

## Academia de Medicina da Bahia Empossa os Primeiros Ortopedistas em sua História

### Palavra do Presidente

“...Manifesto oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT frente à reportagem - denúncia ocorrida em janeiro último em programa televisivo de grande visibilidade e penetração nacional...”

Pág.02



A Academia de Medicina da Bahia empossou no Salão Nobre da Faculdade de Medicina da Bahia - Terreiro de Jesus, em 2013 e 2014, aos primeiros ortopedistas em sua história.

Pág.08



Dr. Luís Alfredo Gómez Vieira

### Tratamento Artroscópico da Epicondilite Lateral do Cotovelo

Pág.03

### Artroplastia de Superfície na Osteoartrose Primária ou Secundária do Ombro

Pág.04



Dr. Rogério Jamil Fernandes Carneiro

### 2015, O Ano Decisivo?

O exercício da medicina é baseado em um Código de Ética que é composto por 25 (vinte e cinco) princípios fundamentais para o desempenho médico, 10 (dez) normas diceológicas, 118 (cento e dezoito) normas deontológicas e 05 (cinco) disposições gerais.

Pág.06



Jornada  
Integração  
**SBOT**

Hotel Morubixaba, Barreiras - BA  
no mês de maio / 2015



## Palavra do Presidente

*Prof. Dr. Alex Guedes*

Médico Ortopedista, Traumatologista e Cirurgião Cancerologista  
Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Experimental e  
Especialidades Cirúrgicas (DCEC), Faculdade de Medicina da Bahia (FMB),  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

contato:  
alexguedes2003@yahoo.com.br

**D**enúncias ocorridas no início deste ano, relativas à indicação e utilização antiética ou mesmo criminosas de implantes ortopédicos por médicos ortopedistas povoaram os noticiários e exigiram o posicionamento de nossa Entidade-mor frente aos questionamentos da imprensa e do público em geral. Transcrevemos, na íntegra, o manifesto oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT frente à reportagem - denúncia ocorrida em janeiro último em programa televisivo de grande visibilidade e penetração nacional:

### Manifesto pela Lei e pela Ética

Na noite de 04 de janeiro de 2015 tomamos conhecimento do teor da matéria apresentada pelo programa Fantástico, da Rede Globo de Televisão, fazendo denúncias graves sobre atitudes antiéticas e criminosas na indicação e utilização de materiais em cirurgias ortopédicas. Lamentamos que fatos dessa natureza ocorram em nosso meio e consideramos que tais denúncias devam ser investigadas pelos órgãos competentes com o rigor da Lei.

Consideramos, também, que os Membros Titulares da SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – são profissionais bem formados, que conduzem suas atividades dentro do mais rigoroso critério técnico e ético e que a maioria deles não pauta suas condutas baseadas nos moldes apresentados pela reportagem.

A atitude ilícita de alguns não deve colocar em descrédito a Ortopedia e a classe médica em geral. A maioria atua dentro da lei e suas decisões e indicações clínicas sempre levam em consideração o bem estar do paciente. Temos convicção de que a imprensa e a sociedade brasileira saberão fazer esta distinção.

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia continuará trabalhando para proporcionar formação técnica, ética e moral aos cirurgiões ortopedistas.

*ARNALDO HERNANDEZ*  
Presidente SBOT 2014

*MARCO ANTONIO PERCOPE DE ANDRADE*  
Presidente SBOT 2015

*LUIZ ANTONIO MUNHOZ DA CUNHA*  
Presidente Eleito SBOT 2016

## AGENDA DE EVENTOS SBOT-BA 2015

MÊS	DIA	EVENTO	LOCAL	CIDADE
MAIO		JORNADA INTEGRAÇÃO	HOTEL MORUBIXABA	BARREIRAS - BA
	27	CIAO	PRÉDIO DA ABM	ONDINA - SALVADOR
JULHO	09	CIAO	PRÉDIO DA ABM	ONDINA - SALVADOR
AGOSTO		JORNADA INTEGRAÇÃO	A DEFINIR	ILHÉUS - BA
SETEMBRO	03	CIAO	PRÉDIO DA ABM	ONDINA - SALVADOR
OUTUBRO	31	CBaOT 2015	HOTEL SOTERO	SALVADOR - BA

