

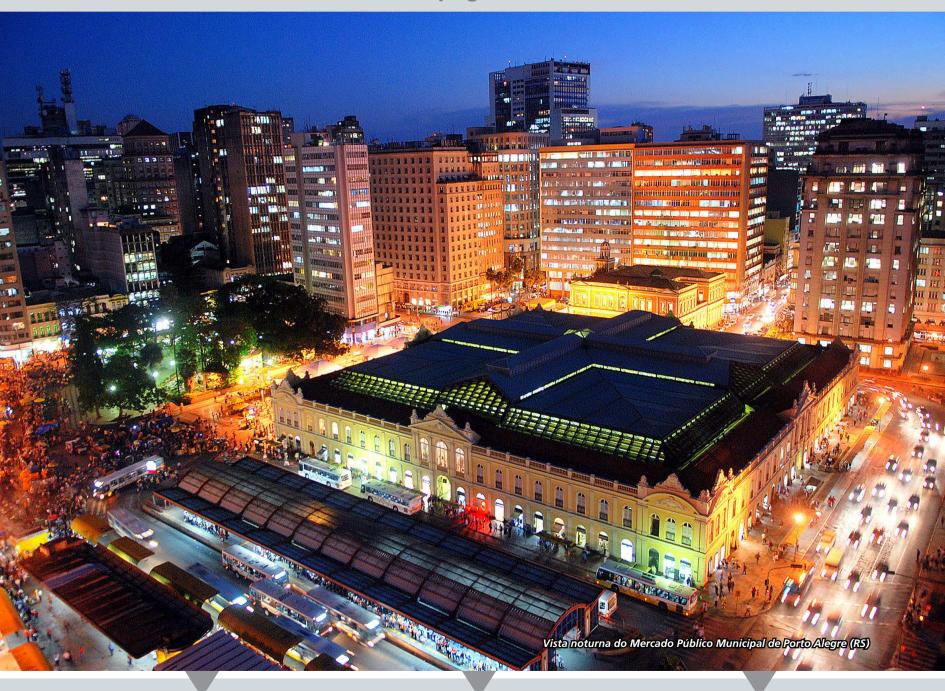
# Jornal do / CLINICO

Edição 102 - Janeiro a Março de 2013

Informativo da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

## 12° Congresso Brasileiro de Clínica Médica acontece em Porto Alegre

pag. 6



SBCM contra a criação da especialidade de Urgência e Emergência 5 Clínicos representados na mobilização das Entidades Médicas

9 Entrevista com Secretário de Estado da Saúde, Giovanni Guido Cerri



## Criação de uma especialidade médica não é a solução para situação da Urgência e Emergência no Brasil

Em contraste às excelentes resoluções que vem implementando nos últimos tempos, o Conselho Federal de Medicina (CFM) se equivoca ao aprovar uma proposta de criação

da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência. É fato que esse campo da medicina poderia receber mais atenção das autoridades brasileiras e ser contemplado, por exemplo, com maior carga horária na graduação. Com o devido respeito, ao tomar essa decisão, o CFM acabou não adotando a postura que lhe é peculiar.

No sistema de saúde brasileiro o atendimento das Urgências e Emergências não oferece aos profissionais da saúde a infraestrutura necessária, além de faltarem políticas públicas sólidas para garantir qualidade na assistência aos cidadãos. E a criação de uma nova especialidade seria mais um paliativo ineficaz para reverter o quadro.

Primeiramente é preciso entender que no Brasil a Urgência e Emergência é, por excelência, uma área multi e interdisciplinar que envolve diversas disciplinas acadêmicas e diferentes especialidades representadas pelo Conselho de Especialidades da Associação Médica Brasileira (AMB). Nesse sentido, não precisamos de um indivíduo com especialização em emergências, mas sim de uma equipe qualificada e preparada para suprir as demandas desse atendimento. Criar uma nova especialidade seria exagerar na fragmentação e compartimentalização do saber médico.

Um cirurgião, por exemplo, não tem formação para tratar arritmia cardíaca ou infarto do miocárdio com a mesma capacidade que um especialista em Cardiologia, assim como um clínico não teria a competência de operar um abdome agudo. E a academia, templo do saber, também não tem como qualificar

o indivíduo para o exercício de uma Medicina de Urgência e Emergência que envolve todas as especialidades médicas.

É preciso lembrar que, há algum tempo, a Associação Médica Brasileira com muita competência elaborou os princípios e conceitos que devem caracterizar uma especialidade médica. E estou certo de que as entidades hoje vinculadas à AMB não podem estar ombreadas a uma outra que não atenderia a essas exigências, como é o caso de uma possível especialidade de Medicina de Urgência e Emergência. Apenas para citar um exemplo, a Cardiologia é uma das especialidades que possui sua área de emergência muito bem estruturada, servindo inclusive de modelo para outros países.

Por fim, atesto com firmeza que essa decisão apenas traria aos profissionais a exigência de obtenção de um título de especialista para trabalhar em prontos-socorros e serviços de emergência, o que, na prática, significaria mais investimento de tempo e dinheiro, sem nenhuma garantia de qualidade. Um problema também de natureza ética, uma vez que indivíduos não portadores do título de especialista teriam problemas para exercer a profissão, podendo ser inclusive envolvidos em questões éticas junto aos seus conselhos regionais e até mesmo na justiça comum.

É preciso pensar de maneira ampla e menos míope, sem que interesses outros possam permear a proposta da criação de uma especialidade de Medicina de Urgência e Emergência. Felizmente ainda não há nada definido. O parecer do CFM é apenas uma etapa para um eventual – e equivocado - reconhecimento da Especialidade de Urgência e Emergência. A proposta ainda requer aprovação da Comissão Mista de Especialidade (formada por representantes do CFM, Comissão Científica da Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica). Espero que, tanto a AMB, quanto a CNRM não ratifiquem essa distorção.

Antonio Carlos Lopes, presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

**Jornal do Clínico** Edição nº 102 janeiro a marco de 2013

O Jornal do Clínico é uma publicação da Sociedade Brasileira de Clínica Médica



Endereço: Rua Botucatu, 572 Cj. 112 Vila Clementino - São Paulo - SP - CEP 04023 061 www.sbcm.org.br imprensa@sbcm.org.br

**Presidente:** Antonio Carlos Lopes **Diretor de Comunicação:** Mario da Costa Cardoso Filho

Impressão e fotolito: Artgraphic Diagramação: Luis Marcelo Nascimento

Jornalista Responsável: Ana Elisa Novo (MTB 41871)

Conselho Editorial: Almério Machado, Álvaro Regino Chaves Melo, Klaus Peplau, Cesar Alfredo Pusch Kubiak, Diógenes de Mendonça Bernardes, Eurico de Aguiar Schmidt, Flávio José Mombrú Job, Gilson Cassen Ramos, José Aragão Figueiredo, José Galvão Alves, Justiniano Barbosa Vavas, Maria de Fátima Guimarães Couceiro, Miguel Ângelo Peixoto de Lima, Breno Figueiredo Gomes, Abrão José Cury Junior e Thor Dantas.

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da SBCM.

**Artigo Notícias** 

## O American College of Physicians não representa os clínicos do Brasil



De acordo com dados do último estudo sobre a demografia médica no Brasil, realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), a Clínica Médica aparece entre as quatro especialidades com mais profissionais titulados, ao lado da Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, e Cirurgia Geral. Já são quase 22 mil títulos de especialista em Clínica Médica registrados no país, o que representa mais de 8% do total.

Para atender às demandas dessa categoria é que foi fundada, há 24 anos,

a Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Desde então a entidade, à qual tenho a honra de presidir, congregou mais de 13 mil associados, além de ter promovido cursos, eventos e congressos que bienalmente reúnem mais de 5 mil participantes.

Foi a própria SBCM que, desde 1995, abriu caminhos a fim de permitir que o American College of Phisicians (ACP) se consolidasse no país e crescesse a olhos vistos. Quando aceitei tornar-me governador do Capítulo Brasileiro, trabalhamos incansavelmente para que o nosso país se tornasse região definitivamente afiliada à entidade americana. Não fosse por esse trabalho, o Brasil certamente teria sido desvinculado sem o devido reconhecimento. De uma maneira bastante ingênua, imaginávamos que o apoio que receberíamos do ACP seria realmente muito importante e traria uma série de vantagens ao clínico. Mas não foi bem isso que ocorreu. A SBCM, nos últimos anos, têm gentilmente incluído o ACP na organização dos seus eventos, mas a participação da entidade infelizmente não foi além da vinda de um ou dois conferencistas para ministrar algumas conferências pontuais.

