

Medicina Hiperbárica Hospitalar & Oxigenoterapia Hiperbárica (O2hb)

Uma modalidade terapêutica indispensável na medicina moderna

Praia da Boa Viagem / Niterói
Foto: Dra. Karin Jaegger

E ainda:

- A dança criativa como intervenção da saúde no imaginário social diante do envelhecimento
- Os testes pós-vacinais na Covid-19
- Os planos de saúde e os reajustes

MÉDICO,

A IPEMED CHEGOU NA BARRA DA TIJUCA

O MAIOR E MAIS COMPLETO
PORTFÓLIO DE CURSOS
COM MAIS DE **30 CURSOS**
EM **PÓS-GRADUAÇÃO, PÓS-OURO**
E **CURSOS DE APRIMORAMENTO**

INVISTA EM SUA CARREIRA MÉDICA



Unidade inaugurada em Setembro/2021

Av. Armando Lombardi, 400
Barra da Tijuca | Lojas 108 e 109
SAIBA MAIS EM: IPEMEDRIO.COM.BR

“Saúde é direito de todos”

Quem paga a conta?

De acordo com artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução no risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.” Sem dúvida o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para que fosse cumprido o que determina a Constituição Federal, no que concerne à promoção, proteção e recuperação da saúde. O artigo 2o da Lei no 8.080/90 tipifica que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu exercício.

No entanto, apesar do magnífico desenho do SUS, sendo o Brasil um país que, conforme estimativa do IBGE, em 2021, ultrapassou a 213 milhões de habitantes, com tanta desigualdade na distribuição de renda e nível de educação, o investimento em saúde não tem sido de forma equânime no território brasileiro. Ressalta-se que para se falar em saúde, faz-se mister melhorar a qualidade de vida, combater a fome, a miséria, ofertar trabalho e, principalmente, educação básica. A responsabilidade da atenção à saúde passa pelas três esferas administrativas, isto é, federal, estadual e municipal, assim como o gerenciamento e utilização dos recursos para a promoção e assistência, considerando as necessidades da população assistida.

Sabe-se que cerca de 80% da população brasileira depende exclusivamente do atendimento do SUS. De acordo com os registros da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a taxa de cobertura vinculada à Saúde Suplementar em nosso país foi de 24,9%, em julho de 2021. Essa proporção varia nas diversas regiões do Brasil, estando relacionada à renda per capita de cada Estado ou Município. A região Sudeste é a que possui maior taxa de cobertura, 36%, enquanto na região Norte, é de 11%. A opção pela vinculação à saúde suplementar, através dos planos de saúde, se deve à dificuldade de acesso, às condições precárias de atendimento, a pouca disponibilidade de leitos e recursos tecnológicos. Por conseguinte, a utilização da assistência privada desafia o SUS.

Por outro lado, a saúde suplementar, também, tem seu momento de crise. Cada vez mais, procedimentos e tecnologias em saúde são incorporados no arsenal terapêutico, aumentando os custos, tanto no segmento público como no privado. O rol de procedimentos de cobertura obrigatória emitido pela ANS é revisado periodicamente. A carteira de bene-

ficiários, que corresponde à receita, é flutuante, seja por dificuldades de manter o pagamento das mensalidades, perda de vínculos empregatícios ou migração entre as diversas operadoras de saúde. Os recursos são finitos!

Entre os atores envolvidos nesse processo, isto é, os beneficiários que utilizam os serviços, os prestadores pessoa jurídica ou profissionais liberais e as operadoras de saúde, por vezes, uns são favorecidos em detrimento de outros e vice-versa. É importante um equilíbrio entre as partes. O relacionamento com os beneficiários é contratual e estes estão resguardados pelo Código do Consumidor, no que se refere à prestação de serviços, além da regulação da ANS, que estabelece as normas, controla e fiscaliza as atividades relativas à assistência privada à saúde. Sabe-se que há abusos por parte de operadoras, sendo a fiscalização necessária. A judicialização é fato frequente, ora pertinente por não cumprimento de direitos básicos contratuais, ora por eventos não previstos, analisados a parte, independente dos contratos acordados e assinados e das normatizações da ANS. São custos imprevisíveis e ameaças constantes no sistema de saúde.

Os ajustes das mensalidades para os planos de saúde individuais são ditados pela ANS, cuja metodologia de cálculo, utilizada a partir de 2019, combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A menor utilização dos beneficiários, devido à pandemia pela Covid 19, principalmente, para consultas e procedimentos eletivos, em 2020, ocasionou redução das despesas assistenciais, gerando índice negativo para o ajuste anual conferido pela ANS. Este foi estabelecido em menos 8,19%, resultando em redução nas mensalidades, de forma obrigatória, uma vez que o reajuste não pode ser maior do que o definido pela agência reguladora. Fato este, que poderá causar grande impacto para as operadoras de menor porte e para aquelas cuja carteira predominante é de planos individuais, interferindo negativamente, inclusive, no cumprimento das reservas obrigatórias exigidas pela ANS.

Há de se considerar que, em 2021, a tendência é de somar aos atendimentos a demanda reprimida ocasionada, em 2020, pela pandemia de Covid 19, além do aumento dos custos de materiais e medicamentos, por vezes cotados em moeda estrangeira, e da incorporação rotineira e pertinente de novos procedimentos no rol, alguns desses, de alto custo, incorrendo na elevação dos custos assistenciais e



Dra. Zelina Caldeira - Presidente da AMF

sinistralidade.

Ou seja, para o consumidor, os valores pagos são elevados, pesando no orçamento familiar, gerando inadimplência e, até mesmo, a saída do plano de saúde, permanecendo aqueles que realmente mais precisam de assistência. Quanto às operadoras, muitas se tornam inviáveis. Grupos com grandes capitais se sobrepõem em vantagens financeiras. Algumas cooperativas, pequenos prestadores e profissionais liberais da saúde ficam prejudicados. Estes últimos pela baixa remuneração dos serviços prestados e perda da autonomia.

E a conta? Esta chega, de alguma forma, direta ou indiretamente, para todos nós cidadãos!

Referências bibliográficas:

IBGE. *Projeção da população*. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_popclock.php. Acesso em: setembro/2021. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Informações em Saúde Suplementar*. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def. Acesso em: setembro/2021.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Reajuste de planos de saúde*. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-define-percentage-negativo-de-reajuste-para-planos-de-saude-individuais>. Acesso em: setembro/2021.

Editorial

03

Artigos Científicos

Medicina Hiperbárica Hospitalar & Oxigenoterapia Hiperbárica (O2hb)
 "Uma modalidade terapêutica indispensável na medicina moderna".
 Os testes pós-vacinais na Covid-19.
 A dança criativa como intervenção da saúde no imaginário social diante do envelhecimento.

06
09

Artigos

Os planos de saúde e os reajustes.
 Comportamento suicida:
 identificar para prevenir.
 Nina Rodrigues: Um perfil Médico e antropólogo.

12

18

22

23

Unicred

UNICRED Niterói, sua região e um legado.

26

Artigo

O novo mundo, o mundo BANI.

29

Agenda

Agenda AMF.

31

Perfil

Dr. Fritz Alfredo Sanchez Cardenas

33

Clube de Benefícios

34



Praia da Boa Viagem - Niterói
 Foto Dra. Karin Jaegger

Expediente

Associação Médica Fluminense

Avenida Roberto Silveira, 123 - Icaraí
 Niterói - RJ - CEP 24230-150
 Tel.: (21) 2710-1549

Diretoria da Associação Médica Fluminense

Gestão: 2020-2023

Presidente:

Zelina Maria da Rocha Caldeira

Vice Presidente:

Gilberto Garrido Junior

Secretário Geral:

Ilza Boeira Fellows

Primeiro Secretário:

Christina Thereza Machado Bittar

Primeiro Tesoureiro:

Karin Fernandes Jaegger

Segundo Tesoureiro:

Jorge José Abunahman

Diretor Científico:

Valéria Patrocínio Teixeira Vaz

Diretor Sócio Cultural:

Eduardo Duarte de Oliveira

Diretor de Patrimônio:

Paulo Afonso Lourega de Menezes

Conselho Deliberativo

Membros Natos

Alcir Vicente Visela Chácar

Alkamir Issa

Aloysio Decnop Martins

Benito Petraglia

Glauco Barbieri

Waldenir de Bragança

Membros Efetivos

Ana Cristina Peçanha Dantas

Anadeje Maria da Silva Abunahman

Antonio Orlando Respeita

Clovis Abraham Cavalcanti

Emanuel Decnop Martins Junior

Heraldo José Victor

Jackson Ferreira Galeno

José Antonio Caldas Teixeira

José Gonzaga Rossi da Silva

Maria da Conceição Farias Stern

Mariana da Silva Abunahman

Mateus Freitas Teixeira

Paschoal Balthazar Baltar da Silva

Paulo Cesar Santos Dias

Rodrigo Schwartz Pegado

Membros Suplentes

Antonio Carlos Accetta

Bruno Barros Petraglia

Cristiano Bandeira de Melo

Edilson Ferreira Feres

Enildo Ferreira Feres

Fernando Cesar Ranzeiro de Bragança

Jorge Carlos Mostacedo Lascano

Jose de Moura Nascimento

José Emídio Ribeiro Elias

Leonardo Jorge Lage

Mario Roberto Moreira Assad

Mauro Romero Leal Passos

Miguel Luiz Lourenço

Renato de Souza Bravo

Wellington Bruno Santos

Conselho Fiscal / Membros Efetivos

Claudio Vinicius Graciano da Silva

Fritz Alfredo Sanchez Cardenas

Luis Fernando Jogaib Mainier

Membros Suplentes

Kathya Elizabeth M. Teixeira

Paulo Fernando Rodrigues da Cal

Rafael Vilanova Lima

Assessora Participativa

Maria Gomes

Conselho Editorial da revista

Dr. José Trindade Filho

Dra. Valéria Patrocínio Teixeira Vaz e

Dra. Zelina Maria da Rocha Caldeira.

Ano XVIII - nº 88 - Jul/Ago / Set - 2021

Produzida por LL Divulgação Editora Cultural Ltda.

Redação e Publicidade

Tel/Fax: 2714-8896 - www.lldivulga.com.br

e-mail: lldivulga@gmail.com

Diretor Executivo - Luthero de Azevedo Silva

Diretor de Marketing - Luiz Sergio Alves Galvão

Jornalista Responsável: Walmyr Peixoto

Reg. Mtb RJ 19.183

Projeto Gráfico: Luiz Fernando Motta

Coordenação: Kátia Regina Silva Monteiro

Fotos: Daniel Latham

Supervisão de Circulação:

LL Divulgação Editora Cultural Ltda

Tiragem: 5 mil exemplares

Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da LL Divulgação e da AMF.



**Faça uma blindagem profissional
e tenha tranquilidade para trabalhar**

RIO PORTO
Corretora

**Desconto de 20% a todos clientes cooperados da
UNIMED LESTE FLUMINENSE
Representante oficial ANADEM**

ANADEM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO MÉDICO E BIOTÉCNICA

Rua Dr. Celestino, 122 - S/ 1023 - Centro - Niterói - RJ

Tel: (21) 3512-4752 / Cel: (21) 99663-4231

www.rioportocorretora.com.br

Medicina Hiperbárica Hospitalar & Oxigenoterapia Hiperbárica (O₂hb)

“Uma modalidade terapêutica indispensável na medicina moderna”

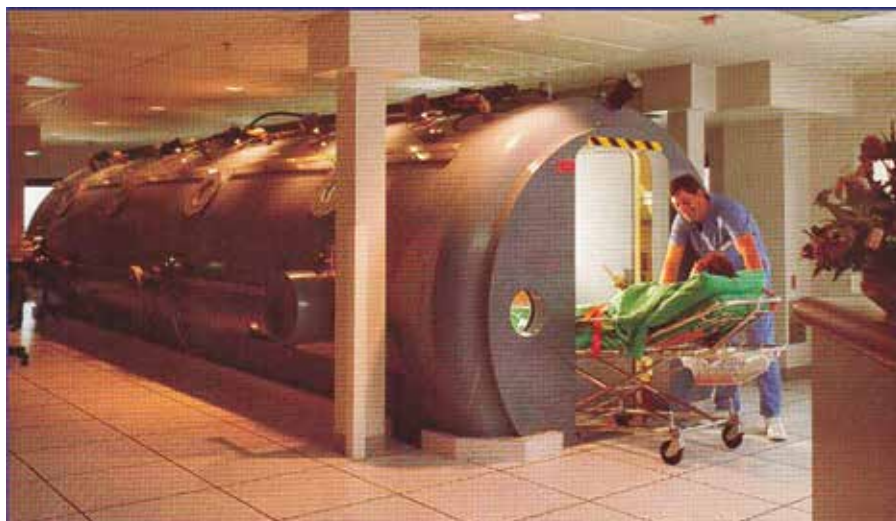


Figura 1: Câmara Hiperbárica Multipaciente pressurizada com ar comprimido, os pacientes ventilação oxigênio a 100% por meio de máscaras ou hoods.



**Dr. Tomaz de Aquino
Pedreira Brito***

Em 1662, Henshaw, um padre inglês que exercia a Medicina da época, observou que as pessoas que viviam nas montanhas, ao virem para as estações de tratamento no litoral, apresentavam significativa melhora de suas feridas crônicas e estado geral. Concluiu que isso talvez se devesse à diferença de pressão atmosférica existente entre as montanhas e o nível do mar.

Construiu, então, um “vaso de pressão”, ou seja, uma câmara metálica, a qual denominou de domicílium e na qual passou a ministrar “banhos de ar comprimido”, com pressões mais elevadas que a pressão atmosférica normal para doenças agudas, e pressões menos elevadas para doenças crônicas⁽¹⁾. Assim, de forma empírica, foram lançadas as raízes da Medicina Hiperbárica.

À descoberta e à identificação do oxigênio por Priestley, em 1775, seguiram-se, dentre outros, os trabalhos de Paul Bert, em 1878⁽²⁾, E. W. Moir em 1889⁽³⁾, J. Lorrain-Smith, em 1899⁽⁴⁾, o pioneiro brasileiro Álvaro Osório de Almeida, em 1938⁽⁵⁾, Churchill-Davidson, em 1954⁽⁶⁾, e, especialmente, o

trabalho clássico e revolucionário do cirurgião cardiovascular holandês Ite Boerema e sua equipe, em 1956⁽⁷⁾. As pesquisas desses autores e suas publicações fundamentaram e desenvolveram a modalidade terapêutica.

A medicina hiperbárica dedica-se ao tratamento de pessoas acometidas de doenças e lesões próprias do mergulho, ou do trabalho em ambientes pressurizados e ao estudo e prevenção dos agravos típicos dessas atividades. No entanto, nem todos os mergulhadores são profissionais e no Brasil, especialmente no Estado do Rio de Janeiro, têm ocorrido muitos acidentes graves e até fatais com mergulhadores amadores, desportistas muitas vezes admitidos em setores de emergência de hospitais públicos, sem que a equipe tenha informações mínimas de como diagnosticar e conduzir o atendimento nos casos de doenças descompressivas (formação e expansão de bolhas de nitrogênio nos tecidos), ou de embolia traumática pelo ar, ocorrência extremamente grave por que associa a embolia aérea cerebral ao pneumotórax hipertensivo. Raramente, alguém da equipe do Pronto-So-

corro sabe exatamente o que fazer, o que não fazer e quando, como e por que contatar um serviço de Medicina Hiperbárica.

As medidas iniciais devem ser a oxigenação a 100% com máscara selada, que deve ser mantida até a chegada do paciente ao Serviço de Medicina Hiperbárica, hidratação generosa por via oral ou com Ringer c/Lactato endovenoso, dependendo do quadro neurológico do mergulhador vitimado.

Se houver comprometimento do sensorio, deve-se proceder à sondagem vesical com controle da diurese, decúbito lateral esquerdo com proteção da cabeça e das vias aéreas e manutenção do paciente em decúbito neutro, ou seja, a cabeça e os pés no mesmo plano horizontal⁽⁸⁾.

Além disso, temos outro fato grave, mal analisado e potencialmente mais prejudicial às vítimas: o eventual resgate aeromédico. É certo que nos casos de acidente de mergulho o transporte da vítima até uma câmara hiperbárica deve realizar-se no menor tempo possível. No entanto, quando o veículo utilizado for helicóptero ou avião, o voo deve ocorrer

*Médico Anestesiologista do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – UNI-RIO; Pós Graduação Lato Sensu: PUC - Rio de Janeiro, em Medicina do Exercício e Esporte; Formação em Medicina Hiperbárica, pelo CIAMA – Marinha do Brasil e UHMS – Undersea & Hyperbaric Medical Society – EUA; Diretor Técnico da LOX Hiperbárica – Rio de Janeiro; Membro da Câmara Técnica de Medicina do Exercício e do Esporte do CREMERJ; Membro do Grupo de Trabalho de Medicina Hiperbárica do CREMERJ; Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica.

Correspondência: lox.ohb@gmail.com

em altitude inferior a 300 metros, idealmente abaixo de 150 metros⁽⁹⁾, uma vez que, em altitudes superiores a estas, há redução inevitável da pressão atmosférica e da pressão parcial do oxigênio, caso o suporte de oxigênio sob máscara não seja possível, são suficientemente expressivas para provocar hipóxia e expansão de bolhas aéreas intravasculares ou intratissulares, agravando o quadro clínico.

Dentre as alternativas terapêuticas no âmbito da medicina hiperbárica (MH), destacamos a Oxigenoterapia Hiperbárica (O2HB), uma forma de tratamento que consiste basicamente em submeter o paciente à ventilação, espontânea ou não, com oxigênio a 100%, em ambiente estanque e pressurizado, ou seja, em uma câmara hiperbárica.

