

SER MÉDICO

ENTREVISTA

Médico de 29 anos cria hidrogel para bioimpressão 3D

SOLIDARIEDADE

Missão Benin promove ações de saúde na África

TURISMO

Petar, o paraíso escondido no Alto do Ribeira, em SP

OPINIÃO

Gestão financeira para jovens médicos

Nº 87 • ANO XXI • ABRIL | MAIO | JUN • 2019

WWW.CREMESP.ORG.BR

CREMESP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



Reprodução Assistida

Brasil torna-se pioneiro no transplante de útero de doadora falecida, tema de debate desta edição, que repercute os dilemas bioéticos do procedimento. Confira também a história e diferentes técnicas de RA

PIONEIRISMO E AVANÇOS DA MEDICINA PAULISTA

Nesta terceira edição da **Ser Médico** sob nossa gestão, apresentamos o trabalho de médicos paulistas que entraram para o rol de pioneiros da Medicina, ao realizar o primeiro transplante de útero de doadora falecida, com gestação bem-sucedida. Compõem o tema um debate envolvendo os aspectos bioéticos do procedimento, bem como a opinião de representantes de comunidades religiosas e portadoras da Síndrome de Rokitansky – incluindo a paciente transplantada –, uma das principais indicações ao transplante de útero. Além do debate bioético, suscitam dilemas filosóficos os significados do útero e da maternidade para a mulher. Por isso, nossa linha editorial é clara: não somente apresentar a vanguarda paulista na Medicina, mas promover reflexões a partir desses avanços.

Abordamos também a história da reprodução assistida, seguindo a reformulação da revista, que apresenta o tema de capa em seu passado, presente e futuro. Trata-se, desta vez, de uma história recente, se pensarmos que há apenas 40 anos ocorreu o nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê gerado por fertilização *in vitro*. Desde então, milhões de bebês vieram ao

mundo graças às novas técnicas de reprodução assistida, permitindo que muitas pessoas concretizassem o sonho de ter filhos. As mudanças intensas em tão pouco tempo demandam a discussão constante dos conceitos bioéticos. Assim, detalhamos também as diferentes técnicas de reprodução assistida e as mudanças que o Cremesp propõe para a atualização da Resolução nº 2.168/2017, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que regula o tema.

Na entrevista, trazemos mais um exemplo da vanguarda médica paulista em uma nova fronteira da Medicina: a bioimpressão em 3D. Nela, um jovem médico pesquisador explica seu trabalho em busca da criação, em laboratório, de um coração bioartificial, além de vasos e outras estruturas geradas por técnicas de engenharia de tecidos.

O conteúdo humanístico é retratado na crônica, na forma de ciclo da vida de um médico e a influência que a Medicina tem sobre suas experiências. Certamente, muitos colegas se identificarão com, pelo menos, algumas delas. A resenha trata de um livro escrito por um médico diagnosticado com câncer terminal, o extremo oposto da matéria de capa, fechando o “ciclo da vida”.



Na editoria de turismo, apresentamos um tesouro natural escondido no Estado de São Paulo, o Parque Estadual Turístico do Alto do Ribeira (Petar), com mais de 300 cavernas. O escorpionismo, importante problema de saúde pública, muitas vezes negligenciado, e o trabalho de uma ONG que promove uma missão médica no Benin, país da África assolado pela miséria, são outros temas interessantes, assim como o conceito de software *Open Source*, e os de poupança e investimentos, questões importantes em época de reforma da Previdência. A agenda cultural diversifica-se, apresentando mais opções no Interior do Estado. Boa leitura!

Edoardo Filippo de Queiroz Vattimo
Coordenador da Assessoria de Comunicação

EXPEDIENTE



DIRETORIA

Presidente: Mario Jorge Tsuchiya; **Vice-presidente:** Irene Abramovich; **1º secretário:** Angelo Vattimo; **2ª secretária:** Maria Alice Saccani Scardoelli; **1ª tesoureira:** Christina Hajaj Gonzalez; **2º tesoureiro:** Lucio Tadeu Figueiredo; **Corregedor:** Rodrigo Costa Aloe; **Vice-corregedor:** José Gonzalez; **Departamento de Fiscalização:** Flavia Amado Bassanezi; **Departamento de Comunicação:** Edoardo Filippo de Queiroz Vattimo; **Departamento Jurídico:** Lyane Gomes de Matos Teixeira Cardoso Alves; **Delegacias da Capital e Região Metropolitana:** Pedro Sinkevicius Neto; **Delegacias do Interior:** Daniel Kishi.

CONSELHEIROS

Altino Pinto, Angelo Vattimo, Camila Cazerta de Paula Eduardo, Chien Yin Lan, Christina Hajaj Gonzalez, Cynthia Dantas Kurati, Daniel Kishi, Edoardo Filippo de Queiroz Vattimo, Eliane Aboud, Fernando José Gatto Ribeiro de Oliveira, Flavia Amado Bassanezi, Flávia Bellentani Casseb Frederico, Francisco Carlos Quevedo, Henrique Liberato Salvador, Irene Abramovich, Joaquim Francisco Almeida Claro, José Gonzalez, Juliana Takiguti Toma, Julio Cesar Zorzin, Lucio Tadeu Figueiredo, Lyane Gomes de Matos Teixeira Cardoso Alves, Marcello Scattolini, Maria Alice Saccani Scardoelli, Maria Camila Lunardi, Mário Antonio Martinez Filho, Mario Cezar Pires, Mario Jorge Tsuchiya, Mario Mosca Neto, Mirna Yae Yassuda Tamura, Mônica Yasmin Pinto Corrado, Paula Yoshimura Coelho, Pedro Sinkevicius Neto, Regina Maria Marquezini Chammes, Rodrigo Costa Aloe, Rodrigo Lancelote Alberto, Rodrigo Souto de Carvalho, Silvio Sozinho Pereira, Tatiana Regina Crisculo, Thiago Willian Gonçalves e Wagmar Barbosa de Souza.

CONSELHO EDITORIAL:

Angelo Vattimo, Lucio Tadeu Figueiredo, Maria Camila Lunardi e Rodrigo Souto.

SER MÉDICO

Coordenador do Departamento de Comunicação: Edoardo Filippo de Queiroz Vattimo **Chefe da Assessoria de Comunicação:** Nara Damante; **Editora:** Fátima Barbosa; **Colaboradoras:** Aglaé Silvestre, Concília Ortona e Ivolethe Duarte; **Fotografia:** Osmar Bustos; **Designer Gráfico:** Sophia Kraenkel; **Estagiários:** Arthur Codjain Gutierrez, Júlia Remer, Maria Melo e Bruna Goulart (texto), Bruna Gabrielle (foto), Ian Stiepcich (designer gráfico); **Impressão:** Gráfica Plural. Tiragem: 153.000 exemplares. Periodicidade trimestral. Opinião e conceitos emitidos em matérias assinadas não refletem necessariamente a opinião da **Ser Médico**.
ISSN: 1677-2431
E-mail: sermedico@cremesp.org.br

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CAT - Central de Atendimento Telefônico: (11) 4349 - 9900. **Atendimento na sede:** rua Frei Caneca, 1.282 – Consolação (das 9h às 18 horas). **Departamento de Comunicação:** asc@cremesp.org.br



Certificado no escopo: atendimento, na Sede e na Delegacia da Vila Mariana, pertinente à prestação de serviços cartoriais de registros de profissionais e de empresas.

ÍNDICE

4

CARTAS
Leitores comentam Dossiê Psiquiatria da Ser Médico

6

ENTREVISTA | GABRIEL LIGUORI
Com apenas 29 anos, médico desenvolve hidrogel para bioimpressão em 3D

12

CRÔNICA | A.N.BRUNO
Ao ser médico...

14

REPRODUÇÃO ASSISTIDA | HISTÓRIA
Tem início uma nova era na Medicina

18

REPRODUÇÃO ASSISTIDA | EM FOCO
Diferentes técnicas e dilemas bioéticos frequentes

21

REPRODUÇÃO ASSISTIDA | VANGUARDA
Bebê nascido de transplante de útero de doadora falecida é pioneirismo brasileiro

23

REPRODUÇÃO ASSISTIDA | REPERCUSSÃO
Como o procedimento inédito repercute na sociedade?

24

REPRODUÇÃO ASSISTIDA | DEBATE
Quais as implicações bioéticas do transplante de útero de doadora falecida?

30

TECNOLOGIA
Estamos em um mundo Linux e não sabemos...

32

MEDICINA NO MUNDO
Atenção ao escorpionismo e outras notas

34

OPINIÃO | GESTÃO FINANCEIRA
A importância da educação financeira no início da carreira médica

36

SOLIDARIEDADE | MISSÃO BENIN
Missão da ONG Sementes da Saúde promove ações no Benin

39

TURISMO
Parque Estadual Turístico do Alto do Ribeira (Petar), um paraíso escondido

43

AGENDA CULTURAL
Confira nossas dicas culturais

47

RESENHA
O último sopro de vida, de Paul Kalanithi

48

FOTOPOESIA
Mãe, de Mário Quintana

CARTAS

Cartas para: sermedico@cremesp.org.br ou Rua Frei Caneca, 1.282, Consolação, São Paulo - SP – CEP 01307-002.

A Ser Médico se reserva o direito de publicar trechos das mensagens. Informar o nome completo e número de CRM, se for médico/a.

DOSSIÊ PSIQUIATRIA

"Achei muito pertinente a matéria sobre suicídio, da edição 86 da **Ser Médico**, pois trata de um tema ainda considerado tabu na sociedade (inclusive entre a classe médica não afeita a essa patologia), que não o compreende como um transtorno psiquiátrico, complexo e multifatorial, atribuindo muitas vezes esse desfecho a questões circunstanciais mais simples, como o excesso de estresse. Parabéns aos autores!"

Luis Cláudio C. Heitzmann

"Sou médica clínica, e sempre recebi a revista **Ser Médico**, porém lia apenas alguns artigos, pouco me interessava por ela. Esta última que recebi, entretanto, está excelente. Li todos os artigos, principalmente a parte Dossiê Psiquiatria, muito bom mesmo. Para quem faz a clínica médica, foi muito elucidativo. Obrigada, que continue assim nessa "pegada". Para nós, clínicos, é excelente."

Leila Rosa Alcantara Oliveira

"Gostaria de parabenizar a revista **Ser Médico** pela edição nº 86, com os artigos sobre Psiquiatria, ainda hoje uma especialidade cercada de preconceitos e desinformação. [...] Em outras áreas da Medicina, avanços no tratamento dos males que nos afligem costumam ser comemorados. Desnecessário dizer mais."

Alexandre A. J. Vasconcelos

"Nós, grupo autônomo de médicos psiquiatras, viemos por intermédio desta carta de leitores, apontar nossas dissonâncias frente ao dossiê veiculado [na última edição]... o recorte temporal proposto pelo dossiê trataria de uma tendência supostamente científica em trazer temporalmente uma espécie de evolução desenvolvimentista da Psiquiatria [...] Tal estratégia retórica parte do pressuposto de que, ao se abandonar a concepção trágica da loucura, passássemos necessariamente para um estágio mais evoluído, ampliando o entendimento do sofrimento humano, e, portanto, culminando com o ápice das descobertas científicas oriundas da evolução humana, da genética, da psicofarmacologia [...] no caso da Psiquiatria, vem sendo eleito o cérebro como seu centro de irradiação do psíquico, passássemos para o silenciamento da loucura e do sofrimento que se traduziria pelo reducionismo neurobiológico e da aclamada previsibilidade genética. [...] Esperamos que esta carta não seja silenciada pela suposta razão neurobiopsicofarmacológica mercadológica, produtivista e normalopática."

ASSINAM A CARTA : Autoria Fabrício Donizete da Costa. **Apoiadores** Rachel Cristina Ribeiro Giacoia Leal, Sandra Lia Chioro dos Reis, Fellipe Miranda Leal, Gabriel Contreira Sansoni, Fernando Ferreira Linhares e Celso Ricardo Bueno.

RESPOSTA:

A **Ser Médico** incentiva a exposição de opiniões divergentes, como parte do princípio do amplo debate democrático e agradece a manifestação.

No entanto, informamos que, por repudiarmos a lógica do monopólio da verdade absoluta, a edição anterior buscou apontar as atuais contradições presentes na assistência em saúde mental no Brasil.

É fato que atualmente a rede de assistência psicossocial e o atendimento a pacientes com transtornos psiquiátricos no SUS apresenta sérias deficiências. Também é fato o crescente número de pessoas em situação de desamparo e vulnerabilidade social, bem como a ampliação do uso de termos pouco técnicos e estigmatizantes, como "loucura".

Frente a esse preocupante cenário, cabe, portanto, neste momento, a discussão e a reflexão democrática e crítica sobre as políticas públicas, após quase 20 anos da publicação da lei chamada "Luta Antimanicomial".

Desta forma, a **Ser Médico** buscou apresentar uma leitura de cunho estritamente científico e não político-ideológico, como ocorre com frequência nos debates sobre este tema.

Edoardo Vattimo – Conselheiro e coordenador da Assessoria Comunicação

DOSSIÊ PSQUIATRIA

"Sou médico e professor do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté, responsável e coordenador da disciplina Espiritualidade e Medicina[...]. Gostei muito do artigo publicado na edição nº 86 desta revista, que abordou a saúde mental dos médicos. Gostaria muito de apresentá-lo aos meus alunos [...]."

Alexandre Serafim

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

"Parabéns pela edição 85 da revista **Ser Médico**. Artigos muito bons, notadamente os referentes ao histórico das vacinas, às mulheres em Medicina e cargos diretivos e à relação médico-paciente. Em minha turma, na EPM, que ingressou em 1969, havia apenas 20 mulheres, nas 120 vagas. Hoje, melhorou bastante. Fui aluno de Jairo Ramos e Osvaldo Ramos, que diziam: a Clínica em primeiro lugar, referindo-se à relação médico-paciente."

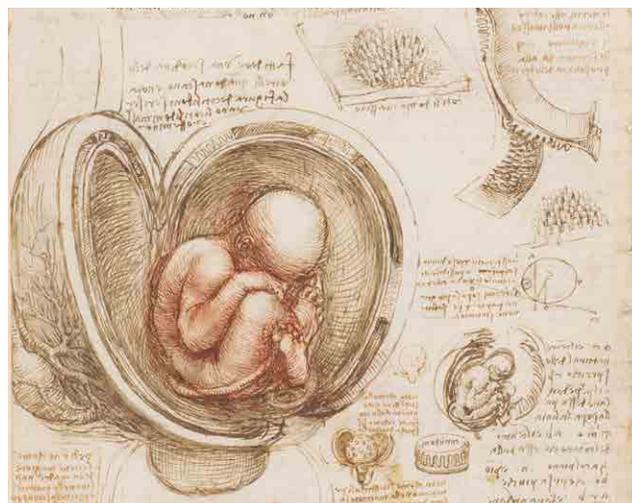
Armenio Uzunian

RECONHECIMENTO

"Sou médico há mais de trinta anos, e nunca tive a sensação de ser reconhecido e valorizado pelo **Cremesp**. Li atentamente o informativo com o balanço dos seis meses de gestão. E agora me delicio com a revista **Ser Médico**. Fico feliz por ter votado de maneira correta, fazendo com que esse grupo que hoje comanda o **Cremesp** me represente à altura. Parabéns a vocês! Continuem assim."

Glenn Wood da Silva

CAPA – RECTO: THE FETUS IN THE WOMB



A capa desta edição traz um desenho de Leonardo da Vinci (1452- 1519), polímata do Alto Renascimento, que se destacou em várias áreas da ciência e das artes. Neste trabalho, ele mostra um embrião dentro de um útero humano com uma placenta de vaca; um esboço menor do mesmo; notas sobre o assunto; desenhos ilustrativos em detalhe da placenta e do útero; um diagrama demonstrando visão binocular; uma nota sobre relevo na pintura e na mecânica.

Movido pela curiosidade de um artista e o rigor de um cientista, no início do século 16, Da Vinci começou a realizar uma série de dissecações de cadáveres humanos, sob a orientação do seu amigo e professor de anatomia, Marcantonio della Torre. Sua habilidade e interesse pela prática eram tão marcantes que alguns historiadores acreditam ter sido ele o primeiro artista a desenhar com precisão um feto humano posicionado no útero, uma vez que já havia dissecado o corpo de uma mulher grávida.

No final de sua vida, Da Vinci afirmou ter realizado cerca de 30 dissecações humanas. A vasta coleção de seus desenhos e anotações, ele os deixou para seu amigo e aluno Francesco Melzi, organizador de grande parte desses trabalhos, que agora pertencem à *Royal Collection* e está localizado no Castelo de Windsor, no Reino Unido.

Rumo ao coração artificial bioimpresso

O médico e cientista Gabriel Liguori, apontado como jovem com potencial de liderança pela Fundação Estudar, desenvolveu um promissor hidrogel que possibilita criar vasos sanguíneos e *patches* em bioimpressora 3D

Por **Fátima Barbosa**

No mesmo piso do estacionamento do Instituto do Coração (InCor) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), duas pequeníssimas salas acomodam o Laboratório de Pesquisa em Órgãos e Tecidos. Diametralmente oposto ao tamanho delas é o objetivo dos cientistas que lá trabalham: nada mais, nada menos, que o desenvolvimento de um coração artificial bioimpresso. O caminho é longo, mas já começou a ser percorrido.

O primeiro passo foi o desenvolvimento de um hidrogel para bioimpressão, feito para suportar a construção de tecidos fabricados com as células do próprio paciente, evitando, assim, a rejeição. O autor da façanha foi o médico Gabriel Liguori, de apenas 29 anos, que lidera uma das duas equipes de pesquisadores do laboratório. Também chamado de biotinta, quando combinado com células, o material já está sendo utilizado por ele na impressão de pequenos vasos sanguíneos e *patches*, espécie de *band-aids* de células-tronco que, colocados no coração, visam à sua regeneração.

Formado com destaque pela FMUSP, em 2014 – tendo recebido o prêmio Prof. Dr. Edmundo Vasconcelos de distinção em Cirurgia –, Liguori prepara-se, este ano, para defender sua tese de doutorado, desenvolvida na Universidade de Groningen, na Holanda, entre 2015 e 2017.

Durante sua graduação, o jovem cientista – que nasceu com uma cardiopatia congênita – passou um período na Universidade de Harvard e fez estágio no *Boston Children's Hospital*. Foi, ainda, selecionado, entre 80 mil candidatos, como um dos 24 bolsistas da Fundação Estudar, que fornece apoio financeiro e de orientação acadêmica a jovens com potencial de liderança.

Confira, a seguir, a entrevista exclusiva de Liguori à **Ser Médico**, sobre sua trajetória pessoal e suas pesquisas.



[1]

Gabriel Liguori, no Laboratório de Pesquisa em Órgãos e Tecidos, do InCor, da FMUSP

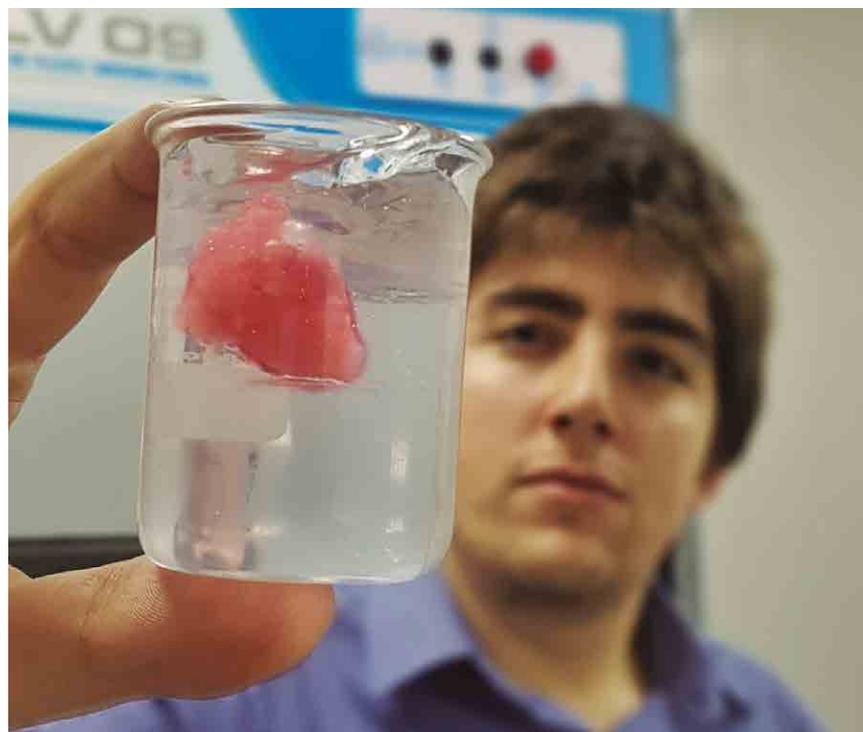
Ser Médico – Você tem uma cardiopatia congênita... Pode nos contar sua experiência?

Gabriel Liguori – Quando nasci, aparentemente estava tudo bem, mas após alguns dias meus pais começaram a notar que eu ficava com um tom azulado, cansado, e não conseguia mamar direito. O médico recomendou que me trouxessem ao InCor. Com sete dias de vida, vim para cá e comecei a ser acompanhado clinicamente, fazendo consultas de rotina por dois anos, no grupo de cardiopatias congênitas. Tenho atresia pulmonar com comunicação interventricular. É um tipo específico de cardiopatia em que a criança nasce sem o

tronco pulmonar, um dos principais vasos do coração. O sangue acaba fluindo só pela aorta e o fluxo dele no pulmão fica baixo; a oxigenação, conseqüentemente, também é baixa. Além disso, há uma mistura do sangue venoso e do arterial por causa da comunicação. Quando completei dois anos, os médicos acharam melhor fazer a cirurgia para um rearranjo dos vasos, de maneira a aumentar o fluxo pulmonar e a oxigenação. É uma cirurgia paliativa e não corretiva. Funcionou bem comigo e não precisei reoperar. Desde então, faço acompanhamento aqui no InCor; em determinadas épocas mais, em outras menos. Desde criança, até hoje, a minha médica é a dra. Maria Angélica Binotto.

Ser – Este fato o influenciou a fazer Medicina?

Gabriel – Não lembro o momento exato, mas eu sempre falava que queria ser médico. O fato de frequentar sempre o hospital despertou minha curiosidade. Além disso, quando criança, eu não podia fazer muita atividade física. Apesar de a cirurgia ter ajudado a melhorar o fluxo pulmonar e a respiração, não foi suficiente para que eu pudesse acompanhar as outras crianças nos esportes coletivos, como futebol, por exemplo. Então, não saía muito. No máximo, fazia natação porque nas atividades individuais podia seguir meu ritmo. Estudava e lia muito em casa, fazendo experiências, coisas de criança.



[1]

Protótipo de coração bioartificial impresso em 3D

Ser – E quando ficou claro que gostaria de trabalhar com pesquisa?