Com tristeza percebemos que o ACP nunca se preocupou de fato com o clínico brasileiro. Nas reuniões das quais participei enquanto governador do Capítulo pude atestar que as políticas discutidas nunca foram voltadas à América do Sul, visando somente atender às necessidades norte-americanas. Além disso, as vantagens oferecidas ao associado adimplente se resumem basicamente ao recebimento da revista científica Annals of Internal Medicine. Para acessar outros materiais é necessário empreender novos custos além da já dispendiosa mensalidade.

Para completar, o atual governador do Capítulo Brasileiro também não exerce papel de liderança em relação aos clínicos do país, ação de fato empenhada pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Lembramos, por fim, que o título de fellow, do ponto de vista acadêmico no Brasil, não representa grande contribuição ao currículo. Apenas serve para suprir a vaidade de algumas poucas pessoas. E foi por esse motivo que, após ter me tornado fellow do ACP, posteriormente recusei por três vezes ser indicado ao título de master da referida entidade.

Nesse sentido, nos sentimos no dever de conclamar a todos os clínicos a deixarem de ser sócios do American College of Physicians, cujo interesse está mais voltado às mensalidades do que de fato ao clínico Brasileiro.

**Antonio Carlos Lopes** Presidente da SBCM

## Regional-PR promove 11° Congresso Paranaense de Clínica Médica

De 11 a 13 de abril de 2013, aconteceu, na sede da Associação Médica do Paraná, a 11ª edição do seu tradicional Congresso Paranaense de Clínica Médica. O evento, que também englobou as atividades do 3º Congresso paranaense da Liga Acadêmica da SBCM-PR e o 2º Simpósio Paranaense de Medicina Diagnóstica e Exames Complementares, reuniu mais de 500 participantes e discutiu temas de interesse do profissional como Ressuscitação Cardiorrespiratória, Antibioticoterapia Ambulatorial, Desordens do Movimento, Distúrbios do Nível de Consciência, Antimicrobianos, Reumatismos de Partes Moles e Morte Súbita. O 11º Congresso Paranaense de Clínica Médica foi organizado pela SBCM Regional-PR.

### Abertas as inscrições para Programa Catarinense de Educação Médica Continuada



A SBCM Regional-SC abre inscrições para o Programa Catarinense de Educação Médica Continuada (PEMC-2013), que inicia seu primeiro módulo no próximo dia 31 de maio. O curso, dividido em seis módulos, será ministrado na sede da Associação Catarinense de Medicina, em Florianópolis, com aulas às sextas-feiras, das 19h às

22h15, e aos sábados, das 8h30 às 17h30.

Confira abaixo a programação científica completa do curso.

#### MÓDULO I - EMERGÊNCIAS MÉDICAS

31 de maio e 01 de junho

MÓDULO II – ELETROCARDIOGRAMA PARA O CLÍNICO 28 e 29 de junho

MÓDULO III – SINTOMAS E SINAIS /

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

12 e 13 de julho

MÓDULO IV - COMO EU TRATO

09 e 10 de agosto

MÓDULO V – DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS MAIS PREVALENTES

27 e 28 de setembro

MÓDULO VI – DOENÇAS CLÍNICAS MENOS REQUENTES PARA O CLÍNICO

08 e 09 de novembro

Para se inscrever ou saber mais, entre em contato pelo e-mail **bethribeiro@acm.org.br**.

## CFM e Cremesp lançam 2° volume do livro "Demografia Médica no Brasil"

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) estabeleceram parceria para produzir um novo estudo sobre o perfil do médico em atividade no país. O levantamento de dados intitulado "Demografia Médica no Brasil - Cenários e indicadores de distribuição" demonstrou, entre outras coisas, que o principal fator de fixação do médico não é o local de graduação, mas os grandes centros onde estão as oportunidades de emprego, especialização e qualidade de vida. Os dados também ajudam a derrubar o mito de que faltam médicos no país. O que há é uma grande concentração desses profissionais em algumas regiões que oferecem mais atrativos.

De acordo com os números gerais, hoje são pouco mais de 388 mil médicos em atividade no país, e desde 2009 são mais mulheres entrando neste mercado do que homens. Isso representa dois profissionais para cada mil habitantes no Brasil, segundo registro do CFM. Apesar de faltarem informações e indicadores para descrever e qualificar a presença de médicos, tanto no SUS, quanto na prestação de serviços aos planos e seguros de saúde, os dados apurados pelo estudo, ainda que subestimados, indicam que 55% dos médicos trabalham no Sistema Único de Saúde. Um nú-

mero insuficiente para atender o sistema público de caráter universal, ao mesmo tempo em que há indícios do aumento da concentração de médicos a favor do setor privado.

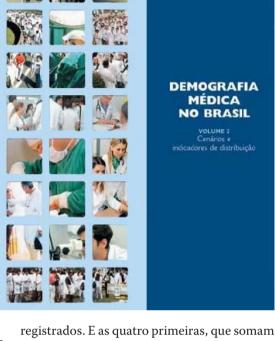
Proporcionalmente, é o Distrito Federal que possui mais médicos a cada mil habitantes – 4,09. Depois vem o Estado do Rio de Janeiro, com 3,62, São Paulo, com 2,64 e Rio Grande do Sul, com 2,37. O Estado com menor número de médicos por mil habitantes é o Maranhão, cuja razão não chega a 1,0 (0,71).

Os indicadores demonstram também que São Paulo é a cidade que concentra o maior número de médicos formados no exterior, 16,3%. Incluindo Rio de Janeiro e Minas Gerais, são 42,22% de todos os profissionais graduados fora. E a Clínica Médica aparece em 7º lugar entre as especialidades desses médicos.

Em relação ao número de especialistas versus generalistas, a região sul do país é a que conta com maior porcentagem de especialistas em relação ao conjunto de médicos. Do total de 57.851 médicos em atividade nesta região, 64,89% são especialistas, contra 35,11% generalistas. Na região sudeste, onde se encontram 56,04% dos médicos de todo o

Brasil, a razão é de 1,09 especialista por generalista, abaixo da média nacional, que tem razão de 1,15.

Sete especialidades concentram mais da metade dos profissionais, o que representa 52,57% de títulos



registrados. E as quatro primeiras, que somam 37,03%, são Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Clínica Médica. Nesta última especialidade foram registrados até hoje 21.890 títulos, 8,16% do total. Sobre o perfil da Clínica Médica no Brasil, o estudo mostra que a região sudeste concentra a maioria desses especialistas, 53,51% do total, ou seja, quase 12 mil clínicos. Depois vem a região sul, com 18,09%, a região nordeste, com 16,54%, a região centro-oeste, com 8,59% e por último a região norte, com 3,27%. O número de mulheres especialistas em Clínica Médica já ultrapassou o dos homens: são 11.149 contra 10.728. E a maior parte dos clínicos (85,15%) tem idade entre 30 e 60 anos.

Para saber mais sobre este estudo, acesse o site **portal.cfm.org.br** 

## **Fotolegenda**



#### Antonio Carlos Lopes tem audiência com Ministro da Saúde

Dia 11 de março o presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e diretor da Escola Paulista de Medicina da Unifesp esteve reunido em São Paulo com o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Durante a audiência, Antonio Carlos Lopes conversou sobre projetos que desenvolve na EPM/Unifesp, como o PSF Fluvial e a construção da sede do Centro de Oncologia.

## SBCM firma parcerias e traz novos benefícios ao associado

A partir do próximo dia 15 de maio, o associado adimplente da SBCM passará a ser contemplado com uma nova política de benefícios. Quem é sócio e está em dia com o pagamento da anuidade, poderá usufruir de descontos em produtos e serviços de diversos segmentos, como agência de viagens, escola de idiomas, hotéis e lojas online.

Para saber mais sobre a nova política de benefícios e conhecer nossos parceiros, acesse **www.sbcm.org.br**.

Notícias 5

## Secretário da SBCM representa entidade em manifestação por melhores condições de exercício da medicina no Brasil

No último dia 02 de abril, o Secretário da SBCM, Mário da Costa Cardoso Filho, representou a entidade na mobilização nacional em defesa da qualidade da assistência na saúde e de melhores condições para o exercício da medicina no Brasil. O evento ocorreu em Brasília (DF), no Auditório Petrônio Portela do Senado, e foi organizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam). Além de representantes das entidades médicas e sociedades de especialidade, o ato contou com a presença de autoridades da Câmara e do Senado.

