

10 **RIODERMATOLOGICO**

A Dermatologia Tá na Rua!

Filtros Solares e Antioxidantes

Jovem Dermatologista - A Hora da Decisão

SUMÁRIO

03 Editorial

Carta do Presidente

04 Sinais

Coluna Ombudswoman

Notícias do Front

Prêmio Jovem Dermatologista 2009

DermaRio

Livro recebe Prêmio Jabuti

I Simpósio de Psoríase da SBD RJ

Serviços Credenciados

I Simpósio de atualização em Hanseníase

ADUERJ

08 Entrevista

Jovem Dermatologista - A Hora da Decisão

10 Retrovisor

Henrique Rocha Lima - 1876/1956

11 Sol e Pele

Filtros Solares e Antioxidantes

12 Capa

A Dermatologia Tá na Rua

14 Caso em Destaque 1

Paracoccidioidomicose Multifocal

16 Caso em Destaque 2

Bulose: quando o paciente lê o livro

18 Caso em Destaque 3

Cocaína: o que mais ela pode causar?

20 Caso em Destaque 4

Nevo Epidérmico do tipo Hiperqueratose

Epidermolítica: uma manifestação

de mosaicismo

22 Ethos

Resposta à mensagem de uma

colega do Espírito Santo

23 Agenda



AVISO IMPORTANTE

A REUNIÃO DO MÊS DE MARÇO DA SBD RJ SERÁ REALIZADA EXCEPCIONALMENTE NO DIA 17, NO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES.



Caro(a) Associado(a),

Terminado o primeiro ano de gestão, hora de acertarmos o azimute e avaliarmos de onde viemos e para onde vamos. Invariavelmente, o final do ano remete a uma reflexão sobre o nosso desempenho. Não caberia aqui um relatório completo sobre o que fizemos. Porém, algumas das realizações da SBD RJ em 2009 são dignas de destaque. Após diversas tentativas frustradas, conseguimos estreitar o relacionamento com entidades públicas como as Secretarias Municipais de Assistência Social e de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. Dessas parcerias surgiram atividades de Dermatologia Solidária através do Projeto Prefeitura Itinerante e o primeiro Simpósio de Hanseníase da SBD RJ. Visando aprimorar a formação do dermatologista em cosmiaatria e ao mesmo tempo resguardar o nosso mercado de trabalho, o Departamento de Cosmiaatria realizou módulos de atualização durante o ano todo. Com a criação da Comissão Regional de Residentes aprimoramos ainda mais esse curso e procuramos contemplar temas pouco abordados durante a residência/Pós-graduação em Dermatologia. Agrupando os eventos promovidos e apoiados pela SBD RJ, tivemos mais de um evento de alto nível científico por mês, a preços mais que acessíveis. Dentre os renomados palestrantes que tivemos o prazer de receber, ressaltamos a presença da Profa Antonela Tosti, uma das maiores experts mundiais em tricologia e o Dr. Mark Davis, professor da Mayo Clinic. Por sugestão de um ilustre paulista, Prof. Fernando Almeida, tivemos a honra de eleger o Rio de Janeiro como sede do Congresso Brasileiro de Dermatologia no ano do centenário da SBD, em 2012. Apesar da crise financeira mundial, enxugamos nosso orçamento através da renegociação de contratos de prestadores de serviço, reestruturamos nosso quadro de funcioná-

rios e trabalhamos em uma real parceria com a indústria farmacêutica, o que gerou um resultado financeiro significativamente positivo em um ano cuja previsão orçamentária era negativa.

A última Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele foi marcante. Apesar do mau tempo e da concomitância com diversos outros eventos de grande porte na cidade, percorremos todos os postos de atendimento do Rio de Janeiro e encontramos colegas alegres, dispostos a trabalhar e que nos receberam de maneira carinhosa, dando uma verdadeira lição de cidadania. Parabéns aos serviços credenciados do Rio de Janeiro e a SBD nacional pela iniciativa do caminho. Esperamos que ele siga viagem e cumpra seu papel em todo Brasil com o mesmo esmero que foi recebido aqui Rio.

As perspectivas para 2010 são as melhores possíveis. Além dos Congressos Brasileiros de Dermatologia e de Cirurgia Dermatológica, vamos iniciar o ano com o 5º DermaRio e terminar com 4º Simpósio de Cosmiaatria e Laser da Regional RJ. Concretizando-se as negociações já em andamento, pretendemos investir de maneira mais ostensiva em campanhas de valorização do Dermatologista para o público leigo.

Agradeço a todos os membros da atual Diretoria, Coordenadores de Departamentos, Chefes de Serviço Credenciados e funcionários da SBD RJ pelo empenho e pelo trabalho árduo ao longo do ano. Acho que acertamos mais do que erramos e estamos prontos para encarar 2010 de frente.

Bom Ano!

Carlos Barcaui

Presidente da SBD-RJ

RIO DERMATOLÓGICO

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Regional do Rio de Janeiro • Ano 18 • Edição Out/Nov/Dez 2009

Presidente **Carlos Barcaui** • Vice-presidente **David Azulay**

Secretária Geral **Claudia Alcântara** • Secretária de Sessões **Paula Dadalti** • Tesoureiro **Paulo Oldani** • Assessores de Diretoria **João Carlos R. Avelaira, Leonardo Spagnol Abraham e Egon Daxbacher** • Conselho Consultivo | Membros Vitalícios **Abdiel Figueira Lima, Absalom Lima Filgueiras, Aloysio Pacheco Argollo, Antonio de Souza Marques, Celso Sodré, Danilo Vicente Filgueiras, Gabriela Lowy, José Moreira Carrijo, José Ramon Varela Blanco, Luna Azulay Abulafia, Manoel Paes de Oliveira Neto, Manoel Sternick, Marcia Ramos-e-Silva, Marcius Achiamé Peryassú, Maria de Lourdes Viegas, Omar Lupi, René Garrido Neves e Sergio Januário Carneiro** | Membros Provisórios **Ana Maria Mosca de Cerqueira, Flávio Barbosa Luz, Cleide Eiko Ishida, David Rubem Azulay, Beatriz Moritz Trope, João Carlos Regazzi Avelaira, Francisco Burnier Carlos Pereira, Flávia de Freire Cássia, Antonio Macedo D'Acri e Cláudia Pires Amaral Maia** • Suplentes **Benjamin Baptista de Almeida, Ricardo Monteiro Rebello e Sueli Coelho da Silva Carneiro** • Comissão Científica **Celso Sodré, Cleide Eiko Ishida, Elisa Fontenelle, Flávia de Freire Cássia e Juan Manuel Piñeiro Maceira** • Comissão de Ética e Defesa Profissional **Altiva Lobão Salgado, Angela Beatriz S. Gasparini, Paulo Roberto F. Abdalla Issa, Rosane Ferreira Alves e Sérgio Soares Quinete** • Comissão Editorial **Diretoria da SBD-RJ e João Carlos R. Avelaira** • Produção **Grevy Conti Designers** • www.grevyconti.com.br • Jornalista Responsável **Anatrícia Borges (MTB 21955)** • Tiragem – 6.000 Exemplares • Distribuição – Gratuita

Os conceitos e opiniões emitidos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Em cumprimento à legislação vigente, ratificamos que essa é uma publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia destinada aos médicos especialistas (prescritores) e, por ter informação técnica e propaganda restrita a esses profissionais, não deve ser disponibilizada ao público leigo (por exemplo, em sala de espera de consultórios, ambulatórios, clínicas, sejam elas públicas ou privadas).

COLUNA DA OMBUDSWOMAN



Fim de ano. Somos imbuídos de uma inevitável nostalgia fruto de um ano inteiro de luta, realizações, alegrias e tristezas! O sentimento de “tentar melhorar” para o próximo ano é inevitável. Planejamos que vamos amar mais, economizar mais, priorizar mais, consumir menos, brigar menos, correr menos... É sempre assim...

