independente de que tenha ou não havido falhas. Injusta, porque os problemas no Getúlio Vargas não decorrem de eventuais faltas de plantonistas. Por óbvio, não se pode defender que médicos faltem aos plantões, porém é preciso que se analise a situação de médicos contratados precariamente, sem vínculos trabalhistas, convivendo com atrasos nos salários e que, muitas vezes, são demitidos sumariamente por telefone, sem nenhum direito trabalhista - enfatizou.



Carlindo Machado e Silva Filho, durante o seu discurso de posse

Recentemente, continuou Carlindo, estivemos no Hospital Getúlio Vargas, segundo o governo, pólo de referência para neurocirurgia, e constatamos que de 6ª feira a domingo, apenas em um plantão temos neurocirurgião e anestesista. Faltam ainda no hospital, pediatras e clínicos, o que levou a direção a instituir um rodízio e a suspender férias e licenças dos estatutários.

- Covarde, porque o governador tentou jogar a população contra os médicos, que já trabalham em condições desumanas e sem qualquer segurança. O governador tentou colocar sobre os médicos uma culpa que é sua e de mais ninguém. Acusações inconseqüentes e levianas, que expõem os médicos a um risco maior do que o que já enfrentam no dia-a-dia da sua atuação. O governo é incapaz de proteger aos médicos e a população - observou.

Nesta semana, acrescentou o Presidente, foi noticiado que um posto de saúde municipal no Rio de Janeiro foi fechado, porque o chefe do tráfico queria a lista dos pacientes, HIV positivo da comunidade, pretensamente para identificar e se vingar de quem o infectara. O posto foi fechado porque o Estado é sabidamente incapaz de nos garantir segurança.

- Quem são os verdadeiros culpados? Os médicos ou os governantes que não conse-

quem garantir minimamente as condições de trabalho e remuneração para os médicos e uma política de saúde pública decente para a população. Dizem que faltam médicos e que os médicos abandonam os empregos. Mas, se Chico Buarque disse que "ninguém volta ao que acabou", também não se abandona o que nunca se teve - comentou.

Ofereçam, continuou Carlindo, concursos públicos, condições de trabalho e salários decentes e veremos se haverá ou não médicos dispostos a resgatar o orgulho e a dignidade do nosso serviço público de saúde. Os médicos certamente são muito melhores do que os nossos governantes.

NOVA DIRETORIA DA SOMERJ

Presidente: **Carlindo de Souza Machado e Silva Filho**

Vice-Presidente: **Alkamir Issa**

Secretário Geral: **Fernando da Silva Moreira**

1º Secretário: **Cesar Danilo Angelim Leal**

2º Secretário: **José Roberto Azevedo Ribeiro**

1º Tesoureiro: **José Ramon Varela Blanco**

2º Tesoureiro: **Abdu Kexfe**

Diretor Científico e de Ensino Médico: **Jacob Samuel Kierszenbaum**

Diretor de Eventos e Divulgação: **Francisco Almeida Comte**

Diretor de Marketing e Empreendimento: **Dario Feres Dalul**

Ouvidor-Geral: **Francisco de Assis Cascabulho Neto**

Vice-Presidente da Capital: **Marília de Abreu Silva**

Vice-Presidente da Região Costa Verde: **Adão Guimarães e Silva**

Vice-Presidente da Região Serrana: **Maurílio Ribeiro Schiavo**

Vice-Presidente da Região Norte: **João Tadeu Damian Souto**

Vice-Presidente da Região Nordeste: **George Thomas Henney**

Vice-Presidente da Região Sul: **Gilson de Souza Lima**

Vice-Presidente da Região Centro-Sul: **Júlio Cesar Meyer**

Vice-Presidente da Região Metropolitana: **Glauco Barbieri**

Vice-Presidente da Região Baixada: **Hildoberto Carneiro de Oliveira**

Vice-Presidente da Região dos Lagos: **Gilson Vianna da Cunha**

DELEGADOS À AMB 2008/2011

EFETIVOS:

Eduardo Augusto Bordallo
Fernando da Silva Moreira
Samuel Kierszenbaum
Márcia Rosa de Araújo
Luis Fernando Soares Moraes
Alkamir Issa
José Ramon Varela Blanco

SUPLENTE:

Abdu Kexfe
José Estevan da Silva Filho
George Thomas Henney
Maurílio Ribeiro Schiavo
Marília de Abreu Silva
José Roberto Azevedo Ribeiro
César Danilo Angelim Leal

CONSELHO FISCAL DA SOMERJ

Benjamin Baptista de Abreu
Flamarion Gomes Dutra
Sônia Regina Reis Zimbaro



Celso Ramos, Pres. da Soc. de Medicina e Cirurgia do RJ; Marcia Rosa de Araujo, então Pres. do CREMERJ; Carlindo Machado e Silva Filho, Presidente reeleito da SOMERJ; e Samuel Kierszenbaum, Vice-Pres. Leste-Sul da AMB



