



Mensagem aos médicos

No início do novo governo, o Conselho Federal de Medicina e a rede de Conselhos Regionais de Medicina exigem dos gestores respostas aos problemas que afetam o exercício de nossa profissão e a qualidade da assistência. Não é possível continuar com a falta de recursos para o SUS, a interferência na autonomia dos médicos, a demora para aprovação da regulamentação da Medicina e a desvalorização de nossa categoria.

Lutaremos para que em 2011 este quadro mude na esperança de trazer benefícios a todos.

CFM / CRM's



Justiça valida diretrizes do CFM para ortotanásia. Pág. 6

Fórum de Aracaju

**Entidades médicas
buscam consensos**

Pág. 4

CBHPM

**Decisão da Justiça
reconhece referências**

Pág. 5

Reprodução assistida

**Aprovadas novas regras
para a prática**

Pág. 7

Adeus 2010; bem-vindo 2011



“Deixamos para trás uma série de conquistas e nos preparamos para o novo período com uma agenda repleta de preocupações e metas”

O ano de 2010 termina e deixa a sensação de dever cumprido para a atual gestão do Conselho Federal de Medicina (CFM). Ao longo de seus 12 meses, testemunhamos a busca pela integração das entidades do movimento médico nacional, os avanços na luta pela criação da carreira para médicos do SUS e a confirmação dos conselhos como espaços de debate ético e político na área da saúde.

Para os mais de 350 mil médicos, ansiosos pelo reconhecimento de seu papel na assistência, a busca pela valorização da medicina e de seus profissionais se tornou prioridade. A conquista de honorários dignos e compatíveis com a responsabilidade assumida, bem como de condições de trabalho adequadas, configuram uma meta para a categoria tanto na rede pública quanto nos setores privado e suplementar.

Nesta edição do jornal Medicina, as reportagens mostram que, independentemente do trajeto percorrido, estamos atentos aos próxi-

mos passos. Saudamos a chegada do novo governo e apontamos que as preocupações permanecem, como bem ressaltou em sua coluna o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila.

Merecem ainda destaque a decisão da Justiça que confirmou a vanguarda assumida pelo CFM quando, em 2006, aprovou a Resolução 1.805/06, que estabeleceu os critérios éticos da ortotanásia. Foram necessários mais de três anos para que o ponto final fosse colocado nesta questão. Contudo, o teor da sentença mostrou que valeu a pena esperar. Testemunhamos o amadurecimento do debate em torno do tema, cada vez mais pertinente numa sociedade onde a tecnologia se impõe, muitas vezes, em detrimento do respeito ao ser humano.

Os avanços da tecnologia e o respeito aos princípios éticos também estão no cerne de outra resolução do CFM, a ser publicada no Diário Oficial em janeiro, que trata de aspectos ligados à reprodução assistida. O trabalho,

mais uma resposta do Conselho Federal à sociedade, realizado em consonância com o Código de Ética Médica, preenche lacunas e vem ao encontro das necessidades de milhares de pacientes e médicos que se deparam com dúvidas sobre como proceder nessas circunstâncias – confirmando nossa sintonia com mudanças de comportamento e científicas.

Enfim, é emblemático, apesar de não proposital, termos na edição que encerra 2010 reportagens que tratam de aspectos ligados ao morrer e ao nascer. Como lembramos no início, deixamos para trás uma série de conquistas e nos preparamos para o novo período com uma agenda repleta de preocupações e metas. Estamos certos de que, aos poucos, cada uma será atingida e superada. Este é nosso desejo para todos, nos diversos campos da vida. Feliz 2011!



Desiré Carlos Callegari
Diretor executivo do Jornal Medicina

Cartas*



Comentários podem ser enviados para imprensa@cfm.org.br

Interessou-me muito a matéria que diz respeito à avaliação dos cursos de medicina, a qual nos relata sobre a falta de caráter humanitário nos estudantes (edição 188). O problema é que estão surgindo diversas faculdades de medicina por todo o Brasil, causando uma espécie de 'macrocéfalia' na área médica, inserindo no mercado de trabalho cada vez mais pessoas despreparadas. No Direito, o Brasil é o 1º no mundo em número de faculdades (1.240 cursos do tipo contra 1.100 em todo o globo). Por sua vez, os cursos de medicina estão tomando esse mesmo rumo. O governo deve intervir nessa questão. O Direito ainda conta com o 'funil' da prova da OAB, mas os médicos não têm a mesma sorte.

Matheus Henrique Seixas dos Santos
matheus_hse@hotmail.com
João Pessoa, PB

Gostaria de um esclarecimento maior quanto à obrigatoriedade da entrega da Dmed, no caso de pessoa física, tema abordado na edição 190. Minha dúvida é saber quando exatamente a "pessoa física é equiparada à pessoa jurídica". Um médico que atende em seu consultório como pessoa física, que não tem empresa (não tem CNPJ), precisa entregar a Dmed? Gostaria ainda de parabenizar a equipe responsável pelo jornal Medicina.

Tatiana Martins Mattos
CRM RJ 744085
tatimmattos@hotmail.com

Resposta: De acordo com a Receita Federal, a pessoa física profissional de saúde que exerça sua atividade como tal não terá a obrigação de entrega de outra declaração, além do imposto de renda. Segundo a instituição, a Dmed não é exigida dos médicos que emitem recibos, mas sim notas fiscais, ou seja, as empresas.

Lendo as recomendações para passageiros e tripulantes (edição 190) notei que doenças vasculares periféricas não são citadas. Devemos lembrar que parte expressiva das mortes em voos se devem à trombose venosa e consequente embolia pulmonar, frequentemente associada à imobilidade. Pessoas com risco aumentado para trombose venosa devem tomar medidas profiláticas. O diagnóstico de trombofilia é cada vez mais frequente (a incidência de fator V de Leiden pode variar de 2% a 7%) e esta doença aumenta o risco de TVP com a imobilidade. Deveria ser feita uma campanha para o aumento de espaço entre os assentos de aeronaves, cada vez menores, em contramão ao aumento de estatura e peso da população.

Wander Eduardo Sardinha
CRM PR 10830
wandersardinha@uol.com.br

Publicação oficial do Conselho Federal de Medicina

SGAS 915, Lote 72, Brasília-DF, CEP 70 390-150
Telefone: (61) 3445 5900 • Fax: (61) 3346 0231
<http://www.portalmc.org.br> • e-mail: jornal@cfm.org.br

Diretoria

Presidente: Roberto Luiz d'Ávila
1º vice-presidente: Carlos Vital Tavares Corrêa Lima
2º vice-presidente: Aloísio Tibiriçá Miranda
3º vice-presidente: Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti
Secretário-geral: Henrique Batista e Silva
1º secretário: Desiré Carlos Callegari
2º secretário: Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro: José Hiran da Silva Gallo
2º tesoureiro: Frederico Henrique de Melo
Corregedor: José Fernando Maia Vinagre
Vice-corregedor: José Albertino Souza

Conselheiros titulares

Abdon José Murad Neto (**Maranhão**), Aloísio Tibiriçá Miranda (**Rio de Janeiro**), Antônio Gonçalves Pinheiro (**Pará**), Cacilda Pedrosa de Oliveira (**Goiás**), Carlos Vital Tavares Corrêa Lima (**Pernambuco**), Celso Murad (**Espírito Santo**), Cláudio Balduino Souto Franzen (**Rio Grande do Sul**), Dalvílio de Paiva Madruga (**Paraíba**), Desiré Carlos Callegari (**São Paulo**), Edevar José de Araújo (**AMB**), Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (**Alagoas**), Frederico Henrique de Melo (**Tocantins**), Gerson Zafalon Martins (**Paraná**), Henrique Batista e Silva (**Sergipe**), Hermann Alexandre Vivacqua Von Tiesenhausen (**Minas Gerais**), Jecé Freitas Brandão (**Bahia**), José Albertino Souza (**Ceará**), José Antonio Ribeiro Filho (**Distrito Federal**), José Fernando Maia Vinagre (**Mato Grosso**), José Hiran da Silva Gallo (**Rondônia**), Júlio Rufino Torres (**Amazonas**), Luiz Nódgi Nogueira Filho (**Piauí**), Maria das Graças Creão Salgado (**Amapá**), Mauro Luiz de Brito Ribeiro (**Mato Grosso do Sul**), Paulo Ernesto Coelho de Oliveira (**Roraima**), Renato Moreira Fonseca (**Acre**), Roberto Luiz d'Ávila (**Santa Catarina**), Rubens dos Santos Silva (**Rio Grande do Norte**)

