



# MEDICINA

CONSELHO FEDERAL



## Olho no futuro CRM digital para os médicos já é realidade

Cinco estados começam a receber documento que traz chip para certificação digital e novos itens de segurança. **Págs. 6 e 7**



**CFM fixa critérios para reconhecer novos procedimentos. Pág. 9**

### Financiamento do SUS

**Entidades entram na luta por mais recursos**

**Pág. 4**

### Ensino médico

**Conselho critica retrocesso com reabertura de vagas**

**Pág. 5**

### Relação médico-indústria

**Definidos parâmetros éticos e de boas práticas**

**Pág. 8**



# Apertaram o cinto da saúde

Em fevereiro, o governo federal anunciou profundo corte no Orçamento da Saúde. A ladainha é a mesma: é preciso economizar para que o país consiga manter suas contas em equilíbrio. No entanto, o argumento ignora que tal contingenciamento significará restringir a assistência oferecida a milhões de brasileiros.

Infelizmente, continuamos submetidos ao jugo dos gestores mais preocupados com o superávit orçamentário do que com a extensão dos anunciados progressos da esfera econômica ao campo social. Isso sinaliza que a saúde, uma das principais necessidades da população, continua sendo tratada com indiferença.

O Ministério da Saúde foi a pasta que mais sofreu com o bloqueio de recursos no Orçamento. A tesoura afiada da área econômica extirpou R\$ 5,47 bilhões dos valores aprovados pelo Congresso Nacional. O anúncio frustrou ainda mais os esperançosos de plantão que sonhavam com o aporte de mais verbas para o setor na esteira da regulamentação da Emenda Constitucional 29, que, por sua vez, também não supriu as expectativas iniciais.

Gestores afirmam que o corte não comprometerá os projetos em andamento. Entendemos o compromisso deles com a equipe econômica, até porque compõem o mesmo time. Mas é difícil acreditar que nada será afetado. Afinal, todos sabem que as demandas crescem diariamente, exigindo mais investimentos.

Não poderíamos deixar de manifestar nossa contrariedade contra essa situação e, no jornal Medicina, anunciar a criação de um movimento – apoiado pelas entidades médicas – que buscará recompor as contas da saúde.

Nesta edição, também apresentamos em detalhes a Resolução 1.982/12, que traz significativos avanços para a normatização de novos procedimentos. A medida estabelece uma série de normas éticas e técnicas para reconhecer procedimentos médicos inéditos ou experimentais.

É uma resposta para assegurar que a inclusão de novidades proporcionados pela ampliação do conhecimento científico e tecnológico das ciências médicas seja feito com a garantia de maior segurança ao paciente.

Trata-se de um exemplo

da seriedade com a qual a atual gestão tem tratado a missão do CFM, que é a de proporcionar um contexto de respeito à autonomia do profissional e de defesa ao exercício ético da medicina.

Finalmente, destaca-se nesta edição o apoio de nossa entidade ao professor Adib Jatene, um dos maiores nomes da medicina brasileira, que corajosamente denunciou manobra no âmbito do Conselho Nacional de Educação para desarrumar a casa do ensino médico nacional.

De pronto, o CFM solidarizou-se com o ex-ministro da Saúde, contrário à reabertura de vagas em escolas médicas com avaliação deficiente. Para o Conselho, a posição adotada pelo CNE, que deve ser revista, “não condiz com as preocupações humanitárias e sociais pertinentes à saúde e à medicina, e atendem, principalmente, aos interesses econômicos e políticos de alguns setores da sociedade”.



**Desiré Carlos Callegari**  
Diretor executivo do jornal Medicina

## Cartas\*



Comentários podem ser enviados para [imprensa@portalmedico.org.br](mailto:imprensa@portalmedico.org.br)

Há muito a classe médica espera a aprovação do projeto que regulamenta o exercício da medicina, mais conhecido como Lei do Ato Médico. O problema é que ele não sai do papel e nem da gaveta desses desinteressados legisladores. E assim, os médicos vão sendo desmoralizados ao observarem enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, serem nomeados para a direção de hospitais e postos de saúde, como acontece em Salvador (BA). Outra preocupação é a criação da carreira de médicos de estado. A aposentadoria do médico é uma lástima. Será que a ciência médica tem menos responsabilidade do que a ciência jurídica?

**Ardel de Araújo Lago**  
CRM-BA 4122  
[ardellago@bol.com.br](mailto:ardellago@bol.com.br)

Acompanho com bastante preocupação o precário evoluir da carreira médica e daqueles que acreditam que aquelas situações que caminham de modo desordenado não desandam – definitivamente – em razão de quem está na ponta realizando o trabalho, ou seja, o médico. Não acredito na eficácia e eficiência de um sistema de saúde que ignora como fundamento a relação médico-paciente. O nosso sistema penaliza essa relação para sobrepor em importância procedimentos, exames complementares laboratoriais ou por imagem. Creio ser chegada a hora de o Conselho Federal de Medicina e as demais entidades médicas do país meditarem sobre o assunto.

**Marcio Falci**  
CRM-ESP 11590  
[mfalci@biolabfarma.com.br](mailto:mfalci@biolabfarma.com.br)

Está na hora de os médicos e a população brasileira se posicionarem contra esse modelo de programa de saúde da família (PSF). A população precisa de ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e prontos-socorros – modelo pejorativamente chamado de “hospitalocêntrico”. Argumentam que o seu impacto sobre a saúde é pequeno. É claro que saneamento básico, educação em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária, e vacinação, por exemplo, têm grande impacto, mas como prevenção. Quando o indivíduo está doente, ele precisa é de consulta especializada, diagnóstico e tratamento. Posto de saúde não resolve a vida de ninguém.

**José Carlos Castelo Branco Ribeiro**  
CRM-PI 3218  
[jcribeiro.pi@ig.com.br](mailto:jcribeiro.pi@ig.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.portalmedico.org.br>  
[imprensa@portalmedico.org.br](mailto:imprensa@portalmedico.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**), 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 Nódji 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**), Waldir Araújo Cardoso (**Pará**).

### 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**), 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 Mizziara (**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 Francisco Filho (**São Paulo**), 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  
**Secretaria:** Amanda Ferreira  
**Apoio:** Amilton Itacaramby  
**Fotos:** Márcio Arruda - MTb 530/04/58/DF  
**Impressão:** Gráfica e Editora Posigraf S.A.

**Projeto gráfico e diagramação:** Lavinia Design e Publicidade

**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 e os comentários assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião do CFM



## Regulamentação da medicina

# PLS 268/02 é aprovado pela CCJ do Senado

*Para o CFM, a proposta contribui para a melhora da assistência e não interfere na autonomia das outras categorias da área da saúde*



**Apoio:** na Comissão, a maioria dos senadores foi favorável ao projeto

Mais um passo foi dado rumo à regulamentação da medicina. A Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) do Senado Federal aprovou, no dia 8 de fevereiro, projeto de lei que define as competências e atividades privativas do médico.

Para o presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Roberto d'Ávila, toda a sociedade ganha com a decisão "ao ter garantida uma equipe de saúde completa, com médico e outros profissionais".

A reunião mobilizou dezenas de integrantes de entidades representativas e estudantes de medicina – das Faculdades Integradas da União Educacional do Pla-

nalto Central (Faciplac), Universidade Católica de Brasília (UCB) e Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) –, que lotaram a sala da CCJ.

O projeto tramita há dez anos no Congresso: foi aprovado no Senado em 2006 e enviado à Câmara, onde foi modificado pelos deputados. Com as mudanças, voltou em 2009 para análise dos senadores. Agora, será apreciado pela Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE) e Comissão de Assuntos Sociais (CAS), e posteriormente encaminhado para apreciação em plenário.

**Competências** – Conforme o PLS 268/02, ficam resguardadas as competências legais das profissões de

assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

O relator Antônio Carlos Valadares (PSB-SE) destacou que o texto apresentado na CCJ foi consenso entre praticamente todas as categorias: "Aqui não se trata de tirar competências de qualquer profissão".

Por sua vez, a senadora Lúcia Vânia (PSDB-GO), que também atuou na elaboração do acordo, destacou que, apesar de não ser o texto ideal, "o relatório é o possível". "As quatorze áreas da saúde foram ouvidas ao longo de 10 anos. É um projeto responsável e que leva em conta, principalmente, o bem-estar do paciente", avaliou.

A mesma opinião foi defendida por Salomão Rodrigues Filho, coordenador da comissão nacional do CFM que defende a regulamentação: "O principal objetivo da lei deve ser garantir ao paciente que ele será atendido por profissionais com a devida habilitação".