Gabriel – Quando entrei na faculdade, queria fazer o mesmo que os médicos que cuidaram de mim. Por isso, desde o início da graduação, participei de atividades na área de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular. Sempre gostei mais da área cirúrgica e foquei nela durante todo o curso. No primeiro ano, matriculei-me na disciplina de Anatomia das Cardiopatias Congênitas. Não era uma matéria daquele ano, mas a prof.^a Vera Aiello permitiu que eu a fizesse. Comecei, também, a entrar em projetos de pesquisa. Fundei a Liga Acadêmica de Cirurgia Cardíaca Pediátrica na faculdade, sob

orientação do prof. Marcelo Jatene. É um grupo que reúne alunos para acompanhar cirurgias, fazer trabalhos científicos, estudo e discussão de casos nessa área. Tive a oportunidade também de ir ao Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular e fundar, juntamente com presidentes de outras ligas do Brasil, o Departamento Brasileiro das Ligas Acadêmicas de Cirurgia Cardiovascular. É uma representação estudantil dentro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Já no primeiro ano, conseguimos, entre vários acadêmicos, escrever um livro, o *Manual Acadêmico de Cirurgia Cardiovascular*, que hoje é referência na área de graduação. A partir daí, participei de congressos em vários

Percebi que essa área seria o futuro da Medicina e comecei a focar nela

lugares e comecei a trabalhar em uma série de projetos de pesquisa que me permitiram fazer apresentações dentro e fora do Brasil. Tomei gosto por esse contato internacional. No final da graduação, envolvi-me com a área de engenharia de tecidos, que é um pouco diferente.

Ser – Como se deu o envolvimento com a engenharia de tecidos?

Gabriel – No último evento do qual participei no sexto ano, o *World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery*, realizado aqui no Brasil, conheci a engenharia de tecidos por meio de uma pesquisadora holandesa que apresentou um projeto de fabricação de vasos sanguíneos em laboratório, para crianças com cardiopatia congênita. Percebi que essa área seria o futuro da Medicina e comecei a focar nela. Entrei em contato com o líder do grupo de pesquisa holandês, prof. Marco Harmsen, com quem viria a desenvolver meu doutorado e, algum tempo depois, recebi a notícia de que fora aceito para me juntar a eles. Em seguida, contatei o prof. Luiz Felipe Moreira, responsável pela área de pesquisa em Cirurgia Cardiovascular no InCor, que apoiou a ideia e aceitou ser meu orientador de doutorado aqui no Brasil. Nesse programa, tenho dois orientadores: um lá e um aqui.

Ser – Você fez Residência?

Gabriel – Não, quando estava no último ano da graduação, decidi fazer o doutorado antes da Residência, pois, depois que você é cirurgião, não consegue parar por dois anos para fazê-lo fora do Brasil. E eu queria trazer a área de engenharia de tecidos para o nosso país. A intenção era fazer o doutorado, em seguida a residência em Cirurgia Cardíaca e continuar a vida como médico. Mas me envolvi muito e hoje estou focado praticamente só em pesquisa. Fiz o doutorado em cotutela [N.R.: *defende a tese aqui e em outro país, recebendo o título em ambos*], na Universidade de Groningen, na Holanda. Vou defender minha tese, este ano, sobre o desenvolvimento de vasos sanguíneos, em laboratório, para a revascularização do miocárdio, com a utilização de algumas técnicas novas de engenharia de tecidos. A ideia é substituir a safena ou a mamária, utilizadas hoje, por vasos artificiais, pois muitos pacientes não têm disponibilidade dessas artérias.

Ser – Essas técnicas utilizam o hidrogel que você criou? Como ele funciona?

Gabriel – Meu doutorado visava à pesquisa de técnicas inovadoras para a fabricação de vasos sangüí-

neos, uma delas é a bioimpressão desses vasos. Mas, para isso, tínhamos de criar uma biotinta, que é o hidrogel. Ele é misturado junto com as células para a impressão. Eu precisava desenvolver esse material, pois já tínhamos as células. Na bioimpressão, no lugar de derreter um plástico como nas impressoras 3D comuns, usa-se o gel com as células em uma seringa, que, pressionada, vai soltando-os. O objetivo é, também, que não haja rejeição, pois os vasos são feitos com as células-tronco do próprio paciente. A rejeição é um dos grandes limitadores dos transplantes, atualmente.

Ser – Pode dar mais detalhes sobre esse gel?

Gabriel – Durante as pesquisas, na Holanda, vi que existia a possibilidade de transformar a matriz extracelular em hidrogel. A matriz extracelular é o componente do corpo que dá sustentação a todas as células e é produzido por elas mesmas. Fazendo uma analogia, as células são como os tijolos de um prédio e a matriz extracelular é o cimento. Muitos pesquisadores fazem a impressão com materiais sintéticos, mas eles não dão às células o microambiente que elas têm no corpo, o que é possível com o gel que desenvolvi. Fiquei otimizando esse método durante mais de um

ano, na Holanda. Dependendo do tecido que se quer imprimir, usamos a matriz daquele tecido, porque as proteínas são diferentes. A proteína do tecido cardíaco é diferente da do vaso, que é diferente da proteína da pele. Começamos com material animal. Compramos de abatedouros órgãos de animais e retiramos as células, deixando apenas a matriz. Esse processo é feito com uma solução de detergente até saírem todas as células e ficar só a matriz. Em seguida, dissolvemos essa matriz para fazer o gel.

Ser – Como ocorre a utilização prática do gel?

Gabriel – Na área cardiovascular, estamos desenvolvendo os vasos e, também, *patches* para a regeneração cardíaca. Os *patches* são "*band-aids*" de células-tronco que, colocados no coração, visam à sua regeneração. Eles são feitos com o gel. Quando ele se solidifica, transforma-se em uma membrana, que é o *patch*. Estamos iniciando, agora, a bioimpressão de vasos. Imprimimos alguns vasos utilizando a técnica *FRESH*, que consiste em fazer a impressão dentro de um outro gel baseado em gelatina. No meu doutorado, usei uma técnica bidimensional para fazer vasos. Na verdade, é uma técnica que começa bidimensional e depois se torna tridimensional. Basicamente, fazemos o

Posteriormente, começaremos a trabalhar com tecidos um pouco mais complexos, como o músculo cardíaco

cultivo de grandes folhas de células e, em seguida, enrolamos as folhas, que se transformam no vaso. Sua vantagem é ser menos frágil, porém é mais complexa.

Ser – Em que fase está a pesquisa sobre os vasos e os patches?

Gabriel – Estamos na fase de testes em animais. Inicialmente, testamos os vasos em coelhos, mas agora iremos testá-los em porcos. Quanto aos *patches*, estamos testando em ratos com cardiomiopatia dilatada e temos tido bons resultados. Se tudo der certo, até o final do ano publicaremos esses trabalhos. Também testamos o gel em ratos para ver a resposta imunogênica a ele, o que nos deixou tranquilos porque o material conseguiu se degradar com facilidade e não despertou uma resposta imune muito expressiva. Estamos, até agora pelo menos, confiantes na sua utilização.

Ser – Quando serão feitas experiências em humanos? E o hidrogel, em que etapa está?

Gabriel – Calculamos que a finalização da experimentação animal levará pelo menos mais três anos. Em relação ao hidrogel, estou abrindo uma empresa, em sociedade com o engenheiro da Escola Politécnica da

USP, Emerson Moretto, que construiu a nossa bioimpressora 3D, e o colega Viktor Sinkunas, para comercializá-lo para outros pesquisadores e, também, pensando na venda futura dos tecidos. Estamos começando muita coisa neste momento.

Ser – Então a bioimpressora 3D utilizada nas pesquisas foi desenvolvida no InCor?

Gabriel – Sim, essas impressoras existem ao redor do mundo, mas custam muito caro. Em média, a mais barata, cerca de 30 mil euros. Nós compramos uma delas no início do ano e a recebemos recentemente. Mas, enquanto não tínhamos aqui uma igual a que eu tinha na Holanda, o Emerson desenvolveu uma para usarmos. E funciona tão bem quanto, se não melhor!

Ser – Há outros projetos em vista?

Gabriel – Fechando o ciclo desses primeiros projetos, devemos começar a trabalhar com tecidos um pouco mais complexos, como o músculo cardíaco. É bem mais difícil, pois ele tem vascularização e é preciso desenvolvê-la também, de forma que ele consiga ter nutrientes e oxigênio mesmo com uma espessura maior. Além disso, as células têm de estar alinhadas, não podem estar

espalhadas, pois o coração contrai todas no mesmo sentido. Vamos mudar também o tipo celular. Hoje usamos células-tronco adultas. Apesar de ser um tipo de célula fácil de utilizar, é limitada e não permite diferenciação em todos os tipos celulares. Usaremos as células pluripotentes induzidas, que funcionam como embrionárias. Acredito que começaremos esse novo projeto no segundo semestre deste ano.

Ser – Acredita que é mesmo possível criar um coração artificial?

Gabriel – Sim. Acredito que ainda vamos descobrir muita coisa que nem imaginamos. Como tudo na ciência, você tem um plano, ele pode dar errado e será preciso descobrir como acertar. Estamos começando agora a pensar nos tecidos cardiovasculares. Até transformar um pequeno tecido de 2mm em um coração, leva muito tempo. Naturalmente, é preciso começar com corações menores. Fazer o tecido em si não é tão difícil, a questão é atingir a dimensão do coração. Para crianças talvez seja mais fácil, mas o tecido do coração de adulto é bem mais espesso e complexo, como também o do fígado e do pulmão. Certamente, outras áreas terão órgãos artificiais antes, por exemplo, glândulas como tireoide e pâncreas. Em animais, o

transplante de tireoides artificiais impressas em 3D já está sendo feito com sucesso. A vantagem das glândulas é que não dependem do formato, basta ter um acumulado de células envolvido no gel. Já o coração depende completamente do seu formato.

Ser – O gel que você desenvolveu pode ter outras aplicações, além da pesquisa cardiológica?

Gabriel – Sim, pode ser utilizado na pesquisa de qualquer tecido. Temos parceria com o pessoal da Cirurgia Plástica, que está fazendo regeneração de pele em ratos, para usar em queimaduras, por exemplo.

Ser – Como os projetos são financiados?

Gabriel – Espero que consigamos levantar os fundos necessários para continuar. Eles são caros, pois exigem equipamentos, material de consumo etc. Conseguimos uma verba da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), de R\$ 1,5 milhão, no ano passado, para equipamentos, mas precisaremos do apoio de outras instituições públicas, como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



Tubo com hidrogel para impressão em 3D de órgãos e tecidos [1]

co (CNPq), para a compra de reagentes em geral. Também acredito ser importante a participação de doadores privados, apesar de no Brasil isso não ser comum. Tenho esperança de conseguirmos progredir ao ponto de, daqui a 10 ou 15 anos, estarmos fazendo esses órgãos em laboratórios, chegando à altura de outros centros internacionais. Estamos começando do zero, enquanto eles já estão desenvolvendo projetos nessa área há 20 anos.

Ser – É mais difícil fazer ciência aqui do que na Holanda?

Gabriel – Verba, aqui, é difícil, mas a maior dificuldade é a burocracia. Às vezes, compro alguma coisa que na Holanda chegaria no dia seguinte, e aqui demora três meses, e isso dificulta o planejamento do experimento. Temos viajado até a Holanda para fazer lá alguns experimentos, pois é mais barato e mais rápido comprar uma passagem de avião, fazer o experimento e voltar. ■

Ao ser médico...

Por **A.N. Bruno***

Ele passou na faculdade de Medicina. Abraçou rápido a mãe para contar aos amigos. Teve a cara pintada para gritar vitória. Chegou tarde à comemoração da família para não deixar aquela alegria. Escondeu a bebedeira para não recusar a garrafa do sexto ano em sua boca. Foi à festa para conhecer pessoas. Obedecia aos veteranos para não dar problema. Fingia ter entendido para ter a admiração dos colegas. Escolheu um esporte para entrar na atlética. Limitava o sono para aprender mais rápido. Beijava bocas para contar aos outros. Desistiu de ser atleta para ser médico.

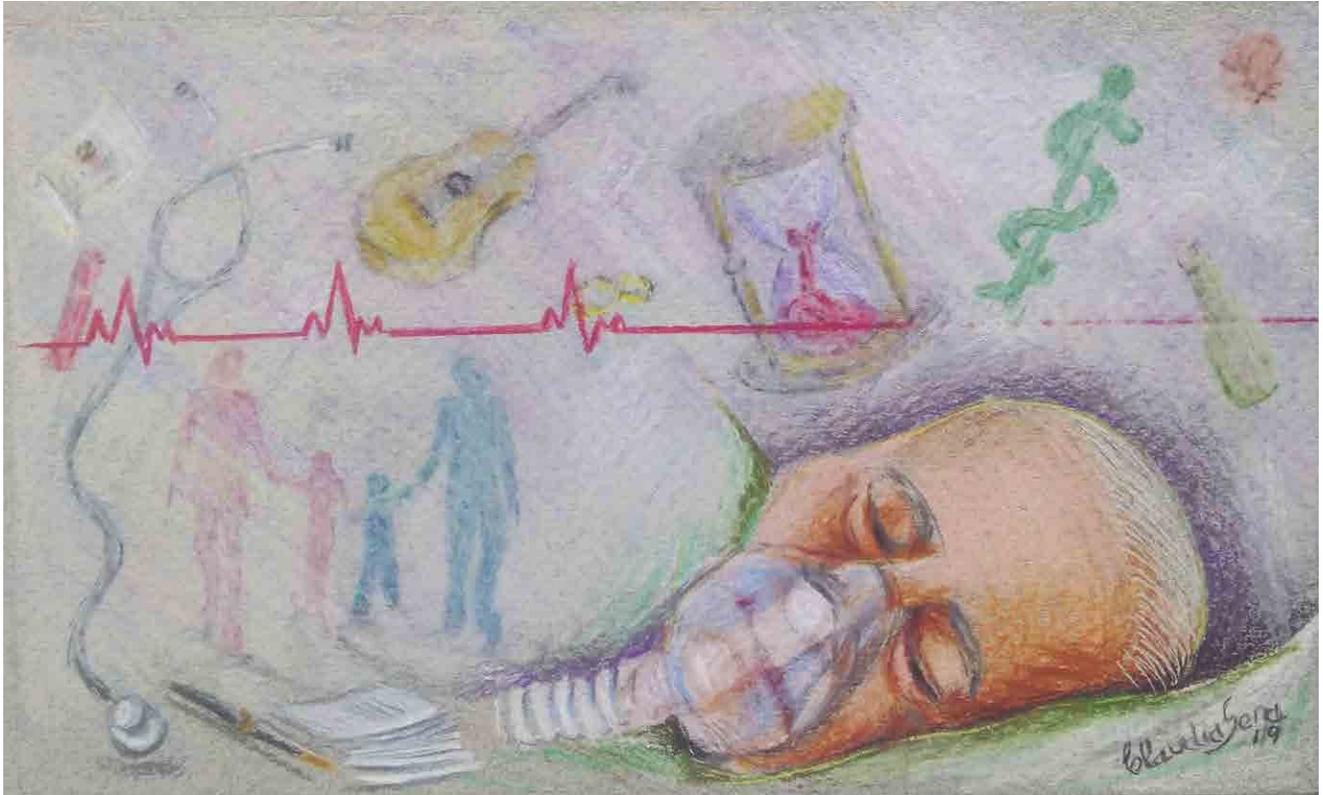
Fofocava para não ficar de fora. Bebeu para celebrar a sexta-feira. Não aceitou viajar com os amigos de fora para estar com os novos. Brincou com o cadáver para provocar. Colou na prova para estudar depois. Entrou na liga de emergências médicas para atender à pressa. Aceitou ajudar em uma pesquisa para ter currículo. Pegou plantões de obstetria

para ver um parto. Namorou para não ficar sozinho. Ficou até mais tarde para auscultar corações. Reinventava a forma de estudar para não errar mais. Ficava bravo para se sentir mais médico.

Mentia para se manter no mesmo grupo. Experimentava para não ser careta. Fazia provas para passar na disciplina. Tocava violão para não ser chato. Queria abandonar a faculdade para fazer outra coisa. Virava noites para atender à intercorrência. Ficou na faculdade para ser médico. Esquecia quem morria para atender ao próximo. Escondia o olhar para não dar opinião na discussão de caso. Evoluía da enfermagem para a visita. Decorava o protocolo para saber o que fazer. Segurava o choro para não entristecer o familiar. Não ia ao almoço de família para ficar no hospital. Ficava no celular para a aula acabar logo. Brigava com os colegas para entenderem que era quebra-mão. Dormia na aula para descansar. Tomava bronca do residente para ser médico.

Tomou um porre para comemorar o fim da faculdade. Enlouquecia para estudar para a prova de residência. Abraçou os pais para sentir o orgulho deles. Saía correndo para passar o caso. Passava noites sem dormir para monitorar o paciente. Encontrava o residente didático para fugir do residente chato. Ajudou no artigo para dizer que publicou. Namorou uma médica para ser entendido por sua profissão. Discutia casos com os RI para aprender mais. Foram morar juntos para facilitar. Estudava para manter o que sabia. Brigava para que alguém cuidasse de casa. Mudava a forma de falar para ter *networking*. Casou para legalizar a relação. Chamou pouca gente para não precisar chamar todo mundo. Entrou na pós para não parar de estudar. Ficava horas no carro para ter os melhores plantões. Pensava em ter *hobbies* para ter outras coisas para fazer. Continuava nos trabalhos para ter dinheiro para o filho.

Não atendia ao telefone para continuar atendendo. Saía cor-



rendo para tentar pegar o filho acordado. Aceitava plantão para quando precisasse trocar. Fechava o consultório para não aceitar convênio. Deixou de falar com colegas para não se sentir em dívida. Brigava com a esposa para deixar claro estar fazendo tudo. Perguntava sobre trabalhos para garantir o segundo filho. Ameaçava ir embora para ser compreendido. Ia estudar investimentos para guardar dinheiro. Atrasava para mostrar-se sobrecarregado. Falava com o advogado para não perder para ela. Decepcionava o filho para atender encaixe. Ia ao congresso para conhecer o lugar. Transava com outras para não

ficar na vontade. Mentia que já sabia para não parecer desatualizado. Ficou com a casa para não perder terreno. Trocou de carro para parecer garanhão. Aguentava os filhos para não perder o fim de semana. Deixava de ir ao médico para se tratar. Não aceitava dieta para não ouvir o óbvio. Ficou sentado no casamento da filha para não dançar.

Espremeu o pulso do residente para ser atendido. Exagerou a dor para passar na frente. Gritou ser médico para ser respeitado. Já sabia do cateterismo para abrir as artérias. Pensou se tinha alguém para chamar. Lembrou quando começou a estudar para

fazer Medicina. Lembrou quando aprendeu a tocar violão para ser *pop star*. Lembrou dos sorrisos dos pacientes para lhe agradecer. Fechou os olhos para chorar. Ouviu o monitor apitar antes de chegarem os médicos para tentar reverter. ■

*A.N. Bruno (pseudônimo de Bruno Antonio de Lima Nogueira) é escritor, autor de "A Escolha de Gundar", psiquiatra e psicoterapeuta, docente de Psicologia Médica e psiquiatria do Centro Universitário São Camilo.

Ilustração: Claudia Sena Trivella, artista plástica e ilustradora, formada pela Faculdade de Belas Artes de São Paulo.



De Louise Brown ao inédito transplante de útero de doadora falecida

Por **Concília Ortona**

Em seu início, na não tão distante década de 1970, as técnicas de Reprodução Humana Assistida (RA) se limitavam a tratar a infertilidade de portadoras de obstrução tubária com idade superior a 30 anos, por meio de métodos como a fertilização *in vitro* (FIV) clássica. Ao buscar ajuda médica, Lesley Brown de Bristol, Inglaterra, foi galgada à história da área em 25 de julho de 1978, quando deu à luz Louise, o primeiro “bebê de proveta” no mundo.

Durante nove anos, ela e o marido John tentaram a gravidez – não obtendo êxito nem com salpingostomia bilateral. Em 1976, procuraram o ginecologista Patrick Steptoe, do Hospital Geral de Oldham, Manchester, que sugeriu o uso de nova técnica, até então experimental. Havia 20 anos o fisiologista Robert Edwards, da Universidade de Cambridge, vinha estudando a fertilização de oócitos humanos em laboratório e se uniu a Steptoe, que desenvolveu um método de coleta dos

gametas femininos por via laparoscópica. Assim, Lesley teve seus oócitos coletados cirurgicamente e fertilizados em laboratório, com o esperma de seu esposo John. O embrião de oito células foi, então, implantado na cavidade uterina de Lesley poucos dias após.

Em 25 de julho de 1978, o Dr. Steptoe realizou o parto de Louise Brown, fato que ganhou as manchetes dos jornais de todo o mundo e deu início a um novo período na Medicina. O trabalho de Steptoe e Edwards, no entanto,



Para os gregos, a deusa Vênus – nascida no mar fertilizado pelo esperma de Urano – é um dos principais símbolos da fertilidade, incorporado pela arte renascentista. Piero di Cosimo retratou a deusa deitada com um bebê em seu colo – o Cupido – ao lado de um coelho, outro símbolo da fertilidade.

foi possível somente graças aos avanços no conhecimento sobre a fisiologia hormonal feminina e fertilização de gametas em laboratório obtidos nas décadas anteriores. Já em 1944, o ginecologista americano John Rock, da Universidade de Harvard, havia conseguido produzir o primeiro embrião humano em laboratório e publicou na revista *Science*, em conjunto com a geneticista Miriam Menkin, imagens do que considerou serem as primeiras divisões celulares de embriões

PRIMEIROS PASSOS NO BRASIL

Influenciado pelo êxito de Edwards e, em especial, de Steptoe – com quem estabeleceu contato –, o médico paulista Milton Nakamura, falecido em 1998, iniciou suas próprias pesquisas sobre FIV no início dos anos 1980, na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Com o apoio de colegas da Universidade de Melbourne, Austrália, selecionou dez mulheres com obstrução tubária e, em um hospital privado em São Paulo, realizou uma série de fertilizações *in vitro*.

A coleta de óvulos por via laparoscópica foi promovida pelo médico, e o monitoramento da estimulação ovariana e fertilização extracorpórea, pelo embriologista australiano, Alan Trouson, e o ginecologista italiano Luca Giannaroli. No entanto, o experimento foi interrompido e ganhou repercussão pública negativa, por conta de acidente anestésico e morte de uma das participantes, além de dúvidas relativas à decisão autônoma das voluntárias.

Dois anos depois, o mesmo grupo retomou o projeto, e efetivou mais duas séries de FIV. Anna Paula Caldeira, o primeiro “bebê de proveta” da América Latina, nasceu em 7 de outubro de 1984, gerada por ovodociação. Aqui, vale uma ressalva: até sua morte em 2015, o ginecologista Nilson Donádio reivindicava para si o primeiro nascimento com o uso de FIV, resultado divulgado em congressos “meses antes de Nakamura”, não difundido em artigo científico devido a um “acordo de confidencialidade” com a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Outros fatos relevantes no Brasil incluem a aprovação da Lei de Biossegurança em 2005 – com a permissão para pesquisas com células-tronco embrionárias –; Resolução CFM Nº 2.013/2013 (substituída pela Resolução CFM Nº 2.168/17), que garante o direito de casais homossexuais ao uso de RA; no mesmo ano em que o País adotou a técnica de vitrificação para congelamento de embriões, que proporciona taxas de sobrevivência após o descongelamento de mais de 95%.

humanos, os quais, contudo, nunca tentaram implantar em pacientes. Posteriormente, na década de 1960, hormônios então denominados gonadotrofinas menopáusicas humanas vinham sendo usados para estimular a ovulação em mulheres que tinham dificuldade de engravidar.

