FOLHA VASCULAR®
Regional São Paulo
Biênio 2018 / 2019
Nº 222 - JUNHO
INFORMATIVO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR - SP
Impresso fechado pode ser aberto pela ECT

REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

COMO FICARÁ A APOSENTADORIA PARA OS MÉDICOS COM AS NOVAS REGRAS PROPOSTAS PELO GOVERNO?

SERVIÇO

Residência de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital do Mandaqui é formada por 12 vasculares que cobrem todas as áreas da especialidade

ESPAÇO ABERTO

Dr. Rogério Abdo Neser comenta sobre as empresas que remuneram o profissional por hora trabalhada ao invés de pagar por atendimento de saúde

MESTRE VASCULAR

Dr. Aldo Ferronato, foi diretor científico por três gestões na SBACV-SP e vencedor por duas vezes do prêmio de melhor trabalho científico do ano

DIRETORIA BIÊNIO - 2018-2019

Presidente: Marcelo Calil Burihan
Vice-presidente: Walter Campos Jr
Secretário: Sidnei José Galego
Vice-secretária: Regina de Faria Bittencourt Costa
Tesoureiro: Rodrigo Bruno Biagioni
Vice-tesoureiro: Fabio Henrique Rossi
Diretor científico: Ivan Benaduce Casella
Vice-diretor científico: Fabio Jose Bonafe Sotelo
Diretor de Cursos e Eventos: Edwaldo E. Joviliano
Vice-diretor de Cursos e Eventos: João Antonio Corrêa
Diretor de Publicações: Rogerio Abdo Neser
Vice-diretor de Publicações: Ulisses Ubaldo Mattosinho Mathias
Diretor de Defesa Profissional: Luis C. Uta Nakano
Vice-diretor de Defesa Profissional: Marcio Barreto de Araujo
Diretor de Patrimônio: Jorge Agle Kalil
Vice-diretor de Patrimônio: Arual Giusti

CONSELHO SUPERIOR
Adnan Neser / Antonio Carlos Alves Simi / Bonno van Bellen / Calógero Presti / Cid J. Sitrângulo Jr. / Fausto Miranda Jr. / Francisco Humberto A. Maffei / João Carlos Anacleto / José Carlos Costa Baptista-Silva / Marcelo Fernando Matielo / Marcelo Rodrigo de Souza Moraes / Pedro Puech-Leão / Roberto Sacilotto / Valter Castelli Jr. / Wolfgang Zorn

CONSELHO FISCAL
Titulares: Ivan de Barros Godoy / José Carlos Ingrund / Marcos Augusto de Araújo Ferreira
Suplentes: Alberto J. Kupcinskas Jr. / Armando Lisboa Castro / Carlos Hugo Guillaux Chaves

SECCIONAIS

ABC – Anderson Nadiak Bueno / **Alto Tietê** – Adalcindo Vieira Nascimento / Filho / **Baixada Santista** – Mariano Gomes da Silva Filho / **Bauru-Botucatu** – Cláudio Gabriele / **Bragantina** - Benedicto Márcio Villaça / **Campinas-Jundiaí** – Gustavo Pierro Postal / **Franca** – Fernando César Raymundo / **Marília** – Ludvig Hafner / **Presidente Prudente** – César Alberto Talavera Martelli / **Ribeirão Preto** – Luciano Rocha Mendonça / **São Carlos-Araraquara** – Michel Nasser / **São José do Rio Preto** – Augusto da Silva / **Sorocaba** – Luís Carlos Mendes de Brito / **Taubaté-São José dos Campos** – Renato Fanchiotti Costa

DEPARTAMENTOS

Doenças Arteriais:
Antonio Eduardo Zerati (coordenador)
Comissão de Doenças Carotídeas: Ana Terezinha Guillaumon, Márcia Maria Morales e Celso Ricardo Bregalda Neves
Comissão de Aneurismas: Andre Echaime V. Estenssoro, Alexandre Maiera Anacleto, Marcus Vinicius Martins Cury e Giuliano Giova Volpiani
Comissão de DAOP: Hussein Amin Orra, Jose Dalmo de Araujo Filho, André Simi e Edson T. Nakamura
Doenças Venosas: Adilson Ferraz Paschôa (coordenador)
• Comissão de TEV: Marcone Lima Sobreira e Luis Frederico Gerbase de Oliveira
• Comissão de Varizes: Jose Ben-Hur Ferraz Parente, Newton de Barros Junior e Paulo Celso Motta Guimarães
• Doenças Linfáticas: Mauro Figueiredo C. de Andrade e Henrique Jorge Guedes Neto
Doenças Vasculares de Origem Mista: Nilo Mitsuru Izukawa (coordenador)
• Comissão de Pé Diabético: Akash K. Prakasan e Guilherme Yazbek
• Comissão de Curativos: Rina Maria Pereira Porta e Sergio Roberto Tiossi
• Comissão de Malformação: José Luiz Orlando e Daniel Guimarães Cacione

Métodos Diagnósticos Não Invasivos: Erica Patricio Nardino (coordenadora), Luisa Ciucci Biagioni e Ronald Luiz G. Flumignan
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular: Felipe Nasser (coordenador), Jorge Eduardo Amorim e José Augusto de Jesus Ribeiro
Cirurgia Experimental, Pesquisa e Microcirculação: Sergio Quilici Belczak (Coordenador), Igor Calixto Novais Dias e Vladimir Tonello de Vasconcelos
Trauma Vascular: Grace Carvajal Mulatti (coordenadora), Lucas Azevedo Portela e Eduardo Alves Brigidio
Doenças Vasculares com Comprometimento Estético: Miguel Francischelli Neto e Alvaro Pereira Oliveira
Acessos Vasculares e Transplantes de Órgãos: Rhumi Inoguti (coordenadora), Marcelo Kalil Di Santo e Christiano S. Pecego
Comissão para Curso Preparatório para Título de Especialista: Walkiria Hueb Bernardi (coordenadora), Debora Ortigosa Cunha e Yumiko Regina Yamazaki
Informática e Marketing: Júlio César Gomes Giusti e Alexandre Campos Moraes Amato
Gestão de Relacionamento com Planos Privados: Carlos Eduardo Varela Jardim

PALAVRA DO PRESIDENTE

Caros colegas,

Neste mês reiniciamos as reuniões administrativas e científicas. Como de hábito, continuarão sendo realizadas na sede da Associação Paulista de Medicina. E, em junho, três trabalhos serão apresentados. Conclamo a comunidade vascular para participar. Ao final do ano teremos as premiações para os melhores trabalhos, divididos em suas respectivas categorias.

Em novembro, acontecerá a apresentação dos trabalhos para o Prêmio Emil Burihan. Incentivem seus residentes e jovens assistentes a participarem.

Dias 8 e 9 de junho, tivemos o 2º CECEV (Curso de Educação Continuada em Ecografia Vascular) com dois módulos, onde os participantes tiveram a possibilidade de aprendizado e aprimoramento prático no doppler vascular. Organizado pelo nosso Departamento de Métodos Não Invasivos, por meio da coordenação dos doutores Erica Nardino, Ronald Flumignan e Luisa Ciucci, novamente foi extremamente elogiado pelos participantes.

Em relação à defesa profissional, nossos advogados estão atentos a todas as denúncias que notificamos através da regional e da nacional, principalmente nos casos de escleroterapia de telangiectasias realizados por não médicos. Façam suas denúncias! Vamos atrás de todos e mostrar para a população quem realmente é o profissional treinado e gabaritado para a realização deste tipo de procedimento.

No mês de maio alcançamos um número recorde que muito orgulha a regional São Paulo: mais de 1000 sócios!!!! Graças ao trabalho de nossa assessoria, angariando novos sócios e trazendo sócios antigos de volta, conseguimos ultrapassar este número tão almejado! Resta agora, também mediante a assessoria, colocarmos os pagamentos das anuidades em dia.

Vamos em frente, espero continuar contando com o apoio de todos para o engrandecimento de nossa regional!

Dr. Marcelo Calil Burihan
Presidente da SBACV-SP 2018-2019

XVII ENCONTRO SÃO PAULO - HIGHLIGHTS DO MÓDULO DE DEFESA PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO MÉDICA

Inicialmente, gostaria de parabenizar a Comissão Organizadora do XVII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular pelo excelente evento e que, mais uma vez, superou todas as expectativas de nossos associados e de nossa Sociedade. Destaque para a Mesa de Defesa Profissional que se consolida no calendário oficial do congresso na quinta-feira pela manhã e conquista assim um espaço definitivo nesse que é o principal acontecimento organizado pela nossa regional.

Aproveito a oportunidade para destacar os "highlights" desse profícuo módulo e, desde já, me desculpo por não poder elencar todos os melhores momentos, correndo risco de ser injusto até, pois todas as apresentações e discussões foram muito proveitosas, mas não caberiam nessa breve coluna.

Em sua apresentação intitulada "*Compliance* da indústria de materiais médicos", a Dra. Patricia Gregório, destacou quais as principais diretrizes nas políticas de *compliance* das indústrias de produtos médicos e o seu relacionamento com os profissionais de saúde. Entre outros aspectos, chamou a atenção para a proposição de proibição de patrocínio direto pelas empresas associadas aos profissionais de saúde, para a participação em eventos de educação e aprimoramento, devendo o financiamento ser dirigido a entidades idôneas promotoras de eventos científicos como as sociedades médicas e instituições de ensino. Questionada se tal política se estenderia a cadeia de fornecedores e distribuidores, respondeu ser do interesse da entidade que as empresas associadas aplicassem a mesma política em toda a cadeia produtiva.

Já, a apresentação do Dr. Jorge Rufino Ribas Timi sobre "Como evitar o processo médico", relembrou-nos que a principal profilaxia contra um processo médico é primar por uma "Boa Medicina", certificando-se, segundo suas próprias palavras, "de escutar, explicar e certificar-se que o paciente entendeu". Saber identificar os "pacientes de risco", ou seja, "àqueles que não seguem os tratamentos prescritos, que não retornam nos atendimentos agendados e que nunca têm bons resultados" - seriam também medidas adicionais na prevenção de litígios entre médicos e seus pacientes.

Em sua apresentação "Ensino da Vascular em três anos", Dr. Adnan Neser detalhou a proposta para a extensão da Residência Médica para três anos, convidando todos os envolvidos na formação de nossos colegas vasculares a participarem de uma ampla discussão sobre a questão em nossa Sociedade, visando garantir a excelência na formação dos futuros cirurgiões vasculares brasileiros, a par e passo com os avanços em nossa especialidade nas últimas décadas.