## Posições favoráveis se destacam

Intenso debate foi iniciado em torno do projeto de lei; entretanto, a maioria dos senadores manifestou apoio. Segundo o senador Jorge Viana (PT-AC), "o Congresso tem que fazer muito aos médicos, pois estes dedicam a vida inteira para salvar outras vidas". O senador Inácio Arruda (PCdoB-CE) ressaltou que "regulamentar a medicina é garantir que a responsabilidade do ato não fique em aberto".

Durante a votação, o senador José Wellington

Dias (PT-PI) destacou a "forma madura que o projeto chegou a um consenso". Segundo o senador Paulo Davim (PV-RN), para o médico acompanhar um paciente é necessário que tenha segurança de sua profissão. "Saber de suas prerrogativas e limites só traz benefícios a todos", destaca.

**Posições contrárias** – Apenas os senadores Demóstenes Torres (DEM-GO) e Aloysio Nunes Ferreira (PSDB-SP) votaram contra o projeto. Demóstenes Torres afirmou ser

contrário a projetos de lei que regulamentem quaisquer profissões.

Aloysio Nunes disse que o PLS 268/02 não resolverá a crise pela qual passa a profissão. Segundo ele, o problema do exercício da medicina está na "degradação profissional", além da proliferação de faculdades que, muitas vezes, formam médicos desqualificados.

Mesmo votando a favor, a senadora Marta Suplicy (PT-SP) manifestou restrições ao texto.



## PALAVRA DO PRESIDENTE

Roberto Luiz d'Ávila

**C**ristina. Luiza. Gabriela. Essas três mulheres – as duas primeiras, minhas irmãs; a terceira, minha nora – têm iluminado nossa família. Além de parentes, têm outro traço comum: são psicólogas. Diariamente, testemunhamos sua competência no exercício profissional. Como elas, sabemos que milhares de outros psicólogos fazem seu trabalho respaldados por seus compromissos técnicos e éticos. Portanto, seríamos incapazes de ofender ou desmerecer essa categoria, tão importante na assistência da população.

Em paralelo, é público que o nosso respeito pelos psicólogos e demais profissionais de saúde não nos impede de defender a exclusividade, para os médicos, do diagnóstico e da prescrição terapêutica. Sendo assim, não aceitamos e sempre reagiremos com veemência a afirmações como as feitas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que tentam confundir e nos impingir pecha corporativista ao tratar do projeto de regulamentação da medicina, ora em tramitação no Senado.

Sabemos que o diagnóstico e a prescrição de doenças psiquiátricas devem ser feitos por psiquiatras. A atuação dos psicólogos, bem como de todos os profissionais de saúde, deve acontecer dentro do previsto em suas leis. No caso da psicologia, o Decreto 53.464/64 estabelece como funções do psicólogo o uso de métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de realizar o diagnóstico psicológico. Ou seja, nada tem a ver com o diagnóstico de neuroses e psicoses – que são, reconhecidamente, distúrbios psiquiátricos cujos tratamentos merecem abordagem específica.

Entendemos que o PLS 268/02 preenche importante lacuna ao definir de forma clara, objetiva, os atos privativos da medicina e aqueles que podem ser compartilhados com as treze categorias vinculadas ao campo da saúde. Em outras palavras, elimina equívocos de interpretação como o intencionalmente feito pelo CFP.

A ampliação do conhecimento e a especialização dos seus diferentes campos fez com que outros profissionais participassem da recuperação da saúde dos pacientes. Nesse mesmo espírito, a regulamentação do exercício da medicina contempla os avanços da multiprofissionalidade na atenção em saúde. Na verdade, valoriza o espaço dos representantes de cada categoria ao ressaltar o que as distintas regulamentações fizeram quando da definição do escopo de suas atuações. O projeto não cerceia direitos. Pelo contrário, estimula a mútua colaboração entre todos os profissionais de saúde – dentro de suas respectivas competências – com o objetivo único de garantir o bem-estar individual e coletivo dos cidadãos.

O projeto vai além e assegura algo a que todo brasileiro deve ter direito: a garantia de que o diagnóstico de seu problema de saúde e a prescrição do tratamento para enfrentá-lo sejam realizados por médico. Quando adoecemos queremos ser atendidos por médicos. Quando nossos familiares adoecem, queremos que um médico investigue as causas, faça o diagnóstico e nos oriente sobre o que fazer. O tema – que está sobre a mesa dos senadores – é urgente e imprescindível para transformar o que existe de fato também em um direito. A saúde do Brasil espera por isso.



## Financiamento do SUS

# Projeto popular pede mais recursos

**Entidades lançam projeto para rever a lei que regulamentou a EC 29; objetivo é obter mais verbas para o SUS**

AMB



Investimentos: entidades lideram movimento por mais verbas para a saúde

Diversas entidades associativas do país lançaram campanha para reivindicar mais verbas para a saúde. O objetivo é realizar uma grande mobilização para que seja revista a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que determinou as fontes de custeio para manter o sistema de saúde pública no país. Na linha de frente do movimento estão a Associação Médica Brasileira (AMB), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM).

A proposta é de um projeto de lei de iniciativa popular que resgata a reivindicação das enti-

dades médicas de a União destinar 10% dos seus recursos para a saúde. Essa obrigação estava prevista no projeto derrotado no Senado Federal por 45 votos a 26, em dezembro do ano passado. Para o movimento médico, o projeto aprovado frustrou as expectativas do povo brasileiro de ver ampliados os investimentos e melhorados o acesso e a qualidade da atenção à saúde.

“A aprovação da Emenda 29 no Senado, da forma como veio da Câmara dos Deputados, foi frustrante. Não alterou em nada o financiamento federal para a saúde. Enquanto o projeto do Senado da-

ria para a saúde mais R\$ 35 bilhões, o da Câmara não destina nenhum recurso novo para o setor”, avalia o vice-presidente do CFM e coordenador da Comissão Nacional Pró-SUS, Aloísio Tibiriçá.

**Consenso** – A saúde não é preocupação apenas das entidades médicas, mas também da sociedade brasileira. Tibiriçá lembra que, no fim de 2011, duas pesquisas, uma do Sensus e outra do Ibope, apontaram a saúde como o setor que a população considera o de pior desempenho do governo – tendo sido mais citado do que a segurança, a educação e o transporte.

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) também colocou a saúde pública como tema de campanha onde pretende sensibilizar os fiéis sobre a situação das pessoas que enfrentam longas filas de atendimento e falta de vagas em hospitais públicos. Para o secretário-geral da CNBB, dom Leonardo Steiner, não é exagero dizer que a saúde pública no país não vai bem.

Por sua vez, o Conselho

Nacional de Saúde (CNS) confirmou ato a favor do projeto popular, no dia 14 de março.

**Como participar** – Para que esse projeto de iniciativa popular seja apresentado na Câmara dos Deputados, será necessário coletar cerca de 1,5 milhão de assinaturas, número que corres-

ponde a 1% do eleitorado nacional, distribuídas em pelo menos cinco estados (0,3% dos eleitores de cada um).

Nas páginas das entidades médicas será possível acessar a íntegra do projeto e fazer o download do formulário para adesão à iniciativa.

## Contingenciamento na saúde

A derrota do projeto original da EC 29 já tem reflexo na área. O governo federal anunciou, no dia 15 de fevereiro, o corte de R\$ 5,4 bilhões na pasta da Saúde. O presidente do CFM, Roberto d'Avila, criticou a medida: “A saúde não pode ficar à mercê das estratégias da área econômica e merece ter garantido o seu financiamento sob qualquer cenário”.

O corte no orçamento também foi alvo de críticas no Congresso Nacional. A deputada Jandira Feghali (PCdoB-RJ) protestou: “É inaceitável. Saúde deveria ser prioridade. Nossa luta é por mais recursos, mais

investimentos para garantir o acesso universal e de qualidade”.

A Saúde foi uma das pastas mais afetadas pelo contingenciamento de R\$ 55 bilhões no Orçamento da União. Os recursos do ministério caíram de R\$ 77,5 bilhões, aprovados pelo Congresso Nacional, para R\$ 72,1 bilhões.

No entanto, o ministro Alexandre Padilha alega que a Saúde terá o maior orçamento de sua história. “Sabemos que a saúde precisa de mais recursos, mas, no papel de ministro, tenho que fazer mais com o que nós temos”.

## Dispensa de medicamentos

### Norma será revista

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) convidou várias entidades, entre as quais o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF), para participar do grupo de trabalho que revisará as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa de números 44/2009 e 138/2003, além da Instrução Normativa 10/2009.

A Instrução Normativa 10/2009 aprova a relação dos medicamentos isentos de prescrição que poderão permanecer ao alcance dos usuários para obtenção por meio de autosserviço em farmácias e drogarias; a RDC 44/2009 estabelece os critérios e condições mínimas para o cumprimento das boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do

funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias; e a RDC 138/2003 é o regulamento que trata de medicamentos isentos de prescrição.