O conhecimento que trouxe Louise Brown resultou no nascimento dos compatriotas Courtney Cross, em outubro de 1978, e Alastair MacDonald, em fevereiro de 1979; antes, portanto, da che-

gada de Elizabeth Carr, em 1981, a primeira criança norte-americana concebida *in vitro*. Todas abriram caminho para a concepção de outros oito milhões de bebês pelas técnicas de RA, como estimou, em 2018, o *International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies* (Icmar, EUA). Hoje o que parece um procedimento simples é, na verdade, um dos campos de maior destaque técnico da Medicina desde o fim do século passado, impulsionado por um feito pelo qual Edwards foi

Linha do tempo

1944

Primeiro caso descrito de FIV de óvulos humanos por John Rock e Miriam Menkin



laureado com o Nobel de Fisiologia ou Medicina, em 2010. Steptoe não compartilhou a honraria por haver falecido em 1988 – e o Instituto Karolinska não concede o prêmio de forma póstuma.

ADMIRÁVEL MUNDO NOVO

Desde a antiguidade, uma grande ansiedade quanto à propagação da raça e à própria sobrevivência acometia os homens. Egípcios, gregos e babilônios já vinculavam relações sexuais aos nascimentos e, por isso, discutiam a etiologia e possíveis tratamentos a casais incapazes de gerar filhos.

Séculos se passaram até os cientistas desenvolverem o processo de fertilização assistida, a fim de contornar obstáculos patológicos femininos e masculinos. Numa vi-

1973

Primeira gestação por FIV descrita, porém sem sucesso

Julho de 1978

Nasce Louise Brown, primeira criança concebida por FIV



são futurística, o escritor Aldous Huxley abordaria a FIV humana em seu livro de ficção *Admirável Mundo Novo*, de 1932, prevendo a possibilidade técnica e ideológica de criar “bebês engarrafados” em cerca de um século. Errou apenas na conta: a primeira gravidez com FIV foi informada em 1973 pelos australianos Carl Wood e John Leeton, mas culminou em aborto, uma semana depois.

A Austrália foi precursora de vários fatos históricos em RA. Em

1981

Nasce a primeira criança concebida por FIV nos EUA

1983

Nasce na Austrália a primeira criança a partir de um embrião congelado

1983, nasceu a primeira criança a partir de embriões congelados na *Monash University*. No ano seguinte, uma mulher que havia sofrido ooforectomia bilateral engravidou com oócitos doados; e outra, com insuficiência ovariana primária, com embrião doado. Também em 1984, nasciam no *Royal Women's Hospital*, em Melbourne, os primeiros quadrigêmeos de FIV do mundo.

REFERÊNCIA BIOÉTICA

A primeira referência bioética em RA foi lançada em 1984, quando médicos, biólogos, psicólogos e filósofos britânicos publicaram, com o aval da Autoridade de Fertilização Humana e Embriologia (HFEA), o Relatório Warnock (vindo da Baronesa Mary Warnock,

1984

Nasce na Austrália a primeira criança a partir de um óvulo doado

1992

Primeira gravidez bem sucedida pós-ICSI

2013

Resolução CFM Nº 2.013/2013 é publicada, permitindo o uso de RA por casais homossexuais

2014

Anunciada gravidez por transplante de útero de doadora viva

1984

Nasce Anna Paula Caldeira, a primeira criança concebida por FIV na América Latina



1997

Nasce a primeira criança a partir de oócitos congelados

2010

Robert Edwards é agraciado com o prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina



2018

Anunciada no Brasil gravidez por transplante de útero de doadora morta

chefe da comissão) e inovaram, ao propor a expansão do acesso em RA a solteiros e homossexuais. Discutiu ainda propostas sobre embriões excedentes, como a de doação e congelamento.

NOVOS AVANÇOS

Embora as técnicas iniciais de fertilização *in vitro* tenham possibilitado que muitas mulheres inférteis pudessem realizar o sonho da maternidade, ainda não contemplavam o tratamento de muitos casais inférteis, principalmente quando o problema tinha origem no homem, o chamado “fator masculino”. Em 1992, no entanto, nasceu a primeira criança concebida pela técnica de injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI). O método,

desenvolvido pelo médico italiano Gianpiero D. Palermo, consiste na micromanipulação do gameta masculino, que é injetado no citoplasma do gameta feminino por meio de uma micropipeta. Desse modo, permite a fertilização também em casos em que os espermatozoides apresentam, por exemplo, alterações de motilidade e morfologia.

Agora rotina no diagnóstico de alterações genéticas e cromossômicas antes da inseminação, a biópsia pré-implantacional de embriões foi relatada em 1990, em Londres, por Handyside *et al* – mesmo ano da ocorrência de partos bem sucedidos em gestações cujos embriões haviam sido congelados por vitrificação. Ao longo das décadas agregaram-se outros

conceitos importantes, como de hiperestimulação ovariana controlada, para gerar mais de um oócito por ciclo, e métodos para melhorar a qualidade do oócito em mulheres mais velhas.

Finalmente, em 2014, aconteceu na Suécia o primeiro transplante bem sucedido de útero com doadoras vivas. Outras três gestações em meio às oito participantes da pesquisa foram anunciadas em 2015. Em setembro de 2016, ocorreu, no Brasil – conforme artigo publicado no *The Lancet Journal* em 2018 –, o primeiro nascimento de uma criança cuja gestação se deu em um útero transplantado a partir de doadora falecida, o que será abordado na matéria “Vanguarda” desta edição de **Ser Médico**. ■



[1]

Técnicas e dilemas bioéticos frequentes

Por **Concília Ortona**

O universo dos que procuram por tratamentos contra a infertilidade é significativo no País. Em 2017, foram realizados 36.307 ciclos de reprodução assistida, produzidos 340.458 oócitos, transferidos 68.891 embriões e criopreservados 78.216. O Estado de São Paulo, diga-se, dominava em todas essas categorias, conforme os dados mais recentes dos Bancos de Células e Tecidos Ger-

minativos (BCTGs) – as clínicas de Reprodução Assistida (RA) –, compilados pelo Sistema Nacional de Embriões (SisEmbrio), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Os números dão a dimensão de quanto a RA ampliou-se nas últimas quatro décadas, desde o nascimento de Louise Brown, em 1978. Os avanços ocorreram, entre outras razões, pelo uso de drogas para melhorar a captação de oó-

citos e a qualidade de espermatozoides; e o emprego de técnicas mais detalhadas na aspiração dos gametas femininos, fecundação e acondicionamento dos embriões, em locais livres de bactérias.

Tal conjunto permite, por exemplo, que a implantação do embrião possa ser feita no 5º dia de inseminação (antes era no 3º) já em forma de blastocisto e com desenvolvimento melhor e mais garantido. Estudos de diagnósti-

co pré-implantacional identificam malformações embrionárias e alterações cromossômicas capazes de inviabilizar a vida, aumentando as chances de que o embrião se desenvolva no útero.

PERFIL DOS USUÁRIOS

Até pouco tempo atrás, o público majoritário das técnicas de RA era de casais com graus variados de infertilidade primária (sem filhos) ou secundária (já geraram filhos, mas não conseguem nova gravidez). Mudanças sociais e culturais ampliaram o acesso a homoafetivos; solteiros sem parceiros, visando a garantir o futuro reprodutivo; mulheres com impedimentos maternos por doenças genéticas (como por exemplo, Síndrome de Rokitansky, malformação das estruturas que dão origem ao útero); e pacientes oncológicos de ambos os sexos, que podem congelar seus gametas e/ou embriões antes de passar por quimioterapia e radioterapia.

TÉCNICAS EM RA

- **Inseminação intrauterina (IUU)** – Considerada técnica de baixa complexidade, é indicada, por exemplo, a mulheres com dificuldade moderada para engravidar; que não apresentarem obstrução tubária ou doenças uterinas que impeçam a implan-

tação de embriões; e a homens com o espermograma com contagem baixa.

Começa com a captação e análise dos espermatozoides do parceiro ou doador, identificando os mais rápidos e mais bem direcionados. Por sua vez, a ovulação é programada com o uso de medicamentos e, no momento ideal, o espermatozoide é aproximado do oócito – e a natureza se encarregará de agir. O método tem baixo custo, mas os índices de sucesso por tentativa são modestos, de 20% a 30%.

- **Coito programado** – Antes de partir para a inseminação intrauterina, o ginecologista e obstetra pode sugerir essa técnica, porém é ainda menos eficaz. O coito programado ocorre quando a ovulação é estimulada por medicações e, no período fértil, o casal é incentivado a manter relações sexuais frequentes. É uma opção, desde que não haja fatores impeditivos à gravidez, como muco cervical hostil e vaginose bacteriana causada por clamídia, mycoplasma e ureaplasma – que, por si, levam a quadros de infertilidade.
- **Fertilização in vitro** – O índice de sucesso por tentativa – de 40% a 50% – desta técnica é o

IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS

Dentre os dilemas bioéticos mais debatidos no campo de RA está o vinculado aos embriões viáveis não usados em tratamentos. Os pacientes devem formalizar junto às clínicas o destino a ser dado ao seu material genético, (inclusive descarte, depois de, no mínimo, três anos de criopreservação). Tal manifestação de vontade engloba ainda casos de divórcio e doenças graves, lembrando que inseminação *post mortem* só pode ser feita com autorização em vida ou sentença do juiz.

Apesar de bem estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a reprodução envolvendo terceiros (útero de substituição) traz riscos, como possibilidade de coerção ou explorações indevidas, e de os doadores e substitutos não compreenderem peculiaridades do Consentimento Livre e Esclarecido.

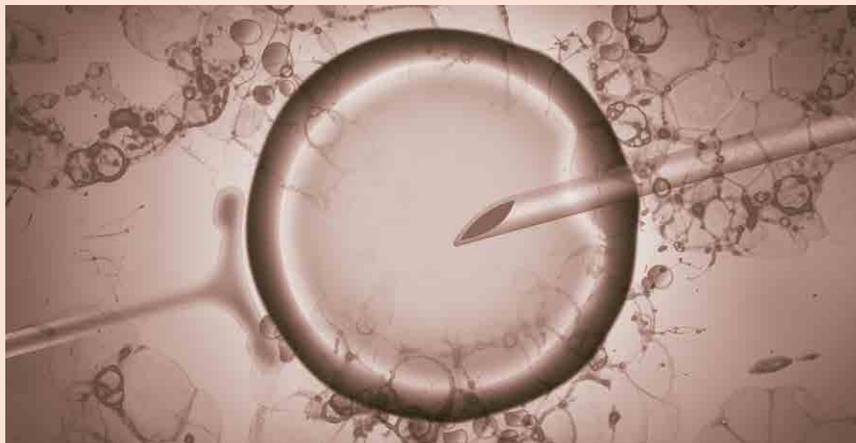
Preocupações sobre o uso de drogas que estimulam a ovulação também afligem quem atua no campo, já que faltam dados de segurança em longo prazo sobre o assunto. Enfim, o desejo de ter filhos justificaria impor riscos medicamente induzidos a mulheres saudáveis?

Avanços científicos e mudanças culturais ampliaram o acesso às técnicas de RA

que mais atrai os pacientes. Ela também parte da estimulação ovariana, com a administração de hormônios. O crescimento dos folículos ovarianos é acompanhado por ultrassom e exame de sangue e, quando atingirem o tamanho adequado (entre 15 mm e 18 mm), o óocito será fecundado fora do corpo. Somente depois que o embrião começar a se formar, será inserido no útero.

- **Injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)** – Variação da fertilização *in vitro*, ocorre quando a inseminação é feita diretamente no óocito II, com o auxílio de microscópio e de uma agulha finíssima. O pré-embrião é mantido em um meio de cultura e, dependendo de sua divisão celular, no quarto ou quinto dia será aproveitado ou não.

- **Doação de óvulos** – Faz parte do rol das técnicas de reprodução assistida. Há diversas situações em que a mulher precisa contar com tal apoio por: carregar um mau passado obstétrico; não conseguir engravidar com os métodos disponíveis; apresentar abortos de repetição; tiver falência ovariana congênita ou pre-



[1]

ICSI é ferramenta contra a infertilidade masculina

REVISÃO DAS NORMAS

Por meio de sua Câmara Técnica de Reprodução Humana e Técnicas de Reprodução Assistida, o Cremesp contribuiu no texto submetido pelo CFM à consulta pública, ainda não finalizado, com o objetivo de revisar a Resolução nº 2.168/2017, que traz as normas éticas aos médicos da área.

Entre as sugestões mais significativas está a que se direciona à cessão temporária de útero. Além das determinações técnicas e relativas ao grau de parentesco, a voluntária “deve ter ao menos um filho vivo”, para que ela preserve o direito de ser mãe antes de ceder o útero, uma vez que há riscos inerentes à gravidez.

No tópico relativo à idade máxima para a doação de gametas – que continua 35 para as mulheres e 50 para homens – a Câmara considera que o limite não deveria ser aplicado à “doação de embriões testados e euploides”. O grupo aponta ainda que a resolução não menciona as situações em que todos os embriões devem ser criopreservados, como hiperestímulo ovariano e endométrio inadequado.

No Cremesp, desde 2008 até maio de 2019, foram autorizadas 178 gestações de substituição – a grande maioria sem vínculos familiares. A maior parte das solicitações aconteceu por histerectomia precoce ou condições específicas de um dos parceiros, como Síndrome de Rokitansky ou Azoospermia total.

matura; ou se a ovulação não for a mais adequada, devido à idade.

Embora existam várias alternativas de cunho médico e técnico, dilemas éticos na área implicam reflexões caso a caso (*ver box na pág 19*). ■

* Texto orientado por Mario Antonio Martinez Filho, conselheiro responsável pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetria; e Lyane Gomes de Matos Teixeira Cardoso Alves, conselheira responsável pela Câmara Técnica de Reprodução Humana e Técnicas de Reprodução Assistida.



[2]

Hospital das Clínicas da USP abre novo caminho para a maternidade

O transplante pioneiro no mundo de útero com doadora falecida resultante em bebê saudável aconteceu no Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), e foi publicado em dezembro do ano passado no periódico *The Lancet*. O estudo em questão acompanhou receptora e sua filha até o sétimo mês de vida, quando ainda era amamenta-

da e apresentava desenvolvimento compatível para a idade, superando dúvidas a respeito da aplicabilidade do procedimento e viabilidade do útero após isquemia prolongada.

Realizada em setembro de 2016, a cirurgia – também a primeira bem-sucedida com o órgão, na América Latina – foi liderada pelos médicos Dani Ejzenberg, ginecologista e especialista em Reprodução Assistida (RA) da Disciplina de Ginecologia do HC-FMUSP, e

Wellington Andraus, gastrocirurgião e coordenador da unidade de Transplante de Órgãos do Aparelho Digestivo, supervisionados pelos professores titulares Edmund Chada Baracat, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, e Luiz Augusto Carneiro D’Albuquerque, do Departamento de Gastroenterologia, com a colaboração de especialistas em Transplantes e Endocrinologia Reprodutiva da Universidade. Conforme a equipe,

o resultado da pesquisa “abre caminho para gestações saudáveis em mulheres com fator uterino de infertilidade, sem a necessidade de cirurgias com doadoras vivas”.

Para atender aos critérios de admissão no estudo, a receptora deveria ter entre 21 e 38 anos, IMC menor do que 30, infertilidade uterina primária, estar em relacionamento estável por dois anos ou mais e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). À época, a selecionada tinha 32 anos, era casada há cinco, não apresentava nenhuma malformação cardíaca, renal ou óssea. Como impeditivo à gravidez, era portadora da Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH), anomalia congênita resultante em agenesia de útero, que afeta uma em cada 4.500 mulheres.

A doadora – mãe de três crianças, com partos por via vaginal – teve morte encefálica aos 45 anos, em virtude de hemorragia subaracnoide. A família concordou em doar coração, fígado e rins; e decidiu fazer o mesmo com o útero.

PREPARAÇÃO

A fase pré-operatória envolveu aconselhamento psicológico e social mensal aos futuros pais, bem como sorologias e provas de anticorpos sobre a compatibilidade entre a receptora e a doadora. Uma angiografia por tomografia computadorizada mostrou que a receptora demonstrava anatomia venosa normal, mas fibroses próximas aos ovários (onde se localizaria o útero). Exames ginecológicos apontaram fibroses a cinco centímetros do introito vaginal.

LITERATURA CIENTÍFICA

As evidências obtidas pelos pesquisadores da USP de que se trata do primeiro transplante de útero com doadora morta partiram de pesquisas sistemáticas da literatura usando *PubMed*, *LILACS*, e biblioteca *Cochrane*, entre o ano de 1956 e maio de 2018, limitando-se a busca a artigos em língua inglesa.

Até a publicação do artigo no *Lancet*, haviam sido descritos nove nascimentos com o uso da técnica, sendo oito em Gothenburg (2015), Suécia, e um em Dallas, EUA, todas com doadoras vivas (*número agora maior, ver “Debate” nas págs. 24 a 29 desta edição*). Em 2011, uma tentativa de gravidez com útero doado por falecida chegou a ser feita na Turquia, mas culminou em cinco abortamentos no início da gestação.

Quatro meses antes do transplante, a receptora passou por fertilização *in vitro* (FIV) no Centro de Reprodução Humana do HC. Em um único ciclo obtiveram-se 16 óvulos, oito dos quais atingiram a fase de blastocisto e foram criopreservados.

O TRANSPLANTE

A cirurgia da doadora começou pela dissecação e isolamento de veias ovarianas, artérias e veias uterinas, e secção suficiente da vagina para anastomose com a receptora. Durou 1h30, quando foi retirado um útero pesando 225 gramas.

Na sequência, a receptora foi submetida à laparotomia infraumbilical. O implante do órgão durou 10h30 – devido à hemostasia cuidadosa e à dificuldade de sincronização entre a captação e o implante do órgão. Depois da cirurgia, a paciente permaneceu dois dias em UTI, e seis em enfermaria especial de transplantes. A alta ocorreu após a estabilização dos níveis das medicações imunossupressoras e completa recuperação.

A primeira menstruação aconteceu 37 dias após o transplante; e a segunda, 26 dias após a primei-

ra. Biópsias do colo uterino, para detectar eventual rejeição, foram realizadas com períodos variados (com mais frequência no início e menos ao final), até a 34ª semana de gestação. A imunossupressão seguiu o protocolo sueco (descrito por Brännström *et al*; e Mölne J *et al*) e foi mantida até o parto.

Era intenção do grupo transferir o embrião ao útero seis meses após o transplante, mas o plano foi adiado até o próximo ciclo, pois a espessura endometrial não atingiu o limiar necessário. A implantação de um único embrião concretizou-se com ultrassonografia e dosagens hormonais seriadas que respeitaram o ciclo menstrual espontâneo da receptora.

O primeiro teste de gravidez de sangue quantitativo aconteceu dez dias após a transferência do embrião. Em 15 de dezembro de 2017, foi feita a cesariana, próximo das 36 semanas de gestação, seguindo a recomendação de Brännström *et al* para prevenir riscos à vitalidade fetal.

Ao nascimento, o bebê do sexo feminino pesava 2.550 gramas, que é adequado para a idade gestacional. ■

O que dizem pacientes e religiosos?



PADRE TIAGO GURGEL

"Oficialmente, a igreja não tem um parecer sobre a prática do transplante de útero a partir de um doador já falecido. Este é, portanto, um parecer pessoal, que dou enquanto padre da igreja católica apostólica romana, e também como médico e mestre e doutor em bioética. Lembremos daquela mulher que ainda não engravidou e tem o desejo de ser mãe, mas, por um motivo específico, não consegue engravidar. Acredito que esse tipo de transplante deve ser utilizado unicamente para o tratamento de casos de infertilidade, devendo ser respeitados os princípios de vulnerabilidade e integridade do ser humano, da mulher que está sendo submetida ao procedimento. Também deve ser respeitado o princípio da proporcionalidade terapêutica, ou seja, a relação entre os riscos e os benefícios do transplante. Sobre a fecundação in vitro tenho uma avaliação negativa sobre o uso dessa técnica, e a igreja também já se manifestou não favorável."

Tiago Gurgel, padre da Arquidiocese de São Paulo e Mestre e Doutor em Bioética

M.M, 45

"Recebi o diagnóstico da Síndrome de Rokitanski aos 22 anos, logo após meu casamento. Desde pequena fomentava o desejo de ser mãe, e ouvir de um médico que isso não seria possível fez com que eu mergulhasse na depressão. É como se você estivesse em um carro, a 140 km/h, motivada pelos seus sonhos, quando, de repente, alguém causa uma freada bruta. Foi assim que me senti. Descobrir que não tenho útero, inicialmente, me fez sentir 'menos mulher', mas o passar do tempo me levou à re-significar o 'ser mãe' e, consequentemente, concluir que não precisava gerar uma vida para conquistar este título. Então, adotei meu filho e, para mim, isso bastou. Não faria transplante de útero, mas creio que a cirurgia é válida para todas as mulheres que, de fato, sonham em gerar uma vida."



RABINO MICHEL SCHLESINGER

"O judaísmo sempre defendeu a vida como um valor absoluto; e o transplante tem por objetivo gerar vida. Por isso, o judaísmo apoia o transplante, sem dúvida nenhuma. Não há a necessidade de o órgão ser de uma pessoa da mesma religião, isso não faz qualquer diferença. Órgão não tem religião e não há nenhuma questão quanto a isso. Também não há nenhuma implicação para a criança porque o que determina o judaísmo é o ventre. Então, o que conta é ter nascido de um ventre judaico, independentemente de o útero ser o original ou ter vindo de outra mulher. Por fim, quero dizer que o judaísmo foi uma das primeiras religiões a aceitar a Medicina. Todo o avanço científico que tem por objetivo assegurar a vida e a qualidade da vida é bem-vindo."

Michel Schlesinger, rabino da Congregação Israelita Paulista (CIP) e Bacharel em Direito pela USP

F.A, 35

"Ser a primeira mulher no mundo transplantada com útero de doadora falecida para mim é um privilégio. O desejo de ser mãe sempre me acompanhou, mas tornou-se ainda mais latente quando me casei, aos 28 anos. Até então, não havia procurado um médico, nem conversado com a minha família sobre o fato de eu nunca ter menstruado, pois, em minha inocência, isso não representava um problema grave. Após inúmeras consultas médicas, recebi um diagnóstico que, para mim, era inimaginável, afinal, as pessoas podiam nascer sem perna, sem dedo, mas não sem útero. Após passar por episódios de depressão, vi no transplante de útero a possibilidade de meu sonho de ser mãe tornar-se palpável e, quando se concretizou, foi uma felicidade sem fim. É divino saber que minha filha é a primeira a nascer deste procedimento! Mas mesmo com toda minha alegria, creio que as mulheres só devem optar pela cirurgia se tiverem total certeza sobre a maternidade, pois é um método arriscado, que demanda uma série de cuidados no pré e pós-operatório."