Por último, ressalto o Alerta Ético dado pelo Dr. Angelo Vattimo, conselheiro do CREMESP, na sua palestra sobre medicina e mídias sociais: "Quando for responder aos seus pacientes por WhatsApp ou aplicativos similares, façam-no desde que conheça o seu quadro clínico atual com intuito apenas de orientá-los, com observância ao Código de Ética, particularmente com respeito ao sigilo profissional, não expondo em grupos".

Dr. Marcio Barreto de Araujo
Vice-diretor de Defesa Profissional da SBACV-SP

AGENDA

2019

Junho 29
2º Módulo do 2º Curso de Educação Continuada em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular (CECACE)
Local: Johnson & Johnson
Informações: secretaria@sbacvsp.org.br

Agosto 29 e 31
SIMFLEBO – Simpósio de Flebologia
Local: Teatro Municipal Paulo Mour - São José do Rio Preto (SP)
Informações: www.cenacon.com.br

Agosto 31
3º Módulo do 2º Curso de Educação Continuada em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular (CECACE)
Local: Johnson & Johnson
Informações: secretaria@sbacvsp.org.br

Outubro 8 a 12
43º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Local: Centro de Convenções de Pernambuco – Recife (PE)
Informações: www.sbacv-pe.com.br ou (81) 99289-9875

Informações complementares: SBACV-SP - Tel.: (11) 5087-4888 | e-mail: secretaria@sbacvsp.org.br

REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DEVE IMPACTAR DIRETAMENTE A VIDA DOS MÉDICOS

Profissionais da saúde podem perder o direito de se aposentar com 25 anos de profissão e ter redução no valor do benefício

Motivo de polêmica e discussões, a Reforma da Previdência Social, sem dúvida, causará grande impacto na vida dos trabalhadores brasileiros, inclusive entre os profissionais da saúde. Mesmo com a proposta de Reforma mais "enxuta" apresentada pelo governo, que busca aumentar as chances de sua aprovação no Senado, as novas regras previstas ocasionarão mudanças significativas no cálculo das aposentadorias. Em resumo, a proposta deixa as regras mais severas para conseguir a aposentadoria e mexe ainda na fórmula de cálculo do benefício.

Atualmente, conforme a legislação vigente, o médico, como qualquer outro segurado, faz jus a várias modalidades de aposentadoria (por tempo de contribuição, por idade, especial, invalidez, deficiente), desde que cumpra os requisitos. Porém, existe uma modalidade de aposentadoria que é mais benéfica chamada de "Aposentadoria Especial", a qual, conforme artigo 57 da Lei 8.213/91, é concedida ao segurado que comprovar o mínimo de 25 anos (no caso de profissionais da saúde) exposto a agentes nocivos (físicos, químicos, biológicos) que possam prejudicar sua saúde e integridade física. E, no caso dos médicos, é notório que o dia a dia da medicina envolve o contato direto com vírus, fungos e bactérias.

Porém, vale destacar que, até 28 de abril de 1995, com a edição da Lei 9.032, algumas categorias profissionais, dentre elas a do médico, detinham uma presunção da exposição ao agente nocivo, pelo simples exercício da função, mas, após esta data, a conjectura acabou e passou a exigir a efetiva comprovação de modo habitual e permanente, por meio de formulário chamado atualmente de Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), o qual a empregadora deve preencher, com base no registro ambiental da empresa, Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCSMO) e informar detalhadamente todas as funções e setores que esse segurado laborou, bem como descrever os agentes nocivos que existiam em cada atividade.

A vantagem dessa modalidade, na legislação atual, em relação à aposentadoria por tempo de contribuição, que é a mais requerida, se justifica por exigir menos tempo de aporte (25 anos em atividade especial em relação aos 35 anos exigidos pelo benefício por tempo de colaboração) e pelo fato de ter uma regra de cálculo da renda mensal mais vantajosa, em que não é aplicado o fator previdenciário (fórmula que leva em consideração a idade e expectativa de sobrevida do segurado no momento da aposentadoria) onde, em 95% dos casos, esse coeficiente, se praticado, reduz a média contributiva gerando um valor bem menor de benefício.

Agora, se a reforma da Previdência Social for aprovada, como propôs o governo, essa regra vai mudar. Assim, para algumas categorias específicas de trabalhadores, sobretudo as que perderão diversos direitos que, atualmente lhes são garantidos, as consequências serão inevitáveis.

Com a reforma, médicas terão que se aposentar a partir de 62 anos e médicos a partir dos 65. Sendo que, não vai mais haver a aposentadoria por tempo de contribuição para a categoria. Dessa maneira, os médicos podem passar a se aposentar, com o mesmo tempo de trabalho que os demais profissionais.

Outra mudança que pode ocorrer com essa reforma é o valor do benefício. Hoje, os médicos que se aposentam na modalidade "aposentadoria especial" têm o direito a 100% da média dos maiores salários de contribuição. Porém, após a reforma, o valor da aposentadoria será de 60% da média contributiva, aumentando gradativamente conforme aumenta o tempo de contribuição (2% a cada ano de contribuição). Este aumento terá um limite máximo de 40 anos de contribuição.

O pediatra e presidente da Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina (APM), Dr. Marun David Cury, revela que pelas regras atuais, a aposentadoria dos trabalhadores do setor privado – vinculados ao INSS – e dos servidores públicos contratados após 2003, é calculada a partir da média dos 80% maiores salários de contribuição desde o início do Plano Real, isto é, julho de 1994. "Caso a reforma seja aprovada como quer o governo, no entanto, o cálculo será feito a partir da média de todos os salários de contribuição desde julho de 1994", explica.

Ainda, segundo o Dr. Cury, os salários mais baixos, típicos do início da carreira, também serão considerados. "Quanto menores essas remunerações, mais baixa ficará a média. A aposentadoria integral será no valor dessa média – inferior, portanto, ao benefício que o mesmo trabalhador teria pelas regras atuais. Para quem teve grande variação entre os menores e os maiores salários, a perda pode passar de 10%", comenta.

Na opinião do advogado previdenciário, Dr. Edson Machado Filgueiras Junior, do escritório Machado Filgueiras, o maior prejuízo para os médicos, será com relação ao benefício da Aposentadoria Especial. "Na lei vigente e na proposta, seja na regra de transição ou nova regra, é exigido uma idade mínima que contraria a lógica do benefício, podendo inclusive por Lei Complementar posterior, estabelecer critério de idade mínima e tempo de contribuição ainda mais restrito, o que trará ao profissional uma percepção que nunca atingirá os requisitos, pois sempre faltará algum "ponto" para cumprir as exigências daquele ano", pondera.

Novas propostas da Reforma da Previdência

Nos termos da Proposta de Emenda Constitucional nº 06/2019, que ainda não foi aprovada e pode ter alterações, ficou definido que a idade mínima para pedir a aposentadoria será de 62 para as mulheres e de 65 anos para os homens, com o tempo mínimo de contribuição de 20 anos. Quem quiser se aposentar com esse tempo mínimo de contribuição, receberá 60% do benefício que será calculado pela média de todos os salários de contribuição.

Porém, a reforma quer estimular o trabalhador a contribuir por mais tempo. Dessa maneira, caso o trabalhador continue trabalhando, o benefício vai crescer dois pontos percentuais a cada ano trabalhado. E ele só poderá pedir a aposentadoria, recebendo 100% do benefício a que tem direito, de acordo com a média das suas contribuições, com 40 anos de contribuição, sempre dentro do teto do INSS, que é de R$ 5.839,45.

Além disso, o texto também prevê uma mudança no sistema de alíquotas de contribuição para a previdência. Foram criadas novas faixas com alíquotas mais altas para quem recebe mais, uma modificação que atingirá tanto quem estiver no setor público quanto no privado. As alíquotas vão incidir progressivamente sobre as faixas salariais. Para trabalhadores da iniciativa privada, a primeira faixa de alíquota para quem recebe um salário mínimo, vai baixar de oito para 7,5%. Uma segunda faixa vai variar de 7,5 a 8,25%. A faixa seguinte de 8,25 a 9,5%. E a última faixa de 9,5% a 11,68%. No setor público conforme proposta, as faixas de alíquota podem ir de 7,5% até 22%, diferente do setor privado.

Requisitos para a Aposentadoria Especial

Na hipótese da reforma passar como prevê o texto, o segurado que ainda desejar uma "aposentadoria especial" terá que optar entre a regra definida na nova lei, ou optar em cumprir a regra de transição que essa lei vai definir.

Regra Geral: aplicável para os novos segurados ou os segurados já inscritos que não cumprirem as regras de transição definidas abaixo.

Mulher e homem: mínimo de 60 anos de idade e no mínimo 25 anos de contribuição em efetivo exercício de atividade nociva à saúde, em ambos os sexos.

Não será mais possível a conversão do tempo especial em comum, com acréscimo de 40% para homem e 20% para mulher, para aqueles segurados que atingirem menos de 25 anos de contribuição em efetivo exercício de atividade nociva à saúde e desejarem usar esse tempo em outra modalidade de aposentadoria.

Regra de transição: (artigo 21 da PEC 06/19) para os segurados que desejam requerer uma aposentadoria especial e que não completaram os requisitos da lei atual (25 anos de contribuição em atividade especial) quando a mudança da mesma:

Mulher e Homem: 86 pontos (no caso de profissionais da saúde) entre a soma da idade e tempo de contribuição, incluindo as frações (meses e dias), sendo que dentro desses 86 pontos tem que ter no mínimo 25 anos de contribuição com efetiva exposição aos agentes nocivos.

A partir de 1º de janeiro de 2020, essa pontuação subirá um ponto a cada ano, até atingir o limite de 99 pontos, para ambos os sexos.

"No caso dos médicos, o profissional teria que cumprir uma das regras de transição definidas acima, e avaliar qual seria a mais vantajosa", explica o Dr. Edson Junior.

O advogado comenta que quase em sua totalidade, a reforma reúne pontos negativos ante a uma mudança que está baseada em dados e levantamentos do próprio Governo, nos quais, nunca uma auditoria independente e imparcial fez um levantamento contábil para demonstrar se realmente existe um déficit e em qual regime de previdência ele está (INSS, militares, servidores), pois existem estudos (ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil – www.anfip.org.br) que afirmam que o déficit é inexistente, no tocante ao Regime Geral (INSS). "Porém, isso não quer dizer que a Previdência Social no Brasil ou em qualquer outra nação, não tenha que ter alterações e ajustes para se tornar atuarialmente viável para as próximas gerações. Entendo que as regras de transição definidas na proposta estão muito rígidas (mais idade e mais tempo de contribuição) para quem já é contribuinte da Previdência Social e não atingiu os requisitos e reduzindo muito a média contributiva com aplicação de coeficientes proporcionais", esclarece.