Até março, o grupo de trabalho deverá propor a revisão do marco regulatório referente aos medicamentos isentos de prescrição (MIPs), bem como melhorias e, se for o caso, alterações nas normas vigentes, incluindo o registro, controle e dispensação e outras tratativas junto a Anvisa, além de avaliar os impactos das possíveis alterações propostas. Participam deste grupo de trabalho, representando o CFM, os conselheiros Desiré Carlos Callegari (1º secretário) e Emmanuel Fortes (3º vice-presidente).

## Reconstrução mamária

### CFM defende cirurgias reparadoras

O 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital, defendeu um adequado financiamento no SUS para a realização de cirurgias reparadoras na mama. “Os obstáculos estruturais financeiros e burocráticos dificultam o acesso de milhares de brasileiras”, argumentou. A declaração foi feita durante audiência pública sobre saúde da mama, realizada pelas comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) e de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal, no dia 14 de fevereiro.

Segundo Vital, as pacientes submetidas à mastectomia para tratamento de câncer têm as técnicas de reconstrução como direito garantido por lei e disciplinado pelo CFM. O Parecer CFM 38/11 disciplina que o procedimento deve ser liberado de acordo com as orientações do médico, que é quem orienta e decide, junto com a paciente, o melhor tratamento. Para a entidade, a mastectomia tardia pode prejudicar a paciente à medida que a expõe a novas cirurgias e gera riscos inerentes à infecções

e anestesia. Há ainda a preocupação com a autoestima e a autoimagem, no sentido de evitar o convívio desnecessário com a mutilação.

**PIP e Rofil** – A audiência tratou, com destaque, dos problemas causados pela próteses de silicone das marcas Poly Implant Prothese (PIP) e Rofil. Em artigo publicado no jornal *O Globo*, em 13 de fevereiro, Vital destaca que “o caso das próteses de silicone demonstrou a fragilidade dos sistemas de vigilância sanitária em escala mundial”. Para o dirigente, o que restou foram lições que exigem medidas práticas, como a criação de um cadastro nacional que permite o rastreamento dos implantes, sem ferir a ética médica e os direitos do paciente. E citou como digna de apoio uma proposta pioneira em desenvolvimento pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP): o Cadastro Nacional de Implantes Mamários (CNIM).

Agência Senado



Alerta: Vital (2º da esq. para dir.) apontou fragilidade da vigilância



## Ensino médico

# Nota repudia reabertura de vagas

**A manobra do Conselho Nacional de Educação prejudica a formação médica e coloca a população em risco, alerta o CFM**

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou em 29 de fevereiro nota de apoio ao professor Adib Jatene, que denunciou medida tomada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) permitindo a reabertura de vagas em escolas médicas com avaliação deficiente. Para o CFM, “este quadro não condiz com as preocupações humanitárias e sociais pertinentes à saúde e à medicina e atendem, principalmente, aos interesses econômicos e políticos de alguns setores da sociedade”.

Na nota, o CFM reafirma sua preocupação com a qualidade da assistência em saúde oferecida à população e com as condições asseguradas pelo Estado para o bom exercício do trabalho médico.

O CFM afirma que o Brasil precisa urgentemente de bons médicos e de políticas públicas que estimulem sua melhor distribuição, garantindo a cobertura dos vazios assistenciais.

**Equívoco** – Ao tomar a decisão de reabrir vagas nos cursos que tiveram avaliação negativa pela Secretaria de Educação Superior (Sesu) do Ministério da Educação (MEC), o CNE ignorou o trabalho realizado ao longo de dois anos por alguns dos mais renomados especialistas em ensino médico do país, argumentou o CFM.

A entidade, faz um alerta: “Infelizmente, a medida adotada pelo CNE desconsidera aspecto fundamental: a qualidade do futuro profissional, o que traz insegurança à popu-

lação brasileira, exposta a ação de indivíduos com formação deficiente”. Para os conselheiros, trata-se de uma situação preocupante, que fragiliza a assistência, especialmente a oferecida pela rede pública.

**Exemplar** – O trabalho realizado pela Sesa foi exemplar, afirma o CFM. A entidade considera não haver dúvida que número importante das escolas médicas em atividade está sem condições plenas de funcionamento, seja em termos de instalações, seja em termos de conteúdo pedagógico, incluindo questões ligadas aos corpos docentes.

“Assim, a abertura de escolas médicas – como forma de facilitar o acesso ao atendimento médico no território nacional – é uma atitude falaciosa e despro-



**Qualidade:** CFM defende preparo dos médicos para melhor assistência

vida de conteúdo prático”, pontuou o documento.

Para os conselheiros, a multiplicação do número de escolas não tem solucionado a distribuição de médicos nos locais desassistidos e sequer melhorou a qualidade de seus produtos finais: os médicos ali formados.

“O governo – em todas as suas esferas – deve es-

tar atento a esta realidade e apresentar propostas que efetivamente contribuam para a qualificação dos cursos de medicina no país, demonstrando real preocupação com a população – que passaria a contar com médicos bem preparados para manter sua saúde e bem-estar”, afirmou o CFM na nota.

## Adib Jatene aponta decisões equivocadas sobre escolas de medicina



**Jatene:** CNE ignorou trabalho de avaliação de cursos ruins e criou vagas cortadas

O ex-ministro da Saúde, o cardiologista Adib Jatene, reforçou sua posição contrária à abertura indiscriminada de novos cursos da área médica no país em artigo publicado na Folha de S. Paulo no dia 28 de fevereiro. Jatene foi incisivo ao criticar a ação do Conselho Nacional de Educação (CNE), que autorizou a reabertura de vagas em cursos de medicina ruins, ignorando relatório de comissão do próprio Ministério da

Educação, que levou dois anos estudando o assunto.

No artigo intitulado Decisões equivocadas sobre escolas de medicina, o ex-ministro apontou que médicos qualificados doaram o seu tempo para avaliar cursos ruins e cortar vagas e “o CNE ignorou o trabalho e criou todas”. Para ele, “decisões equivocadas como essas servem para desmoralizar os que ainda acreditam ser possível corrigir as iniquidades,

criadas por influência empresarial ou política, e para reforçar a ideia de que não adianta lutar por dias melhores”.

**Revisão** – Jatene fez parte do grupo ministerial que condensou uma revisão dos pré-requisitos para a abertura de novos cursos. A comissão definiu que, como item eliminatório, a instituição teria de possuir um complexo médico-hospitalar com pelo menos quatro leitos por vaga pretendida. Seria necessário ter também uma residência médica reconhecida pelo Ministério da Saúde e um pronto-socorro em atividade.

Além disso, deveria manter um complexo ambulatorial contando tanto com unidades básicas com o Programa Saúde da Família, quanto com ambulatorios de especialidades. “Desse modo, estaria garantido o campo de treinamento e dimensionado o número de vagas. Na hipótese de a instituição não possuir complexo próprio, seria permitido um convênio, por período não inferior a dez anos, sem compartilhamento

com outra instituição”, apontou Jatene.

**Avaliação** – Jatene lembrou em seu artigo que em 2008 o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) identificou 17 escolas, entre as que tinham formandos, com nota inferior a três (em uma escala de um a cinco). Na ocasião, a comissão fez uma vistoria nestas faculdades e, após entrevistas com docentes e discentes e visitas às instalações, avaliou as condições para a oferta do curso e elaborou relatórios circunstanciados. “Na impossibilidade de indicar o fechamento da

escola, optaram por reduzir o número de vagas, deixando o mínimo tolerável, capaz de beneficiar não apenas os alunos, mas também a população que seria atendida pelos egressos dessas escolas”, relatou.

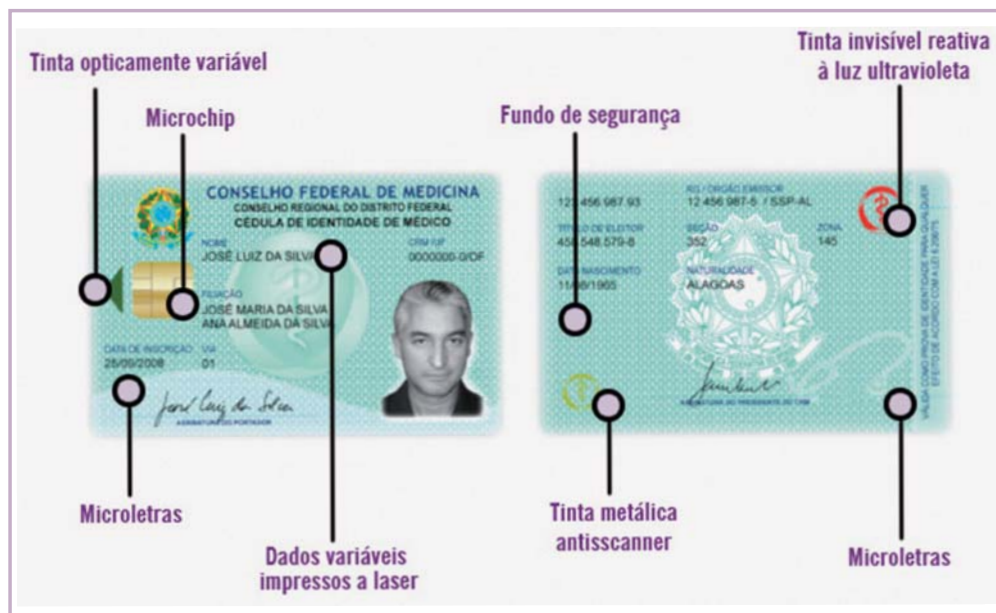
Na conclusão do artigo, Jatene cita: “Mas ainda há gente neste país que acredita, mesmo com as instituições atuais e com os conselhos suscetíveis a pressões, ser possível avançar. Decisões como a do CNE não nos farão desistir. Elas nos alimentam para continuarmos a luta, que antes de ser nossa deveria ser do próprio CNE”.