(Colaboraram: Arthur Gutierrez, Júlia Remer e Maria Melo)

Quais as implicações bioéticas do transplante de útero de doadora morta?



O transplante de útero de doadora falecida, que resultou no nascimento de uma criança, representa não apenas um avanço técnico-científico da Medicina, mas também uma mudança conceitual e de paradigma sobre a reprodução humana. Para discutir os aspectos bioéticos que envolvem o procedimento, ainda em fase experimental, a revista **Ser Médico** reuniu para um debate o ginecologista Dani Ejzenberg, um dos responsáveis pela pesquisa, e o cirurgião oncológico e mastologista Cícero de Andrade Urban. Ejzenberg é supervisor do Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC- FMUSP). Urban é professor de Bioética e Metodologia Científica e coordenador do curso de Medicina da Universidade Positivo, em Curitiba-PR. O debate foi mediado pelo primeiro-secretário do Cremesp, Angelo Vattimo, que é coloproctologista e cirurgião geral. Confira!

Angelo Vattimo: Dr. Dani, poderia descrever, de maneira breve, o transplante de útero de doadora morta e quantos foram realizados até hoje?

Dani Ejzenberg: O transplante de útero começou na década de 60 (nos Estados Unidos e na ex-URSS), de forma experimental e com animais, pensando em pacientes que tinham problemas nas tubas uterinas. Como não poderiam transplantar somente as tubas, levaram o útero junto. Com o advento da fertilização *in vitro*, no final da década de 70, esses estudos foram deixados de lado, porque havia problemas, na época, com a imunossupressão. De forma mais contemporânea, no início da década de 2000, foi realizado um transplante de útero na Arábia Saudita com doadora viva – não foi feito nenhum preparo prévio, e eles tiveram insucesso três meses depois do procedimento.

Em 2011, na Turquia, teve uma primeira experiência com doadora falecida; o transplante teve êxito, do ponto de vista da não rejeição do órgão, mas a paciente abortou cinco vezes. Em 2014, um grupo da Suécia publicou uma série de nove casos, com doadora viva, dos quais sete tiveram sucesso. Depois, tiveram tentativas nos Estados Unidos, também sem sucesso. No Brasil, com doadora falecida, realizamos dois casos. O primeiro teve sucesso, não só no implante, mas gerou a primeira criança do mundo com útero de doadora falecida. No segundo caso, tivemos que retirar o útero dois dias depois da cirurgia, devido a uma trombose. De doa-

dora falecida, por enquanto somente a nossa, mas temos notícias de outros casos de pacientes que engravidaram e ainda não deram à luz. Entre doadores vivos e falecidos, até hoje foram feitos 62 transplantes no mundo, resultando em torno de 15 crianças nascidas em três países, Estados Unidos, Suécia e Brasil.

Cícero Urban: Para entendermos a diferença entre doadora viva e cadáver, a demora, para retirada do útero de doadora viva, é mesmo de 11 horas?

Ejzenberg: Os mais rápidos levaram em torno de 7 horas ou 5 horas e meia, pois é preciso fazer uma dissecação cuidadosa das vias urinárias. Num estudo sueco, a única complicação que tiveram foi uma fístula urinária na doadora, que depois foi corrigida. Por se tratar de doadora viva, que teve atitude altruística para ajudar a paciente que tem aquele desejo, é preciso minimizar qualquer prejuízo.

Urban: Mas a cirurgia é diferente? Porque eu fazia histerectomia em uma hora e meia.

Ejzenberg: Há uma dissecação vascular ampla. Além do útero, são retiradas as artérias e as veias uterinas, e, muitas vezes, a ovariana também. Esse tipo de dissecação demanda mais tempo do que a histerectomia. Você tem de tirar um *patch* de vagina junto, onde é feita a anastomose. Fazemos a junção de um pedaço da vagina da doadora, em torno de dois centímetros, com a da receptora.

Vattimo: No que diz respeito à parte vascular, a retirada do órgão de doadora morta é diferente? Você tira, por exemplo, um *patch* junto com os vasos uterinos?

Ejzenberg: Em relação ao doador falecido, o Brasil tem tradição em transplante e uma rede de captação bem montada. Você deve ter velocidade, porque serão removidos vários órgãos, priorizando aqueles que são essenciais à vida. Inclusive, isso tem relação com um aspecto do transplante de útero, que é o tempo de isquemia, o tempo que aquele órgão fica sem receber sangue, nutriente e oxigênio.

Urban: Nesse trabalho, vocês tiveram um tempo mais longo...

Ejzenberg: Muito mais longo do que com doadora viva. Para útero, até hoje não sabemos quanto tempo um órgão é capaz de aguentar, mas o nosso caso é o que teve tempo de isquemia mais longo, com sucesso, que foi em torno de 7h50. Com doadora viva, o tempo de isquemia foi de duas a três horas; então, a chance de sucesso é maior nesse caso. Quando se tem uma doadora falecida, não há apenas as preocupações de não demorar muito para remover o útero e não lesionar os outros órgãos, mas de como diminuir o tempo de isquemia. Existe uma fase “quente”, em que todas as equipes vão, em ordem, dissecar os seus órgãos. E, nós, por tratar-se de um órgão não fundamental para a vida, fomos os últimos a remover. Por isso tivemos um tempo de isquemia mais longo.

Urban: Essa situação tem menos implicações éticas do que a de doadora viva e a de útero de aluguel, que também tem problemas, do ponto de vista psicológico. Já tivemos situações, não no Brasil, de mãe que alugou de fato o útero, mas não queria entregar a criança.

Ejzenberg: Em vários países, como o Japão e a Suécia, devido aos potenciais problemas psicológicos, não é permitido útero de substituição. Então, ou a mulher adotava ou tinha de procurar outro país para engravidar. Veja que curioso, na Suécia, a mãe pode doar o útero para a filha, mas não pode gestar no lugar dela para prevenir esse conflito.

Urban: Do ponto de vista bioético, avaliamos quatro aspectos para tomar uma decisão. O primeiro é a indicação médica, os riscos e potenciais benefícios; o segundo, a autonomia do paciente; o terceiro, a sua qualidade de vida; e, o quarto, a questão das diferentes crenças em relação à situação. Do ponto de vista da indicação médica, ficou claro que são situações extremas de malformação ou de paciente que tenha feito retirada de útero. Quando se analisa a doadora viva *versus* cadáver, a primeira está no limite na questão de risco e benefício. Uma coisa é a doação de um rim ou parte do fígado para um familiar numa situação de extremos.

Já o transplante de útero envolvendo doadora viva, numa cirurgia que ultrapassa sete horas, passa a ter um risco considerável. Há muito a ser respondido dentro dessa porta que vocês abriram, mas se tiverem uma repetição de sucessos em relação à doadora cadáver, acreditam que ainda terá espaço para se insistir com doadora viva?

Ejzenberg: Investimos nesse modelo com doadora falecida buscando, principalmente, a rede já estabelecida de transplantes de outros órgãos, que democratiza o acesso. Ela não veio para substituir nenhuma outra prática, como adoção e útero de substituição. Mas você não tem nem o custo nem os riscos com doadora falecida como tem com a viva. Para outros órgãos, por exemplo, o rim, temos a modalidade de doador vivo que, apesar de melhorar muito a qualidade de vida do paciente, este podia continuar em diálise. Há risco também para o doador. Existe um ponto de aceitação para outros transplantes que não são fundamentais, em que se utiliza o doador vivo. Sobre essas complicações que aconteceram na Suécia, temos uma curva de aprendizado como em qualquer procedimento. Se somarmos todos, não tivemos nenhuma complicação grave em 62 transplantes realizados, que é um número considerável.

Vattimo: Quais são os benefícios mais importantes dessa modalidade de transplante?

Ejzenberg: É difícil ter uma candidata a doar o útero a alguém que não conheça. Se não fosse aquela doadora, haveria dificuldades. No caso de doadora falecida, abre-se essa possibilidade a qualquer pessoa. Apesar de ser minoria na população infértil, acredita-se que 5% das mulheres têm o fator uterino absoluto para infertilidade, mas ainda seriam muitas. Seriam candidatas também as mulheres que tiveram de tirar o útero – ou o perderam durante uma cirurgia, gestação ou parto – e gostariam de ter outros filhos. Se somarmos esses pequenos grupos, dá uma parcela considerável. Somente devido à malformação por Síndrome de Rokitanski, teríamos uma em cada cinco mil mulheres. Só no Estado de São Paulo, em idade reprodutiva, são cerca de 15 mil candidatas.

Cícero: Nem todas querem filhos.

Ejzenberg: Não, mas, se somarmos, temos uma parcela que não tinha a opção de gestação. O que o transplante uterino agrega, frente ao útero de substituição, é a experiência da gestação, que é importante, não para todas, mas para muitas mulheres.

O que o transplante uterino agrega, frente ao útero de substituição, é a experiência da gestação

Urban: Talvez os maiores dilemas que vamos ter é até aonde podemos chegar com esse transplante. Podemos fazer um transplante de útero em um homem?

Ejzenberg: Ainda não, mas a Inglaterra está recrutando homens para estudar se é possível.

Vattimo: Os riscos para a receptora são os mesmos com doadora viva ou cadáver?

Ejzenberg: São parecidos, como em qualquer procedimento cirúrgico. Há o risco de, eventualmente, transmitir algum tipo de doença. O tempo de avaliação é menor e ela tem de ser precisa. Mas não há um aumento importante do risco. O que se sabe, até o momento, é que não tem a mesma eficácia, em termos de sucesso, do que o de doadora viva, possivelmente devido ao tempo maior de isquemia.

Vattimo: O tempo de imunossupressão para o receptor é o mesmo, tanto com doadora viva ou morta?

Ejzenberg: É o mesmo e começa assim que a paciente recebe o órgão. Uma inovação do nosso trabalho, em relação ao sueco, foi

a redução do tempo de imunossupressão até a transferência do embrião. Não por ser falecida, mas em uma tentativa de aprimorar a técnica. Porque não se sabe qual seria, para o útero, o tempo mínimo para se transferir o embrião. O sueco utilizou um ano e, nós, queríamos fazer em seis meses. Mas, no sexto mês, ainda não estava adequado, então, fizemos em sete meses.

Vattimo: Há possibilidade de gravidez por fecundação natural?

Ejzenberg: Essas pacientes ainda não têm a chance de engravidar espontaneamente. Retiramos as tubas antes e transplantamos somente o útero. Devido ao imunossupressor, aos custos e aos efeitos colaterais, precisamos reduzir o tempo para engravidarem e fazemos, sempre, fertilização *in vitro*.

Vattimo: É inviável fazer também um implante de tubas?

Ejzenberg: Não é inviável, porém é mais difícil vascularizar as tubas. Poderia haver complicações sem um ganho potencial.

Urban: Se fôssemos olhar a bioética de inspiração católica, o grande

problema dessa técnica não estaria no transplante do útero de doadora cadáver, mas na manipulação do embrião, na fertilização *in vitro*. Se pudesse ser feito com gestação espontânea e com relação de risco aceitável, seria uma situação menos contraditória para o católico.

Ejzenberg: Poderia fazer a fertilização depois que a paciente está transplantada, com embriões a fresco. Fazemos antes do transplante para termos certeza de que a paciente terá embriões de boa qualidade e para não sujeitá-la aos riscos do processo sem uma boa perspectiva de gravidez. O problema é fazer a aspiração de óvulos em paciente imunossuprimida, com risco maior de infecção.

Vattimo: Na religião católica temos a questão da fertilização *in vitro*, mas, e na judaica? Quando se fala “nasceu de um ventre judeu”, o ventre é o útero. Em um eventual transplante de útero de doadora não judia, o bebê seria considerado judeu?

Ejzenberg: Nunca analisei essa questão, mas se fôssemos seguir ao pé da letra, para o filho de uma judia ser considerado judeu, a



Da esq para a dir: Ejzenberg, Vattimo e Urban

mulher teria de receber o transplante de um útero de outra judia. Seria um fator limitador, mas não um impeditivo.

Urban: Em relação ao impacto, uma doadora cadáver talvez seja uma melhor opção. Mas tira-se um elemento da história, a doadora viva, que, muitas vezes, por ser uma familiar, tem um benefício no aspecto da religiosidade.

Vattimo: Mas, no aspecto ético, submeter uma paciente hígida a 11 horas de cirurgia, que não corrige um problema de vida ou morte...

Urban: Se ficar demonstrado que o que vocês fizeram é um protocolo seguro e entrar na prática clínica, o questionamento ético em relação à doadora viva será muito mais intenso.

Ejzenberg: Com certeza, mas, por exemplo, no caso do rim, a possibilidade de fazer com doador falecido não eliminou o vivo.

Urban: É uma situação diferente, existem muito mais pessoas necessitando de rim. A qualidade de vida justifica, e a sobrevida do transplantado é maior que a do paciente que fica fazendo diálise.

Ejzenberg: A gente imagina que haverá uma demanda maior do que a oferta. Existem locais onde há escassez ou indisponibilidade de órgãos de doador cadáver. E temos outras limitações, o número de transplantes de órgãos em geral poderia ser maior, é preciso conscientizar a população.

Vattimo: O útero transplantado é removido após quanto tempo?

Ejzenberg: Em nosso caso, assim que terminou a cesárea e no mesmo procedimento cirúrgico. Você poderia manter esse útero para outras gestações, acredita-se que, no máximo, de duas a três para não ter um tempo de imunossupressão total maior do que cinco anos.

Urban: Nesse caso, ela não poderia amamentar?

Ejzenberg: Teria problemas em relação à amamentação. Em nosso protocolo de pesquisa, adotamos uma gestação por paciente. Isso para que pudéssemos atingir mais pacientes, devido ao custo da imunossupressão.

Urban: Durante a gestação, a imunossupressão é reduzida?

Ejzenberg: A imunossupressão com o microfenolato tem que ser substituída por azatioprina, pelo menos um mês antes de engravidar, por causa dos riscos teratogênicos. Durante a gestação, é prescrito tacrolimus e azatioprina. Uma pergunta frequente é se isso traz risco ao bebê. Apesar de o transplante de útero ser novo, já têm mais de 10 mil nascimentos de mulheres transplantadas de outros órgãos que engravidaram. E não há, nessa população, aumento do índice de malformação – é de 3%, quando na população geral é de 4%. O que vemos, e foi a razão para o estudo sueco não levar até uma idade gestacional avançada, é o aumento do risco de restrição de crescimento fetal intraútero e possível sofrimento fetal, por causa da azatioprina. Outra pergunta frequente é se as pacientes podem ter parto normal. Devido

O direito à procriação justificaria todos esses riscos?

às ligaduras vasculares, não permitimos o parto vaginal.

Urban: Outra pergunta que teríamos de fazer é se a qualidade de vida que a paciente passa a ter com a gestação justificaria um procedimento desse tamanho.

Ejzenberg: Na Suécia, os estudos mostraram que tiveram um aumento na qualidade de vida. Elas se sentem mais realizadas, mais mulheres e mais plenas quando passam pela gestação. Aqui, os trabalhos também mostraram que essas pacientes tiveram melhora importante na qualidade de vida, mas ainda não é possível uma comparação com as outras modalidades pelo número reduzido de casos.

Urban: Pela minha experiência, há que se tomar um cuidado na avaliação desses dados, por tratar-se de uma parte muito pequena da população. Atendo algumas pacientes com câncer de mama, em que a doença é o menor dos problemas e a preocupação maior é o fato de que elas não possam ser mães. Em alguns casos, isso gera um problema maior do que o risco de metástase, o tratamento da doença e a retirada da mama. Essa população de mulheres que vocês avaliam está dentro desse extremo. Elas querem ser mães com tanta força que chegam a se submeter

a um transplante e a um procedimento de imunossupressão.

Vattimo: O direito à procriação justificaria todos esses riscos?

Urban: Fica em um parâmetro parecido com o da cirurgia estética, porque uma coisa é o paciente privado custear o procedimento. Neste caso, a partir do momento que o procedimento se consolide como prática clínica, o sistema público pode ou deve financiá-lo?

Ejzenberg: Em relação à saúde pública é complexo porque depende de cada país. Mesmo em relação aos tratamentos para engravidar, existem vários países que cobrem e, no Brasil, temos algumas iniciativas públicas, mas não é uma normalidade dentro do SUS em geral, que não cobre nem tratamento de fertilidade, mas cobre cirurgia para mudança de sexo. É algo de cada sociedade e que pode mudar com o tempo. Do ponto de vista bioético, é difícil escolher alimentar a autonomia de um ou de outro, os dois têm direito. Mas, a discussão sobre ser financiado, ou não, pelo Estado deve ocorrer após a liberação para prática clínica.

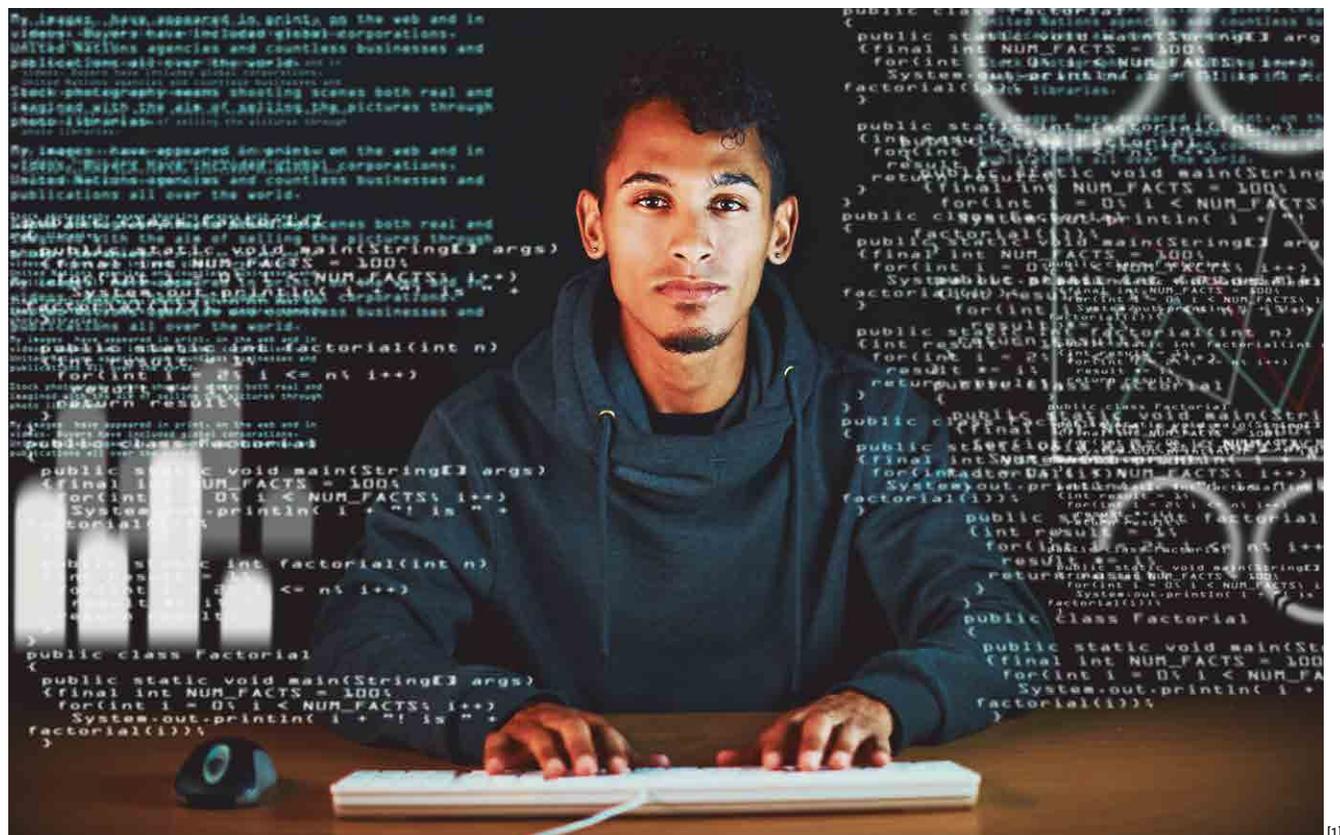
Urban: Os dois devem ter acesso em um mundo ideal, mas quando há limites de investimentos, que é o dia a dia do gestor de

saúde pública, evidentemente que o transplante de útero, como você mesmo colocou, tecnicamente é o último que entra.

Ejzenberg: Gosto muito da definição de um cirurgião inglês do *Kings College* de que esse não é um transplante que salva vidas, mas que gera vidas. É uma nova categoria de transplantes e faz parte da autonomia do paciente e da declaração universal dos direitos humanos, que toda mulher tenha o direito a uma família.

Vattimo: Para finalizar este debate, a gestação em um útero transplantado pode ser considerada uma maternidade completa?

Ejzenberg: É o mais próximo de uma maternidade natural que conseguimos chegar. É importante registrar que neste debate represento um grupo grande, que inclui a disciplina de Ginecologia e de Transplante Hepático do HC; e tive um parceiro desde o início, que é o Wellington Andraus, cirurgião transplantador. Trabalhamos sob orientação dos professores titulares Edmund Baracat, da Ginecologia; e do professor Luiz Carneiro D'Albuquerque. São mais de 30 profissionais envolvidos, entre enfermeiros, biólogos, cirurgiões transplantadores, ginecologistas, assistente social e psicólogo. ■



Estamos em um mundo *Linux* e não sabemos

Por **Lucio Tadeu Figueiredo***

Quando se fala em Linux, a maioria das pessoas sequer o reconhece como sistema operacional. Sugere algo distante, coisa de *nerd* de computador.

Contudo, já está em toda parte, dos *smartphones* aos eletrodomésticos, mesmo que não saibamos e sem ter uma marca comercialmente consolidada como o Windows. O Linux é o principal sistema operacional de grandes

servidores e é muito utilizado por supercomputadores de pesquisa. Ele é a plataforma da chamada “internet das coisas”, tecnologia que une tudo ao nosso redor à internet, para que possamos comandar, inclusive, nossas casas, a partir do computador. Não há como fugir do Linux.

O então pequeno sistema operacional de código aberto nasceu em 1991, como projeto pessoal de Linus Torvalds, estudante de en-

genharia de software finlandês, abrindo caminho para diversos desenvolvedores autônomos, que contribuíram para que seu núcleo ganhasse músculo e se tornasse o queridinho de diversas corporações. Por ser de código aberto, é gratuito, o que permitiu a evolução de diversos softwares em sua órbita. Atualmente, o mais conhecido é o *LibreOffice*, um pacote de aplicativos completo para escritório. Mas a infinidade de apli-

cativos *Open Source* (código aberto) é absurdamente grande e contempla toda uma gama de necessidades atuais para computador pessoal.