DIRETORES DA SOMERJ E DIRIGENTES DE SOCIEDADES FILIADAS PRESTIGIAM A SOLENIDADE



Associação Médica
de Duque de Caxias



Associação
Médica Fluminense



Associações Médicas de Teresópolis
e do Norte Fluminense



Associação Médica de Itaguaí
e Sociedade Médica do Vale
do Itabapoana



Representantes e membros
de várias entidades médicas
comparecem à solenidade de
posse da nova diretoria da SOMERJ



Celso Ramos, Marcia Rosa de
Araujo e Carlindo Machado e
Silva Filho



Os Conselheiros do CREMERJ
Alexandre Pinto Cardoso e esposa,
e José Marcos Barroso Pillar



Os Conselheiros do CREMERJ Abdu Kexfe,
Paulo Cesar Geraldles, Sergio Albieri, Luis
Fernando Soares Moraes e José Luis de
Souza Varela, da Sociedade Brasileira de
Videocirurgia - Capítulo RJ



Os Conselheiros do CREMERJ Arnaldo Pineschi, Ricardo José de Oliveira e Silva e Marília de Abreu Silva, Vice-Presidente da Capital da SOMERJ



Carlindo Machado e Silva Filho e os funcionários da SOMERJ Andreza, Elen, André e Rosanea



Músicos apresentaram sucessos da MPB durante coquetel, servido após solenidade de posse da SOMERJ



Carlindo Machado e Silva Filho e seus pais, Carlindo e Maria Amélia

Causa Médica vence as eleições do CREMERJ com 52% dos votos

A Causa Médica (chapa 1) venceu as eleições para gestão 2008-2013, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) com 18.606 (52%), dos 35.484 válidos. A vitória foi um marco, já que este foi o resultado mais expressivo da história do Conselho. Em segundo lugar, ficou a chapa Muda CREMERJ, com 7.482 (21%) votos e, por último, a chapa Resgate da Ética, que contabilizou 6.915 (19%). Os votos brancos somaram 487 e, os nulos, 1994.

Para o Presidente do CREMERJ, Luís Fernando Moraes, esta não foi uma conquista apenas da Causa Médica, mas de todos os médicos do Rio de Janeiro.

- Este resultado mostra que, de uma forma incontestável e confiante estamos no rumo desejado pelos médicos do estado. Sabemos que ainda não conquistamos todos os nossos objetivos, como melhores condições de trabalho, salários e honorários dignos mas, sem dúvida, estamos no caminho certo - avaliou o Presidente.

Entre as conquistas da atual gestão do Conselho estão algumas resoluções como a 121/98, que define o ato médico enumerando critérios e exigências para o exercício da profissão médica; a resolução 56/93, que alavancou a luta no setor de saúde suplementar por melhor remuneração e respeito ao paciente; e a resolução 88/95, que isentou do pagamento da anuidade do Cremerj os médicos maiores de 70 anos. Esta última foi, posteriormente, estendida pelo Conselho Federal de Medicina a todos os médicos do país.

Outra importante vitória foi a liminar concedida pela juíza Fatima Maria Novellino Sequeira, da 12ª Vara Federal do Rio de Janeiro, que libera os médicos de enviar as informações sobre consultas aos convênios, apenas pela forma eletrônica. Esta exigência foi imposta pela ANS, através da Resolução Normativa nº 153, de 28/05/2007, que determina que todos os médicos que trabalham com planos de saúde teriam até o dia 30 de novembro de 2008 para informatizar seus consultórios. Caso contrário, as consultas não seriam consideradas. Com a liminar concedida ao

Conselho, os médicos têm a opção de continuar o trabalho com as guias de papel, utilizadas atualmente.

Para o Presidente do Conselho, a medida imposta pela ANS não condiz com a realidade, já que, segundo dados do Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br), apenas 24% dos brasileiros tem computador em casa. O índice ainda é menor para os que têm acesso à internet, apenas 17% da população, o que corresponde a pouco mais de 7,7 milhões de pessoas.

O processo para informatização dos consultórios inclui a compra de equipamentos como computadores, impressoras, programas, acesso à banda larga, entre outros. A aquisição desses serviços envolve custos e treinamento para as secretárias. O prazo estabelecido pela ANS era curto para que o médico se organizasse financeiramente e fizesse um planejamento completo. Para Luís Fernando Moraes, essa conquista é o resultado da parceria entre o CREMERJ, a SOMERJ, a Central Médica de Convênios e as sociedades de especialidades.

Além das inúmeras resoluções, da luta com operadoras de saúde e a ANS, a Causa Médica iniciou a campanha "Quanto vale o médico?/O médico vale muito", que, idealizada com base na opinião dos médicos, expôs a realidade da saúde no Estado do Rio de Janeiro.