Conselheiros suplentes

Ademar Carlos Augusto (**Amazonas**), Aldemir Humberto Soares (**AMB**), Alberto Carvalho de Almeida (**Mato Grosso**), Alceu José Peixoto Pimentel (**Alagoas**), Aldair Novato Silva (**Goiás**), Alexandre de Menezes Rodrigues (**Minas Gerais**), Ana Maria Vieira Rizzo (**Mato Grosso do Sul**), André Longo Araújo de Melo (**Pernambuco**), Antônio Celso Koehler Ayub (**Rio Grande do Sul**), Antônio de Pádua Silva Sousa (**Maranhão**), Ceuci de Lima Xavier Nunes (**Bahia**), Dilson Ferreira da Silva (**Amapá**), Elias Fernando Miziera (**Distrito Federal**), Glória Tereza Lima Barreto Lopes (**Sergipe**), Jailson Luiz Tótila (**Espírito Santo**), Jeancarlo Fernandes Cavalcante (**Rio Grande do Norte**), Lisete Rosa e Silva Benzon (**Paraná**), Lúcio Flávio Gonzaga Silva (**Ceará**), Luiz Carlos Beyruth Borges (**Acre**), Makhoul Moussallem (**Rio de Janeiro**), Manuel Lopes Lamego (**Rondônia**), Marta Rinaldi Muller (**Santa Catarina**), Mauro Shosuka Asato (**Roraima**), Norberto José da Silva Neto (**Paraíba**), Pedro Eduardo Nader Ferreira (**Tocantins**), Renato Frangoso Filho (**São Paulo**), Waldir Araújo Cardoso (**Pará**), Wilton Mendes da Silva (**Piauí**)

Conselho editorial

Abdon José Murad Neto, Aloísio Tibiriçá Miranda, Cacilda Pedrosa de Oliveira, Desiré Carlos Callegari, Henrique Batista e Silva, Mauro Luiz de Brito Ribeiro, Paulo Ernesto Coelho de Oliveira, Roberto Luiz d'Ávila

Diretor-executivo: Desiré Carlos Callegari
Editor: Paulo Henrique de Souza
Editora-executiva: Vevila Junqueira
Redação: Ana Isabel de Aquino Corrêa, Nathália Siqueira, Thiago de Sousa Brandão
Copidesque e revisor: Napoleão Marcos de Aquino
Secretária: Amanda Ferreira
Apóio: Amilton Itacaramby
Fotos: Márcio Arruda - MTB 530/04/58/DF
Impressão: Gráfica e Editora Posigraf S.A.

Projeto gráfico e diagramação: Lavinia Design

Tiragem desta edição: 350.000 exemplares
Jornalista responsável: Paulo Henrique de Souza
RP GO-0008609

Mudanças de endereço devem ser comunicadas diretamente ao CFM

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião do CFM

Os artigos enviados ao conselho editorial para avaliação devem ter, em média, 4.100 caracteres

Comando

Padilha é escolhido ministro da Saúde

O CFM pretende abrir canal de diálogo para apresentar suas propostas e prioridades à gestão federal do SUS

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a rede de conselhos regionais de medicina encaminharam telegrama parabenizando a indicação do médico Alexandre Padilha como ministro da Saúde. “Desejamos que sua gestão resulte em melhorias efetivas para a assistência, trazendo benefícios para toda a sociedade. Os médicos brasileiros se colocam à disposição para ajudá-lo neste importante projeto”.

Em janeiro, o CFM pretende se reunir com o novo ministro para apresentar as preocupações da categoria. O nome de Padilha foi confirmado pelo Palácio do Planalto no dia 20 de dezembro.

O novo ministro agradeceu a indicação por meio do *twitter*: “Agradeço à presidenta Dilma a confiança ao meu convidar para assumir este novo desafio, que assumirei a partir de janeiro de 2011 no Ministério da Saúde”, postou. “Vai comigo para a Saúde o que aprendi com trabalhadores, usuários, pesquisadores, movimentos e gestores desde os primeiros passos com o Movimento da Reforma Sanitária”, completou Padilha.

Perfil político - Alexandre Rocha Santos Padilha é médico formado pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pós-graduado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Faculdade de Medici-

na da Universidade de São Paulo (USP).

Esteve à frente da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República no governo de Luis Inácio Lula da Silva. Antes de ser nomeado para o cargo, ocupava a Subchefia de Assuntos Federativos da pasta.

A trajetória de Padilha inclui cargos na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), onde exerceu o papel de diretor de Saúde Indígena. No período entre 2001 e 2003, coordenou projetos do Ministério da Saúde ligados ao combate da malária em povos indígenas do Pará e de cooperação entre o Brasil e o Suriname para o efetivo controle da doença.



PALAVRA DO PRESIDENTE

Roberto Luiz d'Avila

Governo novo, velhos problemas. A expectativa de solução para as históricas dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é tão grande quanto a responsabilidade dos gestores eleitos e de suas equipes em atender aos inúmeros pleitos da área. Um dos mais importantes, sem dúvida, é o fim do subfinanciamento da saúde, o que impede investimentos no setor de uma forma geral e, ao final, mostra sua fatura nas emergências lotadas dos hospitais e pronto-socorros.

O desafio não será fácil. A Comissão de Assuntos Políticos do CFM fez o alerta: a situação do orçamento da saúde para 2011 é das mais críticas nos últimos anos. Os recursos previstos para o setor são de R\$ 75,6 bilhões. Na avaliação da CAP, seriam necessários ao menos R\$ 100 bilhões para dar conta do recado, um aumento de 38% em relação à dotação de 2010.

O caso piora quando se constata que nem toda a verba da saúde é investida na área. O governo costuma incluir nesta conta itens estranhos, como o saneamento básico, por exemplo. Ninguém nega que obras de água e esgoto reduzem indicadores de doenças, mas inseri-las na alínea da assistência em saúde atesta um desvirtuamento dos cálculos públicos.

Para acabar com este problema, o remédio é simples: a aprovação da lei que regulamenta a Emenda Constitucional 29, que tramita há sete anos no Congresso. Mas se a resposta é essa, porque não aprová-la logo? Devolvemos a pergunta aos parlamentares e ao governo.

Lembramos que a medida tem importante efeito normativo ao fixar os percentuais mínimos a serem aplicados anualmente por estados, Distrito Federal, municípios e União em ações e serviços de saúde. E mais: deixa cada coisa em seu lugar, ou seja, define o que é gasto com assistência e o que não é gasto com assistência.

Paralelamente, o novo governo não pode ignorar a necessidade de valorizar o médico e os outros profissionais de saúde. Achincalhados por baixos honorários e vínculos empregatícios frágeis ou inexistentes, cada vez menos médicos aceitam trabalhar em condições precárias, em municípios distantes ou mesmo nas periferias de grandes centros. Mais uma vez, o prejuízo recai sobre a população, impedida de ter acesso ao melhor atendimento.

Ao contrário do que alguns pensam, não há falta de médicos no país e o fim da desassistência não depende da abertura de cursos de medicina em escala industrial e nem da revalidação irresponsável de diplomas obtidos no estrangeiro.

A criação de uma carreira de Estado para o SUS, com remuneração digna e perspectivas de progressão, nos mesmos moldes de juízes e procuradores (proposta apresentada pelo CFM), é uma saída para o impasse. Com ela, o governo teria mais facilidade em cumprir sua promessa de entrega de 500 unidades de pronto-atendimento e completar milhares de equipes do programa Saúde da Família.

E assim, acompanhamos a chegada do novo governo, renovando nossas esperanças. Agora, os médicos acompanharão atentamente a confluência dos astros para ver como o desejo expresso de mudanças resultará em ação concreta, efetiva e coerente para que 2011 seja um bom ano para a saúde brasileira.

Saúde em pauta

CFM participa de reunião com Dilma Rousseff

O presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Roberto Luiz d'Avila, defendeu a valorização do médico e dos outros profissionais de saúde durante reunião com a presidenta eleita Dilma Rousseff e a equipe de transição de governo. Em seu entendimento, este tema deve ser tratado com atenção pelo governo como uma das estratégias de qualificar a assistência na rede pública, especialmente. O encontro aconteceu no dia 1º de dezembro, em Brasília, e contou com a presença de 32 outros especialistas da área.

“Os médicos estão preocupados com o futuro da assistência no país. Consideramos importante participar desses debates para dar nossa contribuição. Historicamente, temos feito isso. Questões como o aumento dos investimentos, a criação



Perspectiva: especialistas discutem com Dilma o futuro da assistência

de uma carreira de Estado no SUS para os profissionais da área e o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão são emblemáticas e aguardam respostas”, afirmou d'Avila.

Esta foi sua segunda reunião com a presidenta eleita. Na oportunidade, elogiou a iniciativa por estimular o debate e a troca de informações entre diferentes áreas, o que permite ampla análise dos problemas estruturais e de conjuntura. De acordo com os participantes do encontro, o financiamento

está entre os maiores desafios da saúde no Brasil. O médico e ex-ministro da Saúde Adib Jatene enfatizou que é preciso, urgentemente, disponibilizar mais recursos orçamentários.