Como tem o código aberto, o Linux, diferentemente do Windows, tem várias distribuições no mercado, tais como o Ubuntu, Red Hat, Debian, Fedora etc. O Ubuntu, é muito fácil de instalar e de usar em português do Brasil. Utilizo o *LibreOffice* (e antes o *OpenOffice*, versão mais antiga) há cerca de 20 anos, como suíte de escritório, em que realizo apresentações de slides. Também é a suíte que utilizo em minha clínica, para impressão, escaneamento de documentos, planilhas etc. A vantagem desses programas é que são intuitivos, ou seja, a adaptação a eles é muito fácil.

Basta uma pesquisa na internet para verificar que praticamente todos os servidores de email utilizam o Linux, por questão de segurança e robustez. O Google o usa em seus servidores; e o sistema Android dos smartphones é baseado nele. Os servidores de grandes empresas como Amazon, IBM, Twitter e Facebook operam com a plataforma Linux. O McDonald's adota a distribuição Ubuntu Linux em seus terminais. Os submarinos americanos contam com o Linux Red Hat. A Nasa também adota o Linux em suas sondas espaciais. Os *smartwatches* o utilizam, como, por exemplo, o relógio Garmin, útil para correr, nadar e pedalar, que é Android, e nunca trava.

Vários dispositivos móveis também se servem do Linux, como o Kindle e os *tablets*. Impressoras IBM o utilizam, assim como as geladeiras com acesso à internet. A Estação Espacial Internacional usa o Linux Debian para prover todo seu funcionamento. Muitas empresas, instituições governamentais e escritórios corporativos recorre às distribuições Linux, pois não é necessário o pagamento de licenças. Na educação, diversos países instituíram o sistema Linux em escolas e faculdades, tais como Rússia, Alemanha, Filipinas, Suécia, Itália e Finlândia.

É muito Linux para quem nem sabia das aplicações dessa maravilhosa ferramenta. E por ser moldável às mais variadas necessidades humanas, será o futuro dos computadores. O Linux veio para ficar e já não conseguimos mais viver sem ele. ■

* Médico ortopedista e conselheiro 2º tesoureiro do Cremesp

OPEN SOURCE, O NOVO JEITO DE FAZER CIÊNCIA

Por **Vinícius Basseto Félix***, **Larissa Bueno Fernandes**** e **Regina Albanese Pose*****

O termo *Open Source* pode gerar confusão, já que muitos acreditam ser sinônimo de “gratuito”, embora seja bem mais do que isso. O conceito implica código aberto, isto é, há abertura para que todos possam contribuir com seu desenvolvimento, o que fomenta o senso de comunidade.

Dado o fortalecimento deste tipo de tecnologia, algumas áreas aproveitaram melhor o conceito de contribuição, especialmente a de pesquisa. Como os *softwares* especializados são caros, as alternativas *Open Source* tornaram mais natural a reprodutibilidade presente na ciência, já que todos possuem acesso.

Um dos expoentes do *Open Source* na área de pesquisa é a linguagem R, uma ferramenta para trabalhar com dados e análises estatísticas, que se popularizou, por ter sido criada para não programadores e ser gratuita.

Embora os comandos sejam executados por linha de código, a adoção do R tornou-se mais fácil, devido à gratuidade dos materiais disponíveis. Além disso, há integração com *softwares* comerciais como Excel, Stata, SAS e SPSS; e, também, fontes de dados como o DataSUS.

O *Open Source* tem diversas aplicações na área médica, como em análises epidemiológicas, sequenciamento genético, análise de sobrevivência e até em técnicas de aprendizado de máquina – atualmente muito utilizadas em estudos de neuroimagem – ou, ainda, de inteligência artificial, em que robôs auxiliam médicos e enfermeiros em atividades que vão desde a educação à tomada de decisão.

*Estatístico, mestre em Bioestatística e cientista de dados na H0 Consultoria;

**Estatística, mestre em Bioestatística e diretora de projetos na H0 Consultoria;

***Estatística, mestre em Ciências, professora da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) e conselheira do Conselho Regional de Estatística – 3ª Região (SP, PR, MT E MS).

MEDICINA NO MUNDO

ATENÇÃO AO ESCORPIONISMO

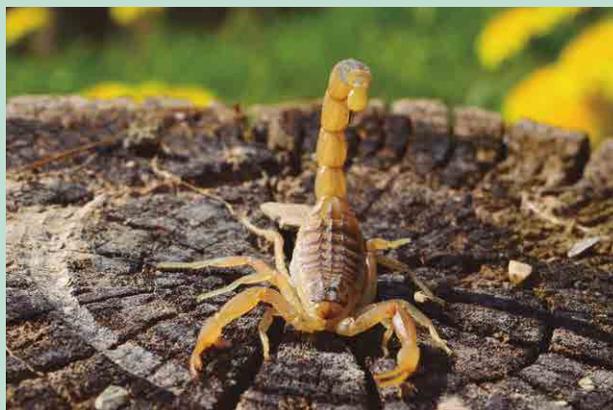
Por **Dimas Tadeu Covas***

Dados de 2017 – os mais recentes disponíveis – não deixam dúvida sobre a importância do escorpionismo no cenário da saúde pública no país: no ano, 130 mil acidentes foram notificados, com quase 200 mortes – números que confirmam a tendência observada há uma década. Já em 2007, as picadas de escorpião superaram o ofidismo e responderam por 1/3 dos acidentes por animais peçonhentos. A tendência é de crescimento também na incidência, em especial nas regiões Nordeste (97,2 casos por 100 mil habitantes em 2017) e Sudeste (62,7 por 100 mil).

A proliferação dos escorpiões explica o aumento dos casos. A biologia e o comportamento desses aracnídeos facilitam sua sobrevivência mesmo em condições adversas. O aumento das temperaturas em anos recentes se tornou mais um fator para o aumento da presença das espécies venenosas. A isto, agrega-se a precariedade dos bolsões urbanos de pobreza, que facilitam a proliferação e dificultam o controle.

Cabe aos serviços públicos de saúde organizar e manter iniciativas para o controle dos escorpiões e prevenção de acidentes. Ao médico, reconhecer os casos de escorpionismo; e, principalmente, distinguir entre os casos leves e os casos com manifestações sistêmicas.

Em geral, os acidentes causam apenas dor local, que ocorre imediatamente após a picada, acompanhada de eritema, sudorese e parestesia. Envenenamento sistêmico, que acomete, na maioria das vezes, crianças abaixo de 12 anos, é muito mais grave. A presença de náuseas e vômitos é

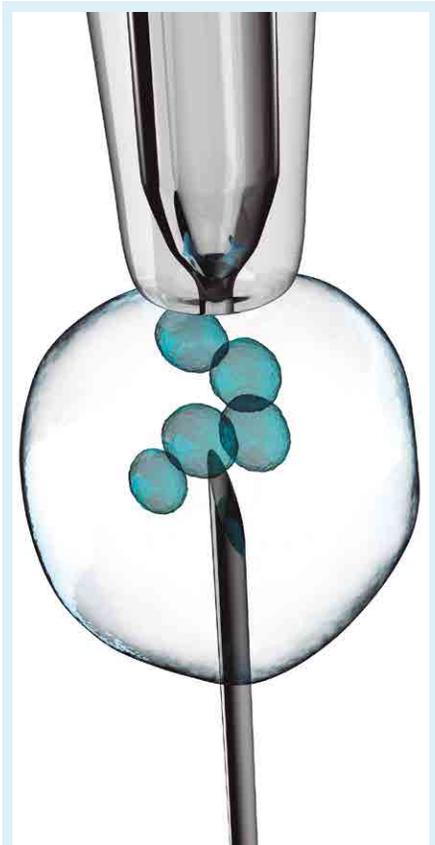


sinal premonitório do quadro, que pode evoluir com sudorese profusa, sialorreia, diarreia, dor abdominal, taquidispneia, taquicardia, arritmia cardíaca, convulsão, edema agudo pulmonar, hipotensão e choque. Quando acontecem, esses sintomas são observados já na primeira hora após a picada. Nessas circunstâncias, o tratamento antiveneno é fundamental para neutralizar o veneno circulante.

O Instituto Butantan é o principal produtor de soros hiperimunes no Brasil, incluindo o soro antiescorpiônico, contra o veneno de escorpiões do gênero *Tityus*, e o soro antiaracnídeo, produto trivalente que, além de neutralizar o veneno do *Tityus*, é também indicado no tratamento de picadas por aranhas *Loxosceles* e *Phoneutria*. Para a produção desses antivenenos, a instituição mantém um biotério de escorpiões com aproximadamente 14 mil exemplares das diversas espécies de interesse para a saúde.

A meta da Secretaria da Saúde do Estado é reduzir a mortalidade por acidentes com animais peçonhentos a zero nos próximos quatro anos.

*Dimas Tadeu Covas é hematologista e diretor do Instituto Butantan



[2]

DNA DE TRÊS PESSOAS

Pesquisadores gregos e espanhóis anunciaram o nascimento pioneiro de bebê com o uso de “transferência de fuso materno”, técnica de Reprodução Assistida (RA) na qual o DNA nuclear da mãe é transferido para uma célula de doadora saudável (cujo núcleo é removido), de modo que a criança resultante tenha DNA nuclear dos pais e DNA mitocondrial da doadora.

A paciente, uma grega de 32 anos, já havia passado por quatro ciclos malsucedidos de fertilização *in vitro* e faz parte do grupo de 25 participantes de estudo experimental que vai até 2022, e que já teria produzido oito embriões. Conforme Panagiotis Psathas, presidente do Instituto da Vida, maternidade e centro de pesquisas de Atenas que sediou e financiou o estudo, a intenção é garantir “o direito inalienável de uma mulher se tornar mãe com seu material genético”.

Apesar do entusiasmo, a aplicação da técnica gera controvérsias: da forma com que foi apresentada e aprovada em 2015 pela *Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA)* britânica, é restrita à prevenção da transmissão de doenças mitocondriais graves de mãe para filho. Ainda assim, foi pouco usada no país, e, em casos isolados, em Israel e Ucrânia. O ensaio clínico em questão contemplou tal condição, mas incluiu também voluntárias com “múltiplos fracassos de fertilização *in vitro*”.

A mudança de escopo causou “preocupação” em meio a médicos britânicos, que acham “moralmente muito diferente” o uso para “prevenir doenças” e o destinado a “tratar a fertilidade”.

Fontes: Revista *Time*, *BBC News* e *CNN*

“CRONÔMETRO” DA FERTILIDADE E CONFLITO DE INTERESSES

Mulheres de menos de 30 anos devem ser rastreadas como rotina para avaliar a fertilidade como acontece com o câncer de colo de útero, sugere estudo recente divulgado no *Australian Journal of Primary Health*. Entre as participantes, 74% afirmaram que alterariam seu planejamento de vida reprodutiva se fosse identificada baixa reserva ovariana.

A proposta é usar um teste que mede o hormônio anti-mulleriano (sigla em inglês AMH, conhecido também como “cronômetro da fertilidade”), para avaliar a reserva ovariana e evitar eventuais decepções vinculadas à infertilidade precoce. O principal autor da pesquisa, Kelton Tremellen, da *Flinders University*, Austrália, considera que “o AMH poderia ser usado por médicos da área para ajudar as mulheres a tomarem decisões informadas”.

Há quem discorde. Karin Hammarberg, do órgão normatizador em RA na província de Victoria, avalia que a pesquisa foi “enganosa e manipulada”, devido ao vínculo não declarado de Tremellen com uma clínica que se beneficiaria com a expansão das testagens. Vai além: “além de possíveis danos psicológicos, testes inadequados podem levar mais mulheres a intervenções dispendiosas e desnecessárias”.

O ponto de vista vem ao encontro da posição da Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), segundo a qual a avaliação de reserva ovariana como previsão de longevidade feminina “é arriscada”, pois a maioria dos testes não garante a capacidade reprodutiva dos gametas.

Fontes: *ABC News Science*, *Australian Journal of Primary Health* e site da Febrasgo

A cigarra e a formiga na vida do médico

Por **Ciro Gatti***

Então você se graduou, começou a trabalhar e a ganhar o seu dinheiro? Parabéns! Muito provavelmente você se tornou um calouro no mundo das finanças e isto aconteceu porque a maioria dos médicos brasileiros não teve, durante a sua formação escolar e profissional, nenhum tipo de educação financeira. No entanto, esse novo começo não é um problema, mas ignorá-lo pode tornar-se um, que refletirá na sua qualidade de vida em longo prazo. Mas os fatores que podem levá-lo a um futuro menos confortável podem ser facilmente identificados, evitados e revertidos.

Estando no auge de sua força laboral, o jovem médico logo começa a trabalhar em longas jornadas, incluindo períodos noturnos e finais de semana, em plantões e visitas, por exemplo. A enorme responsabilidade provoca saudades do cotidiano da faculdade, mas, em contrapartida, o mês se encerra trazendo a recompensa do seu esforço e dedicação. A

chegada desses valores na conta bancária é um fato digno de comemoração. Afinal, são os primeiros recebidos como médico, após tanto tempo de estudos e, diga-se de passagem, é uma receita muito acima da média brasileira.

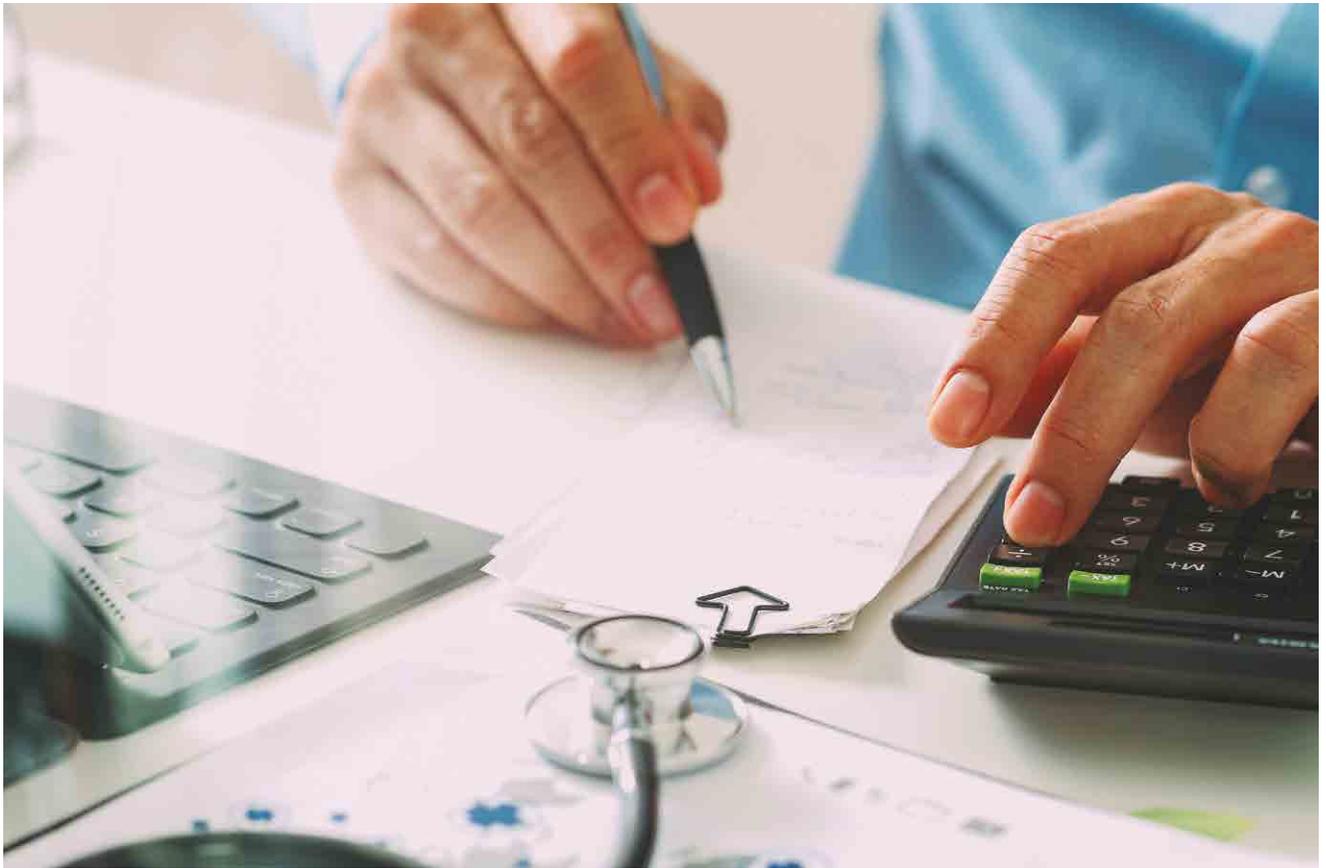
Mas essa nova realidade também faz com que muitos dos seus sonhos de consumo voltem a habitar seus pensamentos, incluindo viagens, carro, smartphone e roupas, entre outros. Vislumbrando esse mundo de bens até então inalcançável é fácil se iludir tanto com a felicidade de saber que hoje pode comprar o que deseja, quanto com o sentimento de recompensa pelo trabalho duro, ao realizar a compra. E é neste ápice de alegria gerado pela recompensa ao esforço, diante das novas possibilidades de consumo, que o seu caminho pode guinar para uma direção prazerosa em curto, mas perigosa no longo prazo.

Se você se lembrou da fábula de Esopo sobre a cigarra e a formiga, na qual a primeira apenas cantava no verão e a segunda trabalhava

para garantir a sobrevivência no inverno, parabéns novamente. Você acabou de diagnosticar o futuro financeiro de quem não pensa na velhice. Concluimos, então, que devemos trabalhar como formigas até a aposentadoria? Certamente não, assim como não devemos cantarolar como cigarras até lá. A vida é agora, e continuará sendo até o seu fim. Mas o equilíbrio entre cantar e trabalhar deve ser buscado, para que o inverno não seja temido, mas desfrutado como no verão.

Com algumas orientações e atitudes, será possível guardar dinheiro mesmo cursando um programa de Residência Médica, cuja bolsa, sabidamente, não provê a renda dos sonhos. O ato de poupar, sejam quais forem os investimentos escolhidos, será a base de uma trajetória tranquila para um futuro saudável financeiramente.

Dessa forma, um passo inicial pode ser analisar o seu comportamento, levantando minuciosamente os seus gastos durante um mês, classificando-os em ca-



[1]

tegorias. Uma planilha ou mesmo um app de finanças pessoais (há opções gratuitas disponíveis) o ajudará a enxergar o que você faz com seu dinheiro. Diante destes dados, você pode reduzir os gastos supérfluos, distribuindo melhor os seus recursos.

Conhecendo sua renda, será preciso apenas um pouco de estratégia para guardar parte dela de forma a não comprometer suas despesas e o lazer. Entender quanto de seu salário será necessário poupar é fundamental para garantir um inverno tranquilo, assim como saber que suas despesas irão variar conforme o tempo e condições familiares. Valores em torno de 20 a 30 por

cento da renda total são sempre apontados por especialistas como suficientes para uma aposentadoria confortável. Evidentemente, quanto mais se poupa hoje, menos será necessário fazê-lo no futuro para atingir seus objetivos.

Tendo esses conceitos estabelecidos, existem diversas estratégias para implementá-los e atingir a meta traçada. Embora seja um assunto complexo e um campo de estudo em si, quatro simples ações podem ser rapidamente adotadas para facilitar a cultura de poupar. Primeiro, é importante considerar que quantia é valiosa em longo prazo. Portanto, se houver qualquer excedente, in-

vista-o assim que possível. Se não for capaz de controlar seus gastos até o fim do mês, invista assim que receber seu salário. Você será obrigado a se adequar ao longo do mês. Em terceiro lugar, não atrase suas contas: os valores de juros e multas poderiam estar rendendo para você e não o contrário. E por último, o mercado oferece especialistas que podem orientar suas aplicações conforme o seu perfil de investidor e objetivos. Na dúvida, procure-os. ■

*Médico emergencista e nefrologista, coordenador do Pronto-Socorro Clínico do Hospital Santa Marcelina e delegado do Cremesp



[1]

Semeando a saúde em Benin

Missão humanitária vinculada à Faculdade Santa Marcelina de Medicina desenvolve no país africano ações de promoção e educação em saúde, além de atendimentos clínicos, cirúrgicos e odontológicos para a população desassistida

País do continente africano, Benin se transforma, periodicamente, no lar temporário da irmã Monique Bourget, médica canadense, filiada à Congregação de Irmãs de Santa Marcelina. Lá, a religiosa participa de um projeto social que coordena desde 2011 – a Missão Benin –, visando minimizar as mazelas de saúde pública associadas à miséria do país.

O desejo de iniciar uma missão surgiu após o seu primeiro contato com a África, para onde viajou



[2] O brasileiro Carlos Miguel, estudante de Medicina, e Irmã Monique, durante uma das visitas ao país africano

com o irmão, o cirurgião canadense Louis Bourget, em setembro de 2010. Ao chegarem em Benin, depararam-se com uma realidade dura e cruel, marcada por carências e pela ausência total de ações do poder público para o atendimento à saúde.

Foi então que decidiram fazer a diferença e organizar ações em prol do cuidado e tratamento médico, sendo calorosamente acolhidos pelos moradores da região, apesar da situação de extrema vulnerabilidade em que viviam.

Benin ocupa a 163ª posição no ranking mundial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD), de 2018 – com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixíssimo, de 0,515; e PIB de US\$ 10,5 milhões. Os habitantes do país, em sua maioria, não têm acesso a um sistema de saúde; e a renda média anual familiar é escassa até mesmo para a subsistência.

MISSÃO HUMANITÁRIA

Embora a língua oficial do país seja o francês, o dialeto africano praticado pelos moradores não abalou a determinação dos dois irmãos em dar início à missão humanitária, estabelecendo uma comunicação sensível com os nativos. “A língua representa um simples detalhe, se comparada a toda afeição genuína do povo de lá,” ensina Monique. O que aparentemente poderia ser um obstáculo, acabou por fomentar ainda mais o desejo dos irmãos Bourget em reunir uma equipe de profissionais para atuar gratuitamente no atendimento à saúde dos habitantes locais.

SEMENTES DA SAÚDE

Após um longo trabalho de busca, conheceram o hospital La Croix, situado em Zinvié, na zona rural, próximo ao centro econômico Cotonou, em Benin. A instituição foi a única a apresentar condições adequadas para receber médicos e outros voluntários brasileiros; e acabou consolidando-se como a principal área de atuação da Missão Benin.

Em 2011, um ano após sua primeira visita, a Irmã Monique retornava, acompanhada de outros 15 profissionais – incluindo ginecologistas, dentistas, cirurgiões, anestesistas e enfermeiros, entre outros –, pronta para concretizar o sonho que tanto idealizou.

A ação social repetiu-se diversas vezes desde sua instauração, e repercutiu tanto que angariou um grande número de interessados em se voluntariar, o que culminou, em 2015, na fundação da ONG Sementes da Saúde, vinculada à Congregação de São Paulo, e assessorada por graduandos de Medicina da Faculdade Santa Marcelina.

Sob a supervisão de Monique, a entidade sem fins lucrativos começou as atividades em Benin realizando visitas em setembro ou outubro de cada ano, com uma média de 25 a 30 graduandos de Medicina e outros profissionais voluntários.