Um dos temas discutidos foi o financiamento do Sistema Único de Saúde. A respeito desse assunto, o deputado Eleuses Paiva apresentou projeto de lei de iniciativa popular determinando que sejam repassados 10% das receitas da União ao SUS. Atualmente esse repasse não chega a 4%. "A questão está em consonância com o desejo das entidades médicas, que há muito tempo lutam por verbas próprias para a Saúde. A mobilização também marcou a presença de deputados e senadores que voltam a demonstrar compromisso com a categoria médica", afirma Cardoso Filho. Para acompanhar o tema, foi criada uma Comissão Especial de Financiamento da Saúde.

Outro assunto debatido foi a Proposta de Emenda à Constituição (PEC 454) que cria a carreira de médico nos serviços públicos federal, estadual e municipal e que estabelece remuneração inicial da categoria em R\$ 15.187,00.

Por fim, os participantes da mobilização discutiram a proposta de revalidação automática ou facilitada de diplomas de médicos estrangeiros ou brasileiros formados no exterior, pauta duramente criticada



pelo Senador Davim. Na avaliação dele, não há falta de médicos no país, mas sim concentração de profissionais nas regiões Sul e Sudeste.

"A Organização Mundial da Saúde preconiza um médico para cada mil habitantes e, no Brasil, temos 1,9 por mil habitantes. Temos 20% dos médicos do continente americano, 4,5% dos médicos do mundo. O que falta no Brasil é uma política de descentralização do profissional, uma política que interiorize o médico", frisou.

Cerca de 100 estudantes do Curso de Medicina da Universidade Gama Filho, que vive um sério momento de crise financeira, também aproveitaram o ensejo para protestar contra a situação na qual se encontra a entidade.

\*Com informações da Agência Senado

## **Artigo**

### O que quer o Padilha?



Acabamos de atingir a média nacional de 2 médicos por mil habitantes (a OMS – Organização Mundial de Saúde preconiza 1 médico por mil habitantes), média que é o resultado do registro de 2,7 médicos por mil habitantes nas regiões sul e sudeste, ou seja, mais que o dobro do número de médicos por habitantes que existem no Norte e Nordeste.

O Brasil é o segundo país no mundo em número de Escolas de Medicina.

Mantendo-se o atual cenário, o mesmo ritmo de crescimento de faculdades de medicina e da população, estudos dos Conselhos Regionais de Medicina apontam quem em 2020, atingiremos um coeficiente de 2,41 médicos por mil habitantes.

Equivoca-se, portanto o poder central quando diz que faltam médicos no Brasil. Tenta despudoradamente automatizar a validação dos diplomas de Escolas Médicas do Exterior aqui no Brasil, esquecendo criminosamente de que no atual sistema de revalidação o nível de aprovação é muito baixo, dando mostras de uma absurda desqualificação desse pessoal que vem de fora.

Comprova isto, estudo realizado considerando os 7.284 médicos com diplomas estrangeiros que revalidaram os certificados pelas normas do MEC. Destes, 80% não têm Título de Especialista e que também tendem a se concentrar nas mesmas localidades que os médicos formados

no Brasil. De acordo com levantamentos, 44% deles se estabelecem nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Concentração de profissionais é coincidente com a de hospitais especializados, sendo que 38 municípios com mais de 500 mil habitantes concentram 61,1% dos hospitais especializados e 47,91% dos médicos brasileiros.

O estudo "Demografia Médica Brasileira", divulgado pelo Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) e CFM (Conselho Federal de Medicina), em fevereiro deste ano (2013), demonstra os resultados acima relatados, e mostra ainda, que não é a cidade onde o médico se graduou ou nasceu que exerce mais atração para a fixação do profissional, exceto para aqueles que nasceram ou se formaram nas capitais, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro.

É claro para quem quer ver. É a qualificação da medicina que determina a concentração de médicos.

Senhor Ministro da Saúde, falta a este país, um programa de incentivo para fixar o médico no interior e este programa no estado de direito democrático não pode ser o Serviço Civil Obrigatório para médico.

Com todo o respeito "abre o olho Padilha".

Mario da Costa Cardoso Filho é Diretor Secretário da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Diretor Técnico da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Santos e Ex-Presidente da Associação Médica Brasileira

## 12° Congresso Brasileiro de Clínica Médica



9 a 12 de Outubro de 2013 - Centro de Eventos PUCRS - Porto Alegre - RS

Estão abertas até dia 15 de julho as inscrições de trabalhos de tema livre no 12º Congresso Brasileiro de Clínica Médica. Este ano, a SBCM traz como novidade a apresentação de pôsteres em formato eletrônico (e-poster), que permite mais dinamismo e agilidade, além de minimizar gastos com a impressão do banner. Os dois melhores trabalhos eleitos pela comissão científica do evento e apresentados em forma de e-poster, receberão a premiação de R\$ 1.500,00 e

R\$ 1.000,00, respectivamente. Os mesmos prêmios também serão ofertados aos dois trabalhos de mais destaque apresentados oralmente.

A 12ª edição do Congresso Brasileiro de Clínica Médica acontece de 09 a 12 de outubro de 2013 na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Para o evento estão sendo aguardados cerca de 7 mil congressistas.

#### Cursos pré-congresso

Nos dias 08 e 09 de outubro, os cursos pré-congresso serão os destaques da programação científica do congresso. Médicos ou acadêmicos de medicina a partir do 10° semestre podem se inscrever para o Advanced Trauma Life Support (ATLS), curso teórico-prático, reconhecido pela American Heart Association (AHA), que discute o tema das Vias Aéreas, Ventilação, Choque, Trauma Torácico e Trauma Abdominal. Inscrições abertas também para o curso Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), igualmente reconhecido pela AHA e voltado para médicos ou acadêmicos de medicina a partir do 7° semestre. A programação inclui as Emergências Cardiorrespiratórias, Monitorização, Manejo de Drogas, Desfibrilador Externo Automático (DEA) e Manejo de Vias

#### Aéreas.

Além do ACLS e do ATLS, também serão realizados os tradicionais cursos de Perícias Médicas, Medicina Ambulatorial, Geriatria, Emergências Médicas Baseadas em Casos Clínicos e Oncologia Baseada em Casos Clínicos. Para completar a programação, serão oferecidos os cursos de Eletrocardiografia na Medicina de Urgência e Emergência (EMURGEM) e Ventilação Mecânica na Urgência e Emergência (VMURGEM), ambos promovidos pela Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência (Abramurgem).

#### Programação Científica

A programação científica do XII Congresso Brasileiro de Clínica Médica está sendo cuidadosamente formatada a fim de albergar temas relevantes ao dia a dia do clínico, além de apontar as principais novidades em tratamento e diagnóstico nas áreas de Neurociências, Medicina de Urgência e Emergência, Farmacologia, Medicina Hospitalar, Exames Complementares entre outras. O congresso também pretende intensificar a discussão de assuntos relacionados à Tecnologia e Informação em Saúde, Gerenciamento da Prática Médica, Políticas de Saúde, Custos e Judicialização, Ética, Bioética e Direito Médico, Residência Médica no Brasil e a obrigatoriedade do Exame do Cremesp.

Confira mais informações no site **www.clinicamedica2013.com.br** e inscreva-se. Aproveite os preços promocionais.



Centro de Convenções Expo-Unimed, em Curitiba, onde aconteceu em 2011 a 11ª edição do Congresso Brasileiro de Clínica Médica

## abre inscrição para trabalhos de tema livre



Há dois anos: convidados ilustres compõem a mesa de abertura oficial do 11º Congresso Brasileiro de Clínica Médica



Evento recebeu mais de 1.300 trabalhos científicos de tema livre



Congresso realizado em Curitiba (PR) reuniu mais de 5.500 congressistas

### Dr. James Broselow confirma presença no Congresso Brasileiro de Clínica Médica



James Broselow, inventor da Fita Broselow

O ilustre médico americano, Dr. James Broselow, estará no Brasil para participar do XII Congresso Brasileiro de Clínica Médica, que acontece de 09 a 12 de outubro de 2013 na cidade de Porto Alegre (RS). Ele foi convidado para ministrar conferência sobre uma das suas mais famosas invenções: a Fita Broselow. Criada em 1985 e usada no mundo inteiro nos serviços de emergências pediátricas, trata-se de uma fita codificada por cores que relaciona a altura da criança com seu peso corporal, fornecendo instruções médicas precisas para dosagem correta de medicamentos ou tamanho dos instrumentos médicos a serem usados, considerando que cada criança demanda cálculos de forma individual.

