



## Eficiência de Gestão permite negociação bem-sucedida

### Nesta Edição:

#### Notícias da Sociedade:

- Eventos que marcaram o nome da Sociedade em 2009 (pág. 04)
- A participação da mulher na medicina: Autoridades médicas dão o seu depoimento sobre o assunto (págs.18 e 19)
- Relatório de Atividades 2009 mostra excelentes resultados no início de mais uma gestão do Dr. Celso Ramos Filho (págs. 07, 08, 09 e 10)





Toda instituição tem seus desafios, conduzidos de maneira peculiar pelas equipes que se alternam a cada gestão. A atual, que também foi a de 2005-2008, teve como meta, em seu primeiro

exercício, dar à SMCRJ sustentabilidade financeira. Conseguiu êxito com os cursos, simpósios e seminários e com as parcerias conquistadas. Fechou 2008 com um resultado de R\$123.178,47. Isso depois de arcar com as despesas de R\$316.317,17.

Na segunda gestão, esse grupo, em função daquele êxito, está tendo condições de fechar um acordo vital para a Sociedade. Uma dívida antiga, de mais de R\$2 milhões que, se levada a termo em outros tempos, sem a atual saúde financeira que exhibe hoje, culminaria, com certeza, com a extinção desta centenária casa.

Esse é o motivo principal por você, nosso associado e leitor deste boletim, ter esperado tanto tempo pelo fechamento da edição de número 19.

No ano passado, tínhamos uma dívida constituída de R\$2.023.885,13 + custas processuais. A primeira proposta, depois de muita negociação, reduziu a dívida para R\$968.657,09. E chegamos a uma proposta, com suspensão da execução, e pagamento de R\$830.657,09. Mais uma negociação e o fechamento definitivo ficou em **R\$780.657,09**, a serem pagos da seguinte maneira: R\$300.657,09 à vista, em junho e 48 parcelas **fixas e sem atualização monetária** de R\$10.000,00.

Nesta edição, você vai saber como vamos pagar a dívida que ficou, por meio de um Relatório do ano de 2009. Nele estão contidas as ações e parcerias que nos permitiram, ao longo dos últimos 5 anos, começar a zerar essa onerosa pendência: em vezes e sem juros ou correção.

## Diretoria

Presidente: Celso Ferreira Ramos Filho / 1º Vice-Presidente: Ernesto Maier Rymer / 2º Vice-Presidente: Rui Haddad / 3º Vice-Presidente: Cleber Vargas / Secretária Geral: Marília de Abreu Silva / 1º Secretário: Max Kopti Fakoury / 2º Secretário: Carlos Eduardo Bellizzi / Tesoureiro Geral: José Cortines Linares / 1º Tesoureiro: Jorge Farha / 2º Tesoureiro: Fausto de Oliveira Campos / Dir. Cursos e Eventos Científicos: Octavio Fernandes da Silva Filho / Diretor de Sede: Alexandre Rouge Felipe / Diretor de Patrimônio: Antonio Claudio Goulart Duarte / Diretor de Eventos Sociais: Nilmo Sabino de Oliveira / Diretora de Divulgação: Marisa da Silva Santos / Dir. Previdência e Assistência: Edino Jurado da Silva / Diretora Cultural: Dirce Bonfim de Lima / Diretor de Defesa Profissional: José Ramon Varela Blanco

## Membros do Conselho Superior:

Abdu Kexfe / Adolpho Milech / Almir de Almeida Dâmaso / Aloisio Tibiriçá Miranda / Ana Célia Rymer / Ana Cristina Cabral de Lima / Ângelo Jorge Santos Silveira / Armando Carvalho Amaral / Arthur Octavio de Ávila Kós / Bartholomeu Penteado Coelho / Célio Abdalla / Carlos Alberto Basilio de Oliveira / Celso Corrêa de Barros / Eduardo Eiras Moreira da Rocha / Esaú Custódio João Filho / Francisco Manes Albanesi Filho / Francisco Alberto Campana / Francisco e Silva Salgado / Francisco José de Medina Pereira Caldas / Gerson Cotta-Pereira / Hans Fernando da Rocha Dohmann / Hélio Magarinos Torres Filho / Isaac Majer Roitman / Jacob Seldin / José Chaves Meyrelles / José Francisco Ribeiro de Ornellas / José Hermógenes Rocco Suassuna / José Galvão Alves / José Luís Camarinha Nascimento Silva / Juçara Árabe / Kássie Regina Neves Cargin / Lilian de Mello Lauria / Loreta Burlamaqui da Cunha / Luis Eduardo Vaz Miranda / Luiz César Povoá / Luiz Leite Luna / Luiz Pinheiro Quinellato / Luiz Roberto Tenório / Marcelo Lemgruber / Marcos Botelho da Fonseca Lima / Marcos

Esner Musafir / Maria Ignez Castello Branco Moraes / Maria Lucia Mascarenhas da Costa / Maria Lucia Vellutini Pimentel / Mário Bronstein / Miguel Chalub / Moisés Gamarski / Paulo César Chagas Lessa / Paulo César Geraldês / Rafael Leite Luna / Ricardo Lopes Pontes / Roberto Horcades Figueira / Rômulo Cortes Domingues / Salo Buksman / Umberto Perrotta / Victor Augusto Louro Barbara / Virmar Ribeiro Soares / Walter Roriz de Carvalho / Yvon Toledo Rodrigues

## Conselheiros Natos (Ex-Presidentes):

Azor José de Lima / Cantidio Drumond Neto / Celso Ferreira Ramos / Eduardo Augusto Bordallo / Flamarion Gomes Dutra / Isaac Israel Benchimol / Mário Barreto Corrêa Lima / Mário Jorge Rosa de Noronha

## Delegados Junto à SOMERJ:

Ernesto Maier Rymer (Titular) - Fausto de Oliveira Campos (Suplente) / Rui Haddad (Titular) - Ângelo Jorge da Silveira (Suplente) / Marília de Abreu Silva (Titular) - Bartholomeu Penteado Coelho (Suplente) / Max Kopti Fakoury (Titular) - Celso Corrêa de Barros (Suplente) / Edino Jurado da Silva (Titular) - Octavio Fernandes da Silva Filho (Suplente) / José Ramon Varela Blanco (Titular) - Flamarion Gomes Dutra (Suplente) / Jorge Farha (Titular) - Moisés Gamarski (Suplente) / Alexandre Rouge Felipe (Titular) - José Cortines Linares (Suplente) / Azor José de Lima (Titular) - Cleber Vargas (Suplente) / Antonio Cláudio Goulart Duarte (Titular) - Marisa da Silva Santos (Suplente).

## Dr. Celso Ferreira Ramos Filho Presidente da SMCRJ

## Notas

### Temporão é o mais novo imortal da Academia de Medicina

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, tornou-se em 22 de junho, membro titular da Academia Nacional de Medicina (ANM). Ele vai ocupar a cadeira de número 56.

Temporão recebeu 80% dos votos válidos do pleito, que contou com a presença de 78 acadêmicos.

O estudo apresentado por Temporão aos acadêmicos dissertava sobre a saúde pública no país e seus aspectos sociais e foi considerado de grau de excelência elevado. O currículo do médico sanitário também foi considerado excelente.

Pietro Novellino, presidente da ANM, disse que a eleição do ministro serve para abrihntar a academia. "O ministro é uma grande aquisição para os nossos quadros, e a experiência dele o torna bastante apto. O que ocorre é que o homem dignifica a academia, como acontece nesse caso, e não o contrário", comentou Novellino.

"É uma grande honra participar da ANM, este é um grupo muito seletto. Sinto bastante orgulho, mas vejo também como um desafio, já que esse é um espaço para debates e melhoramento da medicina", finalizou o ministro.

## Publicação oficial da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro

Endereço: Avenida Mem de Sá, 197 - CEP: 20.230-150 / Tel./

Fax:(21) 2507-3353 / www.smcjr.org.br / e-mail: smcjr@

smcjr.org.br / Coordenação Editorial: Celso Ferreira Ramos Filho,

Marília de Abreu Silva e Marisa da Silva Santos (diretora de divulgação)/

Jornalista Responsável: Cláudia Mendonça de Souza - MTB: 15154 / Juliana

Temporal / Diagramação: AW Publicidade /

Fotografia: Marlene Fonseca, arquivo e divulgação / Revisora: Clarissa Ferreira

Estagiária: Maria Antônia M. Lopes / Tiragem: 7.000 exemplares / Publicação

Trimestral / Distribuição Gratuita



# Mais um curso com a chancela da SMCRJ

A SMCRJ oferece aos médicos e acadêmicos, nos dias 18 e 25 de setembro, o **Curso de Urgências e Emergências em Ginecologia e Obstetrícia**. O objetivo do novo curso – que conta com coordenação do Dr. Marcelo Lemgruber e do Dr. José Chaves Meireles e organização do Dr. Marcelo Lemgruber e do Dr. Walter Palis Ventura – é atualizar o profissional médico que trabalha em áreas de saúde da mulher ou estudantes de medicina que pretendem se especializar em ginecologia e obstetrícia, ampliando seus conhecimentos específicos, na abordagem da paciente em urgências.