*Obs: Informamos que os eventos acima listados podem sofrer alterações de data e local de sua realização.*



## Tratamento Artroscópico da Epicondilite Lateral do Cotovelo

*Dr. Luís Alfredo Gómez Vieira*

Chefe do Serviço de Ombro e Cotovelo do Hospital Português  
Coordenador do Serviço de Ombro e Cotovelo das Obras Sociais Irmã Dulce

contato:  
gomezvieira@hotmail.com

A epicondilite lateral do cotovelo é uma lesão crônica de repetição nos tendões podendo causar alterações de sua estrutura.

Manifesta-se por dor centrada no epicôndilo lateral do cotovelo com irradiação pela região da musculatura extensora da mão e do punho. O teste de Cozen e de Mill são procedimentos semiológicos que podem ajudar na avaliação destes pacientes.

Na maioria dos casos, tem evolução satisfatória com o tratamento conservador, basicamente o controle da dor e da inflamação.

Existem casos que mesmo com um adequado tratamento conservador esses objetivos não são atingidos restando a cirurgia como opção. Na cirurgia aberta e na artroscópica os procedimentos são semelhantes.

O objetivo deste trabalho é apresentar a nossa experiência no tratamento artroscópico em pacientes com epicondilite lateral do cotovelo refratários ao tratamento conservador.

Aqueles pacientes que foram submetidos a tratamento artroscópico para epicondilite lateral do cotovelo cursavam com idade média de 39 anos. O tempo de seguimento variou com uma média de 14 meses.

Todos foram submetidos inicialmente a tratamento conservador por um período de seis a 12 meses consistindo em repouso, crioterapia, analgésicos, anti-inflamatórios e fisioterapia.

A indicação do tratamento artroscópico foi feita após o insucesso do tratamento conservador e baseado em quatro critérios clínicos: presença de dor noturna; presença de dor no repouso; dificuldade para as atividades de vida diária e presença de dor durante a prática esportiva. Quando dois ou mais destes critérios estão presentes indicamos o tratamento cirúrgico.

No pós-operatório, após sete dias é retirado o enfaixamento e os pacientes são liberados para atividades leves. Para o retorno às atividades

mais intensas e nos esportistas aguardamos 90 dias.

Utilizamos os critérios de Morrey et al. que avaliam dor, amplitude de movimento, estabilidade e função nas atividades cotidianas; sendo estes parâmetros quantificados por pontos cuja somatória indica o resultado final.

Todos pacientes evoluíram sem dor, sem limitação da amplitude de movimentos e com retorno normal às atividades prévias ao tratamento instituído.

Complicações imediatas ou tardias como neuropraxia do nervo ulnar, frouxidão ligamentar, limitação articular ou infecção não foram observados nesse estudo.

Desde a primeira descrição da epicondilite do cotovelo em 1882, vários autores têm discutindo sobre o diagnóstico e tratamento desta patologia.

O tratamento de escolha é sempre conservador sendo a cirurgia uma exceção.

Nirschl sugeria a liberação e o realinhamento das aponeuroses do extensor comum e do extensor radial curto do carpo e a exploração do espaço subaponeurótico.

Gardner recomendava mínima ressecção do epicôndilo lateral, reparo das lacerações e avanço proximal do tendão extensor comum dos dedos até uma nova origem no epicôndilo lateral.

Ward e Anderson confirmaram que a artroscopia do cotovelo é efetiva no tratamento das patologias em atletas com a maioria retornando totalmente à atividade esportiva.

Como todo procedimento cirúrgico, a artroscopia do cotovelo também não está livre de complicações.