- A campanha teve amplo apoio dos médicos e mostrou que a batalha será permanente até que consigamos uma remuneração digna, vínculos não precários e melhores condições de trabalho para a classe - ressaltou Luís Fernando Moraes.

A valorização e o aumento da autoestima dos médicos, continua sendo a bandeira da Causa Médica na próxima gestão. As principais propostas apresentadas pela chapa vencedora são: a luta pelo aumento da Tabela SUS e maior financiamento para a saúde, regularização do trabalho e aumento salarial para os médicos, segurança nos locais de trabalho, defesa do ato médico, ensino de qualidade, melhora e valorização dos hospitais universitários, entre outras. ■





Diagnóstico genético pré-implantacional - Quais são os limites éticos?

Balanco Patrimonial da Unicred Central RJ - 30.06.2008 (valores em milhares de Reais - R\$)

Balanco Patrimonial

ATIVO	30.06.2008		30.06.2007		PASSIVO	30.06.2008		30.06.2007	
ATIVO CIRCULANTE	109.623.899,71	105.482.861,30	PASSIVO CIRCULANTE	106.937.741,67	102.784.476,86				
DISPONIBILIDADES	171.023,23	99.599,35	CENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA (NOTA 10)	106.264.530,89	102.336.675,70				
Caixa	3.533,53	2.397,88	Dep. Cooperativas Filadas	106.264.530,89	102.336.675,70				
Depósitos Bancários	167.489,70	97.201,47							
APLICAÇÕES INTERF. - LIQUIDEZ (NOTA 4)	22.092.073,68	29.356.942,71	OUTRAS OBRIGAÇÕES	673.210,78	447.801,16				
Copromissada Basicredi	22.092.073,68	29.356.942,71	Sociais e Estatutárias	5.331,43	5.331,43				
TÍT. E VAL. MOBILIÁRIOS (NOTA 5)	84.718.717,77	73.955.618,71	Fiscais e Previdenciárias	61.202,91	57.638,32				
Certificado de Dep. Bancário Bradesco	1.565.521,14	1.667.591,31	Diversas (NOTA 11)	606.676,44	384.831,41				
Cotas de Fdo. de Investimentos	83.153.196,63	72.288.027,40							
RELAÇÕES INTERFINANCEIRAS (NOTA 6)	2.336.085,93	1.877.015,49	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	4.624.866,25	3.526.712,51				
Fundo Exclusivo Unicred do Brasil	2.336.085,93	1.877.015,49	Capital Social (NOTA 12)	3.181.644,37	2.731.969,48				
OUTROS CRÉDITOS	299.676,42	192.401,33	RESERVA DE LUCROS	1.443.221,88	1.074.191,74				
Adto. e Antecip. Salários	23.326,76	-	Reserva Legal	20.695,72	20.695,72				
Adto. p/ Viagem	-	760,00	Reserva Estatutária (NOTA 13)	1.422.616,16	1.053.496,02				
Adto. p/ Eventos	-	32.319,00							
Adto. a Fornecedor	191,92	26.610,92	Sobras/Perdas Acumuladas (NOTA 14)	-	(279.358,71)				
Adto. p/ Conta Imobilizações	67.435,71	1.725,31							
Pagto. a Ressarcir	208.728,03	130.986,10							
OUTROS VALORES E BENS (NOTA 7)	6.322,68	1.283,71							
PERMANENTE	1.938.708,21	828.328,07							
Investimentos (NOTA 8)	1.228.218,97	52.000,00							
Imobilizado de Uso (NOTA 9)	638.289,89	676.092,84							
Diferido	72.199,35	100.235,23							
TOTAL DO ATIVO	111.562.607,92	106.311.189,37	TOTAL DO PASSIVO	111.562.607,92	106.311.189,37				

As notas explicativas são partes integrantes das demonstrações contábeis.

Demonstração das Sobras e Perdas

	30.06.2008	30.06.2007
RECEITAS DA INTERMEDIÇÃO FINANCEIRA	5.279.419,76	5.823.559,84
Resultado de Operações com Títulos e Val. Mobiliários	5.279.419,76	5.823.559,84
RESULTADO BRUTO DA INTERMEDIÇÃO FINANCEIRA	5.279.419,76	5.823.559,84
OUTRAS RECEITAS/DESPESAS OPERACIONAIS	(5.279.419,76)	(5.823.559,84)
Despesas de Pessoal	(901.719,39)	(803.491,68)
Outras Despesas Administrativas	(494.034,41)	(281.645,32)
Despesas Tributárias	(5.216,29)	(8.939,37)
Outras Receitas Operacionais	1.321.407,70	994.926,88
Outras Despesas Operacionais	(5.199.857,46)	(5.724.410,35)
RESULTADO OPERACIONAL	-	-
RESULTADO NÃO OPERACIONAL	-	-
LUCRO LÍQUIDO	-	-

As notas explicativas são partes integrantes das demonstrações contábeis.