### Programação:

#### Dia 18

- Violência Sexual – 9h  
*Prof. Arthur Monteiro Bastos*
- Hemorragias do 1º Trimestre da Gravidez – 9h40  
*Prof. Walter Palis Ventura*
- **Coffee-Break – 10h20**
- Doenças Infecciosas em Ginecologia – 10h40  
*Prof. Luis Zamagna*
- Hemorragias do 3º trimestre e pós-parto – 11h20  
*Prof. Flávio Monteiro*
- Discussão

#### Dia 25

- Hemorragias genitais – 9h  
*Prof. Walter Palis Ventura*
- Síndromes Hipertensivas da Gravidez – 9h40  
*Prof. Marcus Vasconcellos*
- **Coffee-Break – 10h20**
- Abdome agudo em ginecologia – 10h40  
*Prof. Marcelo Lemgruber*
- Parto prematuro e Amniorrexe Prematura – 11h20  
*Prof. Renato Sá*
- Discussão

## Curso de Urgências e Emergências em Ginecologia e Obstetrícia



### Inscrições e informações:

(21) 2507-3353 ou [www.smcjr.org.br](http://www.smcjr.org.br)

### Valores:

Acadêmicos de Medicina – **R\$ 50,00**  
Residentes pós-graduados – **R\$ 100,00**  
Médicos sócios e acadêmicos de medicina sócios – **R\$ 30,00**  
Médicos não-sócios – **R\$ 130,00**

## SMCRJ apoia movimento em favor do Rio

Um grande banner foi colocado na fachada da sede da SMCRJ, em protesto contra a alteração promovida pela emenda Ibsen Pinheiro, que afeta a receita dos estados produtores de petróleo, alterando as regras de distribuição dos royalties. Por meio de um link na homepage da SMCRJ também é possível acessar o "assine pelo Rio" e colaborar com o movimento.

### Veja o texto do banner :

*"A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em seus quase 125 anos de atuação, sempre esteve ao lado do Rio. Agora, une-se às forças políticas e à sociedade que repudiam a Emenda Ibsen Pinheiro, que redistribui os royalties do petróleo no Rio".*



## Notícias da Sociedade

### Homenagens marcam a comemoração da SMCRJ ao Dia do Médico

Em noite de confraternização, Vera Cordeiro é escolhida Médica do Ano

Fotos: Divulgação



**N**a noite do dia 23 de outubro de 2009, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ) promoveu a sua tradicional festa em comemoração ao Dia do Médico – 18 de outubro. Nesta edição do evento, a grande homenageada foi a médica Vera Cordeiro, que recebeu das mãos do presidente da SMCRJ, Dr. Celso Ferreira Ramos Filho, a placa de

Médica do Ano pelo trabalho à frente da Associação Saúde Criança, que criou em 1991.

A médica Ana Murai, Coordenadora da Central de Leitos da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, recebeu homenagem-desagravo por ter sido vítima de violência legal, ao descumprir uma ordem judicial por não ter leito disponível para abrigar paciente. A médica chegou a ser presa em julho do ano passado. Indignada, Dra. Ana Murai agradeceu a homenagem e o apoio de todos que confiaram em sua conduta profissional.

A SMCRJ também rendeu tributo, com homenagens póstumas, à contribuição prestada ao desenvolvimento da

Medicina em nosso país pelos médicos Álcio Suassuna, Antonio de Oliveira Albuquerque, Antonio de Souza Marques, Leopoldo André de Miranda Lima Arraes e Nelson Svaiter.

Diversas autoridades da área médica participaram do evento, que contou com o patrocínio da Unimed-Rio, do Sistema Firjan/SESI-RJ, Hospital Samaritano, Sindherj, dos Laboratórios Pfizer, Laboratórios Abbott, da FunRio, dos Laboratórios Hélon Póvoa – Medicina Diagnóstica, Janssen-Cilag Farmacêutica, da Construtora Queiroz Galvão, Schering-Plough, Unicred e do Laboratório Richet.

Ao fim da cerimônia, foi oferecido aos convidados – que lotaram a SMCRJ – um coquetel.

## Homenagem marca almoço de confraternização da SMCRJ

Vídeo mostrando a história do CBC foi exibido

Fotos: Divulgação

**M**antendo a tradição de reunir as principais lideranças médicas no final do ano, a SMCRJ promoveu em sua sede, no dia 17 de dezembro, o saboroso Bacalhau da Maria. O destaque do almoço foi a homenagem da diretoria da Sociedade de Medicina ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões por seus 80 anos de Fundação.

O evento, que recebeu mais de 60 pessoas, teve outra particularidade em 2009. "Lançamos a semente para um trabalho no campo social. Aos convidados do Bacalhau foi solicitada – no convite – a doação de brinquedos que foram destinados às crianças assistidas pela Associação Saúde

Criança", contou o presidente da SMCRJ, Celso Ramos Filho.

Entre os que prestigiaram o Bacalhau da Maria estavam – além do Dr. Edmundo Ferraz, do Dr. José Luiz Amaral, do professor Pietro Novellino e do Dr. Luis Fernando Soares Moraes –, o Dr. Armando de Oliveira e Silva, 1º vice; Dr. Jorge Darze, presidente do Sindicato dos Médicos; Dr. Carlindo Machado e Silva Filho, presidente da SOMERJ; Dr. Rômulo Capello Teixeira, presidente da Sociedade Médica da Ilha – SOMEI; Dr. Victor Augusto Louro Barbara, Conselheiro da SMCRJ e superintendente SEDESC; o acadêmico Mário Barreto Correia, e muitos outros dirigentes de importantes entidades/



empresas médicas e autoridades.

A Unimed-Rio – representada na ocasião por seu presidente Celso Barros e pelos diretores David Szpacenkopf e Bartholomeu Penteadó Coelho – patrocinou o evento. ●

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

### Prevenção da Infecção Hospitalar (Parte 2)

Autoria: Sociedade Brasileira de Infectologia, Machado A, Ferraz AAB, Ferraz E, Arruda E, Nobre J, Konkewicz LR, Pimentel ML, Leão MTC, Trabasso P, Grimbaum R.

Colaboração: Colombo A, Manrique E, Sader H, Buchdid JA, Wey SB, Rodrigues EAC

Elaboração Final: 15 de agosto de 2001

Tabela 1		
Parâmetros para antibioticoprofilaxia cirúrgica <sup>32,33(D)</sup> <sup>34(A)</sup> <sup>35(B)</sup>		
Parâmetro	Recomendação	Comentário
Objetivo da profilaxia	Prevenção da infecção de sítio cirúrgico <sup>32(D)</sup>	Não previne outras infecções. Eficácia limitada, portanto não substitui outras medidas e nem diminui risco em caso de quebra de técnica.
Início da profilaxia	Deve ser realizado aproximadamente 1 hora antes do início da cirurgia, ou na indução anestésica <sup>32,34(A)</sup>	Profilaxia iniciada mais do que duas horas antes ou três horas após a incisão não possui eficácia demonstrada. Em procedimentos obstétricos a dose do antimicrobiano pode ser administrado após o clampamento do cordão. Profilaxia em trauma obedece normas diferentes.
Escolha do antimicrobiano	Deve ser pouco tóxico, e não deve ser aquele utilizado para tratamento de infecções hospitalares graves <sup>32(D)</sup>	As cefalosporinas de primeira ou segunda geração são, na maioria das situações, os que melhor se encaixam neste contexto.
Dose inicial do antimicrobiano	Deve ser a dose tradicional do antimicrobiano <sup>32,37(D)</sup>	Para pacientes com peso $\geq 80$ kg a primeira dose poderá ser o dobro da convencional.
Doses adicionais no intra-operatório	Devem ser realizadas em caso de perda maciça de sangue, ou quando a duração do procedimento se prolonga (vide tabela 2) <sup>32,41,49(A)</sup>	Repetição intra-operatória numa frequência maior do que em outras situações de uso do mesmo antimicrobiano é recomendada.
Duração da profilaxia	Na maioria das situações não deve exceder o período intra-operatório <sup>32,40,47(D)</sup>	Mesmo em situações de risco ou em contaminações acidentais, o prolongamento da profilaxia não está associado a um melhor resultado clínico. Exceção em procedimentos selecionados, os quais não há consenso em literatura, como implante de prótese e cirurgia cardíaca. Duração superior a 48 horas é considerada inapropriada.
Duração da profilaxia em caso de manutenção de sondas, cateteres, cânulas e drenos	Não recomendada <sup>32,47(D)</sup>	Profilaxia não eficaz nestas situações.

#### CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DA PROFILAXIA

No momento da indicação da profilaxia, normas genéricas podem ser utilizadas. Estas normas serão discutidas em seguida. No entanto, é importante lembrar que, apesar da presença de princípios teóricos sólidos, somente estudos clínicos metodologicamente

bem conduzidos possuem a capacidade de nos levar a condutas seguras e bem respaldadas 32(D). No momento da confecção de rotinas para um serviço ou instituição, revisão bibliográfica cuidadosa deve ser realizada. Anteriormente, a indicação da profilaxia dependeria da classificação da operação. No entanto, hoje esta indicação

foi refinada, levando-se em consideração também as condições do paciente. De um modo genérico, consideramos que a profilaxia pode ser indicada nas seguintes condições (D):

- O risco de desenvolvimento de ISC é alto, como nas cirurgias de cólon;
- O risco de desenvolvimento de ISC é baixo, mas se a infecção ocorre, suas consequências são potencialmente desastrosas. É o caso de implante de próteses e cirurgia cardíaca;
- Embora o risco de ISC seja baixo, o paciente tem uma grande propensão à infecção. Os critérios para se determinar a propensão não estão bem definidos, embora possam ser citados o diabetes descompensado, a desnutrição ou a obesidade mórbida.