Em conclusão, observamos que o tratamento artroscópico para a epicondilite lateral do cotovelo é uma opção minimamente invasiva permitindo uma reabilitação precoce e com baixo índice de complicações.

### Referências

1. Nirschl RP: Elbow tendinosis/tennis elbow. *Clin Sports Med* 1992;11: 851-870.
2. Nirschl RP, Pettrone FA: Tennis elbow: the treatment of lateral epicondylitis. *J Bone Joint Surg [Am]* 1979;61:832-839.
3. Morrey BF, An KN, Chao EYS. *Functional evaluation of the elbow*, 2nd Ed, Philadelphia, Saunders, pp. 86-97, 1993.
4. Ciccotti MG. Epicondylitis in the athlete. *Instr Course Lect* 1999;48: 375-381.
5. Bynum CK, Tasto J. Arthroscopic treatment of synovial disorders in the shoulder, elbow and ankle. *Am J Knee Surg* 2002;15: 57-59.
6. Gardner RC. Surgery for tennis elbow: a five-year follow-up. *Orthop Rev* 1974;3:45.
7. Bosworth DM. The role of the orbicular ligament in tennis elbow. *J Bone Joint Surg [Am]* 1955;37:527.
8. Bosworth DM. Surgical treatment of tennis elbow: a follow-up study. *J Bone Joint Surg [Am]* 1965;47:1533.
9. Kaplan EB. Treatment of tennis elbow (epicondylitis) by denervation. *J Bone Joint Surg [Am]* 1959;41:147-150.
10. Sonnabend DH, Coolican MR. Recent advances in arthroscopy. *Aus Fam Physician* 1992;21:421-423.
11. Baker CL, Brooks AA. Arthroscopy of the elbow. *Clin Sports Med* 1996;15:261-281.
12. Ward WG, Anderson TE: Elbow arthroscopy in a mostly athletic population. *J Hand Surg [Am]* 1993;18:220-224.
13. O'Driscoll SW. Arthroscopic treatment for osteoarthritis of the elbow. *Orthop Clin North [Am]* 1995;26:691-706.
14. Ruch DS, Poehling GG. Anterior interosseous nerve injury following elbow arthroscopy. *Arthroscopy* 1997;13:756-758.
15. Owens BD, Murphy KP, Kuklo TR. Arthroscopic release for lateral epicondylitis. *Arthroscopy* 2001;17:582-587.
16. Baker CL, Murphy KP, Gottlob CA, Curd DT. Arthroscopic classification and treatment of lateral epicondylitis: two years clinical results. *J Shoulder Elbow Surg* 2000;9:475-482.
17. Grifka J, Boenke S, Kramer J: Endoscopic therapy in epicondylitis radialis humeri. *Arthroscopy* 1995;11:743-748.
18. O'Driscoll SW, Morrey BF: Arthroscopy of elbow. Diagnostic and therapeutic benefits and hazards. *J Bone Joint Surg [Am]* 1992;74:84-94.
19. Reddy AS, Kvitne RS, Yocum LA, Elattrache NS, Glousman RE: Arthroscopy of the elbow: a long-term clinical review. *Arthroscopy* 2000;16:588-594.
20. Savoie FH, Field LD: Arthrofibrosis and complications in arthroscopy of the elbow. *Clin Sports Med* 2001;20:123-129.

## Artroplastia de Superfície na Osteoartrose Primária ou Secundária do Ombro

A artroplastia do ombro foi inicialmente apresentada por Neer para o tratamento de fraturas proximais do úmero. No entanto, a indicação mais frequente para artroplastia do ombro em casos não traumáticos é a osteoartrose. As alterações degenerativas do ombro estão associadas à dor incapacitante e à diminuição do arco de movimento. Assim, os objetivos deste tratamento incluem a diminuição da dor e a melhora da função.

