

Cartas ao Editor

RBCCV 44205-721

Referência

Em relação ao artigo “Tratamento Cirúrgico do túnel ventrículo esquerdo – aorta”, de Caliani et al. (RBCCV 2004; 19(2): 183-185), acredito que o relato e a revisão sucinta são de interesse para os especialistas. Considero, no entanto, que os autores deveriam citar também a literatura nacional, pois em 1979 publicamos artigo com relato de caso e revisão de literatura sobre a mesma anomalia (Túnel aorto-ventricular esquerdo Stolf et al. – Arq. Bras Cardiol: 1979;32(6):381-386), no qual discutimos inclusive a possibilidade de recidiva da doença após correção, dando ênfase à técnica cirúrgica, bem como o comprometimento da valva aórtica no paciente adulto.

Cordiais saudações,

Noedir AG Stolf, São Paulo - SP

Cartel, quartel e associações

No mundo globalizado, que avança em direção da co-participação do trabalho de diferentes áreas de ações, procurando melhor qualidade de serviço, maior ganho para o trabalhador e melhor produto final, muito tem se falado em CARTEL. Dentre as classes mais acusadas desta prática estão os empresários de artigos essenciais, os profissionais liberais organizados em cooperativas, aqueles que vendem os serviços de primeira necessidade, os profissionais da área de saúde e em especial os médicos.

Segundo o Aurélio, Cartel se define como um acordo comercial entre as empresas, as quais embora conservem a

autonomia, se organizam em cooperativas, sindicatos ou associações para distribuírem entre si cotas de produção e mercado, e assim determinarem o preço final do produto e suprimirem a concorrência do comércio mercante. Mediante a realidade atual de uma ordem política e econômica neoliberal, onde o Estado tenta, cada vez mais, desvincular-se de suas obrigações constitucionais e sociais, vendendo ou terceirizando os chamados “serviços essenciais”, a saúde pública é o setor mais prejudicado por esse abandono. Os médicos são os mais injustiçados com esse plano-projeto de um governo que não investe adequadamente em nossa área há décadas. Os nossos honorários estão defasados, pois nunca acompanhou a inflação e quando tentamos nos organizar para solicitar reajuste salarial, o Poder Judiciário é provocado e nos impede argumentando a formação de cartel. Tudo aumenta. A carga tributária foi acrescida em nossa vida nos últimos dez anos em quase 100% e não vimos o retorno desse dinheiro para a área da saúde. Ao contrário, os grandes hospitais públicos do Brasil e os conveniados com o SUS estão minguando e morrendo juntamente com os seus pacientes. Isto é um contra-senso, já que o Executivo tem um Projeto Público Privado para outras áreas do governo. Parece-me que os governantes priorizam o capital e a economia, penalizando a saúde e conseqüentemente a vida humana, desrespeitando a dignidade e a esperança de um Povo. Há sete anos, um médico que contratava uma prestadora de serviços de saúde (Unimed) para cinco pessoas de sua família, pagava R\$ 270,00. Hoje, esse profissional da saúde gasta mais de R\$ 700,00 para oferecer assistência médico-hospitalar aos seus familiares.

Os reajustes, que as seguradoras de saúde e as cooperativas médicas vêm aplicando aos seus usuários, infelizmente não vêm sendo repassados para o verdadeiro prestador dos serviços, que são os médicos. Portanto, o fato desses profissionais lutarem pela implantação de uma tabela hierarquizada de procedimentos e terem como meio de pressão a união de suas decisões, não caracteriza a

formação de Cartel, já que a nossa adesão fortalece o nosso grito e assim nós nos fazemos ser ouvidos. Saibam que nos dias atuais, a nossa referência de honorários é a tabela da AMB de 1992. Uma consulta com direito a retorno tem o seu valor de R\$ 25,00 (em planos de saúde) e gastamos anualmente muito dinheiro com a atualização profissional; comprando livros importados e participando de congressos nacionais e estrangeiros para nos mantermos atualizados e oferecermos uma medicina respeitável e de boa qualidade aos nossos pacientes.