*Exemplos de indicação de profilaxia estão descritos nas tabelas 3 e 4.*

#### MELHORANDO A PRÁTICA DA PROFILAXIA CIRÚRGICA NOS HOSPITAIS

É papel das comissões de controle de infecção hospitalar elaborar estratégia de racionalização da profilaxia cirúrgica. Este trabalho deve ser realizado em conjunto com as equipes cirúrgicas envolvidas. O programa deve contemplar os seguintes tópicos:

Tabela 2

Antimicrobianos de escolha para profilaxia cirúrgica<sup>(A)</sup><sup>(B)</sup><sup>(C)</sup><sup>(D)</sup>

Antimicrobiano	Dose padrão	Intervalo para repetição intra-operatória, caso não haja sangramento intenso	Intervalo para repetição no pós-operatório, caso necessário
Antimicrobianos recomendados para cirurgias limpas, cirurgias de trato genital feminino, incluindo cesareana, tórax, trato biliar e estômago			
<b>Primeira linha<sup>a</sup></b>			
Cefazolina	1g	4 horas	8 horas
<b>Segunda linha</b>			
Cefuroxima	750mg	4 horas	8 horas
Cefalotina <sup>a</sup>	1g	2 horas	4 horas
Alternativa para alérgicos aos β-lactâmicos			
SMX-TMP	320mg/160mg	8 horas	8 horas
Clindamicina	600mg	6 horas	6 horas
Vancomicina <sup>a</sup>	1g	8 horas	12 horas
Antimicrobianos recomendados para cirurgias de trato digestivo inferior e esôfago			
<b>Primeira linha</b>			
Cefoxitina <sup>a</sup>	1g	4 horas	8 horas
<b>Segunda linha</b>			
Clindamicina + gentamicina <sup>a</sup>	600mg 80mg	6 horas 8 horas	6 horas 8 horas
Ampicilina + gentamicina + metronidazol <sup>a</sup>	2g 80mg 500mg	4 horas 8 horas 8 horas	6 horas 8 horas 8 horas

- Desenvolver guias de profilaxia abrangentes e consensuais (diretrizes), abordando as situações mais frequentemente encontradas, e respeitando-se os parâmetros técnicos recomendados. É necessária ampla divulgação e monitorização da aplicação do guia;
- Devem ser elaboradas estratégias de restrição de antimicrobianos baseadas nas diretrizes, de modo a se evitar uso prolongado de antimicrobianos.

## PREVENÇÃO DAS PNEUMONIAS HOSPITALARES

As infecções respiratórias representam uma grande parte das infecções adquiridas dentro de hospitais e estão associadas a grande morbidade e mortalidade. Os pacientes mais predispostos são aqueles com extremos de idade, doenças graves, imunodepressão, imobilização por trauma ou doença, depressão do sensório, doença cardiopulmonar, aqueles submetidos a cirurgias torácicas ou abdominais, aqueles que necessitam de terapia respiratória, desde nebulizações, oxigenioterapia, até presença de tubo endotraqueal e ventilação mecânica e, finalmente, aqueles submetidos a procedimentos que envolvam manipulação respiratória.

## PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIAS HOSPITALARES 70(D):

- Usar fluidos estéreis nos reservatórios de umidificadores e nebulizadores, que deverão ser colocados imediatamente antes do uso;
- Evitar que a água coletada nos circuitos dos respiradores retorne ao umidificador ou alcance o paciente;
- Não trocar os circuitos dos ventiladores com intervalos inferiores a 48 horas. Trabalhos recentes demonstram que a troca dos circuitos uma vez por semana ou mesmo a não troca não aumenta a incidência de pneumonia;
- Os circuitos dos ventiladores devem ser previamente esterilizados ou submetidos a desinfecção de alto nível (glutaraldeído a 2%, pasteurização);
- A aspiração da traqueostomia ou da cânula orotraqueal deve ser feita com técnica asséptica, evitando contaminação cruzada;
- Não reprocessar equipamento que seja de uso único;
- Fisioterapia respiratória deve ser empregada quando indicada;
- Lavar as mãos antes da aspiração dos pacientes;
- Utilizar uma sonda de aspiração para cada vez que o paciente tenha

1. Não existe consenso na literatura quanto à cefalosporina de escolha. A cefuroxima é preferida quando a frequência de enterobactérias para a situação envolvida for elevada, ou em caso de necessidade de concentração em sistema nervoso central. Para as demais operações é recomendada análise de custo-benefício.

2. Apesar de muito utilizada no Brasil, a cefalotina é considerada droga de segunda linha devido à necessidade de repetição intra-operatória menos conveniente. Sua eficácia na prevenção, quando respeitados os intervalos, provavelmente é similar às da cefazolina e cefuroxima.

3. Seu uso deve ser restrito, e prescrita para profilaxia somente quando não houver outra alternativa, devido à crescente ocorrência de bactérias gram-positivas resistentes aos glicopeptídeos.

4. Devido a potencial indução de produção de β-lactamases em certas enterobactérias, o uso da cefoxitina deve ser restrito à profilaxia cirúrgica, e nesta situação o tempo de uso não deve exceder 48 horas.

5. A infusão rápida de aminoglicosídeos pode provocar bloqueio neuromuscular e interferir na recuperação pós-anestésica. Este efeito não ocorre com a infusão lenta (20-30 minutos) do antimicrobiano. Estes antimicrobianos devem ser evitados em pacientes portadores de insuficiência renal.

6. Alguns serviços consideram este esquema tríplice como primeira linha. No entanto esquema com droga única é mais simples e prático para uso rotineiro, e os resultados são superponíveis.

que ser aspirado;

- O maquinário interno dos ventiladores não deve ser rotineiramente desinfetado ou esterilizado;
- Os âmbus devem sofrer esterilização ou desinfecção após a utilização;
- Usar cânulas orotraqueais estéreis (preferencialmente descartáveis) para intubação;
- Não contaminar as cânulas orotraqueais (colocando-as em cima da cama ou do paciente) durante o procedimento de intuba-

# RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2009

## GESTÃO 2009

### Mensagem do Presidente

*Um ano difícil, 2009 – desafiante para o país e para o mundo. Não foi diferente para a SMCRJ. Mesmo assim, mais um ano vitorioso para o conjunto Diretoria, associados e parceiros estratégicos.*

*Realizamos a contento nossos projetos, atividades e comemorações – Curso de Condutas em Quadros Emergenciais, boletim Edição Médica, Dia do Médico, Bacalhau da Maria –, fizemos diversas melhorias em nossa sede e continuamos em situação financeira satisfatória .*

*É com esse espírito de superação que a SMCRJ entra em 2010: ativa no cumprimento de sua missão de congregar os médicos cariocas, defendendo a classe em todos os níveis e lutando pela melhoria da qualidade da Medicina e da Saúde.*

*Celso Ferreira Ramos Filho  
Presidente*

### Projetos, Atividades e Comemorações

#### VII Curso de Atualização de Condutas em Quadros Emergenciais

O Curso de Atualização de Condutas em Quadros Emergenciais tem como objetivo proporcionar aperfeiçoamento para médicos, acadêmicos e estudantes de Medicina. No ano de 2009, bem como no ano anterior, as inscrições se encerraram antes do previsto. Houve fila de espera para inscrições.

##### Curso de Condutas em números:

2007 = 87 alunos

2008 = 155 alunos

2009 = 251 alunos

**Parceiros:** UNIMED-Rio, SINDHERJ, e AHCRJ.



## Solenidade do Dia do Médico

Pela segunda vez consecutiva a SMCRJ presta homenagem a uma mulher: Vera Cordeiro, Médica do Ano pelo trabalho que desempenha à frente da Associação Saúde Criança, criada por ela em 1991.

A Dra. Ana Murai, Coordenadora da Central Estadual de Regulação, recebeu uma homenagem-desagravo e foram homenageados postumamente os médicos Alcio Suassuna, Antonio de Oliveira Albuquerque, Antonio de Souza Marques, Leopoldo André de Miranda Lima Arraes e Nelson Svaiter.

Diversas autoridades da área médica participaram do evento, que contou com o patrocínio da Unimed-Rio, Sistema Firjan/SESI-RJ, Hospital Samaritano, Sindherj, Laboratórios Pfizer, Laboratórios Abbott, FunRio, Laboratórios Hélión Póvoa - Medicina Diagnóstica, Janssen-Cilag Farmacêutica, Construtora Queiroz Galvão, Schering-Plough, Unicred e Laboratório Richet.



## Bacalhau da Maria

Mais de 60 pessoas na Sede da SMCRJ, no dia 17 de dezembro

Marcado pela homenagem da SMCRJ ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões por seus 80 anos de Fundação. Presentes: professor Pietro Novellino, presidente da Academia Nacional de Medicina; Dr. José Luiz Gomes Amaral, presidente da AMB; Dr. Luis Fernando Moraes, presidente do CREMERJ; Dr. Edmundo Machado Ferraz, presidente do CBC, e Dr. Celso Corrêa de Barros, presidente da UNIMED – Rio, além de outros dirigentes de importantes entidades/empresas médicas, autoridades e os funcionários da Sociedade de Medicina. Os convidados doaram brinquedos que foram destinados às crianças assistidas pela Associação Saúde Criança.

**Iniciativa:** SMCRJ

**Público-alvo:** membros da Diretoria, parceiros, dirigentes de importantes instituições médicas. 60 pessoas.



## Política de Brindes

Com o objetivo de aproximar a Sociedade de seus sócios, a Diretoria vem promovendo uma política de brindes que consiste em encaminhar, sempre no Natal, brinde alusivo à data, com a marca da SMCRJ. No ano de 2009, 1500 porta-documentos foram encaminhados dentro do cartão de Natal.