Esse procedimento é chamado de sessão de câmara hiperbárica e está relacionado na TAB/AMB/1999 (LPM) sob o código principal 25.00.000-4, código de procedimento 25.11.000-4 e código de sessão 25.11.001-2. A sessão é realizada uma vez a cada 24 horas, por um período ininterrupto de 60, 90 ou 120 minutos, de acordo com os protocolos adotados para as doenças ou lesões em tratamento, bem como com as condições clínicas do paciente e sua evolução. São poucas as situações em que estarão indicadas duas ou no máximo três sessões em um período de 24 horas, e ainda assim por poucos dias⁽¹⁰⁾.

A O2HB é indicada, como tratamento principal ou coadjuvante, em diversas doenças agudas ou crônicas, de natureza isquêmica, infecciosa, traumática ou inflamatória, geralmente graves e refratárias aos tratamentos convencionais, que frequentemente implicam em custos elevados e prognósticos reservados.

As indicações cientificamente reconhecidas para a O2HB – constantes da resolução CFM no 1.457/95⁽¹¹⁾ – são: embolias aéreas e embolias traumáticas por ar, doenças descompressivas do mergulho ou do trabalho em ambientes pressurizados, pneumoencefalo, pneumocrânio, envenenamento ou intoxicação por gases ou fumaça, gangrenas gasosas clostridiana como mionecrose fulminante, infecções necrotizantes como celulites, fasciites e miosites, especialmente quando afetam áreas nobres como pescoço, colo, abdome, genitália ou períneo (S. Fournier), pé do diabético com mal perfurante plantar, úlceras crônicas em membros inferiores, por insuficiência vascular, arterial ou venosa, infectadas ou não, úlceras de compressão, como as escaras de decúbito, infecções ósseas refratárias como as osteomielites crônicas, inclusive de esterno, osteorradionecroses e demais lesões de tecidos por radiação, como radiodermites e



Figura 2: Câmara Hiperbárica Monopaciente. Pressurizada com oxigênio 100%, dispensa o uso de máscaras ou hoods.

retites ou cistites actínicas, queimaduras de 2º grau extensas ou em áreas nobres ou de 3º grau, especialmente na fase aguda, quer sejam térmicas, químicas ou elétricas, isquemias traumáticas agudas com esmagamento, síndrome comportamental, pós operatório imediato de amputações, preparo de regiões para enxertias ou na viabilização de enxertos, vasculites agudas de causa alérgica, medicação por toxinas biológicas, como as decorrentes de ataques por aracnídeos, ofídios e alguns tipos de insetos, no tratamento transitório em casos de anemias agudas graves se houver a impossibilidade momentânea de hemotransfusão e nos processos inflamatórios crônicos de alças intestinais, como nas fistulas enterocutâneas da doença de Crohn, nas enterorragias por retocolites e na colite pseudomembranosa.

O que chama atenção nesta lista de entidades clínicas tão distintas entre si é o seu denominador comum: uma tríade formada por isquemia / hipóxia, inflamação e infecção.

Outra informação fundamental: haven-do indicação, quanto mais grave for o estado do paciente, mais urgente e necessário é o tratamento em câmara hiperbárica e este princípio se aplica especialmente aos pacientes comatosos, sépticos, dependentes de drogas vasoativas e aos queimados.

É um grave erro esperar que o paciente melhore para encaminhá-lo à O2HB, pois é justamente o tratamento em câmara na fase aguda que pode determinar o prognóstico e encurtar a fase crítica.

A O2HB não é uma abordagem terapêutica limitada aos pacientes ambulatoriais. Tudo depende da qualificação técnica e experiência profissional da equipe assistente do serviço de Medicina Hiperbárica e da disponibilidade da infraestrutura material necessária: bomba de infusão hiperbárica, ventilador mecânico hiperbárico, monitorização confiável, recursos de suporte básico e avançado de vida no local de tratamento e retaguarda hospitalar de terapia intensiva.

É muito importante ressaltar que não devem ser indicadas para tratamento em

câmara hiperbárica pessoas acometidas de síndromes neurológicas crônicas ou de suas sequelas, ou ainda crianças portadoras do espectro autista, devido à inexistência de evidências e pesquisas científicas nesse campo⁽¹²⁾. Além disso, a divulgação sensacionalista e aética de tratamentos em câmara hiperbárica para “rejuvenescimento”, “ressuscitação”, combate a rugas e “celulites”, “embranquecimento” da pele ou “recuperação” da energia, configura não apenas propaganda enganosa mas também charlatanismo e estelionato.

Também é inadequado rotular como Oxigenoterapia Hiperbárica (O2HB), a exposição, mesmo que pressurizada, de apenas membros ou segmentos do corpo a um ambiente rico em oxigênio, prática enganosa, que não apresenta nenhum efeito terapêutico⁽¹³⁾. A O2HB implica em ventilação de oxigênio pressurizado e não de oxigênio tóxico.

Fundamentos para a oxigenoterapia hiperbárica

Essencialmente, duas leis físicas e alguns processos bioquímicos explicam o mecanismo de ação da O2HB e dos métodos utilizados em MH:

- A lei de Henry – segundo a qual “a quantidade de um gás que se dissolve em um líquido - no caso, o oxigênio no plasma - é tanto maior quanto maior for a pressão exercida por este gás sobre esse líquido⁽¹⁴⁾. Um exemplo prático e comum é o de uma bebida gaseificada, na qual o gás está dissolvido por efeito direto da pressão com que é injetado no líquido contido em uma garrafa.

- A lei de Boyle-Mariotti – segundo a qual “o espaço ocupado por um certo volume de gás será cada vez menor quanto maior for a pressão ambiente”, ou seja, em um ambiente pressurizado o gás sofre contração, se expandindo se a pressão ambiente diminuir⁽¹⁴⁾.

Por isso, sabemos que, quando ventilado sob pressões ambientes elevadas - 2,5 vezes acima da pressão atmosférica, por exemplo - o oxigênio não apenas satura completamente a hemoglobina, mas também se dissolve no plasma em níveis acima de 6 vol.%, que correspondem à capacidade basal de extração e consumo de O2 pelo cérebro e miocárdio. Quando em ventilado na pressão atmosférica normal, o volume de O2 dissolvido no plasma é de 0,3 vol.%. Em condições hiperbáricas, a pressão parcial do oxigênio no plasma, pode atingir até 2.400mmHg, muito acima da pressão parcial fisiológica de 90mmHg a 100 mmHg.

A ventilação de oxigênio hiperbárico resulta em vários efeitos bioquímicos e biofísicos, diretos e indiretos: oxigenação satisfatória

– via plasma – de tecidos mal oxigenados ou mal perfundidos, vasoconstrição sistêmica e sustentada com consequente reabsorção de edemas, contração - lei de Boyle-Mariotti - e dissolução -Lei de Henry - de bolhas aéreas que assim serão eliminadas através da barreira alvéolo-capilar da mesma forma que o CO₂ e interferência direta na fisiologia celular, especialmente dos leucócitos, fibroblastos, células endoteliais e osteoblastos; um grupo de células que para exercerem suas funções metabólicas, necessitam de pressão parcial mínima de O₂ intracelular de 30mmHg.⁽¹⁶⁾

Reverter a hipóxia aguda ou crônica e atingir níveis elevados de saturação de oxigênio resulta em uma série de efeitos potencializadores da opsonização e da fagocitose, da diferenciação celular e da produção de colágeno, promovendo neovascularização e acelerando a granulação, a reepitelização e portanto, a cicatrização ^(17,18).

O oxigênio hiperbárico atua também de forma sinérgica com os antibióticos, porque modifica o ambiente bioquímico, tornando-o desfavorável à proliferação bacteriana, limitando e interferindo na produção e atividade de suas toxinas, além de ser diretamente bactericida para os germes anaeróbios⁽¹⁸⁾.

Estas reações no organismo devem ser provocadas, estimuladas e sustentadas, definindo e estabelecendo um platô do tipo estímulo-resposta. Por isso, uma vez iniciado o tratamento hiperbárico, é injustificável a sua interrupção prolongada em função de feriados, por exemplo. Esta conduta revela baixo nível técnico, descompromisso para com o paciente e seu médico assistente que solicitou o tratamento, configurando também má-prática e eventualmente omissão de socorro.

Enfim, todos aqueles efeitos da O₂HB resultam em redução da morbidade, da letalidade, do tempo de internação, do número de intervenções cirúrgicas ou invasivas e do consumo de antibióticos e de outros medicamentos, reduzindo consequentemente o custo humano e os custos financeiros empregados para a condução e resolução dos casos.⁽¹⁹⁾

Infelizmente, muitos médicos, hospitais e seguros ou planos de saúde ainda não atentaram para a importância desta forma de tratamento, tanto sob o aspecto humano, em termos de melhor qualidade e melhores resultados no atendimento, quanto sob o aspecto financeiro, com redução dos custos.

É preciso ressaltar que como qualquer procedimento médico a O₂HB também apresenta complicações, efeitos colaterais e limitações que podem levar a resultados ruins ou insatisfatórios. Além disso, uma câmara

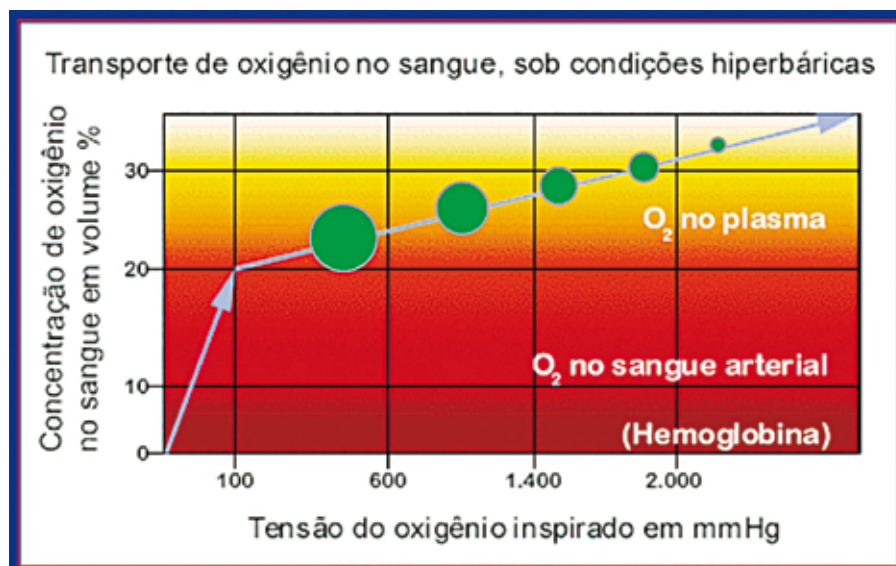


Figura 3: visualização das leis físicas que atuam sobre o paciente na câmara hiperbárica => lei de henry e lei de boyle-mariotti

hiperbárica é um equipamento complexo, muito sensível a uma série de aspectos tais como rigorosos níveis de segurança, operação correta, controle do ambiente interno e externo, assepsia e antisepsia, manipulação de drogas, tanto antes quanto durante a sessão, de equipamentos médicos acessórios e dos próprios pacientes, especialmente aqueles em estado grave ou crítico.

Portanto, é fundamental que os médicos que se dedicam a essa modalidade de tratamento tenham formação sólida, treinamento adequado e a consciência de que devem informar e esclarecer aos colegas que lhes confiam seus pacientes e às pessoas em geral que procuram seus serviços, de forma clara e franca, nunca cedendo a pedidos ou pressões para realizar tratamentos não comprovados ou não reconhecidos pela comunidade científica.

A oxigenoterapia hiperbárica é um avanço significativo da medicina moderna e deve ser indicada e aplicada com a mesma diretriz de qualquer outra abordagem terapêutica, ou seja, tendo em mente que o conhecimento médico não pertence aos médicos, mas sim a aqueles que dele necessitam.

Referências Bibliográficas

- 1 - Henshaw, In: (Simpson, A): *Compressed Air as a Therapeutic Agent in the Treatment of Consumption, Asthma, Chronic Bronchitis and Other Diseases*. Sutherland and Knox, Edinburgh, 1857
- 2 - Bert, P: *La Pression Barometrique* 1879; 579. (Barometric Pressure. Traduzido por MS e FA Hitchcock). Republicado pela Undersea Medical Society, Bethesda, 1978.
- 3 - Bove AA, Davis JC: *A Short History of Diving and Diving Medicine In Diving Medicine*. 3rd ed. W.B. Saunders Co; 1997, 15-25.
- 4 - Lorrain-Smith, J. *The pathological effects due to increase of oxygen tension in the air breathed*. J. of Physiology. 1899; 24:19-35

- 5 - Almeida A O, Costa H M. *Treatment of Leprosy by oxygen under high pressure associated with methylene blue*. Revista Brasileira de Leprologia, 1938; 6:237-265
- 6 - Churchill-Davidson, I, C. Sanger, R H Thomlinson. *High-Pressure oxygen and radiotherapy*. Lancet. 1955; 1:1091-1095.
- 7 - Boerema I, Meyne N G, Brummelkamp W K, Bouma S, Mensh M H Kamermans F, Stern hanf, Alderen: *Life without Blood*. J. Cardiovasc. Surg. 1955; 13: 133-146.
- 8 - United States Navy Diving Manual. Best Publishing Company. 1995, 137-269.
- 9 - Cox R A F: *Transport of a Patient with Decompression Sickness In Offshore Medicine*. 1st ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1982, p 113-114
- 10 - Hampson N B: *Approved Indications for Hyperbaric Oxygen Therapy*. Undersea & Hyperbaric Medical Society. Hyperbaric Oxygen Therapy Committee Report. Pressure. 1998; 27-1:8.
- 11 - Mesquita W P, Pedrosa Neto A H: *Resolução no 1.457 de 15 de setembro de 1995*. Conselho Federal de Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1995, Seção I, pt. 1, p 16.585.
- 12 - Camporesi E M: *Approved Indications for Hyperbaric Oxygen Therapy*. Undersea & Hyperbaric Medical Society. Hyperbaric Oxygen Therapy Committee Report. Pressure. 1997; 26-6:8-9.
- 13 - Foreman C: *The FDA and HBO*. Hyperbaric Medicine Advanced Symposium. School of Medicine. University of South Caroline. April, 2-4, 1998.
- 14 - Bove AA, Davis JC: *Diving Physics In Diving Medicine*. 3rd ed. W.B.Saunders Co., 1997, 15-25.
- 15 - Davis JC, Hunt TK: *Introduction To The Physical and Physiological Basis of Hyperbaric Therapy in Hyperbaric Oxygen Therapy*. 1st ed. Undersea Medical Society, Inc., 1977, 11-24.
- 16 - Stoll LL: *Cell Response to HBO*. Hyperbaric Medicine Advanced Symposium. School of Medicine. University of South Caroline. April, 2-4, 1998.
- 17 - Kindwall E P: *The Physiologic Effects of Hyperbaric Oxygen*. In *Hyperbaric Medicine Practice*. 1st ed. Best Publishing Company, 1994, 17-32.
- 18 - Jain K K: *Hyperbaric Oxygen Therapy in Infections*. In *Textbook of Hyperbaric Medicine*. 2nd Revised Edition. Hogrefe & Huber Publishers, 1996, 178-199.
- 19 - Ciani P, Hunt T K: *Long-Term results of aggressive management of diabetic foot ulcers suggest significant cost effectiveness*. Wound Repair and Regeneration. The Wound Healing Society. Vol. 5 nr 2, april-june 1997, 141-146.

Os testes pós-vacinais na Covid-19



Dr. Pedro Serrão Morales*

A Covid-19 é uma doença multifacetada, desafiadora sob aspectos clínicos, terapêuticos e diagnósticos. Com pouco mais de seis meses do início da vacinação em massa no mundo, o interesse por exames laboratoriais que pudessem expressar, de alguma forma, o status imunológico das pessoas que receberam um imunizante contra a Covid-19, vem crescendo aceleradamente.

Para facilitar a compreensão sobre as particularidades desses testes, algumas características da resposta imunológica e da estrutura do SARS-CoV-2 são importantes e merecem destaque. Resumidamente, podemos dividir o sistema imunológico em dois segmentos: a imunidade inata (resposta natural inespecífica, sendo considerada a primeira linha de defesa) e adaptativa (também chamada de adquirida). Essa última, por sua vez, pode ser subdividida em dois tipos, complementares entre si: a imunidade celular (linfócitos T) e humoral (linfócitos B - anticorpos).

Já em relação ao SARS-CoV-2, assim como todo vírus, não é formado por células, nem tampouco possui metabolismo próprio, sendo considerado, portanto, um parasita intracelular obrigatório. Ou seja, ele necessita

do aparato da célula hospedeira para poder se replicar, dando seguimento ao seu ciclo natural. O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus que pertence à família Coronaviridae, composto por material genético RNA, que apresenta algumas glicoproteínas (antígenos), como a spike (S), nucleocapsídeo (N), membrana (M), envelope (E).

A glicoproteína S, também conhecida como proteína da espícula viral, é uma das glicoproteínas mais importantes e estudadas, já que ela é a responsável pela ligação do vírus com o receptor celular (no caso o receptor da enzima conversora da angiotensina 2 – ECA2) e à fusão das membranas. A porção mais externa da glicoproteína S é a região exata onde ocorre essa interação junto ao receptor ECA2, local conhecido como domínio de ligação ao receptor (RBD, do inglês receptor-binding domain). Essa ligação permite, em última análise, a entrada do vírus na célula hospedeira e a sua posterior replicação.

Tipos de testes pós-vacinais

Durante o desenvolvimento e estudos das vacinas contra a Covid-19 atualmente disponíveis foram utilizados, como principal for-

ma laboratorial de avaliar sua eficácia, ensaios clássicos de neutralização viral, sendo o teste de neutralização por placas (PRNT) seu principal representante. Esse tipo de metodologia é capaz de avaliar, com alta acurácia, a titulação de anticorpos no soro capazes de bloquear a ligação do vírus à célula, os chamados anticorpos neutralizantes. Infelizmente, devido a sua alta complexidade, as questões de biossegurança (esse tipo de exame utiliza cultura de células e de vírus vivos potencialmente infectantes) e de custos, esse tipo de teste é reservado apenas para fins de pesquisa.