Dados apresentados mostram que atualmente o gasto público brasileiro com a saúde é menor que o privado: 56% contra 44%. Em alguns países desenvolvidos esse quadro se reverte: caso da Alemanha, onde 77% dos recursos para a saúde são públicos e 23%, privados.

Fórum de Aracaju

Entidades avaliam temas divergentes

Debates sobre avaliação de cursos, modelos de gestão e recertificação de títulos ajudaram na busca de consensos



Unidade: lideranças médicas buscaram consensos sem a imposição de posturas

A construção de importantes consensos relacionados à avaliação dos cursos de medicina marcou o Fórum Nacional de Entidades Médicas, realizado de 8 a 10 de dezembro, em Aracaju (SE). A decisão configura importante avanço na luta para qualificar o ensino médico e os futuros profissionais.

Além deste tema, foram discutidas durante o encontro questões relacionadas aos modelos de gestão na saúde pública e à recertificação de títulos de especialista. A reu-

nião contou com a participação de cerca de 300 representantes de conselhos, sociedades, associações e sindicatos.

“O objetivo deste fórum é colaborarmos para a construção de consensos possíveis, sem a imposição de decisões”, ressaltou o presidente do CFM, Roberto Luiz d’Avila.

Avaliação de cursos

Com relação à avaliação dos cursos de medicina e seus egressos, houve avanço na proposta de realização de exames aplicados aos estudantes no final do 2º, 4º e 6º anos

(teste de progresso). O conteúdo das provas incluiria a definição dos atributos do graduando em medicina, com avaliação externa à universidade e com a colaboração da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem). Simultaneamente, as escolas médicas também seriam avaliadas.

De acordo com o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital, a proposta deverá ser acordada com o plenário do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), que anualmente realiza o exame dos recém-formados. Outro item discutido e acordado foi a criação de uma comissão no âmbito do CFM, com a participação do Ministério da Educação (MEC), para encaminhar discussões técnicas pertinentes à iniciativa.

O diretor de Regulação e Supervisão da Educação Superior, Paulo

Roberto Wollinger, já se encontrara com representantes do Conselho Federal, da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue) e da Fenam quando do Fórum do Ensino Médico, organizado

pelo CFM, em julho. Na ocasião, foram estabelecidas as bases de um projeto piloto para avaliação dos cursos de medicina e de seus estudantes – ideia que vem ao encontro das decisões tomadas em Aracaju.

Recertificação de títulos

No Fórum Nacional de Entidades Médicas, em Sergipe, o debate sobre recertificação de títulos de especialista rendeu a apresentação de 12 propostas.

Os pontos levantados serão encaminhados às entidades médicas nacionais – Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam) – para avaliação. Poderão, ainda, nortear decisões e a própria postura do movimento médico.

Para o corregedor do CFM, José Fernando Vinagre, que coordenou

a mesa temática, as propostas lançam luz sobre aspectos pertinentes e que merecem reflexão mais profunda. “É nítido o nível de amadurecimento que as entidades, por meio de suas lideranças, estão atingindo”, elogiou.

Entre os itens propostos estão: ajustes na Resolução CFM 1.772/05, emissão de diretrizes para regulamentar a concessão de títulos pelas sociedades de especialidade, mudanças no fluxo de registro de títulos, levantamento do número de especialistas e não especialistas no país e estímulo à atualização.

Soluções para a saúde

Cremese fará parte de comitê jurídico

O Conselho Regional de Medicina de Sergipe (Cremese) deverá ser a entidade médica a colaborar diretamente com os trabalhos do recém-criado Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (Cirads) no território sergipano. O grupo, instalado no dia 10 de dezembro, conta com representantes dos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal): inclui Procuradorias-Gerais, Defensorias Públicas, Advocacia-Geral da União e Ministério Público Estadual.

Durante a solenidade que formalizou o início dos trabalhos, o presidente do Cremese, Henrique Batis-

ta, também secretário-geral do Conselho Federal de Medicina (CFM), recebeu o convite para que a entidade colabore com o comitê. Batista elogiou a iniciativa e propôs a realização de um fórum para aprofundar o debate sobre a judicialização da saúde em Sergipe.

Nos últimos meses, tem aumentado o número de denúncias e reclamações contra a oferta de serviços no Estado. A preocupação do conselho regional e das entidades ligadas ao setor jurídico é a mesma: assegurar à população o acesso a serviços aos quais tem direito legal. Um exemplo é a pediatria, que em Sergipe não consta

mais como especialidade disponível nas emergências dos hospitais. “Isso fere o previsto em resolução do Conselho Federal de Medicina e deve ser solucionado imediatamente”, apontou Batista.

O procurador-chefe da Procuradoria da União em Sergipe, Alexandre Feitosa, classificou a proposta como marco para a solução de conflitos e demandas no campo da saúde. Por sua vez, o procurador-geral do Estado de Sergipe, Márcio Leite de Rezende, disse que se tornou papel da advocacia pública se movimentar na esfera preventiva “para que a judicialização da saúde seja cada vez mais residual”.

Modelos de gestão

Modelos de gestão dos serviços públicos de saúde foram analisados e debatidos em Aracaju. O diretor da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Eduardo Santana, após apresentar aspectos do funcionamento das fundações estatais, das organizações sociais e das organizações da sociedade civil de interesse público, se posicionou contra a implementação de tais modelos na administração pública.

Santana acredita que a introdução desses modelos gera um Estado que se “desresponsabiliza da execução das ações de saúde”. Para ele, a saúde precisa ser tratada como questão de Estado – o qual possui instrumentos e mecanismos suficientes para garantir a gestão dos serviços de saúde. O problema não é o modelo de

gestão, mas o modelo de gestor”, completou.

Organizações sociais

– A exposição de indicadores foi a base da apresentação do representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Vladimir Tabor da, que procurou demonstrar a efetividade do funcionamento das organizações sociais e suas vantagens.

Para o 2º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) e coordenador do debate, Aloísio Tibiriçá, é urgente aprofundar o debate sobre a qualificação da gestão pública. “Os problemas do baixo financiamento e baixa qualidade da gestão abrem caminhos para propostas que muitas vezes não condizem com o SUS que queremos: com eficiência, qualificação e valorização profissional”.

Saúde suplementar

Justiça reconhece referência da CBHPM

A Resolução CFM 1.673/03 foi considerada legítima, pois impede o aviltamento dos valores das práticas médicas



Argumentos: para Tibiriçá, decisão fortalece o movimento médico

A Justiça validou a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para a saúde suplementar.

A decisão, do juiz federal Antonio Corrêa, da 9ª Vara da Seção Judiciária do DF, julgou improcedente a ação civil pública do Ministério Público Federal que pedia a nulidade da Resolução CFM 1.673/03

(relativa ao tema).

Para Corrêa, a resolução “está dentro dos limites estabelecidos como competência para direcionar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética Médica, que veda permitir a mercantilização da medicina pela atividade de terceiros que aviltem os valores das práticas médicas”.

“Cada vez mais perdem força os argumentos das operadoras e da Agência Nacional de Saúde Suplementar na tentativa

de retirar das entidades médicas a legitimidade de editar normativa e liderar movimentos em defesa da ética na relação com as operadoras”, avaliou o 2º vice-presidente do CFM, Aloísio Tibiriçá, coordenador de Comissão de Saúde Suplementar (Comsu).

A sentença afirma ainda: “Desvaneceu-se a suposta violação ao Direito do Consumidor ou à Lei da Concorrência, com vistas a atos que se assemelhem a ‘truste’, ‘cartel’ para a eliminação de concorrentes. É visível hoje que a ‘medicina curativa e preventiva’ está ‘mercantilizada’. Grupos que nada têm a ver com esta prática, que são bancos e grupos de investidores (...), criam pessoas jurídicas (...), firmando convênios com (...) médicos (...) pagando-lhes valores que estabelecem, controlando-os mediante subterfúgio de dominar a clientela”.

RJ na luta contra abusos

No Rio de Janeiro, duas ações reforçaram a luta dos médicos contra os abusos cometidos por planos e operadoras de saúde. Em dezembro, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) notificou a ANS quanto à violação da sentença da 6ª Vara Federal, que determina que nenhum plano de saúde pode limitar consultas a um mesmo médico no período igual ou inferior a 30 dias.

Adicionalmente, o Ministério Público do Estado arquivou o procedimento instaurado a partir da representação da ANS contra instrução do Cremerj para que médicos credenciados a quatro planos de saúde cobrassem as consultas diretamente dos pacientes, fornecendo recibos para o reembolso das operadoras. A orientação,

aprovada em assembleia, foi uma resposta ao des-caso com que as empresas tratam os profissionais — com remuneração inadequada.

De acordo com o promotor de Justiça Carlos Andresano Moreira, o Cremerj tem o dever de zelar pelos interesses e valorização do médico no que diz respeito à remuneração paga pelas operadoras. Segundo ele, a relação jurídica entre médicos e planos é diferente daquela entre os consumidores e fornecedores de planos de saúde, ou seja, não se trata de relação de consumo.