### Problema é antigo

O Conselho Federal de Medicina (CFM) chamou, por diversas vezes, a atenção da sociedade e das autoridades para o problema da má qualidade do ensino e da abertura indiscriminada de escolas médicas. Até 1996, o país possuía 82 faculdades de medicina, das quais 33 eram privadas (40%). Em 12 anos, entre 1996 e 2008, foram criadas 98 novas faculdades, das quais 68 privadas (70%). Hoje o país conta com 185 escolas, sendo 105 privadas.

# Cinco estados começam a receber

**Adesão à tecnologia atende a crescente consciência ecológica mundial e permitirá a redução de custos**



**Benefícios:** diversos itens de segurança foram incorporados ao documento, conforme modelo da Casa da Moeda

Os médicos do Distrito Federal, Espírito Santo, Pará, Pernambuco e Santa Catarina serão os primeiros a receber a carteira digital – em policarbonato (material similar ao de cartões de crédito), com um chip que poderá ser ativado para certificação digital. Os documentos estão sendo confeccionados pela Casa da Moeda do Brasil.

“O futuro caminha

para todos serem reconhecidos pela certificação digital. Existem hospitais modernos que já iniciaram este processo com o prontuário eletrônico – para que se possa suprimir o papel, exige-se o uso da certificação digital. Então, a nossa função é viabilizar uma carteira profissional com o chip, para que os médicos possam aderir aos novos tempos”, explica o presidente do CFM,

Roberto Luiz d’Avila.

A iniciativa do CFM deve contemplar principalmente os profissionais que já têm demandas de certificação digital e os que têm perfil mais informatizado. Segundo d’Avila, estima-se que cerca de 70% dos médicos do país se concentram nas regiões Sul e Sudeste. Desse contingente, 90% (cerca de 234 mil profissionais) têm computador em casa ou laptop e

acessam diariamente a internet.

Gerson Zafalon Martins, membro da Câmara Técnica de Informática em Saúde do CFM e relator da resolução que institui o documento digital – aprovada na plenária de fevereiro –, destaca que, ciente da complexidade do assunto e com o intuito de estabelecer normas, padrões e regulamentos, o CFM estabeleceu, em 2002, um convênio com a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). Como resultado, foram publicadas regulamentações e diretrizes – Resolução CFM 1.821/07 e Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

“O CRM digital será um cartão inteligente (*smart card*) de acordo com as especificações do Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), atendendo às exigências técnicas pertinentes”, explica Zafalon.

**Visão ecológica** – A utilização de prontu-

ários eletrônicos que dispensem o papel permite, além da redução de recursos naturais e menor geração de resíduos poluentes, a agilização de processos, maior legibilidade, acurácia e exatidão de dados. É o que destaca o 1º secretário do CFM e coordenador das áreas de imprensa e tecnologia da informação, Desiré Carlos Callegari: “A questão do prontuário eletrônico com certeza vai contribuir para a agilidade dos processos e principalmente para a questão ecológica, com a dispensação de papéis, tornando possível a adesão a uma crescente consciência ecológica mundial”. Callegari salienta ainda os benefícios do chamado Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), ligados à pesquisa clínica, e à adesão aos protocolos clínicos e assistenciais, além de usos secundários da informação para fins epidemiológicos e estatísticos.

## Adesão ao novo modelo é opcional

De acordo com a resolução (a ser publicada) que trata da adoção do CRM digital, a adesão ao novo documento será facultativa. Conforme o texto, a atual cédula de identidade, instituída pela Resolução CFM 1.827/07, será gradualmente substituída e permanecerá válida para todos os que preferirem continuar a utilizá-la.

Os que optarem pelo CRM digital poderão decidir pela ativação ou não do chip. O processo para emitir o certificado digital é similar ao da emissão de um documento de identidade

(RG, CPF ou CRM).

O interessado deve procurar uma Autoridade de Registro (AR) que esteja necessariamente vinculada a uma Autoridade Certificadora (AC) capaz de emitir um certificado digital ICP-Brasil.

Cartilha do CFM (ver página ao lado) traz exemplos como Serpro, Caixa Econômica Federal, Sersa, Certisign, Imprensa Oficial, Casa da Moeda do Brasil.

Um acordo de cooperação entre o CFM e a CEF permitiu um preço bastante acessível, se comparado

aos valores praticados pelo mercado, para os médicos obterem a certificação digital. Esta será uma das opções, atraente também pela capilaridade da CEF, mas a escolha é livre.

Se o chip não for habilitado, a carteira não terá o recurso da certificação digital, mas funcionará como documento de identidade profissional de alta resistência e maior segurança contra falsificações. Entre os itens de segurança estão: tinta opticamente variável, microchip, microletras, dados variáveis impressos a la-



**Opção:** se o chip não for ativado, o cartão valerá como identidade

ser, tinta invisível reativa à luz ultravioleta, fundo de segurança e tinta metálica antiscanner.

O 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital, destaca a importância da certificação digital na rotina de trabalho dos mé-

dicos: “Muitos, hoje, já têm exigências para esses certificados em função dos contratos estabelecidos. É uma realidade que avança a todo o momento e o CFM antecipa e amplia a possibilidade de adesão a essas novas exigências”.



## CRM digital

# Cartilha explica principais pontos

Para auxiliar os médicos brasileiros a entenderem o que é Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e Registro Eletrônico de Saúde (RES), o Conselho Federal de Medicina (CFM), em parceria com a Sociedade Brasileira de Informática na Saúde (SBIS), lançou a “Cartilha sobre prontuário eletrônico: a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde”.

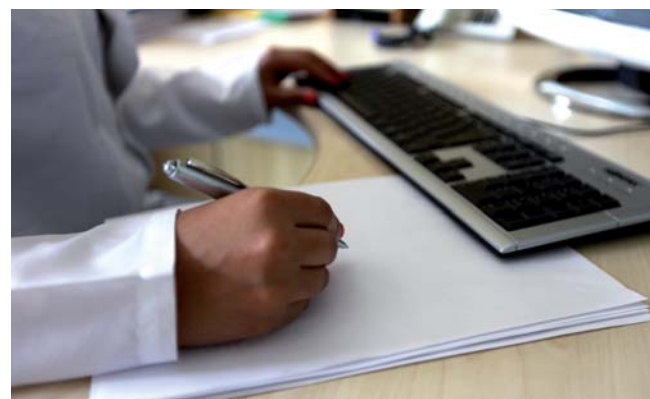
A publicação, com linguagem bastante acessível, possibilita a profissionais e demais interessados o acesso a informações sobre PEP e RES, bem como conhecer as normas para a emissão

de um prontuário 100% digital e com validade jurídica. O conteúdo dispõe de respostas para as principais dúvidas a respeito desse assunto, atendendo, assim, uma série de solicitações que o CFM e a SBIS vêm recebendo durante os últimos anos.

Disponível nos sites do CFM e da SBIS – ou pelo link <http://bit.ly/wXuGVI> –, a cartilha também explica as exigências da Resolução CFM 1.821/07, considerada importante marco regulatório para a categoria ao aprovar as normas técnicas para digitalização e uso dos sistemas informatizados para

a guarda e manuseio dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Para o diretor da Infraestrutura de Chaves Públicas do Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), Maurício Coelho, a publicação contempla os aspectos mais importantes na gestão de um sistema legal, autêntico e seguro. Para ele, “trata-se da culminância de um trabalho exemplar desenvolvido pelo CFM, abordando aspectos normativos, técnicos, logísticos e de publicidade. Tenho a certeza



**Temas:** cartilha explica os passos para conferir legalidade às transações

de que a classe médica brasileira, liderada por seu conselho de classe, despontará no cenário mundial do uso das TICs em prol da saúde”, concluiu.

