Jornal do Clínico

SBCM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA

Jornal Trimestral da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Ano XIX - Nº 82 - Jan a Mar 2008

Vista aérea do Parque do Ibirapuera, por Marcos Hirakawa/SPTuris

Controvérsias na Medicina aborda Infarto Agudo do Miocárdio p. 6

Vida Pública entrevista Presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo p. 16

Antonio Carlos Lopes deixa Comissão Nacional de Residência Médica p. 5

São Paulo é sede do 4º Congresso Internacional de Clínica Médica

p. 8 e 9

Origens da Vida

X São Paulo Research Conferences

Auditório da FAU
Cidade Universitária, USP
São Paulo, SP

19 a 21 de junho de 2008

Prazo para envio de resumos: 30/04/2008

www.eventus.com.br/bioconferences/sprc10

Conferências

- Origins of life: recent concepts and results
  Marie-Christine Maurel (Université Paris 6, França)
- Self-assembly and polymerization in membrane compartments.
  David Deamer (University of Califórnia - USA)
- Explicando o que é vida no contexto de teorias biológicas
  Charbel El-Hani (Instituto de Biologia, UFBA)
- On the evolution of metabolic pathways
  Juli Peretó (Universitat de València - Espanha)
- A transparência originária: o estado pré-cosmológico nas mitologias ameríndias
  Eduardo Viveiros de Castro (Museu Nacional-Brasil)

Mesas Redondas

- Origens da vida nos séculos passados
  Vivian M. Rumjanek (UFRJ)
  Mary de Camargo Neves Lafer (USP)
  Franklin Rumjanek (UFRJ)
  Reginaldo Prandi (USP)
- A origem do Universo: Cosmologia, o sistema solar, a terra antes da vida.
  Martin Makler (CBPF)
  Enos Picazzio (IAG-USP)
  Henrique Lins de Barros (CBPF)
- Grandes hipóteses: Das origens (I)
  Franklin Rumjanek (UFRJ)
  Fernando Souza Barros (UFRJ)
  Eduardo Gorab (IB - USP)
  Carlos Menck (ICB-USP)
- Grandes hipóteses: Das Origens (II)
  Augusto Damineli (IAG-USP)
  Michel Paty (Université Paris 7, França)
  Guillermo Lemarchand (CONICET, Argentina)

Curso

- História das origens da vida, de Lamarck a Miller
  Antonio Lazcano (México)

Os três melhores pôsteres serão premiados.

Promoção
USP
Universidade de São Paulo
Pró-Reitoria de Pesquisa

Informações
eventus
Tel +55 11 3361-3056
eventus@eventus.com.br

Apoio
FAPESP
CAPES
SBI
SBFTE
SBCM
CNPq

EDITORIAL

Contramão da realidade

Mario da Costa Cardoso Filho

Há diversos critérios de escolha para a ocupação de cargos. Quando o escolhido não é a competência, é necessária uma breve reflexão sobre este posicionamento. Nos regimes autoritários e ditatoriais não há interesse em contemplar as melhores cabeças e as lideranças, pois estas representam uma oposição em potencial, por terem opinião própria e sempre pautarem a discussão em alto nível, baseada no contraditório.

Os competentes entendem que seus assessores devem ter conhecimento que eles não possuem. Caso contrário, os escolhidos serão meros cumpridores de ordens, mandos ou desmandos, o que demonstra característica de postura ditatorial, apanágio da incompetência. Infelizmente quem paga por isso são aqueles que buscam nas lideranças respaldo para que possam ter atingidos seus objetivos almejados.

Novas idéias são sempre salutares, desde que compromissadas com a busca da excelência acadêmica e da competência profissional. Mas, para isso, torna-se necessário a liberdade de expressão e o reconhecimento na área em questão.

No que diz respeito ao recente episódio vivido na Comissão Nacional de Residência Médica, certamente assistiremos um desmoronamento do que foi construído nos últimos quatro anos, uma vez que os postos de comando exigem lideranças e pessoas competentes para a elaboração dos paradigmas e construção de eixos estratégicos.

Quem afirma que a residência médica tem uma proposta puramente curativa está mais uma vez na contramão da realidade, o que pode ser comprovado observando o noticiário. O jornal Folha de São Paulo publicou (Cotidiano, 25/03), por exemplo, que 54 mil pacientes com câncer no Brasil estão sem radioterapia. Além disso, as notícias são cada vez mais freqüentes de impotentes pacientes, fruto de uma prevenção incompetente, morrendo de dengue.

Em resumo, como nos regimes autoritários, continuamos assistindo a saída das pessoas corretas dos lugares certos e vendo pessoas deslocadas mantidas, intocadas, em lugares indevidos.

Mario da Costa Cardoso Filho *é Diretor de Comunicação e Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Diretor Técnico da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Santos e ex-presidente da Associação Médica Brasileira.*

Eventos

Eventos realizados pela SBCM

4° Congresso Internacional de Clínica Médica
Data: 5 a 7 de junho de 2008
Local: Centro de Convenções Anhembi (São Paulo - SP)
Informações: (11)3849-8263/3849-0379
Informações online: www.sbcm.org.br/internacional2008

Eventos realizados pelas regionais

Programa Gaúcho de Atualização em Clínica Médica e Medicina de Urgência - Módulo 1
Data: de março a junho de 2008
Local: Associação Médica do Rio Grande do Sul (Porto Alegre - RS)
Informações: (51) 3028-3878
Informações online: www.ccmeventos.com.br

3º Curso de Aperfeiçoamento em Clínica Médica
Data: de março a outubro de 2008
Local: Conselho Regional de Medicina do Paraná (Curitiba - PR)
Informações: (41) 3335-9912 ou 3029-0987
Informações online: www.sbcmpr.com.br

Programa Catarinense de Educação Médica Continuada
Data: de março a novembro de 2008
Local: Maria do Mar Hotel e Associação Catarinense de Medicina (Florianópolis - SC)
Informações: (48) 3231-0342
Informações online: www.acm.org.br

Seminário de Urgências Médicas
Data: 15 a 17 de maio de 2008
Local: Teatro da Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória - ES)
Informações online: eurach@terra.com.br

XI Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás
Data: 16 a 18 de outubro de 2008
Local: Castro's Park Hotel (Goiânia - GO)
Informações: (62)3251-1818/3251-1202
Informações online: www.eventusassessoria.com.br

Eventos com apoio da SBCM

VI Curso anual de atualização em emergências clínicas
Data: março a outubro de 2008
Local: Centro de Convenções Rebouças (São Paulo - SP)
Informações: (11) 3069-6412
Informações online: www.antoninorocha.com.br

Drogas: uma abordagem interdisciplinar (IX São Paulo Research Conferences)
Data: 29 a 31 de maio de 2008
Local: Faculdade de Direito da USP - Largo São Francisco (São Paulo - SP)
Informações: (11) 3361-3056
Informações online: www.eventus.com.br/bioconferences

Origens da Vida (X São Paulo Research Conferences)
Data: 19 a 21 de junho de 2008
Local: Cidade Univeristtária/ USP (São Paulo - SP)
Informações: (11) 3361-3056
Informações online: www.eventus.com.br/bioconferences

8° Congresso Brasileiro de Dor
Data: 15 a 18 de outubro de 2008
Local: Centro de Convenções Goiânia (Goiânia - GO)
Informações: (62) 3091-3950
Informações online: www.8cbdor.com.br

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

Endereço: Rua Botucatu, 572, conj. 112 - Vila Clementino - São Paulo/SP - 04023-061
Tel: (11)5572-4285 **Fax:**(11)5572-2968 - **E-mail:** sbcm@sbcm.org.br - www.sbcm.org.br

Impressão e Fotolito: EGM Gráfica

Presidente: Prof. Antonio Carlos Lopes
Diretor de Comunicação: Dr. Mario da Costa Cardoso Filho
Jornalista Responsável: Flavia Menani Lima (MTB/DF 3851 JP)
Projeto Gráfico e Diagramação: Luis Marcelo Nascimento
Contato: imprensa@sbcm.org.br

Conselho Editorial: Almério Machado, Álvaro Regino Chaves Melo, Carlos Roberto Seara Filho, Celmo Celeno Porto, Cesar Alfredo Pusch Kubiak, Diógenes de Mendonça Bernardes, Eurico de Aguiar Schmidt, Flávio José Mombrú Job, José Aragão Figueiredo, José Galvão Alves, Justiniano Barbosa Vavas, Maria de Fátima Guimarães Couceiro, Miguel Ângelo Peixoto de Lima, Oswaldo Fortini Levindo Coelho, Roberto Abrão Raduan e Thor Dantas.

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da SBCM.

Edição - nº 82 - Jan a Mar - 2008

TÍTULO DE ESPECIALISTA

Concurso para Título de Especialista tem alterações

Por decisão da AMB (Associação Médica Brasileira), este ano as provas para obtenção de título de especialista terão novas normas. De acordo com a Coordenadora da Comissão de Título de Especialista e Acreditação da SBCM, Maria Elena Guariento, as principais novidades são os pré-requisitos. Para se inscrever no concurso do Título de Especialista, além de ter no mínimo dois anos de formado, número de CRM definitivo e estar quite com o Conselho Regional de Medicina, o médico deverá se enquadrar em uma de três situações relacionadas à especialidade.

A primeira é ter completado residência médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (Ministério da Educação) em alguma das especialidades clínicas. Também podem participar aqueles que completaram estágio em Clínica Médica, previamente reconhecido pela SBCM, com duração semelhante à residência em Clínica Médica. Por fim, estão aptos a se inscrever também os médicos que tenham completado treinamento em Clínica Médica, por período de tempo equivalente a duas vezes a duração da residência em Clínica Médica especialidade, associado à realização de atividades científicas relacionadas à especialidade e acreditadas pela AMB com pontuação mínima de 100 pontos.

Outra novidade é que neste ano a prova escrita passa a ter peso maior que a análise curricular. Os pesos são 7 e 3, respectivamente, ou seja, a análise curricular passa a ser 30% do resultado final da avaliação. Como no ano passado, os candidatos somente poderão participar do concurso uma vez ao ano.

Segundo o Secretário-geral da AMB, Edmundo Baracat, essas mudanças incorporaram as sugestões das sociedades de especialidade, recebidas durante o ano passado. "Nosso objetivo é contemplar, de forma ética e responsável, todos os médicos brasileiros preparados para receber o título", afirma. Para o Diretor-científico da AMB, Giovanni Guido Cerri, a padronização dos exames fortalecerá as entidades e valorizará o título de especialista e o certificado de área de atuação.

Além das novidades do Título de Especialista, e do concurso para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Medicina de Urgência, este ano foi publicado ainda o edital do Exame de Suficiência – Categoria Especial para obtenção do Título de Especialista em Clínica Médica. Desta avaliação poderão participar médicos formados há mais de quinze anos, que comprovem o exercício da especialidade por pelo menos 4 anos. Os editais e suas fichas de inscrição estão nas páginas 12, 13, 14 e 15 deste jornal, e também no site da SBCM (www.sbcm.org.br).

REGIONAIS

Regionais da SBCM organizam eventos

Neste ano de 2008, diversas regionais da Sociedade Brasileira de Clínica Médica realizam seus eventos estaduais. Confira abaixo as novidades, as atividades programadas para este ano, e os eventos já realizados.

Regional ES

Entre os dias 15 e 17 de maio, a SBCM Regional ES realiza o Seminário de Urgências Médicas, no teatro da Universidade Federal do Espírito Santo. O evento terá a participação dos convidados de São Paulo Augusto Scalabrini Neto e Guilherme Schettino. Mais informações podem ser obtidas pelo e-mail eurasch@terra.com.br.

Regional GO

Este ano o Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás está em sua décima primeira edição, que será realizada entre os dias 16 e 18 de outubro. O evento será realizado no Castro's Park Hotel, na capital Goiânia. Mais informações estão disponíveis no site www.eventusassessoria.com.br.

Regional PR

No mês de março teve início no Paraná a terceira edição do Curso de Aperfeiçoamento em Clínica Médica, realizado pela SBCM Regional PR. Com o tema "Medicina de Urgência", o curso vai até outubro e será composto por módulos de dois dias mensais, com carga horária de 12 a 14 horas casa. Nos meses de abril e julho não haverá aulas. As vagas são limitadas e as aulas são ministradas na sede do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Regional RJ

No estado do Rio de Janeiro, a regional também tem nova diretoria para o biênio 2008-2009. O novo presidente é o médico José Galvão Alves. A diretoria é composta ainda por Abdon Hissa (1° Vice-Presidente), Gil Fernando da Costa Mendes de Salles (2° Vice-Presidente), Francisco Almeida Conte (1° Secretário), Carlos Henrique Castelpoggi (2° Secretário), Luiz José de Souza (1° Tesoureiro), Sávio Silva Santos (2° Tesoureiro), Rubens Basile (Diretori Científico). Os coordenadores das comissões são Luiz Octávio Dias D'Almeida (Ética), Ricardo Nunes (Divulgação), Eduardo Augusto Bordallo (Cultura e Social), Fábio Miranda (Pós-graduação e Residência Médica). A diretoria tem também os presidentes de capítulos: Antonio Carlos Moraes (Medicina de Urgência e Emergência), José Luiz Reis Rosati (Médico de Família), Edno Jurado (Casos Clínicos e Sessão Clínico Patológica) e Marta Carvalho Galvão (Radiologia e Imagenologia).

Regional RS

Também em março teve início o primeiro módulo do Programa Gaúcho de Atualização em Clínica Médica e Medicina de Urgência, realizado pela SBCM Regional RS. Com o objetivo de atualizar e reciclar os médicos através de conteúdos das diversas especialidades, este módulo do programa tem duração até o mês de junho. As aulas expositivas serão na sede da Associação Médica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. As vagas são limitadas. Mais informações no site www.ccmeventos.com.br.

Regional SC

A SBCM Regional SC realiza este ano mais uma edição do seu Programa Catarinense de Educação Médica Continuada. O curso é realizado na sede da Associação Catarinense de Medicina, parceira do programa, e no hotel Maria do Mar, ambos em Florianópolis. O curso é composto por módulos mensais e termina em novembro. A regional realiza ainda o Congresso Catarinense de Clínica Médica, este ano inserido no Congresso Catarinense de Medicina, entre 16 e 18 de outubro.

Regional SP

Em São Paulo foi realizado nos dias 28 e 29 de março o VII Congresso Paulista de Clínica Médica, que teve mais de 1.300 participantes. Também este ano foi definida a nova diretoria da regional, para o biênio 2008-2009. O novo presidente da regional é o médico Roberto Abrão Raduan. A diretoria é formada ainda por Maria Elena Guariento (vice-presidente), Abrão José Cury Jr (1° Tesoureiro), João Carlos Braga (2° Tesoureiro), José Antônio Atta (1° Secretário), Luiz Alberto Turatti (2° Secretário), e pelos diretores Willian Haddad (Relações Médicas), Luiz S. Matsubara (Relações Comerciais), Eros de Almeida (Científico), Wallace N. Scott Jr. (Relações com as Sucursais) e Álvaro Pulchinelli (Assuntos Estratégicos). A posse está marcada para o dia 8 de maio.

PONTO DE VISTA

Residência Médica no século XXI

Dr. Carlos Roberto Seara Filho

Há 30 anos, quando foi regulamentado o modelo de ensino e orientação do médico brasileiro, chamado residência médica, os objetivos eram, sem dúvida, muito diferentes dos atuais. Atualmente com a proliferação e abertura de novas escolas médicas - muitas escolas, diga-se de passagem -, entra no mercado de trabalho um grande número de profissionais ávidos por exercer a profissão escolhida. Porém, na maioria das vezes estes profissionais chegam ao final do ciclo de aprendizagem na universidade com capacidades técnicas e humanas insuficientes.

Muitos desses jovens profissionais sentem a necessidade de buscar na residência médica um complemento à sua formação. Assim, os preceitos básicos da residência, que podem ser resumidos em aprimoramento e especialização, são desvirtuados, para que os problemas da formação médica durante a graduação sejam minimizados.