Para o Cremerj, a decisão do Ministério Público em arquivar o procedimento é prova da legitimidade do movimento, que seguirá lutando pelo reconhecimento do trabalho médico.

Carreira de Estado para médicos

Avança proposta de carreira especial no SUS

A proposta da comissão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração da “carreira especial para fixação de profissionais de saúde em áreas de difícil acesso e/ou provimento no âmbito do Sistema Único de Saúde” foi concluída em 16 de dezembro. O trabalho do grupo, criado pelo ministro José Gomes Temporão, durou quatro meses e contou com a participação da Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio dos conselheiros Aloísio Tibiriçá Miranda e Alceu Pimentel. Também colaboraram representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais

de Saúde e entidades de enfermeiros e cirurgiões dentistas.

Para o 2º vice-presidente do CFM e coordenador da Comissão Pró-SUS, Aloísio Tibiriçá Miranda, o resultado significa um avanço. “Essa proposta é um contraponto a ideias equivocadas, que defendem o serviço civil obrigatório e a revalidação automática de diplomas estrangeiros como solução para a ausência de médicos em determinadas localidades.”

O desenho da carreira elaborado pela comissão, com aprovação do ministro Temporão, será encaminhado à próxima gestão do Ministério da Saúde. A proposta prevê uma carreira nacional de médicos, especificamente para

generalista, clínico-geral e medicina da família e comunidade, podendo contemplar outras especialidades da clínica básica, de acordo com as necessidades e porte populacional dos municípios.

O vínculo de trabalho federal deverá ser efetuado com o Ministério da Saúde, por concurso público, com garantia de educação permanente e avaliação de desempenho, sob a gestão do SUS no local onde o médico irá atuar.

A jornada de trabalho será de 40 horas, com previsão de honorários e gratificações diferenciadas. A dedicação exclusiva, bem como os critérios de promoção e progressão, serão detalhados posteriormente.

Pesquisa nacional reafirma interferência de planos

A versão nacional da pesquisa sobre avaliação dos planos de saúde confirma os resultados obtidos em São Paulo em novembro deste ano: as operadoras não gozam de bom conceito junto aos médicos. O estudo, desenvolvido pelo Datafolha, foi elaborado a pedido da Associação Paulista de Medicina (APM) e da Associação Médica Brasileira (AMB), com o apoio do CFM.

O estudo revela que a quase totalidade dos médicos sofre algum tipo de interferência por parte das operadoras de planos ou seguros saúde em sua autonomia técnica (92%). Além disso, atribuem, em média, nota cinco para as operadoras — numa escala de zero a 10.

Entre os tipos de ingerências, destacam a glosa de procedimentos ou medidas terapêuticas (78%), o limite ao número de exames ou procedimentos (75%), as restrições a doenças preexistentes (70%) e a autorização de atos diagnósticos e terapêuticos mediante designação de auditores (70%).

Para o 2º vice-presidente do CFM, Aloísio Tibiriçá, essas intervenções têm caráter antiético quando pretendem a redução de custos, desconsiderando os interesses e o bem-estar dos pacientes: “Colocamos a necessidade de que isso tenha fim e evocamos a atuação da agência reguladora, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para mediar essa questão”.

Direito à ortotanásia

Justiça valida teor da Resolução 1.805/06



Bioética: foco da resolução do CFM é preservar a dignidade humana

Os Conselhos de Medicina alcançaram importante vitória nos campos ético e jurídico. Dia 1º de dezembro, o juiz Roberto Luis Luchi Demo emitiu sentença considerando improcedente o pedido do Ministério Público Federal de decretação de nulidade da Resolução 1.805/06, que trata de critérios para a prática da ortotanásia. A decisão da 14ª Vara da Justiça Federal coloca ponto final em disputa que se arrastou por mais de três anos.

Em sua sentença, o magistrado afirma que chegou “à convicção de que a resolução, que regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto”. Essa possibilidade está prevista des-

de que exista autorização expressa do paciente ou de seu responsável legal.

Competência – O juiz Roberto Demo citou a manifestação inclusa no processo pela procuradora da República Luciana Loureiro Oliveira. Na opinião do MPF, o CFM tem competência para editar norma deste tipo, que versa sobre ética médica e consequências disciplinares. Outra premissa surge na avaliação da procuradora, acatada pela sentença final: a ortotanásia não constitui crime de homicídio, interpretado o Código Penal à luz da Constituição Federal.

A sentença afirma ainda que a resolução do CFM não determinou modificação significativa no dia a dia dos médicos que lidam com pacientes terminais. Não gera, portanto, os efeitos danosos alardeados na ação proposta. Segundo a decisão,

a regra, ao contrário, permite maior transparência e possibilita maior controle da atividade médica.

Cuidados paliativos

– A decisão avança mais ao entender que a ortotanásia (tema central da ação civil) se insere num contexto científico da medicina paliativa. “Diagnosticada a terminalidade da vida, qualquer terapia extra se afigurará ineficaz. Assim, já não se pode aceitar que o médico deva fazer tudo para salvar a vida do paciente (beneficência), se esta vida não pode ser salva. Desse modo, sendo o quadro irreversível, é melhor – caso assim o paciente e sua família o desejem – não lançar mão de cuidados terapêuticos excessivos (pois ineficazes), que apenas terão o condão de causar agressão ao paciente. Daí se pode concluir que, nessa fase, o princípio da não maleficência assume posição privilegiada em relação ao princípio da beneficência – haja vista que nenhuma medida terapêutica poderá realmente fazer bem ao paciente”, cita o documento.

Para a Justiça, a Resolução 1.865 representa a manifestação de nova ética nas ciências médicas, que quebra antigos tabus e decide enfrentar outros problemas realisticamente, com foco na dignidade humana.

Para CFM, debate amadureceu

“Estamos orgulhosos do desfecho alcançado. Trata-se de sentença que resgata nossa preocupação com o bem-estar e o respeito ao direito de cada indivíduo. Prevaleceu uma posição amadurecida ao longo dos anos”, saudou o presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto Luiz d’Ávila, ao comentar a sentença.

Para ele, a decisão valoriza a opção pela prática humanista na medicina, vencendo uma visão paternalista, super-prote-

tora, com foco voltado para a doença. Essa visão que fica para trás caracterizava-se pela busca obsessiva pela cura a qualquer custo, mesmo que isso significasse o prolongamento da dor e do sofrimento para o paciente e sua família.

O presidente reconheceu, ainda, que neste momento sai fortalecida a opção pelos cuidados paliativos, já citados no Código de Ética Médica (em sua versão atualizada e ampliada, de 2010). Adicionalmente, afirmou

que o CFM e os CRMs acompanharão a tramitação no Congresso Nacional dos projetos que descriminalizam a ortotanásia no Código Penal.

“A decisão do Judiciário contempla a própria evolução dos costumes e das relações sociais. A sociedade está preparada para essa mudança que tem como foco o resgate da dignidade do ser humano em todos os momentos de sua trajetória, inclusive na morte”, concluiu Roberto d’Ávila.

A Igreja já se declarou a favor [da ortotanásia] desde o pontificado do papa Pio XII até os mais recentes – de João Paulo II e de Bento XVI –, ao afirmar que a suspensão do tratamento médico, medicamentoso ou técnico, demonstrada a sua ineficácia para a obtenção da cura da doença ou evolução da mesma, respeitando a vontade do paciente ou de seus familiares ou representantes legais, não fere o respeito à vida nem a dignidade da pessoa humana.

Dom Augusto Dias Duarte, membro do Comitê de Bioética da Comissão Episcopal Pastoral para a Vida e Família da CNBB; formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A decisão da Justiça era questão de tempo.

Juridicamente falando, a decisão certamente encontraria o caminho certo, mais dia menos dia.

Quem atuou na elaboração da resolução também conhece Direito. Algum desencontro de opinião seria corrigido com o tempo. Foi o que aconteceu. Quanto ao avanço do projeto que regulamenta a ortotanásia na Câmara dos Deputados, ficamos satisfeitos, embora seja moroso e um tanto tardio.

Diaulas Ribeiro, promotor do Ministério Público do Distrito Federal; membro da Câmara Técnica de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do CFM; atuou na elaboração da Resolução 1.805/06

A ortotanásia abre essa discussão bioética sobre os nossos limites e sobre o tipo de tratamento que a sociedade gostaria de ter. A medida que o CFM tomou ao publicar e defender a resolução foi extremamente correta, sábia e ponderada. A sociedade brasileira já está preparada para essa resolução.

Penso que atingimos um patamar muito importante e acho que devemos, agora, ampliar a discussão para a humanização e o testamento vital.

Douglas Ferrari, presidente-fundador da Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (Sobradi); médico intensivista; diretor do Instituto Brasileiro de Terapia; doutor em Terapia Intensiva e editor da Revista Intensiva, publicação oficial da Sobradi

Assunto está no Congresso

A Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados aprovou em dezembro o Projeto de Lei (PL) 6.715/09, que regulamenta a ortotanásia. O deputado José Linhares (PP-CE), relator da proposta na CSSF e autor do texto substitutivo aprovado, indica no projeto os cuidados devidos ao paciente em fase terminal de enfermidade.

O texto prevê que, havendo solicitação do paciente, ou, na sua impossibilidade, de sua família ou representante legal, seja permitida a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários após deliberação de uma junta médica especializada (da qual devem fazer parte, pelo menos, o médico responsável, um médico de especialidade relacionada ao caso clínico específico e um psiquiatra).

O PL também insere no Código Penal artigo que exclui de ilicitude a suspensão de tratamentos para pacientes cujas doenças não oferecem chances de recuperação. O projeto, que teve origem no Senado, segue agora para a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Reprodução assistida

Conselho estabelece novas normas

As mudanças aprovadas refletem a preocupação do CFM com os avanços da ciência e o comportamento social

Importantes mudanças nas regras de reprodução assistida foram aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Entre os destaques estão a permissão de uso das técnicas de fertilização por qualquer pessoa e a realização de procedimentos com material biológico criopreservado *post-mortem*. A medida reafirma ser proibida a fecundação com qualquer outra finalidade que não a de procriação humana.

“Apesar de a antiga resolução ter representado grande avanço, o CFM sentiu a necessidade de se adaptar à evolução tecnológica e modificações de comportamento social”, defendeu o relator da medida, o conselheiro José Hiran Gallo.

A resolução do CFM, aprovada em sessão plenária de dezembro, ponderou que os médicos brasileiros não infringem o Código de Ética Médica ao realizar a reprodução assistida *post-mortem*, desde que comprovada autorização prévia.

O texto da resolução ressalta, ainda, que o interessado em realizar o processo (casado ou em união estável) deve ter a aprovação do cônjuge ou companheiro. A resolução está prevista para publicação no Diário Oficial da União no início de janeiro.

De acordo com o presidente do CFM, Roberto d’Ávila, a aprovação da medida é um avanço porque “permite que a técnica seja desenvolvi-

da em todas as pessoas, independentemente de estado civil ou orientação sexual. É uma demanda da sociedade moderna. A medicina não tem preconceitos e deve respeitar todos de maneira igual”.

Limite ético – A nova norma também define o número máximo de embriões a serem transferidos. A recomendação dependerá da idade da paciente, não podendo ser superior a quatro. O texto determina que mulheres de até 35 anos podem implantar até dois embriões; de 36 a 39 anos, até três; acima de 40, quatro.

“Queremos prevenir casos de gravidez múltipla, que provocam chances de prematuridade e aborto com o aumento



Segurança: com as mudanças, médicos e pacientes ficam protegidos

da idade”, explicou o presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), Adeline Amaral, que ajudou a elaborar o documento.

Em caso de gravidez múltipla, o CFM manteve a proibição de utilização de procedimentos que visem a redução embrionária. “É igual a um aborto. A ética não permite”, defendeu Gallo.

Outro destaque da resolução é que as técnicas

de reprodução não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar sexo (sexagem) ou qualquer característica biológica do futuro filho.

O médico não pode interferir na questão biológica, definida pela natureza”, ressaltou o presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), Waldemar Amaral, também responsável pela atualização.



Ética: novo código visou o bem-estar do paciente na reprodução

As intervenções da medicina sobre a reprodução e a genética humanas encontram limites bem definidos no Código de Ética Médica que entrou em vigor em abril deste ano. Essas intervenções promovem incontáveis benefícios à saúde e ao bem-estar do homem, mas seu uso indevido pode ser danoso. “A violação de regras éticas na atuação médica é grave no estágio atual da evolução científica, pois pode gerar aberrações inimagináveis”, afirma o diretor-científico da Sociedade Brasileira

de Reprodução Humana (SBRH), Dirceu Henrique Mendes Pereira.

A genética médica permite, por exemplo, que casais evitem que seus futuros filhos carreguem genes causadores de doenças. Por sua vez, as técnicas de reprodução assistida auxiliam na solução de problemas de infertilidade, especialmente quando outras terapêuticas tenham se mostrado ineficazes. “Infelizmente, ainda não temos no Brasil legislação a respeito das técnicas de reprodução assistida. Se-

O que o Código de Ética diz a respeito

guimos a bandeira ética ditada pelo CFM, que nem sempre é cumprida por todos os profissionais”, diz Pereira.

De acordo com o artigo 15 do Código de Ética, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões em números superiores aos necessários, e os procedimentos de procriação não devem ocorrer se as pessoas envolvidas não estiverem de inteiro acordo e devidamente esclarecidas. Além disso, o objetivo da reprodução assistida não pode ser a criação de seres humanos geneticamente modificados e de embriões para investigação ou escolha de sexo; sendo proibida a eugenia (prática que privilegia determinadas características em detrimento de outras).

“As imposições [do

Código] não atrapalham os índices de sucesso das clínicas de reprodução, ou seja, essas limitações, além de necessárias, não criam dificuldades ao tratamento do casal infértil”, ressalta o médico geneticista Ciro Martinhago, doutor na área pela Universidade Estadual de São Paulo (Unesp). “O grande perigo seria permitir que fosse criado um ‘livre mercado’ genético gerenciado pelos futuros pais, que escolheriam a seu bel prazer as características que seriam geneticamente transmitidas a sua prole e às proles subsequentes”, pondera Gerson Carakushansky, professor de genética médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O artigo 16 do Código acrescenta outras limitações: o médico é proibido de intervir sobre o genoma humano com o objeti-

vo de modificá-lo, exceto em terapias gênicas – mas é vedada, de qualquer modo, a ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Para Carakushansky, as prescrições do Código de Ética Médica são adequadas para o momento, mas a comprovação de efetividade e segurança de outros procedimentos vai exigir novas reflexões éticas, por parte de toda a sociedade, em um futuro breve – especialmente no que diz respeito à ação em células germinativas. “No momento em que a medicina prova que a tecnologia utilizada é segura e que poderá trazer reais benefícios para os indivíduos e suas futuras gerações sem ferir a ética, penso que essas limitações deverão ser revistas, como acontece em outros países”, destaca.

Conflito de interesses

Médico não deve periciar paciente

De acordo com parecer-consulta aprovado em plenário, cabe ao Estado arcar com os custos de deslocamento de profissional



Fonseca: médico não deve ser influenciado por proximidade com pacientes

A plenária do CFM entende que comete infração ética o médico que, no exercício da função de perito, realiza perícia médica no próprio paciente, mesmo se for o único profissional da região. O parecer, aprovado em outubro, está disponível no site www.cfm.org.br.

A consulta 41/10 foi feita pelo Institu-

to Nacional de Seguro Social (INSS) de Campo Grande (MS), que relatou que a prática é comum em municípios do interior onde apenas um profissional atua – situação que levantou a dúvida.

O Código de Ética Médica veda, em seu art. 93, a possibilidade de o médico “ser perito ou au-

ditor do próprio paciente (...) ou de qualquer outra [pessoa] com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado”.

Para o conselheiro Renato Moreira Fonseca, relator do parecer, ao se encontrar em tal situação “deve o médico, de imediato, dentro da forma da lei, declinar competência do encargo, sob pena de prejudicar a relação médico-paciente, absolutamente necessária para o bom relacionamento com o enfermo e a comunidade”.

Para ele, cabe ao Estado arcar com o deslocamento de outro profissional para que não se estabeleça conflito de interesses.

Laudos devem gerar honorários

Outra consulta ao Conselho Federal de Medicina (CFM), cuja resposta foi aprovada pelo plenário, em setembro, também se relaciona ao campo das perícias médicas.

O Parecer 34/10 emitiu posição sobre o pagamento de honorários para emissão de laudos periciais a serem apresentados a repartições públicas. Segundo o entendimento do CFM, o ato pericial em medicina é privativo e exclusivo do médico que, “quando designado por autoridade judiciária, tem direito a ser remunerado quando, sem impedimentos, aceitar sua feitura”.

O médico deve en-

caminhar ofício ao magistrado estabelecendo seus honorários periciais – que deverão levar em consideração o tempo despendido para o ato, a complexidade da matéria discutida e currículo profissional – e solicitando o prévio depósito.

“O dever de aceitar a elevada designação de perito não é sinônimo de aceitar trabalhar de graça ou por honorários vis ou simbólicos, como costuma acontecer nos processos de assistência judiciária gratuita”, – finalizou o relator do parecer e 3º vice-presidente do CFM, Emmanuel Fortes. Este parecer pode ser acessado no portal do CFM (www.cfm.org.br).

Parabólica da saúde

Reconhecimento – A edição de novembro da prestigiada revista *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* publicou artigo dos médicos brasileiros Eduardo Saadi, Luiz Henrique Dussin, Leandro Moura e André Machado. O trabalho trata de técnica inovadora para implante, a partir da axila, de endoprótese para corrigir aneurismas na artéria aorta. O procedimento minimamente invasivo é uma alternativa para pacientes nos quais não é possível realizar o implante pela artéria femoral, na perna, via habitualmente utilizada.

Celebração – Em 29 de novembro, a Associação Paulista de Medicina (APM) completou 80 anos de fundação. A solenidade comemorativa foi realizada na noite de 27 de novembro, no Sheraton Hotel, em São Paulo. Compareceram lideranças médicas como José Luiz Gomes do Amaral, Eleuses Paiva e Nelson Guimarães Proença – homenageados na festa.

Pesquisas – O Ministério da Saúde lançou um site – www.ensaiosclinicos.gov.br – que permite acesso a informações sobre pesquisas clínicas com seres humanos no país. É o primeiro cadastro nacional de acesso público com dados do tipo. Até agora, as pesquisas com seres humanos feitas no Brasil eram registradas em cadastros estrangeiros, em geral em língua inglesa, o que dificultava o acesso da população. A iniciativa resulta de parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Comissões e câmaras técnicas

Novos grupos começam a atuar em 2011

O plenário do CFM decidiu, em dezembro, criar as comissões de ações sociais, comunicação e integração de médicos de fronteira e as câmaras técnicas de hematologia, acupuntura, bioética e imagem. Os novos grupos começam a atuar no início de 2011, assim que suas composições forem definidas.

As comissões e câmaras técnicas do CFM são responsáveis pela discussão técnica e ética de assuntos relacionados ao exercício da medicina. Atualmente, a entidade possui 18 comissões e 23 câmaras técnicas internas. O CFM também tem representação em 22 comissões e grupos de trabalho externos e em 15 câmaras técnicas externas.

“As novas câmaras técnicas e comissões ocuparão espaços de colaboração científica e ética nos campos de atuação médica que não con-

tavam com suas inserções. O CFM, com esses grupos de trabalho, contribui com o ético desempenho da medicina e com a assistência de saúde prestada à população brasileira”, explica Carlos Vital, vice-presidente do Conselho e diretor do Departamento de Comissões e Câmaras Técnicas (DECCT).

O plenário aprovou outras mudanças relativas à estrutura de comissões e câmaras. A recém-criada câmara técnica de imagem irá incorporar a atual câmara técnica de radiologia. Por sugestão de Vital, a responsabilidade pela comissão permanente de sistematização das resoluções e pareceres dos conselhos de medicina deixou de ser do DECCT e passou para o Departamento de Processo-Consulta.

A também nova comissão de comunicação será ligada ao Setor de Imprensa

do CFM. “Esta comissão cuidará de planejar a interlocução do Conselho Federal de Medicina com outras instituições e a sociedade, especialmente por meio da imprensa, dos instrumentos de comunicação da entidade e de campanhas publicitárias.

Os canais e as formas de diálogo do CFM com seus interlocutores têm se tornado mais complexos”, afirma Desiré Carlos Callegari, 1º secretário do CFM e diretor dos setores de Imprensa e Informática.

O plenário encerrou as comissões e câmaras cujos trabalhos foram concluídos com a aprovação das resoluções que tratam de reprodução assistida, critérios para a realização de cirurgias buco-maxilo-facial e crânio-maxilo-facial e prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses.

Luta contra o crack

Médicos querem combate integrado



Multidisciplinar: para especialistas, luta contra o crack ocorre em várias frentes

A epidemia de crack que se instalou no país só será vencida com esforço conjunto e integração entre as diversas esferas envolvidas. É o que defenderam especialistas durante o I Fórum Nacional sobre Aspectos Médicos e Sociais Relacionados ao Uso do Crack, promovido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com o apoio do Conselho Regional de Pernambuco (Cremepe).

O presidente do CFM, Roberto Luiz d'Avila, e o seu 1º vice-presidente, Carlos Vital, destacaram a importância dessa aliança multidisciplinar. "Situações de uso disseminado de crack exigem esforços preventivos e terapêuticos que não podem estar dissociados das ações governamentais

e comunitárias indispensáveis à justiça social", disse Vital.

Os números são preocupantes. Dois milhões de brasileiros já experimentaram o crack, droga que tem altíssimo potencial de dependência, preponderantemente entre jovens no início da adolescência. A estimativa, apresentada pela psiquiatra Ana Cecília Marques, durante o fórum, é do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Enfrentamento – O consumo, tratamento e consequências do uso dessa droga constituem um complexo problema multidisciplinar. A solução deve ser associada

a diversas frentes, com ações que diminuam as condições de vulnerabilidade social, por exemplo. Alguns meios de enfrentamento empregados são "diminuir o impacto do crack com ações de prevenção, reinserção social, ensino e pesquisa", como sintetizou Paulina Vieira Duarte, representante da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Foi citada ainda a "combinação de várias estratégias terapêuticas de reconhecida evidência científica em um mesmo ambiente de internação", de acordo com o coordenador da Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Ronaldo Laranjeira.

Como encaminhamento do fórum, o CFM e as demais entidades médicas pretendem contribuir com a construção de um protocolo de tratamento ao crack. O site www.enfrenteocrack.org.br continua no ar após o evento e traz notícias, entrevistas, campanhas e reportagens, legislação, documentos e a lista de locais para tratamento.

Legislação precisa de aperfeiçoamento

Na avaliação do coordenador da Câmara Técnica de Psiquiatria e 3º vice-presidente do CFM, Emmanuel Fortes, o principal dilema ético na assistência aos usuários de crack é "a obediência às portarias ministeriais, pois elas contrariam a lei e o que determina o Código de Ética Médica". A avaliação foi feita durante o fórum realizado em 25 de novembro.

O conselheiro, também representante do CFM no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), chamou a atenção para o fato de as portarias do Ministério da Saúde que tratam dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) colidi-

rem com preceitos legais e éticos da medicina. Essas portarias não asseguram, por exemplo, a obrigatoriedade da presença integral do médico nesses centros. Internações, altas e controle de situações críticas ocorrem, muitas vezes, segundo Fortes, sem acompanhamento de psiquiatras.

"A mudança do nome internação para acolhimento criou a ideia de que esse ato não gera responsabilidade médica. Se não há a presença do médico para lidar com quadros de gravidade definida e clara, que necessitam de intervenção médica, estamos vulnerabilizando a saúde da população", explica o especialista.

Títulos anteriores a 1989

Direito adquirido tem reconhecimento do CFM

Médicos que não registraram títulos de especialista anteriores a 15 de abril de 1989 poderão regulamentar a situação junto aos conselhos regionais de medicina. O CFM publicará nos próximos dias uma resolução com a decisão.

A entidade entendeu que tal fato é direito adquirido destes profissionais desde que existam documentos que comprovem o fato (*veja a seguir os requisitos necessários para o processo*).

"A resolução vem resolver os problemas daqueles médicos que tinham o direito de registrar seus títulos junto aos conselhos de medicina em período pretérito, e não o fizeram. A entidade concluiu ser necessário buscar uma regulamentação justa para o tema", apontou Henrique Batista, secretário-geral do CFM e relator da resolução.

Requisitos – O médico que antes de 15 de abril de 1989 possuir um dos seguintes requisitos deve

dirigir-se ao CRM no qual está inscrito:

- certificado de conclusão de curso de especialização correspondente à especialidade cujo reconhecimento está sendo pleiteado, devidamente registrado nos termos da lei;
- título de especialista, conferido por entidade de âmbito nacional acreditada pelo CFM;
- título de livre-docente ou de doutor, na área da especialidade;
- ocupar cargo na carreira de magistério superior, na especialidade, com exercício por mais de dez anos;
- ocupar cargo público de caráter profissional, na área da especialidade, por mais de dez anos;
- possuir títulos que, não se enquadrando nas alíneas anteriores, mas que, submetidos à consideração do CFM em grau recursal, sejam julgados suficientes para o reconhecimento da qualificação pleiteada.

Fusão de entidades

Medicina legal e perícias médicas juntas

Durante a sessão plenária de dezembro foi anunciada a criação da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas – entidade resultante da fusão entre a Associação Brasileira de Medicina Legal (ABML) e a Sociedade Brasileira de Perícias Médicas (SBPM).

Os representantes da nova associação solicitaram ao plenário do CFM a criação da especialidade "Medicina Legal e Perícia Médica". O pedido será analisado pela Comissão

Mista de Especialidades, composta por membros do CFM, da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNMR).

O coordenador da câmara técnica de Medicina Legal do Conselho Federal de Medicina, conselheiro Albertino Souza, sugeriu ao plenário que, com o reconhecimento da especialidade, as câmaras técnicas que tratam dos assuntos também sejam unificadas.