Alguns autores trataram de desenvolver um tipo de artroplastia usando o recapeamento de superfície no tratamento de patologias degenerativas do ombro. O desenho deste tipo de prótese é baseado no princípio de mínima ressecção óssea, tendo a vantagem de preservação do estoque ósseo reconstruindo a geometria articular normal. Através deste método é possível restaurar a congruência da cabeça do úmero, preservando a superfície articular saudável remanescente e preservando o estoque ósseo do úmero proximal.

Alguns pacientes foram operados e reavaliados após serem submetidos a tratamento da osteoartrose e necrose avascular da cabeça umeral do ombro pelo sistema artroplastia de superfície.

Estes são mais comuns nos indivíduos com idade avançada ou com patologias que comprometem a circulação sanguínea óssea ou

mesmo usuários crônicos de anti-inflamatórios esteroides. Não apresentando qualquer relação direta com o gênero (masculino x feminino).

Após o período de cicatrização a ferida cirúrgica, os pacientes são encaminhados para fisioterapia e liberados para atividades de vida diária o mais breve possível de acordo com o seu limiar de dor e ressaltando-se a importância da mobilidade precoce.

A avaliação clínica dos pacientes no período pós-operatório baseou-se no escore UCLA (University of Califórnia at Los Angeles), escala analógica de dor e questionamento quanto ao grau de satisfação pós-operatória.

Utilizando o método de avaliação da escala UCLA, observamos bons e excelentes resultados em 80% dos pacientes e resultados regulares em 20% dos pacientes com média de pontos de 30 e 25 pontos, respectivamente. No entanto, o grau de satisfação dos pacientes mostrou um resultado ainda melhor com apenas um paciente com grau moderado de satisfação e quatro pontos na escala analógica de dor.

A maioria dos implantes contemporâneos utilizados no tratamento da osteoartrose do ombro promovem bons resultados em termos de alívio da dor, porém, quanto ao arco de movimento estes podem ser desapontadores. Com a aplicação da artroplastia de superfície este desapontamento, em nosso estudo, não foi verificado.

Warner e col. mostraram comprometimento da glenoide em todos os pacientes submetidos a hemiartroroplastia convencional num seguimento médio de 43 meses. No nosso seguimento pós-operatório, não observamos qualquer envolvimento deletério na glenoide.

Buchler & Farron descreveram a importância da reconstrução anatômica para restaurar os movimentos fisiológicos e forças originais nos músculos e limitar a carga excêntrica da glenoide.

Muitos estudos têm descrito a complexidade e variabilidade da geometria da cabeça umeral.

As vantagens da artroplastia de superfície sobre a artroplastia convencional do ombro são baseadas na preservação do estoque ósseo da cabeça umeral e da cartilagem articular. Além disso, a biomecânica articular é mantida desde altura da articulação, inclinação angular, tensão das partes moles e versão articular.

Burgess e cols. são bem claros ao afirmar

que as artroplastias de superfície, quando comparadas com as artroplastias convencionais do ombro, apresentam uma série de vantagens: a) nenhuma osteotomia é realizada; b) a ressecção óssea necessária é mínima; c) tempo cirúrgico reduzido; d) baixa incidência de fraturas periprotéticas; e) a cirurgia de conversão para artroplastia total, se necessária, é de fácil execução.

Assim, podemos concluir que o tratamento das patologias degenerativas do ombro pelo método de artroplastia de superfície mostrou-se técnica de menor agressão cirúrgica, com preservação do estoque ósseo, eficiente na promoção do alívio da dor com correção da lesão/deformidade e recuperação do arco de movimento em curto espaço de tempo. Com esta técnica, a conversão para artroplastia total do ombro é possível com a grande vantagem da preservação do estoque ósseo.