De acordo com a estudante de Medicina Moniquelly Barbosa, 25, uma das coordenadoras da ONG, as ações consistem na promoção e educação em saúde, além de atendimentos clínicos, cirúrgicos e odontológicos. “Treinamos também as equipes locais, a fim de tentar atualizar os principais manejos e



[1] Moniquely Barbosa: condutas clínicas devem respeitar individualidades culturais

COMO PARTICIPAR

Para contribuir com a ONG Sementes da Saúde em sua missão em Benin e demais ações sociais da entidade, acesse: <https://www.sementesdaude.org>; ou entre em contato pelo e-mail contato@sementesdaude.org para mais informações e doações.

condutas médicas, porém sempre respeitando suas individualidades culturais e éticas”, afirmou.

Paulatinamente, com a expansão do projeto e o reconhecimento gerado pelos serviços médicos, a Sementes da Saúde também firmou acordo com a filial da Escola Santa Marcelina em Benin, que realiza missões educativas para atendimentos pediátricos no território beninense. As ações alcançam pequenos vilarejos, dispostos ao redor do La Croix e da Escola, e, por fim, locais remotos, quase inatingíveis. “Um feito memorável foi chegar até os vilarejos de Hêtin e Lokpo, que são isolados por água. Lá, existem pessoas que nunca tiveram contato com um médico”, lembra o estudante de Medicina Carlos Miguel Oliveira, 25, também coordenador da ONG.

A entidade é responsável ainda por ações sociais no Brasil, como a Sementes no Cárcere, trabalho que fornece atendimento de saúde à população carcerária; Sementes na Rua, programa de atenção a pessoas marginalizadas e em situação de rua; e Sementes no Mundo, que presta auxílio aos imigrantes.

VOLUNTARIADO

Ser profissional da saúde não é um critério para o voluntariado. O trabalho conta com um grupo heterogêneo de profissionais da área da saúde, mas também com uma “equipe de apoio”, composta por intérpretes, fotógrafos, cozinheiros, entre outros, somando uma média de 30 pessoas por ação.

Devido à grande procura e a limitações durante as missões – como a disponibilidade de alojamentos e alguns recursos –, os voluntários são escolhidos de modo criterioso, de acordo com as necessidades e o objetivo da atividade em questão.

Em geral, opta-se por recrutar aqueles que estão familiarizados com o voluntariado. “Tentamos priorizar profissionais que já atuam em outros projetos no Brasil”, comenta Moniquely.

As atividades na região duram, em média, 15 dias e, apesar da boa acolhida que sempre recebem, nem tudo são flores. “A missão é linda, mas não é um mar de rosas. Os voluntários têm de saber conviver em grupo, enfrentar adversidades e ter inteligência emocional para lidar com realidades diferentes das

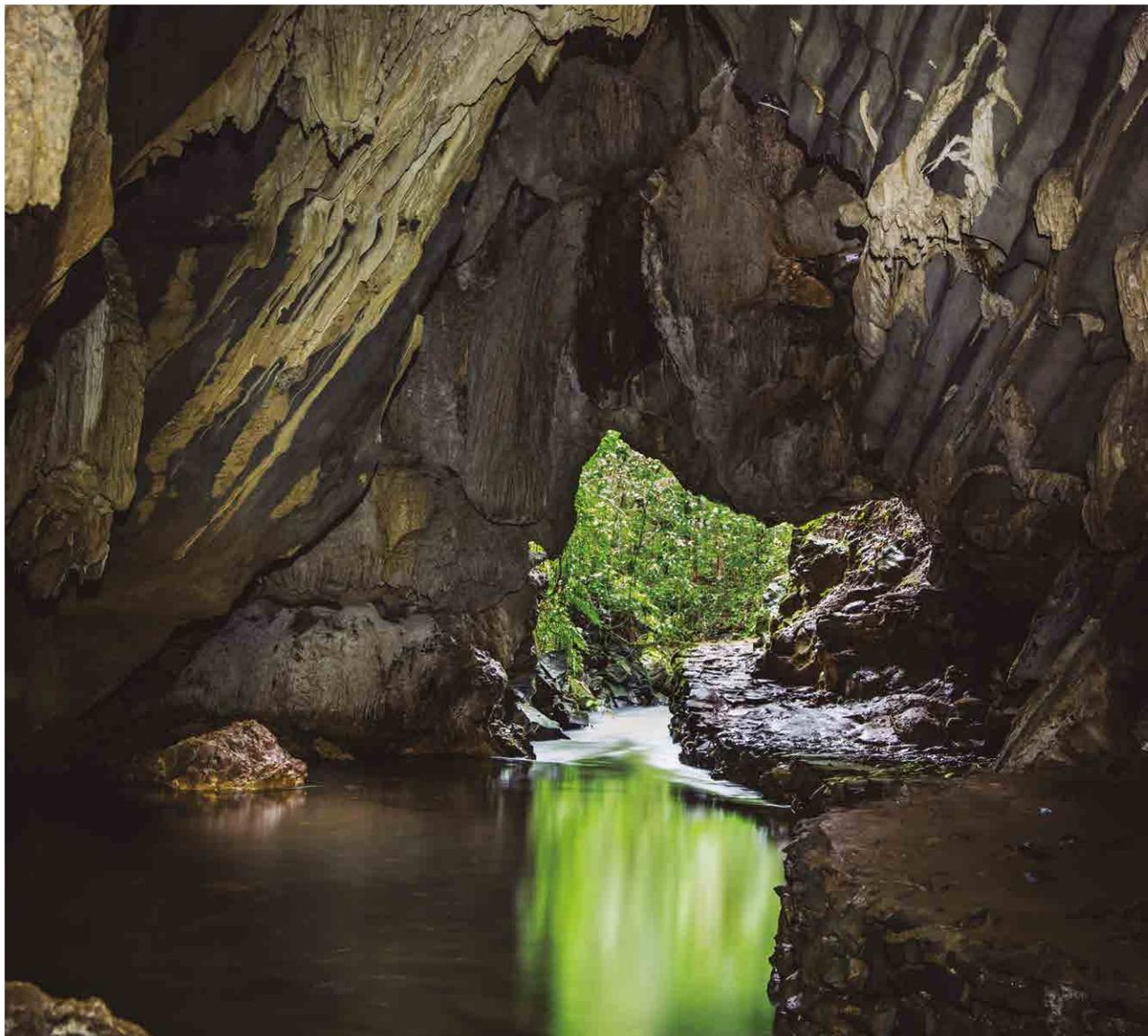
nossas”, destaca irmã Monique. Segundo ela, é preciso entender que as ações não são direcionadas somente à saúde, mas também ao convívio e, por isso, demandam humildade e isenção de julgamento.

DOAÇÕES

Atualmente, os interessados em se voluntariar devem arcar com os próprios gastos durante a viagem, já que o projeto é inteiramente custeado por meio de doações. O montante arrecadado é destinado a atender exclusivamente às demandas durante as ações locais.

Para a irmã Monique, apesar de o povo beninense ser negligenciado, é um exemplo de resiliência, atuando como agente transformador que tem muito a ensinar. “Ninguém que participe de uma missão volta sem se sentir tocado pela realidade que presencia. São pessoas que vivem com o estritamente necessário, mas que possuem uma felicidade genuína, que nos fazem enxergar o essencial da vida: o amor e a fé”, conclui. ■

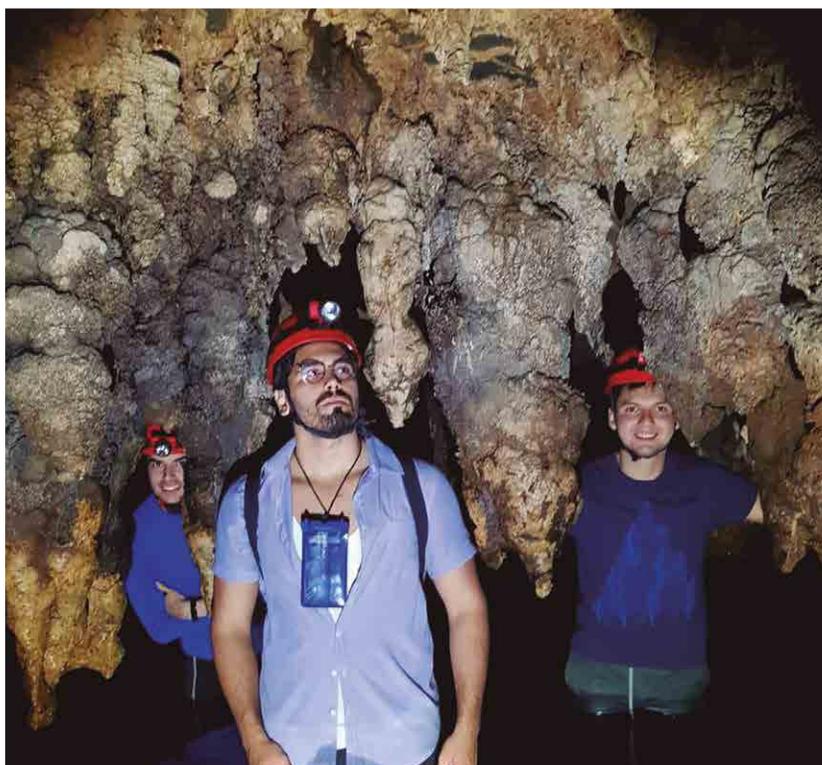
(Colaborou: Julia Remer)



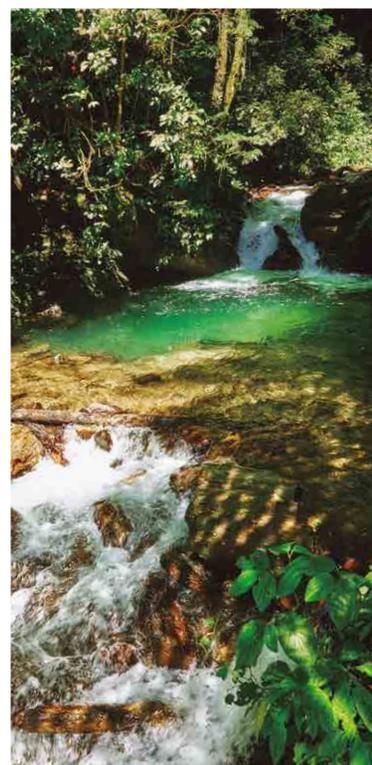
[1]

Um paraíso escondido no Alto do Ribeira

Com cavernas colossais, cachoeiras, paisagens bucólicas e esportes radicais, o Petar é um dos destinos mais bonitos do Estado de SP



[1]



[2]

As águas pluviais que transpassam as fissuras nas rochas e desgastam continuamente o calcário, abrindo dutos e galerias, dão origem a uma das paisagens mais impressionantes da natureza: as cavidades naturais ou cavernas calcárias, com seus magníficos espeleotemas – as estalactites, estalagmites, cortinas, colunas etc. Ao entrar nesse espaço, a sensação equipara-se a de estar em outro universo ou mesmo no espaço. Pelo menos foi assim que o médico Luis Felipe Salas sentiu-se ao percorrer o cenário deslumbrante do Parque Estadual Turístico do Alto do Ribeira, o Petar.

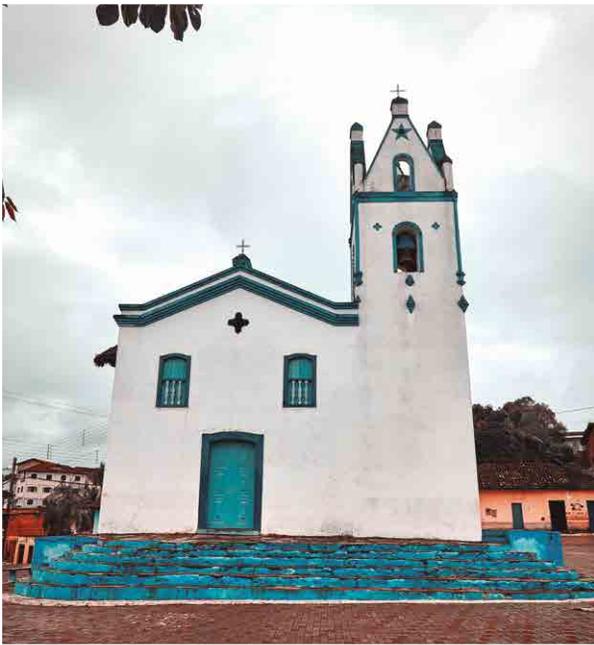
Considerado Patrimônio Natural da Humanidade, pela Orga-

nização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), o parque foi criado em 1958, visando proteger a rica biodiversidade dos remanescentes da Mata Atlântica em uma área de aproximadamente 35 mil hectares.

A cerca de 320 quilômetros da capital paulista, o parque está localizado entre as cidades de Apiaí e Iporanga, abrigando cachoeiras, trilhas, sítios paleontológicos, arqueológicos e históricos, e, particularmente, uma das províncias espeleológicas mais importantes do Brasil. Em 2010, foram registradas 474 cavernas no estudo do Plano de Manejo Espeleológico. Dessas, somente 12 encontram-se abertas para visitação. São elas as do Santana, Morro Preto, Couto,

Água Suja, Cafezal, Ouro Grosso, Alambari de Baixo, Chapéu Mirim I, Chapéu Mirim II, Aranhas, Gruta do Chapéu e Temimina. Todos esses fatores contribuem para que o Petar seja considerado um verdadeiro paraíso escondido no Alto do Ribeira.

Atraído pela natureza e adepto de viagens, o jovem médico de 25 anos, que já visitou inúmeros lugares dentro e fora do Brasil, considera que, por suas belezas naturais, o Petar seja um dos destinos mais bonitos que já conheceu. Acompanhado dos amigos André Neves, também médico, e Alexandre Burt, engenheiro, eles descrevem momentos emocionantes durante os cinco dias de viagem pela região. “Tudo por lá é



[3]



[4]

Na pág ao lado, da esq. para dir.: Alexandre, André e Luis Felipe na Caverna da Água Suja; e Cachoeira do Meu Deus. Acima, Igreja Matriz de Iporanga e *boia cross*

OUTROS ATRATIVOS DA REGIÃO

Iporanga

O pequeno município com menos de 5 mil habitantes apresenta características típicas de cidades interioranas, mas com inúmeras possibilidades de vivenciar novas experiências. Quem visita a sossegada Iporanga tem a chance de explorar as mais diversas atrações de ecoturismo. Além disso, não pode deixar de conhecer o restaurante da Pousada da Diva, famoso por oferecer a comida caseira mais elogiada da região, sendo o estrogonofe um dos pratos preferidos dos visitantes.

Aventura

"Um dos trechos mais legais que fizemos foi, sem dúvida nenhuma, o *boia cross*. É sensacional. Para mim, foi um dos pontos altos da viagem", sugere Luis, para aqueles que gostam de aventurar-se. O *boia cross* consiste em descer um trecho de 2 km pelo Rio Betari, utilizando câmaras de ar amarradas de forma a deslizar sobre a água. Essa atividade aquática é praticada desde a década de 70 no Petar. Além dessa opção, há descidas de rapel de mais de 130m de altura, dentro e fora das cavernas, tirolesas, *acqua ride*, *rafting*, *bike*, entre outras atividades radicais.

Como chegar:

Partindo da capital paulista, há algumas vias de acesso: pela Rodovia Régis Bittencourt, Castelo Branco ou Raposo Tavares. Além disso, existe a opção de ir de ônibus, que parte de São Paulo, pela Viação Transpen, até a cidade de Apiaí.



Quando visitar

A melhor época para ir ao Petar é entre os meses de abril e novembro, quando há menos possibilidade de chuvas. O clima da região é úmido e a temperatura média anual gira em torno de 21°C, sendo que as máximas ficam entre 24°C e 27°C, e as mínimas, entre 15°C e 18°C.

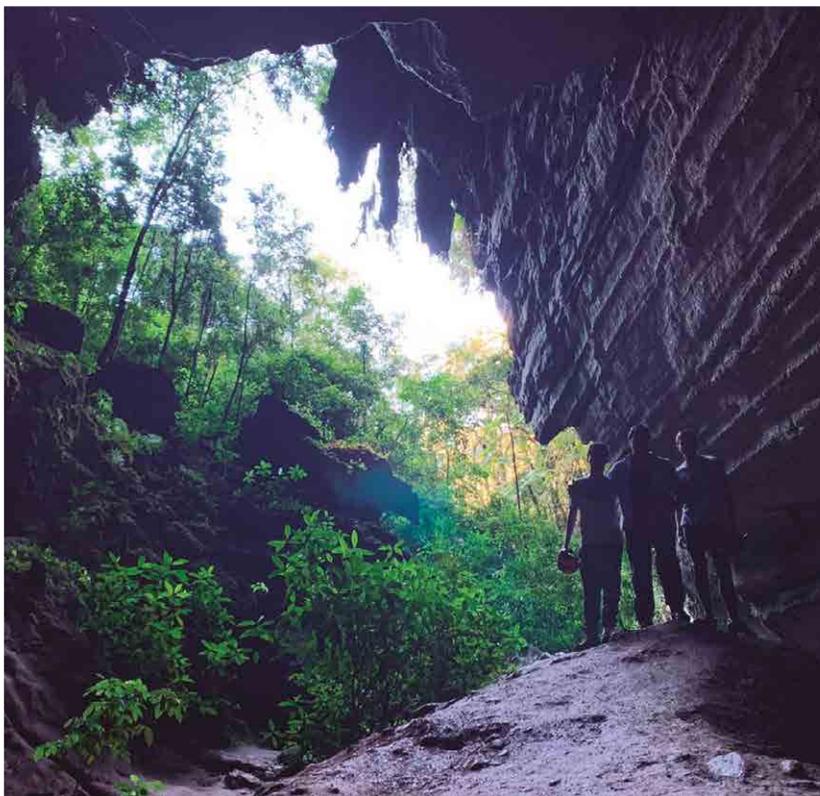


[1]

Acima, Luiz Salas na cachoeira do Betarzinho. Ao lado, entrada da Caverna do Couto

muito diverso e bonito. É um passeio barato e para quem mora em São Paulo, é um ponto turístico imperdível”, relata Luis.

Em seu trajeto, percorreram as cavernas do Núcleo Santana, além de visitarem a Cachoeira do Meu Deus – localizada entre as cidades de Eldorado e Iporanga. “É um passeio diferente, não tem nada



[2]

de artificial e faz você sair da realidade do dia a dia e esquecer os problemas”, acrescenta Luis.

O Núcleo Santana é o principal polo de visitação e uma das paisagens mais notáveis da região. Sua caverna tem 800 metros de extensão, sendo considerada a segunda maior de São Paulo, ficando atrás apenas da Caverna do Diabo, localizada no município de Eldorado, com 6.500 metros, mas, destes, apenas 700m estão abertos à visitação.

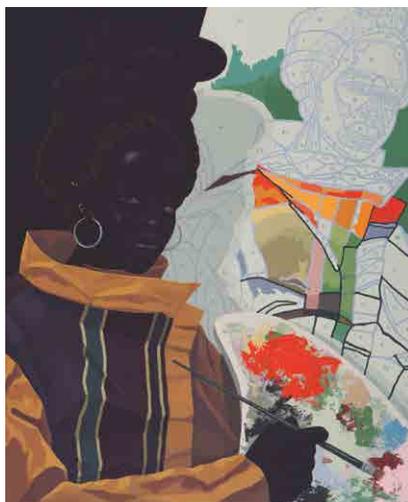
Nesse núcleo, estão localizadas as principais cavernas: do Santana, do Morro Preto, do Couto, da Água Suja e do Cafezal. Além disso, o polo dispõe de várias cachoeiras, como a do Couto, das

Andorinhas e a do Betarzinho. O parque conta ainda com outros três núcleos: Caboclos, Casa de Pedra e Ouro Grosso.

Todas as cavernas possuem regras específicas de visitação, que devem ser consultadas antes do ingresso no Parque, sendo obrigatório o acompanhamento de monitor ambiental cadastrado. Calçados e roupas adequados também fazem parte da listagem de regras, além de equipamentos de segurança de uso obrigatório, como lanternas e capacetes. Também, não é permitido comer dentro das cavernas. ■

(Colaborou: Maria Melo)

AGENDA CULTURAL



[3]

MUSEUM OF CONTEMPORARY ART CHICAGO

Ao todo são apresentadas 18 obras do *Museum of Contemporary Art Chicago (MCA)*. A seleção da mostra inclui lacunas históricas da coleção do MASP, como René Magritte, Roberto Matta e Wifredo Lam, além de obras de artistas ligados à *pop art*, como Andy Warhol, e mulheres, como Cindy Sherman e Cristina Ramberg.

Museu de Arte de São Paulo (Masp), Av. Paulista, 1578, São Paulo.

Terça das 10h às 20h; e de quarta a domingo, das 10h às 18h. Entrada: R\$ 40. Até 30/12.

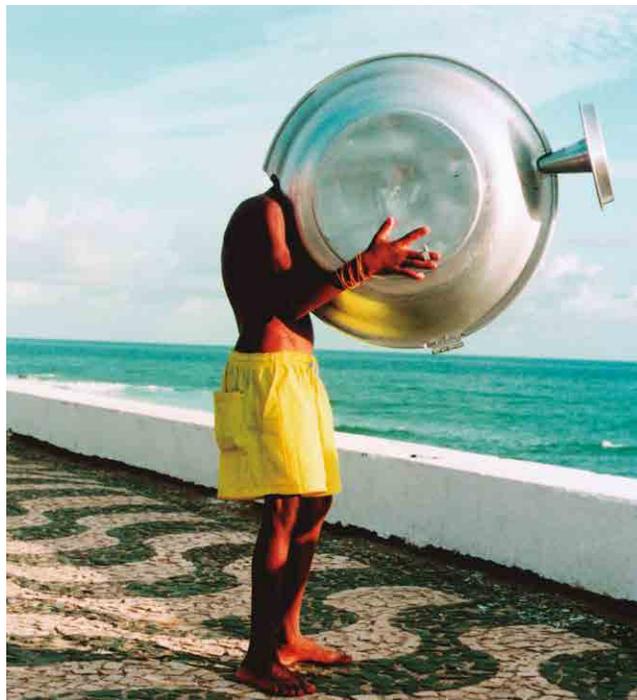


[4]

MARC FERREZ: TERRITÓRIO E IMAGEM

Com curadoria de Sergio Burgi e Ileana Pradilla, a mostra *Marc Ferrez: Território e Imagem* apresenta a extensa obra do fotógrafo brasileiro, realizada em todo o País em mais de 50 anos de atuação profissional, entre 1867 e 1923. A exposição conta com mais de 300 itens do acervo do Instituto Moreira Salles (IMS) e de várias instituições, incluindo fotografias e, álbuns originais, câmeras, equipamentos fotográficos e documentos que discutem o papel da imagem fotográfica no processo de exploração do território nacional.

Instituto Moreira Salles (IMS) – Avenida Paulista, 2.424, São Paulo. De terça a domingo, das 10h às 20h; e às quintas (exceto feriados), das 10h às 22h. Entrada gratuita. Até 2/8.