Segundo os representantes dos peritos e

médicos legistas, a fusão das entidades proporcionará avanço na atuação técnico-científica na área e crescimento significativo no que diz respeito à representação dos membros. A nova associação tem estatuto e registro próprios.

"Demos o exemplo. Em época de tanta divisão, nos unimos para formar uma nova especialidade, que terá um número bastante expressivo de médicos especialistas", informou Jarbas Simas, presidente da SBPM.

Congresso permite diálogo entre áreas



Interface: lideranças médicas e jurídicas trataram de desafios comuns

Um debate qualificado sobre questões urgentes que afetam a interface entre o Direito e a Medicina marcou o 1º Congresso Brasileiro de Direito Médico, organizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em dezembro. Centenas de profissionais e estudiosos de todo o país acompanharam pessoalmente as discussões sobre temas de interesse comum, em Brasília – ressalte-se que o evento foi transmitido via internet.

“Este congresso permite um produtivo diálogo

sobre questões abertas em duas importantes áreas do conhecimento”, disse Carlos Vital, 1º vice-presidente do CFM e coordenador da Comissão de Direito Médico da entidade. Essa preocupação foi reforçada logo na abertura, quando Nelson Thomaz Braga, membro do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), fez uma defesa da atuação do Poder Judiciário em conflitos relacionados ao acesso à assistência em saúde. Em seu entender, houve nas últimas duas décadas expressivo aumento de ações judiciais nesse campo.

Ações penais – Além da solução de conflitos foi

também discutida a responsabilidade penal no exercício da medicina em equipe. Edson Smaniotto, desembargador aposentado do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, explicou que a responsabilidade por eventuais danos ao paciente pode ser atribuída a vários ou a todos os membros de uma equipe médica. “Cada qual responde por sua conduta particular. A confiança numa equipe não é cega, ninguém pode isentar sua responsabilidade penal”, disse.

Prontuário – Em sua apresentação, o desembargador Miguel Kfoury Neto, do Tribunal de Justiça do Paraná, destacou a necessidade de que os médicos registrem de modo adequado o consentimento de seus pacientes antes de dar início a procedimentos. “Um documento redigido com o uso de vocabulário técnico, assinado por uma pessoa com pouca instrução, não serve como instrumento de consentimento – o profissional deve observar para quem se destina a informação”, alertou.

Consentimento é estimulado

Advogados e professores de Direito que apresentaram conferências e painéis no congresso defenderam a tese de que o Código de Defesa do Consumidor (CDC) não é o instrumento adequado para regular os conflitos judiciais que envolvem médicos e pacientes. Segundo eles, o Código Civil é o recurso mais apropriado, pois permite que sejam levadas em consideração no processo peculiaridades do trabalho médico – como a possibilidade de que o tratamento não tenha o resultado esperado.

O presidente do CFM, Roberto Luiz d’Ávila, defendeu a mesma perspectiva: “O CDC não regula inteiramente a responsabilidade médica e não faz referência expressa ao serviço prestado por profissionais da medicina”, avaliou. De acordo com o advogado Leonardo Vieira Santos, os diferentes tribunais do país entendem a aplicação de um ou outro código de diferentes maneiras. “O CDC foi criado

para proteger o consumidor, então, em uma ação baseada neste código, o médico enfrenta sempre mais dificuldades”, afirmou.

O palestrante Antônio Carlos Efigê, por sua vez, lembrou aos participantes do evento que o Código de Defesa do Consumidor busca compensar, com mais direitos, a vulnerabilidade do consumidor nas relações de consumo. “Enquanto o Código Civil trata de relações paritárias, o CDC trata de relações desiguais”, disse.

Segundo Efigê, uma relação saudável e juridicamente segura entre médico e paciente deve ser baseada em informação e boa-fé. “O profissional deve reduzir o déficit de informações do paciente e não deve prometer resultados. Se fizer uma oferta de serviços em que garante bons resultados, terá a obrigação legal de os alcançar – do contrário, o paciente estará amparado pela Justiça para requerer reparação de danos”, afirmou.



Entrevista Carlos Vital

“O Direito e a Medicina não são ciências exatas e cultivam valores humanos de extrema relevância na vida em sociedade”

De acordo com o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital, o Direito e a Medicina têm princípios fundamentais similares. Foram as primeiras profissões a serem ensinadas de forma metodológica nas escolas medievais. Vital tem a opinião de que o termo judicialização da saúde é pejorativo e caracteriza apenas o aumento do número de processos judiciais que têm por objetivo garantir acesso à assistência. Nesta entrevista, fala sobre a interação entre o Direito e a Medicina, bem como o entendimento do CFM acerca da aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) ao trabalho médico.

Jornal Medicina – De que modo o CFM trabalha para aproximar o Direito dos assuntos de interesse da medicina?

Carlos Vital – Os conselhos federal e regionais desenvolvem atividades para conscientizar médicos e profissionais do Direito da necessidade de os primeiros se resguardarem de questionamentos judiciais

e de os segundos serem sensíveis às especificidades do trabalho médico. A medicina é uma atividade de meios, não de fins – o resultado de um procedimento pode não ser o esperado. Na atual gestão do CFM foi criada a Comissão de Direito Médico, da qual participam pessoas de notório saber – grupo privilegiado, que

faz reflexões sobre problemas afetos às duas áreas.

JM – Esse trabalho de conscientização dos profissionais do Direito tem dado resultados?

CV – Existe hoje, por exemplo, uma corrente jurisprudencial que, apesar de não ser a mais forte, entende que a aplicação do CDC ao trabalho médico deve ser pontual. Creio que isso é uma tendência, em parte impulsionada pelas discussões promovidas por entidades médicas e pela clarividência de ilustres juristas, dentre os quais destaca-se o desembargador Miguel Kfoury Neto (TJ-PR).

JM – Como a aplicação do

CDC prejudica o médico quando baliza conflitos entre profissionais e pacientes?

CV – Entre outros aspectos, há a responsabilidade objetiva e a inversão do ônus da prova, que podem ser aplicadas a critério do juiz. Essas inversões de conduta jurídica são muitas vezes fator de injustiça. Penso que devem prevalecer as orientações que têm mais de dois mil anos de tradição no Direito Romano – a configuração do instituto da culpa e o ônus da prova como responsabilidade de quem acusa. Em situações pontuais o CDC deve mesmo ser aplicado, por exemplo quando o paciente ou cidadão é lesado com propagandas en-

ganosas ou sensacionalistas.

JM – O Direito e a Medicina podem se relacionar numa perspectiva de colaboração, e não apenas em situações de conflito?

CV – Certamente. Essas duas áreas do saber são magnânimas, mas de verdades efêmeras. Ambas defendem direitos absolutos: vida, saúde, dignidade e justiça; e compartilham o princípio da não maleficência. O Direito e a Medicina não são ciências exatas e cultivam valores humanos de extrema relevância na vida em sociedade, de modo que é perfeitamente possível e desejável o entendimento mútuo e a sinergia de ações.

Trabalho médico

Fiscalização garante segurança



Dever: em fórum, destacou-se que fiscalização é outorga dos CRMs

A Comissão de Fiscalização do Conselho Federal de Medicina (CFM) apresentará à plenária da entidade mudanças no roteiro de vistoria de consultórios, clínicas e postos de saúde. O rotei-

ro, que deve ser submetido aos conselheiros no início de 2011, é um guia para verificação da existência de materiais e equipamentos estruturais e de uso diário, e de condições de higiene e acessibili-

de. Esse monitoramento é fundamental para assegurar condições de trabalho aos profissionais e de assistência de qualidade aos usuários dos serviços de saúde. A intenção da comissão é, posteriormente, ampliar o trabalho a hospitais.

A proposta define critérios mais específicos para equipamentos e estruturas na garantia de segurança do ato médico. Durante o III Fórum dos Departamentos de Fiscalização dos Conselhos de Medicina, o 3º vice-presidente do CFM, Emmanuel Fortes, salientou que a fiscaliza-

ção é outorga da entidade. “Compete aos conselhos estabelecer a segurança para o trabalho médico. Estabeleceremos as regras mínimas para o exercício da medicina”, salientou.

Detalhes de dimensão, equipamentos e números exatos de estrutura que deverão conter cada espaço médico foram apresentados pelos membros da comissão, Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza (coordenador de fiscalização do Conselho Regional de Medicina da Paraíba) e Marta Muller (conselheira suplente do CFM).

“Com o conhecimento, os próprios médicos serão fiscais de sua profissão”, apontou Mendonça. Este foi o resultado de seis meses de trabalho, durante os quais o grupo recebeu sugestões das sociedades de especialidade quanto aos critérios mínimos necessários para a realização de um ato médico seguro, trabalhando, posteriormente, em sua condensação.

O encontro, promovido no dia 1º de dezembro, em Brasília, contou com a participação dos setores jurídico e de informática do CFM.