## Referências

1. Neer CS II. Articular replacement for the humeral head. *J Bone Joint Surg [Am]* 1955;37:215-28.
2. Gartsman GM, Roddey TS, Hammerman SM. Shoulder arthroplasty with or without resurfacing of the glenoid in patients who have osteoarthritis. *J Bone Joint Surg [Am]* 2000;82:26-34.
3. Godeneche A, Boileau P, Favard L, Le Huec JC, Levigne C, Nove-Josserand L, et al. Prosthetic replacement in the treatment of osteoarthritis of the shoulder: early results of 268 cases. *J Shoulder Elbow Surg* 2002;11:11-8.
4. Iannotti JP, Norris TR. Influence of preoperative factors on outcome of shoulder arthroplasty for glenohumeral osteoarthritis. *J Bone Joint Surg [Am]* 2003;85:251-8.
5. Rodosky MW, Bigliani LU. Indications for glenoid resurfacing in shoulder arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg* 1996;5:231-48.
6. Radnay CS, Selter KJ, Chambers L, Levine WN, Bigliani LU, Ahmad CS. Total shoulder replacement compared with humeral head replacement for the treatment of primary glenohumeral osteoarthritis: A systematic review. *J Shoulder Elbow Surg* 2007;16:396-402.
7. Copeland SA. Cementless total shoulder replacement. In: Post M, Morrey BF, Hawkins FJ, eds. *Surgery of the shoulder*. St Louis: Mosby Year Book, 1990:289-97.
8. Jonsson E, Egund N, Kelly I, Rydholm U, Lidgren L. Cup arthroplasty of the rheumatoid shoulder. *Acta Orthop Scand* 1986;57:542-6.
9. Rydholm U, Sjogren J. Surface replacement of the humeral head in the rheumatoid shoulder. *J Shoulder Elbow Surg* 1993;2:286-95.
10. Murray DW, Carr AJ, Bulstrode C. Survival analysis of joint replacements. *J Bone Joint Surg [Br]* 1993;75:697-704.
11. Neer CS, Watson KC, Stanton FJ. Recent experience in total shoulder replacement. *J Bone Joint Surg [Am]* 1982;64:319-37.
12. Ellman H, Hunker G, Bayer M. Repair of the rotator cuff. End-result study of factors influencing reconstruction. *J Bone Joint Surg [Am]*. 1986;68:1136-44.
13. Fehring EV, Kopjar B, Boorman RS, et al. Characterizing the functional improvement after total shoulder arthroplasty for osteoarthritis. *J Bone Joint Surg [Am]* 2002;84:1349-55.
14. Stewart MPM, Kelly IG. Total shoulder replacement in rheumatoid disease: 7 - to 13 - year follow-up of 37 joints. *J Bone Joint Surg [Br]* 1997;79:68-72.
15. Warner JJ, Millet PJ, Parsons IM 4<sup>th</sup>. Glenoid wear after shoulder hemiarthroplasty: quantitative radiographic analysis. *Clin Orthop Relat Res* 2004;421:120-5.
16. Buchler P, Farron A. Benefits of an anatomical reconstruction of the humeral head during shoulder arthroplasty: a finite element analysis. *Clin Biomech* 2004;19:16-23.
17. Boileau P, Walch G. The three-dimensional geometry of the proximal humerus. Implications for surgical technique and prosthetic design. *J Bone Joint Surg [Br]* 1997;79:857-65.
18. Jobe CM, Iannotti JP. Limits imposed on glenohumeral motion by joint geometry. *J Shoulder Elbow Surg* 1995;4:281-5.
19. Burgess DL, McGrath MS, Bonutti PM, Marker DR, Delanois RE, Mont MA. Shoulder resurfacing. *J Bone Joint Surg [Am]* 2009;91(5):1228-38.

XIX CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Florianópolis - SC

30/04/2015

Costão do Santinho Resort & SPA



## 2015, o Ano Decisivo?

*Dr. Rogério Jamil Fernandes Carneiro*

Coordenador do Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia da Clínica Ortopédica e Traumatológica (COT)

contato:  
rogerio.jamil@hotmail.com

O exercício da medicina é baseado em um Código de Ética que é composto por 25 (vinte e cinco) princípios fundamentais para o desempenho médico, 10 (dez) normas diceológicas, 118 (cento e dezoito) normas deontológicas e 05 (cinco) disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas, por sua vez, sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

Dentre estes princípios fundamentais e normas, alguns merecem destaque, uma vez que, servem para nortear o desempenho desta redação, a saber:

### **CAPÍTULO I**

#### **PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

(...)