**ICP-Brasil** – A certificação digital no padrão da Infraestrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil) é cada vez mais usada como ferramenta exclusiva para acessar, enviar e receber dados. O motivo, além da segu-

rança e praticidade propiciadas pela tecnologia, está na legalidade conferida às transações eletrônicas realizadas com a certificação digital ICP-Brasil. Entre os temas abordados na cartilha – uso, aplicação, conceitos gerais sobre a ICP-Brasil, emissão e inclusão do certificado digital ICP-Brasil no CRM digital – há um tópico inteiramente dedicado a esse assunto.

## Saiba mais sobre termos que fazem parte do universo digital

**Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** é a principal ferramenta de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (Tics) que o médico precisa ou precisará lidar nas suas atividades diárias, quer no consultório, centro diagnóstico ou hospital. É fundamental que o médico utilize uma ferramenta de alta qualidade, segura e que possa auxiliá-lo no registro da história clínica e exame físico, bem como na solicitação de exames e prescrição.

**Registro Eletrônico de Saúde (RES):** permite o armazenamento e o compartilhamento seguro das informações de um paciente. Com a evolução da tecnologia, especialmente da internet, a possibilidade de compartilhar as informações de saúde tornou-se viável e, naturalmente, o PEP, antes de uso exclusivo e interno da instituição de saúde, evoluiu para a efetivação de um Registro Eletrônico de Saúde (RES) – o qual possui em seu núcleo conceitual o compartilhamento de informações sobre a saúde de um ou mais indivíduos, inter e multi-instituição, dentro de uma região (município, estado ou país) ou, ainda, entre um grupo de hospitais.

**Certificado digital:** é um arquivo de computador que identifica uma pessoa física ou jurídica no mundo digital. Segundo o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), o certificado digital é um documento eletrônico que contém o nome, um número público exclusivo denominado chave pública e muitos outros dados que mostram quem somos para as pessoas e para os sistemas de informação. A chave pública serve para validar uma assinatura realizada em documentos eletrônicos.

**ICP-Brasil:** no Brasil, para que um documento eletrônico possa ter validade jurídica, ética e legal deve-se necessariamente assiná-lo utilizando um certificado digital padrão ICP-Brasil, que é a infraestrutura instituída pela Medida Provisória 2.200/01 – que garante a autenticidade e integridade de documentos eletrônicos através da sistemática da criptografia assimétrica (chaves públicas e privadas).

**Resolução CFM 1.821/07:** considerada importante marco regulatório, estabeleceu os requisitos obrigatórios para a Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde e, acompanhando a legislação federal para documento eletrônico, reforçou a obrigatoriedade do uso de certificação digital (assinatura eletrônica) para a validade ética e jurídica de um PEP/RES.

**CRM digital:** para estimular e massificar o uso de certificação digital por todos os médicos no Brasil, o CFM distribuirá gradualmente a nova carteira de identificação do médico na forma de um *smartcard*. Ao receber o CRM digital, o médico poderá usá-lo como sua identidade. Entretanto, para utilizá-lo nos sistemas de informação, deve procurar uma Autoridade de Registro (AR) capaz de inserir o certificado digital padrão ICP-Brasil.

**Documento eletrônico:** pode ser entendido como a representação de um fato concretizada por meio de um computador e armazenado em formato específico (organização singular de *bits* e *bytes*), capaz de ser traduzido ou apreendido pelos sentidos mediante o emprego de programa (*software*) apropriado.

**Nível de garantia de segurança:** um dos pontos mais importantes da Certificação SBIS-CFM é a segurança da informação. Para isso, definiu-se uma série de requisitos de segurança que os sistemas devem obrigatoriamente atender. O processo de certificação SBIS-CFM classifica os S-RES, do ponto de vista de segurança da informação, em dois níveis de garantia de segurança (NGS). Somente os sistemas em conformidade com o NGS2 atendem a legislação brasileira de documento eletrônico e, portanto, podem ser 100% digitais, sem a necessidade da impressão do prontuário em papel.

**Certificação de software:** é um processo de auditoria em sistemas informatizados que capturem, armazenem, apresentem, transmitam ou imprimam informação identificada em saúde. Essa auditoria verifica se o sistema atende a 100% dos requisitos obrigatórios definidos no manual da certificação. O objetivo dessa auditoria é aumentar a segurança da informação armazenada em sistemas de PEP/RES, criar os regulamentos e normativas para o suporte legal para eliminação do papel (prontuário eletrônico) e melhorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde no Brasil.

## Relação médico-indústria

# Acordo estabelece parâmetros éticos

**O instrumento deve contribuir para assegurar a autonomia dos médicos ante a abordagem dos representantes dos laboratórios**



**Clareza:** devem ser informadas as vantagens e os riscos de medicamentos

Acordo inédito – firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e as principais entidades de representação da indústria farmacêutica no país – estabeleceu parâmetros para a relação entre os médicos e as empresas. O documento, elaborado ao longo de mais de um ano de discussões, passa a ser importante instrumento para assegurar a autonomia dos profissionais ante a abordagem dos produtores de insumos e equipamentos.

O protocolo, lançado em 14 de fevereiro, durante solenidade realizada em São Paulo (SP), já está em vigor (*leia mais sobre*

*o lançamento na matéria abaixo*). Seu principal objetivo é fixar os limites éticos no relacionamento entre profissionais e setores da indústria.

Fazem parte do documento temas como a transparência na relação entre médicos e setores do mercado, o apoio dessas empresas ou entidades à organização de congressos técnicos e científicos, os patrocínios aos convidados de eventos, as ofertas de brindes e presentes, e as boas práticas esperadas no trabalho de visitação aos hospitais, clínicas e consultórios.

Para o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila, a iniciativa atesta que a relação entre mé-

dicos e indústria evolui para novo patamar. “Ganhamos em transparência e respeito, sem contar a autonomia e a liberdade que os médicos e suas entidades de representação conquistam no momento de expressar suas opiniões, ideias e análises”, ressalta.

Antônio Britto, presidente da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), destaca que um dos principais méritos da iniciativa é que ela determinará, de maneira clara, as diretrizes éticas da relação médico-indústria. E explica que os trabalhos do CFM e da Interfarma tiveram o propósito de esclarecer alguns pontos desta relação não claramente definidos. “Aí nasceu a ideia de um trabalho conjunto que discutisse isso com duplo objetivo: fazer com que haja regras absolutamente claras e transparentes, e que essas regras tornem cada vez mais ética a relação entre os médicos e a indústria”, ressalta.

## Boas práticas serão aperfeiçoadas

O presidente do CFM assumiu o compromisso de acompanhar permanentemente, com representantes de outras entidades e de setores da indústria farmacêutica, a aplicação ao protocolo de boas práticas. Uma comissão será criada com a incumbência de verificar o nível de adesão à proposta. No decorrer do processo, não estão descartados ajustes para o aperfeiçoamento do documento, após análises e discussões no âmbito do CFM.

“Esse protocolo é um primeiro passo, que coloca a relação entre os médicos e a indústria em outro nível.

Contudo, não queremos dar este trabalho por encerrado. É importante estarmos atentos para garantir sua aplicação plena e, ao mesmo tempo, enxergar pontos que poderão ser acrescentados no futuro”, ressalta o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila.

O processo que levou ao estabelecimento do acordo de boas práticas abarca o lastro ético e legal de diretrizes consolidadas pelo CFM, dialogando com o Código de Ética Médica (CEM), em vigor desde 2010, e com as novas regras para publicidade médica, que passaram a valer em 15 de fevereiro.

Esse conjunto de iniciativas busca preservar a independência profissional do médico e torná-lo consciente das implicações éticas de sua conduta ao se relacionar com empregadores e indústria.

O CEM abrange questões que o protocolo retoma, proibindo, por exemplo, o médico “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”.

## CONHEÇA AS PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES

### Organização de eventos

- O patrocínio pela indústria será possível por contrato escrito com a empresa ou entidade organizadora.
- O apoio da indústria não pode estar condicionado à interferência na programação, objetivos, local ou seleção de palestrantes.

### Participação de médicos

- A presença de médicos em eventos a convite da indústria deve ter como objetivo a disseminação do conhecimento técnico-científico e não pode ser condicionada a qualquer forma de compensação por parte do profissional à empresa patrocinadora.
- As indústrias farmacêuticas utilizarão critérios objetivos e plurais para identificar os médicos que serão convidados a participar de eventos, não podendo usar como base critérios comerciais.

### Sobre despesas e reembolsos

- As indústrias farmacêuticas que convidarem médicos para eventos somente poderão pagar as despesas relacionadas a transporte, refeições, hospedagem e taxas de inscrição cobradas pela entidade organizadora.
- O pagamento de despesas com transporte, refeições e hospedagem será exclusivamente do profissional convidado e limitado ao evento.
- Fica proibido o pagamento ou o reembolso de despesas de familiares, acompanhantes ou convidados do profissional médico.
- Os médicos convidados não podem receber qualquer espécie de remuneração (direta ou indireta) pelo acompanhamento do evento, exceto se houver serviços prestados fixados em contrato.
- As indústrias farmacêuticas não poderão pagar ou reembolsar qualquer despesa relacionada a atividades de lazer, independente de estarem ou não associadas à organização do evento científico.