MAREPE: ESTRANHAMENTE COMUM

Com curadoria de Pedro Nery, a primeira grande exposição individual do artista baiano em São Paulo traz uma visão ampla de sua trajetória, que teve início nos anos 1990. O conjunto de 30 obras resgata poeticamente uma memória pessoal, que se funde com a cidade onde Marepe (Marcos Reis Peixoto) nasceu, Santo Antônio de Jesus, no Recôncavo Baiano, na década de 70. As obras foram organizadas pela curadoria em três verbos: mover, transformar e condensar, os quais o artista recorda constantemente em sua trajetória, permitindo um olhar simbólico aprofundado sobre as obras.

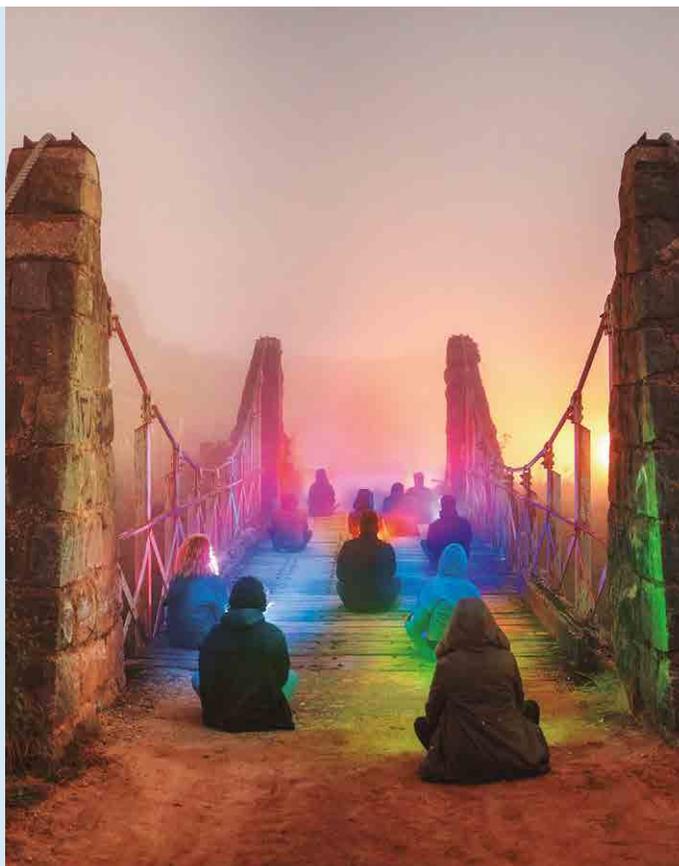
Pina Estação – Largo General Osório, 66, 4º andar, São Paulo. De quarta a segunda-feira, das 10h às 17h30. Entrada gratuita. Até 28/10.

[1]

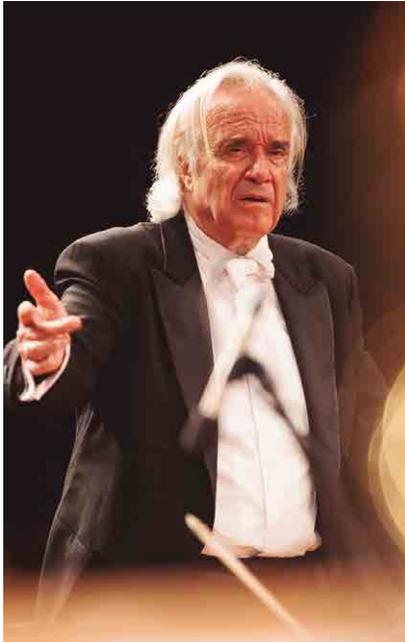
AINDA HÁ NOITE

A exposição reúne imagens, seja como conceito ou cenário, que recorrem à noite da América Latina. Feita por dez artistas, de diferentes países latino-americanos – Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Guatemala, México, Peru e Uruguai – e, ainda, do Reino Unido e da Espanha, a mostra busca questionar a ideia de que o dia deixa as coisas mais claras. A exibição apresenta aspectos da noite e são tratados temas como a violência, as cicatrizes dos processos de colonização e os atuais movimentos de negação dos conhecimentos científico e histórico. Os artistas participantes são Alejandro Chaskielberg (Argentina), Alejandro e Cristóbal Olivares (Chile), Cristina de Middel (Espanha), Bruno Morais (Brasil), Gihan Tubbeh (Peru), Ignacio Iturriz (Uruguai), Jorge Panchoaga (Colômbia), Juan Brenner (Guatemala), Kalev Erickson (Reino Unido), Luisa Dörr (Brasil) e Yael Martínez (México).

Itaú Cultural – Avenida Paulista, 149, São Paulo. De terça a sexta, das 9h às 20h. Sábado, domingo e feriado, das 11h às 20h. (Com permanência até as 20h30). Entrada franca. Até 11/8.



[2]



[3]

JOÃO CARLOS MARTINS E BACHIANA FILARMÔNICA

Considerado mundialmente um dos maiores intérpretes de Johann Sebastian Bach, o maestro João Carlos Martins se eleva a um escalão alcançado por poucos músicos brasileiros. E o público que for apreciar a Temporada 2019 da Bachiana Filarmônica Sesi-SP, poderá ver de perto, além do regente, a qualidade dos músicos de uma das melhores orquestras brasileiras.

Theatro Municipal de São Paulo – Praça Ramos de Azevedo, s/nº. Dia 17/9: Mozart – Concerto para Piano e Orquestra, regente: João Carlos Martins, solista: Davi Campolongo. Dia 15/10: Concerto de encerramento da temporada: Carl Reinecke (1824-1910) - Concerto para Flauta e Orquestra, regente: Heitor Fujinami, solista: Edson Beltrami. Valores: de R\$ 35 a 70.



[4]

VANGUARDA BRASILEIRA DOS ANOS 1960 – COLEÇÃO ROGER WRIGHT

Com curadoria de José Augusto Ribeiro, a exposição conta com 80 obras realizadas entre as décadas de 1960 e 1970, no Brasil, pelos artistas mais representativos da nova figuração, do teor político e da explosão colorida do pop, como Wesley Duke Lee, Claudio Tozzi, Antonio Dias, Cildo Meireles, Nelson Leirner, Raymundo Colares, Rubens Gerchman, Carlos Zilio, entre outros.

Pinacoteca – Praça da Luz, 2, São Paulo, de quarta a segunda-feira, das 10h às 17h30. Valor: R\$ 10. Gratuito aos sábados. Até 26/08/2020.

VIAGEM NO TEMPO

O Museu da Caixa expõe, permanentemente, um acervo de mais de 5 mil itens com a história do sistema financeiro nacional e do centro antigo de São Paulo, composta por moedas, mobiliário, documentos, obras de arte e fotos, entre outros. Conserva também a organização original da Sala do Serviço Médico, com instrumentos utilizados nas primeiras décadas do século 20.

Praça da Sé, 111, São Paulo. Terça a domingo, das 9h às 19h. Entrada franca.

PALIMPSESTO

A exposição do artista Alex Cerveny, com 44 imagens, manifesta as possibilidades da gravura como meio artístico. Em conjunto com as tiragens numeradas, são apresentadas as provas de impressão, revelando os diferentes processos da gravura.

Museu Lasar Segall, Rua Berta 111, São Paulo. De quarta a segunda, das 11h às 19h. Até 21/10.

INTERIOR



[1]

ACERVO DO MAM VAI À CAMPINAS

A Galeria de Arte do Instituto CPFL, em Campinas, recebe obras da coleção do Museu de Arte Moderna (MAM) de São Paulo. A exposição apresentará uma coleção com 35 pinturas de artistas como Flávio de Carvalho, Iberê Camargo, Tomie Ohtake, Leda Catunda e Paulo Pasta.

Rua Jorge Figueiredo Corrêa, 1632, Chácara Primavera. De 7/8 a 30/11, segunda e terça-feira: 9h às 18h; quarta a sexta-feira: 9h às 19h, sábado e feriados: 10h às 16h. Entrada franca.

PLANTAE! NO SESC SOROCABA

A composição *Plantae!* resgata flores e folhagens nativas e exóticas para contar suas histórias e levar o olhar do público a novos lugares. Natureza nativa, meio-ambiente, brasilidade, budismo, naif, feminilidade e grafismos indígenas são elementos que compõem a poética da artista visual, arte-educadora e curadora, Yara Amaral Gurgel Fulni-ô.

Sesc Sorocaba – Rua Barão de Piratininga, 555. Terça, quarta, quinta e sexta, das 10h às 21h30. Sábado e domingo, das 10h às 19h. Entrada franca. Até 29/12.

CAMPOS DO JORDÃO

PALÁCIO BOA VISTA

Muito procurada nos meses de inverno, Campos do Jordão reserva aos visitantes um rico acervo artístico e cultural no Museu do Palácio do Governo. Sua arquitetura lembra um castelo, e, por isso, recebeu o nome de Palácio Boa Vista. Dentre suas peças estão mobiliários dos séculos 17 e 18, objetos religiosos e obras de artistas contemporâneos como Tarsila do Amaral, Anita Malfati, Aldo Bonadei e Di Cavalcanti.

Palácio Boa Vista, Av. Dr. Adhemar de Barros, 3001, Alto da Boa Vista. De quinta a domingo, das 10h às 12h e das 14h às 16h. Exposição permanente.



[2]

S. JOSÉ DO RIO PRETO

BIENAL ITINERANTE

A 5ª etapa das *Itinerâncias* da 33ª Bienal de São Paulo, com realização do Sesc Rio Preto, conta com oito artistas e coletivos brasileiros e internacionais: Alejandro Cesarco, Aníbal López, Bruno Moreschi, Gunvor Nelson, John Miller, Richard Hoeck, Lucia Nogueira, Siron Franco e Sofia Borges.

Sesc Rio Preto – Av Francisco das Chagas Oliveira, 1333. De 27 de agosto a 24 de novembro, de terça a sexta-feira, das 8h30 às 21h30; aos sábados e domingos, das 9h30 às 18h. Entrada gratuita.

(Colaboraram: Maria Melo e Arthur Codjaian Gutierrez)

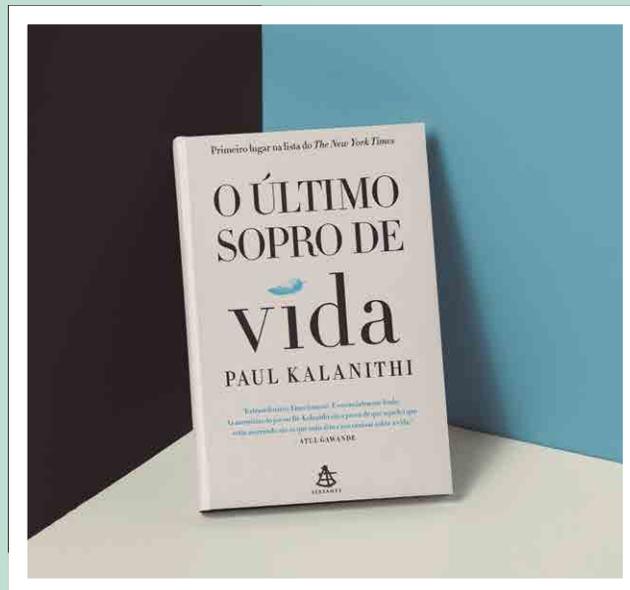
O que acontece quando um jovem médico adoece de um câncer *terminal*?

Por **Anna Carolina Batista Dantas***

Aos 35 anos, Paul Kalanithi foi diagnosticado com câncer de pulmão de pequenas células, estágio IV, com metástase para coluna e fígado. No último ano de Residência Médica em Neurocirurgia na Universidade de Stanford, uma das mais prestigiadas dos Estados Unidos, ao investigar uma lombalgia crônica que achava ser devido à rotina pesada da residência e longas horas de cirurgia, Paul teve que trocar de lado. De repente, de um dia para o outro, no mesmo hospital onde tratava seus pacientes, deitou no leito como um deles.

Somente a resiliência nos faz encarar os longos anos da formação médica. Enfrentamos cada sacrifício pensando na recompensa, o fim da residência, aquela luz no fim do túnel em que vislumbramos o começo da vida profissional e, ao mesmo tempo (por que não?!), o começo da vida pessoal. Impossível não se identificar com a descrição desse momento da vida de Paul, quando, no último ano do seu treinamento, ele descobre que aquele cansaço crônico que nos acompanha pelos corredores do hospital na verdade era um câncer terminal.

Naquele momento, sua vida ficou suspensa. O tempo passou mais devagar. As coisas, as pessoas e os valores mudaram. Todo aquele futuro promissor que o esperava, evaporou com uma só palavra: cân-



cer. Talvez por saber demais o peso do seu diagnóstico e o que lhe esperava à frente, naquela hora tudo passou pela sua cabeça: as horas de trabalho, as dívidas a pagar, o casamento recente, a família distante. Naquele momento, ele pensou: nunca mais vou voltar a esse hospital como médico. Era o fim de um capítulo da sua vida.

A mesma resiliência que adquirimos para enfrentar a Residência Médica ajudou Paul a enfrentar o seu tratamento. **O Último Sopro de Vida**, publicação póstuma, é a biografia da morte e vida do nosso colega. Um livro impressionante em sua riqueza de detalhes sobre o diagnóstico, tratamento e conquistas de um paciente, e da sua doença, que nos tocam por mostrar o ponto de vista do paciente médico. O diagnóstico que virou uma sentença deu um ressignificado à vida de Paul e, no seu último sopro de vida (como diz o título), ele aproveitou as pequenas coisas da vida e os momentos junto com a família. Teve uma filha, contou sua história, foi feliz. ■

* Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e cirurgiã do aparelho digestivo pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com foco em cirurgia bariátrica.

Mãe...

Por **Mário Quintana**

São três letras apenas,
As desse nome bendito:
Três letrinhas, nada mais...
E nelas cabe o infinito
E palavra tão pequena
- confessam mesmo os ateus -
És do tamanho do céu
E apenas menor do que Deus!



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

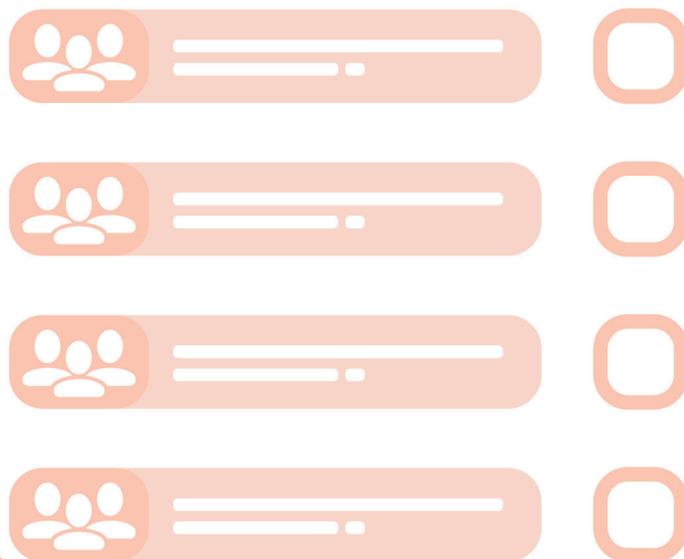
www.cremesp.org.br

ELEIÇÃO CFM 2019

Conheça as propostas das 10 chapas concorrentes pelo Estado de São Paulo

Todos os médicos inscritos em SP receberão o kit eleitoral a partir de 23 de julho

Serão considerados válidos os votos recebidos até o dia 28 de agosto, com a chancela dos Correios





Entre no site www.acordacfm.com.br e veja o nosso programa completo, lista de apoiadores, como votar, vídeos dos candidatos e apoiadores. Seu apoio fortalecerá ainda mais as nossas propostas, e será de vital importância. Acredite nelas!

Confira-as a seguir, resumidamente:

Chapa 1 - ACORDA CFM!

EFETIVO KRIKOR BOYACIYAN

ESPECIALIDADE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

LOCALIDADE CAPITAL

SUPLENTE NABIL GHORAYEB

ESPECIALIDADE CARDIOLOGIA E MEDICINA ESPORTIVA

LOCALIDADE CAPITAL

12 PROPOSTAS DA CHAPA 1 - ACORDA CFM!

1. Acabar com o voto obrigatório nos Conselhos Regionais de Medicina, tornando-o facultativo. Consequentemente, acabar com as multas eleitorais;
2. Modificar o regime tributário que incide sobre as anuidades dos Conselhos para pessoa física (PF) e pessoa jurídica (PJ), tornando-as coerentes com a realidade da profissão médica;
3. Reavaliar e melhorar as condições precárias do atual Programa de Residência Médica;
4. Criar frentes de trabalho efetivamente atuantes nos diferentes órgãos da administração pública;
5. Congelar a criação de novas escolas médicas;
6. Rever a qualidade e continuidade das escolas médicas já existentes;
7. Aprimorar a avaliação dos recém-formados;
8. Agilizar a criação da Carreira de Estado em âmbito nacional;
9. Atualizar toda a normatização sobre publicidade na área médica (Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos - Codame), adequando-a para o momento atual;
10. Exigir providências efetivas para garantir condições de trabalho adequadas aos profissionais da saúde;
11. Criar um serviço com o objetivo de prestar apoio psicológico e orientação jurídica para profissionais vítimas de agressão no trabalho, buscando reduzir seu impacto junto aos mesmos;
12. Instituir um programa robusto de Ensino à Distância (EAD) gratuito, para auxiliar os médicos em assuntos críticos no atual momento da profissão.

Destacamos que nunca tivemos e não temos qualquer filiação político-partidária. Acredite na nossa capacidade, experiência e empenho para representar o Estado de São Paulo no CFM.

Acesse:
www.acordacfm.com.br

Não ocupamos cargos no CRM, APM, sindicato, governos, convênios, cooperativas e não somos filiados a partidos políticos.

Os pleitos anteriores evidenciaram que conduzir as próprias eleições com conselheiros da gestão vigente como candidatos e em sedes próprias não é ilegal, mas de ética absolutamente questionável, favorece o ativismo profissional e desperta o contínuo, como acontece no CFM e em quase todos os Conselhos Regionais.

É necessário implementar a participação efetiva de todos os médicos nos debates e decisões de temas importantes, assim como participar da urgente e necessária reestruturação do CFM.

A Chapa 2 – Urgente Ética & Justiça – apresenta propostas para redefinição regimental, com a convicção de atender ao anseio da grande maioria dos médicos do Estado de São Paulo e do Brasil.

Vamos redesenhar o CFM!

PROPOSTAS DA CHAPA 2 - URGENTE - ÉTICA & JUSTIÇA

- Revisão das diárias, verbas indenizatórias e auxílios representação: abrir debate com todos os médicos sobre o justo valor das mesmas;
- Eleição/Gestão: diminuir a gestão de cinco para três anos, com uma só reeleição e que as datas das eleições do CFM e dos Conselhos sejam absolutamente coincidentes; eleições realizadas fora das estruturas próprias; voto facultativo; diretorias eleitas pelos médicos;
- Acúmulo de cargos: não admitir candidatos médicos que já ocupam cargos em Conselhos Regionais, entidades médicas, governos, convênios, cooperativas, partidos políticos etc;
- Mulher Médica: 50% dos cargos de conselheiros devem ser reservados às médicas;



Chapa 2 - URGENTE - ÉTICA & JUSTIÇA

EFETIVO CARLOS RODOLFO CARNEVALLI
ESPECIALIDADE MEDICINA PREVENTIVA E
MEDICINA DO TRABALHO
LOCALIDADE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

SUPLENTE SILVANA CHEDID GRIECO
ESPECIALIDADE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
LOCALIDADE CAPITAL

- Número de conselheiros no CFM: a representação deve obedecer à quantificação justa, proporcional ao número de médicos registrados nos Conselhos Regionais;
- Inclusão: abrir espaço permanente a todos os médicos brasileiros para participarem da análise e decisão de todos os temas pertinentes e relevantes;
- Extinguir integralmente a dupla cobrança Pessoa Física (PF) e Pessoa Jurídica (PJ), ou uma ou outra;
- Responsabilidade Social: participar de projetos sociais sobre Saúde, Medicina e Ensino;
- Residentes, apoio incondicional às justas reivindicações: anuidade menor para início de carreira; reajustes anuais; 13ª salário; auxílios alimentação e moradia; insalubridade; licença maternidade e para tratamentos de saúde;
- Dar um basta à abertura indiscriminada de escolas médicas;
- Revalida: única forma de acesso de diplomas médicos obtidos no exterior;
- Interiorização do médico: garantir a fixação dos profissionais em todo o país; SUS: Combater a precarização da Saúde;
- CBHPM: parâmetro mínimo de referência para o pagamento dos procedimentos médicos;
- Saúde Suplementar: remuneração justa aos médicos e recomposição das perdas salariais;
- Extinguir subsídios públicos aos planos e seguros privados.

- Reduzir as anuidades dos médicos e das pessoas jurídicas criadas exclusivamente para recebimento de honorários, sobretudo pelo aumento de médicos formados atualmente;

- Reforçar a transparência nos atos e prestação de contas dos Conselhos, demonstrando claramente as receitas, despesas, investimentos e verbas indenizatórias pagas;

- Investir na orientação pelos Conselhos, com mecanismos simples de consulta às dúvidas do dia a dia e práticas que não devem ser feitas;

- Combater a exploração do trabalho médico por operadoras de saúde, hospitais e clínicas, contra as ingerências na atuação, sobretudo dos médicos mais jovens;

- Colaborar intensamente para que os Ministérios da Saúde e da Educação mantenham a moratória que coíbe a abertura de novas escolas médicas, e impedir a ampliação indiscriminada de vagas nas já existentes, e até sua redução;

- Lutar pelo estabelecimento de condições mínimas para cursos de Medicina, e a obrigatoriedade de existência de laboratórios, preceptoria, residência e hospital-escola de qualidade comprovadas;

- Persistir na luta para garantir a necessidade do Revalida na validação de diplomas de médicos formados fora do País, essencial à segurança dos pacientes;

- Investimento na atualização permanente dos profissionais, que vise assegurar que esta chegue às diversas regiões do País, em especial aos profissionais de áreas de urgência e emergência;

- Defender a aprovação da Carreira de Estado dos médicos, fundamental



Chapa 3 - HORA DE AGIR

EFETIVO DENISE BARBOSA

ESPECIALIDADE PNEUMOLOGIA

LOCALIDADE CAMPINAS

SUPLENTE MARIA DO PATROCÍNIO

TENÓRIO NUNES

ESPECIALIDADE CLÍNICA MÉDICA

LOCALIDADE SÃO PAULO

para garantir a fixação de médicos em áreas de menor acesso e infraestrutura e a adequada condição de vida aos profissionais para que possam focar em sua atividade assistencial.