Mas o importante é que no “balanço” entre as coisas boas e as ruins o resultado seja cada vez mais positivo. – Se não for assim, não vale a nossa existência! Nossa vida é um processo evolutivo, em que gerações e gerações se sobrepõem, tentando aperfeiçoar-se. Mas, neste processo não há como melhorar se não há o intercâmbio de idéias e opiniões.

Neste complexo mundo em evolução, a dermatologia não é diferente. A cada ano, a cada gestão, tenta-se sempre acrescentar melhorias a tudo o que foi feito anteriormente, afinal, o melhor “pagamento” aos dirigentes da SBD é a satisfação do associado e a sensação de ter feito o melhor, de ter cumprido os objetivos a que se propôs quando iniciou a gestão. Mas, por mais que se tenha grandes idéias, grandes projetos, sempre é neces-

sário o “feedback” do associado, afinal – tudo é feito para o mesmo! Por isto, desde o início desta gestão, foi criada esta “coluna de ouvidoria”, para que todos participassem dando sugestões, críticas, elogios, e muito pouco tivemos de retorno. Talvez o associado ainda não tenha se acostumado com a idéia de que pode e deve participar, mas é isto que a diretoria atual gostaria. Não adianta ficar insatisfeito com o que é feito, se não se propõe mudanças, se não se propõe novas idéias. Não deixemos nos levar pelo comodismo de simplesmente esperar as suas aspirações serem “adivinhadas” pelos que dirigem esta Sociedade, que afinal é de cada um dos associados!

Por isto, como ouvidora desta gestão, conclamo a todos que em 2010 seja diferente: vamos participar! Mandem um e-mail para a ouvidoria: ouvidoria@sbdjrj.org.br enviando sua sugestão, sua ideia, ou até mesmo sua crítica! Façam como fez o Prof. Josemir Belo - de Pernambuco, que enviou-nos uma mensagem elogiando o último número do Rio Dermatológico – manifeste-se!

Aguardamos ansiosos pela sua participação. Só assim podemos evoluir de forma democrática!

Abraços a todos.

Cláudia Maia | Ombudswoman gestão 2009-10

NOTÍCIAS DO FRONT

CÂMARA APROVA PROJETO DO ATO MÉDICO

Após 7 anos de tramitação em Brasília finalmente foi aprovado na câmara o projeto de lei do ato médico. O projeto agora deverá ser encaminhado ao Senado para aprovação e sanção do presidente Lula. A medicina é a última das 14 profissões da área da saúde a ser regulamentada. Como a lei sofreu algumas modificações na câmara terá que voltar ao Senado onde já havia sido aprovada em 2006. No artigo 4 a lei mantém, sob responsabilidade do médico, o diagnóstico e tratamento dos pacientes, considera privativa dos médicos as atividades de indicação e execução de intervenções cirúrgicas, procedimentos invasivos terapêuticos ou estéticos, biópsias, intubação traqueal, endoscopias, bloqueios anestésicos, anestesia geral, emissão de laudos, indicação de órteses e próteses de uso definitivo, realização de perícia, atestação médica de saúde e óbito, entre outras. E ainda conforme a lei são considerados procedimentos invasivos aqueles cuja situação leve a invasão da epiderme com produtos químicos e abrasivos.

ANVISA PROIBE O USO DAS CAMARAS DE BRONZEAMENTO ARTIFICIAL

As câmaras de bronzeamento artificial não poderão mais ser utilizadas para fins estéticos no país. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou dia 11 de novembro a resolução RDC 56/09 além do uso, a importação, o recebimento em doação, aluguel e a comercialização desses equipamentos. A proibição não se aplica aos equipamentos com emissão de radiação ultravioleta destinados a tratamento médico ou odontológico. Antes da decisão da Anvisa, o tema foi discutido em uma consulta pública e uma audiência pública, realizadas em setembro deste ano na qual a SBD participou como convidada e se posicionou favoravelmente pela proibição em virtude dos malefícios que podem ocasionar (cânceres da pele, fotoenvelhecimento, fotodermatoses, reações alérgicas, piora das dermatoses fotossensíveis).

PRÊMIO JOVEM DERMATOLOGISTA 2009

O prêmio jovem dermatologista criado pela SBD RJ com o apoio da La Roche-Possay chegou a sua 3ª edição. Destinado ao melhor caso apresentado pelos pós-graduandos e residentes dos serviços credenciados à SBD no Rio, este ano a ganhadora foi a Dra. Thaís Sakuma, do serviço de dermatologia, do Hospital Gaffrée Guinle da UNIRIO. O caso: "Nevo Epidérmico do tipo Hiperqueratose Epidermolítica: uma manifestação de mosaïcismo." foi escolhido por um júri composto pelos chefes dos serviços de dermatologia na última reunião ocorrida em dezembro.



A DRA. THAÍS SAKUMA RECEBENDO A PREMIAÇÃO EM COMPANHIA DE FABRÍCIA SOUZA, SIMONE SANTOS E LUCIANA QUEIROGA LA ROCHE-POSSAY



OS APRESENTADORES E AUTORES DOS 9 CASOS QUE CONCORRERAM ESTE ANO À PREMIAÇÃO

A premiação consiste em passagem, inscrição, estadia e uma quantia em dinheiro viabilizando a viagem do jovem dermatologista ao 68º encontro da Academia Americana de Dermatologia que ocorrerá de 5-9 de março na cidade de Miami.

VEM AÍ O 5º DERMARIO

A Dra Claudia Alcantara secretária-geral da SBD RJ e coordenadora da 5ª edição do DermaRio fala sobre o evento dermatológico que abre as atividades científicas de nossa regional em um ano que o Rio de Janeiro também será sede do Congresso da Sociedade de Cirurgia Dermatológica e do 65º Congresso Brasileiro de Dermatologia.

Quais foram os desafios de organizar o DermaRio para 2010 ?

Em um ano em que nossa cidade vai sediar dois grande eventos nacionais, em que as atenções estarão voltadas em parte para a Copa do Mundo e eleições presidenciais, o primeiro desafio foi encontrar uma data adequada para a realização do DermaRio. Optamos por iniciar nossas atividades científicas com este evento, antecipando sua realização para os dias 26 e 27 de março de 2010. Montar uma programação científica prática e diferenciada foi nossa preocupação, assim como hon-



rar o compromisso dessa gestão de realizar eventos com custos acessíveis. Antecipamos a organização e divulgação do 5º DermaRio que já conta com um número expressivo de inscritos e o amplo apoio da indústria farmacêutica.

Quais as novidades ou diferenciais em relação aos anteriores?

O DermaRio é um evento com características próprias e que vem sendo aprimorado a cada edição. Pelas particularidades do ano de 2010, montamos um programa eminentemente prático e interativo, onde vamos reproduzir questões vivenciadas no consultório, dicas terapêuticas e diagnósticas e painéis de casos clínicos sobre os temas abordados. Além do tradicional conteúdo científico, introduzimos um módulo sobre perguntas que os pacientes nos fazem e outro relacionado a novidades apresentadas no "Meeting" da Academia Americana de Dermatologia. Certamente será uma grande oportunidade para começarmos o ano, atualizados.

LIVRO DA PROF. MARCIA RAMOS-E-SILVA E MARIA CRISTINA CASTRO RECEBE PRÊMIO JABUTI 2009

O livro "Fundamentos de Dermatologia" foi agraciado com o primeiro lugar na área de ciências naturais e ciências da saúde do prêmio Jabuti 2009. O prêmio Jabuti um dos mais prestigiados da literatura brasileira, se diferencia pela sua abrangência, premiando

não só profissionais de letras, mas distinguindo um total de 20 categorias, passando desde outras áreas do conhecimento a profissionais da tradução, ilustração e projeto gráfico. Portanto, estão de parabéns não só as Prof. Marcia e Maria Cristina, mas toda a dermatologia carioca e brasileira.