Será que auferir aumento de honorário, objetivando poder se atualizar, melhorar seus conhecimentos e oferecê-los aos seus doentes, dando-lhes esperança e segurança - já que a vida humana é o nosso bem mais precioso - é formação de cartel? Não, será a minha resposta. Ao contrário, estaremos diante de mais uma brutal inversão de valores e de mais uma grande injustiça com uma classe profissional tão seria e dedicada ao povo Brasileiro. Certamente, a grande maioria da opinião pública usando o seu peculiar bom senso, nos dará razão, caso este pleito chegue até os tribunais. Cremos que através do exercício da equidade, o julgador fará justiça a classe médica. Se procurarmos culpados ou responsáveis por toda esta situação e mazela, que passa a saúde no Brasil, os encontraremos entre aqueles que se esqueceram da saúde pública e que ignoraram e violaram a Constituição Brasileira e as diretrizes do SUS, danificando toda a rede hospitalar e afastando os profissionais da saúde do serviço público e transformando em martírio a vida daqueles que por infelicidade e falta de condições financeiras são obrigados a padecer em filas intermináveis dos hospitais públicos. Chegando muitos a falecerem a mingua sem ao menos ouvir uma palavra de um médico sobre a sua doença. Verdadeiramente o que a classe médica almeja é o respeito do poder governante, para que possamos manter um padrão sócio-cultural condizente com o que representamos para a sociedade. Se o governo pretende controlar a proliferação dos planos de saúde privados, o Sistema Único de Saúde tem que ser reestruturado e bem administrado para oferecer um serviço digno ao povo brasileiro. Pois a grande massa das pessoas, que estão impossibilitadas de arcar com um plano privado, cobrará a sua vaga no serviço público, já há muito saturado e carente de respeito com o nosso povo.

Certamente, que devemos nos unir em nosso pleito, assim como fazem as outras classes de trabalhadores. Como por exemplo: os bancários, os militares, os magistrados, os professores e os funcionários públicos em geral. Assim agindo, reafirmamos que não nos achamos formadores de Cartel, já que somos um Quartel à parte onde a única arma que possuímos é a nossa consciência profissional. Sabedor de que fomos esquecidos pelos poderes constituídos de nossa Nação e que somos hoje a quarta parte dentro do sistema da saúde, quando em primeiro lugar vem o capital,

em segundo os interesses políticos do estado, em terceiro o povo e por último o médico, desrespeitando totalmente a seqüência normal, que deveria ser mais justa e menos político-financeira. Sendo assim, iremos nos unir cada vez mais. O nosso grito ecoará em cada recanto do Brasil onde houver um médico e nosso pleito um dia será ouvido e com isso o povo brasileiro sairá ganhando uma medicina mais digna e mais justa, sem a interferência maléfica dos burocratas de plantão.

Marcelo Matos Cascudo

Membro do Conselho Deliberativo da SBCCV, Natal - RN.

Algumas diferenças anatômicas no sistema cardiovascular de espécies de interesse na cirurgia cardíaca experimental

A cirurgia cardíaca tem evoluído consideravelmente nos últimos 50 anos e muitas vezes se utilizam modelos experimentais para o desenvolvimento de novas técnicas e procedimentos curativos em cardiologia clínica e cirúrgica. A história da cirurgia cardíaca é acompanhada por pesquisas experimentais, como, por exemplo, as diferentes técnicas de transplante cardíaco primeiramente descritas, a circulação cruzada, a hipotermia, as técnicas de revascularização miocárdica, os inúmeros procedimentos para a correção de cardiopatias congênitas, a própria circulação extracorpórea e os diversos estudos experimentais visando o tratamento da insuficiência cardíaca terminal. Recentemente acompanhamos o brilhante trabalho do Dr. Juan Mejia e sua equipe multidisciplinar, no II Workshop Brasileiro de Transplante Cardíaco (Fortaleza-CE), em que foram realizados cursos práticos de técnica cirúrgica de transplante cardíaco e pulmonar experimentais, bem como a colocação de diferentes modelos de coração artificial. Para tal, foram utilizados suínos, bovinos e caninos. Diante do grande número de pesquisas em cirurgia cardíaca e conseqüentes publicações, gostaríamos de ressaltar algumas diferenças anatômicas importantes entre as principais espécies de animais de interesse experimental, com o objetivo de orientar os cirurgiões não só na realização de procedimentos, mas também na correta nomenclatura anatômica para a redação dos artigos científicos.