"Uma questão positiva é a mudança das faixas de alíquotas de contribuição para o setor privado, onde a proposta é alterar para 7,5% para quem recebe até um salário mínimo, 9% para quem recebe até R$ 2.000,00, 12% para quem recebe até R$ 3.000,00 e 14% para quem recebe o teto da previdência (R$ 5.839,45), fazendo com que a população de baixa renda tenha uma alíquota menor", explica o Dr. Edson Junior.

Ainda, segundo o advogado previdenciário, haverá mudanças no texto sobre a reforma divulgado no fim de janeiro, em relação ao que havia sido proposto inicialmente, pois o mesmo ainda não foi votado. "Existem vários pedidos de emenda à PEC, mas nenhum foi avaliado ainda e na votação em plenário ocorrerá avaliação de cada um, mas acredito que tenhamos grandes alterações nesse texto inicial da proposta da PEC 06/2019, ante as evidentes distorções e rigidez nas regras de transição", alega.

Do ponto de vista do Dr. Cury, o texto apresenta alguns pontos positivos: "menos desigualdade, crédito mais barato e mais investimentos. E negativos: tempo de contribuição, idade para as aposentadorias, perda com as regras de transição e no valor do benefício", manifesta.

Para o vice-presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Dr. Diogo Leite Sampaio, uma reforma da Previdência é fundamental para a retomada do desenvolvimento do país e dos investimentos em saúde. "Entretanto, precisa ser ponderada a questão das aposentadorias especiais relacionadas ao grau de insalubridade", salienta.

Enquanto o texto não é aprovado, o Dr. Edson Junior destaca que é preciso que todas as categorias profissionais, inclusive os médicos, devem se preparar para as mudanças. "Sou da opinião de que tudo necessita de um planejamento, seja para comprar uma casa, para mudar de cidade ou para definir questões profissionais. No caso da aposentadoria não pode ser diferente, é preciso que seja feito um planejamento. Orientamos a todos a levantarem sua situação previdenciária, mesmo antes da mudança da lei, para saber seu panorama previdenciário, se têm os requisitos ou não, se necessita obter algum documento para sanar alguma omissão ou incongruência do sistema do INSS, se necessita de documentos para comprovar futura atividade especial junto ao INSS, como ficaria no caso de aprovar essa proposta, se vale ou não a pena aumentar ou diminuir a contribuição numa visão previdenciária e financeira, buscando subsídios para tomada de uma decisão mais assertiva", conclui.

Marun David Cury

Edson M. Filgueiras Junior

Diogo Leite Sampaio

**Até o fechamento desta edição, o texto da Reforma da Previdência deverá passar por alterações.*

ANÁLISE DOS RESULTADOS DA SIMPATECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA NO TRATAMENTO DA HIPER-HIDROSE EM PACIENTES ADOLESCENTES

Autores: Carolina Brito Faustino, Nelson Wolosker, José Ribas, Paulo Kauffman, Guilherme Yazbek, Paulo Pego, Marcelo Fiorelli e Gabriel Cucato

Instituições: Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo; Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital AC Camargo

Introdução/Objetivo: Vários fatores que podem influenciar a eficácia e satisfação dos pacientes após simpatectomia torácica bilateral (VATS) no tratamento da hiperidrose (HH) têm sido estudados, mas não há estudos na literatura que analisem especificamente a eficácia de tratamento e variações na qualidade de vida de pacientes adolescentes em comparação com pacientes adultos (18-40 anos).

Métodos: Foram analisados, retrospectivamente, 2431 pacientes com hiperidrose, submetidos a VATS bilateral, divididos nos seguintes grupos: adolescentes (472 pacientes) e adultos (1760 pacientes). As variáveis incluíram qualidade de vida antes da cirurgia, melhora na qualidade de vida após a cirurgia, melhora clínica da sudorese, presença hiperidrose compensatória grave e satisfação geral em um mês após a cirurgia.

Resultados: Observamos que todos pacientes submetidos à cirurgia apresentaram qualidade de vida ruim ou muito ruim antes da cirurgia; no entanto, os dois grupos foram estatisticamente diferentes. A qualidade de vida do grupo ADOLESCENTE antes da cirurgia foi estatisticamente pior do que a do grupo ADULTO. No pós-operatório, observamos melhora na qualidade de vida em mais de 90% dos pacientes, sem significativa diferença observada entre os dois grupos de pacientes. Hiperidrose compensatória grave ocorreu em 23,8% dos pacientes em série, sem diferença significativa entre os dois grupos.

Conclusões: Pacientes adolescentes se beneficiam tanto quanto pacientes adultos de VATS realizado para tratar a hiperidrose primária, apresentando significativos resultados cirúrgicos.

Comentador: Dr. Marco Antonio Soares Munia

IMPLANTE DE CATETER VENOSO CENTRAL PARA DIÁLISE DE CURTA PERMANÊNCIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO

Autores: Luciene do Nascimento Lima, Patrícia Maristela Maria Reis, Larissa Albuquerque de Oliveira Silva, Rodolfo Pacheco Quida, Ana Carolina de Oliveira Calixtro, Paulo Matsumura, Sérgio Vitasovic Gomes, Ulisses Ubaldo Mattosinho Mathias, Regina de Faria Bittencourt Costa

Instituição: Hospital Heliópolis

Introdução: A hemodiálise pode ser feita através de cateteres tunelizados ou não e preferencialmente através de fístulas arteriovenosas (FAV). O cateter duplo lúmen não tunelizado, cateter de Shilley, é utilizado para acesso por curto período (20 a 30 dias) até a maturação de uma FAV ou em pacientes que necessitam de diálise de emergência ou ainda em pacientes dialíticos com problemas em seu acesso definitivo.

A urgência renal é um estado clínico comumente associado a pacientes graves. Tal comorbidade, se não tratada rapidamente e de forma assertiva, pode levar o paciente à morte.

Metodologia: No período de julho de 2017 a fevereiro de 2019, foram avaliados os prontuários de pacientes internados em diferentes serviços do hospital, que foram submetidos a implante de cateter de curta permanência (Shilley) para realização de hemodiálise em caráter de urgência, indicados pelo Serviço de Nefrologia. Foram excluídos pacientes submetidos à troca de cateter através de fio guia.

Foram previamente avaliadas as condições clínicas, comorbidades, exames laboratoriais, RX de Tórax e outros exames de imagem quando necessários. Foram analisadas complicações maiores (hemo ou pneumotórax, hematoma cervical significativo, óbito) e complicações menores (necessidade de várias punções, mudança de sítio, punção arterial, dificuldade de progressão do fio guia).

Os pacientes foram submetidos a implante de cateter sob técnica de Seldinger, pela equipe de Cirurgia Vascular no Centro Cirúrgico, exceto naqueles pacientes cuja a condição clínica impedia sua mobilização. O sítio preferencial de punção foi sempre a veia jugular interna direita, por via anterior, onde os cateteres foram implantados na maioria dos pacientes.

Resultados: No período de 20 meses, 113 pacientes foram submetidos a implante de cateter de curta permanência para diálise. Destes, 70 eram do sexo

Junho Reunião Científica

27/6/2019 – 5ª feira – às 20 horas

Local:
Associação Paulista de Medicina (APM)
Anfiteatro Nobre – 9º andar

Endereço:
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278,
Bela Vista - São Paulo – SP

Estacionamento:
Multipark – Rua Francisca Miquelina, 67

masculino, e a idade variou de 18 a 86 (mediana de 64 anos). Não observou-se ocorrência de complicações maiores. Eram pacientes complexos com mais de duas comorbidades, dentre elas hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e acidente vascular cerebral que apresentaram taxa de óbito na internação superior a 70%, não relacionados ao implante do cateter. Alguns pacientes foram submetidos a mais de um implante de cateter e apenas um necessitou de diálise peritoneal por falha na implantação de cateteres venosos.

Conclusão: Pacientes submetidos ao implante de cateter de diálise no nosso serviço apresentaram grande complexidades. Observou-se ausência de complicações maiores no procedimento, explicada pela presença do cirurgião vascular experiente bem como obediência a protocolo de cirurgia segura, incluindo avaliação pré-operatória cuidadosa. Somente foi possível o seguimento dos pacientes em curto e médio prazo, pois os pacientes eram graves em sua maioria e muitos tiveram desfecho fatal.

Comentador: Dr. Sérgio Roberto Tiossi

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR COMO PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Autores: Cecília M. C. Pedro, Marcelo C. Burihan, Felipe Nasser, Orlando C. Barros, Tamiris A. M. Ingrund, Gustavo C. Miranda, Marlon A. Olivetti, George D. Brandão, José C. Ingrund

Instituição: Faculdade Santa Marcelina / Hospital Santa Marcelina

Resumo: A trombose venosa profunda (TVP) é a formação de trombos no interior das veias profundas, e uma de suas principais complicações é o tromboembolismo pulmonar (TEP). O TEP consiste na deposição de trombos dentro dos vasos pulmonares, sendo a principal causa de morte hospitalar evitável. Os anticoagulantes são utilizados no tratamento do TEP, porém existem casos onde há contraindicação para seu uso. Desta forma, os filtros de veia cava (FVC) podem ser indicados, com o propósito de prevenir o desenvolvimento de eventos embólicos e suas complicações.

O estudo teve o objetivo de avaliar a efetividade do FVC na profilaxia do TEP e demonstrar suas complicações. Indicar o perfil epidemiológico dos pacientes que receberam o FVC, demonstrar as doenças mais prevalentes e as principais indicações para utilização do FVC nos pacientes com TVP e TEP.

Foi um estudo observacional de coorte retrospectivo de 101 pacientes que receberam o FVC, de setembro de 2008 até dezembro de 2016, no Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Santa Marcelina. Os dados foram obtidos através da verificação sistemática dos prontuários eletrônicos.

No total de 101 pacientes, que foram submetidos ao procedimento, foi observado maior prevalência no sexo feminino (69,3%). A faixa etária mais prevalente nas mulheres foi entre 51 a 70 anos (37,6%), e nos homens foi entre 51 a 70 anos (14,8%). Após a verificação de prontuários, notou-se que 25 pacientes não receberam o tratamento completo no serviço, resultando na perda de seguimento clínico por impossibilidade de acessar o prontuário alterando a quantidade da amostra para 76 pacientes. A principal comorbidade foi a HAS. Constatou-se que 59% dos pacientes apresentavam doenças malignas, sendo o carcinoma de colo uterino a mais comum. A indicação mais prevalente para o uso do FVC foi a presença de TVP associada a indicação cirúrgica. Antes do FVC, a incidência de TEP era de 14,4%, após o implante foi de 2,6%. O estudo indicou que 73 pacientes evoluíram com TVP primária, 3,9% deles recorreram com TVP após o implante. Três indicações do FVC não envolveram a presença de TVP primária, sendo elas: TEP apesar de anticoagulação plena, TEP recorrente e indicação cirúrgica associada ao risco elevado de desenvolver TEP, após o implante os pacientes não desenvolveram trombose. Dos 76 pacientes, 41 deles vieram a óbito durante a pesquisa. No decorrer do estudo, um paciente evoluiu com deslocamento do implante, os demais não apresentaram complicações documentadas.