PROFA MARIA CRISTINA CASTRO
E PROFA MARCIA RAMOS-E-SILVA

I SIMPÓSIO DE PSORÍASE DA SBDRJ

No sábado, dia 24 de outubro, foi realizado no Hotel Pestana de Copacabana, sob a coordenação do Dr. Paulo Oldani, o I Simpósio de Psoríase da SBDRJ. Dermatoses das mais frequentes da prática dermatológica pública e privada a psoríase passou a ter uma abordagem mais aprofundada nos últimos anos devido ao acometimento de outros órgãos e sistemas e associações mórbidas, bem como do aparecimento de novas drogas o que renovou o interesse dos dermatologistas pela doença.



FOTO 1 - O PROFESSOR
ALEXANDRE GRIPP, DR. PAULO
OLDANI

FOTO 2 - I SIMPÓSIO DE PSORÍASE
DA SBDRJ



SERVIÇOS CREDENCIADOS GANHAM O FITZPATRICK E O BOLOGNIA

Consciente do seu papel no estímulo ao ensino da dermatologia e no fortalecimento constante de suas principais bases que são nossos serviços credenciados, a SBDRJ na reunião de dezembro presenteou a todos eles, com as últimas edições dos livros texto: Fitzpatrick's Dermatology e Dermatology Bologna.



OS CHEFES DOS SERVIÇOS CREDENCIADOS DO SBDRJ E DA FLUMINENSE JUNTO AO PRESIDENTE E VICE DA SBDRJ

I SIMPÓSIO DE ATUALIZAÇÃO EM HANSENÍASE DA SBDRJ

A SBDRJ realizou no auditório do Hospital da Lagoa nos dias 13 e 14 de novembro o seu primeiro Simpósio de Atualização em Hanseníase. Coordenado pelo Dr. Egon Daxbacher e pela Profa Katia Gomes, o simpósio contou com a participação da Draª Aparecida

Grossi coordenadora do programa de Hanseníase do Ministério da Saúde, e dos coordenadores do programa a nível estadual e municipal propiciando a integração de todos aqueles interessados na luta contra a Hanseníase.



DRA. APARECIDA GROSSI LADEADA PELOS COORDENADORES DR. EGON E PROFA. KATIA



PROF. JOSÉ AUGUSTO NERY QUANDO PROFERIA SUA PALESTRA

ADUERJ

No último sábado de outubro, dia 31, aconteceu a XIII Reunião Anual dos Dermatologistas da UERJ (ADUERJ). Realizada nas dependências do Hospital Universitário Pedro Ernesto, reuniu alunos e ex-alunos da instituição, assim como diversos professores e membros da Sociedade Brasileira de Dermatologia. O Evento se cacteriza por tra-

tar da Discussão Clínica e Histológica de casos de pacientes presenciais. A nota da diretoria da ADUERJ para a revista RioDermatológico conclui dizendo "Ficamos muito felizes com o resultado da reunião e por engrandecer o conhecimento dos colegas dermatologistas, desta arte, científica e humana, que é a Dermatologia".



ALUNOS, EX-ALUNOS E PROFESSORES NA XIII REUNIÃO

JOVEM DERMATOLOGISTA: A HORA DA DECISÃO

OS NOVOS DERMATOLOGISTAS NAS CIDADES GRANDES, E PRINCIPALMENTE NO SUDESTE, ONDE É MAIOR A CONCENTRAÇÃO DE ESPECIALISTAS, ENCONTRAM ENORMES OBSTÁCULOS PARA CONJUGAREM TRABALHO, REMUNERAÇÃO JUSTA E TEMPO PARA DEDICAR À FAMÍLIA. ENTRETANTO POUCOS SÃO AQUELES QUE SE DISPÕEM (EXCETO AQUELES QUE FAZEM NO RIO E SÃO PAULO A PÓS-GRADUAÇÃO E DEPOIS RETORNAM) A SE ESTABELECEM FORA DOS GRANDES CENTROS. A DISTÂNCIA DA FAMÍLIA, DIFICULDADE DE ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA, POUCAS OPÇÕES DE LAZER, E A INSEGURANÇA DO FUTURO EM UM NOVO LOCAL SÃO RAZÕES REPETIDAS PELOS JOVENS DERMATOLOGISTAS QUE MUITAS VEZES PERMANECEM TRABALHANDO COMO CLÍNICOS OU SUBEMPREGADOS EM CLÍNICAS DE DERMATOLOGIA OU CONSULTÓRIO DE OUTROS COLEGAS.

MÁRIO LESSA, É FILHO E IRMÃO DE DERMATOLOGISTA, NASCIDO E CRIADO NO RIO DE JANEIRO. FEZ PÓS-GRADUAÇÃO NO INSTITUTO DE DERMATOLOGIA PROF. AZULAY DA SANTA CASA, 1997 A 1999. NO ANO SEGUINTE FEZ O TED, NO OUTRO CASOU (MEGG TAMBÉM MÉDICA, ALERGISTA). EMBORA SEU PAI SEJA UM DERMATOLOGISTA BEM ESTABELECIDO E COM UM DOS CONSULTÓRIOS MAIS PROCURADOS DA ILHA DO GOVERNADOR, MÁRIO ARRUMOU SUAS MALAS E FOI MORAR E TRABALHAR EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE MINAS GERAIS.

A REVISTA RIODERMATOLÓGICO PROCURA SABER COMO É SUA VIDA APÓS DEIXAR O RIO DE JANEIRO.

1 – Quais as razões que fizeram com que você trocasse um início de carreira, provavelmente mais fácil e seguro, junto a seu pai, por outro em uma cidade desconhecida ?

Um dos maiores motivos foi a violência, procurava uma cidade menos perigosa que o Rio. Em segundo lugar o trânsito. O tempo perdido em engarrafamentos. Procurei uma cidade onde eu pudesse almoçar todos os dias na minha própria casa. Hoje levo menos de 5 minutos de casa ao consultório, e onde minha família pudesse crescer com segurança e qualidade de vida.

2- Há quantos anos você saiu do Rio? Como e por que você escolheu Pará de Minas?

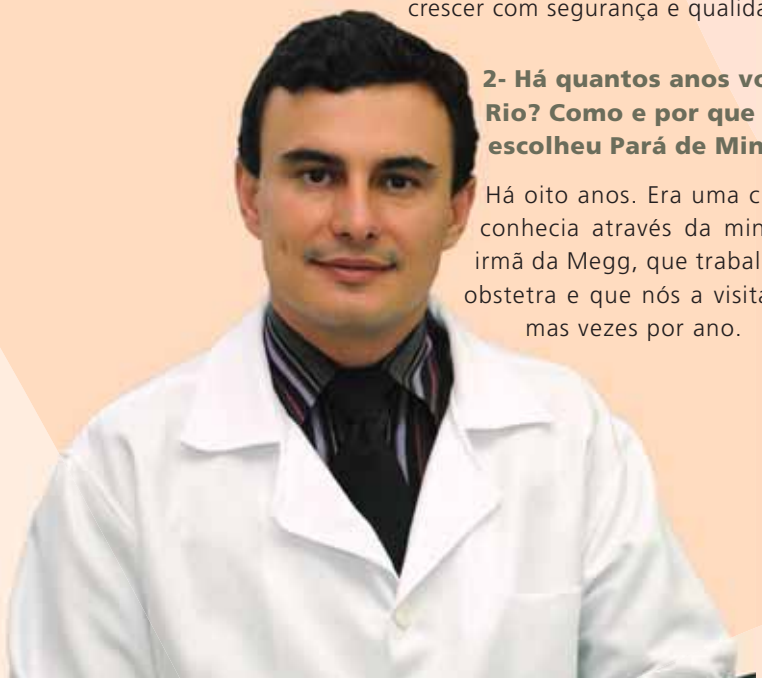
Há oito anos. Era uma cidade que eu conhecia através da minha cunhada, irmã da Megg, que trabalhava lá como obstetra e que nós a visitávamos algumas vezes por ano.