A fim de tentar mimetizar esse tipo de ensaio, a indústria diagnóstica conseguiu desenvolver, em um curtíssimo intervalo de tempo, alguns testes sorológicos com base em plataformas analíticas amplamente disponíveis, com alta capacidade de processamento de amostras. Esses testes foram validados e harmonizados com os ensaios de neutralização viral de referência, possuindo, portanto, uma ótima correlação entre os seus resultados.

Hoje em dia já existem diversos testes pós-vacinais comerciais aprovados, que são capazes de avaliar a resposta humoral (produção de anticorpos) induzida naturalmen-

*Membro titular da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML); Médico Patologista Clínico do Laboratório Morales; Médico Patologista Clínico do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF); Médico do corpo clínico do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP).

te (contato direto com o SARS-CoV-2), ou através da vacinação. Eles podem ser representados, principalmente, por três tipos: anticorpos IgG anti-S, anticorpos IgG anti-RBD e os anticorpos totais neutralizantes (nAb). Embora cada um desses testes possua suas peculiaridades, todos eles, de alguma forma, buscam um mesmo dado: avaliar a presença/quantidade de anticorpos que tenham a capacidade de bloquear a interação do SARS-CoV-2 com a célula hospedeira.

Há ainda um outro teste sorológico que detecta anticorpos contra a proteína N (nucleocapsídeo), e que devemos citar, já que a utilização dele pode, a depender do tipo de vacina aplicada, dificultar ainda mais a interpretação dos resultados. Após infecções naturais, de um modo geral, há a produção de anticorpos, em maior ou menor grau, contra as diversas proteínas virais. Em contrapartida, a indução de anticorpos desencadeados pelas vacinas pode ser específica para apenas um alvo (antígeno), a depender de sua tecnologia/modelo de produção.

Por exemplo, as vacinas Oxford/Astrazeneca, Janssen/Johnson & Johnson (ambas de vetor viral não replicante) e Pfizer/BioNTech (mRNA), induzem a produção de anticorpos apenas contra a proteína S, fazendo com que os ensaios direcionados para a detecção de anticorpos contra a proteína N não identifiquem uma possível soroconversão induzida por essas vacinas, podendo gerar resultados falso-negativos.

Já a Coronavac/Sinovac, por incluir o vírus "inteiro" inativado, é capaz de levar a produção de anticorpos contra as diversas proteínas virais do SARS-CoV-2, o que, em tese, seriam detectados por qualquer modelo de teste. Entretanto, devido ao seu mecanismo de produção, a Coronavac/Sinovac tende a induzir uma produção de anticorpos IgG (anti-S/anti-RBD/anticorpos neutralizantes) inferior aos outros modelos de vacinas.

E a imunidade celular?

Como dito anteriormente, a imunidade adaptativa possui um outro ramo, que é a imunidade celular. Já existem ensaios em processo de aprovação nos órgãos sanitários que, por meio da quantificação do interferon gama sintetizado por linfócitos T sensibilizados, podem ajudar a avaliar esse outro importante subtipo de resposta imunológica.

Esse tipo de exame, cujo princípio guarda semelhança ao teste de IGRA (do inglês interferon gamma release assay), utilizado para o diagnóstico da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, já deve estar disponível comercialmente nos próximos meses. Entretanto, até o momento, a ciência não tem o

conhecimento sobre qual é a real efetividade e importância da resposta celular na Covid-19.

O que já sabemos, e o que (ainda) não temos respostas

A presença de anticorpos circulantes, seja após a vacinação ou infecção natural, aponta que houve uma resposta imune humoral detectável, sendo uma ferramenta auxiliar para se compreender a dinâmica da produção de anticorpos e a imunogenicidade vacinal. Em contrapartida, um teste sorológico negativo pode indicar que houve uma falha de uma parte da resposta imunológica. Todavia, o significado prático da presença ou ausência de anticorpos em testes sorológicos, seja em pessoas vacinadas ou anteriormente expostas à infecção, ainda está sendo pesquisado e a sua compreensão ainda não está bem estabelecida.

Os testes sorológicos podem ser utilizados como um marcador de contato prévio da doença, devendo, para tanto, serem realizados após cerca de 14 dias do início dos sintomas, quando os anticorpos começam a ser detectados no soro com maior sensibilidade e especificidade. Dessa maneira, eles não são recomendados para o diagnóstico de pacientes na fase aguda da Covid-19. Na fase inicial da doença, o teste padrão-ouro para o diagnóstico é o RT-PCR, sendo o teste rápido de antígeno uma alternativa ao ensaio molecular.

Existem hoje no mercado diversos kits sorológicos autorizados, direcionados para variados epítomos do SARS-CoV-2, cada qual com seu desempenho analítico, metodologia, intervalos de referência e unidades de medida. Devido a uma falta de padronização entre os fabricantes, os resultados obtidos em kits diagnósticos diferentes não podem ser comparados entre si, dificultando ainda mais a sua interpretação.

As diversas vacinas disponíveis induzem a uma produção de anticorpos variada, contra alvos/proteínas virais diferentes. A grande dúvida é se a presença de anticorpos neutralizantes no soro é capaz de proteger contra novas infecções, qual é a concentração necessária para essa eventual imunidade e por quanto tempo ela dura. Outro questionamento é se a dosagem de anticorpos pós-vacinais pode ser utilizada para se avaliar a necessidade de uma dose de reforço ou até mesmo de um modelo de vacina diferente, o que ainda não está claro.

Mensagem final

Na Covid-19, assim como em toda doença, a utilização de testes laboratoriais, quando bem indicados e interpretados, à luz de suas limitações, vantagens e desvantagens,

é capaz de auxiliar o raciocínio clínico-diagnóstico, contribuindo para o controle da pandemia.

Estamos ainda na curva de aprendizado da Covid-19, sendo o processo de conhecimento sobre essa doença muito dinâmico. Entretanto, à medida que as pesquisas e estudos clínicos avançam, vamos consolidando e aprimorando nossa compreensão sobre esses testes laboratoriais e o seu papel no contexto da pandemia. A resposta imunológica pós-vacinal é ampla, complexa e varia em decorrência de múltiplos fatores. Um teste sorológico, realizado após 14-21 dias de um esquema vacinal completo, pode indicar se houve (ou não) uma resposta humoral. Todavia, qual a conduta a ser tomada com essa informação, ainda é alvo de pesquisas.

Apesar de os estudos preliminares apontarem indícios, ainda não existe um correlato laboratorial de proteção bem definido em relação à Covid-19. Portanto, indivíduos que testaram positivo em um teste sorológico não podem se considerar imunes/protegidos contra uma eventual reinfecção, nem tampouco abdicarem das medidas protetivas indicadas pelas autoridades sanitárias.

Referências Bibliográficas:

- Abbasi J. The promise and peril of antibody testing for COVID-19. *JAMA*. 2020; doi:10.1001/jama.2020.6170.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Interim Guidelines for COVID-19 Antibody Testing [Internet]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html>. (Acesso em 13/08/2021).
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Overview of Testing for SARS-CoV-2 (COVID-19). Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html>. (Acesso em 13/08/2021).
- cPass™ SARS-CoV-2 Neutralization Antibody Detection Kit. GenScript USA Inc. Versão 4.0, Atualização 04/11/2020. Bula de fabricante.
- Bargieri DY, Boscardin, SB. Sobre anticorpos neutralizantes e a CoronaVac. *Jornal da USP*. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=394984>. (Acesso em 13/08/2021).
- FDA (Food and Drug Administration). Antibody Testing Is Not Currently Recommended to Assess Immunity After COVID-19 Vaccination: FDA Safety Communication [Internet]. Disponível em: <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/antibody-testing-not-currently-recommended-assess-immunity-after-covid-19-vaccination-fda-safety>. (Acesso em 13/08/2021).
- Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Diagnosis of COVID-19: Serologic Testing. Infectious Diseases Society of America. Disponível em: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-serology>. (Acesso em 13/08/2021).
- Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML). Revista Informativa da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, 111a ed; 2021.
- Xie X, et al. Neutralization of SARS-CoV-2 spike 69/70 deletion, E484K and N501Y variants by BNT162b2 vaccine-elicited sera. *Nat Med*. 2021. doi: 1038/s41591-021-01270-4.



Emergências Médicas



NOSSOS SERVIÇOS

EVENTOS - COBERTURA MÉDICA

Eventos de pequeno, médio e grande porte, com toda a estrutura necessária de Ambulâncias e Postos Médicos.

TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR

Central de atendimento 24 horas, 7 dias por semana, inclusive feriados, para remoção de pacientes em todo o estado do Rio de Janeiro, para consultas, exames, alta hospitalar e demais.

LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIAS

Contando com uma frota com mais de 100 veículos, conseguimos atender os pedidos de locação, com mão de obra especializada composta por médicos, enfermeiros e condutores socorristas.

ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento Pré Hospitalar para as situações de emergência em residência de modo rápido e eficiente, sendo encaminhado o paciente para o hospital de Credenciamento de seu plano de saúde.

CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HS

0800 006 6668



www.lefeambulancias.com.br

*Há 12 anos cuidando dos nossos pacientes com segurança e tranquilidade.
A sua saúde é o nosso compromisso!*

A dança criativa como intervenção da saúde no imaginário social diante do envelhecimento



Prof^a. Patricia Rakel da S. Santos¹
Prof. Fernando Martins Cutrim²
Dr. Ruy Justo C. Cutrim Jr.³

Resumo

A dança é uma atividade bastante antiga, ao longo dos anos foi ganhando mais adeptos, entre estes muitos idosos. Muitas vezes é procurada como uma atividade física, visando a melhoria da qualidade de vida, surgindo como válvula de escape, principalmente na população idosa, que nessa fase passa por transformações biopsicossociais. Este estudo tem como objetivo compreender os sentidos e as imagens simbólicas e criativas da dança de indivíduos da terceira idade. Tomando por referencial a perspectiva teórica constituinte da arquetipologia geral de Gilbert Durand, foi aplicado a quatro idosas de um grupo de 15 idosos, o teste de AT-9 de Yves Durand, que entende a concepção antropológica como ordem estrutural do imaginário. A análise revelou a presença de desestrutura no imaginário de uma das quatro idosas analisadas, enquanto as outras três apresentaram universos míticos estruturados,

sendo assim na ordem do universo sintético, místico e heróico. Com a aplicação do teste de AT-9 foram encontrados sentidos da “cosmogonia” como ressignificados da vida desses idosos. Enquanto o outro mito revelado nos demonstra uma contrapartida e um sentido oposto, que é o mito “escatológico” que tem como grande mistério a morte, associada ao temor da “queda” que está intimamente ligada a um regime complexo relacionado à angústia diante do tempo “morte” e da ansiedade da ciclicidade do tempo.

Palavras-Chave

Dança; idosos; imaginário social; Teste AT-9.

Abstract

Dance is a very old activity over the years only has been gaining more followers being mostly elderly, for many times it is sought as a physical activity aimed at

improving the quality of life arising as an escape valve for this population that at this stage passes through biopsychosocial transformations. The study aims to understand the senses and the symbolic and creative images of the dance of the elderly. Taking as reference the theoretical perspective constituent of the general archetype of Gilbert Durand, so it was applied to four elders of a group of 15 elderly people, the test of AT-9 by Yves Durand, who understands the anthropological conception as a structural order of the imaginary. The analysis revealed the presence of structure in the imaginary of one of the four elders while the other three analyzed presented mythical universes structured and thus in the order of the synthetic, mystical and heroic universe. With the application of the AT-9 test, “cosmogony” senses were found as re-meaning of the lives of these elderly people. While the other revealed myth shows us

¹Bacharel em Educação Física – Universidade CEUMA; Pós graduanda em saúde do idoso e Gerontologia Coordenadora do Instituto de Dança, Studium Patricia Santos em São Luís, Maranhão.

²Mestre em Educação Física e Cultura /UGF-RJ.; Psicopedagogia Educacional e Clínica - Sedes Sapientiea - São Paulo-SP; Coordenador do Projeto Linguagem e Análise Corporal em São Luís, Maranhão.

³Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental/UFRJ; Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói, Rio de Janeiro.

a counterpart and an opposite sense, it is the "eschatological" myth that has as its great mystery death, associated with the fear of the "fall" that is closely linked to a complex regime related to anguish in the face of time "Death" and the anxiety of the cyclicity of time.

Keywords

Dance; seniors; social imaginary; AT-9 Test.

Introdução

A dança é uma atividade bastante antiga e uma das formas de expressão mais utilizadas pelo ser humano. Acredita-se que surgiu no período paleolítico há cerca de 10.000 a.C e era usada em rituais como forma de expressão e de aproximação aos deuses. A arqueologia não deixa de indicar a existência da dança como parte integrante de cerimônias, parecendo correto afirmar que a dança nasceu junto com a religião.¹

Tanto no mundo antigo quanto no moderno, tem ocupado espaço de destaque alcançando cada vez mais adeptos, seja por lazer, profissionalmente ou pela adesão de uma atividade física, visando a melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, o fato de idosos buscarem a dança para este fim explica o crescimento pela procura. É considerada uma atividade física completa. Como define Garaudy, na dança o homem une coração, corpo e espírito. Esse autor também deixa claro que a dança não age apenas como forma de expressão, mas influencia no modo de viver, e dessa forma é uma das atividades mais indicadas para manutenção e melhoria da qualidade de vida na atualidade.²

O processo de envelhecimento é natural e irreversível, porém pode ser acelerado ou desacelerado, por fatores ambientais e comportamentais, exercendo grande influência sobre ele as doenças e a inatividade.³ Nessa fase, o idoso passa por diversas transformações biopsicossociais, sendo algumas delas o declínio da capacidade física, do funcionamento dos sistemas, como também perda de memória, baixa auto-estima e a recusa pelo envelhecimento.

Muitos idosos passam por uma das fases mais difíceis do envelhecer que seria a aposentadoria, gerando assim tempo livre, quando muitas vezes sentem-se isolados da sociedade como um todo.⁴ Os idosos têm problemas ao deparar-se com o uso

do tempo livre na velhice. Isto é, a aposentadoria transforma tempo de trabalho em tempo livre e muitos deles não estão preparados para vivenciar essa mudança. E assim na dança o idoso encontra uma forma de preencher esse tempo e sente-se mais útil praticando tal atividade.

Vários autores, como Fonseca e colaboradores⁵, reafirmam o quanto a dança é importante, pois na expressão corporal expressam-se sentimentos, além de interagir com os outros. Esses fatores, combinados com o resgate das emoções despertadas pela dança e a prática, proporcionam alterações positivas na relação mente-corpo, modificando a percepção corporal, tanto no seu aspecto proprioceptivo (esquema corporal), como emocional (imagem corporal), atribuindo assim significados e símbolos decorrentes do seu imaginário.⁵

Partindo da explicação de que o imaginário postula-se sempre na abrangência do olhar próprio do indivíduo, ou seja, "modos de olhar e ver", não pautando sua natureza do homem, mas, também, na sua cultura e na sua história, o estudo do imaginário não se limita a explorar o "mito" profundamente, mas tenta compreender a ação humana na sua história, cultura e política.⁶

Dessa forma a dança se dá a partir de gestos arquetípicos, pois se conecta com a vida como portadora de toda ação do imaginário. Assim, a dança sempre imita um gesto arquetípico ou comemora um ápice mítico.⁷ A dança comporta-se como comunicação gestual e simbólica do corpo, permitindo definir o homem como um ser rítmico.⁸

O presente estudo tem a finalidade de compreender os sentidos e as imagens simbólicas e criativas da dança de indivíduos da terceira idade, tomando por referencial a perspectiva teórica constituinte da arquetipologia geral de Gilbert Durand. Contudo, contribuindo para a conceituação de envelhecimento criativo.

Materiais e Métodos

Esse estudo caracterizou-se de forma exploratória e descritiva, com pesquisa de campo e seus dados com análise qualitativa, usando o método do teste AT-9 que é composto de uma parte desenhada, de uma parte escrita, um quadro síntese e de um pequeno questionário. O desenho e o discurso produzem estímulos por meio das nove palavras-chave (estímulos arquetípi-

cos). Que são: Queda – Espada – Refúgio – Monstro Devorador – Algo Cíclico – Personagem – Água – Animal e Fogo. A análise de dados foi feita a partir do teste arquetípico de nove elementos que refere-se a um teste (AT-9) criado por Yves Durand sobre a Teoria do Imaginário de Gilbert Durand (2012).⁹⁻¹⁰ Com este teste, Yves Durand constrói um instrumento que revela a criatividade imaginária do indivíduo objetivando projetar e identificar os organizadores da simbolização do grupo investigado.⁹

Foram aplicados testes AT-9 a quatro idosas de um grupo de 15 idosos acima de 60 anos de idade, que participavam três vezes por semana da prática de dança, e não portavam patologias que as impedissem à prática e que participassem do projeto.

Resultados e Discussão

As análises foram realizadas com a revelação dos dados míticos simbólicos de um grupo de quatro idosas, primeiramente, de um total de 15 idosos que participam de um programa de atividades realizadas em uma universidade do município de São Luís do Maranhão.

A delimitação da amostra foi feita com quinze idosas. Apresentaremos a análise do protocolo do Teste do AT-9 de quatro idosas. As participantes da pesquisa serão mantidas em sigilo total com apresentação como informante 01, informante 02, informante 03 e informante 04. Todas receberam as instruções sobre o protocolo, sendo pedido que imaginassem uma história e a desenhassem considerando os elementos do teste: uma queda, uma espada, um refúgio, um monstro devorante, alguma coisa cíclica (que gira, que produz, ou progride), um personagem, água, um animal (pássaro, peixe, réptil ou mamífero), fogo.

Em seguida apresentamos os desenhos, histórias e relatos obtidos e a interpretação dos dados apresentados:

Informante 01: sexo feminino, casada, 60 anos de idade, católica, ensino superior incompleto, com permanência de um ano no projeto de dança.