A primeira grande diferença entre o homem e os referidos animais é que estes se situam em posição quadrupedal, o que muda a disposição dos planos

anatômicos. Desta forma, o coração se posiciona no tórax de modo que a margem ventricular direita corresponde ao contorno cranial e a margem ventricular esquerda, ao contorno caudal. Assim, os grandes vasos e as veias cavas estão dispostos em um sentido cranial ou caudal, por isso são chamados de veia cava cranial e veia cava caudal (e não superior e inferior). Outra particularidade do coração destes animais, em comparação com os seres humanos, é ele acompanhar o esterno, que tem a forma de cunha, tornando o órgão achatado bilateralmente e rotacionado em cerca de 90° à esquerda. Desta forma, o átrio direito e o ventrículo direito estão situados cranialmente e à direita, e as câmaras esquerdas situam-se mais caudalmente e à esquerda. A localização do coração pode variar com a espécie e o conhecimento da anatomia topográfica facilita uma correta abordagem do tórax. As espécies descritas possuem 13 pares de costelas, sendo que o suíno pode apresentar 14. O coração está localizado entre o 4° e o 6° espaço intercostal (EIC) nos cães, entre o 3° e 6° EIC nos suínos, entre o 3° e 5° EIC nos bovinos e entre o 2° e 5° EIC nos ovinos.

Com relação aos vasos de saída da base, o tronco pulmonar e a aorta apresentam topografia semelhante à do homem, porém em ruminantes (como bovinos, ovinos e caprinos) o arco aórtico é curto, o que dificulta seu acesso. Ainda, nos cães e nos suínos, há o tronco braquiocefálico e a artéria subclávia esquerda, emergindo da aorta ascendente, enquanto que nos ruminantes há apenas o tronco braquiocefálico comum, do qual se ramifica a artéria subclávia esquerda, na porção cranial do tórax. Em suínos e ruminantes,

a veia ázigos esquerda é um vaso calibroso que desemboca na veia cava caudal, sobre o seio coronário, o que não ocorre nos cães, os quais possuem a veia ázigos direita que atinge a veia cava cranial. A identificação e o isolamento da veia ázigos esquerda são de extrema importância na realização de transplantes e também em outros procedimentos com circulação extracorpórea, sendo que algumas vezes é necessária a canulação desse vaso para drenagem venosa. A veia ázigos direita é ausente nos suínos, que apresentam a veia costocervical (presente também em ruminantes), a qual atinge a veia cava cranial na base do coração.

Com relação à circulação coronariana, a principal diferença se dá em termos de nomenclatura. Nos animais, a correspondente à artéria coronária descendente anterior esquerda chama-se ramo interventricular paraconal da artéria coronária esquerda. No sulco interventricular subsinuoso há o ramo interventricular subsinuoso. A dominância coronariana na maioria das vezes é esquerda, sendo bilateral nos suínos.

Existem inúmeras particularidades anatômicas nas diferentes espécies e descrevê-las minuciosamente neste texto foge de nossa pretensão. No entanto, esperamos que as pequenas informações aqui contidas sejam úteis para orientar os cirurgiões em suas pesquisas experimentais.

James Newton Bizetto Meira de Andrade, Médico Veterinário; Mestre em Patologia; Doutor em Cirurgia. Curitiba - PR. E-mail: jamesvet@bsione.com.br