3- Fale um pouco sobre a cidade, como é sua vida, seu dia-a-dia, o lazer?

É uma cidade de 80.000 habitantes, distante 70 km de Belo Horizonte que apresenta uma boa infraestrutura, inexistindo favelas e com baixo índice de criminalidade. Temos bons restaurantes, clubes sociais muito bons e uma casa de shows muito famosa na região que sempre nos brinda com ótimos shows. Quem pensa que vai morar no interior e terá uma vida monótona, sem ter o que fazer, se engana muito. Talvez por ser uma cidade relativamente pequena, temos uma grande rede de amigos, que por sinal na sua grande maioria também não são naturais da cidade. Assim, são muito frequentes as reuniões entre amigos, seja nas casas, sítios ou fazendas. E pela proximidade com BH, estamos sempre que queremos frequentando seus shoppings, casas de show e restaurantes. Deste modo moramos numa cidade do interior e quando temos vontade estamos rapidamente em um grande centro.

4- Você tem algum vínculo com a área pública ou exerce apenas a medicina privada ? Atende convênios e particulares?

Trabalho hoje em duas cidades , Pará de Minas e Nova Serrana, que ficam a 40 km de distância uma da outra.



Atendo no SUS das duas cidades, porém o consultório particular representa mais de 90 % da minha renda. Na clínica privada atendemos tanto a pacientes particulares como de convênios sendo a Unimed o mais forte deles.

5- Como você procura se atualizar?

Sempre indo aos congressos, revistas, periódicos e hoje também pela internet. Por ser médico numa cidade do interior acho que a cobrança pela atualização é maior que nos grandes centros. Temos que mostrar para os pacientes que estamos sempre nos reciclando e em contato com as novas tecnologias pois do contrário estes procuram médicos dos grandes centros, como BH, por acharem que estes estão mais atualizados.

6- Existe procura pelas áreas de atuação mais modernas da dermatologia como o laser, e a cosmiatria?

Sim. A procura pela cosmiatria é muito grande e também das novas tecnologias, como o laser. Os pacientes estão cada vez mais antenados e muitas vezes sabem antes de nós, dos lançamentos de produtos ou de aparelhos.

7- Como você está financeiramente? Qual o tempo que você acredita ser necessário para uma estabilização financeira?

Posso dizer que já estou estabilizado, porém como todo médico dependo unicamente do meu trabalho. Hoje penso em investir em outras áreas que não a medicina, para assegurar renda que não dependa da minha presença, como imóveis comerciais para aluguel.

8- Quais são as áreas de conhecimento dermatológico que você considera importante para um jovem que pretenda se estabelecer longe dos grandes centros?

Hoje os dermatologistas mais novos estão interessados muito na parte estética. Porém aqueles que desejam migrar para o interior tem que se aprofundar muito na parte clínica, pois muitas vezes você é o único dermatologista da região e não tem para quem encaminhar o paciente. Casos de psoríase graves,

leishmaniose, cromomicose, esclerodermia entre outros que são mais raros nos consultórios particulares das grandes cidades, são muito comuns para o médico do interior que tem que resolvê-los da melhor maneira possível. Esses pacientes acabam migrando das cidades vizinhas que não tem o especialista.

9- Qual o conselho para os mais jovens que pensam em se estabelecer no interior?

Como em qualquer lugar, formar uma clientela leva tempo, mas acredito que seja mais rápido que em uma capital. Assim o ideal é que o médico vá para a cidade do interior, na medida do possível, já com um emprego público, para que possa se manter até a formação do seu consultório. Uma dica é procurar o secretário de saúde da cidade pretendida.

10- Por fim, qual o ônus e o bônus desta mudança?

As vantagens são muitas, mais a mais importante, sem dúvida, é a qualidade de vida. O maior ônus é deixar os amigos, a família e a sua cidade natal. O primeiro ano é o mais difícil, porém hoje não consigo me ver mais morando no Rio. Quando vou ao Rio vou como turista e acredito que aproveito melhor do que quando morava nele. Hoje só usufruo das partes boas da cidade maravilhosa.



Por ser médico numa cidade do interior acho que a cobrança pela atualização é maior que nos grandes centros



HENRIQUE ROCHA LIMA | 1879-1956

Henrique da Rocha Lima nasceu em 1879, no Rio de Janeiro. Formando-se em medicina no ano de 1901 na Faculdade Nacional de Medicina. Ainda na faculdade conhece Oswaldo Cruz, que, em 1902, o chama para trabalhar no Instituto Soroterápico de Manguinhos. Amante da microbiologia e da anatomia patológica dedica-se às pesquisas e em 1906 viaja para a Alemanha onde já havia estagiado logo depois da formatura. É um dos responsáveis pelo sucesso do Brasil no Congresso Internacional de Higiene em Berlim, com nosso país conquistando a medalha de ouro e tornando o Instituto de Manguinhos reconhecido em todo o mundo científico.



continua as pesquisas, e em 1916, em Hamburgo, anuncia que havia descoberto o causador do tifo, um novo grupo de bactérias ao qual propõe o nome de *Richettsia prowazec* homenageando dois pesquisadores vítimas da doença (o americano Ricketts e o austríaco Prowazec). Entretanto, a primazia de sua descoberta não tem reconhecimento imediato pelo número de outros agentes antes incriminados nem unânime em um mundo dividido no pós-guerra mundial. Maior importância

foi dada ao norte-americano Nicolle que em 1910 relacionara a transmissão da doença ao piolho e a quem é dado o prêmio Nobel anos mais tarde.

Na Alemanha dedica-se junto com Prowazek ao estudo do tifo exantemático, observando material obtido do intestino de piolhos coletados em soldados doentes de um campo de prisioneiros franceses e russos na Alemanha, que era uma das protagonistas da primeira guerra mundial. Os dois pesquisadores não tardam a se contaminar sendo que em fevereiro de 1915 Prowazec falece. Restabelecido Rocha Lima

Rocha Lima tem ainda importantes contribuições no estudo da febre amarela, histoplasmose, e da *Rickettsia quintana*. Em 1928 regressa ao Brasil, sendo convidado, pelo governo do Estado de São Paulo para trabalhar no Instituto Biológico de São Paulo, passando a dirigí-lo em 1933 e onde ficou até 1949. Recebeu o título de Cavaleiro da Ordem da Águia Alemã em 1938. Faleceu em 1956.

Fontes:

http://www.biologico.sp.gov.br/grandes_nomes/rocha_lima.htm

http://www.sbm.org.br/index.asp?p=medicos_view&codigo=205

NOTA DE FALECIMENTO

Comunicamos o falecimento do prof. **Sergio Januário Carneiro**. Mineiro de Cataguazes estudou na Faculdade Nacional de Medicina, tendo se formado em 1966.

Fez residência e especialização nos Estados Unidos retornando em 1975 à UFRJ onde permaneceu até sua aposentadoria em 2009. Presidiu nossa regional no ano de 1985.



FILTROS SOLARES E ANTIOXIDANTES, QUAL A VANTAGEM DO SEU USO?

A exposição crônica à radiação ultravioleta (RUV) é responsável pelo fotoenvelhecimento cutâneo e exerce seus efeitos deletérios através de diversos mecanismos.

A prevenção e o tratamento do fotoenvelhecimento se baseiam principalmente no uso de filtros solares, no estímulo da síntese de colágeno e na neutralização de radicais livres.