Broselow, que atualmente leciona na Universidade da Flórida, também desenvolveu, em 2009, o aplicativo Artemis, um sistema eletrônico e digital para dosagem e acompanhamento de administração de fármacos.

Além dele, também está confirmada a participação do argentino Fernando Bessone, professor adjunto de Gastroenterologia e docente do Curso de Pós-Gradua-

ção da Universidade Nacional de Rosario. Bessone, que também é diretor do Departamento de Pesquisa Clínica em Hepatologia do Instituto CAICI de Rosario, foi presidente da Associação Argentina para Estudo das Doenças do Fígado.



Fernando Bessone, docente do Curso de Pós-Graduação da Universidade Nacional de Rosario (Argentina)

## Cotas para Residência Médica



José Luiz Bonamigo Filho é presidente do Capítulo de Medicina Hospitalar da SBCM, tesoureiro da AMB e representante da entidade na Comissão Mista de Especialidades.

"Diversas universidades e instituições não aceitaram o bônus em seus concursos, posição à qual a AMB se alinha por considerar que esta situação fere de morte a meritocracia e reduz o incentivo para a qualidade técnica na Medicina"

Em 2011 a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) modificou a resolução que versa sobre os processos seletivos para Programas de Residência Médica, incluindo a possibilidade de um bônus para médicos que participem do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Este bônus seria de 10% na nota da prova da residência para aqueles que permaneçam por um ano e 20% para quem ficar por dois anos.

O programa aprovado como projeto piloto, que deveria ter seus resultados avaliados ao fim do primeiro ano, já teve a sua segunda versão lancada sem discussão entre o Mi-

nistério da Saúde, o Ministério da Educação e as entidades médicas representadas na CNRM. Foi uma quebra do pacto realizado em 2011, quando o próprio Ministério da Saúde ao lançar o programa garantiu a realização dessa avaliação conjunta.

A Associação Médica Brasileira (AMB) alertou a CNRM e as demais entidades e votou, em conjunto com a Associação Nacional de Médicos Residentes, um bônus de 2,5% para o projeto piloto. Fomos voto vencido. Desde então a AMB tem se posicionado pela extinção do bônus nos concursos. Ao oferecer um incremento na nota da residência em patamar tão alto, o Programa se torna um serviço civil obrigatório, porém disfarçado. O médico que concorre a uma vaga em programas de residência de maior densidade de candidatos sem o bônus reduz muitos as suas chances de

entrada. Fizemos este alerta em 2011, que foi comprovado sem refutação após os resultados de processos seletivos para esse ano. Em vários concursos as vagas de especialidades mais concorridas, como Anestesiologia e Radiologia, ficaram com médicos bonificados pelo programa. Diversas universidades e instituições não aceitaram o bônus em seus concursos, posição à qual a AMB se alinha por considerar que esta situação fere de morte a meritocracia e reduz o incentivo para a qualidade técnica na Medicina.

Cabem também algumas considerações sobre o Provab. Entendemos que o Programa é, em termos, uma contradição. A valorização está apenas no nome. De fato o que ocorre é uma desvalorização dos postos de trabalho médicos na atenção básica. Se, de início, o Ministério da Saúde prometeu pactuar a contratação dos médicos pelos municípios que aderissem ao programa, agora ele próprio oferece bolsa custeada integralmente pelo governo federal. Mais uma vez fere de morte o vínculo entre o profissional e o posto de trabalho. Provoca um esvaziamento ainda maior da formação de especialistas em Medicina de Família e do mercado desses profissionais, visto que agora as vagas de trabalho são ocupadas por recém-formados em rodízio anual. As mazelas da atenção básica, retratadas pelas péssimas condições de trabalho nessa esfera, seguem intocadas. E os sinais que se apresentam são de piora. Além do descaso crônico com a saúde pública, bem demonstrado pela redução sistemática de sua participação no financiamento do SUS, agora o governo federal precariza o vínculo do médico que está na porta de entrada no sistema de saúde. A população mais carente e vulnerável será assistida por médicos inexperientes, muitas vezes mal formados e sem supervisão. É um programa perverso, que atende a apenas ao clientelismo entre prefeitos e o governo federal. Sugerimos um nome mais adequado: bolsa médico para prefeitos.



Letícia Sandre Vendrame é médica assistente da Disciplina de Clínica Médica da EPM/Unifesp e coordenadora da UTI de Clínica Médica do Hospital São Paulo

"O que os profissionais da saúde necessitam é de infraestrutura, plano de carreira, remuneração adequada e condições básicas para o exercício de suas atividades, o que não existe em grande parte destas regiões. Assim, a preocupação do Governo é legítima, mas a forma encontrada para resolução do problema deve ser revista, uma vez que pode gerar outros problemas ainda maiores"

Em 2011 a Comissão Nacional de ResidêCaro leitor, bem vindo ao país das cotas! Para comentar sobre mais uma delas, as cotas para a Residência Médica, é necessário falar sobre o Provab, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, criado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Tal programa tem por objetivo atrair médicos para localidades com maior carência, visando suprir a escassez de profissionais nas regiões interioranas ou em periferias dos grandes centros. Em contrapartida, além da

remuneração através de bolsa federal, supervisão semipresencial, curso de pós-graduação em Saúde da Família, é oferecida também bonificação de 10% (ao ano) na nota final dos exames de Residência Médica, conforme resolução 03/2011 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

É justamente acerca deste benefício que começa a grande polêmica, uma vez que tal porcentagem é considerada muito elevada, trazendo enorme vantagem aos participantes do programa, especialmente para especialidades com elevada concorrência. Desta forma, este benefício pode se tornar um pré-requisito para ingressar em um programa de Residência Médica (já tão concorridos), imputando um serviço civil obrigatório, porém disfarçado. Isto se confirma quando se analisa o aumento exponencial do número de inscritos, que saltou de modestos 347 profissionais em 2012, para 4.569 em 2013.

A maior crítica ao benefício oferecido se dá pelo fato de que alguns princípios cardinais são violados: o princípio da meritocracia (que deve-

ria reger todos os concursos públicos), o princípio da isonomia (quebrado quando concorrentes obtém vantagens por terem aderido ao programa) e o princípio da autonomia das universidades (especialmente as federais, que são obrigadas a seguir esta resolução em seus processos seletivos).

Outra crítica ao programa diz respeito à rotatividade do médico nessas comunidades carentes, uma vez que tal profissional recém-formado retorna aos grandes centros em busca da Residência Médica (e utilizando seus 10%), impedindo ações concretas de melhoria e continuidade da assistência

De fato, o que os profissionais da saúde necessitam é de infraestrutura, plano de carreira, remuneração adequada e condições básicas para o exercício de suas atividades, o que não existe em grande parte destas regiões. Assim, a preocupação do Governo é legítima, mas a forma encontrada para resolução do problema deve ser revista, uma vez que pode gerar outros problemas ainda maiores.

Ficam algumas sugestões como a criação de vagas extra para Residência Médica, destinadas exclusivamente para os serviços onde o bônus seja associado a alguma modificação importante na classificação (suficiente para eliminar um candidato que por mérito fosse selecionado). Tal solução não é tão simples, uma vez que essas vagas extras devem ser dimensionadas aos respectivos serviços, com critérios bem definidos (por exemplo: 1 vaga extra para serviços com até 5 vagas; 2 vagas extras para serviços com até 10 vagas; e assim sucessivamente).

Cabe a nós, médicos, especialmente aos ligados ao meio acadêmico e aos recém- egressos na carreira, nos posicionarmos frente à este problema e unirmos forças junto às nossas entidades representativas (pois muitas já se posicionaram contra tais cotas para a Residência Médica) para que alguma ação concreta seja tomada, no sentido de reverter este quadro; pois, se nada for feito, o prognóstico parece ser bastante sombrio...

### Giovanni Guido Cerri



Giovanni Guido Cerri nasceu na cidade de Milão (Itália) e ainda bastante jovem mudou-se para o Brasil, fixando residência na capital paulista. Em 1976, formou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP, instituição na qual também começou a atuar como docente. Durante sua trajetória profissional, ocupou o cargo de diretor clínico do Hospital das Clínicas, além de ter dirigido o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octavio Frias de Oliveira". O professor e médico radiologista é autor de mais de 200 trabalhos veiculados em revistas científicas nacionais e estrangeiras, além de ter publicado 22 livros e conquistado mais de 30 prêmios, incluindo o Prêmio Jabuti de Literatura na área de Ciências. Em janeiro de 2011 assumiu como novo Secretário de Estado da Saúde de São Paulo. Em entrevista para o Jornal do Clínico Cerri fala sobre algumas de suas metas de gestão, a internação compulsória de usuários de droga e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) do governo federal.