### Brindes e presentes

- Os brindes oferecidos pelas indústrias farmacêuticas aos profissionais médicos deverão estar de acordo com os padrões definidos pela legislação sanitária em vigor.
- Esses materiais devem estar relacionados à prática médica, tais como: publicações, exemplares avulsos de revistas científicas (excluídas as assinaturas periódicas), modelos anatômicos etc.
- Os objetos devem expressar valor simbólico, de modo que o valor individual não ultrapasse um terço do salário mínimo nacional vigente.
- Produtos de uso corrente (canetas, porta-lápis, blocos de anotações etc.) não são considerados objetos relacionados à prática médica e, portanto, não poderão ser distribuídos como brindes.

### Regras para visitação

- O relacionamento com profissionais de saúde deve ser baseado na troca de informações que auxiliem o desenvolvimento permanente da assistência médica e farmacêutica.
- O objetivo das visitas é contribuir para que pacientes tenham acesso a terapias eficientes e seguras, informando os médicos sobre suas vantagens e riscos.
- As atividades dos representantes das indústrias farmacêuticas devem ser pautadas pelos mais elevados padrões éticos e profissionais.
- Não pode haver ações promocionais de medicamentos dirigidas a estudantes de medicina ainda não habilitados à prescrição, observadas as normas do estatuto profissional em vigor.



## Novos procedimentos e terapias

# Lançadas normas para reconhecimento

**Resolução do CFM visa acompanhar o avanço do conhecimento científico e tecnológico das ciências médicas**



Hospital Israelita Albert Einstein

**Novas técnicas:** segurança, eficiência e benefícios são itens avaliados

A partir de agora o país conta com uma série de normas éticas e técnicas para reconhecer procedimentos médicos inéditos ou experimentais. É o que estabelece a Resolução CFM 1.982/12, que traz a metodologia necessária para submeter procedimentos à análise da entidade. A norma foi publicada no Diário Oficial da União de 27 de fevereiro.

“Com o grande avanço do conhecimento científico e tecnológico das ciências médicas, o CFM achou necessário uniformizar e estabelecer critérios de análise e aprovação de novos procedimentos médicos no Brasil, bem como especificar a qualificação e capaci-

tação médica exigível para que realizem novos procedimentos”, justifica o relatório da resolução, redigido pelos membros da Comissão de Elaboração de Novos Procedimentos Médicos do CFM – Cacilda Pedrosa de Oliveira, Carlos Vital, Hermann Tiesenhausen e Mauro Britto Ribeiro.

Dentre os documentos necessários, o interessado deverá anexar uma justificativa da aplicabilidade clínica do novo procedimento. O protocolo das etapas clínicas das pesquisas (veja ao lado) deve ser submetido à fiscalização das comissões de ética médica no transcurso das experiências desenvolvidas em seres hu-

manos, após protocolo na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para Aníbal Gil Lopes, representante da Conep no grupo do CFM, “para ser aprovado, um procedimento deve ter passado por uma fase experimental que levou a resultados que comprovem que não traz maleficência e tem grande potencial de beneficência para o paciente”.

Mesmo os novos procedimentos e terapias médicas em uso fora do Brasil devem necessariamente ser avaliados pelo CFM quanto à sua segurança, eficiência, conveniência e benefícios aos pacientes.

Os procedimentos deverão ser avaliados segundo sua aplicabilidade clínica e documentação científica que comprove a segurança e eficácia do método proposto, e aprovações em outros países. A comissão de ética brasileira também levará em consideração a aprovação do comitê de ética e pesquisa em seres humanos do país de origem.



### Protocolo das etapas clínicas

- As pesquisas que validam o uso de novos procedimentos na prática médica deverão ser realizadas em três etapas: pré-clínica (EPC), clínica restrita (ECR) e clínica expandida (ECE).
- A EPC é aquela realizada em modelos biológicos não humanos, com a finalidade de demonstrar que o procedimento proposto pode ser realizado em seres humanos com a garantia de uma relação risco-benefício aceitável.
- A ECR é aquela realizada em seres humanos, não excedendo a 50 sujeitos de pesquisa, com a finalidade de demonstrar a segurança do procedimento proposto.
- A ECE é aquela realizada em seres humanos, envolvendo um número suficiente de sujeitos de pesquisa, com a finalidade de demonstrar a segurança e eficácia do procedimento proposto.
- A análise de um protocolo de pesquisa em seres humanos deverá levar em conta a relevância e os resultados dos estudos pré-clínicos.

### Veja os documentos exigidos para submissão

- |   |  |
|---|--|
| • Justificativa da aplicabilidade clínica do novo procedimento.     | • Protocolo de pesquisa clínica (etapa pré-clínica, etapa clínica restrita e etapa clínica expandida já concluídas). |
| • Protocolo e aprovação das etapas clínicas pelo Sistema CEP/Conep. | • Notificação de efeitos adversos ocorridos nas etapas clínicas apresentados ao Sistema CEP/Conep.                   |
| • Resultados consolidados das EPC, ECR e ECE que validam o estudo.  | • Relatório de acompanhamento da comissão de ética médica (etapa clínica restrita e expandida).                      |

## Conheça alguns procedimentos analisados pelo CFM nos últimos anos

### LENTE

O implante de lente de câmara anterior com suporte iriano é um procedimento usual na prática médica oftalmológica para o tratamento de pacientes com altas ametropias e/ou afácicos, para as indicações propostas, ressalvadas as contraindicações referidas (Resolução CFM 1.843/08).

### OZONIOTERAPIA

A ozonioterapia é procedimento experimental submetido à Resolução CNS 196/96 – trata da pesquisa envolvendo seres humanos e inclui aprovação do projeto de pesquisa e consentimento livre e esclarecido por comitê de ética (Parecer CFM 13/09).

### EXCIMER LASER

Tratamentos cirúrgicos refrativos com Excimer Laser fazem parte da terapêutica funcional e usual da oftalmologia. Constituem alternativas para a correção visual de ametropias em relação ao tratamento com óculos ou lentes de contato (Parecer CFM 28/10).

### COLÁGENO CORNEANO

O *cross-linking* de colágeno corneano retarda ou estabiliza a progressão do ceratocone. O procedimento é eficaz e pode ser indicado para pacientes com ceratocone progressivo e ectasia progressiva pós-cirurgia refrativa (Parecer CFM 30/10).

### ANEL INTRAESTROMAL

O implante de anel intraestromal é técnica reconhecida pela comunidade científica como o tratamento indicado de ceratocone (estágios III e IV) e deverá constar no rol de procedimentos da ANS (Parecer CFM 32/10).

### ORTOMOLECULAR

A Resolução CFM 1.938/10 estabelece normas técnicas para o diagnóstico e procedimentos terapêuticos da prática ortomolecular e biomolecular, obedecendo aos postulados científicos de estudos clínico-epidemiológicos.

### BARIÁTRICA

A Resolução CFM 1.942/10 estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. O texto define indicações gerais, procedimentos aceitos e equipe. Também trata de risco anestésico-cirúrgico e necessidades do hospital.

### RADIOABLAÇÃO

Para neoplasias renais, a radioablação está indicada para os pequenos tumores múltiplos, pequenos tumores em rim único ou em pacientes idosos contraindicados para a ressecção convencional ou clássica (Parecer CFM 36/11).

### ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA

A estimulação magnética transcraniana superficial é considerada ato válido e utilizável na prática médica, com indicação para depressões, alucinações auditivas e planejamento de neurocirurgia (Parecer CFM 37/11).

### PRÓTESE VALVAR

Técnica de implante por cateter de prótese valvar aórtica é um procedimento seguro e eficaz para corrigir a obstrução valvar em pacientes idosos com estenose aórtica acentuada ou comorbidades, e com contraindicação cirúrgica (Parecer CFM 3/12).

## Corregedoria do CFM

# Sobe número de processos julgados

**Número de recursos julgados ou extintos no CFM aumentou 33%, em 2011 entrada de procedimentos subiu 10%**



**Pilhas de processos:** tecnologia diminui essa realidade e traz agilidade

Levantamento realizado pela Corregedoria do Conselho Federal de Medicina (CFM) indica que em 2011 houve aumento de 33% no número de processos recursais julgados ou extintos: foram 997 (488 recur-

sos em sindicâncias e 509 em processos ético-profissionais) contra 748, em 2010 (389 recursos em sindicâncias e 359 em processos ético-profissionais).