A pele possui mecanismos próprios de defesa, enzimáticos e não enzimáticos, contra o estresse oxidativo causado pela RUV. Entretanto, a sobrecarga de radicais livres gerada pela RUV gera um dano celular que não consegue ser reparado, deflagrando o processo de envelhecimento celular.

Os agentes antioxidantes podem agir de forma sinérgica aos protetores solares, auxiliando na diminuição dos efeitos deletérios da radiação ultravioleta.

Os agentes antioxidantes podem ser administrados por via oral ou tópica. Os agentes utilizados topicamente de forma isolada não são capazes de filtrar a RUV, mas quando utilizados em combinações com o protetor solar, ajudam a melhorar sua eficácia, diminuindo o dano celular.

A fotoproteção conferida pelos antioxidantes parece ocorrer por mecanismos variados. As vitaminas C e E (ácido ascórbico e alfa tocoferol) são os mais utilizados nas formulações atuais. O ácido ascórbico

tem propriedades absorvedoras do UV, já o tocoferol pode prevenir o eritema e o dano ao DNA induzido pela RUVB. O uso das duas vitaminas demonstrou efeito significativo na redução das sunburn cells. Parecem ser necessárias altas doses destas vitaminas para atingir o efeito desejado. O ácido caféico, o ácido ferúlico, o zinco, a genisteína, compostos fenólicos como o chá verde, também apresentam uma potente propriedade antioxidante, antiinflamatória, antienvhecimento e anticarcinogênica. Novos estudos são necessários para confirmar a eficácia clínica desses produtos como agentes fotoprotetores tópicos.

Muitas substâncias de uso oral tem sido sugeridas como agentes fotoprotetores. É importante ressaltar que o uso destas substâncias deve estar associado ao uso de filtro solar tópico, uma vez que ainda não existe nenhum ativo de uso oral capaz de bloquear a penetração da RUV.

Os carotenóides (betacaroteno), a vitamina E (alfa-tocoferol) e a vitamina C podem atuar como antioxidantes orais ou agentes fotoprotetores, especialmente quando usados em terapias combinadas.

O *Polypodium leucotomos* é uma planta tropical encontrada na América Central e Sul composta por polifenóis, flavonóides e polissacarídeos. Este antioxidante natural, quando ingerido, é capaz de induzir tolerância cutânea a luz solar em termos de fotoproteção, inibindo a oxidação induzida pela UVB e modulando a resposta inflamatória da pele às radiações.

Em um futuro próximo, várias substâncias lipossomadas, como enzimas reparadoras do DNA, estarão disponíveis para corrigir o dano produzido pelo DNA. O estudo destes medicamentos se baseia não somente no fotoenvelhecimento, mas também em algumas genodermatoses, como o Xeroderma Pigmentoso, patologia que apresenta um defeito em uma enzima específica de reparo do DNA.

No momento acredita-se que os antioxidantes devam ser administrados conjuntamente para promover uma ação sinérgica que complementa a fotoproteção proporcionada por filtros solares tópicos.



DRA. PAULINA V. KEDE



DRA. LUIZA S. GUEDES

A DERMATOLOGIA TÁ NA RUA !!!

A valorização da dermatologia e obviamente do dermatologista passa pela visibilidade das ações deste na manutenção da saúde da população. Por isso a importância que a atual gestão da SBDJR tem dado à participação ativa em vários eventos que aconteceram este ano e que propiciaram aos dermatologistas o contato direto com a população de nossa cidade.

No imaginário da população a atividade médica está ligada ao diagnóstico e a "cura" das doenças.

No caso específico da dermatologia, as novas áreas de atuação acrescentadas recentemente como a cosmiatria, se por um lado fizeram justiça àqueles que entendem com profundidade do maior sistema do corpo humano, por outro graças a uma mudança do comportamento da sociedade calcado numa busca incessante da beleza, sem críticas e reflexões e difundida pelos meios de comunicação e permeada pelas flutuações da moda e dos interesses comerciais do mercado, tem muitas vezes colocado o dermatologista como um médico de frivolidades.

Portanto, torna-se imperioso que possamos mostrar diretamente à população algumas outras atividades onde o papel do dermatologista é essencial para a saúde da população.





PARACOCCIDIOIDOMICOSE

Júlia Ribeiro Costa de Faria, Thaís Harumi Sakuma, Heliomar de Azevedo Valle, Ricardo Barbosa Lima, Carlos José Martins

Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO e Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

INTRODUÇÃO

A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada pelo fungo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*. É endêmica na América Latina, sendo o Brasil responsável por 80% dos casos notificados da doença. É a oitava causa de mortalidade entre as doenças infecto-parasitárias crônicas, superando até mesmo as mortes por Leishmaniose. É também a primeira causa de morte entre as micoses sistêmicas. É importante, pois afeta indivíduos em idade produtiva, podendo levar a formas disseminadas graves e letais. Além disso, é causa de graves sequelas mesmo quando realizado tratamento adequado.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 49 anos, branco, natural de Inhapim (MG), procedente de Tocantins (MG), agricultor em lavoura de café. Referia que há aproximadamente um ano surgiram lesões papulosas na face, couro cabeludo, tronco e membros, que evoluíram para úlceras. Relatava também episódios de febre, sudorese noturna, tosse seca e perda ponderal de 16kg. Após diagnóstico histopatológico sugestivo de Leishmaniose, foi tratado com Glucantime® sem melhora, sendo então encaminhado ao nosso serviço para elucidação diagnóstica.

Ao exame dermatológico observávamos diversas lesões ulceradas no couro cabeludo, região retroauricular, tronco, membros superiores e terceiro quirodáctilo esquerdo. As bordas das ulcerações eram eritemato-violáceas e o fundo vermelho vivo, finamente granuloso com discreto pontilhado hemorrágico em algumas delas (figura 1). Apresentava-se emagrecido, com linfonodos palpáveis em cadeia cervical posterior à esquerda, aumento de volume do cotovelo direito e tumoração palpável na região pré-tibial direita.

Foram realizados biópsia de lesão cutânea e aspirado ósseo do cotovelo direito que revelaram a presença de diversas estruturas fúngicas, com gemulação múltipla característica de *Paracoccidioides brasiliensis*. A cultura evidenciou o crescimento do fungo. O exame histopatológico revelou hiperplasia pseudocarcinomatosa e diversos granulomas na derme contendo células gigantes com esporos em seu interior, que foram melhor visualizados após a coloração pelo PAS (figura 2). A sorologia para Paracoccidiodomicose apresentou título de 1/64. Os achados relevantes dos demais exames foram: anemia, leucocitose, neutrofilia, eosinofilia, diminuição da relação CD4/CD8, hipergamaglobulinemia policlonal, anti-HIV negativo, cortisol sérico e eletrólitos normais. A pesquisa de fungos e BAAR no escarro foram negativas. O exame radiológico demonstrou diversas lesões osteolíticas no crânio, cotovelo direito, tíbia direita e terceiro quirodáctilo esquerdo com destruição de sua falange proximal (figura 3). A laringoscopia, tomografias de tórax e abdômen não mostraram alterações. O tratamento instituído foi sulfametoxazol-trimetoprim na dose de 1600 mg/dia intravenoso, com cicatrização das lesões cutâneas e melhora do estado geral em 30 dias. Foi necessário a amputação do terceiro quirodáctilo esquerdo.