Jornal do Clínico - Uma das marcas deste governo é criar um novo modelo de gestão que visa promover a Regionalização da Saúde. De que maneira isso está sendo implantado?

Guido Cerri — A implantação de novos hospitais estaduais, a exemplo do Hospital Regional de Jundiaí, a Unidade Materno Infantil de São José do Rio Preto, o HC Criança de Ribeirão Preto, Hospital Secundário de Botucatu e Hospital de Serrana, além da implantação de novos AMEs, vem justamente ao encontro deste modelo: quanto mais equipamentos de saúde em determinada região, maior será o atendimento prestado aos pacientes daquela região, evitando que os pacientes transitem em busca de atendimento de média e alta complexidade.

Jornal do Clínico - A Secretaria também investe em projetos de humanização. Qual a importância dessas ações para o sistema de saúde?

Guido Cerri — A Política Estadual de Humanização visa, antes de mais nada, o fortalecimento do SUS, dentro do seu princípio de universalidade, integralidade equidade. Assim, diversas estratégias de integração de equipes e de equipamentos. Para mim, esta é uma importante ação para a qualidade da gestão, uma vez que se baseia em princípios éticos e tem como base o diálogo, a participação responsável e o respeito mútuo, entre não só gestores e colaboradores, como usuários do sistema.

Jornal do Clínico - Como o senhor se posiciona a respeito da internação compulsória de usuários de drogas, proposta pelo Governo do Estado em parceria com o Ministério Público?

Guido Cerri — A internação compulsória não é novidade. Desde 2001 é prevista em lei federal. O posicionamento do governo do Estado foi o de criar mecanismos que pudessem agilizar, quando necessário, estes processos. Assim, desde janeiro de 2013, foi implantado no Cratod (Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas) um plantão jurídico, com juiz, advogado, promotor e defensor público, para julgar, no âmbito da lei, os casos em que o médico indique a internação, mas em que o paciente não tenha condições de decidir por si, ou mesmo que tenha um membro da família para autorizar a internação. É importante destacar que esta medida teve bastante aceitação da opinião pública.

Antes, porém, o governo do Estado investiu fortemente para que esta ação tivesse êxito. No que diz respeito à Saúde, foi am-

pliada a oferta de leitos para dependentes químicos: quase 300 novos leitos em dois anos.

Jornal do Clínico - Conforme divulgado recentemente, houve queda na taxa de mortalidade por câncer no Estado. A quais fatores o senhor atribui essa boa notícia?

**Guido Cerri** - É impossível falar em redução na taxa de mortalidade por câncer sem citar avanços tecnológicos. Não apenas no que diz respeito ao tratamento, como à prevenção.

Assim, gostaria de citar, dentre vários, dois exemplos importantes no que diz respeito à gestão da saúde pública no Estado de São Paulo.

Fortes investimentos na ampliação do centro de diagnósticos de câncer de mama do Hospital Pérola Byington, ampliando o atendimento a casos suspeitos de câncer de mama e no Icesp (Instituto do Câncer do Estado), com a criação do maior laboratório para pesquisa de câncer da América Latina. A unidade integra estudos de instituições como HC, Incor, A.C. Camargo e Faculdade de Medicina da USP

Jornal do Clínico - Como o senhor avalia o Provab (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), criado pelo governo federal para estimular a atuação de profissionais nas periferias de grandes cidades, municípios do interior ou em áreas mais remotas?

Guido Cerri - Toda iniciativa que visa a valorização do profissional de saúde é bem vinda. Também enfrentamos dificuldades para fixar médicos em áreas periféricas. O governo do Estado de São Paulo está atento à questão. Em 2011 o governo do Estado já aprovou um novo plano de cargos e salários para os servidores da saúde, antiga reivindicação da categoria, o que resultou em aumentos entre 9% e 40%, retroativos ao mês de julho daquele ano. Para os médicos o aumento foi de 19,5%. Em abril de 2012 o governo do Estado anunciou reajuste de 100% no vale-refeição dos servidores, incluindo os da saúde, válido a partir de 1º de maio.

A remuneração média dos médicos da rede estadual paulista, ou seja, o valor médio depositado na conta desses profissionais é de R\$ 6 mil. Além disso, médicos e dentistas podem fazer até 12 plantões presenciais e 12 à distância por mês, com valores que variam de R\$ 785,40 até R\$ 1.130,71 por plantão. Ainda em 2012, o governo aprovou uma lei que institui o plano de carreira para os médicos, visando promover um novo e expressivo aumento na remuneração mensal paga à categoria.

## MH-Fórum e a difusão do

**Medicina Hospitalar** 

#### Em defesa do médico e da população



O Brasil se aproxima dos 200 milhões de habitantes, com cerca de 150 milhões dependendo exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Quem pode, paga um plano de saúde. Hoje, ter assistência médica privada é o segundo "objeto de desejo" do brasileiro, perdendo somente para a casa própria.

Esse anseio tem várias explicações. Uma importante é que o SUS projetado, concebido,

desejado é bastante diferente do que nos deparamos no cotidiano. O governo tenta explicar que é devido à falta de médicos, porém precisa ser claro com a população e dizer quanto o SUS paga por uma consulta de um pediatra, de um ginecologista (menos de R\$ 3). O povo precisa saber quanto o SUS paga por uma cirurgia de adenoide-amígdala (R\$ 183,41), para retirar o apêndice (R\$ 161,03 – esse valor incluí o anestesista), para uma curetagem uterina (R\$67,03), para uma ultrassonografia abdominal (R\$ 24,20), para um raio-X do tórax (R\$ 14,32). O governo precisa dizer em quantas cidades não se consegue fazer um hemograma ou uma ultrassonografia de qualidade. Aí sim, dizer quantos médicos o Brasil precisa, em quais especialidades/áreas do conhecimento, para trabalhar onde e com que remuneração.

Temos quase 400 mil médicos no Brasil, que se concentram nas capitais e grandes cidades das regiões Sul e Sudeste. Tudo isso como consequência da inoperância do governo em criar condições adequadas de trabalho em vários municípios e pagar salários dignos. Governos das três esferas: municipal, estadual e federal. Quanto o governo federal paga por 40h semanais de trabalho de um médico que já tem 25 anos de emprego? Qual o salário de um médico que trabalha 20h semanais no governo do Estado do Ceará? E o médico que trabalha 20h semanais para a Prefeitura de capitais brasileiras?

Soluções existem desde que sejam encaradas verdadeiramente e não criando subterfúgios ou procurando culpados. É notório o subfinanciamento da saúde pública brasileira (hoje cerca de R\$ 2,00/ habitante/dia), O Brasil investe menos em saúde (porcentual do PIB) que a média dos países africanos e que outros países da América do Sul. É amadora a gestão em vários locais. É vergonhoso os desvios que ainda teimam em acontecer. Como se consegue facilmente tantos recursos para estádios de futebol e não temos recursos para financiar adequadamente o SUS? Sabe-se que ao longo dos últimos anos a esfera federal vem se desonerando em relação aos investimentos na saúde quando comparados aos recursos de estados e municípios. Quem mais arrecada em tributos no Brasil (uma das maiores cargas tributárias do mundo) é o governo federal, que hoje contribui menos que estados e municípios juntos.

Além da falta de recursos a distribuição não se dá de forma equitativa. Vários bons serviços existentes não são acessíveis a todos e a qualidade deixa a desejar em inúmeras situações. Muitos que necessitam não conseguem, pois continuam longas as filas de espera para consultas, exames e cirurgias, Não se mensuram rotineiramente os resultados produzidos pelas diferentes intervenções. Sabe-se há muito tempo que o maior impacto nos custos da saúde é rapidez e qualidade do acesso. Nesse momento não temos acesso a todos os serviços no SUS e muitos têm qualidade questionável.

A saúde é nosso bem maior e o povo brasileiro merece respeito. Vamos juntos dar um basta nessa situação que aumenta o sofrimento do nosso povo, especialmente do mais pobre e carente.