"Pensando em como escrever estas cenas ou uma história imaginei uma cachoeira com uma linda⁽⁰¹⁾ queda d'água para me refrescar, e vi que lá alguém esqueceu uma⁽⁰²⁾ espada. É um lugar bonito onde tem espaços para⁽⁰³⁾ refúgio mas é necessário que tenhamos cuidado. Perto da cachoeira pode ter⁽⁰⁴⁾ monstro devorador⁽⁰⁵⁾. A vida é boa, a vida

é bela, a vida não para, gira, se reproduz, se faz e refaz a todo momento, é longa,⁽⁰⁶⁾. Eis que surgem beija-flor, borboleta e polinizam as flores que surgiram próximo a um lago de⁽⁰⁷⁾ água azul onde tem muitos⁽⁰⁸⁾ peixes, próximo se avista uma casa que se quiser pode ou não atear⁽⁰⁹⁾ fogo para nos aquecer”.

Na aplicação do Teste AT-9, foi registrado que a ideia central foi “a vida” e que apenas lembrou que “a vida é boa é bela, mas, também, tem coisas difíceis que precisamos aprender a conviver.” Entre os nove elementos, sua composição indicou como essenciais “a água e o fogo” e diz que não teria vontade de eliminar nada do seu desenho, pois “tudo faz parte da história da vida”. E registra que a história acaba com ela “me aquecendo na lareira.” Reporta ainda que se tivesse que participar da cena seria a água e que faria “rios, lagos, açudes, riachos, cachoeiras para irrigar a vida.”

Interpretação dos dados

apresentados pela informante 01:

O teste AT-9 revelara a estrutura mística do Regime Noturno da imagem representada pelo símbolo da “intimidade”, “A VIDA não é mais que a separação das entranhas da terra, a morte reduz-se a um retorno à CASA [...], da necessidade de voltar à sua própria CASA”¹¹. O PEIXE é aqui o símbolo do Regime Noturno da Imagem, representa o engolidor primordial pela água que o rodeia e a sobre determinação do engolimento pode desligar para uma ritmização CÍCLICA do ENGOLIMENTO e remeter-nos para os ARQUÉTIPOS CÍCLICOS propriamente ditos¹¹.

O teste AT-9 revela estrutura sintética sincrônica do imaginário do informante 01, pois apresenta imagens simbólicas, ao mesmo tempo sintético representada pelo peixe, simbolizando arquétipos de ciclicidade e transitando pelo regime mítico, Regime Noturno da Imagem, que diz respeito ao símbolo da “intimidade” usando assim, a simbologia do refúgio e do repouso. Nesse teste podemos observar que esse sujeito apresenta estruturação em seu universo mítico, pois retrata suas ideias com clareza diante de sua realidade e imaginário, podendo assim dizer que trata seu medo da finitude como um retorno ao lar, não sendo mais uma destruição definitiva do ser, mas um retorno ao berço, local de calma e felicidade.

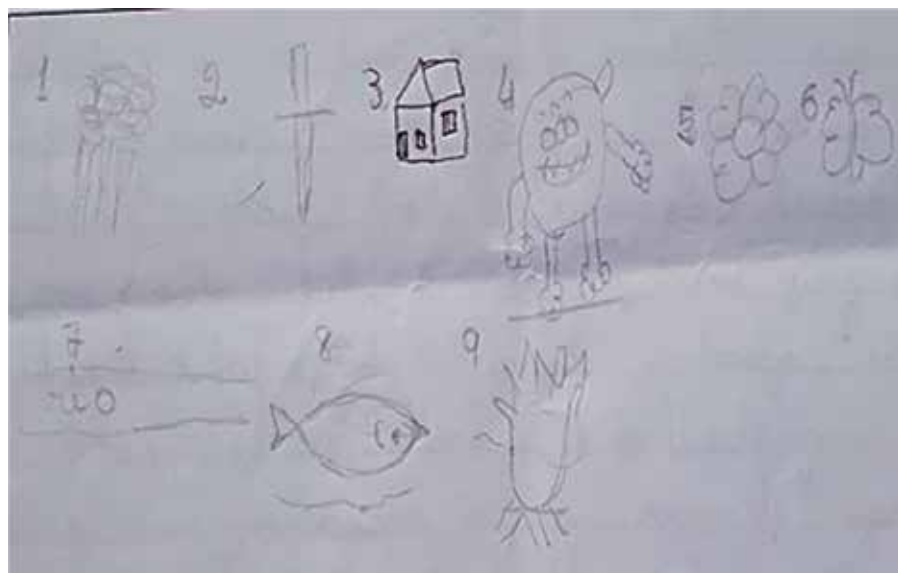


Fig. 1: Desenho do Teste AT-9 feito pela informante 01

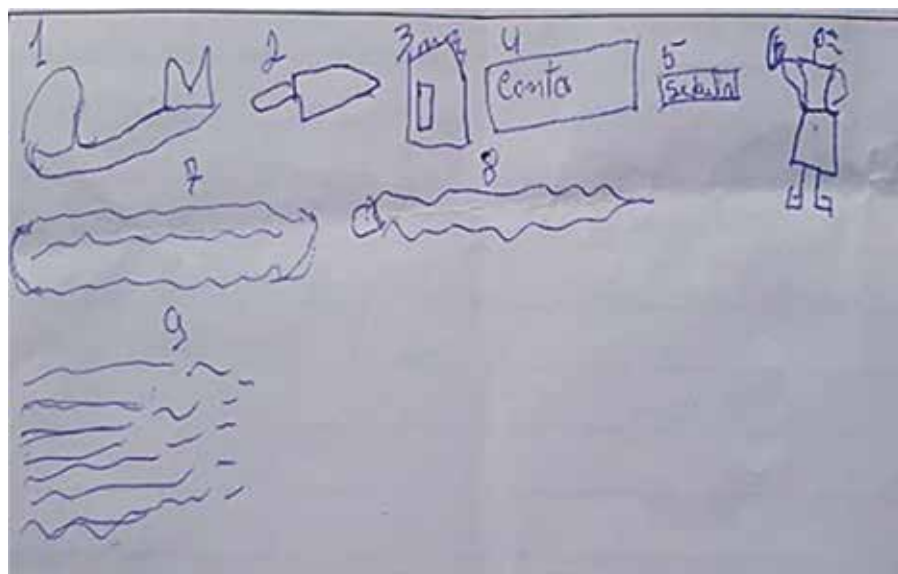


Fig.2: Desenho do Teste AT-9 feito pela Informante 02



Fig. 03: Desenho do Teste AT-9 feito pelo informante 03

Diante dos dados apresentados nesse teste do informante 01, percebe-se uma forte presença da imagem sintética. A presença de elementos que ela consi-

dera mais importantes como a vida e o peixe, deixa claro, assim, elementos cíclicos onde o envelhecer não se trata apenas do passar do tempo de um ciclo que



Fig. 4: Desenho do Teste AT-9 feito pela informante 04..

tem começo meio e fim, mas algo que se regenera, já que são fases. Comprova a estruturação nas suas ideias que o envelhecer não desrespeita a acumulação de perdas ou abandono de perspectiva, mas sim um momento oportuno para a adesão de hábitos que prolonguem a execução de atividades.

Informante 02: sexo feminino, 65 anos de idade, viúva, evangélica, ensino médio completo e participa do programa de atividade na universidade há três anos.

"Uma vez estava na barreira e levei uma verdadeira topada. Quando eu era uma criança gostava de brincar de espada, gostava de fazer cozinha, de cantar. Gostava de brincar com folha dizendo que era dinheiro. Eu não tive boneca quando criança, mas era uma boa distração. Eu gostava muito de banhar no rio. Quando eu era criança uma cobra me botou para correr. Sempre tive medo de fogo."

Na aplicação do Teste AT-9, foi registrado que a ideia central de sua história imaginária foi o "medo" e que lembrou-se de uma comédia no interior para compor sua história. Entre os nove elementos demonstram a maior importância na "casa", no "dinheiro". E diz que se pudesse eliminar algo de sua história seria o "fogo, corta porque eu nunca gostei." E deixa claro que sua cena terminaria com uma transformação. Informa ainda que se pudesse participar da cena que compôs "queria ser a boneca, transmitiria alegria para as pessoas."

Interpretação dos dados apresentados pela informante 02:

A aplicação do teste AT-9 revelou es-

trutura sintética e mística do Regime Noturno da Imagem, "na folhagem das árvores, a nossa infância e um passado ainda mais recuado põem-se a dançar numa alegre roda... As cores misturam as suas cintilações". Enfim, "o poeta atinge uma estase que não deixa de ter algum parentesco com a intuição mística..."¹¹ Outro símbolo revelado foi o "fogo" e "medo" que transitam pelo movimento cíclico. O fogo e o medo são rituais sazonais, pois são eufemizações de ritos sacrificais, ritos de passagens, sendo o fogo o elemento sacrificial por excelência, aquele que confere ao sacrificado a destruição total, permitindo a regeneração, fase ascendente do ciclo.¹¹

Diante dos dados apresentados nesse teste da informante 02, percebe-se uma forte presença da imagem sintética e mística. Havendo a presença de elementos que ela considera mais importantes como a casa, deixando claro o símbolo ligado a "intimidade", onde representa algo de refúgio e esconderijo, alguma coisa íntima, ao mesmo tempo relata o medo e o fogo, símbolos que revelam o medo do tempo da finitude.

Essa informante apresenta no seu micro-universo sintético com tendência ao mítico uma desestruturação na sua composição, pois mostra uma confusão de ideias que misturam-se fatos da infância com os dias atuais e suas ideias são fragmentadas, mas ao mesmo tempo deixa claro que na sua cena terminaria com uma "transformação", ou seja, desse modo a finitude seria uma ressignificação, uma forma de domi-

nação do tempo.

Informante 03: Sexo feminino casada com 64 anos de idade, ensino médio completo, evangélica com permanência de três anos no projeto de dança.

"Um homem decide fazer um retiro para encontrar-se consigo mesmo. Procurou um lugar aprazível e distante onde possa ouvir somente a natureza com seus suaves ruídos e seus encantos. Depois de uma boa caminhada, encontrou um local como desejava. Uma linda queda d'água, próximo de uma gruta, onde logo se refugiou e providenciou uma grande fogueira para aquecê-lo durante a noite. Durante a noite, acabou tendo medo e ao dormir, sonhou que um monstro devorador estava por perto e que ao longe se formava uma tempestade com ciclone que aumentava e se aproximava. Ele rapidamente pegou sua espada para abater o monstro e então acordou e viu que estava num lindo lugar, com um lago e um cisne nadando suavemente."

Na aplicação do Teste AT-9, foi registrado que a ideia central de sua história foi "a paz está dentro de nós e não nos lugares que frequentamos, não tive outra ideia" e que pensou na paz que desejamos. Entre os nove elementos, ela elencou como os mais importantes "o homem e a natureza". E informa que se tivesse que eliminar algo, eliminaria "o monstro". Registra que a história acaba com "o homem aprendendo a valorizar sua vida". Responde ainda que se tivesse que participar da cena composta que faria "o personagem procurando harmonizar o meu eu".

Interpretação dos dados apresentados pelo informante 03

O teste AT-9 revelaram estrutura mística do Regime Diurno da imagem representado pelo símbolo da "ascensão", representado pelo pássaro. A desmitificação do pássaro e sua asa para se transformar a sua função de voo têm um significado ascensional, que significa paz e soberania a vontade de transcender. O arquetípico profundo da imaginação do voo não é apenas o significado literal do pássaro, mas um sentido isomórfico com o anjo.¹⁰

Considerando os dados emergidos do teste da informante 03, percebe-se uma presença heróica de regime diurno que os símbolos encontrados dizem respeito ao significado do animal "pássaro", que simboliza o transcendental extraordinário. Diante disso, podemos observar que essa

informante procura a paz interior na sua história, onde todo o sentido do regime diurno do imaginário vai “contra” as trevas, ou seja, o tempo mortal.

Contudo, compreendemos que a informante 03 apresenta microuniverso estruturado diante do que foi apresentado no teste, que se baseia na valorização da vida e a finitude é a continuação de um ciclo.

Informante 04: sexo feminino casada com 75 anos de idade, católica, ensino superior completo com permanência de três anos no projeto de dança.

“Certa vez uma menina subia na árvore, descuidou-se e caiu da mesma. Saiu e encontrou um mar para limpar-se e encontrou peixes nadando. Ao sair da água avistou um monstro devorador e tentou defender-se com uma espada. Foi aí que avistou um casbre onde refugiou-se. Ao sair do refúgio, deparou-se com um relógio, na hora em que a bailarina apresentava-se e fazendo com que esquecesse os episódios desagradáveis.”

Na aplicação do Teste AT-9, foi registrado que a ideia central de sua história imaginada foi “a queda”, “o monstro” e a culminância que foi a bailarina. Entre esses elementos deixou claro que os mais importantes do desenho são “a menina com a queda, o monstro e a bailarina” diz que se pudesse eliminaria “o refúgio, porque o monstro a encontraria” e que a cena terminaria com “a dança de um personagem”. Se tivesse que participar da cena diz que faria a personagem “dançarina”.

Interpretação dos dados

apresentados pela informante 04:

Os dados encontrados no teste AT-9 para a informante 04 revelaram sentidos de estrutura mística do Regime Diurno da imagem representada pelo símbolo catamórfico da “queda” que está intimamente ligada a experiências dolorosas na infância ou a um regime complexo relacionado a angústia diante do tempo “morte”.

Diante disso, segundo Gilbert Durand¹¹, fica claro que existem três possíveis soluções para sobreviver diante da angústia do tempo que poderia pegar as “armas” e destruir o monstro (a morte), ou criar um universo harmonioso, tendo uma visão cíclica do tempo no qual toda morte é renascimento ou pode se opor ao simbolismo da fuga diante da tempo-

ralidade, vencendo assim o destino sobre a morte.¹¹

Na presença desses resultados, revelou-se uma tendência a estruturação no teste devido aos seguintes fatores: os elementos foram desenhados com conexão desejada a história contada apresenta-se na forma a deixar claro o medo da finitude mas que acredita na resignificação para lidar com a angústia do tempo.

Conclusão

Diante do exposto e considerando o aumento da população de idosos, pode-se constatar que a dança é reveladora de impulsos e evocações dos seus imaginários como um sonho acordado das suas fantasias durante o seu processo de envelhecimento. Observa-se nas análises dos testes dos autores sociais que a dança desvelou significados relevantes na vida desses praticantes. Com a aplicação do teste de AT-9 foram encontrados sentidos da “cosmogonia” como resignificados de suas vidas, tendo em vista que durante a sua juventude, em alguns momentos, foram impedidos de ser realizados ou concretizados o seu bem-estar físico, psicossocial, alegria, prazer, satisfação, bom humor, que são favorecidos através da expressão corporal. Enquanto o outro mito revelado nos demonstra uma contra partida e um sentido oposto, que é o mito “escatológico”, que tem como grande mistério a morte, associada ao temor da “queda” que está intimamente ligado a experiências dolorosas na infância ou a um regime complexo relacionado à angústia diante do tempo “morte” e da ansiedade da ciclicidade.

Os testes AT-9 revelaram estrutura sintética sincrônica do imaginário das informantes, pois apresentam imagens simbólicas, ao mesmo tempo sintético representada pelo peixe, simbolizando arquetípicos de ciclicidade ao mesmo tempo transitando pelo regime mítico, Regime Noturno da Imagem, que diz respeito ao símbolo da “intimidade” usando, assim, a simbologia do refúgio e do repouso. Nesse teste podemos observar que três informantes estudadas (01,03,04) apresentam estruturação em seus universos míticos, pois retratam suas ideias com clareza diante de sua realidade e imaginário, poden-

do assim dizer que tratam o medo da finitude como um retorno ao lar, não sendo mais uma destruição definitiva do ser mais um retorno ao berço, local de calma e felicidade. Foi encontrada tendência a desestrutura apenas na informante 02, mas que diante do que foi apresentado deixa claro que o medo da finitude seria uma resignificação, uma forma de dominação do tempo. O resultado da pesquisa mostra que o teste AT-9 é um instrumento válido para detectar o imaginário e mostra-se revelador da realidade do universo mítico dessas idosas, possibilitado pelo espaço construído diante do ambiente mágico da dança.

Referências Bibliográficas:

- 1- FARO, A. J. *Pequena história da dança*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.
- 2- GARAUDY, Roger. *Dançar a vida Dançar a vida Dançar a vida*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- 3- NAHAS, Markus V.; GOLDFINE, Bernie; COLLINS, Mitchell A. *Determinants of physical activity in adolescents and young adults: The basis of high school and college physical education to promote active lifestyles*. *Physical Educator*, v. 60, n. 1, p. 42, 2003
- 4- BRASILEIRO, Maria Dilma Simões et al. *do diagnóstico à ação: uma proposta de fazer ativo e envelhecimento*. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 16, n. 3, p. 271-274, 2011.
- 5- FONSECA, Cristiane Costa; GAMA, Eliane Florencio. *A imagem corporal na dança de salão*. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 19, n. 3, p. 37-43, 2012.
- 6- ARAÚJO, ALBERTO Felipe; BATISTA, Fernando Paulo, *Variações sobre o Imaginário-Domínios, Teorizações, Práticas Hermenêuticas*. Lisboa; Instituto Piaget, Pp.339 – 364, 2003
- 7- ELIADE, M. *O sagrado e o profano*. São Paulo: Martins Fontes, 2013.
- 8- MAUSS, M. *Técnicas corporais*. In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974.
- 9- DURAND, Y. *L'exploration de l'imaginaire: introduction a la modelisation des univers mythiques*. Paris: l'Espacebleu, 1988.
- 10- DURAND, Gilbert. *As estruturas antropológicas do imaginário*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- 11- DURAND, G. *Ciência do homem e tradição: o novo espírito antropológico*. São Paulo: Triom, 2012.

DIREÇÃO
Dr. Daniel Pegado
Dr. Rodrigo Pegado
Dr. Luiz Carlos Pegado



Calvinia



CLINOP. 49 ANOS DA MELHOR
TECNOLOGIA: A HUMANA



2717 1001
www.clinop.com.br

CLINOP
INSTITUTO DE OLHOS PEGADO

Niterói: Centro e Icaraí

Os planos de saúde e os reajustes

Há alguns anos vimos o aumento das mensalidades dos planos de saúde muito, muito acima da inflação geral. Se for um plano de saúde individual, tem um pequeno alívio que é o limite de reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS.

Se o seu plano é aquele conhecido como "coletivo por adesão", vinculado a uma associação, conselho, enfim alguma entidade estipulante, os reajustes anuais podem ser inacreditavelmente altos, por vezes insustentáveis.

As justificativas de praxe costumam ser: mudança de faixa etária, por exemplo de 58 para 59 anos, inflação médica e ainda a famosa sinistralidade do seu grupo.

Em menor grau, mas nem tanto, os planos coletivos empresariais também têm sofrido reajustes bem acima da inflação, justificados pela sinistralidade da carteira.

Até aqui, nenhuma novidade!

O que está por de trás de todo esse aumento? A inflação médica? (Novamente a culpa cai sobre os médicos...). A longevidade das pessoas? A introdução de novas tecnologias na saúde?

Não!! Definitivamente, não é simples assim!!

O problema é estrutural, no modelo de financiamento do sistema de saúde suplementar. Aliás, de fato, não é um sistema. Define-se sistema como conjunto de elementos, concretos ou abstratos, intelectualmente organizados e intercambiados. As operadoras e seus planos não estão integrados uns com outros suficientemente para ganhar sinergia e obter o chamado mutualismo. Isto é algo que ninguém se atreve a falar. Uma por desconhecimento e outra por não interessar a muitos.

O "financiamento" da saúde suplementar tem muitas vias.

Via do beneficiário/empregador – operadora de planos de saúde. Esta via é robusta, quase ninguém deixa de pagar em dia o seu plano de saúde, sob risco, grave, de perder o direito à assistência médica.

Via da operadora – prestador de serviço. Esta via tem muito conflito e frequentemente

te posta em questão. Modelos de remuneração de serviços médico-hospitalares propostos por operadoras de planos de saúde têm surgido como fórmulas mágicas para o controle dos custos na área da saúde. Exemplo disso é a imposição de pacote de procedimento aos médicos, remuneração por capitation (per capita), pagamento por performance etc., por vezes gerando grande perda em seus honorários, podendo comprometer a qualidade assistencial ao paciente.

Via dentro da operadora – por planos. Aqui está uma grande incógnita. Vamos tentar decifrar:

O beneficiário paga sua mensalidade, dentro de um plano. A mensalidade é proveniente de um cálculo técnico (atuarial) que inclui em cada mensalidade, um doze avos (1/12) do que pode acontecer de utilização do plano pelos beneficiários em um ano (doze meses).

Assim, a mensalidade do plano de saúde contém a fração de cada custo referente às principais utilizações e possíveis frequências de ocorrência dos eventos em saúde como:

- Número de consultas médicas realizável pela população ao ano
- Número de exame realizável pela população ao ano.
- Número de procedimentos ambulatoriais realizável pela população ao ano.
- Percentual de internação projetada para a população ao ano.
- Utilização de unidade de terapia intensiva UTI nas internações.
- Tratamentos oncológicos projetados para a população ao ano.

A mensalidade deve prever todos os procedimentos cobertos no Rol da ANS, que são de cobertura mínima obrigatória, nos planos pós regulamentação pela Lei 9.656/1998.

Então, na fração mensal do seu plano de saúde (sua mensalidade) deve conter, ajustado na origem do cálculo atuarial por características populacionais como idade e sexo (gênero), por exemplo:

- Consulta médica com o cardiologista
- Consulta médica com o ginecologista



Dra. Miyuki Goto*

- Consulta médica com o pediatra
- Mamografia
- Angioplastia coronariana
- Transplante de medula
- Transplante de rim
- UTI de recém-nascido prematuro
- Cirurgia de prótese de quadril
- Cirurgia de catarata
- Quimioterapias

Pelos exemplos acima, pode-se observar que alguns eventos são quase que certos e, praticamente, todos os beneficiários realizarão ao longo do ano, como consultas médicas e exames. Outros eventos acontecem em frequência menor, como as internações. Em geral as internações podem ocorrer em 12% da população ao ano. Isto é, se temos 100 mil beneficiários, teremos 12 mil internações entre partos, cirúrgicas eletivas, cirurgias de urgência, internação clínica, psiquiátrica etc.

Alguns eventos são mais raros, como o transplante de medula óssea. Em 2019, no Brasil foram realizados 1.073 transplantes para uma população de 211 milhões de habitantes.¹ Uma proporção de 1,017 caso por 200 mil, ou

*Médica formada pela Faculdade de Medicina USP (1988) com Residência Médica em Medicina Preventiva e Social do Hospital das Clínicas da USP; Especialização em Administração Hospitalar e de Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, em 1989; Professora convidada da Fundação Getúlio Vargas nos Cursos de Auditoria e Gestão em Saúde do GVPEC e atuação em diversos projetos de consultoria em saúde pela GVConsult – FGV; Instrutora dos treinamentos da Abraspe, atualmente UNIDAS, entidade representativa das operadoras de saúde na modalidade de autogestão; Instrutora do curso de Pós Graduação de Auditoria e Gestão em Saúde da Fundação Unimed de 2000 a 2007; Consultora Técnica da CBHPM junto à Associação Médica Brasileira AMB. Correspondência: Email: miyukilina@uol.com.br

0,50 caso por 100 mil habitantes.

Mas, veja bem, apesar de raro, a mensalidade do seu plano de saúde, regulamentado, deve contemplar a fração do transplante de medula óssea, uma vez que todos do plano têm o direito à cobertura do procedimento.

Então, qual seria a fração referente ao transplante de medula óssea?

Grosseiramente podemos fazer uma conta: Em levantamento realizado, nos EUA, foram identificados custos para transplante alogênico, que variam de US\$80.499 a US\$137.564, de acordo com doador e intensidade do regime de condicionamento. Foi encontrada uma média de US\$1.312 para transplante autólogo.²

Com custo estimado para o Brasil de R\$300 mil a R\$ 600 mil por evento e se ocorre 0,5 a cada 100 mil vidas no ano, o rateio por pessoa é de R\$1,50 a R\$3,00 no ano, portanto, menos de R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos) ao mês por pessoa, num grupo de 100 mil beneficiários. Parece pouco, mas existem mais de 5 mil procedimentos médico-hospitalares, de baixo a alto custo/complexidade, no rol de cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde que compõem a sua mensalidade.

Os beneficiários pagantes de um plano de saúde formam uma carteira. São parte de um produto saúde, um plano com registro na ANS dentro de uma operadora de planos de saúde.

Na ANS, existem mais de 25 mil produtos (planos de saúde) registrados após a Lei 9.656/1.998, com beneficiários, e a maioria, isto é, 19.860 planos, mais de 77% não têm 1.000 beneficiários, como pode ser observado na Tabela 1:

Então uma pergunta que não quer calar: Como faz o produto (plano de saúde) que tem, por exemplo, 1.000 beneficiários quando acontece um transplante de medula óssea de um beneficiário deste plano?

Provavelmente, a receita total recolhida das mensalidades dos mil beneficiários não será suficiente para arcar com todas as despesas assistenciais do grupo, inclusive a do transplante de medula, no período de 12 meses.

Isto significa que planos com poucos beneficiários, menos de mil, podem em algum momento não ter receita suficiente para cobrir os eventos de alto custo, mesmo que de baixa frequência de ocorrência.

Outros exemplos além de um transplante de medula óssea: um recém-nascido prematuro que exige dias/meses de internação em UTI neonatal/pediátrica ou um tratamento oncológico com medicamento antineoplásico oral de alto custo.

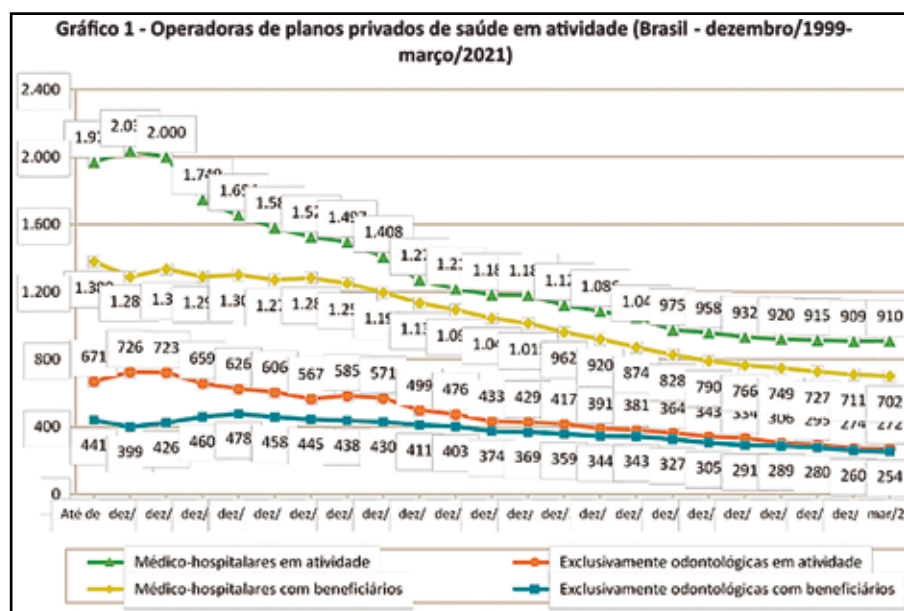
Com esses exemplos pode-se concluir que existe fragilidade nos planos de saúde, nas quais, em tese e isoladamente, suas receitas podem não arcar com as despesas as-

edição 88 - jul-set/2021

Tabela 1 - Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por época de contratação, segundo número de beneficiários (Brasil - março/2021)

Número de beneficiários do plano	Total	Planos de saúde novos registrados com beneficiários		Planos de saúde antigos cadastrados com beneficiários	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	36.686	25.776	100,0%	10.910	100,0%
1 a 100 beneficiários	20.568	11.308	43,9%	9.260	84,9%
101 a 1.000 beneficiários	9.906	8.552	33,2%	1.354	12,4%
1.001 a 10.000 beneficiários	5.290	5.028	19,5%	262	2,4%
10.001 a 50.000 beneficiários	820	791	3,1%	29	0,3%
50.001 a 100.000 beneficiários	65	65	0,3%	0	0,0%
Acima de 100.000 beneficiários	37	32	0,1%	5	0,0%

Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2021 e RPS/ANS/MS-03/2021
Caderno de Informação - junho/2021³



Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2021 e CADOP/ANS/MS - 03/2021
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2021

Nota: Operadoras com beneficiários, por modalidade da operadora.

sistenciais do grupo.

Na saúde suplementar no Brasil, os planos de saúde têm sua operação dentro das operadoras de planos de saúde. Assim, a operadora de planos de saúde é quem administra e faz a gestão dos planos no tocante ao caixa, do recurso financeiro obtido com o pagamento das mensalidades, para cobrir as despesas assistenciais, além das despesas administrativas.

Uma operadora com vários planos de saúde e com um número grande de beneficiários (acima de 100 mil vidas) tem muito mais estabilidade para gerir seus recursos ao longo do ano. As ocorrências de eventos podem ser maiores, visto a população ser maior também, porém a estabilidade pode ser obtida com uma receita maior e com o mutualismo, princípio fundamental de um seguro, importante ferramenta social que agrega pessoas com interesses em comum para constituir uma reserva econômica para dividir um risco de um acontecimento não previsto e não desejado.⁴

Voltando ao caso do transplante de medu-

la de um plano com mil beneficiários, se este plano faz parte de uma operadora, que juntamente com outros planos, tem mais de 100 mil beneficiários, a operadora, provavelmente, terá caixa suficiente para pagar este evento (o transplante de medula).

Mas o fato de ter tido caixa para cobrir o evento, não significa que este plano não sofrerá reajustes bem acima da inflação para cobrir o tal sinistro (transplante de medula) no grupo de 1.000 (mil) beneficiários.

Estes reajustes por sinistralidade podem ocorrer em quase todos os planos, visto que, isoladamente, nenhum consegue cobrir os eventos de alto custo, quando acontecem.

Os reajustes dos planos coletivos por adesão e os planos empresariais, em geral, não têm limites regulados pela ANS. São de livre negociação entre os contratantes/estipulantes e a operadora. A operadora pode colocar no reajuste anual os valores relativos à sinistralidade daquele grupo, além de outros reajustes como aquele decorrente de utilização e "infla-

ção em saúde".

Quando se olha sob a perspectiva de operadoras, há no momento 956 operadoras de planos de saúde com beneficiários e registros ativos na ANS.³ Destas, 702 são atuantes no segmento médico-hospitalar e 254 no segmento odontológico, como se vê no gráfico 1.

Do total de operadoras com beneficiários

e registradas na ANS, 702 correspondem à assistência médico-hospitalar, das quais 55% (387 de 702) têm menos de 20 mil beneficiários; Operadoras com mais de 100 mil beneficiários são 81 de 702 (11,43%) operadoras de planos médico-hospitalares, incluindo 17 (2,4%) operadoras que têm mais de 500 mil beneficiários.⁵

A sustentabilidade da saúde suplementar com os atuais planos de saúde (77% com

menos de mil beneficiários) e as operadoras (55% com menos de vinte mil beneficiários) está colocada em risco, pois não há mutualismo real, princípio fundamental do seguro, isto é, constituir reserva econômica para dividir um risco de um acontecimento não previsto e/ou não desejado.

Na saúde, os riscos são diversos, previsíveis, preveníveis ou não. A própria prevenção de doenças tem custo em si. O ganho com a prevenção é obtido mais à frente e nem sempre resgatado por quem fez o investimento.

Acrescente-se a tudo isto outra realidade: a rotatividade e permanência de beneficiários num plano de saúde/operadora.

Nos planos coletivos, a troca de planos ocorre a cada dois a três anos, principalmente, nas modalidades de medicina de grupo e seguradoras de saúde e bem menos nas autogestões, como pode ser observado no gráfico 2.

A rotatividade nos planos de saúde não é interessante ao beneficiário/contratante, porém tem sido uma "saída" quando o reajuste anual é insustentável. A alta rotatividade gera ao longo dos anos uma inflação nas mensalidades dos planos em si, isto é, as "carteiras" dificilmente mudam para um plano de menor custo e sim, frequentemente, mudam para um plano com menor reajuste, mas com reajuste!

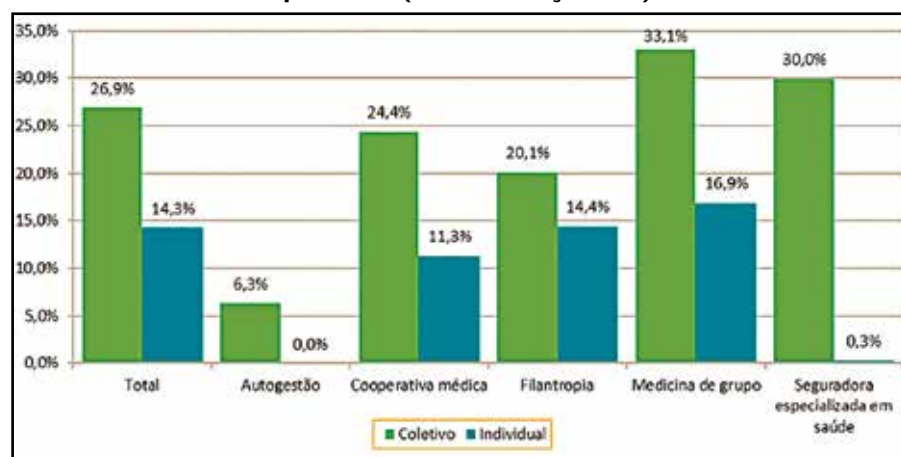
E por fim, a pergunta: Quem suporta mais reajustes nos planos de saúde?

A distribuição de operadoras pelo número de beneficiários mostra a real situação do país na saúde suplementar, detalhado no quadro abaixo: Operadoras com registro ativo

Operadora Beneficiários	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora Especializada em Saúde	Cooperativa Odontológica	Odontologia de Grupo	Total
TOTAL	143	275	31	245	8	100	154	956
1 a 5.000	59	30	7	72	1	30	80	279
5.001 a 10.000	26	38	4	29	1	15	24	137
10.001 a 20.000	15	56	7	42	0	26	17	163
20.001 a 50.000	26	77	8	43	1	12	12	179
50.001 a 100.000	8	40	3	28	0	12	9	100
100.001 a 500.000	8	28	2	25	1	4	8	76
Acima de 500.000	1	6	0	6	4	1	4	22

Fonte: CADOP/ANS/MS - 05/2021 e SIB/ANS/MS - 05/2021

Gráfico 2 - Taxa de rotatividade dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação do plano, segundo modalidade da operadora (Brasil - março/2021)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2021

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2021

Nota: A taxa de rotatividade mede o percentual dos vínculos substituídos no período em relação ao total existente no primeiro dia do período. O cálculo da taxa de rotatividade é realizado utilizando o menor valor entre o total de adesões e de cancelamentos em um período especificado.

Referências Bibliográficas

- 1- SBTMO. Dados TCTH no Brasil (2008-2019). Disponível em: https://sbtmo.org.br/kcfinder/upload/file/Dados%20TCTH%20Brasil_publicado_01_04_2021.pdf. Acesso em julho de 2021.
- 2- Barbosa, S.S.M. et cols. Análise de custos do transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas: uma revisão integrativa. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [en linea]. 2014, 6(4), 1642-165. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057505750770040.pdf>. Acesso em: julho de 2021.
- 3- Agência Nacional de Saúde Suplementar. SIB/ANS/MS – Caderno de Informação. Junho de 2021. Disponível em: http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/Caderno_SS/2021/caderno_jun21.xls. Acesso em julho de 2021.
- 4- CNEG. Mutualismo como princípio fundamental do seguro. Disponível em: <https://cnseg.org.br/noticias/mutualismo-como-principio-fundamental-do-seguro.html>. Acesso em julho de 2021.
- 5- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados Indicadores do Setor. <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em julho de 2021.



Há mais de 60 anos formando profissionais, a Clínica de Hemoterapia de Niterói expande sua Educação Continuada e inaugura a **Ensinum!**

A Ensinum veio com o propósito de **inspirar pessoas e potencializar talentos** dentro e fora do Grupo Hum.

Você acredita na educação como evolução?

Através de metodologia própria, a Ensinum irá potencializar talentos, preparando profissionais para os desafios do mercado e da vida.

Que tal ter essa experiência com a gente?

Bem-vindos!

contato@ensinum.com.br



Comportamento suicida: identificar para prevenir



Dr. Ruy Justo C. Cutrim Jr.*

são abortadas. As tentativas interrompidas são efetuadas por terceiros e tem pior prognóstico, enquanto que as abortadas ocorrem por deliberação própria, onde o indivíduo encontrou recursos internos que o levaram a desistir do ato contra a própria vida. Na intuito de identificarmos indícios daquilo que poderá se transformar num comportamento suicida teremos que levar em conta os sentimentos apresentados, as características da personalidade e mudanças no comportamento individual. Os sentimentos de desesperança, desamparo, desespero e desânimo merecem especial atenção como preditores do comportamento suicida. As características de personalidade relacionadas com o comportamento suicida compreendem a impulsividade, a hostilidade-agressividade e ansiedade (neuroticismo). As mudanças de comportamento observadas no indivíduo com ideação suicida abrangem ficar agitado ou mais calado, sentimento de enorme culpa, não se sentir compreendido, queixas de solidão e rejeição, estar sem sentido para viver, falta de esperança e dificuldade de concentração.

Dentre os fatores de risco para suicídio, destacamos a presença de transtornos mentais, história familiar de tentativa de suicídio e tentativas de suicídio anteriores. Os transtornos mentais mais comumente relacionados ao suicídio envolvem a depressão (principalmente depressão pós-parto), transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de uso de substância psicoativa e transtornos de personalidade (principalmente o histriônico e o limítrofe ou border-line).

Desde a antiguidade o suicídio figura na nossa sociedade e se apresenta como um desafio a ser vencido. Outrora visto como um ato de coragem e força. Depois passa a ser visto como um ato pecaminoso pelas demais religiões. Os indivíduos que querem se matar desejam desistir da vida ou simplesmente acabar com o sofrimento? Sabemos que aspectos culturais estão presentes e não podem ser ignorados embora haja uma relação significativa entre suicídio e transtornos mentais (96-98% dos casos). O suicídio figura como a 3ª causa de morte na faixa dos 15-29 anos.

Segundo Émile Durkheim, o conceito de suicídio abrange "todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente, de um ato, positivo ou negativo, executado pela própria vítima, e que ela sabia que deveria produzir esse resultado". Existem três tipos de suicídio, de acordo com a etimologia deste sociólogo: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico.

No Suicídio Egoísta o ego individual afirma-se demasiadamente face ao ego social, ou seja, há uma individualização desmesurada onde as relações entre o indivíduo e a sociedade se afrouxam, não havendo mais

sentido na vida e razão para viver. Já no Suicídio Altruísta, o ego não pertence ao indivíduo confundindo-se com outra coisa que se situa fora de si mesmo, isto é, a um dos grupos a que o indivíduo pertence. No Suicídio Anômico ocorre uma situação de anomia social, ou seja, quando há ausência de regras na sociedade, gerando o caos, fazendo com que a normalidade não seja mantida, como acontece em situação de crise econômica na qual existe uma completa desregulação das regras normais da sociedade onde certos indivíduos ficam numa condição inferior à que ocupavam anteriormente.

No estudo do suicídio não podemos deixar de considerar os fatores ambientais e genéticos como violência infantil, baixa escolaridade, baixo nível social e econômico, antecedentes familiares e transtornos mentais.

O comportamento suicida engloba a ideação suicida, o planejamento, a tentativa e o suicídio consumado. Destacamos aqui a importância do gesto suicida, caracterizado por atitudes inconscientes que colocam a vida do indivíduo em risco. Nas tentativas de suicídio teremos que estabelecer a diferença entre aquelas que são interrompidas daquelas que

*Título de Especialista em Psiquiatria pela ABP

Mestre em Psiquiatria em Psiquiatria e Saúde Mental pela UFRJ

Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba

Coordenador do Departamento Científico de Psiquiatria da Associação Médica Fluminense

Nina Rodrigues:

Um perfil Médico e antropólogo

Oriundo de uma região canavieira, Vargem Grande, onde nasceu a 4 de dezembro de 1862, mais precisamente na fazenda Mangalarga, sendo que, posteriormente, sua família se mudou para Anajatuba. Cedo teve contato com a escravidão, o que certamente impressionou e marcou o seu espírito. Era um moço de olhos melancólicos e de estatura pouco vigorosa e aparência hipoteticamente lívida, sendo batizado com o nome de Raymundo Nina Rodrigues (BRITO, Antonio Carlos Nogueira – Editorial. *Gazeta Médica da Bahia* vol. 76 suplemento 2, 2006, página 1). Desconfio que não gostava do seu prenome, pois sempre se assinava simplesmente Nina Rodrigues.

Vindo para São Luís, fez o curso fundamental no Seminário das Mercês e o preparatório no Colégio São Paulo, de propriedade do Professor José Ribeiro do Amaral, um dos maiores conhecedores da língua de Camões e Fernando Pessoa no Maranhão. Neste colégio, era professor de línguas (francês e inglês) o português Eduardo Costa, irritadiço e intolerante com o menor erro dos alunos. Nina Rodrigues era para esse professor aluno dileto pelo interesse e desenvoltura na matéria. No entanto, certo dia, por desatenção, aquele aluno predileto falhou! A reação desabrida do professor (pedagogia do medo impondo terror) feriu os brios do aluno exemplar, até então, para o referido professor. Profundamente chateado, procurou a direção do colégio e solicitou uma reparação moral do professor, sem a qual não retornaria às aulas daquele docente. E este topou fazer a reparação. E a fez em plena sala de aula na presença de toda a classe. Este episódio ocorrido na sua mocidade já denota o espírito sensível e intolerante com as injustiças.

Segundo depoimento de Justo Jansen (Notas íntimas. *Revista do Norte*, São Luís, volume 5, número 12, 1906, página 185), quando estudante de preparatório (hoje ensino médio) no Seminário das Mercês, recebeu uma pancada no tórax, que foi seguida de hemoptise e, a partir de então, começou a reacear ficar tuberculoso. E esse receio o acompanhou até depois de formado, razão pela qual, deixou de cursar o quinto ano médico no Rio de Janeiro.

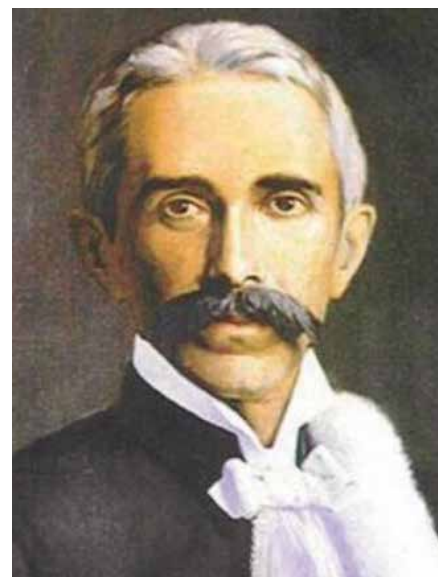
O curso médico foi iniciado na Bahia, onde fez o primeiro e o segundo ano; o terceiro e quarto ano foram feitos no Rio de Janeiro; enquanto o quinto foi em Salvador e o último voltou a ser no Rio de Janeiro, quando defendeu a tese de doutoramento

“Das amiotrofias de origem periféricas.” Nesta cidade, trabalhou como auxiliar do Professor Agostinho José de Souza Lima, luminar da Medicina Legal e com quem aprendeu a importância prática das necrópsias.

Ainda segundo Justo Jansen, seu amigo desde os tempos de preparatórios para ingresso na Faculdade de Medicina em 1885, quando se mudaram para o Rio de Janeiro foram morar na rua dos Arcos. Nesta residência, confessa Justo Jansen “... tive ocasião de deleitar-me ouvindo a prosa inteligente e animada entre Nina Rodrigues, Luna Freire e Rodolpho Galvão...” (Op. Cit., página 184). Adolpho Frederico Luna Freire (1864 – 1953), professor de Clínica Médica da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, foi secretário de redação do *Brasil Médico* e membro titular da Academia Nacional de Medicina. Rodolpho Galvão (1860 – 1906) foi membro da Academia Nacional de Medicina e dedicou-se à Saúde Pública.

No ano seguinte, por motivo de saúde, preferiu Nina Rodrigues ficar na Bahia por achar que o clima do Rio de Janeiro lhe fosse nocivo. Voltou, porém, em 1887 para concluir o curso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, indo morar desta vez na Travessa do Desterro (atual Moraes e Vale) e, posteriormente, na rua do Riachuelo e por fim numa casa de pensão na ladeira de Santa Teresa (Op. Cit., páginas 184, 185). Na Travessa do Desterro, morou com José Octávio de Freitas (1871 – 1949) que deixou registrado em sua memória (Minhas memórias de médico, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1940, página 45) os vários moradores dessa república “... que depois foram vultos dos mais eminentes em nosso país.”

Uma vez formado, voltou para São Luís, onde envolveu-se em uma polêmica após publicar, no jornal “A Pacotilha”, o “Estudo sobre o regime alimentar do norte”, onde demonstra o valor nutricional nulo da farinha de mandioca, o que fez com que a sociedade maranhense o apelidasse de “Dr. Farinha Seca”. Fato que o magoou profundamente, conforme confessou no mesmo jornal de 1 de agosto de 1888: “grande mágoa que me havia causado o procedimento injusto, desleal e pouco digno do colega que, em porta de botica, procurava em termos que não comentarei, chamar o ridículo sobre mim e a minha interessante propaganda.”⁴ (FONSECA, Pedro Henrique Miranda – Nina Rodrigues e o regime alimentar no Maranhão. *Jornal O Imparcial*, 18 e 19 de julho



Por: Dr. Pedro Henrique Miranda Fonseca

Membro fundador da Sociedade Brasileira de História da Medicina

de 2020, página 3). Mágoa que motivou sua ida para Salvador, onde, por concurso, conquistou o lugar de Professor Adjunto da 2ª cadeira de Clínica Médica em 1889.

Ainda cursando o quinto ano, publicou seu primeiro trabalho “A morphea em Anajatuba”, folheto de 16 páginas publicado, em 1886, em Salvador pela Lith-Typ Liquori & Comp. Este mereceu observações de Júlio Moura que assim comentou: “É raro hoje, em nosso país, aparecer no meio da mocidade acadêmica, alguém que se ocupe em escrever para a imprensa aquilo que se adquiriu o fruto embora limitado do estudo de observação. Neste particular, os nossos futuros médicos seguem o triste exemplo de seus preceptores, que quase nada produzem...” (COSTA, Carlos – *Anuário Médico Brasileiro*, Rio de Janeiro, Serafim José Alves Livreiro-Editor, 1887, páginas 43 – 46). Já despontava o futuro pesquisador preocupado em observar in loco, inquirir e daí então tirar as suas próprias conclusões. O estudo, segundo Júlio Moura “... revela da parte do autor... critério de observação não muito comum entre os alunos que hoje frequentam as nossas Escolas Médicas.” Tal publicação teve a finalidade de chamar a atenção para a frequência do mal de Hansen (na época chamada de morphea ou lepra em Anajatuba – Maranhão que o autor credits, erroneamente, ao consumo exclusivo de peixe e de farinha de mandioca de má qualidade. Além disso ressalta, também, as condições topográficas da localidade – clima frio e úmido. Fala, também, da transmissão por herança da moléstia. Outro engano. A notícia da descoberta da bactéria causadora da doença realizada por Gerhard Armauer Hansen em 1874, ainda não havia chegado por

aqui. Mas não nos esqueçamos que se tratava de um jovem estreante no mundo da pesquisa científica. Continua Júlio de Moura “Há, entretanto, da parte do jovem acadêmico o desejo louvável de estudar e de contribuir na medida das suas forças para a elucidação das causas ainda duvidosas do desenvolvimento da morphea. Tudo serve quando o assunto apresenta as dificuldades deste: fatos reunidos e escrupulosamente observados, assim como discussão sobre o modo de interpretá-los.”

Conclui assim o crítico: “A medicina é infelizmente pobre de trabalhadores, quase que vivemos do reflexo do alheio viver: pois bem, que os moços aplicados e observadores, como ele, consigam emancipar-se no futuro da tutela estrangeira a que admitido mesmo o cosmopolitismo da ciência humana, façamos também por nós alguma coisa de útil para ela.” (Op. Cit., página 46).

Pois bem Nina Rodrigues estava apenas começando!

Uma vez chegado à Bahia iniciando sua carreira de professor, dá continuidade a de pesquisador. Para o professor Aluizio de Castro, ele foi a primeira cabeça de seu tempo. (AMARAL, José Ribeiro do – O Maranhão no centenário da independência 1822 – 1922, São Luís, sem edição, 1921, página 264). Em 1889, conquistou a cátedra de Medicina Legal onde pontificou até sua morte em 1906. Conviveu com membros da Escola Tropicalista Bahiana e foi redator-chefe da Gazeta Médica da Bahia de 1890 a 1893. Apesar de médico lombrosiano, apontou limites na teoria do médico italiano do criminoso nato ao constatar, após estudo do cérebro de Antônio Conselheiro, que era normal, numa demonstração de honestidade intelectual.

Seu discípulo Afrânio Peixoto, assim descreve o mestre: “... dava-se, na sua especialidade, à pesquisa dos assuntos nacionais ou do modo de se comportar entre nosso meio, raça e momentos diferentes de civilização, os conhecidos fatores biológicos e os sociológicos que determinam os fenômenos da vida.” (PEIXOTO – Afrânio – A vida e a obra de Nina Rodrigues (Prefácio) – As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1938, páginas 11 – 33). E continua Afrânio Peixoto: “Pôs-se, pois, a estudar o Brasil e as coisas nacionais. Nina Rodrigues foi ao seu modo um dos nossos descobridores... um bandeirante pelas regiões inexploradas dos assuntos nacionais... estudou, observou e experimentou no Brasil coisas brasileiras; eis a sua originalidade... conseguiu sobre muitos desses assuntos, noções claras e indagações perfeitas; eis o seu mérito.” (Op. cit. Página 17). Ainda segundo Afrânio Peixoto, como professor tratava com polidez qualquer estudante, com bondade do trato, o conselho generoso, o ensino atraente e afetuoso,

o estímulo pronto e o exemplo eficaz para adquirir e disseminar conhecimentos.

Inovador incansável, audaz e inesgotável (Jornal do Comércio, Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 1957). Domingos Vieira Filho o caracteriza como “... um desses espíritos fontes, uma dessas celebrações que tempos em tempos projetam o nome de um país, uma projeção que não tem instantaneidade, o brilho fugaz de um meteoro. Viveu ... num mundo científico acanhado e num país que se afundava em lamentável atraso material e intelectual. Como homem de ciência, no mais puro sentido da palavra... não podia encontrar no Brasil, nem tampouco no Maranhão, onde só colheu dissabores, o ambiente para a receptividade de seus estudos científicos sobre o negro. ... coragem era atributo que sobejava em Nina Rodrigues, homem de vida pura, quase de asceta, escrupuloso a mais não poder... intuitivo como todo homem de gênio... sábio e equilibrado, arguto, coração sensível.” (VIEIRA FILHO, Domingos – Mestre Nina Rodrigues, Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 23 de junho de 1957). Para este autor Nina Rodrigues foi individualidade possante, sábio e bom.

Foi chefe de Escola, espírito combativo, mestre sem dúvida, transmitindo não só experiência dos outros, mas, também, a sua própria adquirida através das pesquisas que realizou. (SANTOS, Itail Benício dos – Nina Rodrigues, criador e chefe de Escola. Jornal do Comércio, Rio de Janeiro, 24 de junho de 1962). Pesquisador infatigável, segundo Nelson Costa (Correio da Manhã, Rio de Janeiro, 04/12/1962, página 2). Para Flaminio Fávero “Nina Rodrigues demonstrou a vantagem de se fazer, em nosso próprio país, a colheita de elementos de laboratório e de clínica para a solução dos nossos problemas de Medicina Legal e Criminologia...” (Centenário de Nina Rodrigues. Folha de São Paulo 04/12/1962). Duilio Crispim Farina o caracteriza como historiador atilado, filósofo e pensador profundo (Nina Rodrigues. Revista Paulista de Medicina 99 Suplemento Cultural, 1982, páginas 4,5). Segundo depoimento dos professores José Ribeiro do Amaral, Tasso Fragoso e Abreu Fialho era estudioso e de bom comportamento. Em termos de saúde era astênico, franzino, frágil, mas possuía talento marcadamente assimilador, espírito criador, trabalhador incansável e muito produtivo. (Professor Dr. Nina Rodrigues (Editorial). Gazeta Médica da Bahia 38, 1906, página 59). Era, também, original e elegeu os problemas brasileiros da sua especialidade para estudo. (RIBEIRO, Leonídio – Um século de ensino de Medicina Legal, A Folha Médica, Rio de Janeiro, 05/04/1933, página 3). Ambicioso de conhecimento, segundo Newton Bethlem, que também o defende da acusação de racista “Bas-

taria apreciar a contextura de espírito de Nina Rodrigues, seu caráter e observar com pureza tudo o que fez em sua curta vida, para desprezar a acusação que desencadearam contra o mestre, acusando-o de racista; só podiam estar movidos por cegueira intelectual, ódio ou inveja.” (Nina Rodrigues. Boletim da Academia Nacional de Medicina, 1967, páginas 138, 141). Para Franco da Rocha “Inteligência robusta de um cuidado aprimorado e fecundo... é um operário indefesso (incansável) da ciência. ... muito simpático, lhano (sincero, franco), afável, intensamente despreocupado de assumir importância. Sente-se a gente bem junto dele, e a palestra corre gostosa, sem a opressão torturante que se costuma sentir frente das notabilidades convencionais. Eis aí o segredo desta atração irresistível do simpático mestre, que ora segue a sua lida científica, deixando-nos saudade e uma impressão indelével de sua passagem por São Paulo.” (O Professor Nina Rodrigues. Revista Médica de São Paulo 6(20), 1903, página 141).

Sofreu também preconceito e boicote por parte de alguns professores da Faculdade da Bahia, chegando até a ter o abastecimento de água do seu gabinete interrompido, o que o obrigava a buscá-la no chafariz do Terreiro de Jesus. Ele era chamado à boca pequena de negreiro por estudar os africanos. (LIMA, Lamartine de Andrade – Roteiro de Nina Rodrigues, Salvador, Centro de Estudos Afro-orientais da UFBA, 1980, página 5).

Era um apaixonado pelo ensino e manifestou-se sobre o projeto de Antônio Augusto de Azevedo Lima de criação de uma Universidade em carta publicada no Brasil Médico 17, 1903 “... mantenho minha opinião já externada à favor da criação da Universidade como sendo o único meio de garantir-se a autonomia econômica e docente do ensino superior no país... onde de quatro em quatro anos, em cada renovamento presidencial, se há de ensaiar fatalmente uma nova reforma de instrução pública (ainda atual!) é a adição do regime das Universidades, conferindo aos Conselhos Universitários o direito de superintender a organização e duração do ensino.”

Segundo Augusto Lins e Silva, “Nina Rodrigues costumava chamar os calouros de doutor. Já eu era doutor, portanto, aos meus dezoito anos, diplomado pela irreverente ironia do sábio. ... Não havia maior amigo do estudante do que esse mestre de sabedoria e bondade... Muito considerado na classe acadêmica, Nina Rodrigues, se bem que moço de cabelos brancos, figurava entre os estudantes, como o colega mais velho.” (SILVA, Augusto Lins e – Atualidade de Nina Rodrigues: estudo biobibliográfico e crítico, Rio de Janeiro, Companhia Editora Leitura, 1945, páginas 32, 33). Ainda segundo este biógrafo, vivia na sua casa à sombra de seus livros que eram parte de sua

família completando a sua felicidade doméstica, podendo-se afirmar que ele vivia para a sua família e para a ciência, sendo que a sua principal tendência era para os estudos sociológicos, com predominante enfoque brasileiro. Como um verdadeiro sábio apresentava sempre um semblante sereno e modesto. (Op. cit., página 38). Nos seus estudos condenava a fórmula única, o absoluto preceito e estudou a natureza humana levando em consideração as diferenciações étnicas no Brasil em seus múltiplos aspectos. Nesses estudos, concordou com Silvio Romero: "Todo brasileiro é mestiço, se não no sangue, pelo menos nas ideias." (Op. cit., página 40). Não nega a irresponsabilidade dos mestiços e afirma que a criminalidade é de fundo degenerativo. (Op. cit., página 52). Escreveu "Os mestiços brasileiros" inaugurando seus estudos antropológicos que, segundo seu biógrafo Augusto Lins e Silva é "Obra de pensador fecundo ao mesmo tempo um culto ao determinismo antropológico." (Op. cit., página 85). Foi como médico legista o mais original e mais nacionalista entre nós. (Ibidem página 87). Fez escola e libertou a nossa medicina legal da tutela estrangeira. Foi empático quanto ao elemento negro na cultura brasileira. (ALVES, Henrique L. – Nina Rodrigues e o negro brasileiro, São Paulo, Associação Cultural do Negro, 1956, página 16). Esse mesmo autor afirma "Foi nesse ambiente de descrença do africano na luta titânica dos grupos escravocratas procurando obstruir os trabalhos dos abolicionistas que o mestre Nina Rodrigues viveu e sentiu o problema." (Op. cit., página 17). Para Euclides da Cunha, Nina Rodrigues foi um investigador tenaz que subordinou a uma cuidadosa análise a religiosidade original e interessante dos negros. (CUNHA, Euclides da – Os sertões, São Paulo, Círculo do Livro, 1988, página 60).

Nina Rodrigues publicou "A loucura epidêmica de Canudos" em novembro de 1897, logo após a destruição do arraial pelas tropas republicanas. Neste estudo destaca "Antônio Conselheiro é seguramente um simples louco. Mas a sua loucura é daquelas em que a fatalidade inconsciente da moléstia registra com precisão instrumental de reflexo senão de uma época pelo menos do meio em que elas se geraram." Para Henrique L. Alves "A contribuição de Nina Rodrigues foi, sem dúvida, um dos pontos altos do prestígio de Euclides da Cunha..." (Op. cit., página 25). E diz mais "Nina Rodrigues contribuiu com o autor de "Os sertões" em conhecimentos científicos, etnológicos, médico-legais e antropológicos." (Ibidem, página 37).

Apaixonado pelo ensino, não poupou críticas quando foi escolhido para redigir a Memória Histórica de 1896, lida em 29 de março de 1897 na tribuna da sala das Congregações da Faculdade de Medicina da Bahia no Terreiro de Jesus. A plateia

era constituída somente por colegas do relator; a maioria de professores de idade avançada, na qual ele denuncia todas as deficiências do ensino, principalmente a parte prática. A verdade doeu. Um reagiu assim: "O professor Nina Rodrigues abriu o sarcófago sagrado da nossa Faculdade, escarrou e cuspiu dentro." Já na introdução diz corajosamente o relator: "... eu estive resolvido a desistir de emitir juízo meu sobre os fatos e ocorrências acadêmicas de 1896, limitando-me a trazer ao conhecimento da Congregação a verdade histórica que nos houvesse por bem transmitir a palavra oficial das atas e das informações da secretaria. Valha a verdade de que em tais conjecturas a tantos reduzidas, a Memória Histórica passaria a marcar mais a experiência de qualquer amanuense ou contínuo de secretaria, do que das meditações de um professor." (Op. cit., página 13). E determinado se propõe a prestar o tributo da verdade. Sua grande preocupação foi com o ensino prático. Diz ele "A criação do ensino prático efetivo e eficaz, tal o desideratum supremo da atualidade médica do país." (Ibidem, página 14). E continua "O ensino teórico em todo o seu aparato espetaculoso de sucessos oratórios, e que na avidez dos aplausos sacrifica, sem pejo, a liberdade do ensino, por mais de meio século de esterilidade banal, esse pendor invencível, fruto de uma importação estrangeira sem critério, no termo de sua lenta agonia, já nem mais implora a caridade de um tiro de misericórdia. Ilustres observadores bem sabem que a dicção palavrosa, o estilo guindado e elegante não tem mais lugar num curso de ciência onde o que vale é o conteúdo... Este estertor de aparentar de um lado culto estético e do outro duvidosa ciência é uma associação abominável. ... A taça de prata não transforma em vinho puro, o vinho falsificado. Fraseado pomposo não encobre a ignorância." (Ibidem, página 14). Procura analisar na Memória Histórica o que foi o ensino prático, isto é, o funcionamento dos laboratórios e gabinetes da Faculdade. Culpa a Congregação pelas deficiências do ensino prático por não fiscalizar, como é o seu dever. Diz "Todos nós sabemos que neste país a intolerância e rebeldia são a regra e que não se pode falar em fiscalizar serviço público sem que surjam, para logo, melindres e pontos de honra, tão intempestivos quanto de significação pouco edificante." (Ibidem, página 15). Isto foi escrito em 1896. A atualidade é indiscutível. Reporta-se à sua própria cadeira, a Medicina Legal "Já não é sem constrangimento que eu ocupo a atenção da Congregação com as deficiências de toda sorte que encontro na execução do curso prático de Medicina Legal." Reclama que o laboratório dessa matéria é o menos afortunado da Faculdade. Cita Virgílio Damásio "O ensino é tanto mais profícuo quanto mais econômico em palavras e mais pró-

digo em fatos."

Estácio de Lima assim o descreve "Desde estudante, era grave e austero. Jamais agressivo se algo está certo ou errado, e o dever lhe impunha falar, não fugia às responsabilidades." (LIMA, Estácio de – Parecer à Egrégia Congregação da Faculdade de Medicina da UFBA em 23/04/1975 referente à Memória Histórica do Professor Nina Rodrigues sobre o ano letivo de 1896. Gazeta Médica da Bahia ano III volume 73, 1976, página 7). E foi o que fez denunciando, como vimos, corajosamente, todas as deficiências do ensino.

A sua morte precoce ocorrida a 17 de julho de 1906 repercutiu em todo o mundo científico brasileiro. O Jornal do Comércio de 18 de julho de 1906 noticiou a sua morte referindo-se a ele como "Uma das celebrações mais possantes do Brasil contemporâneo." No maranhão o jornal "A Pacotilha" e a Revista do Norte registraram e lamentaram a sua morte. Em São Paulo a Revista Médica através de Ulisses Paranhos lhe prestou homenagem. No Rio de Janeiro foram suspensas as aulas com a notícia de sua morte e foi mandada celebrar missa de exéquias na Igreja de São Francisco de Paula. Na Bahia a Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina fez a sua necrologia e a Gazeta Médica lhe prestou homenagem.

Podemos sintetizar o perfil de Nina Rodrigues com as seguintes características: espírito forte; homem de ciência; individualidade possante de vida pura, quase asceta; escrupuloso; intuitivo; sábio; equilibrado; arguto; coração sensível; chefe de Escola; espírito combativo e criador; mestre; pesquisador infatigável; historiador atilado; filósofo; pensador profundo e fecundo; bondoso; estudioso; bom comportamento como aluno; talento fortemente assimilador e fartamente produtivo; espírito criador e original; trabalhador incansável; ambicioso de conhecimentos; inovador audaz; inteligência robusta; muito simpático; franco; afável; humilde; ávido de saber; profissionalmente leal; probo; amante da verdade; constante preocupação com o estudo e o ensino; figura nobre; entusiasta; erudito; dotado de notável descortino intelectual; professor de largas asas; magro; anguloso; não gostava de perder tempo como se fosse um homem de negócio norte americano cioso dos segundos e minutos que ele julgava preciosos; beneditino; afetuoso e bom na intimidade familiar; sentimental; semblante sereno e modesto de sábio; intervencionista corajoso; possuidor de interesse particular pelas coisas brasileiras; irreverente; irônico; amigo dos estudantes; polemista; espírito de grande independência nas investigações científicas; alma nacionalista; analista sagaz; talento proteiforme; dotado de raciocínio experimental sempre buscando a verdade; psicólogo emérito; investigador tenaz; grave; austero; jamais agressivo.

UNICRED Niterói, sua região e um legado

A UNICRED Niterói tem sua fundação no ano de 1995. Vinte e cinco anos, uma jovem adulta! Cumprindo sua vocação na saúde, as cidades da sua área de atuação mereciam uma representatividade através de uma cooperativa financeira. Com visão empreendedora, lideranças de Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim instituíram a cooperativa Unicred, que logo se desenvolveu e expandiu. Com um histórico de expressão nas atividades econômicas no Estado, havia nos municípios um público específico que necessitava obter, aliado a vantagens financeiras, o acesso a produtos e serviços a preços justos no mercado.

As cooperativas, como empresas diferenciadas que são, têm a capacidade de crescer na adversidade. Não foi diferente com a Unicred Niterói. Criada dois anos após o surgimento do Plano Real, formou-se em paralelo a uma nova perspectiva. O sucesso do novo plano, com certeza, contribuiu para o desenvolvimento da cooperativa, mas não fosse a dedicação e a união do grupo que se formara, as sucessivas crises posteriores no país a teriam desmobilizado.

Nos primeiros anos de sua existência, a UNICRED Niterói deu passos largos para atrair seus pares na área da saúde, sendo imprescindível o olhar e a parceria de outras instituições, coirmãs no cooperativismo, que se uniram num case de sucesso. Em breve, a cooperativa se abriria a todas as categorias da área da saúde. Bem adiante, o espírito democrático da gestão daria início à nova fase com a progressiva admissão de profissionais de diversas outras áreas, começando com engenharia, arquitetura economia, contabilidade, administração, estudantes e, importantíssimo, os trabalhadores técnicos de todas as categorias estatutárias.

Percalços surgiram nesta trajetória, superados com muito trabalho, dedicação e habilidade. Passamos incólumes por crises mundiais nos mercados, como a crise de 2008 ("a grande bolha") que afetou as mais desenvolvidas nações mundiais, inclusive no "velho continente". Vivenciamos CPIs, Im-

peachments, corrupções, desgovernos etc. A Unicred cresceu em meio a, e apesar de, tanta turbulência.

Sob a égide do BACEN, órgão fiscalizador e controlador do Sistema Financeiro Nacional, a UNICRED respeita e cumpre todas as normas e legislação pertinentes. Às vezes até se antecipa, como foi a implantação do modelo de gestão por governança. Nos idos de 2014, a par do real valor desse modelo de gestão e percebendo sua insistente divulgação nas ações públicas do Banco Central, a diretoria de então iniciou intensa campanha de informação e conscientização do quadro social, resultando na aprovação unânime da proposta em AGE em 2015. A Governança Cooperativa viria a se tornar obrigatória para todas as cooperativas financeiras em 2017.

Com isso, demos um salto decisivo para a otimização profissional da nossa cooperativa. A proposta inicial não dividiria, mas uniria as lideranças da instituição, a Diretoria Executiva e o Conselho de Administração, além do fortalecimento das ações dos conselheiros através do acompanhamento das ações administrativas pelos Comitês Estratégicos, em conjunto com a Diretoria Executiva. Os programas de treinamento, capacitação, cursos mantêm os conselheiros e os colaboradores atualizados naquilo que concerne às boas práticas no mercado. Um exemplo atual é a aplicação da complexa e rigorosa LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

Em dois momentos críticos a UNICRED Niterói esteve próxima ao seu cooperado. Na crise da Petrobrás, muitos fizeram investimentos na cidade de Itaboraí, e correram sérios riscos de insolvência. Socorreu-os a UNICRED. Também, mais recentemente, com a pandemia pelo COVID-19, essa cooperativa teve presença marcante. Neste momento, nos reinventamos nas relações com os cooperados: renegociações, linhas especiais de crédito, solução das demandas.

Com ou sem crise, a Unicred não para! Muito pelo contrário, busca seu cooperado, estende-lhe a mão, mantém-se ao seu lado. Sabe que vale a pena investir naquilo que faz



Dr. Luiz Fernando Fonseca de Souza
Médico Cardiologista e Conselheiro Administrativo da UNICRED Niterói

Cooperado!

Presença e Atuação da UNICRED Niterói foram sempre marcantes no seu universo associativo, especialmente nos momentos de dificuldades.



de melhor - acreditar no cooperado. Mais além, olha o entorno ciente de que vivemos numa região fortemente cultural e empreendedora, que pratica ciência e trabalho com igual competência, que investe em grandes obras e forma grandes talentos, porém ainda apresenta grandes carências sociais. A solidariedade e a responsabilidade social da cooperativa, partindo das inúmeras ações que vinham sendo pontualmente praticadas, estão agora sendo estruturadas num projeto permanente de ampla dimensão: o Programa ACREDITAR. Com ele, a cooperativa se completa e dará ainda maior orgulho ao seu Quadro Social.

UNICRED 

NITERÓI

25
anos

Cuidados que salvam vidas

Os desafios dos hospitais diante da pandemia



Nesse mês de setembro, completamos um ano e seis meses que os nossos hospitais estão, diariamente, no front de combate contra o covid-19, a maior crise sanitária da história mundial. Uma luta incessante e repleta de obstáculos. Uma árdua e dolorosa convivência, diante de um inimigo desconhecido, mas também uma grande experiência e uma imensa alegria pela vitória e superação dos pacientes recuperados que recebem alta.

A cada dia da pandemia, temos a absoluta convicção de que o mais importante desse trabalho, não é somente a competência e o empenho técnico do nosso time da enfermagem, nossa equipe de médicos, pessoal administrativo, serviços gerais. Mas, principalmente o amor que cada um deles possui pela profissão e que também faz toda a diferença. Uma doença que provocou uma enorme demanda de pacientes aos hospitais e que ainda exige uma carga horária desgastante e cansativa desses profissionais. Uma dedicação ao cuidado com a saúde do próximo, pelo exercício da profissão e o comprometimento com a instituição da qual faz parte.

Todos os hospitais, seja da rede pública ou particular, possuem um protagonismo importantíssimo na sociedade. São eles que precisam acolher os pacientes e

cuidar do seu processo de tratamento e recuperação.

Durante a pandemia, o SINDHLESTE participa ativamente no acompanhamento aos hospitais que fazem parte da sua rede privada e mantém o diálogo constante com a secretaria de saúde e a prefeitura. É preciso monitorar os índices de contágios da doença nos municípios de Niterói e São Gonçalo, com a frequente ocupação de leitos dos quartos e das unidades de tratamento intensivo, que sempre apresentam constantes variáveis.

No período mais acentuado da crise, o SINDHLESTE fazia a tabulação e divulgação de 2 boletins semanais para a imprensa e órgãos governamentais, com todos os dados e informações da ocupação de leitos covid nas cidades. Ainda hoje, mantemos a divulgação do boletim semanal, com toda transparência que se faz necessária. Em se tratando de uma crise sanitária de enorme proporção, os hospitais permanecem em alerta para novos enfrentamentos e os cuidados preventivos para um possível aumento de casos.

Não somente os médicos e equipes de enfermagem travaram uma guerra no combate ao corona vírus. Infelizmente os profissionais de gestão dos hospitais tiveram uma enorme dificuldade para adquirir



Vinicius Queiroz

Presidente do SINDHLESTE



itens de absoluta importância para o trabalho das equipes de saúde em suas unidades. De forma lamentável e surpreendente, o mercado praticava um absurdo e inaceitável aumento de preços de EPIs (Equipamento de Proteção Individual), prática abusiva no reajuste de insumos, medicamentos e utensílios. Foi preciso uma complexa reinvenção de rotinas, com novas logísticas e otimização de processos para conseguir manter o padrão nos procedimentos médicos e um serviço de saúde com qualidade para a população. Sem dúvida alguma, um cenário desafiador e de muita superação.