DISCUSSÃO

A PCM é uma doença de difícil diagnóstico clínico, já que a lesão característica em aspecto moriforme nem sempre está presente. Suas manifestações cutâneas são polimorfos (úlceras, pápulas, lesões infiltradas), podendo simular sarcoidose, hanseníase, escrofuloderma e leishmaniose tegumentar. Existem diversas formas clínicas de apresentação: infecção, forma aguda/subaguda (juvenil), forma crônica unifocal/multifocal (do adulto) e forma residual/sequelar. Nosso paciente foi classificado como forma crônica multifocal, pois apresentava acometimento cutâneo e ósseo. As lesões cutâneas são comuns na forma crônica, enquanto as ósseas (líticas) acontecem em 5% dos casos isoladamente e em 60% dos casos associadas ao

MULTIFOCAL

acometimento de outros sistemas. O acometimento pulmonar (90% dos casos) e da mucosa oro-faríngea são frequentes, entretanto não ocorreram no nosso paciente. Ressaltamos que apesar da ausência das manifestações clássicas da PCM, estamos em um país endêmico. Portanto, o diagnóstico deve ser sempre lembrado em pacientes com doença crônica, emagrecidos e com acometimento sistêmico, sobretudo nos procedentes das áreas rurais de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Goiás, onde a prevalência da doença é maior. Assim, com o diagnóstico e tratamento precoces poderemos diminuir o impacto social e econômico da doença.

Agradecimentos:

Drs. Paulo Benevenuti, Cássio Porto Ferreira e

Antonio Carlos Francesconi do Valle

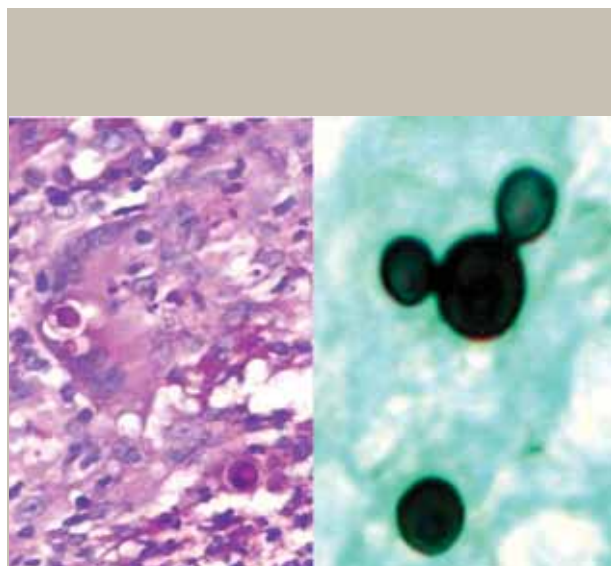


FIG 2: À ESQUERDA NA COLORAÇÃO PELO PAS, ESPOROS NO INTERIOR E AO REDOR DA CÉLULA GIGANTE E À DIREITA, ESPORO GEMULANTE CORADO PELO GROCOTT



FIG. 1: ULCERAÇÕES ERITEMATOSAS, COM BORDA ERITEMATO-VIOLÁCEA E FUNDO FINAMENTE GRANULOSO



FIG 3: ULCERAÇÃO NO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM DESTRUIÇÃO DA FALANGE PROXIMAL

BULOSE: QUANDO O PACIENTE

André Couto, Renata Fernandes Marques,
Juan Manuel Pineiro Maceira, Thiago Jeunon, Cassio Dib

Hospital Geral de Bonsucesso

INTRODUÇÃO

A Dermatose por IgA linear faz parte do grupo das buloses. Esta rara entidade acomete adultos, geralmente acima dos 40 anos, tendo discreta predominância no sexo feminino. Sua etiopatogenia é caracterizada por mecanismo autoimune adquirido. Porém a sua etiologia é desconhecida, ainda que diversas drogas tenham sido descritas como gatilho. O quadro clínico, na maioria das vezes, é heterogêneo, podendo mimetizar outras buloses. Portanto, para o diagnóstico de certeza, deve ser realizada biópsia de pele e exame de Imunofluorescência direta (IFD).

RELATO DE CASO

Paciente feminina de 36 anos, natural e procedente do Rio de Janeiro, balconista, compareceu ao nosso serviço referindo, há um mês, surgimento de lesões bolhosas muito pruriginosas que iniciaram no tronco e após alguns dias, passaram a acometer todo o corpo. Ao exame dermatológico apresentava lesões bolhosas de aspecto anular, variando de 0,8cm a 3cm de diâmetro, algumas confluentes, distribuídas principalmente no tronco e membros (foto 1). Essas lesões apresentavam o peculiar aspecto em “colar de contas” ou “contas de rosário”, onde há um crescimento centrífugo, com surgimento de novas bolhas ao redor de outras mais antigas e com tendência à cura central (foto 2). A paciente não apresentava acometimento de mucosas e a região palmo-plantar também estava preservada. Seu estado geral era bom e os seus exames laboratoriais estavam dentro dos limites da normalidade. Foram realizadas duas biópsias de pele. Uma

de lesão bolhosa, que revelou bolha com clivagem subepidérmica, e outra de pele sã perilesional que, à IFD, revelou depósitos de IgA com padrão linear ao longo da zona da membrana basal (foto 3). Chegamos então ao diagnóstico de Dermatose por IgA linear. Foi introduzida dapsona, numa dose inicial de 50mg/dia e prednisona 30mg/dia, e após um mês a paciente apresentava regressão quase completa das lesões.

DISCUSSÃO

A Dermatose por IgA linear (DAL) foi descrita pela primeira vez em 1979 por Chorzelski. Antes deste ano, ela não existia como entidade, mas era considerada, sim, como parte do espectro da Dermatite Herpetiforme (DH). Com o advento da imunofluorescência, então, esta pesquisadora conseguiu provar que havia diferenças entre as duas doenças: na dermatite herpetiforme os depósitos de IgA se encontram, na zona da membrana basal, for-



FIG.1 - LESÕES BOLHOSAS NO DORSO E MMSS

LÊ O LIVRO

mando um padrão conhecido como granular ou salpicado, já na DAL, o padrão é linear (foto 3), aspecto este que dá nome à doença.

De etiologia desconhecida, sabe-se que os seus alvos antigênicos se encontram na zona da membrana basal, sendo o mais comum deles uma molécula proteica de 97 kDa que, na verdade, corresponde a uma porção do domínio extracelular (epítipo) do Antígeno do Penfigóide Bolhoso tipo 2 (BPAg2) (foto). Ainda outros antígenos descritos são o BPAg1 e o colágeno tipo VII.

Em termos gerais, o diagnóstico das doenças bolhosas pode se tornar bastante desafiador, já que pode haver grande sobreposição clínica entre as diversas entidades. Fato este que pode ser parcialmente explicado pela pre-

sença de antígenos comuns nas diversas doenças. No caso da DAL, pode haver grande sobreposição clínica com a epidermolise bolhosa adquirida, o penfigóide bolhoso e o penfigóide cicatricial.

Quando temos as típicas lesões em "colar de contas", o grau de suspeição diagnóstica se torna maior, porém para confirmação devem ser realizadas duas biópsias de pele. A biópsia de lesão bolhosa mostrará o padrão de clivagem subepidérmico e a biópsia de pele sã perilesional mostrará depósito linear de IgA ao longo do zona da membrana basal, à imunofluorescência direta.

O tratamento padrão é feito com Dapsona, apresentando ótima resposta. A prednisona pode ser necessária em casos mais extensos e/ou refratários.