#### Florentino Cardoso

Presidente da Associação Médica Brasileira

Na década de 90, vários hospitais norte-americanos, movidos pela necessidade de reformar a assistência médica hospitalar, começaram a trilhar um caminho que levaria ao surgimento, consolidação e impressionante difusão da Medicina Hospitalar como nova área de atuação do clínico generalista (ou, no caso, do internista) no ambiente hospitalar. Logo depois, o clínico especializado em medicina hospitalar recebeu o



nome de "hospitalista" e uma série crescente de atribuições que o transformaram no cerne na assistência médica intra-hospitalar. A principal inovação trazida pelo modelo hospitalista é justamente a valorização e, se quisermos, o resgate do clínico como o grande orquestrador da assistência médica e multidisciplinar nas unidades de internação. Assim como o intensivista coordena e assume o cuidado dos pacientes na unidade de terapia intensiva, o hospitalista é o responsável dos pacientes durante sua permanência nas enfermarias e/ou apartamentos do hospital. Para assumir este papel com propriedade o hospitalista deve apresentar algumas características fundamentais que o diferenciam do clínico tradicional: dedicação exclusiva ou predominante ao cuidado do paciente internado, permanência prolongada no hospital (no mínimo 6h/ dia), vínculo institucional, aplicação de protocolos clínicos e monitoramento de indicadores de resultado, remuneração baseada em desempenho, foco na transdisciplinaridade, comunicação eficiente, trabalho em equipe, segurança do paciente, custo/eficácia do tratamento, desospitalização precoce e segura, gerenciamento de leitos e qualidade assistencial. Todos estes pontos caracterizam um médico altamente fidelizado à instituição onde trabalha e com uma expertise que abrange, não somente o manejo clínico otimizado das patologias que requerem tratamento hospitalar, como também a incorporação de competências tradicionalmente ignoradas durante a formação médica. Adquirir estas competências específicas significa se transformar em um verdadeiro hospitalista.

Há, neste momento, em torno de 50.000 hospitalistas nos Estados Unidos e muitos outros na Europa, América Latina e Ásia. No Brasil, muitos hospitais, em todas as regiões do país, estão implantando o modelo e assim criando um novo e promissor mercado de trabalho para o clínico. Embora o Brasil não conte ainda com centros de especialização em Medicina Hospitalar, passos importantes foram dados neste sentido. Este ano, a Escola Paulista de Medicina se transformou na primeira faculdade médica do país a incluir a matéria eletiva de Medicina Hospitalar em sua grade curricular. Por outro lado, o Capítulo de Medicina Hospitalar da Sociedade Brasileira de Clínica Médica promoveu a criação do MH-Fórum, uma comunidade web de acesso gratuito para a discussão de tópicos de medicina hospitalar, que permite receber newsletters periódicas de atualização sobre o assunto. Solicite sua inclusão no MH-Fórum enviando um e-mail para:

antoniogl@hospitalistas.com.br

#### Antonio G. Laurinavicius

Médico Cardiologista pelo InCor (HC-FMUSP) Diretor Médico do Instituto de Medicina Hospitalar Colaborador do Capítulo de Medicina Hospitalar da SBCM

#### EDITAL DO CONCURSO PARA ÁREA DE ATUAÇÃO EM MEDICINA DE URGÊNCIA 2013

Apresentamos as orientações da Comissão Científica e de Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, para obtenção do Certificado na Área de Atuação em Medicina de Apresentamos as orientações da Comissão Cien-tífica e de Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, para obtenção do Certificado na Área de Atuação em Medicina de

#### Pré-Requisitos

- Deverá ter no mínimo dois anos de formado;
  Ter número de CRM definitivo;
- Estar quite com o Conselho Regional de Medi-
- O candidato deverá possuir o Título de Especialista em Clínica Médica concedido pela SBCM e AMB:
- npletado treinamento na Área de Medicina de Urgência, por no mínimo seis anos, comprovado através de carta do diretor da Instituição em que se executou o treinamento, associado à realização de atividades científicas acreditadas pela AMB com pontuação mínima de cem (100)

Avaliação

O candidato, graduado em Medicina, deverá ser m concurso promovido pela SBCM, do qual constarão os seguintes itens para ava-

- Análise curricular (peso três)
- Prova Escrita Tipo Teste (peso sete)

#### Análise Curricular (peso três)

erão avaliados os seguintes tópicos, por ordem de importância:

- Atividades Assistenciais do candidato na Área de Medicina de Urgência (pontuação de 0 a 25), principalmente, se transcorreram por um período já superior a dois anos;
- Frequências em Congressos, Simpósios, Jorna das e Cursos (pontuação de 0 a 20), ligados à área de Medicina de Urgência;
- Curso após a Graduação (pontuação de 0 a 20), valorizando-se, principalmente, a Residência Médica (particularmente as que são reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica realizada em Área Clínica), além dos graus de Mestrado, Doutorado ou Curso de Especialização. Concursos Públicos (pontuação de 0 a 10), realizados após o período de Graduação em Medicina;
- · Atividades Didáticas (pontuação de 0 a 05), realizadas após o período de Graduação em Me-

dicina, tanto a nível da graduação como da pós-

- Participação Didática em Atividades Científicas (pontuação de 0 a 05), desenvolvidas na Área de Medicina de Urgência;
  • Produção Científica (pontuação de 0 a 05), valo-
- rizando-se particularmente as que têm circulação
- Atividades Associativas (pontuação de 0 a 05), relativa às Sociedades representativas dos profissionais da Área de Saúde:
- Atividades Comunitárias (pontuação de 0 a 05), relativa às atividades extraprofissionais desenvolvidas na Área de Saúde.

Todos os itens constantes do curriculum deverão ser comprovados por fotocópia simples dos docu-

- A Prova Escrita (peso sete)

  A Prova Escrita constará de questões do tipo teste, de múltipla escolha, que versarão sobre os principais tópicos das Áreas de Clínica Médica, Emergências Clínicas, Epidemiologia Clínica e Ética Médica
- A Bibliografia básica recomendada é a seguinte:
- Harrison Medicina Interna (dois volumes). A Fauci; Braunwald, D. Kasper, Hauser, Longo

Jameson e Loscalzo, Editora McGraw-Hill, 18ª Cecil Tratado de Medicina Interna, L. Goldman,

- D. Ausiello, Editora Elsevier, 23ª Edição, 2009 Epidemiologia Clínica, R. H. Fletcher, S. W. Fletcher, E. H. Wagner, Editora Artmed, 4ª Edição,
- Tratado de Clínica Médica, A. C. Lopes, Editora
- Tratado de Clinica Médica, A. C. Lopes, Editora Roca, 2ª Edição, 2009.
   Emergências Manual de Diagnóstico e Tratamento, A. Frisoli, A. C. Lopes, J. L. G. Amaral, J. R. Ferraro, V. F. Blum, Editora Sarvier, 2ª Edição,
- Textbook of Critical Care, M. P. Fink, E. Abraham, J. Vincent, P. Kochanek, Editora Saunders, 6° Edição, 2011.

  • Current Medical Diagnosis & Treatment, L M
- Tierney, S J McPhee & M A Papadakis, Editora McGraw-Hill, 51ª Edição, 2013.

   Tratado de Medicina de Urgência e Emergência:
- Pronto-Socorro e UTI, A.C. Lopes, H. P. Guimarães, R. D. Lopes, Editora Atheneu, 2010.

#### IMPORTANTE

- Serão considerados aprovados os candidatos que obtiverem média igual ou superior a sete.
- Quanto às normas para inscrição deve-se preen-

cher ficha anexa de forma legível (todos os campos), enviar Curriculum Vitae à Sociedade Brasira de Clínica Médica e pagar taxa de inscrição

- É importante lembrar que no dia do exame serão exigidos os seguintes documentos: carteira forne-cida pelo Conselho Regional de Medicina e recibo relativo à quitação; documento de identidade original: recibo da taxa de inscrição.
- O gabarito será divulgado em 48 horas, após o
- término da prova escrita.

   A lista de aprovados estará disponível no prazo de 45 dias após a data da prova escrita. Ambos no site: www.sbcm.org.br.
- Os aprovados receberão por via correio a declaa confecção do diploma.

  • Após 90 (noventa) dias, o curriculum estará
- disponível para devolução via Sedex, mediante ao pagamento da taxa de R\$ 30,00. Faça a opção desejada na ficha de inscrição.

Taxa de Inscrição: R\$ 100,00 (Cem reais)

#### CALENDÁRIO

Local / Data da Prova / Inscrições até Porto Alegre–RS / 11.10.2013 / 11.09.2013 A data final de inscrição não será prorrogada

Quanto às normas para inscrição, deve-se preencher o formulário curricular, a ficha de inscrição pelo site (www.sbcm.org.br), e encaminhar à Sociedade Brasileira de Clínica Médica juntamente com cópia autenticada do diploma de graduação e da cédula de identidade de médico e cópias simples dos documentos comprobatórios, e pagar a taxa de inscrição.