**Iniciativa:** SMCRJ

**Público-alvo:** Sócios, parceiros, dirigentes de outras instituições médicas, jornalistas.

## Comunicação com os associados

### Boletim Edição Médica

Meio de comunicação com os associados, entidades diversas e formadores de opinião. Em 2009, entrevista exclusiva com o Prof. **Harald zur Hausen**, ganhador do Prêmio Nobel de Medicina de 2008

Boletim na versão de Relatório de Atividades do triênio

**Parceiros:** Unimed-Rio

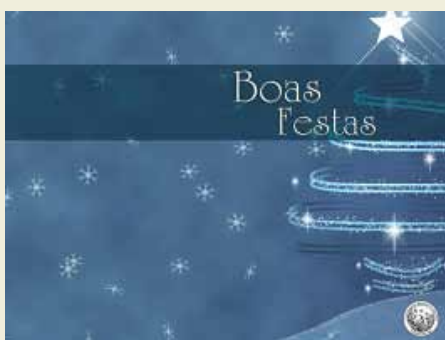
**Público-alvo:** médicos da Unimed-Rio, sócios SMCRJ, hospitais, clínicas, universidades, jornalistas e formadores de opinião em geral.

**Site SMCRJ:** É um canal de comunicação fundamental, em especial com a importância adquirida pela internet nos últimos anos. Além de informar sobre as novidades de interesse da comunidade médica, o site possui uma ampla e atualizada agenda de eventos médicos.

## Aquisições e melhorias

Desde que foi eleita, a atual Diretoria vem se preocupando em promover a recuperação e preservação do patrimônio da SMCRJ, a despeito de poucos recursos.

No ano de 2009, algumas melhorias foram realizadas, como troca de piso na área das secretarias, sinteco do piso do andar superior e outras pequenas obras. Também aumentamos a nossa participação na UNICRED, com aquisição suplementar de cotas.



## Balancete da SMCRJ - 2007/2008/2009

### Política de Brindes

Resultados do trabalho desenvolvido pela Diretoria no período 2007-2009. O documento na íntegra está à disposição de todos na SMCRJ.

Balancete SMCRJ	2007	2008	2009
CONTA CORRENTE	39.025,80	32.937,71	5.445,58
APLICAÇÃO	64.180,04	217.015,57	308.890,97
<b>RECURSOS EM 31/12</b>	<b>103.205,84</b>	<b>249.953,28</b>	<b>314.336,55</b>
<b>Receitas</b>			
ANUIDADES	147.114,40	228.523,27	171.191,12
OUTRAS RECEITAS	257.106,68	210.972,37	228.156,32
<b>TOTAL DE RECEITAS</b>	<b>404.221,08</b>	<b>439.495,64</b>	<b>399.347,44</b>
<b>Despesas</b>			
DEPARTAMENTO PESSOAL	129.259,43	99.283,69	119.838,25
ADMINISTRATIVAS	125.206,31	126.037,19	122.144,09
EVENTOS	46.475,97	64.197,58	49.873,75
EDIÇÃO MÉDICA	50.940,67	23.757,91	44.282,94
IMPOSTOS E TAXAS	1.036,34	771,05	457,16
BANCÁRIAS	2.864,91	637,75	1.009,34
REPASSES AMB E SOMERJ*	1.617,50	1.632,00	1.417,50
<b>TOTAL DE DESPESAS</b>	<b>357.437,13</b>	<b>316.317,17</b>	<b>339.023,03</b>
<b>RESULTADO DOS EXERCÍCIOS</b>	<b>46.783,95</b>	<b>123.178,47</b>	<b>60.324,41</b>

\* Referem-se aos valores recebidos na Sede da SMCRJ e repassados à AMB e SOMERJ.

ção. Os guias também devem ser desinfetados ou esterilizados antes de sua utilização;

- A vantagem da utilização de sucralfato, em vez de bloqueadores H2 (ranitidina e cimetidina), bem como a descontaminação seletiva do aparelho digestivo, com o intuito de diminuir as infecções do trato respiratório, ainda são assuntos controversos;
- Interromper a nutrição enteral e remover dispositivos o mais precocemente possível. Verificar a posição da sonda enteral rotineiramente;
- Se não houver contra-indicação, elevar para 30–450 a cabeceira da cama do paciente submetido a ventilação mecânica, para evitar aspiração;
- Antes de esvaziar o balonete (cuff) da cânula endotraqueal para a sua remoção, certificar-se de limpar as secreções acima da região glótica;
- Não administrar antibióticos rotineiramente com objetivo de prevenção de pneumonia;
- Não coletar secreção traqueal como rotina. A cultura qualitativa da secreção traqueal tem baixa especificidade para o diagnóstico etiológico de pneumonia hospitalar;
- A aspiração de secreção traqueal através de sistema fechado permite maior comodidade da equipe assistencial e pode diminuir a transmissão cruzada de microorganismos, porém faltam estudos que demonstrem a diminuição da incidência de pneumonia hospitalar;
- A utilização de filtros bactericidas nos circuitos respiratórios não reduz a incidência de infecção pulmonar;
- Vacinar pacientes com alto risco para infecção pneumocócica (maiores de 65 anos, adultos com doença crônica cardiovascular e pulmonar, diabetes, alcoolismo, cirrose e imunodeprimidos).

Tabela 3			
Recomendação de antibioticoprofilaxia para procedimentos cirúrgicos selecionados <sup>(D)</sup> <sup>(B)</sup> <sup>(A)</sup>			
Operação	Condição	Esquema	Duração da profilaxia
<b>Cirurgias cardíaca, vascular e de tórax</b>			
Cirurgia cardíaca ou torácica	Sem implante de prótese	Cefazolina ou cefuroxíma	24 horas
Cirurgia vascular	Com implante de prótese	Cefazolina ou cefuroxíma	48 horas
	Operação arterial acima de aorta abdominal	Cefazolina	Intra-operatório
	Operação arterial abaixo de aorta abdominal	Cefuroxíma	48 horas
	Cirurgia venosa	Não indicada	
<b>Cirurgia de trato digestivo</b>			
Apendicectomia	Não complicada	Cefoxitina	Intra-operatório
Cirurgia de vesícula biliar	Sem fatores de risco	Não indicada	
	Com fatores de risco (idoso, obesidade mórbida, diabetes descompensado, colecistite recente)	Cefazolina	Intra-operatório
Cirurgia de estômago	Presença de colangite	Tratamento é indicado	
	Com fatores de risco (a maior parte das operações)	Cefazolina	Intra-operatório
Hemiorrafia	Paciente sem fatores de risco	Não é indicada	
	Paciente com fatores de risco (obesidade mórbida, diabetes descompensado, uso crônico de corticosteróides, uso de tela)	Cefazolina	Intra-operatório
Cirurgia de esôfago		Cefoxitina	24 horas
Cirurgia de cólon		Cefoxitina	24 horas
	Contaminação de cavidade com fezes ocorrida no intra-operatório	Cefoxitina	24 horas; lavagem da cavidade mais eficaz do que antibioticoterapia
Cirurgia retal		Profilaxia não eficaz	
Cirurgia laparoscópica		Profilaxia não eficaz; risco de infecção baixo	
<b>Cirurgia Urológica</b>			
Nefrectomia		Cefazolina	Intra-operatório
Prostatectomia trans-uretral	Urocultura negativa	Cefazolina	Intra-operatório
	Urocultura positiva	Tratamento está indicado	
Biópsia prostática trans-retal		Cefoxitina <sup>7</sup>	Intra-operatório

## PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) hospitalar é responsável por aproximadamente 40% de todas as infecções hospitalares, sendo também uma das fontes mais importantes de sepse hospitalar.

Cerca de 80% dos casos de ITU hospitalar são relacionados com o cateter vesical. As outras causas geralmente são associadas com cistoscopias e outros procedimentos urológicos.

As ITU relacionadas ao cateter vesical geralmente ocorrem de forma endêmica em ambiente hospitalar, usualmente são assintomáticas e, na maioria das vezes, a remoção do cateter é curativa. Nos sistemas de sondagens vesicais abertos, a maioria dos pacientes apresentará ITU no quarto dia. Contudo, utilizando-se os sistemas fechados de sondagem vesical, a ITU se desenvolverá ao redor de 30 dias. O sistema de drenagem urinário fechado diminuiu

não apenas as ITUs em pacientes com cateteres, como contribuiu de forma significativa na redução da mortalidade dessas.

## RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO 71,72(D):

- Lavar as mãos antes da sondagem;
- Evitar cateter vesical;
- Utilizar dispositivo externo para coleta de urina (Uripen) quando possível;
- A cateterização suprapúbica é descrita como sendo um método seguro e parece reduzir as infecções relacionadas a cateterização vesical;
- Utilizar técnica e equipamento estéreis para colocação de sonda vesical;
- Evitar tração ou mobilização exagerada da sonda vesical;
- Utilizar sonda de menor calibre possível;
- Utilizar coletores de urina de circuito fechado com válvula anti-refluxo;

Tabela 4

Recomendação de antibiótico profilaxia para procedimentos cirúrgicos selecionados (D) <sup>1</sup> (A) <sup>2</sup> (B)			
Operação	Condição	Esquema	Duração da profilaxia
<b>Cirurgia ortopédica</b>			
Amputação de membro	Amputação na presença de gangrena ou infecção no local	Cefazolina	Intra-operatório
Osteossíntese		Indicado tratamento da infecção	
Correção de pé torto congênito		Cefazolina	Intra-operatório
Implante de prótese		Profilaxia não indicada	
<b>Cirurgias ginecológica e obstétrica</b>			
Parto normal (epiotomia)	Paciente sem alto risco	Profilaxia não recomendada	
Cesareana		Profilaxia não recomendada	
	Gestação ou paciente de alto risco (Doença hipertensiva, cesariana de emergência, DPP, placenta prévia, etc. Também recomendada para pacientes com obesidade mórbida e diabetes descompensado).	Cefazolina	Intra-operatório
Histerectomia	Vaginal ou abdominal	Cefazolina	Intra-operatório
Miomectomia		Cefazolina	Intra-operatório
Ooforectomia			
Mastectomia		Eficácia da profilaxia não documentada	
<b>Cirurgia neurológica</b>			
Limpa	Sem implante de prótese	Cefuroxíma	Intra-operatório
	Com implante de prótese	Cefuroxíma	24 horas
Potencialmente contaminada		Cefuroxíma+metronidazol	Intra-operatório
<b>Cirurgia de cabeça e pescoço</b>			
Limpa	Pequeno porte	Profilaxia não recomendada	
	Grande porte	Cefazolina	Intra-operatório
Potencialmente contaminada		Cefazolina+metronidazol	Intra-operatório
<b>Cirurgia infantil</b>			
Cirurgia de trato digestivo		Cefazolina	Intra-operatório
Cirurgia cardíaca		Cefazolina	24 horas
Correção de meningomielocelo		Profilaxia não recomendada	
<b>Outros procedimentos</b>			
Cirurgia oftalmológica		Profilaxia sistêmica não recomendada. Utilizar via tópica e/ou subconjuntival	
Biópsia de gânglio nódulo ou lesões cutâneas		Profilaxia não indicada	
Cirurgia plástica estética		Eficácia da profilaxia não documentada	

- Manter drenagem contínua, sem bloqueio do fluxo por dobras do cateter ou do coletor;
- Não desconectar o circuito em nenhuma hipótese. Coleta de urina deve ser feita através de punção do coletor em lugar próprio;
- Trocar o sistema caso o circuito fechado tenha sido violado;
- Evitar o contato do coletor fechado com o chão ou frasco de coleta;
- Remover a sonda vesical o mais breve possível;
- Não há indicação de troca pré-estabelecida (rotineira) do sistema fechado ou da sonda vesical.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wenzel RP. The Lowbury Lecture. The economics of nosocomial infection. *J Hosp Infect* 1995; 31:79-87.
2. Pittet D, Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infection. Secular trends in rates, mortality and contribution to total hospital deaths. *Arch Intern Med* 1995; 155:1177-84.
3. Larson EL. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. *Am J Infect Control* 1995; 23:251-69.
4. Sproat LJ, Inglis TJ. A multicenter survey of hand hygiene practice in intensive care units. *J Hosp Infect* 1994; 26:137-48.
5. Massanari RM, Heirholzer WJJ. A crossover comparison of antiseptic soaps on nosocomial infection rates in intensive care units. *Am J Infect Control*

- 1984; 12:247-8.
6. Doebbeling BN, Stanley GL, Sheetz CT, et al. Comparative efficacy of alternative handwashing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units. *N Engl J Med* 1992; 327:88-93.
7. Voss A, Widmer AF. No time for handwashing? Handwashing versus alcoholic rub: can we afford 100% compliance? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18:205-8.
8. Bischoff WE, Reynolds TM, Sessler CN, et al. Handwashing compliance by health care workers: the impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic. *Arch Intern Med* 2000; 160:1017-21.
9. Goldmann D, Larson E. Hand-washing and nosocomial infections. *N Engl J Med* 1992; 327:120-2.
10. Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, et al. Risk and management of blood-borne infections in health care workers. *Clin Microbiol Rev* 2000; 13:385-407.
11. Mast ST, Woolwine JD, Gerberding JL. Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury. *J Infect Dis* 1993; 168:1589-92.
12. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. Part I. Evolution of isolation practices. *Hospital Infection Control Practices Advisory Committee*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17:54-80.
13. Ippolito G, Puro V, De Carli G. The risk of occupational human immunodeficiency virus in health care workers. *Italian Multicenter Study. The Italian Study Group on Occupational Risk of HIV Infection*. *Arch Intern Med* 1993; 153:1451-8.
14. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *Centers for disease control and prevention needlestick surveillance group*. *N Engl J Med* 1997; 337:1485-90.
15. Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *Centers for disease control and prevention*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47:1-33.
16. Smith RL, Meixler SM, Simberkoff MS. Excess mortality in critically ill patients with nosocomial bloodstream infections. *Chest* 1991; 100:164-7.
17. Lam S, Scannell R, Roessler D, et al. Peripherally inserted central venous catheters in an acute-care hospital. *Arch Intern Med* 1994; 154:1833-7.
18. Mermel LA. Prevention of intravascular catheter-related infections. *Ann Intern Med* 2000; 132:391-402.
19. Pearson ML. Guideline for prevention of intravascular device-related infections. *Hospital Infection Control Practices*

- Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17:438-73.
20. Conly JM, Grieves K, Peters B. A prospective, randomized study comparing transparent and dry gauze dressings for central venous catheters. *J Infect Dis* 1989; 159:310-9.
21. Maki DG, Ringer M, Alvarado CJ. Prospective randomized trial of povidone-iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters. *Lancet* 1991; 338:339-43.
22. Snydman DR, Donnelly-Reidy M, Perry LK, et al. Intravenous tubing containing burrettes can be safely changed at 72-hour intervals. *Infect Control* 1987; 8:113-6.
23. Maki DG, Botticelli JT, LeRoy ML, et al. Prospective study of replacing administration sets for intravenous therapy at 48- vs 72- hour intervals. 72 hours is safe and costeffective. *JAMA* 1987; 258:1777-81.
24. Inoue Y, Nezu R, Matsuda H, et al. Prevention of catheter-related sepsis during parenteral nutrition: effect of a new connection device. *J Parenter Enteral Nutr* 1992; 16:581-5.
25. Michel LA, Bradpiece HA, Randour P, et al. Safety of central venous catheter change over a guidewire for suspected catheter-related sepsis. A prospective randomized trial. *Int Surg* 1988; 73:180-6.
26. Richet H, Hubert B, Nitemberg G, et al. Prospective multicenter study of vascular catheter-related complications and risk factors for positive central-catheter cultures in intensive care unit patients. *J Clin Microbiol* 1990; 28:2520-5.
27. Bryant JK, Strand CL. Reliability of blood cultures collected from intravascular catheter versus venipuncture. *Am J Clin Pathol* 1987; 88:113-6.
28. Tafuro P, Colbourn D, Gurevich I, et al. Comparison of blood cultures obtained simultaneously by venopuncture and from vascular lines. *J Hosp Infect* 1986; 7:283-8.
29. Ferraz EM, Vasconcelos MDM, Viana VP, et al. Infecção de ferida cirúrgica: avaliação do custo e da permanência hospitalar. *Rev Col Bras Cir* 1989; 16:253-5.
30. Cruse PJ, Foord R. The epidemiology of wound infection. A 10-year prospective study of 62939 wounds. *Surg Clin North Am* 1980; 60:27-47.
31. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20:247-80.
32. Dellinger EP, Gross PA, Barrett TL. Quality standards for antimicrobial prophylaxis in surgical procedures. *The Infectious Diseases Society of America*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1994; 15:182-8.
33. Bergamini TM, Polk HC Jr. Pharmacodynamics of antibiotic penetration of tissue and surgical prophylaxis. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168:283-9.
34. Classen DC, Evans RS, Pestpnik SP, et al. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical wound infection. *N Engl J Med* 1992; 326:281-6.
35. Scher KS. Studies on the duration of antibiotic administration for surgical prophylaxis. *Am Surg* 1997; 63:59-62.
36. Wax JR, Hersey K, Philput C, et al. Single dose cefazolin prophylaxis for postcesarean infections: before vs. after cord clamping. *J Matern Fetal Med* 1997; 6:61-5. 37. Polk HC Jr, Christmas AB. Prophylactic antibiotics in surgery and surgical wound infections. *Am Surg* 2000; 66:105-11.
38. Niederhauser U, Vogt M, Genoni M, et al. Cardiac surgery in a high-risk group of patients: is prolonged postoperative antibiotic prophylaxis effective? *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 114:162-8.
39. Zelenitsky SA, Silverman RE, Duckworth H, et al. A prospective, randomized, double-blind study of single high dose versus multiple standard dose gentamicin both in combination with metronidazole for colorectal surgical prophylaxis. *J Hosp Infect* 2000; 46:135-40.
40. Bates J, Roberts JV, Smith K, et al. A randomized trial of one versus three doses of Augmentin as wound prophylaxis in at-risk abdominal surgery. *Postgrad Med J* 1992; 68:811-6.
41. Liberman MA, Greason KL, Frame S, et al. Single-dose cefotetan or cefoxitin versus multiple-dose cefoxitin as prophylaxis in patients undergoing appendectomy for acute nonperforated appendicitis. *J Am Coll Surg* 1995; 180:77-80.
42. Ferrari A, Baccolo M, Privitera G, et al. Randomized clinical trial of short-term antibiotic prophylaxis in 750 patients undergoing vaginal and abdominal hysterectomy. *Int Surg* 1984; 69:21-7.
43. Aberg C, Thore M. Single versus triple dose antimicrobial prophylaxis in elective abdominal surgery and the impact on bacterial ecology. *J Hosp Infect* 1991; 18:149-54.
44. Lewis RT, Goodall RG, Marien B, et al. Efficacy and distribution of single-dose preoperative antibiotic prophylaxis in high-risk gastroduodenal surgery. *Can J Surg* 1991; 34:117-22.
45. Kenrod DS, Classen DC, Burke JP, et al. Failure of cephalosporins to prevent *Staphylococcus aureus* surgical wound infections. *JAMA* 1990; 263:961-6.
46. DiPiro J. T. Short-term prophylaxis in clean-contaminated surgery. *J Chemother* 1999; 11:551-5.
47. Schein M, Wittmann DH, Lorenz W, et al. Duration of antibiotic treatment in surgical infections of the abdomen. Forum statement: a plea for selective and controlled postoperative antibiotic administration. *Eur J Surg Suppl* 1996; (576): 66-9.
48. DiPiro J, Cheung RP, Bowden TA Jr, et al. Single dose systemic antibiotic prophylaxis of surgical wound infections. *Am J Surg* 1986; 152:552-9.
49. Harbarth S, Samore MH, Lichtenberg D, et al. Prolonged antibiotic prophylaxis after cardiovascular surgery and its effect on surgical site infections and antimicrobial resistance. *Circulation* 2000; 101:2916-21.
50. Cornwell EE 3rd, Dougherty WR, Berne TV, et al. Duration of antibiotic prophylaxis in high-risk patients with penetrating abdominal trauma: a prospective randomized trial. *J Gastrointest Surg* 1999; 3:648-53.
51. Frighetto L, Marra CA, Stiver HG, et al. Economic impact of standardized orders for antimicrobial prophylaxis program. *Ann Pharmacother* 2000; 34:154-60.
52. Hall JC, Christiansen KJ, Goodman M, et al. Duration of antimicrobial prophylaxis in vascular surgery. *Am J Surg* 1998; 175:87-90.
53. Edwards WH Jr, Kaiser AB, Tapper S, et al. Cefamandole versus cefazolin in vascular surgical wound infection prophylaxis: costeffectiveness and risk factors. *J Vasc Surg* 1993; 18:470-5; discussion 475-6.
54. Lazorthes F, Chiotasso P, Massip P, et al. Local antibiotic prophylaxis in inguinal hernia repair. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175:569-70.
55. Bergamini TM, Lamont PM, Cheadle WG, et al. Combined topical and systemic antibiotic prophylaxis in experimental wound infection. *Am J Surg* 1984; 147:753-6.
56. Liesegang TJ. Perioperative antibiotic prophylaxis in cataract surgery. *Cornea* 1999; 18:383-402.
57. Sabath LD. Reappraisal of the antistaphylococcal activities of first-genera-

# A rede de saúde não pode sucumbir

Leia na íntegra o artigo redigido pelo presidente da SMCRJ, Celso Ramos Filho, e publicado na edição de 20 de abril do Jornal do Brasil.

**N**ova catástrofe natural atinge o Brasil, com mortos, feridos e desabrigados, com transtornos e prejuízos, e com a responsabilização pelas autoridades de administrações passadas. De diferente e novo, apenas a culpa atribuída por prefeito, governador e presidente à população, que propiciaria estes desastres e desabamentos ao procurar viver próxima a seus locais de trabalhos, e em áreas onde a infraestrutura urbana e de transportes é um pouco melhor do que em outras.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, desastres naturais afetaram 211 milhões de pessoas em 2008, vindo a causar a morte de mais de 235 mil indivíduos. Emergências deste tipo implicam naturalmente em um acréscimo de demanda sobre hospitais e postos de saúde, quando estes muitas vezes estão fisicamente danificados, em consequência direta do evento e de suas circunstâncias. Ao contrário do que se pode imaginar, muitas das mortes e do sofrimento ocorrem não imediatamente ao desastre, mas nos dias subsequentes, em função de falhas no abastecimento de água, energia e alimentos, e pela deficiência ou ausência de cuidados médicos. Na verdade, o colapso funcional secundário a uma catástrofe muitas vezes é maior que o dano físico por ela diretamente imposto, e suas consequências para a população podem ser também de magnitude comparável ou superior àquela devida ao evento, propriamente. Além disto, nos dias e semanas seguintes a enchentes e inundações

pode-se esperar surtos ou acréscimo de casos de doenças como leptospirose, de infecções transmitidas pela água (febre tifóide, diarreias e gastroenterites) ou por mosquitos (dengue), e ainda daquelas associadas ao trauma, como tétano e outras complicações de feridas, esmagamentos e soterramentos.

Em 1985, a erupção do vulcão Nevado del Ruiz, na Colômbia, matou cerca de 25 mil pessoas; o maremoto de 2004 no Oceano Índico deixou 230 mil mortos em onze países. Pode-se imaginar a desorganização causada aos serviços médicos pelo súbito e enorme acúmulo de pacientes, muitos deles em estado crítico. Mais difícil é aquilatar-se o grau de desmantelamento da rede de saúde: no terremoto ocorrido em 2007 na cidade peruana de Pisco, 95% dos leitos hospitalares da cidade foram perdidos em minutos.

Mas o Brasil é abençoado por Deus e bonito por natureza, e catástrofes naturais de grande impacto não ocorrem aqui. Ou ocorrem? As enchentes do verão de 2009 afetaram mais de 1,5 milhões de pessoas em Santa Catarina, com 80 mil desabrigados e 114 mortos – nesta semana, já se contam mais de 150, no Estado do Rio. Naquele mesmo ano, o hospital São José do Avaí, referência em Itaperuna, no noroeste do Estado do Rio e em áreas de Minas Gerais e Espírito Santo, foi invadido pelas águas do rio Muriaé, e os três hospitais de Pádua foram temporariamente fechados, obrigando a transferência de seus pacientes para unidades em outros municípios.

O moderno conceito de hospital seguro indica a unidade de saúde que, em uma situação de emergência, tem seus serviços assistenciais plenamente acessíveis e atuando em sua capacidade máxima, dentro de sua estrutura física original, e não em improvisações e adaptações, ou em instalações temporárias. Portanto, hospital seguro é aquele que goza do maior nível de proteção possível em face de um desastre (natural ou não), e cujas rotas e vias de acesso permanecem livres e desimpedidas, com seus serviços críticos (água, alimentação, energia, comunicações, medicamentos, serviços de diagnóstico e outros) em pleno funcionamento, garantindo não apenas a continuidade dos serviços anteriormente exigidos, mas a absorção adequada da demanda acrescida pela emergência.

A ausência de terremotos, maremotos e erupções vulcânicas não pode nos induzir a uma falsa sensação de segurança, como os trágicos exemplos de 2009 em Santa Catarina e deste ano no Estado do Rio e em São Paulo nos mostram. Na noite desta segunda-feira e na terça, como esteve o acesso aos hospitais Souza Aguiar e Miguel Couto, com as inundações da Praça da Bandeira, do Canal do Mangue e do entorno da Lagoa? ●

**Celso Ferreira Ramos Filho**

Prof.<sup>o</sup> do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFRJ  
Presidente da SMCRJ

# A importância da participação da mulher na medicina

Fotos: Divulgação

Hoje, é pública e notória a importância da participação da mulher na medicina. O que acontecia, há 20, 30 anos, quando havia uma procura maior por parte da população por profissionais do sexo masculino, hoje já não existe mais. A população tem total confiança nas médicas. Até mesmo, em algumas especialidades, a preferência acaba sendo por uma profissional do sexo feminino e, com toda certeza, destacam-se neste caso ginecologia e obstetria. As mulheres ainda preferem as ginecologistas e obstetras por se sentirem mais à vontade e com maior liberdade para tirar suas dúvidas e expor seus problemas de saúde.

De acordo com Vera Lucia Mota da Fonseca, Segunda Vice-Presidente do CREMERJ, é possível notar nitidamente no Conselho, quando acontece a festa dos médicos jubilados - aqueles com mais de 50 anos de carreira - que são homenageadas uma ou duas mulheres, enquanto que a grande maioria é formada por homens. Ao contrário do que acontece com os médicos jubilados, quando o CREMERJ recebe as turmas de recém-formados para terem um primeiro contato com o Conselho, é possível perceber que a maioria é de mulheres.

- Nas reuniões com os recém-formados, notamos que há mais mulheres, cerca de 60%. Acredito que, hoje, um aspecto que influencia neste cenário seja o fato da medicina ser um curso de tempo integral. Quando se cursa medicina, há a impossibilidade de se conciliar com um trabalho, salvo raríssimas exceções - avaliou.

Muitas vezes, acrescentou Vera Fonseca, os rapazes saem de casa cedo para trabalhar ou para constituir família e a medicina acaba não sendo uma primeira opção de carreira, a não ser para aqueles que têm uma estrutura familiar para dar apoio ou uma boa situação financeira. Mesmo para os estudantes de faculdade pública, que no geral são oriundos de colégios particulares, é difícil, pois sabemos que medicina é um curso caro, pela quantidade de livros usados, pelo fato de o aluno passar o dia todo fora de casa, isso quando ele ainda não vai para outra cidade ou para outro Estado para cursar aquela faculdade que mais lhe interessa.

Após o término da faculdade de medicina, a escolha por uma especialização é importante e independe de gênero. Segundo Vera Fonseca, depois que os estudantes se formam, principalmente aqueles que têm uma boa formação, eles entendem, assim como o CREMERJ e as sociedades de especialidade, que a residência médica é o melhor caminho para atingir a especialização. No entanto, ainda há uma predominância de homens na escolha de determinadas especialidades, como ortopedia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca e urologia.

- Na urologia, há o componente da discriminação por parte do homem, que ainda continua machista e tem dificuldade em procurar uma mulher para tratar de uma parte do corpo considerada muito íntima. A escolha da neurocirurgia e da cirurgia cardíaca pelos homens ainda se refere à tradição, consideradas especialidades, talvez,



mais "nobres". No caso da ortopedia, por ser uma especialidade que necessita não de força, mas de uma energia a mais para a manipulação dos membros, talvez este seja o motivo por maior procura pelo sexo masculino - afirmou.

No mercado de trabalho em geral, em diversas profissões, há diferenças salariais entre homens e mulheres, inclusive ocupando os mesmos cargos. Neste sentido, a medicina é bastante democrática, pois esta disparidade não acontece. Tanto no setor público, quanto no setor de saúde suplementar, não há diferença de remuneração entre médicos e médicas. Vera Fonseca ressaltou que, no setor público, o salário é pago para o profissional médico, não importando o gênero. Nos convênios, são pagos os valores das consultas. No setor privado, a diferença do valor das consultas muda de especialidade para especialidade, de acordo com o tempo de formação, de experiência profissional, e não de médica para médico. No que diz respeito às peculiaridades femininas no desenvolvimento da profissão, para Vera Fonseca, em

algumas especialidades, a médica leva vantagens, pois ela consegue ser mais paciente ao ouvir, ter mais sensibilidade e se solidarizar mais que o homem, o que torna a relação médico-paciente mais fácil. Porém, isto não quer dizer que a medicina seja uma profissão feminina, pois o homem pode lidar com as mesmas situações de forma diferente.

- *Dentre as especialidades que mais se identificam com a natureza feminina, considero a ginecologia e obstetrícia, clínica médica e cirurgia plástica. Há algum tempo, a cirurgia plástica era uma especialidade quase que exclusivamente masculina. Nos últimos anos, aumentou bastante o número de mulheres que passaram a trabalhar na especialidade, talvez porque uma mulher entenda melhor o que a outra deseja, já que a mulher ainda se submete à cirurgia plástica mais do que o homem* – considerou.

Em relação às especialidades mais procuradas pelas mulheres, acrescentou Vera Fonseca, estão a dermatologia, a otorrinolaringologia e a oftalmologia. Estas especialidades têm apelo por serem mais “tranquilas” e, com isso, dão mais chances para a mulher desenvolver suas múltiplas funções. Na dermatologia, não é necessário dar plantão, a atuação é mais ambulatorial, o que facilita as diversas jornadas da mulher. A oftalmologia e a otorrinolaringologia, apesar de serem especialidades cirúrgicas, também têm maior atuação no consultório e as cirurgias em sua maioria são eletivas.

- *Todos sabem que a mulher tem capacidade de fazer várias coisas ao mesmo tempo, o que ajuda nos cargos de gerenciamento. Por isso, também é importante ressaltar o desempenho das médicas à frente de sociedades de especialidade, conselhos regionais de medicina, secretarias de saúde, direção de hospitais, de faculdades de medicina e de reitorias* – frisou.

Segundo Vera Fonseca, outro lugar

em que a médica não abre mão de atuar é na defesa profissional. Hoje, elas lutam da mesma forma que os homens, vão para as manifestações e assembleias e não se conformam com as atuais condições de trabalho.

- *A mulher tem plena consciência da luta pelos seus direitos como cidadã e como profissional, por melhores condições de trabalho e remuneração. O salário que a mulher ganha faz parte do contexto familiar, muitas delas são chefes de família. Com a mulher médica não é diferente, ela precisa de reconhecimento e valorização como qualquer outra profissional* – enfatizou.



### **O que os homens pensam delas**

Para o Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Sérgio Côrtes, pensar a importância das mulheres no século XXI, não apenas na Saúde, mas na sociedade como um todo, envolve reconhecer a árdua trajetória que as trouxe até aqui. Em um tempo em que é marcante a visibilidade da mulher em todas as atividades humanas, a grandeza delas transcendeu barreiras e costumes e consolidou uma era marcada por uma luta que deu voz à igualdade de direitos entre homens e mulheres.

- *No exercício da medicina, sempre admirei a habilidade feminina, norteadas pela paciência, dedicação e sensibilidade, que permite a elas enxergar no paciente a sua vulnerável condição. Hoje, no meio médico, ouvimos com maior frequência abordarem a necessidade de percebermos o paciente de forma mais holística, pensarmos o todo e*



*não somente a patologia. Isto significa entender que o cuidado não pode estar restrito ao tratamento da enfermidade* – considerou.

Sempre observei nas mulheres, continuou Sérgio Côrtes, talvez pelo natural instinto da maternidade, uma maior facilidade para essa visão mais completa do outro. Profissionalmente, elas sabem integrar a atenção técnica ao acolhimento, à escuta qualificada e ao respeito à vida. Por fim, a mulher moderna provou que ser sensível não significa ser frágil, mas sim capaz de considerar o aspecto humano do trabalho e abrir caminhos para oferecer uma assistência digna e realmente eficiente.

O Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, Hans Dohman, afirmou que pensar no mundo profissional hoje sem a figura feminina é algo impossível. As mulheres, ao longo das últimas décadas, conquistaram seu espaço em praticamente todos os segmentos, mostrando fibra e competência antes atribuídas, erradamente, somente aos homens. Isto tudo aliado ao toque, ao carinho da mulher, independente do posto que ocupe.

- *Na medicina, não poderia ser diferente: esse olhar feminino é um agregador para a nossa profissão, seja na abordagem ou mesmo na cumplicidade com o paciente. Podemos ir além, destacando o papel social da mulher na medicina, principalmente em estratégias de saúde da família, quando sua inserção no ambiente familiar é fundamental para o sucesso da entrada da medicina em determinados locais* – enfatizou. ●

# Diretoria da SMCRJ promove renegociação e regularização de dívida contraída há décadas em condições favoráveis



"Achei a negociação muito bem conduzida, com um desfecho mais favorável para a SMCRJ. Essa dívida era como uma espada na cabeça das diretorias que se sucederam e deixava sempre no ar uma sensação de futuro incerto para a nossa Sociedade. Como Conselheiro nato e ex-presidente da SMCRJ, fico feliz que o Celso tenha conseguido esse resultado tão importante para a nossa Sociedade e seus associados".

*Eduardo Augusto Bordallo* – Diretor da Unimed-Rio  
Conselheiro nato e ex-presidente da SMCRJ

Com passado glorioso, a Sociedade de Medicina e Cirurgia renova o fôlego para enfrentar o futuro. Notícia boa para os associados e para a Medicina no Brasil: depois de cinco anos à frente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a diretoria liderada pelo Dr. Celso Ferreira Ramos Filho conseguiu renegociar uma dívida da instituição que já se arrastava por vários anos. A dívida em questão entrou em processo de execução e custaria aos cofres da SMCRJ mais de R\$ 2 milhões, dinheiro que a instituição não teria condições de levantar. Ciente da iminência da execução por parte da empresa credora, AGEMORP PARTICIPAÇÕES LTDA. (sucessora do Banco Ômega S/A, de Warburg Dillon Read S/A, do Banco UBS Warburg e de WDR Participações Ltda), a Diretoria empreendeu uma jornada na tentativa de chegar ao melhor acordo possível, o qual seria: um acordo que permitisse à SMCRJ efetuar o pagamento.

Até o ano de 2009, a Sociedade vivia com uma nuvem pesada sobre sua cabeça: uma dívida constituída há décadas atrás que somava R\$ 2.023.885,13 em novembro de 2009. O Conselho Diretor que assumiu em 2005 começou a gerar caixa para a instituição e aguardou o momento mais apropriado para negociar a dívida com os credores. A primeira proposta, depois de muita negociação, reduziu a dívida para R\$ 968.657,09. A segunda, para R\$ 830.657,09. Com a terceira e última negociação, a dívida ficou reduzida a **R\$ 780.657,09**, a serem pagos da seguinte maneira: R\$ 300.657,09 à vista, em junho passado, e mais 48 parcelas **fixas e sem atualização monetária** de R\$ 10.000,00. Ou seja, em 1º de julho de 2014, a Sociedade não terá mais qualquer preocupação em relação a este assunto e poderá prosperar livremente.

### Reunião Histórica

Para dar conhecimento aos membros do Conselho Superior da SMCRJ do acordo suspensivo da execução do processo nº 1998.001.086880-9, movido pela empresa AGEMORP contra a SMCRJ, o Dr. Celso Ramos Filho convocou uma

reunião extraordinária do Conselho Superior, no dia 27 de maio de 2010. Ele noticiou a redução da dívida que a entidade tem com a AGEMORP em mais de 50%, e o início da recondução da sociedade à sua recuperação total.

Celso Ramos explicou que a história da dívida começou com um empréstimo concedido pela FINEP por intermédio do Banco Investicorp para informatização de consultórios, clínicas e unidades médicas na cidade do Rio de Janeiro. O projeto foi muito bem recebido na ocasião. A Medicina e Cirurgia era remunerada pelo INVESTICORP e, graças a isto, muitas reformas foram feitas na sede, basicamente dando-lhe o seu aspecto atual. Com a mudança repentina de legislação da taxa de juros de longo prazo, o que a SMCRJ recebia por emprestar não era suficiente para cobrir o que devia por ter recebido. Apesar das tentativas do Conselho Diretor de então, a FINEP recusou-se a modificar o contrato e reduzir os juros devidos. As demais parcelas do empréstimo não foram liberadas, criando-se uma bola de neve que, com falências de bancos e outros acidentes financeiros, fez com que a dívida fosse



sendo trocada de mãos até chegar à AGEMORP.

A tática empregada pelos advogados da SMCRJ foi não a de negar a dívida, mas a de questionar o seu valor, pedindo que a AGEMORP demonstrasse os cálculos que teriam levado ao seu estabelecimento. Por sua vez, a empresa afirmava ser incapaz de fazê-lo, já que a dívida tinha sido estabelecida com instituição financeira já falida e inexistente. Esta tática prosperou, e a opinião dos advogados da SMCRJ era a de que teríamos ganho de causa. Tanto que, há dois anos, quando perguntamos se não seria o momento de se tentar um acordo, nosso advogado disse que ainda não era a melhor hora. Entretanto, a mudança do juiz encarregado do processo reverteu aquela expectativa,

"A resolução do problema foi muito importante porque ele colocava em risco a existência da Sociedade de Medicina e Cirurgia. Seria lamentável se a perdêssemos. Essa negociação capitaneada pelo Celso foi perfeita, não apenas pelo fato de tirar o risco de liquidação, mas principalmente por chegar a um acordo que permite um pagamento que não irá interferir nas atividades da SMCRJ".



*Carlindo Machado e Silva Filho*  
Presidente da Somerj e ex-presidente da SMCRJ

não cobriria o total da dívida; além disto, estávamos sujeitos ao arresto dos valores depositados em bancos, além do bloqueio de futuros depósitos provenientes de anuidades e patrocínios. Isto acarretaria na extinção da SMCRJ, pois, sem sede,

herdados de outras gestões, enalteceu o esforço da liderança do Dr. Celso e das conquistas de sua gestão para a SMCRJ. Ele solicitou aos conselheiros que se mobilizem para auxiliar no pagamento do restante da dívida. O Dr. Marcelo Lemgruber propôs uma moção de elogio ao Conselho Diretor, aprovada por unanimidade, pela forma como foi conduzido o acordo: "Gostaria de solicitar uma moção especial parabenizando o Presidente Dr. Celso Ramos Filho e a diretoria da SMCRJ pelo empenho, transparência e sucesso na solução da dívida que ameaçava esta Sociedade".

O Dr. Celso lembrou que em 2011 a SMCRJ completa 125 anos e que todos devem manter o espírito da Sociedade, encarando o acordo como uma vitória do processo associativo.

"A reunião de hoje (27.05) foi uma reunião histórica. Foi finalmente revertida uma situação que gerava dúvidas quanto à continuidade da nossa Sociedade. Essa dívida era uma sombra ameaçando não só o futuro, mas o passado histórico da SMCRJ. Se hoje respiramos mais aliviados, foi graças a essa negociação, magnificamente conduzida pelo Celso e sua equipe".



*Flamarion Gomes Dutra*  
Conselheiro nato e ex-presidente da SMCRJ

e terminamos por perder a causa". Por razões processuais, a sede da Avenida Mem de Sá 197 havia sido penhorada judicialmente. Com o processo em execução, os advogados da AGEMORP solicitaram ao juiz o leilão da Sede, cujo valor seguramente

sem dinheiro para aluguel e para pagar funcionários, não teríamos como continuar existindo", afirmou.

Após a exposição do Dr. Celso para os presentes, o Dr. Ernesto – vice-presidente – pediu a palavra e falou sobre o esforço do Conselho Diretor para regularizar todos os processos

"Nosso objetivo é reconduzir a SMCRJ ao seu lugar natural no plano de frente junto às suas congêneres, e estamos cada vez mais confiantes sobre o nosso futuro", disse o Dr. Celso. "Esperamos continuar a melhorar nosso balanço patrimonial, como vimos fazendo, para cumprir o nosso plano." ●

"A SMCRJ foi o palco de uma das decisões mais importantes de nossa história recente. Em sua reunião de 27 de maio foi anunciada, finalmente, a solução para a dívida que incomodou as cinco últimas gestões de que tenho conhecimento. A dívida que ameaçava de possível perda o patrimônio construído com o sacrifício de gerações que nos antecederam não poderia ter melhor tratamento do que o dado por nosso presidente, Celso Ferreira Ramos Filho".

*José Ramon Varela Blanco*  
Diretor de ética e defesa profissional



### Unimed-Rio elege sua Diretoria



O médico pediatra Celso Barros foi reeleito para presidir a Unimed-Rio por mais quatro anos, durante a Assembleia Geral Ordinária (AGO), realizada no dia 9 de março, no Hotel Windsor Barra. Os cooperados confirmaram a permanência da chapa "Liderança e Credibilidade", liderada por ele.

Eleito pela primeira vez em 1998, Barros transformou a Unimed-Rio, que naquela época possuía 260 mil clientes, numa das maiores potências do cooperativismo médico. A cooperativa carioca possui o maior faturamento em todo o sistema: 771 mil clientes, 5.300 cooperados e encerrou 2009 com um faturamento de R\$ 2,13 bilhões. A expectativa de faturamento para 2010 é superar os R\$ 2,5 milhões, com 800 mil beneficiários em carteira.

### Unimed estreia no segmento de cartão de crédito

O Sistema Unimed entrou, com a Unimed-Rio, no segmento de cartão de crédito. O cartão Viva! Unimed/Mastercard, que terá as versões Platinum, Gold e International, será oferecido a clientes, médicos cooperados e colaboradores da Unimed-Rio. A expectativa é atingir a marca de 220 mil clientes ainda em 2010.

Além das vantagens comuns do segmento, o cartão vai oferecer outros benefícios, como parcerias com academias de ginástica, centros de beleza e estética, e a possibilidade de o cliente descontar parte ou mesmo o valor integral de uma mensalidade de seu plano de saúde, de acordo com o volume de uso.

O lançamento do cartão Unimed aconteceu no Rio, no dia 18 de abril. ●



### Campus Integrado do INCA será o maior complexo de assistência oncológica do País

Em dezembro de 2009, foi assinado o contrato para elaboração do projeto de arquitetura e engenharia do Campus Integrado do Instituto Nacional do Câncer (INCA). A assinatura ocorreu após a publicação do Decreto 12.141, véspera (22/12), no Diário Oficial da União, que libera a verba para a elaboração do projeto

arquitetônico e estrutural. Este foi o primeiro passo para a construção do Campus Integrado do Instituto Nacional de Câncer, que unificará os 18 prédios do Inca em um só local.

O Campus Integrado, que custará R\$ 321 milhões, será construído no terreno localizado atrás do INCA, na Praça da Cruz Vermelha - onde hoje fica o Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (Iaserj) - e reunirá atividades de ensino, pesquisa, administração e atenção oncológica, fortalecendo o trabalho de prevenção e detecção precoce da doença. A partir da construção do Campus, o Inca se credencia como um dos maiores centros

de controle de câncer do mundo. A obra terá recursos provenientes do Orçamento da União, ocupará uma área de 14,5 mil metros quadrados e está prevista para terminar em 2014.

Maquete virtual



## Moacyr Scliar terá novo site

O médico e escritor Moacyr Scliar está reformulando seu website. Em breve, será lançado um portal com material multimídia, textos exclusivos, links, fórum de discussão e muitas outras inovações.

A medicina terá destaque especial com textos e apresentações (inclusive vídeos) de Scliar falando sobre o assunto.

Scliar busca patrocínio de um pequeno número de selecionados e diferenciados clientes para seu site, que terá o seguinte endereço: **www.moacyrscliar.com**.

Scliar publicou mais de setenta livros, entre crônicas, contos, ensaios, romances e literatura infanto-juvenil. Em 2003 foi eleito para a Academia Brasileira de Letras, tendo recebido antes uma grande quantidade de prêmios literários.

Segundo o Google, a quantidade de pesquisas mensais de usuários procurando o escritor é altíssimo, o que faz do patrocínio um excelente investimento. ●

### Para mais detalhes, ligue:

(51) 3331-5423 / 3333-5982.



Dr. Octavio Fernandes, Diretor de Cursos e Eventos Científicos da SMCRJ, tomou posse na Academia de Medicina do Rio de Janeiro, no dia 13 de maio. Ele ocupará a cadeira 52, de Ciências Aplicadas, cujo patrono é Paulo Lacaz.

## Agenda

### SETEMBRO

#### 59º Congresso Brasileiro de Coloproctologia

Data: 03 a 06

Local: Hotel Intercontinental - RJ

Informações: <http://www.jz.com.br/congressos/coloroproctologia/coloroproctologia.htm>

#### 65º Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia

Data: 04 a 07

Local: Riocentro - Rio de Janeiro, RJ

Informações: [www.sbd.org.br/rio2010](http://www.sbd.org.br/rio2010)

#### 29º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia

Data: 04 a 07

Hora: 9h às 11h

Local: Gramado - RS

Inscrições: [www.cbem2010.com.br](http://www.cbem2010.com.br)

#### XXVIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia

Data: 11 a 16

Local: Centro de Convenções da Bahia - Salvador, BA

Inscrições: [www.neurocirurgia2010.com.br](http://www.neurocirurgia2010.com.br)

#### V Encontro Internacional de Hepatologia

Data: 16 a 18

Local: Centro de Convenções Rebouças - São Paulo, SP

Inscrições: [www.hepatologiausp.com.br](http://www.hepatologiausp.com.br)

#### Curso de Urgências e Emergências em Ginecologia e Obstetrícia

Data: 18 e 25

Local: Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro

Inscrições: [www.smcrj.org.br](http://www.smcrj.org.br)

### OUTUBRO

#### XIV Congresso Latino-Americano de Genética

O Congresso ALAG é realizado em conjunto com a Sociedade Argentina de Genética (SAG) e a Associação Latino-Americana de Mutagenese, Carcinogênese e Teratogênese Ambiental (ALAMCTA)

Data: 01 a 05

Local: Viña del Mar (Chile)

Informações: <http://alag2010.cl>

#### XXIV Congresso Brasileiro de Anatomia

Data: 09 a 13

Local: CCRP - Centro de Convenções de Ribeirão Preto - SP

Inscrições: [www.cbanatomia2010.com.br](http://www.cbanatomia2010.com.br)

Número ideal de glóbulos  
vermelhos: 5.000.000\*  
para cada mm<sup>3</sup> de sangue.  
Número ideal de médicos  
cooperados: mais de 5 mil.

Unimed-Rio.  
A maior rede de médicos cooperados.

\* Valor médio para ambos os sexos.

ANS - nº 39.332-1

**Unimed**   
Rio

O melhor plano de saúde é viver.  
O segundo melhor é Unimed.

Ligue 0800 025 5522