FIG.2 - ASPECTO EM COLAR DE CONTAS

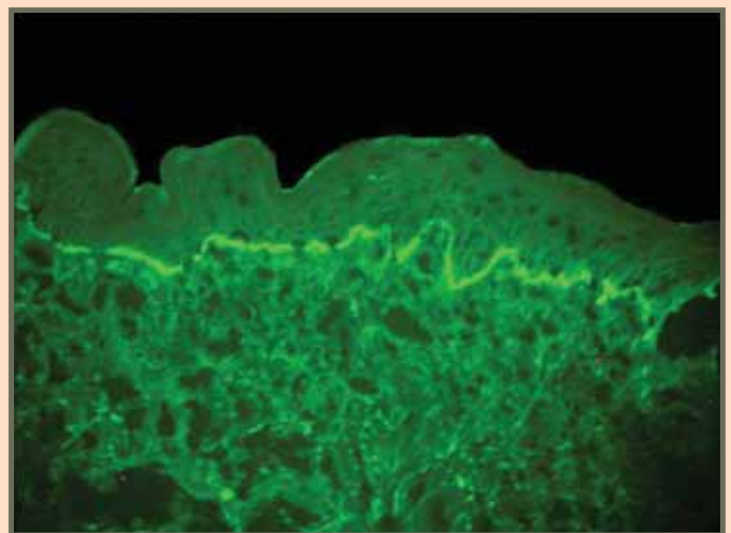


FIG.3 - IMUNOFLORESCÊNCIA DIRETA MOSTRANDO DEPÓSITO LINEAR DE IGA AO LONGO DA ZMB

COCAÍNA: O QUE MAIS

Grangeiro ERN, Andrade VMP, Bauk AR, Rutowitsch MS, Maceira JP

Hospital dos Servidores do Estado

Serviço de Dermatologia

Chefia: Dr. Marcio Rutowitsch

INTRODUÇÃO

Pioderma gangrenoso é uma dermatose neutrofílica rara descrita em 1930. É associada a doenças sistêmicas em 20% a 70% dos casos. Inicialmente foi considerada patognomônica de retocolite ulcerativa, e atualmente já foi descrita associada a várias doenças sistêmicas (doença inflamatória intestinal, neoplasias, patologias reumatológicas e hematológicas). O diagnóstico é baseado na manifestação clínica típica, histopatológico compatível, doença sistêmica associada e exclusão de outras dermatoses cutâneas.

RELATO DO CASO

Paciente feminina de 27 anos, usuária de cocaína há 12 anos, apresentando úlcera extensa em hemiface esquer-

da há 5 anos, além de lesões semelhantes em MID, perfuração em septo e palato duro. As lesões iniciaram como pústulas que evoluíram para úlceras dolorosas. O exame histopatológico foi compatível com a hipótese de pioderma gangrenoso, afastando etiologias infecciosa, neoplásica ou por vasculite. Os exames complementares não evidenciaram doença sistêmica associada. Houve boa resposta à corticoterapia sistêmica e dapsona, porém, devido ao processo cicatricial, evoluiu com lagofalmo, ectrópio e ceratite em olho esquerdo com posterior perfuração da córnea. Foi submetida a transplante de córnea e cirurgia reparadora de pálpebra.

DISCUSSÃO

Uma possível associação do Pioderma com a cocaína foi suspeitada e foram encontrados dois casos relatados recentemente na Espanha, o que corrobora a suspeita, já que a paciente não apresentava nenhuma doença sistêmica. Cerca de 40% dos casos dessa dermatose ainda são considerados idiopáticos, embora existam também associações de Pioderma gangrenoso com medicações como o fator estimulante de granulócitos, propiltiouracil e gefinib.



*Não esconda suas cicatrizes.
Trate-as!*

Medgel

- Produto revolucionário para tratamento de cicatrizes.
- Reduz e previne cicatrizes hipertróficas e quelóides.
- Eficaz nas cicatrizes recentes ou antigas, resultantes de cirurgias das mamas, abdomens, cesarianas, cardíacas, de tiróide, queimaduras, acne, cortes, etc.
- Preço acessível, uso fácil, vários modelos.

30 Há 30 anos levando a melhor do Brasil para o mundo.

Rio de Janeiro
Botafogo: (21) 2295 1601
Barra: (21) 3154 7118

São Paulo
Vila Mariana: (11) 5594 8383
Itaim: (11) 3079 6679

SILIMED
www.silimedbrasil.com.br

ELA PODE CAUSAR?



FIG.1 - ULCERAÇÃO EXTENSA EM HEMIFACE ESQUERDA, LAGOFTALMO E ECTRÓPIO



FIG.2 - ULCERAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR D



FIG.3 - MELHORA COM 10 DIAS DE CORTICOTERAPIA SISTÊMICA E DAPSONA

NEVO EPIDÉRMICO DO UMA MANIFESTAÇÃO

Thais Sakuma, Osvania Maris Nogueira,
Ricardo Barbosa Lima, Carlos José Martins, Gabriela Lowy

*Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
Serviço de Dermatologia
Chefia: Prof. Carlos José Martins*

INTRODUÇÃO

A hiperqueratose epidermolítica é uma desordem da queratinização decorrente de mutação nos genes que codificam as queratinas 1 e/ou 10. A forma generalizada da doença recebe a denominação de eritrodermia ictiosiforme congênita bolhosa, enquanto a forma névica, decorrente de mosaicismos, é chamada de nevo epidérmico do tipo hiperqueratose epidermolítica.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, três anos, filha de pais não consanguíneos, hígidos e uma irmã sadia. Mãe relata que aos 15 dias de vida surgiram lesões verrucosas no tronco, abdômen e membro superior esquerdo. Foi encaminhada para a dermatologia do HUGG com diagnóstico de incontinência pigmentar. Ao exame dermatológico apresentava faixas eritemato-acastanhadas, verrucosas, seguindo as linhas de Blaschko, localizadas na região antero-lateral esquerda do tronco e braço esquerdo. Havia também hiperqueratose palmar esquerda.

O exame histopatológico evidenciou áreas focais de hiperqueratose e degeneração vacuolar das camadas suprabasais da epiderme, e a presença de grânulos de queratohialina. Os demais exames complementares estavam normais. Diante dos achados clínicos e histopatológicos, concluímos tratar-se de nevo epidérmico do tipo hiperqueratose epidermolítica.

DISCUSSÃO

O nevo epidérmico do tipo hiperqueratose epidermolítica caracteriza-se por lesões verrucosas sobre as linhas de Blaschko, decorrentes do mosaicismo. Este decorre de mutação genética pós-zigótica, nos genes que codificam as queratinas 1 e/ou 10, gerando duas populações de células geneticamente distintas, que durante a embriogênese migram dispondo-se de acordo com as linhas de Blaschko. No mosaicismo a mutação é restrita às áreas afetadas, não sendo encontrada no DNA do sangue periférico e na pele sem lesão. Porém, caso a mutação ocorra precocemente, acometendo as células germinativas, os filhos destes indivíduos podem nascer com a forma generalizada e grave da doença. Quanto maior a extensão da lesão névica, maior é esta probabilidade. Desta maneira, pacientes com nevo epidérmico do tipo hiperqueratose epidermolítica devem receber aconselhamento genético.

Sendo assim enfatizamos a importância do diagnóstico diferencial desta condição com os demais nevos verrucosos. Apesar da semelhança clínica, as características histopatológicas são distintas; e o achado de hiperqueratose epidermolítica define o diagnóstico de nevo epidérmico do tipo hiperqueratose epidermolítica. Por isso é fundamental realizar biópsia de todos os nevos epidérmicos verrucosos.