#### EDITAL DO CONCURSO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA – 2013

Em vista das crescentes valorização e impor tância relativas a obter-se o Título de Especialista em Clínica Médica, apresentamos as orientações atuais da Comissão Científica e de Título de Espe cialista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica O(a) candidato(a), graduado(a) em Medicina, de verá ser submetido(a) a um concurso promovido intes itens pela SBCM, e do qual constarão os segu

Análise Curricular (peso dois) Prova Escrita do Tipo Teste (peso oito)

Para inscrever-se, o (a) candidato (a) deverá obrigatoriamente preencher os seguintes pré-requi-

- 1. Ter no mínimo dois anos de formado (a);
- 2. Ter número de CRM definitivo; 3. Estar quite com o Conselho Regional de Me-
- Ter completado residência médica reconhe cida pela CNRM / MEC em Clínica Médica com acesso direto (dois anos)

Ter completado residência médica reconhecida pela CNRM / MEC na especialidade de Medicina de Família e Comunidade;

Ter completado estágio em Clínica Médica, previamente reconhecido pela SBCM, com duração semelhante à residência médica em Clínica Médica com acesso direto (dois anos):

Ter participado de atividades científicas (congressos, cursos, jornadas, etc.) acreditadas pela Comissão Nacional de Acreditação / AMB que somadas tenham pontuação mínima de cem (100) pontos NA ESPECIALIDADE DE CLÍNICA MÉ-DICA, associado à atuação profissional na área de Clínica Médica por no mínimo quatro anos, comprovada através de carta do diretor/coordenado da Instituição onde se deu a atuação profissional.

5. O (a) candidato (a) somente poderá inscrever-

se no concurso uma vez ao ano. NÃO SERÃO ACEITAS OUTRAS CON-DIÇÕES PARA INSCRIÇÃO NO CONCURSO QUE NÃO ESTEIAM CONTEMPLADAS NOS PRÉ-REQUISITOS DE NÚMEROS 1 A 5

#### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

O(A) CANDIDATO(A) SÓ TERÁ SUA INS-CRIÇÃO CONFIRMADA APÓS COMPROVAR O PREENCHIMENTO DOS PRÉ-REQUISITOS DE NÚMEROS 1 A 5, ATRAVÉS DO ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO APROPRIADA PARA A SBCM.

A avaliação dos candidatos ao Título de Especialista em Clínica Médica se faz através da So-ciedade Brasileira de Clínica Médica, da seguinte

- Prova do tipo teste composta de 50 questões com quatro alternativas e com duração de 2 horas, equivalente a 80% da nota final;
- Análise de currículo do qual devem constar os itens apresentados a seguir, equivalente a 20% da

## ANÁLISE CURRICULAR (peso dois) 1) ATIVIDADES EM CLÍNICA MÉDICA, DESEMPENHADAS PELO CANDIDATO(A)

- pontuação: i. entre 2 a 5 anos de atividade clínica comprova-

ii. ter mais do que 5 anos de atividade clínica com-

provada: 25 pontos; A distribuição dessa pontuação (até 25 pontos - equivalente a 25% do valor total da análise curricular) tem por objetivo valorizar a prática clínica como tal.

Esse tópico diz respeito à ATUAÇÃO COM-PROVADA, por parte do(a) candidato(a), na área de clínica médica, em qualquer dos três níveis de atenção à saúde. São também consideradas aqui, as atividades desenvolvidas em terania intensiva medicina de urgência, medicina de família e co-munidade, medicina do trabalho, medicina aeroespacial, medicina do tráfego e perícia médica.

Eventualmente existem profissionais médicos que tiveram sua formação básica em alguma área bastante específica (p. ex.: ginecologia), mas que exercem atividade clínica passível de comprova-ção. Nesses casos, essa atividade também é considerada em termos de pontuação do currículo.

#### 2) FREQUÊNCIA EM EVENTOS CIENTÍFI COS E DE ATUALIZAÇÃO NA ÁREA DE CLÍ-

NICA MÉDICA - pontuação: i. 5 ou mais participações comprovadas durante os últimos 5 anos: 15 pontos;

 ${\bf ii.}$ até 4 participações comprovadas nos últimos 5

iii. até 3 participações comprovadas nos últimos 5 anos: 11 pontos

iv. até 2 participações comprovadas nos últimos

v. até 1 participação comprovada nos últimos 5 anos, ou, 1 ou mais participações comprovadas em período anterior aos últimos 5 anos: 4 pontos.

2.1. O desenvolvimento e conclusão (comprovada por certificados) de pelo menos quatro dos oito módulos do PROCLIM (Programa de Atualização em Clínica Médica desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica) terá o valor de 5

A pontuação desse tópico (20 pontos no to tal) equivale a 20% do valor total da análise curri-cular, o que traduz o empenho em valorizar-se o processo de formação continuada e de atualização profissional que deve ser buscado por todo(a) clí-

São considerados eventos científicos, não apenas os congressos na área de clínica médica, como também os simpósios, jornadas, reuniões científicas, seminários e cursos, relacionados à mesma área, promovidos pela Sociedade Brasi-leira de Clínica Médica, por suas Regionais, por outra Sociedade constituída por médicos clínicos, pelas Instituições afins, pelas Faculdades de me-dicina ou afins, etc., desde que se trate de evento científico público, divulgado entre profissionais m PARTICIPAÇÃO COMPROVADA 3) CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO - pontu ação:

i, residência médica EM CLÍNICA MÉDICA ou MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (aprovada pela CNRM / MEC) conforme Pré-Requisito n. 4: 15 pontos

ii. estágio reconhecido pela SBCM com duração semelhante à residência médica em Clínica Médica com acesso direto (dois anos): 10 pontos;

iii, atuação profissional em Clínica Médica, por onde se deu a atuação profissional, associado à realização de atividades científicas (congressos, cursos, jornadas, etc.) acreditadas pela Comissão Nacional de Acreditação / AMB na Especialidade de Clínica Médica com pontuação mínima de

100(cem) pontos: 8 pontos; iv. mestrado (na Áea de Clinica Médica ou áreas

afins): 1 ponto; v. doutorado (na Área de Clínica Médica ou áreas afins): 2 pontos;

vi. curso de especialização (com duração mínima de 360 horas. Não se incluem aqui os cursos de atualização, cursos de extensão ou relacionados, pois esses são contemplados no item 2. Deve ser desenvolvido em área relacionada à Clínica Médica ou áreas afins): 2 pontos. É preciso COMPRO-VAR A PARTICIPAÇÃO E TER COMPLETADO O CURSO

Em relação a esse tópico, valoriza-se, pa ticularmente, a residência médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM / SESu / MEC (recebendo 15 pontos). Os estágios que não são reconhecidos pela CNRM, mas previamente aprovados pela SBCM, recebem pontuação menor (10 pontos). Não basta, apenas, ter sido aprovado (a) no exame de ingresso na residência ou estágio, nem ter realizado parcialmen-te o Programa de residência ou estágio: é preciso comprovar a conclusão do mesmo.

Essa valorização expressa o desejo de se con-siderar a grande relevância de uma formação qualificada para o(a) profissional que atua em clínica

#### 4) CONCURSOS PÚBLICOS - pontuação:

i. realizou e foi aprovado(a) em concurso PÚ-BLICO, relacionado à área de clínica médica ou áreas afins, após o término da graduação em medicina. Inclui o concurso e aprovação no exame de residência médica na área de clínica médica e especialidades elencadas no Pré-Requisito n. 4: 10

ii. não comprova realização/ aprovação em concurso público, relacionado à área de clínica médica ou áreas afins, após o término da graduação em medicina: 0.

Essa pontuação expressa o valor que se atri-bui ao processo de seleção dos profissionais médicos que atuam na área de clínica médica, incentivando a busca de qualificação profissional.

#### 5) ATIVIDADES DIDÁTICAS EM NÍVEL DE GRADUAÇÃO E/ OU PÓS-GRADUAÇÃO pontuação:

i. desenvolveu/ desenvolve atividades didáticas, após ter concluído a graduação em medicina (par-ticularmente relacionadas à transmissão de conteúdos na área de clínica médica ou áreas afins), seja em nível de cursos para agentes de saúde, profis sionais da área de saúde, estudantes de graduação ou pós-graduação da área de saúde: 5 pontos; ii. não desenvolveu/ desenvolve: 0

É preciso COMPROVAR o desenvolvimento

A valorização desse tópico expressa o reco-

nhecimento do papel do(a) clínico(a) na transmissão de conhecimentos próprios de sua área

#### 6) PARTICIPAÇÃO DIDÁTICA EM ATIVIDA-DES CIENTÍFICAS - pontuação: i. PARTICIPAÇÃO COMPROVADA em ativida-

des científicas (na área de clínica médica ou áreas afins) seja em nível de coordenação / organização dessas atividades, exposição de temas, palestras, apresentação/ discussão de pôsteres, etc., incluin-do-se congressos, reuniões científicas, jornadas simpósios e cursos: 5 pontos;

sin, postos cumprovada: 0.

Nesse tópico visa-se valorizar o(a) clínico(a)
na função de promotor/ divulgador de conhecimentos científicos novos/ relevantes em clínica

#### 7) PRODUÇÃO CIENTÍFICA – pontuação:

tema médico i. o(a) candidato(a) tem artigo/ tema médico
 PUBLICADO em revista, livro e/ ou jornal, de circulação nacional e/ ou internacional (não se consideram aqui as monografias para conclusão de curso de graduação em medicina, porém, consideram-se as dissertações de mestrado e teses). Os trabalhos apresentados em eventos científicos são considerados nesse tópico, quando publicados sob a forma de anais/ resumos: 5 pontos

Nesse tópico valoriza-se a produção e divulgação de informações/ conhecimentos novos, por parte do (a) clínico (a), bem como a sua capacidade crítica em relação aos mesmos

É preciso que se COMPROVE a produção.

8) ATIVIDADES ASSOCIATIVAS - a pontuação desse tópico leva em consideração se o(a) médico(a) é associado a alguma Sociedade de profissionais médicos que tenham atuação na área de clínica médica ou áreas afins (não se inclui nessa categoria a filiação sindical, pois a mesma tem caráter eminentemente trabalhista. Também não se inclui a vinculação ao Conselho Regional de Medicina, que é obrigatória para o exercício

i. o (a) candidato(a) COMPROVA sua associação:

Tem-se em vista valorizar as Sociedades de profissionais que atuam em clínica médica e áreas afins, bem como o relevante papel das mesmas no resgate dessas atividades e de seus respectivos

9) ATIVIDADES COMUNITÁRIAS - a pontuação desse tópico considera a participação (5 pontos) ou não (0 pontos) do(a) candidato(a) em atividades extra-profissionais, não remuneradas, desenvolvidas na área de saúde, em benefício da comunidade. Também necessita de COMPRO-VAÇÃO.

#### PROVA ESCRITA (peso oito)

Em relação à Prova Escrita, a mesma constará de 50 questões do tipo teste, de múltipla escolha com quatro alternativas que versarão sobre os principais tópicos das áreas de Clínica Médica

Epidemiologia Clínica e Ética Médica e com dura ção de 2 horas, equivale a 80% da nota final;

#### A Bibliografia básica recomendada é a seguin-

- te:

   Harrison Medicina Interna (dois volumes),
  A Fauci; Braunwald, D. Kasper, Hauser, Longo,
  Jameson e Loscalzo, Editora McGraw-Hill, 18\*
- Cecil Tratado de Medicina Interna, L. Goldman,
- D. Ausiello, Editora Elsevier, 23ª Edição, 2009.

  Epidemiologia Clínica, R. H. Fletcher, S. W. Fletcher, E. H. Wagner, Editora Artmed, 4ª Edição,
- Current Medical Diagnosis and Treatment 2013,
   S J McPhee, M A Papadakis, M W Rabow, Editora McGraw-Hill
- Tratado de Clínica Médica (três volumes), A. C.
- Lopes, Editora Roca, 2ª Edição, 2009. Projeto Diretrizes AMB/CFM, Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/novas\_dire-trizes\_sociedades.php / Sociedade Brasileira de

## Clínica Médica.

 Serão considerados aprovados os candidatos que obtiverem média igual ou superior a 7 (sete).

• Só serão pontuados na análise curricular os itens

que estiverem devidamente comprovados. Quanto às normas para inscrição, deve-se pre-encher o formulário curricular (anexo), ficha de inscrição de forma legível (todos os campos), e

encaminhar à Sociedade Brasileira de Clínica Médica juntamente com cópia autenticada do diploma de graduação e da cédula de identidade de médico e cópias simples dos documentos comprobatórios, e pagar a taxa de inscrição.

Os candidatos serão considerados inscritos após

o recebimento da carta de confirmação de sua inscrição pelos endereços de e-mail e postal mencio-nados na ficha de inscrição.

• É importante lembrar que no dia do exame serão exigidos os seguintes documentos: carteira forne-cida pelo Conselho Regional de Medicina e recibo relativo à quitação; documento de identidade ori-

ginal; recibo da taxa de inscrição.

O gabarito será divulgado em 48 horas, após o término da prova escrita.

A lista de aprovados estará disponível no prazo de 45 dias após a data da prova escrita. Ambos no site: www.sbcm.org.br

 Os aprovados receberão por via correio a declaração oficial de aprovação e carta informativa para a confecção do diploma.

 Após 90 (noventa) dias da data de divulgação do resultado, os documentos comprobatórios estarão disponíveis para devolução via Sedex, mediante ao pagamento da taxa de R\$ 30,00. Faca a opção desejada na ficha de inscrição.

#### Taxa de Inscrição

Inscrição do Concurso Sócios da SBCM e AMB - R\$ 120,00 Sócios da SBCM ou AMB - R\$ 240,00 Não Sócios - R\$ 360.00

Local / Data da Prova / Inscrições até Porto Alegre–RS / 11/10/2013 / 11/09/2013 A data final de inscrição não será prorrogada.

Quanto às normas para inscrição deve-se preencher ficha pelo site (www.sbcm.org.br), enviar Curriculum Vitae à Sociedade Brasileira de Clínica Médica e pagar taxa de inscrição.



## 12° Congresso Brasileiro de CLÍNICA MÉDICA

2º Congresso Internacional de Medicina de Urgência e Emergência da Abramurgem

6º Congresso Nacional das Ligas Acadêmicas de Clinica Médica

2ª Jornada Nacional de Medicina Diagnóstica e Exames Complementares

1ª Jornada de Neurociências

1ª Jornada de Promoção de Saúde

O Clínico: Novas Habilidades, Integração e Compromisso Social

9 a 12 de Outubro de 2013 - Centro de Eventos PUCRS - Porto Alegre/RS

www.clinicamedica2013.com.br



Promoção e Realização







CATEGORIA	Até 27/05/2013	Até 27/08/2013	Após
Médico Sócio da CBCM	R\$ 350,00	R\$ 450,00	R\$ 550,00
Médico Não-Sócio e Sócio Inadimplente da SBCM	R\$ 450,00	R\$ 550,00	R\$ 700,00
Residentes e Pós-Graduados (obrigatório comprovante de categoria)	R\$ 300,00	R\$ 370,00	R\$ 450,00
Acadêmicos e Outros Profissionais (obrigatório comprovante de categoria)	R\$ 220,00	R\$ 250,00	R\$ 300,00

CORSOS PRE-CONGRESSO.	27/05/2013	27/08/2013	Apos		
Curso 1 - Perícias Médicas	R\$ 190,00	R\$ 240,00	R\$ 280,00		
Curso 2 - Medicina Ambulatorial	R\$ 190,00	R\$ 240,00	R\$ 280,00		
Curso 3 - Oncologia Baseada em Casos Clínicos	R\$ 190,00	R\$ 240,00	R\$ 280,00		
Curso 4 - Geriatria	R\$ 190,00	R\$ 240,00	R\$ 280,00		
Curso 5 - Emergências Médicas Baseadas em Casos Clínicos	R\$ 190,00	R\$ 240,00	R\$ 280,00		
Curso 6 - ACLS (28 VAGAS)		R\$ 1.300,00			
Curso 7 - ATLS (16 VAGAS)		R\$ 1.650,00			

								~	
	ha		Δ.	ш	10	CH		3	•
	на	ш	┖ .		13	L.	ıL	a	u

OME COMPLETO								
CPF	ESPE	ESPECIALIDADE		CEP				
ESTADO	CIDADE	LOGRADOU	R0					
NÚMERO	E-MAIL	TELEF	ONE CELL	II AR				