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XV - O médico será solidário com os

*movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.*

Faz-se imprescindível, ainda, ressaltar o tópico quanto aos direitos médicos, são eles:

### **CAPÍTULO II**

#### **DIREITO DOS MÉDICOS**

(...)

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

X - Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Enfim, quanto às vedações médicas, tem-se:

### **CAPÍTULO VIII**

#### **REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL**

*É vedado ao médico:*

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Relembrar tais princípios e normas é de extrema importância neste momento, uma vez que, tem-se o início de um novo marco no que tange às relações dos profissionais com as respectivas instituições - sejam elas públicas ou privadas - no que se refere à remuneração pelo trabalho.

Apenas a título de reflexão, tem-se que a palavra "remuneração" é sinônima de "honorário" que, por sua vez, tem sua etimologia atrelada ao termo "honra". O que

leva à conclusão semântica e lógica de que a remuneração é oriunda daquele trabalho exercido com honradez.

Por longos anos e por diversos motivos, delegou-se a outros sujeitos, que atuam no mercado de saúde, a função de definir o montante que seria pago aos médicos. Ocorre que, os maiores interessados – os médicos - quase nunca estavam envolvidos nas negociações que definiam os valores dos referidos honorários. Tal situação culminou com a desvalorização do trabalho médico, visto que, estavam envolvidas nestas negociações as empresas que compõem o sistema de saúde suplementar.

Enfatiza-se que as empresas de capital, acima arroladas, visam o

lucro e, para tanto, destacam-se aquelas que gerenciam, com maior eficiência, o âmbito financeiro e não as que, de fato, possuem maior receita. Consequência disto é que a fixação da remuneração dos médicos, sem sombra de dúvida, é contemplada em de segundo plano.

Por outro lado, têm-se nestas negociações as instituições de saúde, que no afã de conseguir um maior número de pacientes e procedimentos, destinam ao trabalho médico uma noção equivocada de que este constitui um custo a mais a ser controlado e, portanto, não se mostram interessadas em remunerar adequadamente aquele que, por seu labor, realiza tais procedimentos, garantindo a sobrevivência desta unidade.

No início do ano de 2014, motivados por exemplos vitoriosos em outras especialidades, como anesthesiologia, cirurgia cardiotorácica, cirurgia pediátrica, dentre outros, cirurgiões ortopédicos, em diversas áreas de atuação, começaram um movimento de mobilização da classe com o escopo de viabilizar o exercício da atividade médica com a concretização da remuneração, efetivamente, digna. Assim, já em 2014, surgiram cooperativas de cirurgiões de coluna, de ombro e cotovelo, de joelho e de quadril.

Diante de tudo quanto exposto, tem-se a análise do Dr. Francisco Gomes (artigo ao jornal da SBCJ – Sociedade Brasileira de Cirurgia de Joelho) quanto ao assunto, ora em foco:

*“Queremos, juntamente com os outros agentes implicados na gestão da saúde suplementar já citados, encontrar uma forma de concretizar nosso objetivo. Não se trata de iniciativa de caráter belicoso, somos protagonistas de um chamado à discussão da nossa realidade atual no que tange à relação capital – trabalho que entendemos, em alguns casos, ser aviltante. Consideramos que os honorários médicos representam uma parcela diminuta do custo da saúde, existindo, há muito, uma grande defasagem desses valores, havendo espaço para valores mais justos”.*