Desta forma, fica evidente a importância e a necessidade da manutenção de bons programas de Residência Médica, cujo objetivo é proporcionar uma especialização para médicos através de treinamento em serviço, sob supervisão de profissionais altamente qualificados. Este trabalho é desenvolvido pelas Comissões Internas de Residência Médica dos hospitais e supervisionado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que entre outras atitudes, aproximou as especialidades médicas e valorizou a formação do médico clínico, sem deixar em momento algum de valorizar "todas" as especialidades.

Além de contemplar uma formação técnica adequada, ficou muito claro o impacto positivo dos programas de residência médica na atuação para a valorização do ser humano. Cada vez mais, os programas de residência médica visam aperfeiçoar, técnica e humanisticamente, os médicos residentes, adequando o jovem médico brasileiro ao novo paradigma educacional deste século e garantindo uma formação integral aos futuros especialistas.

***Carlos Roberto Seara Filho** é presidente da SBCM Regional Santa Catarina*

CURTAS

Educação perde um parceiro

No dia 22 de março faleceu na cidade de São Paulo o reitor da Universidade José do Rosário Velano (Unifenas), Edson Velano. Parceiro da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, foi homenageado pela SBCM no 2° Congresso Internacional de Clínica Médica, em 2004. Para o presidente da SBCM, Antonio Carlos Lopes, Velano representou um paradigma no ensino nacional, em particular em Minas Gerais, onde coordenou uma universidade que é modelo para o país.

HOMENAGEM

Antonio Carlos Lopes é homenageado no Congresso Nacional

No início deste ano dois parlamentares fizeram pronunciamentos em homenagem ao presidente da SBCM, Antonio Carlos Lopes no Congresso Nacional. No dia 27 de fevereiro o Deputado Federal Nelson Marquezelli proferiu seu pronunciamento na Câmara dos Deputados. Depois, em 6 de março, foi a vez do Senado Federal homenagear Lopes, em pronunciamento do Senador João Vicente Claudino. Leia abaixo a íntegra dos dois pronunciamentos.

Nelson Marquezelli (PTB-SP), em 27/2/2008:

Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados, ocupo a tribuna no dia de hoje para homenagear o Dr. Antonio Carlos Lopes, Professor Titular da Universidade Federal do Estado de São Paulo, pós-graduado em cardiologia pela Escola Paulista de Medicina, Fellow do American College of Physicians, Diretor Científico da Academia de Medicina de São Paulo, Presidente Fundador da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e eleito Médico do ano de 2004 pelo Capítulo Brasileiro da Associação Médica de Israel.

O Dr. Antonio Carlos, cujo nome já se inclui entre os mais renomados médicos do País, tem conjugado com sucesso a prática médica de elevada especialização com a intensa atividade acadêmica. Seus trabalhos vêm merecendo a admiração e reconhecimento de todos os profissionais da área que com ele convivem. Ao longo de sua vida, dedicou parte de suas atividades na área médica à luta pela eqüidade social, pela valorização da relação médico-paciente e pela própria humanização da medicina.

Ao deixar ele o cargo de Secretário-Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, forma-se uma lacuna imensa naquela Comissão. Com larga experiência, o Dr. Antonio Carlos deu um novo rumo à Residência Médica do País, pois procurou, acima de tudo, sensibilizar os novos profissionais com relação aos problemas das comunidades, procedimento que não se aprende nos livros de texto. O exercício da profissão em beneficio dos mais humildes eleva o espírito e exalta a grandeza humana. E foi exatamente isso o que o Dr. Antonio Carlos perseguiu e incrementou na Secretaria de Educação do MEC.

Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados, vejo com grande pesar a saída do Dr. e Prof. Antonio Carlos da Chefia do Departamento de Residência Médica e Projetos Especiais na Saúde. Pude acompanhar seu trabalho durante os 3 primeiros anos em que, na função de Secretário-Executivo, desenvolveu avanços a Residência Médica de todo o País, por meio de sua luta contra as desigualdades regionais e pela busca da excelência do aprendizado médico em serviço.

Além disso, ele democratizou a Comissão Nacional de Residência Médica, respeitando o direito de todos que se julgaram prejudicados. Sua liderança acadêmica, universitária e associativa garante hoje o compromisso da Residência Médica com os objetivos da comunidade brasileira médica e não médica.

Ao saudar o amigo e notável profissional pela contribuição marcante que prestou à Medicina em nosso País, não poderia deixar de lamentar seu afastamento do cargo, na certeza de que não menos nobre será sua atividade onde ela se fizer presente. Homens da sua estirpe se fazem grandes onde houver trabalho honrado.

Parabéns!

João Vicente Claudino (PTB–PI), em 6/3/2008:

Serei rápido, Sr. Presidente.

Sr. Presidente, Sras e Srs. Senadores, venho à tribuna hoje para, nesta tarde, prestar uma justa homenagem a um médico – seu colega de profissão, Senador Mão Santa –, o Professor Dr. Antonio Carlos Lopes, como forma de reconhecimento e gratidão por toda a sua trajetória, especialmente por sua relevante contribuição para a melhoria das condições de saúde e da ética na Medicina.

Professor titular de Clínica Médica do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina e Presidente fundador da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, uma entidade que congrega os especialistas da área e ajuda a difundir o conhecimento, o Dr. Antonio Carlos Lopes, entre outros cargos, foi membro do Conselho Deliberativo da Associação Médica Brasileira, Diretor do Departamento de Residência Médica e Projetos Especiais na Saúde da Secretaria da Educação Superior do Ministério da Educação e Secretário-Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação.

Sr. Presidente, nessa última função, o Dr. Antonio Carlos exerceu papel fundamental no processo de mudança na seleção dos candidatos a programas de residência médica no País. Sua trajetória foi marcada por ações que visavam a humanizar a formação do médico e a assistência prestada aos pacientes, por intermédio de um ensino conseqüente, que levasse em consideração a importância social da Medicina.

Até antes do ano de 2005, os candidatos aos programas de residência médica no País passavam por exames em que a prova teórica possuía um peso de 90% do valor da nota, e os 10% restantes correspondiam à prova oral, à entrevista ou à avaliação curricular do candidato. Em 2005, o processo foi alterado, e, desde então, esses candidatos devem passar por exame em que a prova teórica, escrita e objetiva, tem o peso de 50% da nota; os outros 40% serão resultado de avaliação prática do candidato; e os outros 10% poderão ser facultados em entrevista ou em avaliação curricular.

Outra medida adotada pelo Dr. Antonio Carlos Lopes durante os quatro anos em que ficou à frente da Comissão Nacional de Residência Médica diz respeito à grave injustiça que era imposta aos médicos residentes que eram convocados para o Serviço Militar. Em alguns casos, eles eram obrigados a prestar novo exame para a residência médica. Agora, quem é chamado para servir as Forças Armadas tem a vaga garantida, quando de seu retorno à vida civil.

Contudo, sua principal contribuição diz respeito à distribuição das bolsas de estudo para os programas de residência médica no País. Pela primeira vez, o Norte e o Nordeste foram vistos e contemplados com algumas dessas bolsas, em clara desconcentração promovida pelo Dr. Antonio Carlos Lopes.

O Piauí, em 2008, conta com 97 bolsas de estudo para residentes. Essas bolsas estão sendo ofertadas no Hospital Areolino de Abreu, Getúlio Vargas, Santa Maria, no Instituto de Doenças Tropicais Natan Portella e na Maternidade Dona Evangelina Rosa, nas diversas modalidades de especialização, a exemplo da Cardiologia, da Clínica Médica, da Cirurgia Geral, da Obstetrícia e da Ginecologia, da Ortopedia e da Traumatologia, entre outras.

Sr. Presidente, o Dr. Antonio Carlos nunca se omitiu diante de suas convicções, sempre foi um crítico contumaz da proliferação sem critérios de novas faculdades de Medicina. Para ele, parte do mau atendimento prestado pelos profissionais da saúde deve-se a faculdades médicas de péssima qualidade montadas no País nos últimos anos. São profissionais que estão sendo preparados para que passem nos exames de admissão dos programas de residências médicas, mas que são incapazes de realizar um bom exame ou de apresentar um raciocínio clínico que leve a um diagnóstico correto.

A residência médica é a melhor forma de treinamento e de aprendizado após a graduação, mas, na grande maioria das vezes, tem representado uma mão-de-obra barata. Precisamos compreender os riscos que os pacientes estão correndo quando são criadas escolas médicas sem que sejam observadas as necessidades locais nem a obediência a parâmetros objetivos, como o compromisso com o ensino de efetiva qualidade aos futuros médicos.

Aproveito a oportunidade para encaminhar à Mesa do Senado voto de aplauso ao Dr. Antonio Carlos Lopes, subscrito também pelo Senador Tião Viana.

ENSINO MÉDICO

Antonio Carlos Lopes pede demissão da Comissão Nacional de Residência Médica

Política proposta pelo Ministério da Saúde em relação à Residência Médica não se coaduna atualmente com os princípios e projetos que o professor sempre defendeu e buscou desenvolver no âmbito da CNRM

O professor titular da Disciplina de Clínica Médica do Departamento de Medicina da Unifesp, Antonio Carlos Lopes, pediu demissão da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), depois de quatro anos respondendo pela Secretária Executiva, no Ministério da Educação. No período, ele ampliou a participação das Sociedades de Especialidade e da Academia, resgatou a preceptoria, abriu 700 novas bolsas, instituiu critérios rigorosos para a avaliação dos cursos e adequou a duração dos vários programas das especialidades. Também lançou o estágio optativo para residentes em regiões de fronteira e de difícil acesso, a prova prática no processo seletivo, entre outras resoluções que representam um grande avanço na Residência Médica, colocando-a em um novo patamar de excelência.

Defensor convicto de que a Residência Médica é a melhor forma de treinamento após a graduação por meio do aprendizado em serviço, Antonio Carlos Lopes deu uma guinada no setor também porque teve o apoio irrestrito do MEC. O resultado é que implantou com sucesso novos paradigmas no âmbito da Residência Médica, merecendo o reconhecimento de todas as entidades médicas e de vários órgãos governamentais.

Contudo, a política proposta pelo Ministério da Saúde em relação à Residência Médica, e que certamente será aceita pelo MEC, não se coaduna atualmente com os princípios e projetos que o professor sempre defendeu e buscou desenvolver no âmbito da CNRM.

"Além do mais, minhas atividades acadêmicas e universitárias, bem como os compromissos profissionais e associativos, não mais permitem dedicar-me à Residência Médica como fiz ao longo dos últimos quatro anos", pondera. "Sou grato ao MEC pela acolhida que recebi, tendo sido uma honra trabalhar neste Ministério, não havendo até a pouco tempo nenhuma interferência no trabalho da CNRM. Contudo, nos últimos meses passou a ser notória a tendenciosa influência do Ministério da Saúde na CNRM em direção oposta ao apregoado até então".

Nos últimos tempos, Antonio Carlos Lopes foi se decepcionando com as interferências na pauta da plenária por não-médicos ou médicos que desconhecem a prática médica, pela participação dissimulada dos gestores de saúde opondo-se aos paradigmas da CNRM, por críticas infundadas a ela atribuindo uma atividade puramente assistencial.

"Realmente, enquanto a fila para atendimento no SUS for infindável e pacientes estiverem morrendo nas filas no aguardo do atendimento, para quem é médico, nestas condições o assistencial prevalece sobre a prevenção, fruto da deficiência do SUS. Evidentemente que nestas condições a defesa da medicina preventiva, que é a desejada por todos os médicos, só pode ser por interesse econômico".

Houve outros problemas como a oposição às áreas de atuação e à colaboração das sociedades de especialidade, a valorização apenas das áreas básicas em detrimento das especialidades médicas, a tendência ao uso da residência médica para sanar deficiências da saúde, caracterizando-a como uma política de saúde.

"Estas interferências começaram a prejudicar a busca da excelência na formação do residente, alicerçada no mérito acadêmico e competência profissional. Esses princípios caracterizaram o nosso trabalho nestes últimos quatro anos, que acabou sendo reconhecido por todos: sociedades de especialidade, entidades governamentais, AMB e CFM. Em relação à interferência dos gestores na Residência Médica, eles têm mais é que pagar a conta e ficar contentes com o que a Residência Médica oferece, pois estão pagando barato pelo ótimo atendimento médico no contexto da saúde no país. Certamente, médicos contratados estariam determinando uma despesa muito maior com eficiência questionável. Sempre lutamos pelos direitos dos residentes e por um salário digno com a liberdade de optarem pela especialidade médica que quisessem, uma vez que a falta de médicos é política de saúde deficiente".

O professor compreende que a política do Ministério da Saúde visa a resolver a questão da saúde pública do país no improviso, com residentes. Ou seja, querem mão-de-obra barata.

"Essa é a postura dos gestores de saúde, que pouco se importam com a qualidade, por isso reclamaram quando aumentamos o tempo de residência para algumas especialidades e se opuseram até à discreta correção do salário dos residentes. Tal política se encaminha para um atendimento de baixa qualidade, sem a preocupação com a formação adequada do residente, que deverá ser um médico diferenciado, semelhante àqueles que procuram quando estão doentes. Outro fato que irá interferir diretamente na Residência Médica, e que não podemos aceitar, é o reconhecimento dos diplomas dos formados em Cuba sem a devida revalidação. É uma vertente do tipo de política que querem implantar também na Residência Médica: criar programas em lugares afastados, em regiões onde não há preceptoria e faltam médicos, ou seja, uma política que não atende aos princípios defendidos até hoje pelo próprio MEC em relação ao ensino no país, que é a busca da excelência, que embora difícil de ser atingida, não invalida o esforço despendido".

Apoio

Depois de anunciar sua saída da Comissão Nacional de Residência Médica, o presidente da SBCM, Antonio Carlos Lopes recebeu diversas mensagens manifestando apoio à sua gestão. Chegaram mensagens de sociedades de especialidade, acadêmicos, médicos residentes, integrantes de comissões regionais de residência médica, professores de medicina, conselhos de medicina e associações médicas.

Em resumo, as mensagens reafirmam a importância que Lopes teve à frente da Comissão. Entre as frases, constam declarações como "sua liderança foi decisiva", "a residência médica perde um grande mentor e articulador", "fica uma lacuna difícil de ser preenchida", "o senhor é um exemplo que deverá ser seguido" e "parabéns pelo dinamismo na condução dos assuntos ligados à residência médica".

Com informações da AMB

DROGARIA SÃO PAULO
MELHOR ATENDIMENTO PARA FACILITAR
A ADESÃO AO TRATAMENTO
+SP DROGARIA SÃO PAULO

NOVA DIRETORIA

Assembléia define nova diretoria da SBCM

Em assembléia realizada no dia 9 de abril na sede da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, foi definida a nova diretoria da SBCM, para o triênio 2008 - 2010. Os diretores tomaram posse na mesma ocasião. Confira abaixo os integrantes da nova diretoria da SBCM.

Presidente
Antonio Carlos Lopes
Vice-Presidente
Cesar Alfredo Pusch Kubiak
Secretário
Mario da Costa Cardoso Filho
Tesoureiro
Zied Rasslan

Diretores
Assuntos Internacionais
Flávio José Mombru Job
Proteção ao Paciente
Luiz José de Souza
Marketing e Publicidade
Maria de Fátima Guimarães Couceiro

Coordenadores das Comissões
Científica
Eros Antonio de Almeida
Ética Médica
Ernani Geraldo Rolim
Defesa Profissional e Honorários Médicos
José Luiz Bonamigo Filho
Título de Especialista e Recertificação
Maria Elena Guariento
Tabagismo
Abrão José Cury Jr.
Eventos Sociais e Culturais
Luiza Helena Degani Costa

Presidentes dos Capítulos
Sócios Aspirantes
Fabio Freire
Biologia Molecular
José Eduardo Krieger
Informática Médica
Daniel Sigulen
Medicina de Urgência
Helio Penna Guimarães
Reanimação Cardio-Pulmonar-Cerebral
Sergio Timerman
Residentes e Pós-graduandos
Renato Delascio Lopes
Investigação Clínica
José Carlos Nicolau
Epidemiologia Clínica
Álvaro Avezum Jr.
Bioética
Reinaldo Ayer de Oliveira
Medicina Paliativa e Dor
Newton Monteiro de Barros
Medicina de Família e Comunidade
Ramiro Anthero Azevedo

LIGAS

Ligas realizam Curso Básico de Eletrocardiografia

No dia 5 de abril as Ligas Acadêmicas de Clínica Médica, vinculadas ao capítulo de Sócios Aspirantes da SBCM, realizaram um Curso Básico de Eletrocardiografia no auditório principal da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.

Com o auditório lotado, e evento teve cerca de 400 participantes que vieram de diversas regiões do país. Além do estado de São Paulo, médicos e estudantes do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Pernambuco participaram das atividades do evento.

CONTROVÉRSIAS NA MEDICINA

Tratamento do infarto agudo do miocárdio

Luciano Moreira Baracioli

O infarto agudo do miocárdio (IAM) passou a ser uma entidade clinicamente reconhecida no início do século xx e permanece, até hoje, como um importante problema de saúde pública, sendo uma das maiores causas de óbito em todo o mundo ocidental. Nos EUA, ocorrem cerca de 500 mil novos casos/ano, enquanto no Brasil estimam-se cerca de 350 mil casos/ano. Historicamente, antes do advento das Unidades Coronárias na década de 60, a mortalidade no IAM era ao redor de 30%; com o advento destas caiu para 15%-20%, basicamente por conta de um melhor controle de arritmias potencialmente fatais. A partir da década de 1980, com o desenvolvimento dos métodos terapêuticos de recanalizacão/reperfusão coronária, fundamentalmente aspirina, fibrinolítico e, mais recentemente, intervenção coronária percutânea (ICP) primária, a mortalidade chegou aos atuais 6-10%.

O método de escolha de recanalização (desobstrução do vaso culpado) no IAM é a ICP primária, e deve ser realizada, idealmente, em até noventa minutos após a chegada do paciente ao hospital. Em revisão sistemática, comparando a terapêutica fibrinolítica versus ICP primária em 7.739 pacientes com IAM (foram incluídos 23 estudos clínicos), notou-se redução da mortalidade (7% vs 9%, p = 0,0002), reinfarto (3% vs 7%, p < 0,0001) e acidente vascular cerebral (1% vs 2%, p = 0,0004) sempre a favor do grupo ICP, tanto a curto quanto a longo prazo. Outra metanálise, comparando transferência de pacientes com IAM para hospitais com ICP versus terapia fibrinolítica imediata, (incluiu seis estudos - n= 3.750), demonstrou redução significativa de 42% (p < 0,001) na ocorrência de morte, reinfarto e acidente vascular cerebral, a favor do grupo transferência. Porém, dados de um desses estudos (estudo Prague 2) demonstrou que o grupo submetido à estreptoquinase nas primeiras três horas de sintomas apresenta mortalidade semelhante ao grupo transferido para ICP primária. Diante de várias dificuldades, segurança e, principalmente, devido ao "tempo perdido" nessas transferências, o último consenso americano enfatiza que pacientes com IAM que se apresentam em hospitais que não dispõem de ICP primária e que não podem ser transferidos para outro centro com tempo "contato médico – ICP primária" menor que noventa minutos, devem receber terapia fibrinolítica dentro dos primeiros trinta minutos (porta-agulha).

O uso do fibrinolítico continua a ser a terapêutica mais utilizada no IAM e o seu benefício é inversamente proporcional ao tempo entre o início dos sintomas e o do tratamento, havendo benefício significativo até doze horas de evolucão. Disponíveis em nosso meio, o t-PA e TNK-PA são similares em termos de eficácia, e ambos são superiores à estreptoquinase. Como anti-trombóticos associados aos fibrinolíticos, temos: 1- AAS – a utilização do AAS já bem estabelecida desde o final da década de 1980, quando o estudo ISIS 2, com cerca de 17 mil pacientes com suspeita de IAM, demonstrou redução de 23% na mortalidade aos 35 dias com utilização do AAS isoladamente (muito semelhante ao uso isolado da estreptoquinase) e de 42% quando da associação AAS+ STK; 2 – Clopidogrel - após publicação dos estudos CLARITY-TIMI 28 no qual foram avaliados cerca de 3.500 pacientes com IAM tratados com fibrinolítico + AAS e randomizados para clopidogrel ou placebo, e COMMIT, no qual cerca de 45 mil pacientes com IAM receberam terapia com clopidogrel/placebo + AAS, com ou sem fibrinolíticos, sugere-se utilização rotineira do clopidogrel em todo paciente (recanalizado ou não) com até 24 horas de evolução, com dose de ataque (300 mg) seguida de dose de manutenção (75 mg/dia) em pacientes de até 75 anos de idade, mantendo ao menos 14 dias, podendo ser prolongada por 1 ano. Evita-se a dose de ataque a pacientes com mais de 75 anos; 3 – Heparinas - pacientes submetidos à terapia fibrinolítica devem receber anticoagulantes por ao menos 48 horas, sendo a dose da heparina não fracionada de 60 UI/kg IV bolus, máximo de 4.000 UI e infusão contínua inicial de 12 UI/kg/h com objetivo de manter TTPa entre 1,5 e 2,0 basal (50 – 70"). O estudo ExTRACT-TIMI 25 randomizou cerca de 20.500 pacientes com IAM (todos tratados com fibrinolítico específico ou não) para utilizarem enoxaparina SC durante o período de internação ou heparina não fracionada por ao menos 48 horas, demonstrou que morte e infarto do miocárdio recorrente não fatal (desfecho primário de eficácia) aos trinta dias foram menores no grupo enoxaparina (12% vs 9,9% com 17% de redução do risco relativo, p < 0,001) a custa de aumento discreto, porém significativo, na incidência de sangramento maior (1,4% vs 2,1%, p < 0,001), sendo os benefícios líquidos da terapêutica (computando eficácia e segurança), altamente favoráveis à enoxaparina, sempre de forma significativa. Nesse contexto, a enoxaparina deve ser utilizada na dose de 30 mg IV em bolus seguido de 1 mg/kg de 12/12 horas na fase de internação hospitalar (até o oitavo dia), nos pacientes com mais de 75 anos, o bolus não deve ser utilizado, diminuindo-se a dose de manutenção para 0,75 mg/kg de 12/12 horas, e nos com clearence de creatinina estimado menor do que 30 mL/min devem receber apenas metade da dose diária, ou seja, 1 mg/kg 1x/dia.

Outras terapêuticas adjuvantes são muito úteis no IAM, devendo ser utilizadas rotineiramente: - β-bloqueadores, em especial seu uso via oral; - IECA e BRA, em especial nos pacientes com disfunção do VE, hipertensos e diabéticos; - bloqueador da aldosterona, nos pacientes com FEVE<40% sintomático ou diabéticos, sem disfunção renal ou hipercalemia; - hipolipemiante, nos pacientes com LDL-c maior que 100 mg/dl tendo como alvo 70 mg/dl.

Luciano Moreira Baracioli *é cardiologista e médico assistente da Unidade Clínica de Coronariopatia Aguda do Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)*

Amanda G. M. R. Sousa

Em 1980, De Wood e cols. publicaram, no New England Journal of Medicine, artigo que foi um marco histórico na evolução dos conhecimentos sobre o infarto agudo do miocárdio (IAM). Neste trabalho, os autores identificaram a formação aguda de um trombo (sub)oclusivo como a causa desencadeadora do IAM. Com isto, uma nova era terapêutica tinha início: a era da reperfusão.

Sob o fundamento de que: ao se desobstruir a artéria acometida, evitar-se-ia que o músculo cardíaco agudamente isquêmico evoluísse para necrose/fibrose, podendo-se com isto preservar-se a função ventricular, buscou-se nas primeiras experiências clínicas a conseqüente redução da mortalidade, o que foi obtido com os fibrinolíticos: estreptoquinase e tPA..

Paralelamente a estas conquistas, os cardiologistas intervencionistas, a partir do trabalho pioneiro de Hartzler e cols nos EUA, e de Sousa e cols em nosso meio, ambos no início da década de 80, passaram a propor a desobstrução mecânica do vaso culpado.

Foi-se demonstrando que pelo menos dez são as razões do benefício mais amplo da angioplastia (ICP) no IAM, quando comparada aos fibrinolíticos. A coronariografia que precede a intervenção percutânea permite:

1- a definição do diagnóstico de certeza; 2- a estratificação de risco (pela identificação de número de vasos acometidos e, do grau de disfunção do VE) e a; 3- identificação do vaso e da lesão culpada, assim como da situação do fluxo coronáriono no leito vascular. A desobstrução mecânica em si oferece:

4- obtenção de maior nível de sucesso do procedimento (> 95%), com maiores taxas de fluxo TIMI 3 (> 90%); 5- menores lesões residuais (< 20%), particularmente com o uso dos stents coronários; 6- menores taxas de reoclusão, reinfarto e de isquemia recorrente; 7- maior recuperação tardia de FVE (avaliada pela Ecocardiografia ou pela Medicina Nuclear); 8- menores mortalidades hospitalar e tardia; 9- menores taxas de acidente vascular cerebral e a; 10- possibilidade de se planejar adequadamente o tratamento complementar, desde intervenções adicionais para outros vasos eventualmente lesados (ICP ou cirurgia de revascularização) até o plano individualizado de reabilitação cardiovascular, de acordo com o risco estabelecido, no cateterismo diagnóstico.

A II Diretriz da SBHCI-SBC recentemente elaborada e, que deverá ser publicada no mês de maio de 2008, aborda o tema. Foi consensual a recomendação de se indicar a ICP primária para pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, com sintomas iniciados < 12 horas e com viabilidade de se efetivar o procedimento com retardo < 90 minutos após o diagnóstico (recomendação I, nível de evidência A).

Também houve consenso de se recomendar a transferência, para um centro de cardiologia intervencionista, de infartados com contra-indicação formal para fibrinólise, retardo > 3 horas do início dos sintomas e a expectativa de se realizar ICP primária em < 90 minutos, com disponibilidade logística reconhecida e ativa de um sistema de transporte de rápido deslocamento. Transferências mais demoradas, mas ainda dentro do período de 2 horas, receberam a recomendação da maioria (IIA) com nível de evidência moderado (B).

Além da angioplastia primária, sem o uso prévio de fibrinolíticos, foi também discutida a ICP pós-fibrinólise no IAM. Duas situações são destacadas no documento:

1- Fibrinólise sem sucesso seguida de ICP de resgate: esta indicação recebeu recomendação consensual (I), para casos com persistência de dor e/ou elevação > 50% do segmento ST em > 1 derivação do ECG (não regressão ou nova elevação do ST em < 12 horas do início do IAM) (nível de evidência A).

2- Fibrinólise com sucesso seguida de ICP sistemática: a chamada estratégia invasiva de rotina. Foi aconselhada pela maioria (IIA), quando a cinecoronariografia revela lesão na artéria culpada de grau < 100% e > 50% (nível de evidência A), ou quando a fração de ejeção for < 40% e/ou houver arritmias complexas ou ainda descompensação cardíaca (nível de evidência C).

Outra estratégia de tratamento intervencionista do IAM, a facilitação pela administração sistemática de inibidores da glicoproteína IIb-IIIa e/ou de fibrinóliticos prévios ao procedimento (uso no domicílio, no transporte ou no Pronto Socorro) não foi recomendada, consensualmente (III, nível de evidência A).

Estas recomendações representam, portanto, o que de mais recente a Cardiologia Intervencionista aconselha, por meio da opinião de cerca de 60 líderes nacionalmente reconhecidos. Com este instrumento, os cardiologistas e clínicos gerais terão um forte respaldo para suas decisões, na prática do dia a dia, para o manejo adequado dos pacientes agudamente infartados. Logicamente do ponto de vista logístico, a implementação de ações de saúde, para esta finalidade, é essencial. O pronto e eficiente atendimento ao infartado requer não só a agilidade diagnóstica do médico que o atende, como também o preparo institucional: ou para a execução de procedimentos de cateterismo cardíaco em tempo hábil, ou para o transporte rápido e adequado, até um centro terciário próximo, que ofereça estas facilidades. O compromisso da Saúde Pública igualmente é essencial, nessa operação que requer ações prontas e eficazes, nos vários níveis de decisão.

Amanda G. M. R. Sousa *é Diretora da Divisão de Diagnóstico e Terapêutica do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia do Estado de São Paulo, Vice-diretora do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração, Professora livre docente em Cardiologia da Faculdade de Medicina da USP e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina/ Tecnologia e Intervenção em Cardiologia da USP.*

ARTIGO

Atentado ao ensino médico

Antonio Carlos Lopes

Há dias o jornal O Estado de São Paulo noticiou que o Ministério da Saúde planeja implantar "um novo perfil para a medicina", por intermédio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde. A proposta está centrada no curso de graduação em medicina. Por conhecermos a filosofia ideológica desta Secretaria, somos obrigados a trazer a público a realidade dos fatos. O objetivo é formar médicos para o SUS, e desde já salientamos a contramão da realidade em que se encontra este projeto.

Contestamos tal posicionamento, pois a prioridade deve ser a formação de médicos competentes, éticos, prontos para trabalhar no SUS e também nos diversos locais que o mercado oferece. O paciente do Sistema Único de Saúde também merece um médico qualificado, por isso, a formação deve ser de excelência. A proposta do Ministério da Saúde mostra desconhecimento sobre o ensino médico e o exercício profissional; afronta princípios do ensino preconizados por quem exerce a medicina e busca a excelência acadêmica e a competência profissional.

O correto e bom ensino médico é complexo. Envolve currículo humanista, modelo pedagógico, estrutura acadêmico-administrativa, metodologia de ensino e de avaliação, e recursos humanos e materiais condizentes. É necessário ainda que haja quem ensine, pois a medicina é uma profissão em que só se aprende ao lado de quem sabe, assim como é fundamental o ambiente em que se dá o aprendizado. Este fato, com a grande expansão do ensino médico na última década, pode ser um complicador, pois não há docentes qualificados para todas as escolas recém-criadas, sendo que a maioria não possui condições minimamente adequadas.

Como sabemos, um grande número dos postos de saúde apresenta condições precárias de atendimento e não têm estrutura para o ensino da medicina. As filas são enormes, as condições de higiene precárias, o atendimento ao paciente dura menos de dez minutos, pessoas morrem em filas de espera, as doenças não são tratadas, mas sim os sintomas, e os resultados dos exames só chegam quando a situação clínica do paciente já é totalmente diferente da inicial. É, portanto, claro que este não é um ambiente adequado para o ensino da medicina. Porém, é evidente que os alunos da graduação devem ter no seu currículo o estágio no SUS, até mesmo para aprender o que não se deve fazer, mas isso nunca pode ser prioridade.

Se o escopo do Ministério da Saúde é propor mudanças no ensino da medicina, o que não é da sua alçada, com o objetivo de garantir mão-de-obra barata, não conseguirá. Se pretende sensibilizar o aluno a se compromissar com o SUS, certamente o amedrontará. Inclusive corremos o risco de a decepção o levar a abandonar o curso médico, tão desejado dentro de seu idealismo louvável. Se tal proposta fosse boa, não deveria envolver repasse de verbas, uma vez que as instituições, que possuem a massa pensante, já estariam centrando o ensino na rede pública de saúde. Que não se confunda ensino da medicina com mercadoria que pode ser "comprada".

Entendemos ser o SUS o melhor sistema de saúde já idealizado e lutamos por sua valorização, mas somos testemunhas dos problemas que o tornam inviável para a transmissão de conhecimento e a formação médica. Concordamos que o ensino deva ser baseado na comunidade, e não apenas como ocorre em algumas instituições, em que está centrado em casos ditos "interessantes", pois todos o são, e o que ocorre são médicos desinteressados, cujo desinteresse possui explicações que escapam ao escopo deste artigo.

Para agravar a situação, a Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, tenta transformar a residência médica em política de saúde, quando é política de educação. É a educação a serviço da saúde, e por isso está alocada no MEC. Além de a Secretaria tentar interferir no ensino da graduação, quer usar o residente para solucionar os problemas de saúde do país, por ser mão-de-obra barata, comprometendo o aprendizado em serviço que caracteriza a residência, que não tem como objetivo sanar as dificuldades da graduação, mas o faz uma vez ser esta totalmente deficiente.

A referida Secretaria lamenta ser a residência médica puramente curativa, propondo um perfil mais preventivo. Porém, o atendimento médico só poderá ser preventivo, como todos queremos, quando as doenças e o sofrimento das pessoas estiverem sob controle, e os pacientes tiverem atendimento médico digno, que priorize a relação médico-paciente e o humanismo. Infelizmente, os que defendem arduamente a medicina preventiva têm demonstrado incompetência no controle da dengue, da febre amarela e de outras doenças prevalentes. Também por falta de conhecimento não sabem que a medicina curativa está compromissada e vinculada à medicina preventiva, porém em níveis secundário e terciário.

Respeitamos a opinião do Ministério da Saúde por garantia ao estado democrático de direito. Contudo, a desqualificamos com base no exposto. Esperamos que o ministro da Educação, Fernando Haddad, que tem lutado pela busca da excelência na educação, trabalhando com seriedade e propostas louváveis, interfira imediatamente nessa questão.

Dentro de uma intelectualidade delirante, talvez tenham concluído que a medicina de Cuba seja a solução para o Brasil, advogando para o atendimento médico bacharéis em medicina que não conhecem as características do SUS e da medicina brasileira, com formação (se é que ela existe) fundamentalmente sanitarista. Talvez, a curto prazo, a busca desse novo perfil para a medicina leve nossos estudantes a ter como professores tais bacharéis cubanos, que nem revalidaram seus diplomas, colocando em risco o ensino e a graduação.

Antonio Carlos Lopes *é Presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e Professor Titula da Disciplina de Clínica Médica da Unifesp/EPM*

TÍTULO DE ESPECIALISTA

Confira abaixo os novos especialistas em Clínica Médica

ANA CHRISTINA VELLOZO CALUZA
SANTA BRANCA, SP

ANA LUMI KANAJI
SÃO PAULO, SP

ANA PAULA MAIA BAPTISTA
SÃO PAULO, SP

ANTONIO SÉRGIO DE SANTIS ANDRADE LOPES
SÃO BERNARDO DO CAMPO, SP

BIANCA DADALTO
SÃO PAULO, SP

CARLA LOBATO GREGORIO
SÃO PAULO, SP

CAROLINA KAWAMURA
SÃO PAULO, SP

CELSO FERREIRA DE CAMARGO SALLUM FILHO
SÃO PAULO, SP

CELSO VILELLA MATOS
SANTOS, SP

CLAUDIA SILVA LIBONI
SÃO PAULO, SP

DANIELA BRANDÃO PEREIRA
SÃO PAULO, SP

DANTE FANGANIELLO SENRA
SÃO PAULO, SP

ETIENE RIBEIRO DE ALMEIDA
SÃO PAULO, SP

FABIO LOURENÇO MORAES
SÃO PAULO, SP

FÁBIO NASSER SANTOS
SÃO PAULO, SP

FERNANDA GUIMARÃES WEILER
SÃO PAULO, SP

FERNANDA MARTINS GAZONI
SÃO PAULO, SP

FERNANDO TAKASHI NAKAGAWA
SÃO PAULO, SP

JOÃO BATISTA ZINATO MOREIRA
BELO HORIZONTE, MG

JOÃO MANUEL FARIA SIMÕES CARVALHO MAIO
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP

KÁTIA BLUMBERG
SÃO PAULO, SP

LORIMILDA DINIZ GUALBERTO
BRASILIA, DF

LOUIS NAKAYAMA OHE
SÃO PAULO, SP

LUCIANA SANTOS DE ASSIS
SÃO PAULO, SP

LUCIANA WANG GUSUKUMA
SÃO PAULO, SP

LUÍS EDUARDO ROSA ZUCCA
SÃO PAULO, SP

LUÍS HENRIQUE BEZERRA CAVALCANTI SETTE
SÃO PAULO, SP

LUIZ FERNANDO YBARRA MARTINS DE OLIVEIRA
SÃO PAULO, SP

LYGIA SCHANDERT
SÃO PAULO, SP

MARCELA USHIDA
SÃO BERNARDO DO CAMPO, SP

MARCELO PAVAN PAIVA
SÃO PAULO, SP

MARCIO GIANOTTO
SÃO PAULO, SP

MARIANA ZUCCOLOTTO FORONI
SÃO PAULO, SP

MICHEL LAKS
SÃO PAULO, SP

MICHELLE ZICKER
SÃO PAULO, SP

PAULO CURY REZENDE
SÃO PAULO, SP

PRISCILA LIGEIRO GONÇALVES
SÃO PAULO, SP

PRISCILA NATHALIE REIKO LANDIM
SÃO PAULO, SP

RAFAEL BARRETO PAES DE CARVALHO
SÃO PAULO, SP

RENATO LAKS
SÃO PAULO, SP

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO
SÃO PAULO, SP

RODRIGO AMBROS WALLAU
SÃO PAULO, SP

RODRIGO BARBOSA ESPER
SÃO PAULO, SP

RODRIGO DE REZENDE ZAGO
SÃO PAULO, SP

THIAGO ANTONIO RODRIGUES PELLEGRINI
SÃO PAULO, SP

TIAGO PRADO GALUPPO MARTINS
CAMPINAS, SP

TICIANA PAES B. DA SILVA
SÃO PAULO, SP

4º Congresso Internacional de Clínica Médica

4°Congresso Internacional de Medicina de Urgência
3°Simpósio Brasileiro de Medicina Paliativa
3°Congresso Nacional das Ligas Acadêmicas de Clínica Médica

Tema Central: SAÚDE INTEGRAL DA MULHER

Objetivos: Apresentar o que há de novo em Clínica Médica permitindo atualização completa dos congressistas com a participação interativa de convidados nacionais e internacionais.

Dinâmica: Mesas Redondas, Painéis, Conferências, Controvérsias em Clínica Médica, Encontros com Professor, Curso Intracongresso, ACLS, Temas Livres e Provas para Título de Especialista em Clínica Médica, Área de Atuação em Medicina de Urgência, e Exame de Suficiência - Categoria Especial.

5 a 7 de junho de 2008
Palácio das Convenções Anhembi
São Paulo - SP

Informações e inscrições:
www.sbcm.org.br/internacional2008

Meeting Eventos
Telefone (11) 3849-8263 /3849-0379
www.meetingeventos.com.br

Realização:
Sociedade Brasileira de Clínica Médica

UNIFENAS marjan farma

CONGRESSO INTERNACIONAL

Programa preliminar do 4º

Sujeito a alterações até a data do evento

Dia 05 de junho

AUDITÓRIO 3

10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Gripe aviária
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA A importância da formação clínica para o intensivista
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
15:00 - 16:00 CONFERÊNCIA Associativismo e sua importância
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Título de especialista e sua importância
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Endocardite infecciosa

AUDITÓRIO 9

10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Morte súbita na atividade esportiva
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Doença inflamatória intestinal
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Tratamento da dor
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Febre de origem indeterminada
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Hepatites virais: O que há de novo

AUDITÓRIO ELIS REGINA

10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Síndromes isquêmicas agudas do coração em situações especiais
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Sepse: conceitos atuais e tratamento
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Choque
16:00 - 17:00 CONTROVÉRSIAS Cardiologia intervencionista
17:00 - 18:00 LIGAS ACADÊMICAS DE CLÍNICA MÉDICA Mercado de trabalho: situação atual e perspectivas

GRANDE AUDITÓRIO

10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Doença arterial coronária e coagulação
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Disfunção endotelial e aterosclerose
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 CONFERÊNCIA Fibrilação atrial - o estado da arte
16:00 - 17:00 CONTROVÉRSIAS Tratamento do AVC isquêmico
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Tratamento cirúrgico da obesidade

SALA 1

10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Esteatohepatite não alcoólica: aspectos atuais e sua importância clínica
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Aids: da infecção ao tratamento atual
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Terapêutica biológica em clínica médica
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Oftalmologia para o clínico
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Dengue: o difícil controle

SALA 2

10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Quando e como prescrever suplementos alimentares
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Anemia ferropriva infanto-juvenil: como tratar
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Prescrição de anorexígenos
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Orientação nutricional para atividade física

SALA 4

10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Sistematização no diagnóstico por imagem. Sensibilidade e especificidade dos exames
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Análise crítica da medicina contemporânea
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Doença de chagas. O que é importante para o clínico
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Tratamento cirúrgico do diabetes melito: presente, passado e futuro
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Ep - Vasculites

SALA 8

10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Tosse crônica
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Doenças infecciosas emergentes e reemergentes
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Disfunção sexual no homem e na mulher
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA farmacogenética
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Ep - Doenças da tiróide

Congresso Internacional de Clínica Médica

Dia 06 de junho

AUDITÓRIO 3

08:30 - 17:00 LIGAS ACADÊMICAS DE CLÍNICA MÉDICA Curso prático de Basic Life Support da American Heart Association
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Ep - Endocardite infecciosa

AUDITÓRIO 9

09:30 - 11:30 MESA RENDONDA Doenças da tiróide
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Dislipidemias de difícil tratamento
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Distúrbios do sono na prática clínica
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Avanços na angiologia intervencionista
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Gestão em saúde

AUDITÓRIO ELIS REGINA

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Arritmias cardíacas
09:30 - 11:30 MESA RENDONDA Atendimento à parada cardiocirculatória
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Hemorragia digestiva
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Ventilação mecânica na Urgência
16:00 - 17:00 CONTROVÉRSIAS Tromboembolismo pulmonar
17:00 - 18:00 LIGAS ACADÊMICAS DE CLÍNICA MÉDICA Currículo: o que se espera do recém-formado?

GRANDE AUDITÓRIO

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Atualização em antibióticoterapia
09:30 - 11:30 MESA RENDONDA Hipertensão arterial
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Células-tronco: estado atual e perspectivas futuras
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Síndrome metabólica
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Obesidade

SALA 1

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Conduta no nódulo de mama
09:30 - 10:30 CONFERÊNCIA Terapia de reposição hormonal
10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA HPV: prevenção, tratamento e vacina
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Resistência periférica insulínica em ginecologia
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 17:00 PAINEL Anticoncepção
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Sangramento menstrual anormal. Terapêutica clínica. Anticoncepcionais orais, AINH, DIU, análogos e antifibrinolíticos

SALA 2

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Julgamento médico simulado CFM
09:30 - 10:30 CONFERÊNCIA H. Pylori - importância clínica
10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Intoxicações exógenas
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Diagnóstico das coagulopatias
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 15:00 CONFERÊNCIA Tabagismo
15:00 - 16:00 CONFERÊNCIA Alcoolismo
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Picadas por animais peçonhentos
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Afogamento

SALA 4

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Aspectos moleculares no diagnóstico do Câncer
09:30 - 10:30 CONFERÊNCIA ECG para o clínico
10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Interpretação da radiografia de tórax
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Interpretação da tomografia de tórax
14:00 - 15:00 CONFERÊNCIA DSTs - quais e como e com que frequência nos contaminamos quando expostos
15:00 - 16:00 CONFERÊNCIA Síndromes paraneoplásicas
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Enfisema pulmonar - Tratamento cirúrgico
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Ep - Glomerulopatias

SALA 8

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Síndrome do intestino irritável
09:30 - 10:30 CONFERÊNCIA Cefaléia
10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Adenoma da próstata - A importância do clínico no diagnóstico e trato
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Doenças sexualmente transmissíveis
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 15:00 CONFERÊNCIA Interpretação do hemograma
15:00 - 16:00 CONFERÊNCIA Imunoistoquímica no diagnóstico anatomopatológico
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Anemia falciforme
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Ep - Hipertensão arterial, etiologia, diagnóstico clínico e terapêutica atual. Perspectivas

Dia 07 de junho

AUDITÓRIO 3

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Avaliação e tratamento da dor em pacientes não comunicativos: da UTI ao idoso demenciado
09:30 - 10:30 DIRETRIZES Avançadas de fim de vida e autonomia. Estamos Respeitando A Vontade Do Nosso Paciente?
10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Tratamento Da Dor Crônica - Aspectos Atuais. Neuropática E Não Neuropática
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Terminalidade
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Cuidados Contínuos Em Pacientes Não Oncológicos
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Eutanasia E Ortotanasia
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Educação Em Cuidados Paliativos

AUDITÓRIO 9

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Abdome Agudo
09:30 - 10:30 CONFERÊNCIA Hemoptise: Diagnóstico E Tratamento
10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Abordagem Inicial Ao Politraumatizado
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA História Do Atendimento Aos Pacientes Graves: Ps E Uti
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Emergências Vasculares
16:00 - 17:00 MESA RENDONDA Tce E Avc
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Insuficiência Renal Aguda No Ps E Uti

AUDITÓRIO ELIS REGINA

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Terapêutica Transfusional
09:30 - 11:30 PAINEL Geriatria Para Clínico
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Distúrbios Hidroelétrolíticos
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Insuficiência Cardíaca. O Que Há De Novo
16:00 - 17:00 MESA RENDONDA O Paciente Com Dor No Peito Na Emergência
17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA Tratamento Das Dislipidemias. O Que Há De Novo

GRANDE AUDITÓRIO

08:30 - 09:30 DIRETRIZES Prevenção Na Tvp
09:30 - 11:30 MESA RENDONDA Coração E Rim
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Criopreservação De Tecidos E Gametas. Congelamento De Sêmen, Tecidos Ovarianos, Óvulos Congelados E A Situação Dos Embriões No Brasil E No Mundo
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Diabetes Melito
16:00 - 17:00 CONTROVÉRSIAS Construção Do Conhecimento Em Clínica Médica
17:00 - 18:00 LIGAS ACADÊMICAS DE CLÍNICA MÉDICA Associativismo

SALA 1

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Gastroenteropatia Diabética
09:30 - 10:30 PALESTRA Como Interpretar Corretamente A Literatura Médica?
10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA Trombofilias
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Anemias Carenciais
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 15:00 CONFERÊNCIA Asma. Aspectos Atuais
15:00 - 16:00 CONFERÊNCIA Dermatologia Para O Clínico
16:00 - 17:00 PALESTRA Como Desenhar Estudos Clínicos?

SALA 2

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Hipertensão Arterial Crônica Na Gravidez
09:30 - 11:30 MESA RENDONDA Patologia Médica Na Gestação
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Toxemia Gravídica
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 MESA RENDONDA Diagnóstico Precoce E Rastreamento Do Câncer De Mama
16:00 - 18:00 MESA RENDONDA Ginecologia De Consultório

SALA 4

08:30 - 09:30 CONFERÊNCIA Dpoc
09:30 - 11:30 MESA RENDONDA Residência Médica
11:30 - 12:30 CONFERÊNCIA Ética Na Pesquisa Com Seres Humanos
12:30 - 14:00 SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 - 16:00 CONTROVÉRSIAS Angioplastia Versus Revascularização Do Miocárdio Nas Síndromes Agudas Do Coração
16:00 - 17:00 CONFERÊNCIA Medicina Hiperbárica

SALA 8

08:00 - 10:00 TEMAS LIVRES
10:00 - 12:00 TEMAS LIVRES

ESPAÇO DA AMB

Residência Médica em debate

José Luiz Gomes do Amaral

A residência médica é uma consagrada forma de especialização em medicina. Busca, por meio da prática clínica, sob a supervisão qualificada, formar os médicos, habilitando-os ao pleno exercício da profissão. A ampliação do conhecimento médico nas últimas décadas exige correspondente aumento no conteúdo e extensão dos programas de residência médica, que hoje, em todo mundo, obrigatoriamente ultrapassa quatro anos.

Espera-se que a formação do médico seja integral, sólida a ponto de permitir-lhe desenvolver-se em uma carreira que, não raro, ultrapassa quarenta anos. A residência é complementação obrigatória do curso de formação e, ao completá-la, deve o médico dominar a especialidade escolhida em todos os aspectos.

Trata-se de um erro fundamental tentar reduzir os programas apenas aos aspectos mais prevalentes das doenças que circunstancialmente afligem o país, visto que este quadro é mutável e a carreira é longa. De outra parte, se o fizéssemos, teríamos profissionais de qualidade inferior aos formados em países mais bem sucedidos. Estaríamos, portanto, caminhando na direção contrária ao progresso que desejamos.

O Ministério da Educação e as Sociedades de Especialidade poderiam melhor contribuir para a formação dos médicos, se o Ministério da Saúde se ocupasse em criar condições para distribuir os médicos no Brasil facilitando sua atuação. Vemos com apreensão propostas reducionistas e manifestações de conceitos ultrapassados. Não há lugar para médicos "pés descalços" no mundo globalizado.

José Luiz Gomes do Amaral *é presidente da Associação Médica Brasileira*

ARTIGO

Minha Medicina está agonizando!

Tarcisio Triviño

Ingressei na Faculdade de Medicina em 1962. Conclui o curso médico em 1967. São, portanto, mais de 40 anos no exercício da nobre arte que me foi transmitida por meus mestres.

A minha Medicina iniciava seus ensinamentos ao lado do "cadáver desconhecido" que era minuciosamente dissecado por dois anos consecutivos. Não havia peças ou modelos de material sintético, plástico ou similares.

Os animais, notadamente o cão, davam suas vidas para que pudéssemos aprender fisiologia, bioquímica, farmacologia e outras matérias, sendo, portanto, dignos de todo nosso respeito.

O paciente, quase sempre um "indigente", era alvo de todas nossas atenções. Ouví-lo, examiná-lo com desvelo, orientar seu tratamento, muitas vezes oferecendo os medicamentos, era prática habitual.

Fazer uma ficha de admissão manuscrita, a tão conhecida "pasta azul", era uma tarefa que demandava uma hora ou mais, iniciando pela identificação, história detalhada da doença e antecedentes e continuando com um exame clínico minucioso – que saudade da inspeção, palpação e do inesquecível 33 – para concluir com uma hipótese diagnóstica e uma proposta terapêutica.

O estetoscópio era o grande parceiro na investigação clínica; sua presença identificava o profissional médico.

Os exames laboratoriais, radiológicos, eletrocardiograma, e outros complementares eram solicitados com objetivo de contribuir com o raciocínio clínico e não substituí-lo.

Embora tenha que aceitar a evolução tecnológica, não posso me esquecer que os bisturis, à semelhança das navalhas, eram afiados; o mesmo se diga das pontas das agulhas hipodérmicas, que também eram exaustivamente reutilizadas.

As seringas, de vidro, deslizavam suavemente. Após seu uso eram esterilizadas para serem novamente utilizadas.

As luvas cirúrgicas, ao final do ato operatório, ainda calçadas nas mãos do cirurgião, eram cuidadosamente lavadas para serem esterilizadas e novamente utilizadas em partos ou exames ginecológicos, como o tão conhecido "toque".

Hoje, quase tudo é descartável, incluindo o médico.

Os doentes, razão maior de nossa atividade, retribuíam com respeito à nossa dedicação, entregando-nos, sem qualquer questionamento, o destino de suas vidas.

O ato médico, fosse ele clínico ou cirúrgico, revestia-se de um cerimonial que mais se assemelhava a um culto ecumênico.

A propaganda era regulamentada, permitindo pequenas placas ou letreiros que tinham por finalidade identificar o profissional e sua especialidade, jamais ocupando extensos espaços em outdoor ou na mídia, com o intuito de angariar "fregueses".

Atender um colega ou seus dependentes, gratuitamente, era uma orientação do Conselho Regional e um prazer para o médico, pois além de tudo, era um agradável reconhecimento de suas qualificações.

Dividir honorários, receber dividendos de laboratórios ou benesses de empresas médico-farmacêuticas eram práticas inaceitáveis, conhecidas por "dicotomia", contrariando as diretrizes de "Código de Ética".

As receitas médicas, nem sempre apresentadas de forma legível, tinham sua validação mediante a subscrição de uma assinatura cujo valor era inquestionável. Não se exigia o tão famigerado "carimbo", obrigatório e indispensável que, a par de ser destituído de personalidade própria, pode ser fabricado em qualquer papelaria ou similar.

Na atualidade, qualquer documento médico que ao lado da assinatura do profissional não apresentar o "carimbo", é considerado sem qualquer valor.

Cometiam-se muitos erros, ou enganos, sempre calcados nas mais honestas e sinceras proposições.

O mercantilismo certamente já ocorria, porém era considerado prática excepcional e repudiada pelos demais colegas.

A Medicina era menos científica, menos exata, porém muito mais humana.

O "Juramento de Hipócrates" nos acompanhava, qual uma sombra, em todas as nossas atitudes médicas.

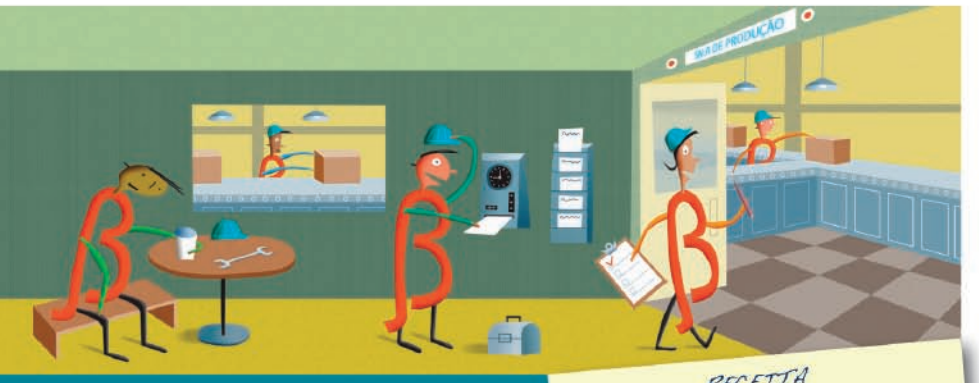
A Medicina mudou muito, até demais, e eu, felizmente, mudei muito pouco.

Por tudo isso, tenho a sensação que a minha Medicina está agonizando.

Se possível, gostaria de morrer com ela.

Tarcisio Triviño *é Chefe do Departamento de Cirurgia e Professor adjunto da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da Unifesp/ EPM*

Agora você tem uma nova opção antes da insulina para o diabetes tipo 2.



BYETTA melhora a função da célula beta[1]

- Redução sustentada da HbA_{1c}[2].
- Perda progressiva de peso[2].
- Fácil de iniciar[4]. Fácil de manter[4].

BYETTA é indicado para pacientes com diabetes tipo 2 que estejam tomando metformina e/ou sulfoniluréia, mas que não tenham atingido um controle glicêmico adequado.

RECEITA

- 1º mês:
BYETTA 5 mcg s.c. 2x /dia
(0 a 1h antes das 2 principais refeições)
- Restante do tratamento:
BYETTA 10 mcg s.c. 2x /dia
(0 a 1h antes das 2 principais refeições)

*Pelo menos 6h entre cada aplicação.

BYETTA® (exenatida) - INDICAÇÕES – BYETTA® é indicado como terapia adjuvante para a melhora do controle glicêmico em pacientes com diabetes melito tipo 2 que estejam tomando metformina, uma sulfoniluréia ou uma combinação de metformina e uma sulfoniluréia, mas que não tenham ainda atingido um controle glicêmico adequado. **CONTRA-INDICAÇÕES – BYETTA®** é contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida à exenatida ou a qualquer um dos seus componentes. **ADVERTÊNCIAS – BYETTA®** não é um substituto da insulina em pacientes que necessitam de insulina. BYETTA® não deve ser usado em pacientes com diabetes tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Quando BYETTA® foi usado em combinação com metformina, nenhum aumento na incidência de hipoglicemia foi observado além daquele do placebo em combinação com metformina. No entanto, quando BYETTA® foi usado em combinação com uma sulfoniluréia, a incidência de hipoglicemia foi aumentada além daquele do placebo em combinação com uma sulfoniluréia. Portanto, pacientes recebendo BYETTA® em combinação com uma sulfoniluréia podem ter um risco aumentado de hipoglicemia. BYETTA® não alterou as respostas hormonais contra-reguladoras para a hipoglicemia induzidas por insulina. Houve alguns relatos espontâneos de casos de aumento do INR (*International Normalized Ratio*), com o uso concomitante de varfarina e BYETTA®, algumas vezes associadas com sangramento. Carcinogênese: Dados pré-clínicos revelam nenhum risco para humanos com base nos estudos convencionais de farmacologia de segurança, toxicidade de dose repetida ou genotoxicidade. Estudos em animais não indicaram efeitos nocivos diretos com relação a fertilidade ou à gestação. Nos estudos toxicológicos de reprodução, altas doses de exenatida causaram efeitos esqueléticos e reduziram o crescimento fetal e neonatal. Gravidez e amamentação: É desconhecido se a exenatida é excretada no leite humano. Dessa forma, BYETTA® deve ser usado durante a gravidez e amamentação somente se o benefício potencial justificar o risco potencial para o feto. Efeitos sobre a habilidade de dirigir e operar máquinas: Quando BYETTA® for utilizado em combinação com uma sulfoniluréia, os pacientes devem ser aconselhados a terem cuidado para evitar a hipoglicemia enquanto estiverem dirigindo carros ou operando máquinas perigosas. Imunogenicidade: Os pacientes podem desenvolver anticorpos anti-exenatida após o tratamento com BYETTA®. Na maioria dos pacientes que desenvolveram anticorpos, os títulos de anticorpo diminuíram com o passar do tempo. Uso em idosos, crianças e outros grupos de risco: BYETTA® não foi estudado em pacientes menores de 18 anos e em pacientes com doenças gastrintestinais graves. BYETTA® foi estudado em pacientes com 65 anos ou mais e nenhuma diferença na segurança ou eficácia foi observada entre esses pacientes e aqueles mais jovens. Uso em pacientes com insuficiência renal e hepática: Devido à exenatida ser depurada principalmente pelo rim, não se espera que a disfunção hepática afete as concentrações sangüíneas de exenatida. BYETTA® não é recomendado para ser utilizado em pacientes com doença renal em fase terminal ou insuficiência renal grave. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS** – O efeito de BYETTA® de lentificar o esvaziamento gástrico pode reduzir a extensão e a taxa de absorção de drogas administradas oralmente. BYETTA® deve ser usado com cautela em pacientes recebendo medicamentos orais que requeiram absorção gastrintestinal rápida. Não foram identificadas interações medicamentosas clinicamente significantes entre a exenatida e os seguintes medicamentos: digoxina, lovastatina, varfarina, lisinopril e paracetamol. BYETTA® não deve ser misturado a outros produtos medicinais. **REAÇÕES ADVERSAS** – Muito Comuns: diarréia, náusea, vômito, hipoglicemia. Comuns: dispepsia, doença de refluxo gastroesofágico, astenia, nervosismo, diminuição do apetite, tontura, cefaléia e hiperidrose. Raros: função renal alterada e pancreatite aguda. BYETTA® pode resultar em uma redução no apetite, consumo de alimento e/ou no peso corpóreo e que não há necessidade de modificação de dose devido a esses efeitos. **POSOLOGIA** – BYETTA® deve ser administrado como uma injeção subcutânea na coxa, abdome ou braço. A terapia com BYETTA deve ser iniciada com 5 mcg por dose, administrada duas vezes por dia, em qualquer momento dentro do período de 60 minutos antes das refeições da manhã e da noite (ou antes das duas refeições principais do dia, com intervalo de aproximadamente 6 horas ou mais). BYETTA® não deve ser administrado após uma refeição. Com base nas respostas clínicas, a dose de BYETTA pode ser aumentada para 10 mcg, duas vezes ao dia, após 1 mês de terapia. Para uso da caneta injetora, seguir cuidadosamente os passos descritos no "Manual do Usuário" que acompanha o produto. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Para mais informações, consulte a bula completa do produto ou o Serviço de Atendimento ao Cliente Lilly SAC 0800 7010444, e-mail: sac_brasil@lilly.com. Caixa Postal 21.313.6 CEP 04602-970 - São Paulo - SP. CDS30SET07

REFERÊNCIAS: 1. Buse JB, *et al.* Effects of Exenatide (Exendin-4) on Glycemic Control Over 30 Weeks in Sulfonylurea-Treated Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2004;27:2628-35. 2. Blonde L *et al.* Interim analysis of the effects of exenatide treatment on A1C, weight and cardiovascular risk factors over 82 weeks in 314 overweight patients with type 2 diabetes. Diab Obes Metab 2006; 8: 436-47. 3. Bula do produto. 4. Buse J. Metabolic effects of two years of exenatide treatment on diabetes, obesity, and hepatic biomarkers in patients with type 2 diabetes: an interim analysis of data from the open-label, uncontrolled extension of three double-blind, placebo-controlled trials. Clin Ther. 2007;29:139-153

AMYLIN™ Lilly

SAC SERVIÇO DE INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS 0800 701 0444 sac_brasil@lilly.com | www.lilly.com.br

Byetta® exenatida
Ganhe Controle, Perca Peso[1]

© Copyright Eli Lilly do Brasil. Abril de 2008. Todos os direitos reservados. Material destinado à classe médica e farmacêutica. P28Y04

HOMENAGEM

Emoção marca homenagem da Unifenas ao médico Antonio Carlos Lopes

Reprodução: Jornal dos Lagos (8 de março de 2008)
Soloni Viana

Uma emoção indizível permeou o auditório do CEASC (Centro de Estudos e Atenção a Saúde da Comunidade), da Unifenas, no Bairro Itapuã, em Belo Horizonte, enchendo de significado a noite do dia 26 de fevereiro quando aconteceu a sessão solene em homenagem ao médico Antonio Carlos Lopes, promovida pela Universidade José do Rosário Velano.

Autoridades acadêmicas e representantes dos poderes executivo, legislativo e judiciário, médicos, professores e amigos convidados uniram-se à Unifenas para homenagear o presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, que em nome da ética profissional, demitiu-se da Secretaria Executiva do Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, deixando um trabalho consolidado e a sua marca de competência e profissionalismo. Após a composição da mesa com as ilustres presenças da senhora vice-reitora da Unifenas Dra. Maria do Rosário Velano, do homenageado Antonio Carlos Lopes, da chefe de gabinete do reitor, Dra. Larissa de Araújo Velano, da assessora jurídica da reitoria, Viviane Araujo Velano Cassis, do deputado estadual pelo PSDB, Carlos Mosconi, presidente da Comissão de Saúde da ALMG (Assembléia Legislativa de Minas Gerais), e do Dr. Paulo de Tarso Tamburini, juiz do Tribunal Regional Eleitoral de Minas Gerais, iniciou-se a cerimônia ao som de violinos e acordeons, do grupo musical de Vinícius Tiso, que ao entoar o Hino Nacional Brasileiro deu o tom solene ao evento.

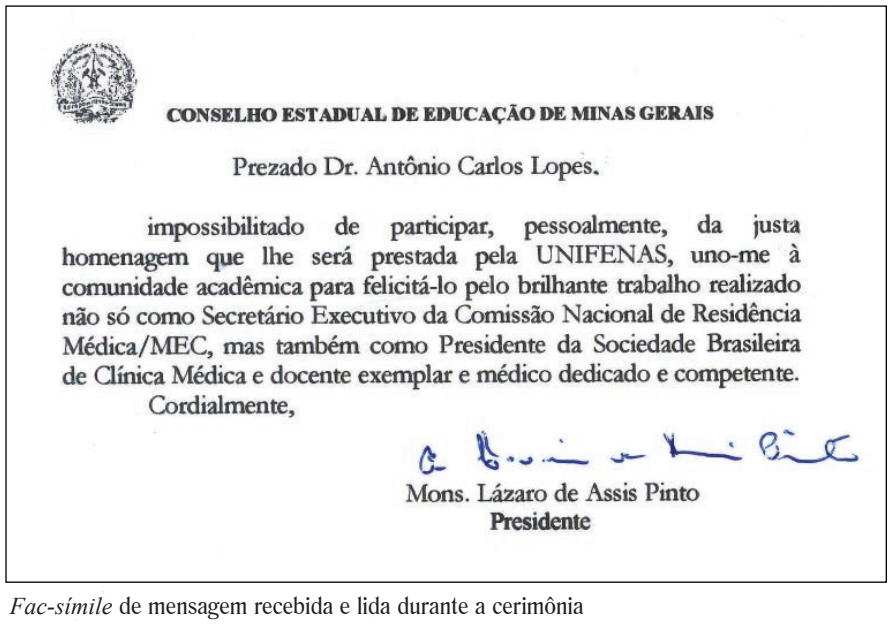
O homenageado foi saudado pelas palavras sábias e amigas da Vice Reitora da Unifenas, Maria do Rosário Velano, que lembrou fatos significantes da história da Unifenas, que comemora 36 anos de existência em maio deste ano, e a importância do incentivo e da solidariedade recebidos do homenageado em momentos marcantes da faculdade de Ciências Médicas. Um vídeo mostrou no telão, em imagens e depoimentos, a rica história de vida do homenageado, através de relatos emocionados de familiares e amigos e da bonita narrativa de Larissa Velano que contou, com sensibilidade e leveza como se conta uma história querida, particularidades do relacionamento do homenageado com a universidade e com a família Velano. Larissa ressaltou na biografia do homenageado o trabalho como médico dedicado à Clinica Médica, sua atuação na Unifesp, sua vocação humanista e a relação fraterna que tem com seus pacientes, independente de condição ou classe social.

Momento de maior sensibilidade foi a apresentação no documentário de declarações do Reitor Edson Antônio Velano feitas em diversas ocasiões passadas. Cada palavra uma emoção.

Em busca da excelência

Emocionado, Antônio Carlos Lopes agradeceu dizendo que aceita honrado a homenagem. Ele lembrou o Reitor da Unifenas, com quem pediu para compartilhar a homenagem, afirmando que Edson Velano deu uma grande contribuição à sociedade brasileira criando a universidade e gerando empregos e oportunidades. "Com o prof. Edson aprendi muito. Aprendi a ouvir. O prof. Edson ouvia, ouvia, ouvia." Antônio Carlos falou sobre a Residência Médica, o ensino médico e sua demissão da Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica em final de janeiro deste ano. Para ele a medicina precisa ser baseada na realidade e a residência médica democratizada, priorizando regiões pouco desenvolvidas em busca da excelência médica. "A medicina levada a sério não admite atalhos", sentencia. O médico afirma: "a medicina é muito importante e tem o diferencial único, dá ao indivíduo a capacidade de tocar em outro ser semelhante em busca da sua melhoria e o toque faz com que ele melhore, diminui a freqüência cardíaca, a sudorese, e ajuda a restabelecer a saúde." Segundo Antônio Carlos o que a comunidade quer é um médico bem formado, com compromisso social, com atos e posturas dignos. "Em toda minha vida fui coerente com este paradigma". Ele esclarece que o objetivo atual do MEC é formar médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), e desde já salienta a contramão da realidade em que se encontra este projeto. "Contestamos tal posicionamento, pois a prioridade deve ser a formação de médicos competentes, éticos, prontos para trabalhar no SUS e também nos diversos locais que o mercado oferece. O paciente do SUS também merece um médico qualificado, por isso, a formação deve ser de excelência. A proposta do Ministério da Saúde mostra desconhecimento sobre o ensino médico e o exercício profissional, afronta princípios do ensino preconizados por quem exerce a medicina e busca a excelência acadêmica e a competência profissional."

Antonio Carlos afirmou que o correto e bom ensino médico é complexo. Envolve currículo humanista, modelo pedagógico, estrutura acadêmico-administrativa, metodologia de ensino e de avaliação e recursos humanos e materiais condizentes. É necessário ainda que haja quem ensine, pois a medicina é uma profissão em que só se aprende ao lado de quem sabe.



CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS

Prezado Dr. Antônio Carlos Lopes.

impossibilitado de participar, pessoalmente, da justa homenagem que lhe será prestada pela UNIFENAS, uno-me à comunidade acadêmica para felicitá-lo pelo brilhante trabalho realizado não só como Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica/MEC, mas também como Presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e docente exemplar e médico dedicado e competente.

Cordialmente,

Mons. Lázaro de Assis Pinto
Presidente

Fac-símile de mensagem recebida e lida durante a cerimônia

EDITAL DO CONCURSO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA 2008

Em vista das crescentes valorização e importância relativas a obter-se o Título de Especialista em Clínica Médica, apresentamos as orientações atuais da Comissão Científica e de Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. O (a) candidato (a), graduado (a) em Medicina, deverá ser submetido (a) a um concurso promovido pela SBCM, e do qual constarão os seguintes itens para avaliação:

Análise Curricular (peso três)

Prova Escrita do Tipo Teste (peso sete)

Pré-Requisitos

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

1. Ter no mínimo dois anos de formado (a);

2. Ter número de CRM definitivo;

3. Estar quite com o Conselho Regional de Medicina;

4. **Ter completado** residência médica reconhecida pelo MEC em alguma das especialidades clínicas (Clínica Médica, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Imunologia e Alergia, Infectologia, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Nefrologia, Oncologia, Pneumologia, Reumatologia), ou na área de Medicina de Família e Comunidade;

ou

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

ou

Ter completado treinamento em Clínica Médica, por no mínimo quatro 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) pontos;

5. O (a) candidato (a) somente poderá inscrever-se no concurso uma vez ao ano.

O CANDIDATO SÓ TERÁ SUA INSCRIÇÃO CONFIRMADA APÓS COMPROVAR O PREENCHIMENTO DOS PRÉ-REQUISITOS DE NÚMEROS 1 A 4, ATRAVÉS DO ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO APROPRIADA PARA A SBCM.

Avaliação

A avaliação dos candidatos ao Título de Especialista em Clínica Médica se faz através da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, da seguinte forma:

• Prova do tipo teste composta de 70 questões com cinco alternativas e com duração de 3 horas – equivalente a 70% da nota final;

• Análise de currículo do qual devem constar os itens apresentados a seguir – equivalente a 30% da nota final.

ANÁLISE CURRICULAR (peso três)

1) ATIVIDADES EM CLÍNICA MÉDICA, DESEMPENHADAS PELO CANDIDATO - pontuação:

i. entre 2 a 5 anos de atividade clínica comprovada: 15 pontos;

ii. ter mais do que 5 anos de atividade clínica comprovada: 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 COMPROVADA, por parte do candidato (a), na área de clínica médica, em qualquer dos três níveis de atenção à saúde. Naturalmente, são também consideradas aqui, entre outras, as atividades desenvolvidas em terapia intensiva, medicina de urgência, medicina de família e comunidade e medicina do trabalho, em função da estreita relação das mesmas com a clínica 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 comprovação. Nesses casos, essa atividade também é considerada em termos de pontuação do currículo.

2) FREQÜÊNCIA EM EVENTOS CIENTÍFICOS E DE ATUALIZAÇÃO NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA - pontuação:

i. 5 ou mais participações comprovadas durante os últimos 5 anos: 15 pontos;

ii. até 4 participações comprovadas nos últimos 5 anos: 13 pontos;

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

iv. até 2 participações comprovadas nos últimos 5 anos: 8 pontos;

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

O desenvolvimento e conclusão (comprovada) do PROCLIM – programa de atualização desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica, com duração de dois anos, terá o valor de 5 pontos.

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

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 Brasileira de Clínica Médica, por suas Regionais, por outra Sociedade constituída por médicos clínicos, pelas instituições afins, pelas faculdades de medicina ou afins, etc., desde que se trate de evento científico público, divulgado entre profissionais clínicos, com PARTICIPAÇÃO COMPROVADA.

3) CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO - pontuação:

i. residência médica NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA (aprovada pela CNRM / MEC): 15 pontos;

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

iii. treinamento em Clínica Médica, por no mínimo quatro anos, comprovado através de carta da Instituição em que foi realizado o treinamento, associado à realização de atividades científicas acreditadas pela AMB com pontuação mínima de oitenta pontos: 8 pontos

iv. mestrado (na área de clinica médica ou áreas afins): 1 ponto;

v. doutorado (na área de clínica médica ou áreas afins): 2 pontos;

vi. curso de especialização (não se incluem aqui os cursos de atualização, cursos de extensão ou relacionados - esses são contemplados no item anterior. Deve ser desenvolvido em área relacionada à clínica médica ou áreas afins): 2 pontos. É preciso COMPROVAR A PARTICIPAÇÃO E TER COMPLETADO O CURSO.

Em relação a esse tópico, valoriza-se, particularmente, a residência médica reconhecida pelo Conselho 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 parcialmente o Programa de residência ou estágio: é preciso comprovar a conclusão do mesmo.

Essa valorização expressa o desejo de se considerar a grande relevância de uma formação qualificada para o (a) profissional que atua em clínica médica.

4) CONCURSOS PÚBLICOS - pontuação:

i. realizou e foi aprovado(a) em concurso PÚBLICO, relacionado à área de clínica médica ou áreas afins, após o término da graduação em medicina: 10 pontos;

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 atribui 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 (particularmente relacionadas à transmissão de conteúdos na área de clínica médica ou áreas afins), seja em nível de cursos para agentes de saúde, profissionais 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 de tais atividades.

A valorização desse tópico expressa o reconhecimento do papel do (a) clínico (a) na transmissão de conhecimentos próprios de sua área de atuação.

6) PARTICIPAÇÃO DIDÁTICA EM ATIVIDADES CIENTÍFICAS - pontuação:

i. PARTICIPAÇÃO COMPROVADA em atividades 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., incluindo-se congressos, reuniões científicas, jornadas, simpósios, cursos, etc.: 5 pontos;

ii. sem participação comprovada: 0.

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

7) PRODUÇÃO CIENTÍFICA – pontuação:

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;
ii. não tem: 0.

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 profissional).

i. o (a) candidato (a) COMPROVA sua associação: 5 pontos;

ii. se não comprova: 0.

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 profissionais.

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 COMPROVAÇÃO.

PROVA ESCRITA (peso sete)

Em relação à Prova Escrita, a mesma constará de 70 questões do tipo teste, de múltipla escolha, com cinco alternativas que versarão sobre os principais tópicos das áreas de Clínica Médica, Epidemiologia Clínica e Ética Médica e com duração de 3 horas – equivale a 70% da nota final;

A Bibliografia básica recomendada é a seguinte:

• Harrison - Medicina Interna (2 volumes), A Fauci; D. Kasper, Editora McGraw-Hill, 16ª Edição, 2005.

• Cecil Tratado de Medicina Interna, L. Goldman, D. Ausiello, Editora Elsevier, 22ª. Edição, 2005.

• Epidemiologia Clínica, R. H. Fletcher, S. W. Fletcher, E. H. Wagner, Editora Artmed, 4ª Edição, 2006.

• Current Medical Diagnosis & Treatment 2006, L. M. Tierney et al., Editora McGraw-Hill, 45ª Edição, 2006.

• Tratado de Clínica Médica, A. C. Lopes, Editora Roca, 2006.

IMPORTANTE

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

• Quanto às normas para inscrição, deve-se preencher 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.

• É importante lembrar que no dia do exame serão exigidos os seguintes documentos: carteira fornecida 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 declaração oficial de aprovação e carta informativa para a confecção do diploma.

• O Título de Especialista em Clínica Médica terá validade por cinco anos, sendo renovável de acordo com as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Acreditação AMB/CFM.

• 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$ 20,00. Faça 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

CALENDÁRIO:

Local: São Paulo – SP
Inscrições até: 16/05/2008
Data da Prova: 06/06/2008

Local: Florianópolis – SC
Inscrições até: 04/09/2008
Data da Prova: 04/10/2008

Local: Goiânia – GO
Inscrições até: 18/09/2008
Data da Prova: 18/10/2008

Local: Curitiba – PR
Inscrições até: 25/09/2008
Data da Prova: 25/10/2008

Local: Aracajú - SE
Inscrições até: 29.10.2008
Data da Prova: 29.11.2008

A data final de inscrição não será prorrogada.

EDITAL DO CONCURSO PARA ÁREA DE ATUAÇÃO EM MEDICINA DE URGÊNCIA 2008

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 Urgência.

Pré-Requisitos

• O candidato deverá possuir o Título de Especialista em Clínica Médica concedido pela SBCM e AMB;
• Deverá ter no mínimo dois anos de formado;
• Ter número de CRM definitivo;
• Estar quite com o Conselho Regional de Medicina;

Avaliação

O candidato, graduado em Medicina, deverá ser submetido a um concurso promovido pela SBCM, e do qual constarão os seguintes itens para avaliação:
• Análise curricular (peso cinco)
• Prova Escrita Tipo Teste (peso cinco)

Análise Curricular (peso cinco)

Serão 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;
• Freqüências em Congressos, Simpósios, Jornadas 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 pelo Conselho Nacional de Residência Médica e 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 Medicina, tanto a nível da graduação como da pós-graduação;
• Participação Didática em Atividades Científicas (pontuação de 0 a 05), desenvolvidas na Área de Medicina de Urgência;
• Produção Científica (pontuação de 0 a 05), valorizando-se particularmente as que têm circulação internacional;
• 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 extra-profissionais desenvolvidas na Área de Saúde.

Todos os itens constantes do curriculum deverão ser comprovados por fotocópia simples dos documentos.

Prova Escrita (peso cinco)

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 (2 volumes), A Fauci; D. Kasper, Editora McGraw-Hill, 16ª Edição, 2005.
• Epidemiologia Clínica, Elementos Essenciais. R. H. Fletcher, S. W. Fletcher, E. H. Wagner, Editora Artmed, 4ª Edição, 2006.
• Cecil Tratado de Medicina Interna, L. Goldman, D. Ausiello, Editora Elsevier, 22ª. Edição, 2005.
• 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, 2004.
• Textbook of Critical Care, M. P. Fink, E. Abraham, J. Vincent, P. Kochanek, Editora Saunders, 5ª Edição, 2005.
• Current Medical Diagnosis & Treatment 2006, L. M. Tierney, Editora McGraw-Hill, 45ª Edição, 2006.

Serão considerados aprovados os candidatos que obtiverem média igual ou superior a sete.
Quanto às normas para inscrição deve-se preencher ficha anexa de forma legível (todos os campos), enviar Curriculum Vitae à Sociedade Brasileira de Clínica Médica e pagar taxa de inscrição.
É importante lembrar que no dia do exame serão exigidos os seguintes documentos: carteira fornecida 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 declaração oficial de aprovação e carta informativa para a confecção do diploma.
O Certificado de Atuação na Área de Medicina de Urgência terá validade por cinco anos, sendo renovável de acordo com as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Acreditação AMB/CFM.
Após 90 (noventa) dias, o currículo estará disponível para devolução via Sedex, mediante ao pagamento da taxa de R$ 20,00. Faça a opção desejada na ficha de inscrição.

Taxa de Inscrição: R$ 80,00 (Oitenta reais)

Calendário:
Local: São Paulo – SP
Data da Prova: 06.06.2008
Data limite das inscrições: 06.05.2008

Local: Curitiba – PR
Data da Prova: 25.10.2008
Data limite das inscrições: 25.09.2008

A data final de inscrição não será prorrogada.

SBCM - FORMULÁRIO CURRICULAR
Título de Especialista em Clínica Médica 2008

Preenchimento obrigatório

NOME: _____

E-MAIL: _____

TEL: _____

N° CRM: _____

MÊS/ANO DE FORMATURA: _____

ASSINATURA: _____

O candidato só terá sua inscrição confirmada após comprovar o preenchimento dos pré-requisitos de números 1 a 4 (conforme edital da SBCM) através de envio da documentação apropriada para a SBCM.
O candidato deve preencher as questões abaixo com um X.
É necessário enviar comprovante de todas as atividades assinaladas. É necessário enviar cópia autenticada do diploma de médico e da cédula de identidade de médico.
Não enviar currículo completo.

01. Exerce atividades em Clínica Médica (vide item 04)?
( ) Sim ( ) Não

02. Há quanto tempo?
( ) < 2 anos ( ) 2 - 5 anos ( ) > 5 anos

03. Concluiu Residência Médica credenciada pela CNRM / MEC nas seguintes áreas:
( ) Sim ( ) Não

04. Residência Médica em:
( ) Clínica Médica ( ) Cardiologia
( ) Dermatologia ( ) Endocrinologia
( ) Gastroenterologia ( ) Geriatria
( ) Hematologia e Hemoterapia
( ) Imunologia e Alergia ( ) Infectologia
( ) Medicina Intensiva ( ) Medicina Interna
( ) Nefrologia ( ) Oncologia
( ) Pneumologia ( ) Reumatologia
( ) Medicina de Família e Comunidade

05. Concluiu outra atividade de Pós-graduação em Clínica Médica (vide item 04)?
( ) Sim ( ) Não
Qual ? _____
( ) Mestrado
( ) Estágio em Clínica Médica com duração semelhante à residência médica (dois anos)
( ) Doutorado
( ) Treinamento em Clínica Médica por no mínimo quatro anos
( ) Especialização

06. Sócio de Sociedade de Especialidade na área de Clínica Médica (vide item 04)?
( ) Sim ( ) Não
Qual ? _____

07. Aprovado em concurso público para atividade profissional na área de Clínica Médica (vide item 04)?
( ) Sim ( ) Não

08. De quantos congressos e/ou cursos e/ou jornadas e/ou outros eventos científicos na área de Clínica Médica (vide item 04) participou nos últimos 5 anos?
( ) Um ( ) Dois ( ) Três
( ) Quatro ( ) Cinco ou Mais ( ) Nenhum [não pontua]

09. Concluiu o PROCLIM (Programa de Atualização em Clínica Médica) promovido pela SBCM?
( ) Sim ( ) Não

10. Já ministrou aulas para agentes de saúde e/ou alunos de graduação / pós-graduação da área de saúde e/ou profissionais da área de saúde?
( ) Sim ( ) Não

11. Participou da organização e/ou apresentação de trabalhos, palestras, conferências em eventos científicos na área de Clínica Médica (vide item 04)?
( ) Sim ( ) Não

12. Tem algum trabalho (completo e/ou resumo) publicado em revista médica ou anais?
( ) Sim ( ) Não

13. Participou, como profissional da área de Clínica Médica, de atividade não remunerada em benefício da coletividade?
( ) Sim ( ) Não

OBS: É imprescindível enviar cópia de todos os comprovantes das atividades assinaladas com X. Só serão aceitos os formulários em que todos os itens estiverem assinalados.

Concurso para Obtenção Certificado de Área de Atuação em Medicina de Urgência 2008

Leia atentamente o Edital do Concurso e preencha sempre em letra de forma

Preenchimento obrigatório

Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefone: _____ Fax: _____
Celular: _____
E-mail (legível): _____
Mês/ Ano de Formatura: _____ N° CRM: _____
Data de Nascimento: _____
Possuo os seguintes títulos de Especialista: _____

Dados para o pagamento

Banco: _____ Agência: _____
C/C: _____
Chque n°: _____ Valor R$: _____

Desejo receber meu currículo após análise curricular pelo correio via sedex

( ) sim (depositar R$ 20,00 de taxa para despesas de correio)
( ) não

Total com a Taxa de Devolução do Currículo – Valor: R$ _____

Estou me inscrevendo para o Concurso de:

( ) São Paulo – SP em 06 de junho de 2008 - Inscrições até: 06 de maio de 2008
( ) Curitiba – PR em 25 de outubro de 2008 - Inscrições até: 25 de setembro de 2008

Enviar a ficha preenchida acompanhada do Curriculum Vitae e pagamento ou comprovante de depósito, conforme as opções abaixo, para:
Rua Botucatu, 572 - conj. 112 - CEP 04023-061 - São Paulo - SP

Opções de Pagamento:
a) Cheque nominal à Sociedade Brasileira de Clínica Médica ou
b) Depósito Bancário, no Banco: Bradesco, Agência: 0156-2 Conta Corrente: 95.924-3

Concurso para Obtenção do Título de Especialista em Clínica Médica 2008

Leia atentamente o Edital do Concurso e preencha sempre em letra de forma

Preenchimento obrigatório

Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefone: _____ Fax: _____
Celular: _____
E-mail (legível): _____
Mês/ Ano de Formatura: _____ N° CRM: _____
Data de Nascimento: _____

Dados para o pagamento

Banco: _____ Agência: _____
C/C: _____
Chque n°: _____ Valor R$: _____

Desejo receber meus documentos comprobatórios após análise curricular via sedex

( ) sim (depositar R$ 20,00 de taxa para despesas de correio)
( ) não

Total com a Taxa de Devolução do Currículo – Valor: R$ _____

Estou me inscrevendo para o Concurso de:

( ) São Paulo – SP em 06 de junho de 2008 - Inscrições até: 16 de maio de 2008
( ) Florianópolis – SC em 04 de outubro de 2008 - Inscrições até: 04 de setembro de 2008
( ) Goiânia – GO em 18 de outubro de 2008 - Inscrições até: 18 de setembro de 2008
( ) Curitiba – PR em 25 de outubro de 2008 - Inscrições até: 25 de setembro de 2008
( ) Aracajú – SE em 29 de novembro de 2008 - Inscrições até: 29 de outubro de 2008

Enviar ficha preenchida, formulário de análise curricular acompanhado dos documentos comprobatórios e pagamento ou comprovante de depósito, conforme as opções abaixo, para:
Rua Botucatu, 572 - conj. 112 - CEP 04023-061 - São Paulo - SP

Opções de Pagamento:
a) Cheque nominal à Sociedade Brasileira de Clínica Médica ou
b) Depósito Bancário, no Banco: Bradesco, Agência: 0156-2 Conta Corrente: 95.924-3

EDITAL DE CONVOCAÇÃO DO EXAME DE SUFICIÊNCIA CATEGORIA ESPECIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA - 2008

Pelo presente edital, a Sociedade Brasileira de Clínica Médica, considerando a crescente valorização e importância relativas a obter-se o Título de Especialista em Clínica Médica, apresenta as orientações atuais da Comissão Científica e de Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, para o Exame de Suficiência Categoria Especial, ou seja, para os médicos formados há pelo menos 15 (quinze) anos e que comprovem o exercício da especialidade por pelo menos 04 (quatro) anos. O(a) candidato(a), graduado(a) em Medicina, deverá ser submetido(a) a um concurso promovido pela SBCM, e do qual constarão os seguintes itens para avaliação:

Análise Curricular (peso cinco)

Prova Prático - teórica (peso cinco)

1) DAS INSCRIÇÕES:

1.1 A inscrição do candidato automaticamente subentende que o mesmo tenha conhecimento das normas e condições estabelecidas neste Edital, e na tácita aceitação das mesmas, não podendo, portanto, alegar desconhecimento.

1.2 Uma vez que o candidato tenha se inscrito, em nenhuma condição ocorrerá devolução da taxa de inscrição.

1.3 Calendário:
Local: São Paulo
Data da Prova: 06.06.2008
Inscrições até: 06.05.2008

1.4 A data final de inscrição não será prorrogada. Não serão aceitas inscrições condicionais, mas apenas por procuração com firma reconhecida.

1.5 Taxa de Inscrição do Concurso:

Sócios da SBCM e AMB: R$ 120,00

Sócios da SBCM ou AMB: R$ 240,00

Não Sócios: R$ 360,00

2) PRÉ-REQUISITOS PARA A INSCRIÇÃO:

2.1 Estar inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM definitivo).
2.2 Ter mais de 15 (quinze) anos de formado em Medicina.
2.3 Estar exercendo atividades na especialidade por tempo de, no mínimo, 04 (quatro) anos, conforme Resolução CFM 1785/2006 em vigor.
2.4 Ser apresentado, através de carta de apresentação, por 02 (dois) sócios da Sociedade Brasileira de Clínica Médica de sua região de trabalho (cidade ou estado), que devem descrever as atividades profissionais do postulante.

3) DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO:

3.1 Apresentar a seguinte documentação:
3.1.1 Cópia autenticada do diploma.
3.1.2 Cópia autenticada da inscrição no CRM.
3.1.3 Ficha de inscrição preenchida, inclusive endereço eletrônico (e-mail) do (a) candidato (a).
3.1.4 Formulário de análise curricular preenchido, juntamente com os documentos comprobatórios (cópias simples).
3.1.5 Pagamento da taxa de inscrição.

4) DA CONFIRMAÇÃO DA INSCRIÇÃO:

4.1 Os candidatos receberão a confirmação da inscrição através de e-mail ou endereço para correspondência, conforme mencionado na ficha de inscrição.
4.2 Caso não ocorra o recebimento desta confirmação no prazo de 10 (dez) dias (data de postagem dos documentos), favor enviar e-mail para sbcm@sbcm.org.br.

5) DAS PROVAS:

5.1 Prova prático - teórica: A prova escrita será do tipo teste com 40 questões, com 05 alternativas cada uma, referidas a 10 (dez) casos clínicos relacionados à área de Clínica Médica.
5.2 Análise curricular: Os requisitos do currículo e a pontuação atribuída são apresentados a seguir.

6) DA PRESTAÇÃO DAS PROVAS:

6.1 A prova terá duração de 3 (três) horas. Será apresentado cada um dos casos clínicos, através da projeção de slides, acompanhando-se da seqüência de questões relativas ao mesmo, dispondo o (a) candidato (a) de um tempo fixo para as respostas.
6.2 Não serão tolerados atrasos em relação ao horário de início da prova.
6.3 Não serão aceitas provas entregues após o horário de término da prova.
6.4 Cada candidato receberá apenas uma folha de respostas (folha verde).
6.5 Em nenhuma situação serão aceitas respostas com sinais de rasura.

7) DO JULGAMENTO DAS PROVAS:

7.1 Serão considerados aprovados os candidatos que obtiverem média igual ou superior a 7(sete).
7.2 O resultado do exame será divulgado através do site da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (www.sbcm.org.br) em 45 (quarenta e cinco) dias após a realização do mesmo.
7.3 O gabarito será divulgado em 48 horas, após o término da prova escrita.

8) PROGRAMA DA PROVA

8.1 Ética Médica
8.2 Relação médico – paciente
8.3 Exame clínico
8.4 Princípios de prevenção primária e secundária
8.5 Doenças crônicas cardiovasculares
8.6 Doenças crônicas endócrino-metabólicas
8.7 Doenças crônicas do aparelho respiratório
8.8 Doenças crônicas músculo-esqueléticas
8.9 Doenças crônicas do aparelho genito-urinário
8.10 Doenças crônicas do aparelho gastro-intestinal
8.11 Doenças crônicas hematológicas
8.12 Doenças oncológicas
8.13 Doenças infecciosas
8.14 Doenças alérgicas
8.15 Doenças crônicas do sistema imunológico
8.16 Doenças crônicas neurológicas
8.17 Doenças da pele

9) BIBLIOGRAFIA

A Bibliografia básica recomendada é a seguinte:

• Harrison - Medicina Interna (2 volumes), A Fauci; D. Kasper, Editora McGraw-Hill, 16ª Edição, 2005.
• Cecil Tratado de Medicina Interna, L. Goldman, D. Ausiello, Editora Elsevier, 22ª. Edição, 2005.
• Epidemiologia Clínica, R. H. Fletcher, S. W. Fletcher, E. H. Wagner, Editora Artmed, 4ª Edição, 2006.
• Current Medical Diagnosis & Treatment 2006, L. M. Tierney, Editora Mac-Graw-Hill, 45ª Edição, 2006.
• Tratado de Clínica Médica, A. C. Lopes, Editora Roca, 2006.

10) ANÁLISE CURRICULAR

1. freqüência em eventos científicos e de atualização na área de clínica médica - pontuação:

i. 5 ou mais participações comprovadas durante os últimos 5 anos: 20 pontos;
ii. até 4 participações comprovadas nos últimos 5 anos: 15 pontos;
iii. até 3 participações comprovadas nos últimos 5 anos: 10 pontos;
iv. até 2 participações comprovadas nos últimos 5 anos: 05 pontos;
v. até 1 participação comprovada nos últimos 5 anos, ou, 1 ou mais participações comprovadas em período anterior aos últimos 5 anos: 02 pontos.

A pontuação desse tópico (25 pontos no total) equivale a 25% do valor total da análise curricular, o que traduz o empenho em valorizar-se o processo de formação continuada e de atualização profissional que deve ser buscado por todo (a) clínico (a).

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 Brasileira de Clínica Médica, por suas Regionais, por outra Sociedade constituída por médicos clínicos, pelas instituições afins, pelas faculdades de Medicina ou afins, etc, desde que se trate de evento científico público, divulgado entre profissionais clínicos, com PARTICIPAÇÃO COMPROVADA.

OBS: O desenvolvimento e conclusão (comprovada) do PROCLIM – programa de atualização desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica, com duração de dois anos, terá o valor de 05 pontos.

2) cursos de pós-graduação - pontuação:

i. residência médica NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA (aprovada pela CNRM / MEC): 20 pontos;
ii. residência médica NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA (não reconhecida pela CNRM / MEC): 10 pontos;
iii. mestrado (na área de clinica médica ou áreas afins): 1 ponto;
iv. doutorado (na área de clínica médica ou áreas afins): 2 pontos;
v. curso de especialização (não se incluem aqui os cursos de atualização, cursos de extensão ou relacionados - esses são contemplados no item anterior. Deve ser desenvolvido em área relacionada à clínica médica ou áreas afins): 2 pontos. É preciso COMPROVAR A PARTICIPAÇÃO E TER COMPLETADO O CURSO.

Em relação a esse tópico, valoriza-se, particularmente, a residência médica reconhecida pelo Conselho Nacional de Residência Médica – CNRM / SESu / MEC (recebendo 20 pontos). As que não são reconhecidas pela CNRM recebem pontuação menor (10 pontos). Não basta ter sido aprovado(a) no Exame de Residência ou realizado parcialmente o Programa de Residência: é preciso comprovar a conclusão do mesmo.

Cada um dos itens relativos à pós-graduação não excederá a pontuação discriminada acima, mesmo que o (a) candidato (a) comprove mais de uma participação no mesmo.

A pontuação desse tópico (25 pontos) equivale a 25% do valor da análise curricular. Essa valorização expressa o desejo de se considerar a grande relevância de uma formação qualificada para o(a) profissional que atua em clínica médica.

3) concursos públicos - pontuação:

i. realizou e foi aprovado(a) em concurso PÚBLICO, relacionado à área de clínica médica ou áreas afins, após o término da graduação em medicina: 15 pontos;
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 atribui ao processo de seleção dos profissionais médicos que atuam na área de clínica médica, incentivando a busca de qualificação profissional.

4) atividades didáticas em nível de graduação e/ ou pós-graduação - pontuação:
i. desenvolveu / desenvolve atividades didáticas, após ter concluído a graduação em medicina (particularmente relacionadas à transmissão de conteúdos na área de clínica médica ou áreas afins), seja em nível de cursos para agentes de saúde, profissionais da área de saúde, estudantes de graduação ou pós-graduação da área de saúde: 05 pontos;
ii. não desenvolveu/ desenvolve: 0.

É preciso COMPROVAR o desenvolvimento de tais atividades.

A valorização desse tópico expressa o reconhecimento do papel do(a) clínico(a) na transmissão de conhecimentos próprios de sua área de atuação.

5) participação didática em atividades científicas - pontuação:

i. PARTICIPAÇÃO COMPROVADA em atividades 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, incluindo-se congressos, reuniões científicas, jornadas, simpósios, cursos, etc: 05 pontos;
ii. sem participação comprovada: 0.

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

6) produção científica – pontuação:

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): 05 pontos;
ii. não tem: 0.

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.

7) 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 profissional).

i. o(a) candidato (a) COMPROVA sua associação: 10 pontos;
ii. se não comprova: 0.

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 profissionais.

8) atividades comunitárias - a pontuação desse tópico considera a participação (10 pontos) ou não (0 pontos) do(a) candidato(a) em atividades extraprofissionais, não remuneradas, desenvolvidas na área de saúde, em benefício da comunidade. Também necessita de COMPROVAÇÃO.

IMPORTANTE

• Quanto às normas para inscrição, deve-se preencher o formulário curricular (anexo), juntamente com os documentos comprobatórios (cópias simples), cópia autenticada do diploma de graduação e da cédula de identidade de médico, ficha anexa de forma legível (todos os campos), e encaminhar à Sociedade Brasileira de Clínica Médica e pagar a taxa de inscrição.
• É importante lembrar que no dia do exame serão exigidos os seguintes documentos: carteira fornecida pelo Conselho Regional de Medicina e recibo relativo à quitação; documento de identidade original; recibo da taxa de inscrição.
• Os aprovados receberão por via correio a declaração oficial de aprovação e carta informativa para a confecção do diploma.
• O Título de Especialista em Clínica Médica terá validade por cinco anos, sendo renovável de acordo com as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Acreditação AMB/CFM.
• 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$ 20,00. Faça a opção desejada na ficha de inscrição.

Concurso para Exame de Suficiência Categoria Especial
Clínica Médica 2008

Leia atentamente o Edital do Concurso e preencha sempre em letra de forma

Preenchimento obrigatório

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado:_____ CEP:_____

Telefone: _____ Fax:_____

Celular: _____ E-mail (legível): _____

Mês/ Ano de Formatura: _____N° CRM:_____Data de Nascimento: _____

Dados para o pagamento

Banco:_____ Agência: _____C/C:_____

Chque n°:_____ Valor R$_____

Desejo receber meus documentos comprobatórios após análise curricular via sedex

□ sim (depositar R$ 20,00 de taxa para despesas de correio) □ não

Total com a Taxa de Devolução do Currículo – Valor: R$_____

Estou me inscrevendo para o Concurso de:

( ) São Paulo – SP em 06 de junho de 2008 Inscrições até: 06 de maio de 2008

Enviar ficha preenchida, formulário de análise curricular acompanhado dos documentos comprobatórios e pagamento ou comprovante de depósito, conforme as opções abaixo, para:
Rua Botucatu, 572 - conj. 112 - CEP 04023-061 - São Paulo - SP

Opções de Pagamento:

a) Cheque nominal à Sociedade Brasileira de Clínica Médica ou
b) Depósito Bancário, no Banco: Bradesco, Agência: 0156-2 Conta Corrente: 95.924-3

EXAME DE SUFICIÊNCIA CATEGORIA ESPECIAL
SBCM - FORMULÁRIO CURRICULAR
Título de Especialista em Clínica Médica 2008

Preenchimento obrigatório

NOME:_____

E-MAIL:_____

TEL:_____

N° CRM:_____

MÊS/ANO DE FORMATURA:_____

ASSINATURA:_____

O candidato deve preencher com um X. **É necessário enviar cópia autenticada do diploma de médico e da cédula de identidade de médico. É necessário enviar cópia simples dos comprovantes de todas as atividades assinaladas.** Não enviar currículum completo.

01. Exerce atividades em Clínica Médica por tempo de no mínimo, 4 anos?
( ) Sim ( ) Não

02. Concluiu Residência Médica credenciada pela CNRM / MEC nas seguintes áreas:
( ) Sim ( ) Não

03. Residência Médica em:
( ) Cancerologia (Oncologia) ( ) Geriatria
( ) Medicina Intensiva ( ) Cardiologia
( ) Hematologia ( ) Nefrologia
( ) Clínica Médica (Medicina Interna)
( ) Imunologia ( ) Pneumologia
( ) Dermatologia
( ) Infectologia (Moléstias Infecciosas)
( ) Reumatologia ( ) Endocrinologia
( ) Medicina de Família e Comunidade
( ) Nutrologia ( ) Gastroenterologia
( ) Medicina do Trabalho
( ) Medicina Preventiva e Social

04. Concluiu outra atividade de Pós-graduação em Clínica Médica (vide item 03)?
( ) Sim ( ) Não
Qual ?_____

Mestrado / Doutorado / Especialização / Residência em área da Clínica Médica não credenciada pela CNRM / MEC

05. Sócio de Sociedade de Especialidade na área de Clínica Médica (vide item 03)?
( ) Sim ( ) Não
Qual ?

06. Aprovado em concurso público para atividade profissional na área de Clínica Médica (vide item 03)?
( ) Sim ( ) Não

07. De quantos congressos e/ou cursos e/ou jornadas e/ ou outros eventos científicos na área de Clínica Médica (vide item 03) participou nos últimos 5 anos?
( ) Um ( ) Dois ( ) Três
( ) Quatro ( ) Cinco ou Mais
( ) Nenhum [não pontua]

08. Concluiu o PROCLIM (Programa de Atualização em Clínica Médica) promovido pela SBCM?
( ) Sim ( ) Não

09. Já ministrou aulas para agentes de saúde e/ou alunos de graduação / pós-graduação da área de saúde e/ou profissionais da área de saúde?
( ) Sim ( ) Não

10. Participou da organização e/ou apresentação de trabalhos, palestras, conferências em eventos científicos na área de Clínica Médica (vide item 03)?
( ) Sim ( ) Não

11. Tem algum trabalho (completo e/ou resumo) publicado em revista médica ou anais?
( ) Sim ( ) Não

12. Participou, como profissional da área de Clínica Médica, de atividade não remunerada em benefício da coletividade?
( ) Sim ( ) Não

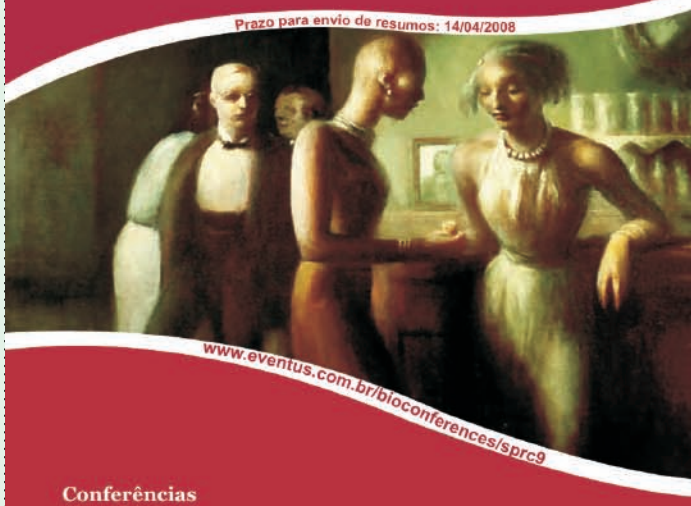
OBS: É imprescindível enviar cópia de todos os comprovantes das atividades assinaladas com X. Só serão aceitos os formulários em que todos os itens estiverem assinalados.

Drogas: uma abordagem interdisciplinar

IX São Paulo Research Conferences

Faculdade de Direito - USP
Largo São Francisco, São Paulo, SP

29 a 31 de maio de 2008



Conferências

- La geopolitica mundial de las drogas y la responsabilidad de los estados
  Alain Labrousse (Collège scientifique de l'Observatoire français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT)
- A política de álcool e drogas para o terceiro milênio
  Ronaldo Laranjeira (UNIFESP / EPM)
- Neuroscience of substance dependence: from science to policy
  Franco Vaccarino (Centre for Addiction and Mental Health – CAMH & University of Toronto, Canadá)
- Nicotinic acetylcholine receptors: allosteric proteins involved in nicotine dependence.
  Pierre-Jean Corringer (Institut Pasteur, France)
- O tratamento da dependência química: os recursos atuais e as perspectivas para o futuro
  André Malbergier (GREA - IPq-FMUSP)
- Maconha como Medicamento: passado, presente e futuro
  Elisaldo Carlini (Psicobiologia – UNIFESP / EPM)
- Cannabis, Mind and Society
  Robin Murray (Institute of Psychiatry , King's College, Londres)

Mesas Redondas

- Sociologia do consumo de substâncias psicoativas
  Durval Mazzei Nogueira Filho (HSPE & GREA – IPq-FMUSP)
  Edson Passetti (PUC – SP)
  Mauricio Fiore (NEIP-USP)
  Luciana Boiteux (UFRJ)
- Narcotráfico, violência & cia
  Vera Malaguti Batista (UFRJ)
  Sérgio Adorno (NEVUSP)
  Ricardo Soberón Garrido (Peru)
- Antropologia das drogas
  Murilo Battisti (UNIFESP / EPM)
  Stella Pereira de Almeida (Instituto de Psicologia, USP)
  Edward McRae (UFBA & NEIP)
  Henrique Carneiro (FFLCH – USP & NEIP)
- Maconha
  Francisco Guimarães (FMRP-USP)
  Sérgio de Paula Ramos (Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre, RS)
  Sidarta Ribeiro (Inst. Internacional de Neurociência de Natal, RN)
  Regina Markus (IB-USP)
- Como a mídia noticia e examina a questão das drogas
  Dráuzio Varella – Médico
  José Arbex Júnior - Jornalista
  Ana Cecília Marques (UNIAD-UNIFESP)

Curso: História das drogas
Marcelo Ribeiro (EPM-UNIFESP)

Promoção

USP
Universidade de São Paulo
Pró-Reitoria de Pesquisa

Apoio

FAPESP
CAPES
IBCCRIM
SBFTE

Informações

eventus
Tel +55 11 3361-3056
eventus@eventus.com.br

VIDA PÚBLICA

Cid Carvalhaes

Formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Cid Carvalhaes é também advogado. Na área médica, especializou-se em neurocirurgia. Atualmente é presidente do Simesp (Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo), e membro do Conselho Deliberativo da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, entidade que já presidiu.

Este ano, está à frente da chapa única que concorre à nova eleição no Simesp. Nesta entrevista ao Jornal do Clínico, Carvalhaes conta quais os objetivos e desafios do sindicato.

Jornal do Clínico: Qual o papel do Sindicato dos Médicos?
Cid Carvalhaes: O Sindicato é uma instituição formal, com formatação legal, e em razão disso, como qualquer sindicato, é o órgão que é obrigado a defender os interesses de natureza profissional, no caso dos médicos. Interesses com relação às condições de trabalho, remuneração, e fundamentalmente ao salário.

JC: Quais as lutas mais importantes que o sindicato vem travando na sua gestão?
CC: Infelizmente a saúde eu acho que está muito ruim em praticamente todos os aspectos. Então nós temos problemas relacionados às condições de trabalho, à aplicação de tabelas, às listas de procedimentos, à classificação de procedimentos médicos, tanto nas atividades da assistência à saúde pública quanto nas atividades privadas. Nas atividades privadas há uma intermediação muito danosa, muito ruim, e até predatória dos planos de seguro de saúde, que fundamentalmente agem com a lógica do lucro, e às vezes um lucro desnecessário e inescrupuloso. E do ponto de vista da saúde pública, temos uma visão do administrador com uma lógica de economia. Então na saúde privada temos uma lógica de lucro em primeiro lugar, com condições de trabalho complexas, difíceis, e uma diminuição de ganho de salário dos médicos. Do ponto de vista de saúde pública a lógica é semelhante, porque o administrador, o gestor público tem que economizar, portanto tem que fazer restrições orçamentárias e no final disso nós vamos ter o mesmo problema, que é a diminuição do financiamento da saúde. O que tem ocorrido é um "desfinanciamento" progressivo da saúde.

> O que tem ocorrido é um "desfinanciamento" progressivo da saúde

JC: Como sindicato trabalha para conseguir aumentar a remuneração dos médicos?
CC: Em várias frentes, em várias batalhas. O sindicato sozinho na realidade é muito pouco. O sindicato é dos médicos e são os médicos que fazem o sindicato. Então é muito importante que a gente tenha uma congregação de esforços e um fortalecimento do sindicato, que é a maneira que nós temos de alcançar êxito e de exercitar pressão eficiente, tanto no serviço privado, quanto no serviço público. E no fim ter essas questões de trabalho melhor, mais consistente, e que seja mais adequado à demanda da população. E que os salários sejam condizentes com o trabalho dos médicos. Eu gostaria de destacar um fator de extrema importância, que é exatamente um problema que enfrentamos no conjunto, não só o sindicato, mas todas as entidades médicas, que é o mecanismo formador, uma formação muito ruim por parte dos médicos, com um número bastante relevante de faculdades de medicina. São escolas que têm trazido ao ambiente profissional médicos que não estão devidamente capacitados para o exercício das atividades profissionais do dia-a-dia, e isso tem trazido também um acúmulo de dificuldades em todos os sentidos – dificuldades tanto na chamada inserção no mercado de trabalho, quanto no questionamento do exercício profissional médico, com aumento de reclamações nos conselhos de Medicina e na própria justiça comum. Isso tem trazido uma série de problemas, que também envolve diretamente o sindicato, porque são relacionados às condições de natureza do trabalho médico. Sem dúvida nenhuma é um desafio que se renova a cada dia, com o qual a gente tem procurado lidar da melhor maneira possível. A diretoria do sindicato é uma diretoria ágil, eficiente, e tem procurado cumprir as determinações que o conjunto dos médicos nos delegou, e posso afirmar que é uma honra muito grande presidir o sindicato e estar convivendo com aquela diretoria.

JC: Qual a sua opinião sobre o imposto sindical?
CC: O imposto é uma decisão do Congresso Nacional. O que existe na realidade é que o imposto sindical incide sobre o trabalho, independente do seu vínculo formal trabalhista. O trabalhador autônomo é um trabalhador como qualquer outro. Na realidade ele é um trabalhador mais desprotegido, porque ele não está sob a proteção da legislação trabalhista. Então este trabalhador é um indivíduo que preocupa mais ainda o sindicato, exatamente pela sua desproteção. É um fato que chama muita atenção. O sindicalismo médico como um todo tem defendido a interrupção do imposto sindical – é o que a gente tem defendido. Para isso é preciso que haja um sindicato forte, que o conjunto dos médicos tenha uma convicção clara de que se tem que fazer um grande investimento em termos trabalhistas, pois o sindicato é na realidade é o guardião desses preceitos, e na verdade há uma certa resistência por parte dos médicos em entender desta forma. Embora isso venha diminuindo. A gente observa que há uma tendência maior de fortalecimento do sindicato, mas ainda é insuficiente. Na verdade o sindicato é a única instituição que efetivamente cuida dos interesses da categoria. Hoje todos são obrigados a pagar. Quem não paga o imposto sindical está incorrendo em, eventualmente, ser inscrito na dívida pública. Atualmente, 20% do imposto vai para o governo, 20% para as federações e confederações e 60% fica para o sindicato.

> O sindicalismo médico como um todo tem defendido a interrupção do imposto sindical

JC: Como o sindicato combate a violência contra o médico durante o exercício da profissão?
CC: Nós tivemos vários e vários debates, questionamentos e audiências com as autoridades, principalmente do Ministério da Previdência Social, a propósito da vulnerabilidade dos médicos das perícias médicas da Previdência Social. É um problema sério, grave, que não me parece exclusivo, mas talvez seja o mais pontual. A Previdência entendeu que deve priorizar a segurança, e tem procurado responder, mas de uma maneira ainda muito frágil. Há uma vulnerabilidade, vários médicos foram agredidos, dois foram assassinados, e isso trouxe um transtorno muito grande. Além das agressões de natureza verbal, ameaças. Tudo isso cria uma insegurança muito grande, uma incerteza maior ainda entre os médicos, e o sindicato tem cobrado as autoridades e tem deixado muito claro que se houver qualquer atropelo a qualquer médico durante o exercício do trabalho não tem a menor dificuldade em responsabilizar as autoridades da área. Mas nada adianta responsabilizar as autoridades depois da agressão. A proposta maior tem que ser preventiva. O que tem que ser feito na visão do sindicato é uma sustentação sólida na questão da segurança, fazendo com que os atendimentos sejam feitos da melhor maneira possível, sem nenhum questionamento, sem nenhum abuso, sem nenhum atropelo de qualquer natureza.