Consórcios e financiamentos

Justiça reafirma veto ao vínculo com médicos

A Justiça Federal reafirmou os preceitos da Resolução CFM 1.836, que veda aos médicos o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos. A juíza da 16ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, Gilda Maria Carneiro Sigmaringa Seixas, indeferiu o pedido de liminar relativo ao mandado de segurança impetrado por empresa especializada nesse tipo de atividade.

A empresa requeria a suspensão da resolução, argumentando que a proibição do CFM a atingia diretamente, visto que realiza serviços de intermediação dessa natureza. A juíza negou o pedido de liminar alegando que a atividade exercida pela empresa “contraria preceito ético que

veda a exploração da medicina como intuito de lucro”.

Resolução – Tanto a Resolução CFM 1.868 como o Código de Ética Médica (CEM) tratam do tema. O art. 72 do CEM veda ao médico estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos. Nos princípios fundamentais, ainda, existe o seguinte preceito: “IX – A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio”.

A resolução, por sua vez, trata especificamente da relação de médicos com empresas que praticam financiamentos e parcelamentos de honorários, vetando esse vínculo: “É vedado ao médico

vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos”.

Publicada em fevereiro de 2008, a resolução foi motivada pela propagação, em todo o país, de empresas de intermediação e financiamento de atos médicos. Para o CFM, esta publicidade de venda de procedimentos financiados pressupõe a finalização de compromisso generalizando resultados e prometendo o total sucesso do tratamento.

O conselheiro federal Antônio Gonçalves Pinheiro, coordenador da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do CFM e autor da resolução, lembrou, em sua exposição de motivos, as bases éticas da relação médico-paciente.

Ressalta que para efetivamente exercer sua autonomia o paciente tem o direito de ser ouvido “sem imposição de conveniência leiga ou emocional”. Ele precisa ser orientado “com conhecimento técnico e o discernimento intelectual do médico”. Em muitos casos, a avaliação médica era feita somente após a adesão ao contrato, o que compromete a autonomia do paciente.



Pinheiro: o paciente tem o direito de ser ouvido sem outras imposições

Giro médico



Visitas encerradas – Em novembro, a diretoria do CFM concluiu as visitas aos 27 Conselhos Regionais. Nos dias 3, 23 e 24, as reuniões ocorreram nos CRMs da Paraíba, Ceará e Amapá. O presidente do CRM-AP, Dorimar Barbosa (ao centro), comemorou os resultados da visita que, segundo ele, “trouxe orientações para melhor desenvolvermos o trabalho, nos setores financeiro e judicante”. Para o início de 2011, estão programadas visitas aos CRMs de Rondônia e Sergipe.

Desconto em São Paulo – O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) mudou o prazo para entrega do requerimento de desconto 50% pessoa jurídica, que perdurará até 28/2/2011. O requerimento estará disponível a partir de 3/1 no site da entidade, no link Serviços às Empresas.

Diretoria da ANMR – Durante o Fórum Nacional de Entidades Médicas, em Aracaju, tomou posse a nova diretoria da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR). Nívio Lemos Moreira Júnior passou o cargo de presidente para Victor Fernando Lima, eleito em setembro, durante o congresso realizado em Porto Alegre (RS). O grupo diretor é composto por Beatriz Costa (vice-presidente), Natan Katz (secretário-geral), Cássio Borges (2º secretário), Lorena Cordeiro (1ª tesoureira), Ana Cecília Gondim (2ª tesoureira) e Alexandre Chang (diretor de comunicação).

Prescrição e venda de antibióticos

Médicos podem usar receituário comum

Médicos podem prescrever antibióticos em receituários simples, desde que feitos em duas vias (carbonadas, fotocopiadas ou impressas). Não há necessidade de adotar a receita de controle especial.

O esclarecimento na interpretação da RDC 44 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi feito pelo próprio diretor-presidente Dirceu Raposo de Mello, durante visita ao Conselho Federal de Medicina (CFM).

No encontro, em 1º de dezembro, os presidentes de Conselhos Regionais de Medicina relataram

essa dificuldade percebida nos estados. De acordo com Raposo, o que houve foi um erro de interpretação, pois o receituário especial seria apenas um modelo a ser seguido, sem o caráter de uso obrigatório.

Para o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila, essa orientação torna mais fácil o trabalho do profissional – que nem sempre possui receituários de medicamentos controlados em seu consultório.

No entanto, existe a obrigatoriedade de preencher a receita com os dados exigidos no art. 3º da

RDC. A norma, em vigor desde 28 de novembro, prevê a retenção da primeira via da receita pela farmácia. A segunda, será devolvida ao paciente, atestada, como comprovante do atendimento. As receitas também terão novo prazo de validade, de 10 dias a partir da emissão.

Raposo aproveitou a visita ao CFM para pedir o apoio dos conselhos de medicina na divulgação da medida. Na ocasião, declarou que a assessoria técnica da Anvisa vislumbra a possibilidade de publicar uma instrução normativa para esclarecer a questão.

DETALHES QUE MERECEM ATENÇÃO

- As novas regras estabelecem adequações na embalagem de medicamentos antimicrobianos e determinam a obrigatoriedade de retenção de receita para a entrega ao consumidor.
- Na embalagem e rotulagem dos medicamentos contendo as substâncias listadas na resolução deverá constar a expressão: *Venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com retenção da receita*.
- Não há modelo específico de receita. A RDC indicou apenas as informações mínimas obrigatórias. A Receita de Controle Especial serve de parâmetro.
- No caso de amostras grátis, o médico deverá realizar a entrega ao usuário de forma a permitir o tratamento completo.
- Não há limites de quantos medicamentos diferentes podem ser prescritos em uma única receita. Porém, a receita deve ser aviada uma única vez e não poderá ser reutilizada para compras posteriores.

Personagem médico

“O contato com as pessoas me permitiu, acima de tudo, uma ascensão espiritual”



Uma das marcas de Stival (à direita) foi o reconhecimento dos pacientes da Unidade de Saúde Camargo (PR)

Uma história que começou nos primeiros anos do curso de medicina, incluiu a participação no Projeto Rondon – que vigorou originalmente entre 1967 e 1989 – e compreendeu viagens e visitas, junto com irmãs missionárias, a populações do interior, percorrendo rios de canoa. Assim teve início a carreira de Mário Stival, que, até a sua apo-

sentadoria, em 30 de junho de 2010, somou 38 anos de serviços à medicina.

Nessas quase quatro décadas, Stival construiu uma trajetória de confiança e amizade com a comunidade. Na despedida, comoção de pacientes e colegas da Unidade de Saúde Camargo, no bairro Cajuru, Curitiba (PR), local onde trabalhou nos últimos anos.

A fim de homenageá-lo, pacientes levaram presentes e palavras carinhosas.

Stival admite que a área que sempre o cativou foi a saúde coletiva. “Sempre quis atender o pobre, porque é a minha origem. Na Itália, meu pai era um pequeno agricultor, foi lenhador. Ele tinha um sonho: queria que os filhos se formassem. Então, me

vejo como o produto de uma saga”, conta.

Assim, na década de 60, Stival ingressava na Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Como tinha noção de fotografia, retratava peças cirúrgicas e se sustentava fazendo bicos nos primeiros anos. Posteriormente, começou a dar plantões em prontórios e estágios, mas não lhe saía da cabeça o que viu no Projeto Rondon. O resultado: dedicação plena à medicina preventiva. “Entendi que era a minha vocação”, confidencia.

A ‘saga’ de Stival incluiu a formação como sanitarista pela Universidade de São Paulo (USP) e a abdicação de alguns cargos públicos para refazer seus passos. Ele explica: “Percebi que a administração sanitária tem estreita relação com a política. Com todo o idealismo que possamos ter, nos defrontamos com interesses de pessoas que

às vezes não têm escrúpulo. Apanhei muito, mas nunca deixei meu ideal”.

Em função desse idealismo que sempre achou que deveria por em prática, escolheu ser integralmente médico de posto de saúde e de hospitais públicos. Se aposentou pelo Estado e doou-se completamente: “Nunca me senti bem cobrando um tostão dos pacientes. Sempre encarei a medicina como sacerdócio”.

Uma de suas marcas, o reconhecimento e carinho da comunidade de Cajuru, foi fruto de sua visão sobre o que é a profissão. Para ele, a medicina representou uma ascensão, não apenas em termos sociais, ao sair da condição de contadino (pequeno agricultor): “Ficamos muito restritos ao nosso pequeno mundo e o médico tem a chance de ultrapassá-lo. O contato com as pessoas me permitiu, acima de tudo, uma ascensão espiritual”.

Você pode colaborar com nossa coluna. Mande suas sugestões de personagens para o e-mail imprensa@portalmedico.org.br. Procuramos médicos que queiram dividir suas histórias com os colegas de todo o país.