Gostaria de parabenizar e agradecer aos Hospitais, Clínicas e todas as unidades de saúde associadas ao SINDHLESTE, que, desde o início dessa pandemia, tiveram uma conduta exemplar e de muita coragem no enfrentamento da doença. E ainda hoje seguem firmes com suas equipes, no compromisso diário em dar o melhor acolhimento possível aos pacientes, mesmo com todas as adversidades que costumam encontrar em suas rotinas.

Importante ressaltar que a pandemia ainda não acabou. As vacinas representam um importante aliado para o combate ao covid-19. Ainda temos um percurso longo pela frente, não somente no atendimento aos pacientes e suas complicações, mas também nas variáveis que o vírus acaba provocando, na descoberta de novas cepas, sequelas como consequência, além de outros fatores.

Vinicius Queiroz é Presidente do SINDHLESTE – Sindicato dos Hospitais e Clínicas da cidade de Niterói e São Gonçalo.

O novo mundo, o mundo BANI

Até meados de 2020, a gestão empresarial estava diante do mundo VUCA, onde a vantagem adaptativa era a palavra de ordem para quem desejava atravessar um ambiente de mudanças aceleradas.

Um conceito introduzido pelo U.S. Army War College para descrever o mundo multilateral mais VOLÁTIL, INCERTO (uncertainty), COMPLEXO E AMBÍGUO – VUCA, logo após a guerra fria, foi adotado pelas empresas e organizações dos EUA e assim disseminado entre as corporações do mundo inteiro.

O entendimento do mundo VUCA conferia às empresas que almejavam visão estratégica, descortinamento de cenários, transparência e agilidade gerencial traçar diretrizes mais eficazes na busca de novos caminhos que permitissem à liderança se adaptar frente às incertezas dos mercados.

Tudo parecia estar se ajustando, até o momento que o mundo se vê às voltas com a pandemia – um evento jamais imaginado.

A pandemia, então, joga por terra, grande parte das estratégias que foram concebidas a partir do conceito VUCA, principalmente para as empresas que atuavam em ambientes altamente competitivos.

A partir de uma realidade caótica, surge o conceito de mundo BANI que propõe a transição dos paradigmas do mundo VUCA. Quando nos referimos à transição, é importante que se tenha em mente que os conceitos trazidos pelo mundo VUCA não desapareceram e não desaparecerão tão cedo.

Muitas empresas ainda terão como referência os conceitos VUCA, uma vez que estamos falando de situações e eventos que acontecem no ambiente empresarial e são dependentes de regiões específicas, perfil dos clientes, tipo de mercado e assim por diante; o que torna o mundo VUCA ainda muito presente.

Criado pelo futurista, antropólogo, professor da Universidade da Califórnia e membro do Institute for the Future, o americano Jamais Cascio, o mundo BANI se apóia no conceito de que o mundo não é mais volátil como no VUCA e passou a ser um mundo frágil como defende seu autor.

O acrônimo, que representa o mundo BANI, significa: Brittle (frágil); Anxious (ansioso); Nonlinear (não linear) e Incomprehensible (incompreensível).

Em sua essência, o mundo BANI trata de uma mudança que impacta o nosso dia a dia, aumentando e multiplicando o estresse que sentimos.

A fragilidade a que se refere o antropólogo é defendida na medida que o mundo está sujeito a catástrofes de uma hora para outra, como no caso da pandemia.

Também a "cultura do cancelamento" está presente em todos os setores. Uma frase mal colocada, num pronunciamento de um executivo é o suficiente para causar "estragos" e derrubar o status, o posicionamento e a liderança de uma empresa no seu mercado de atuação.

A ansiedade tomou conta do mundo onde predominam sentimentos negativos e a expectativa constante de que algo inesperado pode acontecer. As pessoas e o mundo estão vivendo no limite, o que ocasiona um senso de urgência, que pode acabar pautando muitas decisões, sem uma análise adequada.

O mundo não linear é reconhecido através dos eventos que estão cada vez mais desconectados e desproporcionais, causados pelo isolamento social. No mundo BANI, planejamentos de longo prazo e muito detalhados não fazem mais tanto sentido.

O futurista explica, também, o mundo incompreensível, onde "tentamos encontrar respostas, mas as respostas não fazem sentido". A incompreensão sobre os aconte-



Prof. Moacir Martins Junior*

tecimentos é fruto da carga excessiva de informações e, muitas delas, desconectadas da realidade verdadeira.

Devido ao estresse, à ansiedade e à pressão que está presente, muitas vezes, cada um acaba por criar sua própria realidade, ou então, o que é pior, criam uma realidade fantasiosa – fake.

Pode parecer catastrófico, porém o mundo BANI é apenas uma visão que exige uma reflexão para que possamos identificar seus riscos e oportunidades inerentes e assim estabelecer estratégias para viver melhor neste novo cenário.

Até...

*Conferencista, palestrante e Consultor empresarial.

Autor do livro *Labor e Divagações*. Envie suas sugestões de temas para o prof. Moacir. Para contatos e esclarecimentos: moa@prof-moacir.com.br Viste também: www.prof-moacir.com.br

18 de outubro
Dia do médico

Unimed 
Leste Fluminense

PARABÉNS
AOS NOSSOS
★ ANJOS ★
sem asas

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Associação Médica Fluminense - AMF

Departamento Científico

O Departamento de Clínica Médica da AMF, coordenado pelo Dr. José Luiz Reis Rosati, mantém o seu calendário de realização dos encontros científicos, quinzenal, às terças-feiras.

Os encontros, que anteriormente eram realizados na sede da AMF, desde o início da pandemia da covid-19, tem acontecido em formato virtual, às 7:30h, sempre com muita adesão por parte dos médicos.

As reuniões têm contado com grandes nomes da medicina e excelentes temas, que são disponibilizados no canal da AMF, no Youtube: <https://youtu.be/MaE>.

Encontro Institucional

No dia 19 de julho passado, foi realizado na sede da AMF um encontro entre representantes de algumas instituições médicas. Estiveram presentes, a convite da Presidente da Associação Médica Fluminense, Dra. Zelina Caldeira, o Prof. Dr. Luiz José Romeo, Presidente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, o Dr. Marcelo Erthal de Azeredo, Vice-Presidente do CREMERJ, Dr. Alcir Chacar e o Prof. Dr. José Genilson Alves Ribeiro, Vice-Diretor da Faculdade de Medicina da UFF.

Estiveram presentes, também, outros membros da diretoria da AMF, o Vice-Presidente, Dr. Gilberto Garrido Júnior e o Diretor de Patrimônio, Dr. Paulo Afonso Lourega de Menezes.

Nesse encontro, foi discutido, entre outros temas, o fortalecimento da parceria das instituições, por meio de ações integradas e coletivas.



Da esquerda para direita: Marcelo Erthal, Paulo Afonso Lourega, Genilson Ribeiro, Zelina Caldeira, Gilberto Garrido, Alcir Chacar e Luiz José Romeo

Campanha de Doação de Sangue e Aniversário da AMF

Nos dias 11 e 12 de agosto a AMF realizou, em parceria com a ONG DAVIDA – Casa do Bom Samaritano, uma campanha de doação de sangue, na sede da AMF. Esta ação integrou o calendário do Agosto Laranja, mês de Conscientização da Doação de Medula Óssea. No total, 47 pessoas fizeram a doação.

Esta realização teve ainda o objetivo de comemorar o aniversário de 92 anos da Associação Médica, ocorrido no último dia 14 de agosto.



Sociedades médicas simples limitada unipessoal pode recolher o ISS como uniprofissional?



As sociedades uniprofissionais foram criadas pela Lei Nacional 406/1968. Algumas prefeituras insistem em denegar o direito dos médicos deste tipo de sociedade em pagar o ISS fixo mensal por sócio, obrigando a recolher sobre uma alíquota sobre o movimento econômico.

Algumas decisões judiciais corroboravam este entendimento das prefeituras. O STF em 24/04/2019, decidiu favorável a sociedade uniprofissional, dando seu parecer sobre o correto deslinde a esta controvérsia. Ao admitir quer a prefeitura possa descaracterizar este tipo de sociedade regida por legislação federal, estar-se-ia promovendo uma subversão das respectivas competências. A União legisla e o município interpreta caracterizando e tipificando de acordo com seu interesse fazendário.

Afirmou o ministro Edson Fachin, como relator do Mandado de Segurança nº RE-940.769/RS, que a prefeitura não tem o condão de afastar o direito dos

profissionais que prestam serviços com responsabilidade pessoal através do seu conhecimento intelectual.

A sociedade simples limitada unipessoal, sociedade de espécie, natureza simples que adota a forma de limitada, conforme art. 983 do CC, cujo objeto social seja a prestação de serviços médicos, exercido de forma pessoal e direta pelo seu único sócio médico, não há de se falar em constituição de elemento empresa, conforme parágrafo único do artigo 966 do CC.

Em recente decisão, o STJ em 24/03/2021, acordou no processo de Embargos de Divergência em Agravo em Recurso Especial nº 31.084 – MS (2012/0039881-1), que a forma de constituição da sociedade limitada, não é relevante para a não concessão do ISS fixo mensal, nos moldes do artigo 9º, parágrafo 3º, do DL 406/1968 e sim, se é sociedade de profissionais médicos cuja responsabilidade pessoal é regida pelo Código de Ética

Médica, bem como, perquirir se a atividade médica desempenhada pela pessoa jurídica não constitua elemento de empresa, nos termos do artigo 966 do CC, que sobreponham à atuação profissional e direta dos sócios na condução do objeto social da empresa.

Algumas prefeituras, entendem que as sociedades uniprofissionais não podem emitir NFS-e para terceiros contratantes hospitais e clínicas, por agregarem insumo, ao produto final, oferecido pelo terceiro contratante, rechaçado na justiça. Não possuir divisão de capital social onde ocorra uma predominância da participação societária de um sócio sobre o outro. Não possuir no objeto social, com fim de não denotar elemento empresa, consultoria, pesquisa, coordenação de curso, comércio da medicina, importação, abertura de filiais, sites, logomarca, somente prestação de serviços médicos. Tampouco terceirizar os serviços da SLU uniprofissional, distribuindo os lucros de acordo com a produtividade, embora seja ele próprio. Também registrar os atos constitutivos no RCPJ

Estes entendimentos são despidos de qualquer fundamento paralegal ou metajurídico, utilizado com fim de normatizar interpretação fazendária, não albergado em quaisquer instrumentos normativos passíveis de aplicação, pois não norteia o mesmo entendimento do fisco, contribuinte e do supremo.

O Grupo Asse a 45 anos assessora os profissionais da saúde nesta questão e outras, cuidando de sua contabilidade, fiscal e RH em diversos estados do território nacional.



Grupo Asse Contabilidade Médica
 Há 45 anos assessorando profissionais da área de saúde
diretoria@asse.com.br
 Rio de Janeiro (21) 2216-9900 | São Paulo (11) 4502-1370





Dr. Fritz Alfredo Sanchez Cardenas

Fascinado pela embriologia e a filosofia do processo de evolução de mãe e filho, o médico Fritz Alfredo Sanchez Cardenas se especializou em ginecologia e obstetrícia. E sua maior emoção na profissão foi ter feito os partos de suas duas netas. Para os jovens médicos ele deixa uma mensagem: "A medicina muda a cada dia com os avanços de tecnologia, porém nunca podemos esquecer que a clínica é soberana e sempre devemos aperfeiçoarmos no exercício clínico para o diagnóstico." Ele norteia sua vida baseado na frase "Tentar sempre fazer o melhor, mantendo a humildade de reconhecer que não somos os melhores e sempre termos algo a aprender."

Tempo de formado:

36 anos

Especialidade:

Ginecologia e Obstetrícia

Por que escolheu essa especialidade:

Porque fiquei fascinado pela embriologia e a fisiologia do processo de evolução de mãe e filho.

Formação:

Graduado em medicina na Universidade Nacional Mayor de São Marcos (Lima Peru), Universidade Federal fluminense, Instituto de Ginecologia da UFRJ, trabalha atualmente no posto Central de saúde de São Gonçalo Washington Luiz Lopes há 26 anos.

Se não fosse médico, seria:

Seria engenheiro mecânico, sou fascinado em ver como funciona as máquinas.

Fato mais marcante na profissão:

Realizar os partos da minha filha, receber minhas duas netas foi o mais emocionante e gratificante em minha profissão.

O que representa a AMF:

É onde sempre se é bem vindo.

Hobby:

Adoro viajar, jogar tênis e dançar.

Livro preferido:

A Bíblia

Sua inspiração na profissão:

Meu tio Hipólito Sanches (médico cardiologista).
Fui acadêmico dele desde o primeiro dia da faculdade.

Qual a importância da família na vida do médico:

A família é a base de tudo, apoio, sustento, refúgio, inspiração e força para poder prosseguir na nossa caminhada.

Programa imperdível:

Final de semana em Búzios.

Música preferida:

Garota de Ipanema

Frase para a posteridade:

Ser persistente nos objetivos da vida. Tentar sempre fazer o melhor, mantendo a humildade de reconhecer que não somos os melhores e sempre temos algo a aprender.

Mensagem aos jovens médicos:

A medicina muda a cada dia com os avanços de tecnologia, porém nunca podemos esquecer que a clínica é soberana e sempre devemos aperfeiçoarmos no exercício clínico para o diagnóstico.

Porque sou sócio da AMF:

Sou sócio há 25 anos sempre me sentindo confortável em todas as atividades.

Apresentamos aqui o Clube de Benefícios AMF

Em qualquer destes estabelecimentos, você associado terá descontos nos serviços e produtos:



Desconto de 30% nas atividades esportivas (natação) e 20% nas atividades de fisioterapia e hidroterapia para associados e dependentes.

www.aquafishniteroi.com.br

Tel: (21) 2611-1984 / 27119033



Instituto Brasileiro de Línguas Icarai

<http://unidades.ibl-idomas.com.br/icarai/>

Para os associados da AMF serão concedidos

50% desconto nos idiomas Inglês, Espanhol e Francês e 40% de desconto nos idiomas Alemão, Italiano e Japonês



(21) 2542-0080

(21) 98669-2818

Isenção da taxa de matrícula, em todos os cursos

Desconto no percentual de 10%, a partir da 2ª parcela das mensalidades.

www.hzm.com.br

O associado da AMF dispõe também de:

Consultoria jurídica subsidiada.

Desconto de 30% para locação do salão de eventos da AMF;

Desconto de 50% para locação das salas de conferência;

Desconto de 50% para locação da churrasqueira

Utilização livre da piscina nos finais de semana e durante a semana sem acompanhamento de professor de natação.



Desconto de 20% em cursos



Desconto de 20% em todas as atividades.

www.metodosupera.com.br

Tel: (21) 2704-0012



Desconto de 20% em serviços pontuais

Tel.: (21) 2220-0569

www.marketmed.com.br



(21) 2018-2568

(21) 98449-3352

Desconto de 10% na comissão de corretagem e kit de certidões na venda do imóvel a todos os associados (médico + cônjuge).

www.davisaramago.com



Meia entrada nas peças em cartaz na Scuola di Cultura para associados e

familiares dos associados da AMF

Isenção da taxa de inscrição nos cursos livres realizados pela Scuola di Cultura



- 20% de desconto no seguro viagem

- 5% de desconto nos pacotes nacionais e internacionais (aéreo + hotel + serviço)

- 5% nos cursos de idiomas

niteroi@travelmate.com.br - Tel: 3674-3008



Confira no site: www.amf.org.br

CLINOP faz 49 anos Inovando como sempre



Fundada pelo Dr Luiz Carlos Pegado, que na ocasião trouxe para Niterói o 1º computador oftalmológico do Brasil na época, a CLINOP - Clínica de Olhos Pegado, continua inovando e renovando seus métodos e procedimentos, com equipamentos de última geração em suas unidades do Centro e Icarai, em Niterói, tendo no comando os Drs Daniel e Rodrigo Pegado. Dr Luiz, como é conhecido o fundador destaca o olhar humano por trás de toda tecnologia: "Não adianta ter o melhor equipamento, a capacidade técnica tem que estar aliada a missão social de cada um de nós, e de cada empresa". Em tempos tão provocadores, o olhar social sempre foi uma marca da família e do grupo. O IBAP - Instituto e Escola de Oftalmologia, com 39 anos, por exemplo, presta atendimento ao SUS e forma novos profissionais com cursos, residências e intercâmbio. Parabéns e vida longa à CLINOP.





PRONTO ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA **24 HORAS**

**CENTRO CIRÚRGICO, INTERNAÇÕES CLÍNICAS
E UTI ADULTO**



HOSPITAL DE CLÍNICAS ALAMEDA

Em Caso de Emergência
 **(21) 3578-3636**

Alameda São Boaventura, 321 - Fonseca - Niterói - RJ
www.hospitalalameda.com.br

O ano todo rosa

O combate e a prevenção ao câncer de mama acontecem o ano todo para nós do IRSA.

Com o Outubro Rosa e nosso programa IRSA Solidário, nós queremos contribuir para que um maior número de mulheres que precisam de um diagnóstico ou simplesmente precisam fazer seus exames de rotina, tenham acesso à Mamografia.

Pensando nisso, o IRSA trouxe para Niterói o mais novo mamógrafo digital. Alta tecnologia em diagnóstico por imagem e conforto para cuidar de você e de seus pacientes!



CENTRAL DE ATENDIMENTO

2729-1669 | 2612-9300

 21 99037-3112

 www.irsamed.br

  [irsaradiologia](https://www.instagram.com/irsaradiologia)

Médico Responsável: Dr. Luiz André Fonseca - CRM-RJ: 52556523

ACESSO MÉDICO EXCLUSIVO

Consulte o resultado dos exames de seus pacientes

resultados.irsamed.br



IRSA

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Desde 1967 Cuidando da Sua Saúde