As extinções, de acordo com o corregedor do CFM,

José Fernando Maia Vinagre, estão sobretudo relacionadas a processos instaurados apenas com base em princípios fundamentais do Código de Ética Médica de 1988: "Com a entrada em vigor do Código de Ética aprovado em 2009, passou a não existir a possibilidade de se processar um médico a partir de princípios fundamentais. Assim, esses processos são extintos por despacho do corregedor ou do presidente, com a devida aprovação da câmara de julgamento ou da plenária de conselheiros. Tal fato é regulamentado pela Resolução CFM 1.969/11". Outras causas de extinção são, por exemplo, falecimento do médico denunciado, ilegitimidade de uma das partes para atuação no processo e prescrição. Todos os procedimentos que chegam ao CFM são recursos analisados em primeira instância por conselhos regionais.

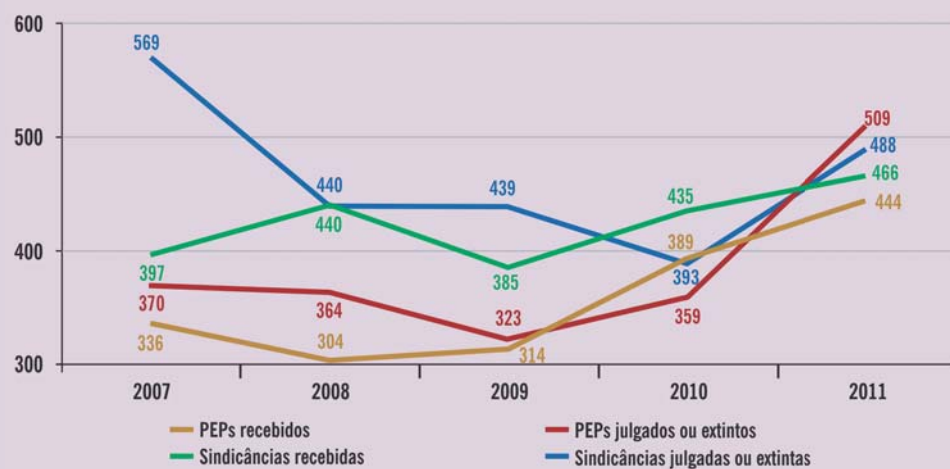
**Entrada** – O número de recursos encaminhados pelos conselhos regionais ao Conselho Federal também subiu. Em 2011 foram 910 procedimentos de apuração (466 sindicâncias e 444 processos ético-profissionais). Em 2010, os recursos somaram 828 (435 sindicâncias e 393 processos ético-profissionais). O aumento é da ordem de 10%. "Avaliamos que o crescimento do número de procedimentos que chegam ao Conselho se deve, entre outros fatores, ao incremento da fiscalização, ao fato de que há mais médicos em atuação no país a cada ano e a um maior interesse das partes por discutir os conflitos em segunda instância", diz Vinagre.

Apesar do crescente volume de recursos que chegam ao Conselho (veja *série histórica no gráfico abaixo, à esquerda*), em 2011 a quantidade de procedimentos julgados pelo CFM foi superior a de recebidos. Isso permitiu que o número de recursos

em trâmite no ano fosse reduzido em 9% (de 230 para 217) no caso de sindicâncias e em 15% (de 414 para 351) no caso de processos ético-profissionais. "Com um maior número de processos e sindicâncias tramitando nos conselhos regionais, é fato que o número de recursos aumenta no CFM, mas é prioridade absoluta do Conselho julgar os recursos que chegam à instituição", analisa Vinagre.

**Ética** – De acordo com o corregedor, os processos contra médicos poderiam em geral ser evitados. "O profissional deve conhecer o Código de Ética Médica, seguir as suas determinações e estabelecer uma relação com seu paciente baseada em confiança, clareza e, principalmente, generosidade. Uma relação médico-paciente bem estabelecida evita que o paciente faça representações contra o médico, pois deixa de haver desentendimentos e razões para conflito", avalia.

**Recursos recebidos e julgados/extintos pelo CFM entre 2007 e 2011**



## Atualização profissional

### Revogada a Resolução CFM 1.772/05

O Conselho Federal de Medicina (CFM) revogou, na sessão plenária de fevereiro, a Resolução CFM 1.772/05, que instituiu o Certificado de Atualização Profissional para os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação.

A partir de agora, a elaboração de normas e regulamentos para a certificação de atualização profissional dos títulos e outras questões re-

ferentes ao tema, e a emissão de certificação de atualização profissional, ficam a cargo da Associação Médica Brasileira (AMB) – que concede títulos de especialista aos médicos aprovados em avaliações teóricas e práticas – e das sociedades médicas que representam as 53 especialidades reconhecidas no Brasil (segundo a Resolução CFM 1.973/11).

Ciente de que o contínuo desenvolvimento profissional

do médico faz-se necessário em função do rápido aporte e incorporação de novos conhecimentos na prática médica, o CFM continuará investindo em programas de educação médica continuada, consideradas práticas obrigatórias para a atualização do profissional em busca da manutenção de suas competências científicas, com vistas ao melhor exercício da medicina em suas especialidades e áreas de atuação.

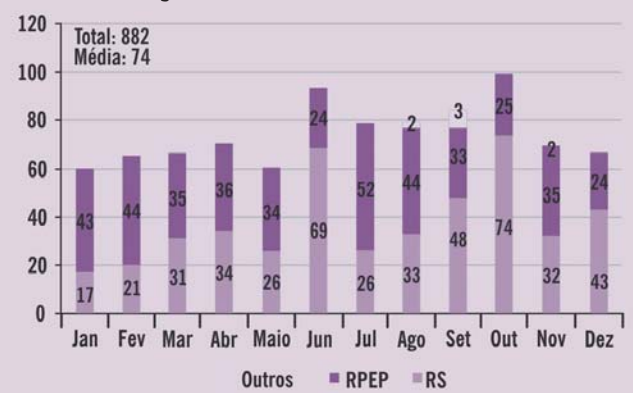
## Digitalização incrementada

Em 2011, o Conselho Federal de Medicina incrementou o trabalho de digitalização de processos – desde janeiro daquele ano todos os procedimentos que chegam à instituição, relacionados a apuração da conduta de médicos, passam por digitalização. Ao todo, 882 processos foram digitalizados no período de janeiro a dezembro.

"A digitalização dá mais agilidade ao trabalho dos relatores e à administração da Corregedoria. Os conselheiros relatores podem consul-

tar o processo de maneira mais simples, de qualquer lugar, com dados armazenados em um *pendrive*. Também há mais segurança, porque não há necessidade de que o processo em papel saia da sede do Conselho. E há ainda a economia relacionada à redução da cópia de processos em papel", avalia o corregedor do CFM, José Fernando Maia Vinagre. O CFM doou a cada conselho regional, em 2011, o equipamento necessário para que adotem a digitalização em suas rotinas administrativas.

**Digitalização de processos pelo CFM, em 2011**

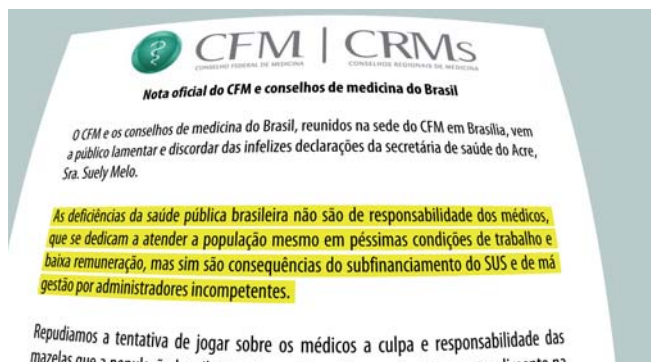




## Responsabilização

## Médicos reagem no Acre

**Nota dos conselhos repudia ofensa de secretária de Saúde acreana e aponta os reais problemas que afetam a saúde**



**Documento:** médicos não podem ser culpados por mazelas do SUS

Uma nota oficial assinada pelo Conselho Federal (CFM) e os conselhos regionais de medicina (CRMs) de todo o Brasil manifestou repúdio em relação às declarações da secretária de Saúde do Acre, Suely Melo, que chamou os médicos de mercenários em entrevista a um programa de TV local, no dia 21 de janeiro.

No documento leva-

do a público em 8 de fevereiro, a rede conselhal lamentou a “tentativa de jogar sobre os médicos a culpa e responsabilidade das mazelas que a população brasileira sofre no dia a dia quando procura atendimento na saúde pública”. Para os conselhos de medicina, as deficiências da saúde pública brasileira não são responsabilidade dos médicos, mas conse-

quência de problemas estruturais como o subfinanciamento do SUS e a má gestão.