A efetiva participação dos médicos - aproximadamente mais de 95% daqueles profissionais que exercem as respectivas áreas de atuação, encontram-se reunidas em suas respectivas cooperativas, 62 dos 65 cirurgiões de joelho da Bahia fazem parte da “Coopjoelho”, 100% dos cirurgiões de ombro e cotovelo do estado também fazem parte da

“CooperCOC” – demonstra a união existente entre os membros dos grupos. Esta união, no entanto, encontra-se em oposição às possíveis ações mencionadas anteriormente (provenientes dos planos de saúde, seguradoras de saúde e gestores das instituições hospitalares) com o intuito de enfraquecer este movimento com medidas de descredenciamentos,

interrupção dos atendimentos, dentre outros. O envolvimento dos médicos acarreta na certeza de que a solução para a problemática instaurada quanto às remunerações está próxima de ser atingida e este ano, sem dúvida alguma, será um ano decisivo na busca por uma melhor remuneração pelos honorários médicos

**Referências**

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1931, de 24 de setembro de 2009. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)
2. GOMES, Francisco. SBCJ – Sociedade Brasileira de Cirurgia de Joelho.



VOCÊ JÁ CONHECE OS BENEFÍCIOS DO SBOTPREV?

Aproveite todas as vantagens de planejar um futuro mais tranquilo com o plano de previdência exclusivo dos ortopedistas e traumatologistas.

Ligue agora mesmo:  
**4002-0606 (Capitais) | 0800 284 0606 (Demais regiões)**



SBOTPrev  
 INSTITUIDOR SBOT  
 MONGERAL E GON

## A Academia de Medicina da Bahia Empossa os Primeiros Ortopedistas em sua História



Jesus, em 2013 e 2014, aos primeiros ortopedistas em sua história.

O Dr. Alex Guedes, Ortopedista e Cirurgião Cancerologista, Professor Adjunto e Coordenador da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Locomotor do Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, tomou posse em 5 de dezembro de 2013, na Cadeira de número 18, que tem como Patrono o Prof. Eduardo César Rodrigues de Moraes e que teve como Último Ocupante o Prof. Professor Edmundo Leal de Freitas.

O Dr. Gildásio de Cerqueira Daltro, Ortopedista, Professor Titular do Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas da Faculdade de Medicina da Bahia e Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia, tomou posse em 10 de dezembro de 2014, na Cadeira de número 19, que tem como Patrono o Prof. Fernando Luz e que teve como Último Ocupante o Prof. José Ramos de Queiroz.

**S**cientia nobilem – O conhecimento enobrece. Em uma única frase, em seu Brasão, definida a razão de existir e o destino da Academia de Medicina da Bahia, Entidade que está prestes a completar doze lustros, nascida a partir do ideal do Professor Jayme de Sá Menezes, que junto aos Professores Urcício Santiago e José Ramos Queiroz, deram início ao movimento que culminou com a sua fundação em 10 de julho de

1958, solenemente instalada a 17 de outubro do mesmo ano, por conta do imperativo da morte do Papa João XXIII, no Salão Nobre da Academia de Letras da Bahia e que teve como Primeiro Presidente o Membro Titular da Academia Nacional de Medicina e Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Bahia, João Américo Garcez Fróes.

A Academia de Medicina da Bahia empossou no Salão Nobre da Faculdade de Medicina da Bahia - Terreiro de



#### Presidente:

Alex Guedes

1º Vice-presidente: Daniel Figueiredo De Alencar

2º Vice-presidente: Rogério Jamil Fernandes Carneiro

1º Secretário: Luis Alfredo Gómez Vieira

2º Secretário: Fábio Silveira Matos

1º Tesoureiro: Robson Rocha Da Silva

2º Tesoureiro: Adriano Fonseca Silva

#### Conselho Fiscal:

Dr. Fernando Cal Garcia Filho

Dr. Daniel Sadigursky

#### Delegados:

Dr. Antonio Marcos Ferracini

Dr. Marcos Antonio Almeida Matos

Dr. Antonio Sérgio Sousa Passos

Dr. Luis Wolfovitch