Demonstração das Origens e Aplicações de Recursos

DISCRIMINAÇÃO	1º SEMESTRE 2008	1º SEMESTRE 2007
A ? ORIGEM DOS RECURSOS	15.090.539,57	15.041.395,46
Ajuste de Exercícios Anteriores	-	-
Recursos de Associados:	426.089,30	374.448,10
- Realização do Capital Social	231.071,67	218.603,20
- Reservas Estatutárias (FGD)	195.017,63	155.844,90
Aumento dos Subgrupos do Passivo:	14.664.450,27	14.665.132,96
- Centralização Financeira	14.488.727,19	14.629.244,33
- Outras Obrigações	175.723,08	35.888,63
Diminuição dos Subgrupos do Ativo :	-	1.814,40
-Outros Valores e Bens	-	1.814,40
B ? APLICAÇÕES DOS RECURSOS	18.140.568,17	17.437.052,45
Depreciação /Amortização	(48.620,09)	(46.230,16)
Investimentos	272.218,97	-
Imobilizado de Uso	2.040,53	1.643,20
Diferido	1.930,00	11.439,00
Aumento dos Subgrupos do Ativo Cir. e Real. a Longo Prazo:	17.912.998,76	17.470.200,41
- Aplicações Interf. - Liquidez	16.529.222,08	11.576.820,52
- Títulos e Valores Mobiliários	1.082.437,80	5.876.980,14
- Relações Interfinanceiras	241.441,48	204.377,03
- Outros Créditos	76.883,20	12.022,72
-Outros Valores e Bens	3.014,20	-
AUMENTO / REDUÇÃO DAS DISPONIBILIDADES (A-B)	(3.050.028,60)	(2.395.656,99)
Modificação na Posição Financeira		
Início do Período	3.221.051,83	2.495.256,34
Final do Período	171.023,23	99.599,35
AUMENTO / REDUÇÃO DAS DISPONIBILIDADES	(3.050.028,60)	(2.395.656,99)

As notas explicativas são partes integrantes das demonstrações contábeis.

Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido

	30.06.2008	30.06.2007	31.12.2006	31.12.2005	31.12.2004
Integralização de Capital	231.071,67	-	-	-	231.071,67
Constituição FGD	-	195.017,63	-	-	195.017,63
Saldo em 30.06.2008	3.181.644,37	20.605,72	1.422.616,16	-	4.624.866,25
Mutações do Período	231.071,67	-	195.017,63	-	426.089,30
Saldo em 31.12.2006	2.513.366,28	20.605,72	897.651,12	(279.358,71)	3.152.264,41
Integralização de Capital	218.603,20	-	-	-	218.603,20
Constituição FGD	-	155.844,90	-	-	155.844,90
Saldo em 30.06.2007	2.731.969,48	20.605,72	1.053.496,02	(279.358,71)	3.526.712,51
Mutações do Período	218.603,20	-	155.844,90	-	374.448,10

As notas explicativas são partes integrantes das demonstrações contábeis.

Prof. Dr. Ivan Araujo Penna.

Mestre e Doutor em Tocoginecologia pela USP/RR. Prof. Adjunto de Ginecologia da Faculdade de Valença. Membro do Grupo de Estudo em Reprodução Assistida do CREMERJ e Membro da Diretoria da SGORJ.

No início dos anos 90, o desenvolvimento das técnicas de hatching (abertura artificial da zona pelúcida) permitiu a retirada de células do embrião. A acessibilidade a uma ou mais dessas células possibilitou, por meio da imunofluorescência (FISH) e da reação da cadeia da polimerase (PCR), a criação do método: diagnóstico genético pré-implantacional (PGD).

A utilização do PGD, nos ciclos de fertilização in vitro (FIV), cresce exponencialmente, mas não existe nenhum tipo de controle do número de PGDs realizados no Brasil. Na verdade, apenas os EUA possuem uma estimativa. Baseados nos números daquele país, acredita-se que hoje no Brasil são realizados entre 500 e 1000 ciclos de PGD por ano. A falta de dados reais sobre a quantidade realizada atrapalha a avaliação da saúde dos recém-natos advindos da utilização da técnica, assim como o leque de suas indicações.

O PGD é capaz de identificar tanto anormalias cromossômicas, como mutações de apenas um gene. O FISH é o método utilizado para identificação dos pares cromossômicos, avaliando também a presença dos cromossomos X e Y. Em outras palavras, determina com grande segurança o sexo do embrião a ser implantado. O mesmo exame é capaz de quantificar o número de pares cromossômicos, identificando casos de aneuploidias, entre elas as responsáveis pelas síndromes de Down, Patau e Edwards. Para as mutações de um gene simples, utiliza-se a PCR para amplificar as alterações genéticas específicas carregadas pelos genitores. Teoricamente, quaisquer mutações de um único gene são possíveis de se identificar nas células biopsiadas do embrião (Tabela 1).

Dentre as indicações da utilização da técnica, a pesquisa por aneuploidia é a mais comum. Estima-se que nos EUA dois terços dos PGDs são realizados para esse

fim. A segunda indicação mais freqüente é a mutação de um gene simples e, nesse caso, duas categorias de patologias são avaliadas: as doenças com risco a vida, como Tay-Sachs; Fibrose Cística e Anemia de Falconi, que respondem por 12% das indicações, e as doenças com potencial risco a vida, como Doença de Huntington, Ca de mama (BRCA1), Doença de Alzheimer, entre outras, que representam 38% da utilização da técnica. O terceiro motivo para a utilização do PGD é a seleção genética do sexo do embrião. A princípio essa escolha visaria descartar doenças relacionadas ao gênero, como por exemplo, Síndrome do X-frágil, entretanto, apenas 3% dos casos de utilização do PGD estão relacionados com esse motivo. Cerca de 40% dos casais que usam esta técnica para sexagem, o fazem sem indicação médica. O PGD também é usado na escolha de embriões compatíveis imunologicamente (HLA) para que esses recém-natos tornem-se doadores de células-tronco para o tratamento de doenças hematológicas de parentes. Esses casos representam cerca de 20% das indicações. Alguns outros motivos para a técnica são: abortamento de repetição e idade materna avançada em mulheres submetidas a ciclos de FIV.

O PGD representa uma ferramenta diagnóstica com imenso poder de análise, conseqüentemente trazendo questões éticas na mesma proporção. Apenas uma Resolução do CFM, a nº 1.358/92, orienta um dos pontos de atuação da técnica e esta fala sobre evitar a sexagem do embrião sem fins médicos. Equivocadamente, a meu ver, seja esse o ponto mais simples da questão bioética. Alguns fatos norteiam essa minha afirmação. Primeiro, no Brasil, hoje menos de 0,5% dos nascimentos são provenientes de técnicas de reprodução assistida e desses, menos de 1% realizam PGD por todas as indicações já relatadas. Segundo, as técnicas de reprodução assistida nos casos mais "simples" possuem



Unicred Central RJ: (21) 2122-7800
Araruama: (22) 2665-6972
Cabo Frio: (22) 2645-3385
Campos: (22) 2726-3600

Costa do Sol: (22) 2772-2053
Niterói: (21) 2729-9100
Nova Friburgo: (22) 2523-3857
Petrópolis: (24) 2231-2355

Regional Sul Fluminense: (21) 3759-9650
Rio de Janeiro: (21) 3475-2000
Fed. das Unimed: (21) 2122-4248

UNICRED

**“...o PGD,
apesar de ser
amplamente
utilizado, ainda
precisa de
aprimoramentos
técnicos e
discussão sobre
a ética de sua
indicação.”**

resultados abaixo dos 40% de chance de gravidez, o que dificultaria os casais que procuram a técnica apenas para a sexagem. Terceiro, um estudo, realizado por mim com 500 alunas da Faculdade de Medicina de Valença, mostrou que apenas 9% das alunas escolheriam o sexo do embrião e não houve diferença significativa entre o gênero escolhido.

O ponto mais crítico de utilização do PGD é que ainda a única conduta é a não transferência do embrião acometido. Como a mesma resolução do CFM (nº 1.358/92) proíbe o descarte de embriões, cria-se um paradigma para a técnica. O que fazer com os embriões que não serão transferidos? Essa questão possui inúmeras respostas e todas com outras dúvidas éticas importantes.

No primeiro caso, da utilização da técnica para sexagem, teríamos duas possíveis respostas: a primeira, quando fosse sexagem sem indicação médica, necessariamente o embrião teria que ser congelado; e a segunda, no caso de sexagem por doença ligada aos cromossomos sexuais, seria necessário saber se o embrião é realmente portador da mutação por ter o sexo de portador.

No segundo caso, das mutações de um gene simples ou aneuploidias, existem duas situações. Os casos de patologias que levarão a morte do recém-nato tais como Tay-Sachs; e os casos de doenças com potencial risco a vida, como a mutação do BRCA1 (câncer de mama). No primeiro, a seleção torna-se mais simples devido ao resultado final, a morte do indivíduo acometido. Entretanto, no segundo a presença da mutação representa apenas risco potencial. No exemplo citado da mutação do BRCA1, mulheres portadoras possuem em média 85% de chance de desenvolver o câncer, porém devemos lembrar que 15% não desenvolverão e que, mesmo que haja o desenvolvimento,

outros cuidados de saúde como mamografia e acesso ao ginecologista podem representar o diagnóstico precoce e a cura. Dessa forma, a seleção pelo PGD de embriões portadores dessa mutação pode significar a não transferência de um portador que nunca irá desenvolver a doença ou mesmo que irá tê-la e curar-se.

Não só as técnicas de reprodução assistida estão longe de atingir taxas razoáveis de gravidez, mas a própria realização do PGD que reduz ainda mais o sucesso de tais procedimentos. Isso se deve a três fatores: i) a idade das pacientes para qual o PGD é indicada, quase sempre no fim da vida reprodutiva; ii) a necessidade de maior tempo de desenvolvimento do embrião (blastocisto), o que reduz consideravelmente o número de embriões a serem transferidos; iii) a possibilidade de não haver embriões saudáveis para a transferência. O próprio PGD apresenta um significativo índice de falha, uma vez que tem que ser realizado em amostragem reduzida (uma ou duas células); o embrião pode ser portador de mosaïcismo e aquela única célula biopsiada pode conter ou não o mosaico. Além disso, sempre existe a possibilidade da contaminação da amostra por quem está realizando. Também são motivos de falha a não amplificação de um dos alelos do gene, devido a erro técnico e à dificuldade de visualização clara dos cromossomos pela técnica de FISH.

Concluindo, temos que o PGD, apesar de ser amplamente utilizado, ainda precisa de aprimoramentos técnicos e discussão sobre a ética de sua indicação. Somado a isso, a falta de informação sobre a prática do PGD no Brasil dificulta a divulgação e, conseqüentemente, impede as discussões na sociedade. Nesse sentido, acho louvável por parte do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro criar, de forma pioneira, o grupo de trabalho em reprodução assistida, pois são fóruns como esses que irão nortear os limites de uso da técnica. ■

Tabela 1 - Doença de mutação de um gene simples já diagnosticada com a técnica do PGD.

DOENÇA	ALTERAÇÃO MOLECULAR
Acondroplasia	Mutação do FGFR3
Arteriopatia Cerebral Autossômica Dominante com infartos subcortical e leucoencefalopatia (CADASIL)	Mutação do NOTCH3
Ataxia Epinocerebelar tipo 2	Mutação do ATXN2
Atrofia Muscular Espinhal	Mutação do SMN1
Bulosa Epidermolise Distrófica	Mutação do COL7A1
Câncer de Mama e ovário	Mutação do BRCA1
Deficiência da Acetil Coa desidrogenase (MCAD)	Mutação do MCAD
Distrofia Muscular de Duchenne	Mutação do DMD
Doença de Alzheimer	Mutação do APP
Doença de Charcot-Marie-Tooth disease type 1A	Mutação do PMP
Doença de Huntington	Mutação do HD
Doença de Morquio	Mutação do Sulfatase 6-Sulfato Acetilgalactosamina
Doença de Niemann-Pick tipo B	Mutação do SMPD1
Doença de Pelizaeus-Merzbacher	Mutação do PLP1
Doença de Tay-Sachs	Mutação do HEXA
Doença Policística Renal	Mutação do PKHD1
Fibrose Cística	Mutação do CFTR
Hemofilia A	Mutação do F8
Mulcopolisacaridose Tipo 1	Mutação do IDUA
Neurofibromatose tipo 1	Mutação do NF1
Osteogenesis imperfecta Tipo I e IV	Mutação do COL1A1
Retinoblastoma	Mutação do RB1
Síndrome da Displasia ectodermal-fragil da pele	Mutação do PKP1
Síndrome de Angelman	Mutação do UBE3A
Síndrome de Crouzon	Mutação do FGFR2
Síndrome de Currarino	Mutação do HLXB9
Síndrome de Klippel-Trénaunay-Weber	Translocação balanceada do 5:11
Síndrome de Liegh	Mutação do SURF1
Síndrome de Li-Fraumeni	Mutação do p53
Síndrome de Marfan	Mutação do FBN1
Síndrome de Sandhoff	Mutação do HEXB
Síndrome de Zellweger	Mutação do PEX26

Referências:

- Baruch S, Kaufman D, Hudson KL. Genetic testing of embryos: practices and perspectives of US in vitro fertilization clinics. 2008, Fertil & Steril;89 (5): 1053-8.
- Landau R. Sex selection for social purposes in Israel: quest for the “perfect child” of a particular gender or centuries old

prejudice against women? J Med Ethics. 2008;34(9):e10.

- Hédon B. Continuing debate on preimplantation genetic diagnosis (PGD). Gynecol Obstet Fertil. 2007;35(12):1270
- Essential elements of informed consent for elective oocyte cryopreservation: a Practice Committee opinion. Fertil Steril 2007;88:1495-96.

Conflitos com pacientes: o melhor caminho é a prevenção



Alice Selles.

Mestre em Administração, Diretora da Selles & Henning Comunicação, Diretora de Marketing da SBAO - Sociedade de Administração em Oftalmologia, Assessora de Marketing da SOMERJ, da SAERJ, da SBACV-RJ, da SBACV-Nac, da COO-ESO, da COOPANGIO, e da Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intraoculares

No dia-a-dia dos consultórios e clínicas, infelizmente são comuns cenas de pacientes aborrecidos, externando em bom tom o seu descontentamento. Um conflito em uma sala de espera ou recepção não só denigra a imagem do serviço (os outros pacientes que esperam tendem a ser solidários com o “colega” que sofre), como interfere na rotina de trabalho e pode afetar o bom andamento dos atendimentos seguintes.

Evitar tais situações precisa ser um objetivo constante de toda a equipe. Repare que grifo a palavra “toda”, pois não é rara a crença de que atendimento é problema do pessoal da recepção, quando na verdade todo e qualquer momento no qual o cliente se vê diante da clínica (presencialmente ou não) é um momento de atendimento.

Se concordamos que os conflitos são danosos e que seria ótimo que eles jamais ocorressem, precisamos buscar a melhor forma de minimizá-los. Para isso é preciso entender sua dinâmica. O início de um conflito pode ter várias razões. Vejamos algumas:

- Sensação de ter sido preterido no atendimento ou de não ter recebido atenção: recepcionistas ou médicos que não olham para o paciente (se não for pedir demais, acrescente-se um sorriso), por mais que não o percebam e o façam em função das atribuições e correrias do dia-a-dia, agem como se “chamassem para a briga”, pois ENVIAM à pessoa que deveriam atender indicadores de sua falta de importância (mais uma vez é fácil imaginar como o paciente se sente: alguém gosta de entrar em uma loja e ser ignorado, ou de pergun-

tar por um produto e ser respondido sem um olhar sequer?)

- Atrasos: se um serviço se propõe a atender por hora marcada o paciente espera ser atendido na hora marcada. Simples, não? Realmente parece que não. Infelizmente um grande número de médicos considera “natural” que o paciente fique por duas horas esperando após o horário marcado, como se o paciente não fosse uma pessoa com vida – e obrigações – além da consulta. Fico imaginado se esses médicos, que atrasam compulsivamente, ficam felizes quando viajam e seu vôo atrasa, e se vêem presos no aeroporto por tempo semelhante ao que seus pacientes aguardam (repare que os conflitos em salas de embarque têm quase sempre o mesmo motivo);

- Insatisfação com o diagnóstico: pacientes são pessoas com toda a complexidade emocional que caracteriza qualquer pessoa. Por isso não é raro perceber nele uma expressão de descontentamento diante de um diagnóstico, seja por que o mesmo indica um problema grave, e a pessoa se recusa a aceitar o fato, seja por que ele é ótimo e mostra que não há motivo para preocupações. Creio que eu não fui a única a já ter ido a um consultório, com um sintoma que me enlouquecia e ouvi do profissional que me atendeu, com ar de descaso: “Bobagem! Isso não é nada! Você não tem nada!”. Pensei aquilo que todo paciente pensa: “não é nada por que não é com você!” e me armei, pronta para a guerra (que no caso ficou apenas no descrédito a tudo o que o médico disse e a uma crítica aguda a sua postura e conduta);

“No dia-a-dia dos consultórios e clínicas, infelizmente são comuns cenas de pacientes aborrecidos, externando em bom tom o seu descontentamento.”

- Insatisfação com o resultado do tratamento prescrito: ao chegar ao consultório, o paciente espera encontrar a cura, seja lá qual for o mal que o aflige. Se o médico estimula esta idéia, com promessas do tipo “é só tomar este remédio por 10 dias, que você estará ótima.”, está pedindo um aborrecimento. E tem tudo para encontrar.

- Estabelecimento de um grau de expectativa irreal ou inalcançável: geramos expectativas sobre serviços e outras pessoas. Isso é natural. Se elas são desproporcionais àquilo que oferecemos, estabelecemos um ponto nebuloso no relacionamento.

Além dos conflitos que se alimentam sem que se perceba, outros, gerados por terceiros, explodem nas salas de espera. Eles são, basicamente, resultado da rotina das operadoras de planos de saúde. Dois são bastante comuns:

- Exigência de documentação não trazida: o cliente sai de casa, ou altera sua rotina de trabalho e, ao chegar à clínica é informado de que precisaria ter trazido um documento que não trouxe, e por isso o atendimento lhe é negado. A rotina (exigência de determinada documentação) não é da clínica, mas é sobre ela que recai a ira do paciente, pelo transtorno e pelo constrangimento;

- Demora ou negativa de autorização pelo plano de saúde: quando o atendimento é negado, o paciente se sente constrangido. Quando a obtenção da autorização é demorada, ele acredita que as recepcionistas estão deixando-o de lado, e se irrita.

Os conflitos acontecem por razões diferentes, mas a grande maioria tem a mesma origem: insatisfação com o atendimento. Para evitar que os conflitos façam parte da rotina, é preciso entender o que os motiva e, a partir daí, buscar trabalhar por sua solução.

Vacinas contra conflitos frequentes:

- Evitar atrasos;

- Dar atenção ao cliente (seja ele o paciente ou seu acompanhante);

- Não prometer o que não será cumprido: “não precisa ligar não, é só vir aqui que eu te vejo na hora”, “o Doutor vai atender a senhora em cinco minutos”;

- Olho clínico: é claro que tem muita gente desequilibrada, que parece sair de casa em busca de uma confusão. É preciso que o pessoal da recepção seja estimulado a desenvolver “faro” e se posicionar para evitar situações que gerem conflito.

Mas se o conflito foi estabelecido, é preciso buscar uma solução, que será específica para cada caso, mas deverá ter como norte duas questões: ouvir a reclamação e entender efetivamente qual é a queixa do cliente (é comum que ela venha encoberta por uma avalanche de lamentos sobre tudo o que ele considera errado, e que só foi maximizado pela reclamação básica). A partir daí, deve-se buscar construir uma solução viável juntos. Na maioria das vezes ela não passará, obviamente, pela satisfação plena do cliente, mas deve sempre mostrar a ele o empenho da clínica em atendê-lo e o compromisso em oferecer um serviço de qualidade. ■



EVENTOS

Curso de Capacitação e Atualização

Clínico-Patológica na Neuroaids

Data: 24 e 25 de outubro de 2008

Local: Marante Plaza Hotel - Recife (PE)

Informações: (11) 5571-5298 / 5572-5349

Email: secretaria@sbp.org.br-sbp@sbp.org.br

www.sbp.org.br/eventos/eventoslista.aspx

X Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 28 de outubro a 1º de novembro de 2008

Local: Hotel Intercontinental Rio

Informações: (21) 2266-9150

www.panamericancongress.com.br

V Congresso Nacional de Hipertensão

Data: 30 de outubro a 1º de novembro de 2008

Local: Natal - RN

Informações: www.departamentos.cardiol.br/dha/Vcongresso

XV Congresso de Infectologia Pediátrica

Data: 9 a 12 de novembro de 2008

Local: Vitória - ES

Informações: www.astreaventur.com.br

E-mail: astreaventur@astreaventur.com.br

45º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica

Data: 12 a 15 de novembro de 2008

Local: Brasília - DF

Informações: (11) 3044-0000

www.cirurgioplastica.org.br

E-mail: sbcp@cirurgioplastica.org.br

VII Congresso Brasileiro de Direito Médico

I Congresso Mineiro de Direito Médico e Ética na Saúde

Data: 13 a 15 de novembro de 2008

Local: Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora

Informações: (32) 3215-9589

E-mail: eventus@acessa.com

www.eventusjf.com/direitomedico

II Simpósio de Ultra-Sonografia e Radiologia - RJ

Data: 14 e 15 de novembro de 2008

Local: Centro de Convenções do CBC

Informações: (21) 2521-6905

Inscrições on line: www.trasso.com.br

XI Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar

Data: 20 a 23 de novembro de 2008

Local: Rio Cidade Nova Convention Center

Rio de Janeiro

Informações: (21) 2266-9150

E-mail: cih2008@jz.com.br

Site: www.cih2008.com.br

XVII Congresso Brasileiro de Perícia Médica

Data: 26 a 29 de novembro de 2008

Local: São Paulo - SP

Informações:

www.apm.org.br/periciamedica



Clínica de Medicina Nuclear Villela Pedras

Dr. J. A. Villela Pedras
Dr. Dauro Villela Pedras
Dr. Paulo Villela Pedras
Dr. Ivan Villela Pedras
Dra. Sandra Villela Pedras Polonia

Cintilografia Computadorizada (Spect e Pet)

Pioneira no Brasil em Medicina Nuclear
Desde 1954

- Coração
- Tireóide
- Ossos
- Cérebro
- Pulmão
- Fígado
- Rins
- Mama
- Outras

Unidade **Centro**
Rua México, 98 - 3º/4º and.
Castelo - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 3511-8181
(Estacionamento Cinelândia)
Garagem Subterrânea

Unidade **Leblon**
Rua Carlos Góis, 375 - 1º/2º and.
Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 2529-2269
(Estacionamento rotativo)

Responsável Técnico: Dr. J. A. Villela Pedras - CRM: 5204510-3
CNPJ: 33205964/0001-25

www.villelapedras.com.br
villelapedras@villelapedras.com.br