TIPO HIPERQUERATOSE DE MOSAICISMO



FIG. 1 - FAIXAS ERITEMATO-ACASTANHADAS, VERRUCOSAS, SEGUINDO AS LINHAS DE BLASCHKO NO HEMILADO ESQUERDO



FIG. 2 - HIPERQUERATOSE PALMAR ESQUERDA

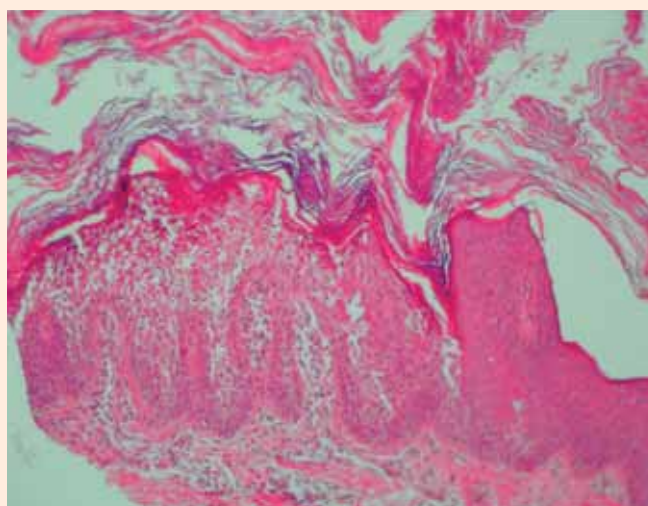
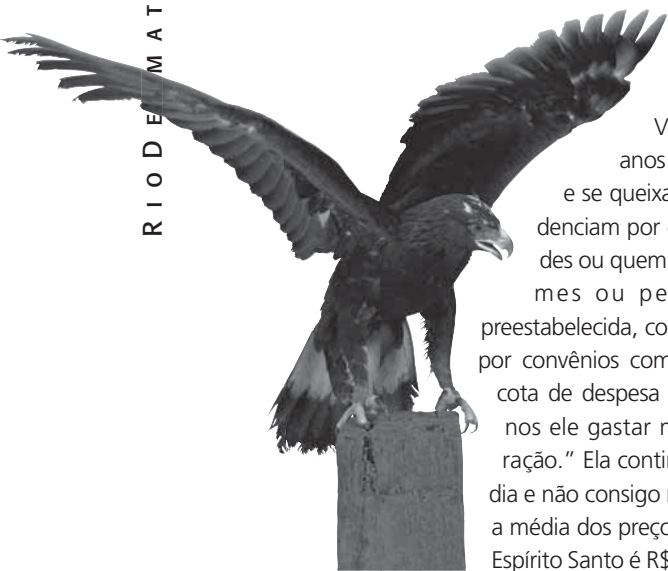


FIG. 3 - HIPERQUERATOSE, DEGENERAÇÃO VACUOLAR DAS CAMADAS SUPRABASAIS DA EPIDERME E PRESENÇA DE GRÂNULOS DE QUERATOHIALINA

RESPOSTA À MENSAGEM DE UMA COLEGA DO ESPÍRITO SANTO



Recebemos por e-mail comentário sobre a matéria Médicos x Planos de Saúde em que a colega associada efetiva de Vitória, diz estar há 10 anos no mercado de trabalho e se queixa: "... os convênios credenciam por critérios próprios: amizades ou quem aceita pedir poucos exames ou pedir dentro da cota preestabelecida, conheço colegas bancados por convênios com salário fixo para bater cota de despesa para baixo, quanto menos ele gastar maior será sua remuneração." Ela continua "... trabalho 12h por dia e não consigo remuneração digna, pois a média dos preços pagos por consulta no Espírito Santo é R\$ 35,00..." deixa transparecer o medo de ficar sem convênio e lamenta que a SBD não se importe com esses assuntos.

Cara Renata, aqui no Rio não é muito diferente, mesmo com todo embate que tivemos nos últimos 20 anos, relatados nessa coluna anteriormente, conseguimos apenas reajustes melhores dos honorários (R\$ 54,00 a 35,00 ou menos). Infelizmente os planos de saúde cresceram muito no vácuo, na ausência de um setor público de assistência médica organizada e operante que valorizasse os médicos com boas condições de trabalho e salários dignos.

No início desse ano a SBDRJ enviou um questionário para o endereço dos colegas a fim de, justamente avaliar o mercado de trabalho e o grau de satisfação com a especialidade e a sociedade. Responderam 29,6 dos colegas (resultado no site da SBDRJ), 85,3% têm a dermatologia geral como principal área de trabalho, 84,5% responderam que trabalham com cosmiatria, 52,7% trabalham apenas no setor privado e 40% no público e privado, 92,6% trabalham com planos de saúde; de 0 – 4, 58% deram nota de 0-2 e 28,1% deram nota 3 e 4 a eles. Quando se perguntou sobre a principal aspiração, apenas 12,7% respondeu não atender planos de saúde(?!). Medo? Falta de opção? Ou os pacientes de convênio se tornaram interessantes para nós dermatologistas por causa dos procedimentos estéticos?

Lembrei-me do texto de um colega tentando entender ou explicar o porquê dos movimentos médicos (aqui no RJ) te-

rem conquistado parques reajustes ao invés do resgate de autonomia em trabalho e fixação de honorários, credenciamento universal e a livre escolha dos pacientes pelos médicos. Para isso ele menciona o ensaio de Leonardo Boff, A Águia e a Galinha, que aborda a condição humana, sonhando que cada homem tenha e possa exercer um potencial de águia, capaz de planar alto e vislumbrar longe, ultrapassar limites e correr riscos. Aponta que somos condicionados ou reduzidos a uma condição de galinhas, e muitos seguem ciscando de rosto para o chão, satisfeitos com migalhas e com a segurança de um imutável terreiro.



Creio Renata, que poderíamos ter uma Defesa Profissional mais desenvolvida com uma maior participação de colegas. Algumas sociedades de especialidade (no RJ) se organizaram em cooperativas para defender seus interesses, como os anestesiologistas, cirurgiões vasculares, oftalmologistas e mais recentemente os ortopedistas. Reconheço que para essa organização é preciso muito trabalho e dedicação, mas não só de 2 ou 3, se faz necessário um pouco de participação de cada um de nós. Ao menos por análise dessa pesquisa, os colegas parecem satisfeitos ou acomodados ou conformados na situação em que se encontram. Tradicionalmente, nossa sociedade se dedica à formação científica e à Educação Médica Continuada, mas acredito, se um número cada vez maior de colegas clamar por uma Defesa profissional mais atuante, fundamentada em princípios éticos, poderia ser criado maior espaço para tal. Resta saber se os dermatologistas têm real interesse nisso, pois ao contrário dos pediatras, especialistas em extinção (pasmé!), temos a cosmiatria que pode nos garantir retorno financeiro e glamour (!!!!!!).



Altiva Lobão Salgado

ERRATA

Na edição anterior o caso clínico: "LESÕES GENITAIS E PERIGENITAIS: DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO PRECOCE." não estava creditado aos autores Sirenice da Silveira, Lilian De Luca Maciel, Fabiana Resende Rodrigues, Cassio Dib, Paulo Roberto Cotrim, aos quais pedimos nossas sinceras desculpas.

FEVEREIRO 2010

05 Dia do Dermatologista

MARÇO 2010

13 Reunião Mensal da SBD Fluminense III
Local: Hospital Antonio Pedro

17 Reunião Mensal da SBD RJ
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgiões

26-27 5º DermaRio
Local: Centro de Convenções
Sul-América

SAIBA MAIS

Saiba mais informações sobre todos os eventos entrando em contato com a SBD RJ pelo site www.SBD RJ.org.br ou pelo telefone (21) 2263-4811.



*roupas e acessórios
com fotoproteção FPU 50*

tele-atendimento tel./fax
2204-1995
2234-7330
officilab@officilab.com.br

UV LINE
UV PROTECTION

NOVO

RETIN-OXTM WRINKLE FILLER

Resultado **imediato** e **duradouro**
no preenchimento das rugas



**PREENCHIMENTO
DE DUPLA AÇÃO:**



ÁCIDO HIALURÔNICO
Rugas superficiais em
5 minutos



RETINOL
Rugas mais profundas, dia após
dia, **com resultados em**
8 semanas

O produto anti-idade mais vendido na França*

*Fonte: IMS, vendas em Dezembro de 2008, França (Mercado Anti-idade em farmácias)