- Lutar pelo reconhecimento de direitos às mulheres médicas; valorização de seu papel como esteio da família, conciliando sua vida profissional e familiar, e assegurando seus direitos para cuidar de sua saúde e de seus familiares; apoiar o afastamento quando da maternidade, que fragiliza sua condição frente ao temor de substituição definitiva por outros colegas; lutar contra as diferenças na remuneração; e uso destas condições como impeditivo ao planejamento e desenvolvimento de sua carreira profissional, levando a excessos que refletem numa maior incidência de *burnout*, suicídios e menor expectativa de vida;

- Defender a efetiva adoção da tabe-

la CBHPM como mínimo da remuneração dos médicos e com atualização anual assegurada;

- Defender a atualização, ampliação e valorização dos procedimentos da tabela SUS;

- Intensificar o trabalho pela diminuição da violência contra os médicos e demais profissionais de saúde;

- Informar a população e defender os profissionais médicos da falta de retaguarda assistencial, e assegurar remuneração adequada para evitar a sobrecarga de trabalho;

- Contenção na prática de outros profissionais da Saúde em áreas de atuação dos médicos;

- Defender a acreditação das escolas médicas e programas de residência médica com parâmetros de qualidade.

Akira Ishida, nascido em Marília, graduado na Escola Paulista de Medicina, onde especializou-se e é atual professor titular de Ortopedia e Traumatologia. Há três décadas dedica-se ao ensino médico, tendo presidido as Sociedades Paulista de Ortopedia e Brasileira de Ortopedia Pediátrica. Diretor da SBOT, integra o Conselho Científico da AMB há 24 anos. Quando conselheiro do Cremesp, participou da Comissão de Avaliação do Exame dos Egressos de Escolas de Medicina. É vice-presidente da APM. Crítico à proliferação indiscriminada de cursos médicos, luta pela qualidade na formação e pela valorização do médico.

Maria Rita de Souza Mesquita, graduada pela Unisa, especialista em Obstetrícia e Ginecologia, coordena a Comissão de Honorários e Valorização da Sogesp e preside a Comissão de Ética da Febrasgo. Tem liderado ações em defesa dos valores éticos e profissionais do médico, como a cobrança de honorários pelo acompanhamento presencial do parto e a excelência da assistência obstétrica.

CONJUNTURA

Há tempos assiste-se à degradação da formação do médico e do seu ambiente de trabalho. Reverter este quadro sombrio é a motivação de Akira e Maria Rita, ao candidatarem-se a representar os médicos paulistas no CFM, em busca da valorização dos médicos e da qualidade da assistência à saúde no Brasil.

É imperioso interromper a proliferação de escolas de má qualidade e corrigir as insuficiências na formação. É fundamental introduzir, agora em âmbito nacional, o exame de avaliação de egressos que, até sua injustificável interrupção, em São Paulo, em 2018, foi importante balizador da qualidade do ensino médico.

Akira e Maria Rita têm-se posicionado firme e claramente em defesa da profissão médica, agredida por iniciativas como o Programa Mais Médicos



Chapa 4 - VALORIZAÇÃO MÉDICA

EFETIVO AKIRA ISHIDA

ESPECIALIDADE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LOCALIDADE CAPITAL

SUPLENTE MARIA RITA DE SOUZA MESQUITA

ESPECIALIDADE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

LOCALIDADE CAPITAL

e decisões equivocadas, como a Resolução CFM nº 2227/2018, que visava à regulamentação da Telemedicina.

Basta de promessas vazias; de oportunistas travestidos do “novo”; de grupos inescrupulosos movidos por interesses menores, que exploram questiúnculas político-partidárias, plantam notícias falsas (fakes) e semeiam intrigas.

COMPROMISSOS

Ao comporem a Chapa 4, Akira e Maria Rita comprometem-se a fortalecer a representação de São Paulo no CFM, lutando em prol de:

- Exame nacional obrigatório para os novos graduados;
- Fechamento de escolas de Medicina sem qualidade;
- Revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior;
- Resgate da imagem do médico;
- Valorização do trabalho médico, seja

no SUS, seja na saúde suplementar;

- Implantação da carreira médica no SUS;
- Valorização da especialização médica;
- Valorização do papel da mulher na profissão médica;
- Facilitação do acesso dos jovens formados à carreira médica;
- Racionalização dos custos da contribuição para o Conselho, moderando os valores da anuidade e eliminando a bitributação;
- Fiscalização rigorosa das condições de trabalho;
- Financiamento adequado e qualidade na gestão do SUS.

Facebook
/chapa4valorizacaomedica

Instagram
@chapa4valorizacaomedica



Chapa 5 - RESGATE HIPOCRÁTICO

EFETIVO SÉRGIO DOS PASSOS RAMOS

ESPECIALIDADE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

LOCALIDADE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

SUPLENTE FERNANDO CORDEIRO

ESPECIALIDADE CIRURGIA GERAL E PROCTOLOGIA

LOCALIDADE CAMPINAS

Nosso objetivo, ao nos candidatar-mos ao Conselho Federal de Medicina (CFM), é expresso no nome de nossa chapa: Resgate Hipocrático, resgate dos valores e princípios milenares da nossa profissão.

Temos observado, nos últimos anos, uma agressão contra os médicos, visando principalmente à redução ainda maior dos nossos honorários, interferência no exercício da Medicina, com objetivos escusos, e invasão da área médica de diagnóstico e terapêutica por profissões similares.

Tal agressão teve seu auge nos governos recentes, de triste memória que, por meio da importação maciça de “profissionais”, imaginou resolver o problema da ausência de médicos em regiões remotas do País.

Em médio prazo, autorizou o aumento desenfreado de escolas médicas visando inundar o mercado com

profissionais nem sempre bem preparados para o trabalho médico. Tentou também desqualificar a Medicina especializada, interferindo na formação pós-curricular.

Ao mesmo tempo, abriu o mercado das operadoras de saúde ao capital internacional. Pensar que os grandes grupos financeiros mundiais vêm ao nosso país para trazer saúde e prosperidade ao povo brasileiro é de extrema ingenuidade. O capital quer lucros. Lucros rápidos, fáceis e seguros. Saúde e Medicina bem feita não dão lucros fáceis.

Tendo em mente esta situação caótica em que estamos, e considerando a nossa história e experiência pessoal em anos de defesa profissional, resolvemos nos candidatar ao CFM. Nosso objetivo é principalmente a defesa do médico e do exercício profissional, com dignidade e respeito.

Apesar de grandes teóricos dizem que não cabe ao CFM a defesa dos médicos, a própria lei que criou o Conselho lhe atribui esta finalidade ao definir que deve “zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercçam legalmente”, ou seja, os médicos (Art.2º da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957).

Nossa proposta central é que o CFM seja o principal órgão de resgate dos princípios de autonomia, dignidade e respeito ao exercício da Medicina e dos que a exercem, usando a sua força institucional na defesa do médico.

Sem médicos livres e responsáveis, não existe Medicina e Saúde de qualidade.

Mais transparência na gestão, mais valorização do profissional e mais apoio no exercício da Medicina.

Esses são os pilares que defendemos para um novo CFM, que dialogue e ampare o médico brasileiro de diferentes gerações. A Saúde está sucateada, impondo a nós, profissionais da área, um cotidiano perverso de trabalho. Por isso, é imperativo um Conselho forte, organizado e comprometido com ideias modernas e efetivas. Nós, Christina Hajaj Gonzalez (professora de Psiquiatria/Unifesp) e Irene Abramovich (neurologista infantil, docente e coordenadora da Residência Médica do Estado de São Paulo), temos vivência no Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) e sabemos que as mudanças são possíveis!

Convocamos todos para que participem desta eleição e votem por mudanças! Confira as nossas diretrizes:

- Mais transparência na tomada de decisões - necessário garantir maior transparência e assegurar que a voz dos médicos seja ouvida na tomada de decisões que impactam a atividade profissional. Resoluções que afetam diretamente o exercício médico vêm sendo publicadas sem que os Conselhos Regionais e a comunidade médica sejam consultados;
- Apoio ao Revalida - prova de revalidação de diplomas estrangeiros deve ser realizada duas vezes ao ano (a cada seis meses) e é preciso que o CFM fiscalize as instituições que aplicam o exame para garantir maior qualidade e rigor;
- Mais eficiência na gestão - necessário um choque de gestão no CFM que



Chapa 6 - MUDANÇA JÁ NO CFM!

EFETIVO CHRISTINA HAJAJ GONZALEZ
ESPECIALIDADE PSIQUIATRIA
LOCALIDADE CAPITAL

SUPLENTE IRENE ABRAMOVICH
ESPECIALIDADE NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
LOCALIDADE CAPITAL

otimize a gestão financeira e melhore o acesso aos serviços oferecidos pelos Conselhos Regionais, como os serviços cartoriais;

- Criação de uma Caixa de Assistência - luta pela criação de uma Caixa de Assistência dos Médicos, nos moldes da Caixa de Assistência dos Advogados de São Paulo (CAASP), para a promoção de benefícios, como planos de saúde e auxílio farmácia para médicos;
- Mais conselheiros - luta pela ampliação na proporção de conselheiros federais de acordo com o número de médicos inscritos em cada Conselho Regional. São Paulo, por exemplo, tem aproximadamente 145 mil médicos inscritos no Cremesp e apenas um conselheiro federal;
- Programa Mais Médicos - novos residentes devem ter a opção de trancar a Residência pelo período de um ano para dedicarem-se ao programa Mais

Médicos, do Governo Federal;

- Ampliação de descontos e critérios de elegibilidade para PJ - necessária realização de estudos para viabilizar descontos e critérios de elegibilidade para pessoas jurídicas e evitar o pagamento integral de duas anuidades.

E mais...

- Autonomia para os Conselhos Regionais deliberarem o valor das anuidades e reajustes de pessoas físicas e jurídicas;
- Defesa da Carreira de Estado para os médicos, a exemplo do que acontece no Judiciário;
- Luta contra o exercício ilegal da profissão médica;
- Luta contra a criação de novos cursos de Medicina e ampliação no número de vagas dos cursos já existentes.

O CFM está sendo comandado pelas mesmas pessoas e grupos há décadas, com vieses partidários. A renovação tem que ser realizada urgentemente para restaurarmos a dignidade e os direitos médicos. A Medicina chegou ao “fim do poço”, “ninguém mais tem respeito pelos médicos”, “os médicos são iguais a sal – barato, branco e tem em qualquer lugar”. Essas são as frases que norteiam a atualidade da Medicina e dos médicos no Brasil. Você quer mudar essa situação? Vote chapa 7 – Renovação Já! E, juntos, restauraremos a dignidade médica, o respeito e principalmente a valorização da nossa profissão. Nossos principais pilares são:

1. A OAB dita os honorários mínimos para a classe da advocacia (tabela anualmente atualizada). Por que o CFM não pode? Tentaremos, por meio da união de forças com sindicatos e outras entidades, estipular o valor mínimo que deve ser cobrado por consulta! A ideia seria R\$ 250 como preço mínimo por consulta (corrigido pelo IPCA anualmente);
2. Extinguir o retorno gratuito de consulta. Os convênios devem nos pagar os retornos;
3. Valorização dos honorários e procedimentos médicos já! Os convênios têm que parar de escravizar os médicos;
4. Revisar todos os contratos dos médicos com os convênios: pois os médicos são o elo mais fraco desta relação. Devemos padronizar um modelo de contrato entre as operadoras e os médicos, no qual os profissionais sejam mais protegidos e, em caso de descredenciamento de clínicas pelos convênios, que estes sejam altamente multados;



Chapa 7 - RENOVAÇÃO JÁ

EFETIVO OZÓRIO DE A. LIRA NETO
LOCALIDADE CAPITAL

SUPLENTE JORGE SAYUM FILHO
ESPECIALIDADE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LOCALIDADE CAPITAL

5. Fim da duplicidade de cobrança: o médico não pode pagar duas vezes a anuidade do CRM. Se pagou como pessoa física, não deverá pagar como pessoa jurídica (até um teto máximo de faturamento anual);
6. Fim da festa das sindicâncias: o CFM e os CRMs devem apenas instaurar sindicâncias e processos em casos com provas robustas e deverão ter uma postura mais pedagógica e menos punitiva;
7. Prova obrigatória (Revalida) para os diplomados no exterior;
8. Defesa real do Ato Médico;
9. Acabar com o assédio moral que os médicos sofrem por parte de hospitais e convênios durante a prática médica;
10. Programa Mais Médicos: apenas para médicos formados no Brasil ou com o Revalida em dia e com uma remuneração adequada;

11. Telemedicina: somos a favor de que o médico seja bem remunerado e não apenas uma economia às fontes pagadoras;
12. Plano de carreira para os médicos no SUS: com condições semelhantes aos procuradores e promotores;
13. A favor da liberação de novas tecnologias já utilizadas em diversos países, porém ainda não liberadas no Brasil;
14. Buscar melhores condições de trabalho e honorários aos residentes;
15. Combater a retenção de honorários: atuação firme para responsabilizar os gestores médicos que retenham honorários injustamente;
16. Programa gratuito de ensino à distância e de reciclagem médica;
17. Combate à liberação de novas escolas médicas no Brasil.

Para mais informações, acesse:
renovacfm.com.br

Com as crescentes críticas sobre a conduta médica, seja no campo moral, mas, sem dúvida, na área técnica, nos deparamos com discussões que há tempos fazem parte da vida de todos que pensam e trabalham pelo futuro da Medicina no Brasil, vislumbrando com otimismo a recuperação da sua imagem. E neste grupo nos encontramos.

Marta Maite Sevillano - formada na PUC-SP em 1988, com residência médica em Medicina Nuclear no HC/FMUSP, em 1989, e mestrado e doutorado em Radiologia Clínica na Unifesp - EPM. Foi integrante do conselho participativo da Subprefeitura de Pinheiros e das diretorias da Fenam, Sintunifesp, Simesp, Associação Brasileira de Mulheres Médicas, e sua regional SP, e APM. Atualmente médica técnica-administrativa em educação (TAE) na EPM, docente titular de Imagem na Escola Paulista de Ciências Médicas, avaliadora de residência médica e cursos de graduação pelo MEC e vice-presidente da Medical's Women International Association.

Flavio Taniguchi - formado pela FMUSP em 2013, com residência médica em Medicina Preventiva e Social/ PROAHSA, em 2015. Especialista em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde pela Master of Business Innovation na EAESP - FGV, em 2015. Foi presidente do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, fundador presidente da 1ª empresa júnior de Medicina (Medicina JR), diretor de modalidade da AAAOC, delegado e membro da Câmara Temática do Médico Jovem do Cremesp (2014-18), presidente da Ameresp (2016-17), tesoureiro da Abrampa (2014-18). Atualmente tesoureiro da Associação Médica Nikkei, membro Rotary Club Liberdade e diretor da Associação dos Antigos Alunos da FMUSP.



Chapa 8 - DIGNIDADE MÉDICA SP

EFETIVO MARTA MAITE SEVILLANO
LOCALIDADE CAPITAL

SUPLENTE FLÁVIO TANIGUCHI
LOCALIDADE CAPITAL

NOSSAS PROPOSTAS EM CURTO PRAZO:

- 1- Impedir a abertura de faculdades de Medicina sem os requisitos básicos para a formação do médico;
- 2- Avaliação dos formandos: o CFM deve liderar, primando pela boa técnica e ética médica;
- 3- Ampliar as ações de educação continuada;
- 4- Apoiar mais vagas na residência médica, com qualidade de ensino e condições dignas aos residentes, o que inclui valorizar a bolsa de residência médica;
- 5- Fiscalização efetiva dos hospitais públicos, particulares e filantrópicos e das Unidades de Pronto Atendimento e Ambulatórios Médicos de Especialidades - Estratégia de Saúde da Família, locais da linha de frente, para que o médico, por falta de condições, não seja punido;

6- Apoiar a prática da Medicina focada na saúde integral do paciente, baseando-se em estudos científicos validados;

7- Rever resoluções sobre funcionamento e ações de marketing de clínicas e consultórios, favorecendo a inclusão dos médicos nas mídias digitais atuais;

8- Revisão dos valores cobrados na anuidade PF e PJ.

NOSSAS PROPOSTAS EM MÉDIO E LONGO PRAZOS:

1- Avaliar as faculdades de Medicina, de acordo com o projeto Flexner;

2- Apoiar a implantação da Carreira Médica de Estado como forma de interiorizar o médico;

3- Apoiar a regulamentação do piso nacional dos médicos;

4- Atuar na revisão da tabela do SUS e implantação da CBHPM como referencial mínimo aos convênios médicos.

Ruy Tanigawa, especialista em Acupuntura, e Marcia Bandini, especialista em Medicina do Trabalho e em Medicina do Tráfego, representam a Chapa 9, em busca de melhorias para São Paulo e para todos os médicos brasileiros, com foco em agregar representatividade, inovação e eficiência aos novos projetos do CFM.

OS 9 COMPROMISSOS DA CHAPA 9:

1) Representatividade médica para que os 140 mil médicos paulistas sejam devidamente representados no CFM, em especial na Diretoria;

2) Transparência e participação na proposição da agenda de trabalho, com priorização de temas de interesse para os médicos e a sociedade, bem como a abertura de consultas e audiências públicas, buscando o engajamento dos médicos paulistas nas discussões e decisões do CFM;

3) Defesa da Saúde Pública, com atuação política junto ao Congresso Nacional para discussão e aprovação de leis em prol dos médicos e da saúde da população;

4) Melhoria das condições de trabalho, lutando contra a precarização do trabalho médico e por melhores salários, independente da sua área de atuação, com a valorização do profissional e carreira, além da promoção de ações preventivas e de apoio para reduzir os riscos de adoecimento e morte precoce, incluindo suicídios e *burnout*;

5) Criação do Canal Médico Digital, inovando as formas de comunicação do CFM, para que todos os médicos tenham acesso aos principais eventos e atividades em tempo real, incluindo



Chapa 9 - SÃO PAULO QUER MAIS

EFETIVO RUY TANIGAWA
ESPECIALIDADE ACUPUNTURA
LOCALIDADE CAPITAL

SUPLENTE MARCIA BANDINI
ESPECIALIDADE MEDICINA DO TRABALHO
LOCALIDADE CAMPINAS

os trabalhos das Câmaras Técnicas e as Plenárias, respeitando sempre os ditames éticos da profissão;

6) Acolher as reivindicações dos residentes, criando canais de comunicação direta dentro das competências do CFM, para valorizar, reconhecer e defender a Residência Médica, incluindo a abertura de novas vagas e o exercício profissional dos jovens médicos;

7) Ensino de qualidade e educação médica continuada, com controle mais rígido para a abertura de escolas médicas e exigência de serviços adequados para treinamento dos estudantes e qualificação de docentes e preceptores. Instituir avaliações seriadas durante o curso de Medicina em nível nacional. Adotar programas de educação médica continuada no modelo de ensino à distância para atualização dos

profissionais, em especial daqueles que não tiveram acesso à Residência, com protocolos de atendimentos, visando ao diagnóstico, conduta e tratamento dos problemas mais relevantes de saúde, além de programas específicos para os já especialistas;

8) Renovação do CFM, limitando a permanência dos conselheiros em, no máximo, dois mandatos consecutivos;

9) Eficiência e sustentabilidade dos trabalhos em curso, com planejamento de longo prazo, reduzindo desperdícios de tempo, de recursos financeiros e redundâncias. Redefinição do escopo de trabalho do conselheiro federal suplente que, por questões regimentais, tem sua atuação subdimensionada.

Saiba mais em www.spquermais.com.br

Tatiana Criscuolo e Ricardo Paoliello somam experiência e vontade de bem representar os médicos do Estado de São Paulo no CFM. Irão atuar de forma efetiva por condições adequadas de trabalho, em prol da Saúde e da valorização da classe, tendo como norte a ética profissional.

PROPOSTAS:

1 - Desenvolvimento da Medicina e publicidade médica – atualização e reconhecimento de procedimentos e inovações científicas terapêuticas e estéticas, ampliando a atuação do exercício profissional médico. Adequação da regulamentação publicitária, extinguindo os excessos da Codame, preservando a ética e o paciente;

2 - Plano de carreira – implantação da carreira médica federal no âmbito da atenção primária, urgência e emergência, na esteira dos programas governamentais de interiorização da Medicina. Atualização continuada do médico, com possibilidade de mobilidade para áreas pólo;

3 - Proteção e respeito – orientação legal ao médico exposto a agravos físicos, morais e violência, vedando ao agressor a prerrogativa de denúncia ético-profissional contra o agredido. Denúncias de médicos para fiscalização em postos de trabalho terão autoria assumida pelo CFM;

4 - Bitributação PF/PJ – anuidade cobrada por registro de pessoa física, isentando a cobrança da empresa médica constituída para o recebimento de honorários;

5 - Anuidades especiais – descontos proporcionais ao médico recém-formado, residente, em licença-maternidade ou por adoção, em tratamento do câncer ou de doença crônica limitante da atividade profissional;



Chapa 10 - ENDIREITA CFM SP

EFETIVO TATIANA CRISCUOLO

ESPECIALIDADE MEDICINA DO TRABALHO,
PREVENTIVA E SOCIAL

LOCALIDADE CAPITAL

SUPLENTE RICARDO PAOLIELLO

ESPECIALIDADE CIRURGIA PLÁSTICA
LOCALIDADE MARÍLIA

6 - Exercício ilegal – defesa das prerrogativas das especialidades médicas, por meio de fiscalização e acolhimento de denúncias, no resguardo da Medicina contra a invasão por outras profissões;

7 - Benefícios – programas de desconto na aquisição de bens e serviços de interesse do médico para sua instrução, aprimoramento, conforto e lazer, assim como de sua família;

8 - Núcleo econômico-jurídico – criação de um núcleo de assessoramento, voltado a aplicar métricas sistêmicas ao sistema de saúde público e privado, e coibir práticas ilícitas de entes e gestores;

9 - Remuneração médica – resgate da dignidade e do honorário justo, em-bargo de concursos aviltantes à profissão, implementação do piso Fenam atualizado e ajuste de tabelas SUS e convênio;

10 - Ensino médico e Revalida – fechamento das instituições incompatíveis com a boa formação, avaliação de progressão acadêmica nos ciclos básico, clínico e internato. Adequação da Residência Médica e revalidação obrigatória do estrangeiro, observados a grade curricular, o domínio da língua e o visto de permanência em solo brasileiro.

BÔNUS:

Novas tecnologias – regulamentação dos recursos tecnológicos favorecendo a relação médico-paciente e a pro-pedêutica. Incorporação da Medicina Estética e da Medicina Integrativa em áreas de atuação atreladas a especialidades médicas.

[instagram.com/chapa10cfm/](https://www.instagram.com/chapa10cfm/)
[facebook.com/chapa10cfmsp](https://www.facebook.com/chapa10cfmsp)
[facebook.com/tatiana.criscuolo](https://www.facebook.com/tatiana.criscuolo)
[facebook.com/DrRicardoPaoliello](https://www.facebook.com/DrRicardoPaoliello)

ELEIÇÃO CFM 2019

Votação exclusivamente por correspondência na capital e no interior.

O voto é obrigatório e os médicos devem estar em dia com as obrigações do Cremesp.

Veja mais informações na área *Eleição CFM 2019* do portal Cremesp (www.cremesp.org.br).

O material de votação será enviado, em julho, a todos os médicos inscritos em SP. Assim que receber a cédula eleitoral, faça sua opção e coloque imediatamente em uma agência dos Correios. Serão válidos os votos que chegarem ao Cremesp, com a chancela dos Correios, até o dia 28 de agosto.



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO