



Coordenador: Prof. Fabricio de Souza Neves
Subcoordenador: Prof. Evaldo dos Santos
Chefe de Expediente: Lucas Indalêncio de Campos

Bloco didático-pedagógico do HU (1º andar)
medicina@contato.ufsc.br
www.medicina.ufsc.br
3721-2282

Agenda

25/10 – Escolha para Diretor e Vice-diretor do CCS

Alunos, professores e servidores do Curso de Medicina devem votar na urna que estará no Hall do HU, portando crachá ou documento com foto, das 8:00 às 19:00.

20 a 22/10 – SEPEX (Semana de Pesquisa e Extensão da UFSC)

REUMATISMO BRUXÓLICO

Conheça os vencedores do desafio proposto no “Boletim” de setembro na página 4

O SUS do mundo



Chegou a hora de ouvir sobre o famoso sistema de saúde inglês. Contado por quem trabalhou lá. Na página 2.

Contribuições ao Boletim podem ser encaminhadas pelo email medicina@contato.ufsc.br

BOLETIM do CURSO DE MEDICINA

Outubro 2016

VOTE!

Escolha o diretor do Centro de Ciências da Saúde, a quem seu curso está subordinado. Não votar significa deixar que os outros cursos escolham por você e determinem seu futuro. A urna para alunos, professores e servidores do Curso de Medicina estará no Hall do HU, dia 25 de outubro (terça), das 8:00 às 19:00, e para votar é necessário portar o crachá ou documento com foto. Há 2 chapas na disputa. Informe-se a faça sua escolha livre e soberana.

E CONSTRUA SEU CURSO



NÃO PERGUNTE O QUE SEU PAÍS PODE FAZER POR VOCÊ...

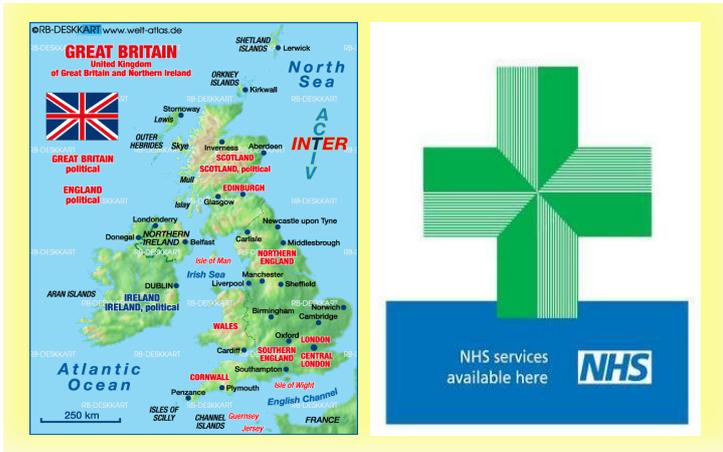
PERGUNTE O QUE VOCÊ PODE FAZER POR SEU PAÍS!

JFK em seu discurso de posse à Presidência, 1961. Foto: BBC

Em janeiro de 2016 o “Boletim” publicou a imagem acima procurando estimular as iniciativas dos alunos que espalhassem o bem a seu redor. E o que nossos alunos já fizeram em 2016? A segunda edição da Semana Acadêmica; o estágio eletivo no SAMU; as vivências no CEPON; as oficinas de Dança de Salão; o grupo de apoio em Psicologia; as várias ligas acadêmicas; suas atividades de pesquisa e vivências práticas, entre tantas outras. Não parem! O caminho está só no começo!

O SUS do mundo

Neste espaço, pretendemos divulgar as experiências de brasileiros atuando ou sendo atendidos em serviços públicos de saúde em outros países. Neste mês, as informações vêm de Sumire Sakabe, brasileira, paulistana, médica infectologista, que trabalhou no sistema público britânico (o NHS, National Health System, de 2006 a 2008).



Com isto, em 5 anos eu poderia ter alcançado o posto de "consultant in Medical Microbiology" o que me daria o direito de trabalhar de forma independente, sem supervisão. Hoje há uma grande discussão, com os "junior doctors" (todos aqueles que ainda não são consultants) questionando uma proposta do governo para alterar os contratos de trabalho - entre os pontos polêmicos está o pagamento das horas trabalhadas aos sábados como horas "normais". Sim, há esta diferenciação e mesmo como "junior doctor" eu recebia adicional pelas horas "on call", ou seja, de plantão, à noite, aos finais de semana e mesmo para os momentos em que eu deveria responder a telefonemas à noite. Muito disto pode mudar, de acordo com a proposta atual, amplamente refutada pela classe médica. Veja em <http://www.bbc.com/news/health-34775980>.

Nome, idade, profissão (formada onde) e há quanto tempo atua no país atual?

Sumire Sakabe, 41 anos, formada em 1998 na Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, residência em Infectologia na FMUSP, mestrado na Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias EPM/UNIFESP. Trabalhei na Inglaterra por 3 anos, e é sobre esse período que contarei aqui. Deve ser visto com a perspectiva que era um tempo pré-Brexit. Muitas coisas mudaram.

Atua no serviço público exclusivamente, ou também no sistema privado?

Entre 2006 e 2008 trabalhei no NHS (National Health Service) na Inglaterra. Após um contrato temporário no Southampton General Hospital, fui aceita para o equivalente à nossa residência (Specialty Registrar - ST), em Birmingham. Passei a trabalhar com Microbiologia Médica, que corresponde a uma parte do trabalho dos infectologistas aqui no Brasil. Especialistas em Microbiologia Médica são responsáveis pelos laboratórios de Microbiologia/Biomol, controle de infecção hospitalar, controle de antimicrobianos e interconsulta para doenças infecciosas (exceto HIV e doenças tropicais - ficam a cargo dos Genito Urinary Medicine e Infectious Diseases Specialists). Fui aceita para um período de 5 anos de treinamento em serviço, durante os quais eu passaria por diferentes hospitais e laboratórios em uma mesma região (West Midlands), recebendo salário (não bolsa), com encargos empregatícios, benefícios sociais, férias, licença maternidade e **plano de carreira** (um ST5 não ganhava o mesmo que um ST1), com horário regulado de trabalho (não me deixavam ficar até mais tarde, porque como empregada do NHS, isto poderia acarretar pedido de pagamento de hora extra!). Ao longo destes anos, eu deveria passar por **avaliações periódicas** e deveria prestar (e ser aprovada) em duas grandes provas da especialidade, conduzidas pelo Royal College of Pathologists.

Qual o grau de cobertura do serviço público de saúde no país? Em sua impressão, a população se sente segura com o sistema público disponível?

Já no período 2006-2008 havia uma grande discussão sobre **reformas no NHS**, inclusive com implantação de parcerias público privadas, com preceitos semelhantes às OSS no Brasil. O NHS regionaliza o atendimento em "Trusts", responsáveis pela gestão de hospitais, pronto-socorros, ambulatorios, pronto atendimentos (walk in clinics), unidades de atendimento a programa de saúde da família (General Practitioner Practices). Um trust pode contar com várias destas unidades de atendimento, localizadas em mesma região geográfica e com atendimento coordenado/interligado. O NHS trabalha com uma série de protocolos, metas e controles de qualidade, coletando de forma rotineira, eletrônica e organizada, dados e desfechos para a avaliação e planejamento das ações em saúde.

O NHS sempre estava na mídia - com queixas, notícias de escândalos... mas o que vi era um sistema com falhas, ainda desigual (um paciente vítima de trauma receberia tratamento melhor ou pior dependendo do hospital onde conseguisse chegar, por exemplo), mas com cobertura ampla - naquele tempo, usuários de serviços privados ou planos de saúde eram apenas os de classe social muito alta ou funcionários de grandes empresas.

Ainda que a qualidade fosse variável, de forma geral, era boa, com grandes centros de excelência distribuídos no (pequeno) país, o que facilitava o acesso à população. Via de regra, **as pessoas com quem convivi, profissional e socialmente, se sentiam seguras com o atendimento oferecido pelo NHS.**

Atendimentos em atenção primária, média complexidade (consultas com especialistas) e alta complexidade (grandes procedimentos ou tratamentos de alto custo) são todos oferecidos e acessíveis no serviço público?

Sim. Um dos alicerces do NHS são os general practitioners, ou médicos generalistas. Também regionalizados - cada pessoa deve se registrar em uma unidade próxima à sua residência e este médico é responsável pela atenção primária de todos: crianças, gestantes, idosos, bem como pelo atendimento das condições mais frequentes e menos complexas. Os procedimentos de alta complexidade nem sempre são disponíveis com pronto acesso (há filas de espera para procedimentos mais complexos), mas são acessíveis a todos. Nas cidades menores, equipamento de RNM era disponibilizado em um caminhão, que vinha em datas pré-estipuladas. Assim, muitos pacientes seriam orientados a aguardar até esta data para fazerem seus exames, por exemplo.

Quando um paciente procura atendimento pelo sistema público, é necessário algum pagamento da parte dele? Caso sim, em que circunstâncias?

O NHS se assemelha ao SUS na medida em que é mantido pelo governo, com atendimento gratuito. No entanto, as receitas (enquanto estive lá) eram pagas - os medicamentos prescritos podiam ser retirados em farmácias do NHS, sob pagamento de um valor fixo e pequeno (algo como 20 reais) por receita - gestantes, pessoas com poucos recursos, em tratamento de tuberculose e outras situações específicas eram isentos de pagar esta taxa. O serviço não era universal - uma vez cuidamos de um senhor indiano, não residente na Inglaterra, onde estava a negócios e que sofreu um infarto do miocárdio na frente do hospital. Ao final do tratamento, a ele foi encaminhada a conta.

Como profissional, como se sente atuando no serviço público? Quais as perspectivas de carreira e remuneração? E como se sente com relação a sua autonomia em termos de condutas e tomada de decisão?

Na Inglaterra, em 2006-2008, eu gostava da perspectiva de trabalhar para o NHS. Em geral, após o período de treinamento, um médico se emprega em um único hospital, onde cumpre toda a sua carga horária, diferente daqui (em SP, pelo menos), onde com frequência nos dividimos entre vários empregos. Além disso, me parecia um sistema estruturado, com referência e contra referência estabelecidos, com protocolos definidos para as grandes áreas, tendo em vista melhor uso dos recursos disponíveis para uma medicina de ponta, sem contudo limitar a liberdade e expertise dos médicos nas situações especiais. Aqui em São Paulo, atender no SUS é um desafio diário e apaixonante. Quando (quase) tudo está por ser feito, o dia a dia pode ser muito estressante, mas a sensação de construir e agregar é muito gratificante. Desde 98, quando me formei, vejo o SUS mais forte, ainda que engatinhando. Não sei como me sentiria se atendesse nas OSS que demandam um atendimento a cada 15 minutos nos Programas de Saúde da Família. Felizmente, na área em que atuo, tenho muita liberdade e suporte e sinto estarmos fazendo um trabalho que poderia ser melhor, mas que é bom. E explico que não foram motivos profissionais que me fizeram escolher o NHS ou o SUS. Foram decisões pessoais e familiares que me levaram para longe e de novo para casa.

Você tem outra experiência de trabalho internacional, que eu sei. Poderia nos contar um pouco dela também?

Trabalhei com Médicos sem Fronteiras (MSF) de 2004 a 2005, em Malakal e Leer, no Sudão (antes da cisão em Sudão e Sudão do Sul). MSF é uma ONG (que foi agraciada com o Nobel da Paz em 1999) e que hoje conta com escritório de captação de recursos humanos e financeiros no Rio de Janeiro. Os centros operacionais (centros que coordenam projetos) são Amsterdã, Barcelona/Atenas, Bruxelas, Genebra e Paris. Fiquei por um ano trabalhando num projeto de atendimento a tuberculose e calazar, com equipe multiprofissional (médicos, inclusive os Sem Fronteiras, não são ninguém sem enfermeiros, profissionais de saúde mental, administrativos, logísticos...e MSF recruta não apenas médicos, mas também estes profissionais) com pessoas de vários países. Nossa equipe contava com 8 expatriados em contrato "voluntário" (recebíamos gratificação mensal e nossas despesas para moradia, alimentação e transporte eram cobertas por MSF) e centenas de sudaneses (médicos, enfermeiros, técnicos em medicina e enfermagem, carregadores de água, tradutores, guias, cavadores de latrinas, cozinheiros, motoristas...) contratadas por MSF. Nós 8 éramos responsáveis pelo trabalho técnico e também administração local do projeto e equipe. A língua de trabalho era inglês e nos comunicávamos com os pacientes com ajuda de tradutores. Naquele tempo, ataques a equipes de ajuda humanitária eram eventos raros e isolados. De lá para cá, o cenário mundial mudou - há algumas semanas o comboio de ajuda humanitária liderado pela ONU que entrava em Aleppo em momento de trégua foi atacado. Mundo afora, dezenas de profissionais de ajuda humanitária (inclusive de MSF) foram sequestrados e eventualmente mortos. O trabalho, naquele tempo, era extenuante - calor, pobreza, dificuldade de comunicação, mas organizado e gratificante. MSF trabalha com preceitos rígidos de neutralidade, imparcialidade e independência, com protocolos clínicos estabelecidos, para os quais nos eram encaminhados insumos de qualidade, de forma contínua e confiável. Para mim, foi uma experiência profissional e pessoal que até hoje define o jeito como penso, vivo e trabalho. Se deu vontade de saber mais, visite <http://www.msf.org.br/>.



Sumire (centro) com sua colega Liane na enfermaria de pediatria de Malakal, Sudão, no Natal de 2004. Fonte: www.japao100.com.br (museu histórico da imigração japonesa no Brasil)



Reumatismo Bruxólico

Um desafio diagnóstico-histórico-literário

No “Boletim” de setembro divulgamos um relato de caso literário montado com trechos extraídos da obra do Professor Franklin Cascaes, folclorista pesquisador da cultura açoriana de Florianópolis (“O Fantástico na Ilha de Santa Catarina, 3ª edição, Editora da UFSC). O relato, escrito no linguajar açoriano da Ilha de Santa Catarina, contava como Quiliano se apaixonou e casou com uma moça que trabalhava na “Toca”, ficou doente com um certo reumatismo e só conseguiu se curar quando foi alertado que sua bela esposa era uma bruxa.

Propomos um desafio que foi solucionado simultaneamente por Fernanda Wolff e William Junkes da Conceição, da primeira fase do curso. Confira as respostas dadas pelos alunos abaixo:

1) Qual o provável diagnóstico de Quiliano? (este é um desafio diagnóstico);

“Creio que o diagnóstico é Artrite Reativa (antes chamada Síndrome de Reiter) desencadeada por uma DST (doença sexualmente transmissível), sendo a Clamídia o provável causador. Isso relaciona o início da doença ao relacionamento de Quiliano com a Calista, a moça do bordel, e o início dos sintomas algumas semanas após a exposição. São típicos o início agudo de artrites que predominam nos membros inferiores, e os sintomas são piores pela manhã, com rigidez articular (explica porque o Quiliano ia dormir bem, mas acordava “entrevado”). E pode ter úlceras orais como manifestação extra-articular, explicando o “queimor” no canto da boca. E a doença pode ser auto-limitada, isto é, melhorar espontaneamente após algumas semanas. Isso explicaria a melhora ocorrer logo depois da descoberta da “bruxa”, uma coincidência no tempo, mas não relacionada.”

2) O que era e onde ficava a Toca? (este é um desafio histórico);

“Toca era como o Bairro, ou região abaixo do hospital de caridade era conhecido no fim do século XIX e início do século XX. Isso, principalmente, pela área servir como “estacionamento” de barcos das pessoas que se locomoviam pelo mar até chegar no centro de Desterro (o nome antigo de Florianópolis). Até hoje a região tem um paradoro de pequenas embarcações. Nessa região existiam muitos bordéis. Acredita-se também que esse nome “toca” tem relação com a grande quantidade de bordéis no local.”

3) Ainda hoje, seria possível se repetir esta história, nos mesmos lugares da Ilha?

“Sim, embora a saúde funcione melhor hoje em dia.”

(Acrescentaríamos à resposta dos alunos que tudo poderia ocorrer de novo porque os elementos da história continuam existindo todos hoje em dia: os seres humanos, as Clamídias, a Toca e as bruxas... será?)



Prof. Evaldo dos Santos (subcoordenador), Fernanda Wolff e William Junkes (1ª fase da Medicina) e Prof. Fabricio Neves (coordenador) na entrega da premiação pela resposta ao desafio.