Com isso, o estudo mostrou o vínculo entre TVP e o sexo feminino. Permitiu concluir que os FVC podem ser utilizados para a prevenção do TEP, não devendo ser utilizado como conduta imediata, apenas quando há forte evidência para o uso. Confirmou o alto índice de doenças malignas associadas a eventos trombóticos. Em relação às complicações do FVC, dos 10 pacientes que retornaram ao serviço, apenas um evolui com deslocamento do implante. Inferindo maior confiança ao uso do FVC quando este for necessário.

Comentador: Dr. Celso Ricardo Bregalda Neves

CONVITE AOS SÓCIOS ASPIRANTES DA SBACV-SP

A SBACV-SP convida os seus sócios aspirantes a se tornarem sócios efetivos ou plenos. Mas o que é necessário?

Para a progressão a sócio efetivo:

1. Cópia simples do seu certificado do título de especialista, emitido pela SBACV/AMB;
2. Ser sócio aspirante por pelo menos três anos;
3. Ser sócio da APM/AMB;
4. Proposta de efetivo preenchida em duas vias;
5. Duas fotos 3x4;
6. Estar quite com a SBACV-SP.

Para a progressão a sócio pleno:

1. Cópia simples da carteirinha do CRM;
2. Ser sócio aspirante por pelo menos três anos;
3. Proposta de pleno preenchida em duas vias;
4. Ter completado residência médica ou curso de especialização reconhecido pela SBACV, nas especialidades ou áreas objetivas da associação, anexando o comprovante à proposta;
5. Cópias simples do RG, CPF, foto 3x4 e do diploma de médico;
6. Estar quite com a SBACV-SP.

Endereço para envio: Rua Estela, 515, Bloco A, Conj. 62 - Vila Mariana CEP: 04011-002 – São Paulo (SP).
Para maiores informações, entre em contato com a secretaria da SBACV-SP via e-mail – secretaria@sbacvsp.org.br ou telefone: (11) 5087-4888.

Campinas – Jundiaí

O encontro científico da seccional Campinas e região, da SBACV-SP, foi realizado no dia 27 de maio, na sede social da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas (SMCC). O palestrante foi o Prof. Dr. Henrique Jorge Guedes Neto, que apresentou o tema Anomalias Vasculares Congênitas.

A reunião foi organizada pelo diretor da seccional, Dr. Gustavo Pierro Postal e contou com a presença da diretora do departamento Vascular da SMCC, Dra. Ana Lucia Pinotti.

Gustavo Pierro Postal,
Ana Lucia Pinotti e
Henrique Jorge Guedes Neto

Ribeirão Preto

No dia 25 de junho, a seccional Ribeirão Preto, em sua reunião mensal, terá a a palestra do Dr. Jong Park, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. O tema da apresentação será: Soluções GORE para aorta e vasos periféricos: aspectos técnicos e aplicações clínicas. O evento será realizado às 19h30, no Cabaña Resturante, na Praça Boavantura Ferreira da Rosa, 2218 – Jardim Sumaré – Ribeirão Preto – SP.

O evento tem o apoio da Medical Mastery com a organização do diretor da seccional Luciano Rocha Mendonça.

CARREIRA

PROF. DR. FRANCISCO HUMBERTO DE ABREU MAFFEI, EMÉRITO DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP

No dia 31 de maio, o Professor Dr. Francisco Humberto de Abreu Maffei estava muito feliz em frente à Galeria dos Eméritos, da qual ele faz parte desde 2008, pois dois de seus assistentes, os professores doutores Marcone Lima Sobreira e Profa. Dra. Regina Moura Ceranto, foram aprovados no Concurso Público para Obtenção do Título de Livre-Docência da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Dr. Maffei é muito importante para a sociedade médica brasileira por suas grandes contribuições, por ter uma vida dedicada à medicina e pela prática acadêmica. Na Faculdade de Medicina de Botucatu iniciou sua carreira como docente e em seu Hospital de Clínicas, que ajudou a criar, inicialmente como cirurgião geral e depois como cirurgião vascular. Foi o organizador do Livro "Doenças Vasculares Periféricas", que atualmente está em sua quinta edição.

Uma carreira repleta de conquistas e dedicação à Medicina.

Francisco Humberto de Abreu Maffei

RESIDÊNCIA DE CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR DO HOSPITAL DO MANDAQUI

Fundado em 1º de dezembro de 1938, pelo Decreto 9566, foi o primeiro hospital governamental, especializado em tuberculose, instalado no estado de São Paulo, dando início a toda rede de hospitais de tuberculose do governo estadual. Funcionou inicialmente em três pavilhões, com capacidade de 100 leitos destinados a adultos e, posteriormente, com instalações de novos pavilhões, chegou em torno de 450 leitos.

Sua organização permitiu o tratamento das várias formas da tuberculose, em todas as idades, bem como as doenças intercorrentes. A cirurgia torácica, realizada desde os primórdios do hospital e em locais improvisados, foi melhorando à medida que se adquiriu melhores equipamentos e instalações, tornando-se o maior centro cirúrgico especializado e de referência no estado de São Paulo.

Em 17 de setembro de 1970, em Decreto 52530, foi aprovado o regulamento do Parque Hospitalar do Mandaqui, e assim funcionou até 1988, quando foi transformado em Hospital Geral, incorporando o Hospital Infantil Zona Norte. Em 10 de janeiro de 1997, passou a se chamar Conjunto Hospitalar do Mandaqui, quando foi definido o atual organograma, no qual se procurou aproximar áreas operacionais dos gestores e a definição de missão apoiada nos objetivos e metas da instituição.

Em fevereiro de 2004, foram entregues, totalmente reformados, os prédios do antigo Hospital Infantil Zona Norte, até então imóvel desativado para o funcionamento do centro de Referência do Idoso, e o prédio Leonor Mendes de Barros, onde já funcionava o Ambulatório de Especialidades. Em 2005, foi inaugurado o Pronto-Socorro Infantil em novo espaço físico e também o serviço de emergência do Pronto-Socorro de Adultos.

Atualmente, o Conjunto Hospitalar do Mandaqui é um Hospital Geral de ensino, em nível terciário, e é referência para os politraumatizados na zona norte de São Paulo.

Quanto à cirurgia vascular, começamos como estágio não reconhecido em 2005. Hoje, fazemos parte da prova do SUS e temos três residentes por ano. O serviço é completo e conta com todos os métodos de imagem: hemodinâmica, tomografia e ressonância. São 10 salas de cirurgias e os residentes passam pelas áreas básicas e de atuação, como doppler e hemodinâmica.

A primeira turma do Serviço de Residência Vascular foi formada em 2005, onde começamos com dois estagiários. Hoje, estamos com 14 turmas e seis residentes, todos com bolsa. Entre coordenadores e assistentes, nossa equipe é composta por 12 vasculares que cobrem todas as áreas, e temos, no mínimo, dois assistentes por dia e presencial. E quanto aos residentes, são três no primeiro ano e três no segundo.

Por falta de material de Endovascular, indicamos muitas cirurgias abertas, no mínimo 60 por mês, de alta complexidade, entre aneurismas, carótidas e limbo Savage. A parte de hemodinâmica fica com diagnóstico e angioplastia de artérias de pernas.

Gostaria de salientar que somos um hospital puramente do Sistema Único de Saúde (SUS). Dificuldades existem, mas nossos residentes trabalham muito e operam mais que a média dos serviços. A nossa taxa de aprovação em prova de título está acima da média, e nossos residentes sempre entram em concursos de área de atuação que desejam.

Dr. Eduardo Brigidio
Chefe de Serviço de Residência de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital do Mandaqui

LIVRE-DOCÊNCIA

CONCURSO PÚBLICO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE LIVRE-DOCENTE EM CIRURGIA VASCULAR

Foram aprovados no Concurso Público para Obtenção do Título de Livre-Docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, o Prof. Dr. Marcone Lima Sobreira e a Profa. Dra. Regina Moura Ceranto, nos dias 29 a 31 de maio.

A banca para avaliação foi composta pelos doutores José Carlos Costa Baptista-Silva (UNIFESP), Ana Terezinha Guillaumon (UNICAMP), Edwaldo Joviliano (USP-RP), Winston Bonetti Yoshida (UNESP-Botucatu) e Erika Ortolan (UNESP- Botucatu).

Ana Terezinha Guillaumon, Edwaldo Eder Joviliano, Jose Carlos Costa Baptista-Silva, Marcone Lima Sobreira, Regina Moura Ceranto, Winston Bonetti Yoshida e Erika Veruska Paiva Ortolan

Lipedema: doença crônica do tecido adiposo

Dr. Alexandre Amato, cirurgião vascular fala sobre a doença, a dificuldade no diagnóstico e as opções de tratamento

Junho é o mês de conscientização do lipedema nos Estados Unidos. A doença foi descrita pela primeira vez em 1940, pelos doutores Edgar Van Nuys Allen, cirurgião cardiovascular conhecido pelo teste de Allen, e Edgar Alphonso Hines Jr. na Mayo Clinic na sessão Vascular Clinics, e hoje nomeia a síndrome de Allen-Hines. Desde então, o lipedema foi caracterizado como uma deposição anormal de gordura em glúteos e pernas, bilateralmente, que pode ser acompanhada por edema ortostático. A doença afeta quase que exclusivamente mulheres, embora já tenha sido descrita também em homens.

De acordo com o Dr. Alexandre Amato, cirurgião vascular, existe muita confusão e subdiagnóstico do lipedema devido à falta de um teste de laboratório ou um teste genético definitivo e fácil, associado a uma carência de familiaridade médica com os critérios de diagnóstico para a doença. "O lipedema é mascarado por outras condições e comorbidades como: linfedema, desproporção fisiológica do formato do corpo, lipohipertrofia, obesidade ginecóide ou em "forma de pêra", que podem contribuir para essa confusão e levar a um diagnóstico errado ou subdiagnóstico. E isso é preocupante, pois atrasa o tratamento da doença, permitindo a sua progressão", comenta.

Ainda, segundo o Dr. Amato, outros sintomas clínicos frequentes são a dor e a fácil formação de equimoses, essa fragilidade capilar, com formação de hematomas e equimoses que ocorre de forma aleatória, sem um padrão definido. "O lipedema é muitas vezes citado como síndrome da gordura dolorosa devido o seu aumento de sensibilidade, dor e incômodo que muitos pacientes sentem ao aplicar a pressão nas extremidades afetadas. A causa e origem da dor são desconhecidas, frequentemente a dor mais generalizada tem componentes vistos em sensibilização central e na síndrome da dor crônica", informa. Com a progressão do lipedema, com o aumento do peso e o aumento das extremidades inferiores, ocorre o acúmulo de gordura em coxins gordurosos que caracteristicamente se desenvolvem medialmente nos joelhos podendo levar a uma mobilidade diminuída, distúrbios da marcha e possivelmente danos no quadril e joelho.

O sinal típico de lipedema é classicamente descrito como as "pernas em tronco de árvore" ou de "elefante" que pioram com a progressão da doença. A gordura subcutânea é depositada acima dos maléolos com excesso de gordura assentando em uma distribuição tipo "calças largas". O fato dos pés serem poupados causa uma mudança abrupta perceptível na altura do tornozelo entre as pernas alargadas e os pés com aparência normal, principalmente nas fases mais avançadas, esta característica é conhecida como sinal do coxim gorduroso (fat-pad), "efeito bracelete" ou sinal do "manguito", em alguns casos esse manguito pode ser duplicado nos braços com o punho, com manguitos espelhando a aparência de coxins gordurosos (manguitos gordos) na região do tornozelo.

O Dr. Amato explica que uma das queixas comuns entre os pacientes, é o inchaço dos membros que piora com a ortostase e o clima quente. "As áreas acometidas na pele são normalmente macias e não possuem descoloração ou mudança de cor e, além disso, esse edema não apresenta sinal de Godet ou tem uma depressão muito discreta. A identificação concomitante de eritema, ulcerações, hiperpigmentação, celulite ou pele espessada somente ocorre quando o lipedema está acompanhado de linfedema e insuficiência venosa ou dermatite de estase", afirma.

Por ser uma doença complexa e subjetiva, o Dr. Amato aconselha usar o modelo bio-psico-social da organização mundial de saúde e suas diretrizes e sugere que seja feito nos pacientes com lipedemas as seguintes medidas: índice cintura-perna-circunferência medido sequencialmente, o índice de massa corpórea (IMC), o score das atividades diárias, a avaliação de dor e a qualidade de vida. Ele também recomenda o diagnóstico e tratamento psicossocial e das doenças coexistentes, ao classificar o paciente em termos do modelo ICF e que podem ter medidas validadas com o tratamento dedicado.

Atualmente, segundo o Dr. Amato, não há cura para o lipedema, mas existem várias opções de tratamento que consistem em quatro terapias principais que devem ser combinados para minimizar os sintomas clínicos como, terapia física complexa, que é a drenagem linfática manual, terapia compressiva, exercícios e cuidados da pele; dieta e atividade física; tratamento cirúrgico com a lipoaspiração e cirurgia plástica e suporte psicológico quando necessário.

Historicamente o lipedema é tratado com terapias conservadoras. Recentemente, especialistas estão realizando o controle cirúrgico mais amiúde com as medidas conservadoras também, mantendo-se importante no pré e pós-operatório. "A lipoaspiração que poupa os linfáticos com a remoção do tecido gorduroso por cânulas de sucção é o procedimento padrão. Lipoaspiração ou lipectomia não são curas para o lipedema e pacientes tipicamente necessitam de terapias associadas, incluindo, compressão ou drenagem linfática manual. Anti-inflamatórios não esteroidais comuns não funcionam, corticóides também não, e, muitas vezes, até pioram os sintomas. É descrito na literatura o uso de suplementos alimentares", informa.

Doenças que não possuem marcadores específicos, exames padrão ouro ou exames de imagem definitivos como o lipedema, são muitas vezes desacreditadas, na opinião do Dr. Amato. Ele conta que outras doenças, cujos diagnósticos sempre foram clínicos, passaram a necessitar de exames de imagem para provar sua existência para o sistema de saúde. E, com isso, os exames subsidiários muitas vezes passaram a ser reconhecidos como definitivos e a importância da anamnese e exame físico são deixadas num segundo plano. "Doenças que apresentam variações clínicas amplas e não possuem exames subsidiários definitivos são esquecidas. Para o generalista a dificuldade no diagnóstico clínico é reconhecer condições que não se encaixam nas categorias de doenças familiares já conhecidas, e, o lipedema é uma delas. Por isso, a conscientização do público em geral, mas também dos médicos é essencial. Os cirurgiões vasculares lidam diariamente com dor e edema em membros inferiores, esse diagnóstico diferencial deve sempre ser avaliado e excluído", conclui.

#junholipedema

Acesso para ver os vídeos de conscientização do lipedema nas mídias sociais

Dr. Alexandre Amato

A HOSPITALIDADE A SERVIÇO DA HUMANIZAÇÃO

**Por Marcelo Boeger*

A hospitalidade é uma atitude. Quando a colocamos em um sentido mais amplo, podemos enxergá-la no âmbito doméstico, social e comercial. Na primeira perspectiva, podemos ver atitudes que derivam de valores que as pessoas têm e moldam sua forma de agir. Nesse âmbito, na esfera doméstica, particular, pessoal. Na segunda perspectiva, é a relação que as pessoas demonstram com estranhos. Aqui gostaria de propor que a chamemos comumente de Humanização. A terceira perspectiva traz a ideia da remuneração como motivo da hospitalidade, baseado em atendimento e critérios ligados ao nível de serviços.

As atitudes de hospitalidade no âmbito comercial, caracterizam-se por serem ações premeditadas (treináveis), ligadas a uma série de elementos, como parâmetros de tempo de atendimento mínimo em cada ponto de contato, atitude da equipe mediante desejos dos clientes fora das especificações, atitude da equipe diante de uma reclamação (nas 24 horas), postura da equipe no ambiente de trabalho, requisitos de apresentação pessoal, entre outros em que processos com desenhos e fluxos claros, autonomia da equipe e clareza de objetivos entre áreas de interface, que resulta em enorme eficiência para o cliente: "Comunicamos que estamos bem preparados para atendê-los" - ainda que para o cliente pareça algo espontâneo - foi baseado no desejo de seus administradores - foi treinado exaustivamente para atingir esse patamar de qualidade.

Como capacitar um colaborador para ser mais humano com seus clientes, caso essa não seja sua reação natural diante dessa situação? Como capacitamos alguém para amar alguém? Obviamente isso se dá por outro canal - que é o da empatia e é demonstrado quando percebemos ações que demonstram que se importam, que contemplam alguém - independentemente de ter que se pedir, treinar ou estimular. É absolutamente espontâneo. Nesse caso, nosso papel de líder é o de sensibilizar.

São características tão íntimas e genuínas que um atendimento padronizado poderá não ter legitimidade alguma se essas pessoas não estiverem, em primeiro lugar, sensibilizadas para o resultado de suas tarefas em relação aos benefícios diretos e indiretos a serem gerados. Precisamos sensibilizar as pessoas para a razão de estarem atuando naquela atividade e mostrar-lhes sua importância no processo de atendimento ao cliente. Caso contrário, estaremos treinando-as para serem hipócritas. Claro que devem atender bem, mas, mais do que isso, devem preocupar-se com o cliente não somente por ser uma simples troca comercial.

A Humanização é movida pela oferta; e a hospitalidade, pela demanda. Ou seja, depende somente dos colaboradores a percepção da necessidade de humanizar. Caso isso não ocorra, pouco o cliente poderá cobrar, pois, na maior parte das vezes, nem saberia o que pedir ou de que forma algo diferente poderia ser feito.

Godbout (2010) em seus estudos já nos revelava que toda atitude de hospitalidade se dá por uma equivalência alternada, uma exigência de reciprocidade, que no caso da hospitalidade comercial está baseada na remuneração, mas na hospitalidade social e doméstica, unicamente no amor.

Marcelo Boeger

Presidente da Sociedade Latino Americana de Hotelaria Hospitalar e coordenador e professor do curso de Especialização de Hotelaria Hospitalar do Hospital Albert Einstein e professor de MBA em Gestão da Saúde e MBA em Infecção Hospitalar (INESP)

PALPITEIRO...

No XVII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular, todos os módulos foram excelentes e contribuíram muito com o aprimoramento dos conhecimentos da maioria dos presentes. Encontro esse que deveria ser divulgado semanalmente a partir da decisão em apresentá-lo, e diariamente nos últimos quinze dias, convencendo as três imprensas em não cobrar, por se tratar de um aprimoramento dos conhecimentos dos vasculares, em benefício da sociedade brasileira.

Porém:

1- A excelente apresentação do Módulo II – Defesa Profissional / Educação Médica, de grande importância na autêntica defesa do médico, moderado pelos destacados Professores, Francesco Evangelista Botelho, Maria Elizabeth Rennó e Roberto Augusto Caffaro, e comentado também pelos dedicados Professores, Talita Araújo, Patrícia Gregório, Jorge Rufino Ribas Timi, Adnan Neser, Chao Lung Wen, poderia estar presente o ministro da Saúde, Dr. Luiz Henrique Mandetta, pedindo sua participação numa luta autêntica para a melhoria de: a) médicos dignos, sem nenhum favor, implantando a carreira médica, que está sendo sugerida pelo governo, com salário de R$ 11.000,00, ao invés de ser igual a dos juízes e promotores, que varia de R$ 25.000,00 a R$ 35.000,000, resolvendo definitivamente a falta de médicos para o atendimento à medicina popular, nas mais longínquas cidades do Brasil. Igualando o salário para a carreira médica a dos profissionais da Justiça, não é nenhum favor, é simplesmente fazer justiça. (investir na saúde e na educação, diminuindo a criminalidade, há décadas comprovada por inúmeros países desenvolvidos, abrandaria o trabalho de promotores, juízes, policiais); b) No término das construções dos Hospitais Públicos, há anos abandonadas vergonhosamente, displicentemente. c) E que o ministro não fique na verborreia, nas divagações de promessas que estamos cansados de ouvir, sem concretização. A assistência médica à população pobre está muiiiiiiiiito abandonada, há décadas, pela insensibilidade, o desamor, pela burrice da política brasileira!

2- Que o CFM e Conselhos Regionais de Medicina dos estados brasileiros, vigiem rigorosamente a Indústria de materiais cirúrgicos que tentam seduzir o cirurgião vascular a usar seus produtos fabricados; Que impeçam a propaganda de medicamentos informando que evitam varizes, que curam as varizes e os "vasinhos"; que consigam junto às três imprensas (falada, escrita e televisiva), um espaço de três minutos, no mínimo, gratuito, para divulgar um alerta a toda população brasileira, da importância de cuidar de sua maior riqueza, a saúde; Que analisem a ideia de só permitir o marketing da realização de congressos, encontros, simpósios, debates das especialidades médicas, proibindo a divulgação de clínicas e do especialista individualmente.

3- Pela enésima vez comento: por que a AMB, CFM, conselhos regionais de medicina estaduais, sociedades de especialidades, associações médicas estaduais, não convocam os governos, federal, estaduais, municipais, ministro da saúde, planos de saúde, numa assembleia permanente para resolver com justiça os massacrantes e contínuos erros contra a saúde pública, e a particular, que prejudicam a população brasileira, ficando com sua maior riqueza, a saúde, abandonada, ignorada.

4- Pedir aos Chefes de Serviços da Angiologia e Cirurgia Vascular, um treinamento da dicção dos Autores-Apresentadores de Temas, porque, vários têm uma dicção, uma entonação de voz, um tanto atrapalhada, prejudicando o entendimento da plateia. Esse comentário não está restrito ao grupo da vechiaria bruta, ou dos com diminuição de sua acuidade auditiva, mas, também, aos jovens que reclamam acanhadamente.

5- Ter um painel eletrônico, amplo, ao lado da porta de entrada do anfiteatro, projetando, em rotatividade, os assuntos que serão discutidos, e o nome destacado do apresentador, o nome da cidade, dos estados e da faculdade a que pertence. Facilitaria a todos desejosos em saber os assuntos que serão apresentados.

6- Que os Professores de Angiologia e Cirurgia Vascular, de todas as Faculdades de Medicina, os Chefes de Serviço de Ensino da Especialização Vascular, façam um sacrifício de comparecer à reunião mensal da nossa sociedade, valorizando muito, muito mesmo essa reunião, pelos seus importantes conhecimentos acumulados: os jovens, e mesmo os mais velhos, ficariam tremendamente gratos.

Desculpem-me de tantos e incômodos palpites, por parte de um discípulo de Dom Quixote.

"Tudo o que é necessário para que o mal triunfe é a omissão dos homens da boa índole"
Edmund Burke

Dr. Rubem Rino
Membro associado da SBACV-SP

O NEGÓCIO DA SAÚDE DEPENDE DA EXPLORAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Estes dias li um artigo publicado no New York Times enviado por um grande amigo a um dos famigerados grupos de WhatsApp, intitulado *"The Business of Health Care Depends on Exploiting Doctors and Nurses"* (numa tradução livre: O negócio da saúde depende da exploração de médicos e enfermeiros); o subtítulo diz: *One resource seems infinite and free: the professionalism of caregivers* (ou seja, um recurso parece infinito e grátis: o profissionalismo dos cuidadores, ou profissionais de saúde, como queiram).

Vamos aos fatos. O artigo começa com um exemplo hipotético de um médico que é chamado, fora do seu período de trabalho, nos Estados Unidos, para prestar seus serviços, dando a entender que não seria coberto pelo plano de saúde; qualquer semelhança por aqui é mera coincidência. No desenrolar do texto, a autora Danielle Ofri comenta que este tipo de situação é comum por lá, tanto para médicos como para enfermeiros, chamando a atenção para o sentimento mais nobre da maioria dos profissionais de saúde, o cuidado com o paciente, mesmo com altos custos pessoais para o profissional. Em resumo, frequentemente trabalhamos de graça pelo sentimento que temos pelo cuidado com o paciente.

É louvável que nós médicos não nos esqueçamos do nosso juramento de Hipócrates e dediquemos nossas atividades primordialmente em favor do nosso paciente, entretanto, isto tem um custo. Lamentavelmente, como o artigo do NYT descreve, os planos de saúde pouco se importam com os profissionais de saúde, já que somos uma mão de obra barata e interminável. Aqui no Brasil, isso já era dito pelo fundador da Amil, Edson Godoy Bueno, "Para mim, foi uma experiência que me trouxe grande satisfação. Eu percebi que dispunha de mão de obra extremamente qualificada, mas extremamente barata: o médico. Eu soube explorar isso, e o resultado foi a Amil", disse Bueno em uma entrevista. Sem comentários!

No fim das contas, as empresas de planos de saúde são extremamente corporativistas às nossas custas e por nossa culpa, que aceitamos as imposições colocadas por elas. Será que as empresas de saúde estão preocupadas se um médico vai atender dois, três ou seis pacientes por hora? Será que as empresas que remuneram o profissional por hora trabalhada ao invés de pagar por atendimento de saúde estão preocupadas com a relação médico-paciente?

E a situação ainda vai piorar com o número de pseudo-faculdades de medicina sendo abertas indiscriminadamente pelo País.

Também vai piorar na nossa especialidade, a cirurgia vascular, porque formamos muitos profissionais anualmente. Vivendo num país livre e democrático que me permite escrever aquilo que penso, sinto-me à vontade em dizer que não é a hipocrisia de reserva de mercado, mas o cerne da questão está no fato que é muito fácil alguém que deseja ter mão de obra barata de estagiários e residentes, consegue abrir um "pseudo-estágio" ou "pseudo-residência" em cirurgia vascular e colocar gente para "tocar serviço" a um custo irrisório. Ao fim de dois anos, estes "pseudo-profissionais" estão no mercado aceitando as migalhas oferecidas pelas operadoras de saúde mais inescrupulosas.

Reforço o que eu disse no plenário do último Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular, em maio deste ano: está aqui uma ótima oportunidade para a SBACV rever os credenciamentos dos estágios em angiologia e cirurgia vascular, da mesma forma que a diretoria da nacional teve coragem de suspender o apoio aos cursos e congressos privados.

Até o próximo artigo!

Resposta da pergunta deixada na edição 221 da Folha Vascular

No artigo da última edição da Folha Vascular, deixei a pergunta: qual sua conduta frente à uma trombose relacionada à inserção de cateter central ou para hemodiálise (seja por inserção direta ou periférica – picc) em paciente que necessita de via de acesso venoso, com cateter funcionando?

Os consensos atuais sugerem que se o cateter esteja funcionando e o paciente necessita de acesso venoso, que o cateter seja mantido onde está, pois a trombose já está instalada; na maioria das vezes será instituída a anticoagulação, portanto, o tratamento não é influenciado pelo cateter.

Dr. Rogério Abdo Neser
Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Diretor de Publicações da SBACV-SP

Liga Acadêmica Paulista de Cirurgia Vascular

Em julho não haverá reunião da Liga Vascular. As próximas reuniões serão realizadas nos dias 10 de agosto, 14 de setembro, 19 de outubro e 23 de novembro.

Os encontros acontecem na Associação Paulista de Medicina (APM), das 8h30 às 12h, com a coordenação dos doutores Marcelo Calil Burihan, Luis Carlos Uta Nakano, Ivan B. Casella, Adnan Neser, Henrique Jorge Guedes Neto e Arual Giusti.

Informações complementares com a secretaria da SBACV-SP, pelo e-mail secretaria@sbacvsp.org.br.

Curso de Educação Continuada em Ecografia Vascular com Doppler (CECEV)

Nos dias 8 e 9 de junho foi realizado o primeiro módulo do 2º Curso de Educação Continuada em Ecografia Vascular com Doppler (CECEV).

Na ocasião, foram abordados os seguintes temas: Veias superficiais e profundas dos membros inferiores; Veias cervicais e dos membros superiores; e Artérias dos membros inferiores e superiores.

A organização foi das doutoras Érica Nardino e Luisa Ciucci, e do Dr. Ronald Flumignan. Os vasculares colaboradores do setor de ultrassom vascular da Escola Paulista de Medicina, doutores Luís Gustavo Guedes e Francisca Moon, foram os monitores do CECEV.

O próximo módulo será nos dias 21 e 22 de setembro, das 8h às 17h, em local a ser definido. O CECEV tem a realização da SBACV-SP pela comissão do departamento de métodos diagnósticos não invasivos, com o apoio da GE Healthcare. As inscrições podem ser feitas pelo telefone: (11) 5087-4888.

Os patrocinadores da GE, Enrique Domingos, Rafaella, Henrique Otani e Marlene Santos com os doutores Ronald Flumignan, Érica Nardino e Luisa Ciucci

Luís Gustavo Guedes, Francisca Moon, Ronald Flumignan, Jorge Henrique Guedes, Marcelo Calil Burihan e Luis Carlos Uta Nakano

Crédito das fotos – Silvio R. Silva

Alunos, monitores e organizadores no final do primeiro dia

Curso de Educação Continuada em Curativos Vasculares

Marcelo Calil Burihan, Rina Porta e Sérgio Tiossi

Com a organização da SBACV-SP e dos doutores Sérgio Roberto Tiossi e Rina Maria Pereira Porta, que fazem parte da Comissão de Curativos da entidade, foi realizado no dia 25 de maio, na Associação Paulista de Medicina (APM), o Curso de Educação Continuada em Curativos Vasculares (CECC) com o tema central "1º Curso hands-on de novas tecnologias aplicadas às feridas complexas de etiologia vascular".

A abertura do evento contou com as palavras do presidente da SBACV-SP, Dr. Marcelo Calil Burihan que, em nome da sociedade, parabenizou a comissão organizadora pelo excelente trabalho e aprendizado que vem sendo oferecido por meio dessas realizações. "Esse curso é de grande importância, a sociedade tem essa função, essa obrigação de trazer a educação continuada e a defesa a profissional para seus associados. Esses são os dois pilares fundamentais para a nossa regional", destacou Burihan.

O Dr. Tiossi falou do valor que um curso focado para os médicos vasculares agrega à especialidade. "Na maioria das vezes, o profissional tem pouco contato com esses dispositivos. O objetivo desse curso é verificar como os materiais podem ser utilizados como curativos primários e secundários, como fazer a associação de objetos, e verificar se eles suportam uma terapia negativa ou uma terapia compressiva".

Na ocasião, foram apresentados temas como: O preparo do leito da ferida na prática diária e o cuidados com a pele (Enfa. Gisele Pascon Chicone); Biofilme: como prevenir e tratar (Dr. Sérgio Roberto Tiossi); Mudanças de paradigmas com a terapia compressão negativa nas úlceras diabéticas (Dra. Rina Maria Pereira Porta); Escolhendo a terapia compressiva adequada nas úlceras venosas (Dra. Juliana Puggina); Dispositivos para redução da carga pressórica nas úlceras neuropáticas (Dr. Eduardo Araújo Pires); Matrizes dérmicas: quando e como usar? (Dr. Dimas André Milcheski); e Como escolher a cobertura adequada à úlcera vascular? (Dr. Clayton de Paula).

Ao final do evento, os alunos participaram do Hand-on de novas coberturas e dispositivos, uma forma de conhecer os produtos e materiais para suas áreas de trabalho.

O evento teve o apoio da APM e das empresas: Cardinal Health, ConvaTec, Daudt, Hartmann, KCI, Oxy, Smith & Nephew, Symatese Latam, Urgo Medical, Venosan, que fizeram uma exposição de seus produtos.

CECC
CURSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM CURATIVOS VASCULARES

2º CECACE acontece em junho

Com o tema "Artérias carótidas e embolização", será realizado o segundo módulo do 2º Curso de Educação Continuada em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular (CECACE) no dia 29 de junho, das 8h45 às 17h15, na Johnson & Johnson Institute, evento que a Cordis - Cardinal Health e a SBACV-SP desenvolveram juntas para colaborar no desenvolvimento dos residentes da Cirurgia Endovascular do estado de São Paulo, com o objetivo de contribuir com a qualidade do ensino na especialidade vascular.

A programação será dividida em duas partes: no período da manhã com teoria e protocolos, e no período da tarde com prática por meio de workshops, salas interativas, palestras e simulação virtual. Essa metodologia permite que o participante tenha maior clareza nas atualizações clínicas e científicas que embasam os protocolos cirúrgicos, bem como no desenvolvimento e análise crítica de estudos clínicos e simulações que poderão ajudá-lo no mundo real.

O curso é direcionado para residentes, recém-egressos e associados quites com a SBACV-SP.

O terceiro módulo será realizado em 30 de agosto, na Johnson & Johnson. Em breve, a secretaria da SBACV-SP informará a programação do curso.

DR. ALDO FERRONATO: CARREIRA REPLETA DE CONQUISTAS E DEDICADA À MEDICINA

Dr. Aldo Ferronato, nasceu em São Paulo, no dia 11 de janeiro de 1943. Formado pela Escola Paulista de Medicina (1963-1969), iniciou sua carreira, em 1971, como professor assistente da disciplina de Angiologia e de Cirurgia Vascular, na Escola Paulista de Medicina. Em seguida, ingressou na Faculdade de Medicina de Itajubá, em Minas Gerais (1974-1975) como professor da mesma disciplina e depois entrou para a Faculdade Bandeirantes de Medicina, em Bragança Paulista (1978-1980).

Atuou como chefe dos Serviços de Cirurgia Vascular dos Hospitais Humberto I (1971 a 2006) e permanece até hoje como responsável por parte do atendimento de urgência do Nove de Julho, ambos na capital paulista. De 1974 a 2009 foi preceptor dos residentes do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

Além de sua atuação prática, também contribuiu com a especialidade na área acadêmica. Ele participou da elaboração de vários capítulos de livros sobre Medicina de Urgência e de artigos para a especialidade, publicados em revistas nacionais e estrangeiras.

Com intensa atuação na SBACV-SP, foi diretor científico por três gestões e recebeu por duas vezes o prêmio de melhor trabalho científico do ano.

Destacou-se como membro do Rotary Club Sudoeste de São Paulo e como conselheiro do Esporte Clube Pinheiros, durantes três mandatos.

Como forma de reconhecimento pela dedicação aos seus alunos, foi o professor homenageado na formatura das Faculdades de Medicina de Itajubá, na turma de 1974 e na Bandeirantes de Medicina, de Bragança Paulista, em 1978 e 1979.

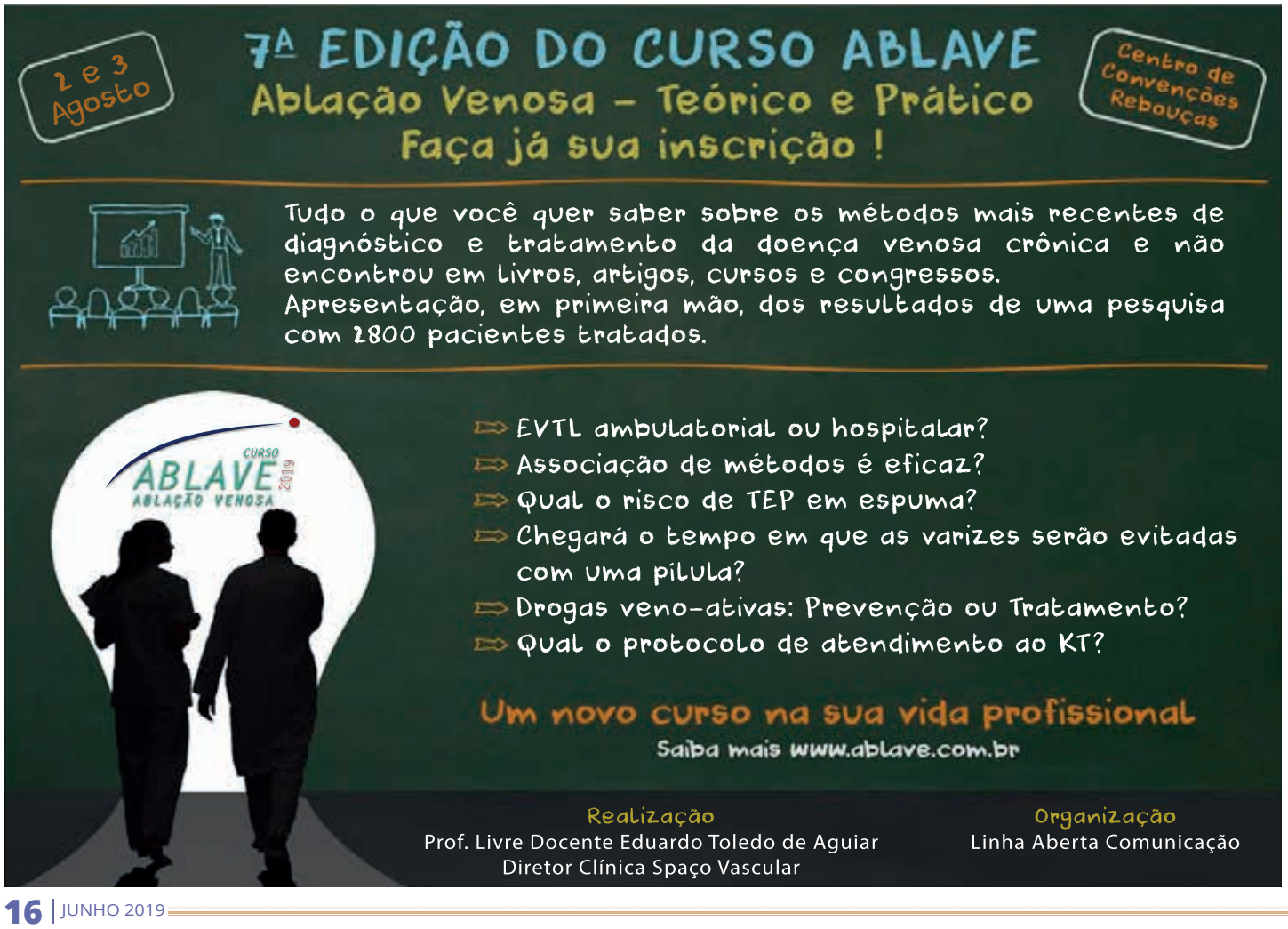
Dono de uma carreira repleta de conquistas e dedicada à Medicina, Dr. Ferronato praticou esportes durante a vida toda e, atualmente, tem aproveitado seu tempo livre com o futebol e corridas de rua, tendo completado 17 maratonas.

Mensagem aos jovens médicos

"Que sejam muito competentes, honestos e que desenvolvam boa capacidade de comunicação. Conselho que dá com frequência à sua filha Giovanna, também estudante de medicina, na Faculdade Santa Marcelina".

Dr. Aldo Ferronato

INFORME PUBLICITÁRIO



SELO HOLOGRÁFICO

• A SBACV-SP disponibiliza, aos seus sócios, o seu selo holográfico. O material, que pode ser anexado em receituários médicos, prontuários, cartões de visita, laudos médicos ou qualquer local em que o médico julgar importante, custa R$ 0,25. A quantidade mínima para a compra são 300 selos, vendidos pelo preço de R$ 75.

Caso o médico opte por adquirir 600, o valor é R$ 150, e para 900, o profissional deverá despender R$ 225. O pagamento precisa ser antecipado e o comprovante anexado ao e-mail de solicitação. Os associados podem adquirir o produto pelo e-mail secretaria@sbacvsp.org.br, e recebê-lo em seu endereço de correspondência.

• A Regional São Paulo dispõe de jalecos estilizados para os sócios adimplentes da entidade. O avental possui o logo da SBACV-SP bordado na manga e o nome do médico no bolso. Os tamanhos variam de P a EXG e podem ser fabricados em tecido Oxford - R$ 125; e em tecido microfibra - R$ 140. Os valores já estão com o frete incluso. Depois de escolhido o tamanho e confeccionado o jaleco, não haverá troca. Os interessados devem entrar em contato com a secretaria da SBACV-SP, pelos telefones (11) 5087-4888 e (11) 5087-4889, ou pelo e-mail: secretaria@sbacvsp.org.br.

Análise do Projeto de Lei sobre Revalida é adiada na CCJC

O PL 4067/2015 que institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Universidades Estrangeiras (Revalida), que aguarda deliberação na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), foi pautado no dia 29 de maio na comissão em reunião Deliberativa Extraordinária. Anteriormente o projeto já havia sido aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família, com parecer da relatoria do Deputado Hiran Gonçalves e na Comissão de Educação, sob a relatoria do Deputado Federal Lelo Coimbra.

Lincoln Lopes Ferreira, presidente da Associação Médica Brasileira, e José Luiz Dantas Mestrinho vice-presidente da região Centro-Oeste acompanharam a reunião, quando o PL foi defendido de forma especial pelo Deputado Hiran Gonçalves.

Na oportunidade o deputado José Nobre Guimarães (PT) iniciou o debate falando da necessidade da retirada de pauta, apresentando requerimento, para um início de debate a respeito, argumentando que precisa de mais tempo para "discutir melhor o encaminhamento e debater o mérito da matéria" o que foi acompanhado pelo Gilson Marques (NOVO). Os dois deputados, após as argumentações dos demais presentes, pediram a retirada do requerimento.

Foi solicitado vistas ao processo pelo Giovani Cherini (Partido Liberal) que se manifestou contra o PL, dizendo ser "corporativismo de uma classe" e que os médicos formados em qualquer lugar deveriam poder clinicar no Brasil. Entretanto ao término da reunião foi solicitada e aprovada vista coletiva à proposição o que garante a volta do PL para discussão na próxima semana.

O tema faz parte da pauta prioritária da AMB, para garantir a qualidade no atendimento à população. Não há como fazer uma medicina séria e de qualidade com profissionais malformados, sejam eles egressos de escolas médicas brasileiras ou estrangeiras. Todos os países onde a saúde é tratada de forma responsável, os médicos formados no exterior são avaliados para garantir um bom atendimento ao cidadão.

(Fonte: AMB Notícias)

Síndrome de Burnout entra na lista de doenças da OMS

A Síndrome de Burnout foi oficializada recentemente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma síndrome crônica. Enquanto um "fenômeno ligado ao trabalho", a OMS incluiu o Burnout na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que deve entrar em vigor em 1º de janeiro de 2022.

Essa é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizado como uma síndrome ocupacional, que pode acarretar em sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional.

"Uma das consequências mais marcantes da síndrome de Burnout é o da barreira que ela impõe entre o profissional e o paciente. Nestes casos, quanto mais sofrimento o paciente apresenta, mais indiferente o profissional parece se tornar, como se existisse uma barreira poderosa entre os dois", explica a psicóloga Marilda Novaes Lipp, fundadora do Instituto de Psicologia e Controle do Stress (IPCS).

Como a síndrome não exige notificação compulsória, o Ministério da Saúde não consegue contabilizar com precisão o número de brasileiros que são afetados por ela. Segundo dados da Secretaria de Especial de Previdência e Trabalho, na comparação entre os anos de 2017 e 2018, o crescimento de benefícios de auxílio-doença com a doença chegou a 114,80%. O número de benefícios pulou de 196 para 421.

Uma pesquisa realizada pela International Stress Management Association (Isma-BR) em 2018 calcula que 32% dos trabalhadores no país padecem dela — seriam mais de 33 milhões de cidadãos. Em um ranking de oito países, os brasileiros ganham de chineses e americanos, só ficando atrás dos japoneses, com 70% da população atingida. Policiais, professores, jornalistas, médicos e enfermeiros estão entre as profissões mais afetadas pela pane física e mental.

Saiba identificar os sintomas do Burnout

Entre os principais sintomas de Burnout, estão: nervosismo, cansaço excessivo físico e mental, prostração, dor de cabeça frequente, pressão alta, dores musculares, problemas gastrointestinais, alterações nos batimentos cárdicos, alterações no apetite e no humor, insônia, dificuldade de concentração, sentimentos de fracasso, incompetência e insegurança, negatividade constante e isolamento.

Tratamento

O tratamento é realizado basicamente com psicoterapia, podendo incluir o uso de medicamentos, como antidepressivos e/ou ansiolíticos. O recurso terapêutico começa a dar resultado entre um e três meses, mas pode perdurar por mais tempo, conforme cada caso. Mudanças nas condições de trabalho e no estilo de vida são muito positivas. A atividade física regular e os exercícios de relaxamento são indicados para aliviar o estresse e controlar os sintomas da doença.

Especialidades médicas e menos mais atingidas pela síndrome

Segundo um estudo publicado em 2018 na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, as especialidades médicas identificadas com maior prevalência de casos foram, em ordem decrescente: Medicina de Unidade de Terapia Intensiva, Medicina de Família, Medicina de Emergência, Medicina Interna e Ortopedia.

Conclusão

Os fatores associados em destaque foram os relacionados à organização e à estrutura do trabalho e a maneira de enfrentamento ao estresse. As áreas menos afetadas, em ordem decrescente, foram: Psiquiatria, Onco-hematologia Pediátrica, Dermatologia, Anestesiologia e Oncologia, em que se ressaltam os fatores organizacionais, o contexto regional de trabalho e as recompensas emocionais.

(Fonte: Pebmed)

Estes são os profissionais que vão definir o futuro da medicina

Telemedicina, órgãos artificiais, edição de genes e robôs. Até 2022, serão injetados 280 bilhões de dólares por ano no segmento

Os investimentos em empresas de tecnologia só crescem. E na saúde não é diferente. Segundo um levantamento global da consultoria Deloitte, os aportes nos negócios inovadores desse segmento terão incremento de 15,8% nos próximos três anos. Até 2022, serão injetados 280 bilhões de dólares por ano em companhias que apresentarem soluções para que as pessoas vivam mais — e melhor.

De fato, o mundo carece de ideias inovadoras e escaláveis que supram as necessidades médicas de populações carentes e periféricas. Um estudo conduzido pela Comissão de Saúde Global de Alta Qualidade, financiada pela Fundação Bill e Melinda Gates, estima que 1,6 milhão de cidadãos em países de renda média e baixa morram por ano por falta de acesso a serviços médicos.

No Brasil, embora os gastos com saúde consumam 8,9% do PIB, falta atendimento em centenas de pequenos municípios distantes dos centros urbanos.

Nesse contexto, ganha especial destaque a telemedicina — atendimento a distância mediado por plataformas tecnológicas. O setor ainda é considerado digitalmente atrasado, já que a maneira como os serviços de saúde são oferecidos mudou pouco nas últimas décadas.

Para ser atendido, seja no sistema público, seja no privado, a pessoa precisa agendar consulta, marcar horário de acordo com a disponibilidade do profissional e sair de casa para ir até a clínica ou o hospital.

"O médico tradicional está para o taxista como o motorista de Uber está para a telemedicina. É preciso mudar a forma de trabalhar, acompanhando as necessidades do mercado e dos pacientes. Cada vez mais os tratamentos vão se adequar a um modelo que mescla o mundo real com o virtual", diz Enrico De Vettori, responsável pela área de saúde da consultoria Deloitte.

Mas, se a transformação, por um lado, é inevitável, por outro, envolve grandes desafios. A regulamentação é a principal delas. A própria telemedicina tem gerado discussões acaloradas no Brasil.

O conceito ganhou notoriedade por aqui em fevereiro deste ano, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) propôs liberar a prática no país. Apesar de, em tese, muitos médicos já utilizarem telefonemas, chamadas de vídeo ou mensagens no WhatsApp para esclarecer dúvidas, conselhos regionais, sindicatos médicos e associações de especialistas se manifestaram contra a telemedicina.

Entre outras razões, é apontado que o atendimento virtual enfraquece a relação entre médico e paciente e alegam que é necessário garantir, num primeiro contato, o exame clínico presencial. Após a polêmica, o CFM voltou atrás e abriu consulta pública sobre o assunto (ainda não há parecer).

Em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá e Israel, a medicina a distância já é realidade. Nesses lugares, o paciente compra uma consulta pelo aplicativo e fala com o médico em tempo real por vídeo.

Além disso, dispositivos móveis são usados para aferir a pressão arterial, fazer eletrocardiograma e até examinar a garganta. Com isso, o médico faz uma análise remota e prescreve a medicação, que pode ser enviada diretamente a uma farmácia ou ser entregue em casa.

Segundo Chao Lung Wen, professor na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e chefe da disciplina de telemedicina, a modalidade só funciona quando integra o raciocínio médico aos recursos digitais para aumentar a assertividade do diagnóstico. Apesar das ressalvas, ele acredita que essa vertente é um caminho sem volta. "Ela promove maior agilidade e acessibilidade", diz.

Na visão do especialista, sair de casa para enfrentar um pronto-socorro abarrotado só deve acontecer em casos de real emergência. O especialista exemplifica como problemas simples poderão ser solucionados a distância: usando um smartphone com otoscópio agregado, os pais examinam o ouvido da criança, e a imagem é compartilhada em tempo real com o pediatra, que dá orientação por teleconferência.

"Até 2025, a incorporação da telemedicina na prática diária exigirá novas competências e familiarização no uso de tecnologias. Os profissionais precisam fazer cursos de atualização na área", diz Chao. Para ele, conhecimento em ética e segurança da informação também será fundamental para quem for trabalhar com saúde no futuro. (Fonte: exame.abril)

EXPEDIENTE

"Folha Vascular" é um órgão de divulgação mensal da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - São Paulo. | **Edição:** Way Comunicações Ltda. - Rua dos Caetés, 696 – CEP: 05016-081 - São Paulo - SP - Tel.: (5511) 3862-1586 | **Jornalista Responsável:** Mara Morgado – MTB 0020439/SP | **Redação:** Bete Faria Nicastro / Mara Morgado | **Revisão:** Alessandra Nogueira | **Tiragem:** 3.100 exemplares | **Produção:** ES Design (11) 3739-0230 • Correspondência para a Folha Vascular como sugestões, dúvidas, trabalhos científicos ou eventos a serem divulgados podem ser encaminhados para: SBACV-SP - sede - Rua Estela, 515 - Bloco A - Cj. 62 - Paraíso - CEP 04011-904 - São Paulo - SP - Brasil - Tel/Fax: (5511) 5087-4888 | **E-mail:** secretaria@sbacvsp.org.br | **Site da Regional São Paulo:** www.sbacvsp.com.br • **Diretor de Publicações da SBACV–SP** - Dr. Rogério Abdo Neser – Tel.: (5511) 3331-9100 | **E-mail:** rogerio.neser@hotmail.com | Artigos assinados são de responsabilidade exclusiva dos seus autores. | Permite-se a reprodução de textos se citada a fonte. • Crédito (Capa): ES Design

43º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

RECIFE | 2019

8 a 12 de Outubro de 2019

Centro de Convenções do Recife

Informações: (81) 3466-5752 I (81) 99192-7736

www.**recifevascular2019**.com.br

Realização:

SBACV SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

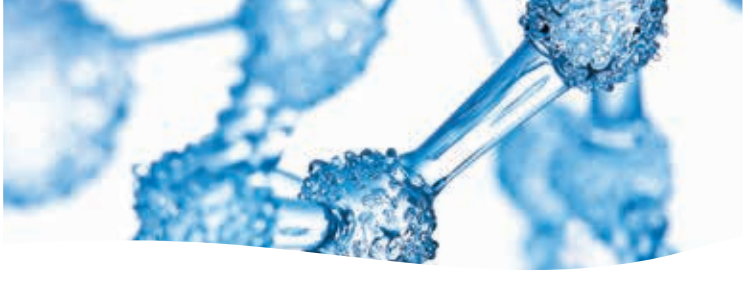
SBACV PE

Secretaria Executiva: Ayres

Comercial: NMS EVENTOS

Agência de turismo oficial: LUCK

Paixão pela Inovação.
Compromisso com os Pacientes.



Acreditamos que a inovação é fundamental em tudo o que fazemos. Temos o compromisso de eliminar as barreiras do acesso aos medicamentos para os pacientes, pois as pessoas são o propósito do nosso trabalho. Por isso, nossos colaboradores se envolvem com paixão, entusiasmo e ética para que uma nova molécula se torne um medicamento de alta qualidade, permitindo que pessoas de todo o mundo possam desfrutar de um tratamento de saúde eficaz.

Daiichi-Sankyo

www.daiichisankyo.com.br