A nota dos conselhos ressalta que, conforme demonstrado em recente trabalho publicado pelo CFM (*Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*), a dificuldade de contratação de médicos no serviço público não significa falta de médicos; indica falta de uma política pública que permita a colocação de médicos em locais de difícil acesso, com condições de trabalho e remuneração compatível com a responsabilidade requerida. A criação de uma carreira de estado para os médicos do SUS é uma das medidas defendidas pelas entidades para reverter esse quadro.

## Interlocução

## CFM visita regionais do ES e DF

A Diretoria do CFM deu continuidade, em fevereiro, à série de visitas aos conselhos regionais. Neste mês, no dia 14, foi a vez do conselho regional do estado do Espírito Santo (CRM-ES). O grupo se reuniu com o plenário capixaba e ouviu dos conselheiros regionais sugestões e comentários que poderão balizar e orientar as ações que serão desenvolvidas, em nível federal, em prol da medicina e da assistência à população.

O segundo a receber a visita dos conselheiros federais foi o conselho regional do Distrito Federal (CRM-DF), no dia 29.

Nas visitas, os conselheiros puderam renovar o intercâmbio e comemorar a aprovação do projeto de regulamentação da medicina na CCJ do Senado Federal, no início do mês.

Em janeiro, os membros retomaram o projeto de integração no conselho regional do estado da Paraíba (CRM-PB). Dalvílio Madruga, conselheiro federal paraibano, comemorou a iniciativa: “Tivemos a satisfação de ser o primeiro estado visitado pela Diretoria do CFM neste ano de 2012. Esse intercâmbio tem permitido a aproximação das cúpulas diretivas das entidades e o fortalecimento da rede conselhal”, analisa.

**Visitas previstas** – Ainda no primeiro semestre de 2012, outras duas visitas estão programadas. Em março, o encontro será em Florianópolis (SC), com o conselho regional do estado de Santa Catarina (Cremesc), no dia 27.

No mês de maio, o compromisso da diretoria do CFM é com o conselho regional de Rondônia (Cremero), no dia 28.

## Renovação

## Conselhos elegem novas diretorias

Os conselhos regionais de medicina de quatro estados empossaram novas diretorias neste início de ano: Mato Grosso do Sul (CRM-MS), Minas Gerais (CRM-MG), Rio Grande do Sul (Cremers) e Paraná (CRM-PR). A renovação é prevista no regimento interno das entidades, que fixa o mandato das diretorias em vinte meses.

No Mato Grosso do Sul, a posse oficial dos conselheiros que estarão à frente da entidade até setembro de 2013 ocorreu no dia 2 de fevereiro, com cerimônia solene no dia 24.

O novo presidente da entidade, Luís Henrique Mascarenhas Moreira, é especialista em Hematologia e Hemoterapia e foi vice-presidente do CRM-MS na gestão anterior.

Em Minas Gerais, a nova diretoria do conselho para a gestão fevereiro/2012 a setembro/2013 tomou posse no dia 27 de janeiro. O novo presidente é João Batista Gomes Soares, especialista em Anestesiologia e Pediatria.

Na semana seguinte, foi a vez da posse do novo comando do regional do Paraná. A chapa, presidida pelo cirurgião vascular Alexandre Gustavo Bley, foi empossada no dia 31 de janeiro, em sessão plenária extraordinária realizada na sede do CRM-PR.

Também em janeiro, foi realizada a eleição da diretoria do Cremers. O conselheiro Rogério Wolf de Aguiar assumiu a presidência em 1º de fevereiro e a cerimônia solene de posse será realizada em 1º de março.

## Giro médico

**Bioética** – A Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) promove, no dia 22 de abril, em Belém (PA), o Simpósio Amazônico de Bioética. Serão debatidos em suas implicações bioéticas temas como saúde indígena, biodiversidade, biopirataria, eutanásia, ortotanásia e saúde da mulher. O simpósio integra a programação do Congresso Médico Amazônico, a realizar-se no período de 22 a 25 de abril. As inscrições estão abertas. Mais informações em [www.congressomedicoamaznico.com.br](http://www.congressomedicoamaznico.com.br) ou em [www.sbbioetica.org.br](http://www.sbbioetica.org.br).

**Residentes** – Tomou posse como presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), no dia 27 de janeiro, a ex-presidente da Associação dos Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro (Amererj), Beatriz Costa. A nova diretoria foi empossada em solenidade promovida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremers). Em seu discurso, Beatriz Costa ressaltou a importância da luta pela valorização dos médicos residentes e da preceptorial. As principais lideranças médicas do país – representantes do Cremers, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos (Fenam), entre outras – estiveram presentes.

**Publicidade** – Novas regras para a publicidade médica passaram a vigorar no dia 15 de fevereiro com a vigência da Resolução CFM 1.974/11, que visa impedir o sensacionalismo, a autopromoção e a mercantilização do ato médico. Tire as principais dúvidas em <http://portal.cfm.org.br/publicidademédica>.

**ENCM 2012** – Brasília recebe nos dias 7, 8 e 9 de março o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina de 2012 (I ENCM 2012). A programação preliminar está disponível no site de eventos no portal do CFM ([www.eventos.cfm.org.br](http://www.eventos.cfm.org.br)).

## CRM de Alagoas

## Cremal abre o ano com ações de fiscalização

Um Encontro de Fiscalização com o CFM abriu o calendário de eventos de 2012 do Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas (Cremal). Na ocasião, uma série de palestras orientou o que pode ser dito e mostrado em reportagens e comerciais da área médica.

Na abertura do encontro, que teve a participação de publicitários, jornalistas e assessores

de comunicação de empresas de saúde, o presidente do CFM enfatizou que “não se deve vender ilusões, enganar, fazer promessas, mas sim agir com objetividade, sinceridade e ética”.

**Fiscalização surpresa** – O encontro contou, ainda, com uma visita de inspeção ao Ambulatório 24 Horas Assis Chateaubriand, em Maceió, onde a equipe verificou instalações físi-

cas, abastecimento de medicação, equipe médica e suporte de aparelhagem. Foram constatadas irregularidades que descumprem as normas de segurança à saúde.

“Esse é um trabalho rotineiro. Geralmente, damos um prazo para ajuste das inconformidades. Havendo persistência, encaminhamos denúncia ao Ministério Público Federal”, explicou o presidente do Cremal, Fernando Pedrosa.

## O equívoco dos “prêmios”

## CFM alerta para implicações éticas

**Comitês sujeitam médicos a pagamentos e compras de ingressos, colocando-os em situações constrangedoras**



**Irresponsabilidade:** o CFM desautoriza o uso de seu nome por eventos

O Conselho Federal de Medicina (CFM) faz mais um alerta aos médicos e à sociedade sobre as implicações éticas relacionadas ao recebimento de prêmios de medicina. Médicos brasileiros têm sido abordados

por “comitês gestores” deste tipo de iniciativa (quase sempre vinculada ao setor privado), solicitando que confirmem seu nome em lista de homenageados. Além de violarem preceitos éticos de medicina, esses médicos

são submetidos a condições para a concessão do prêmio, especificamente pagamentos e compras de ingressos e mesas para dispendiosas cerimônias de premiação.

A entidade ressalta que os médicos devem desconfiar de empresas que usam o nome do CFM na divulgação dos prêmios. Em depoimento, uma médica alagoana denunciou a fraude: “Uma grande farsa muito bem planejada e montada. O site só tem acesso após depositar o pagamento exigido para a participação da premiação”.

Uma dessas premiações destaca em sua página que os homenageados pertencem

a seletos grupo de médicos que fazem a diferença com o comprometimento e a certeza de estarem realizando o melhor. Segundo o tesoureiro do CFM, José Hiran Gallo, a maioria dos médicos de Rondônia recebeu a carta avisando sobre a homenagem. “Eles encaminham para todos os médicos, demonstrando ser uma premiação mercantilista. Quem pagar o prêmio é homenageado”, alerta.

A Resolução 1.974/11, que estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e proibições relacionadas, explícita, em seu art. 12,

que: “O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o ‘médico do ano’, ‘destaque’, ‘melhor médico’ ou outras denominações que visam ao objetivo promocional ou de propaganda, individual ou coletivo”.

Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos, auferir lucros de qualquer espécie e permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

## Personagem médico

## “A ingenuidade do interior chega a me emocionar”

Médico mato-grossense, inspirado pelas letras, pela vivência com o pai e o avô e pela ingenuidade da vida no interior, Gabriel Novis Neves, 76 anos, é o personagem médico desta edição do jornal Medicina.

Formado pela Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), enfrentou os desafios apresentados à maioria dos jovens médicos antes da consolidação profissional. Recém-formado, iniciou a carreira no Rio de Janeiro, mas acabou optando por retornar à cidade natal. “Chegamos, eu e minha mulher, aqui em Mato Grosso no dia 31 de julho de 1964 e encontramos uma casinha popular. Tinha 80 metros quadrados. Meus três filhos nasceram nessa casa. Eu assumi os piores cargos, aqueles que ninguém queria”, lembra.

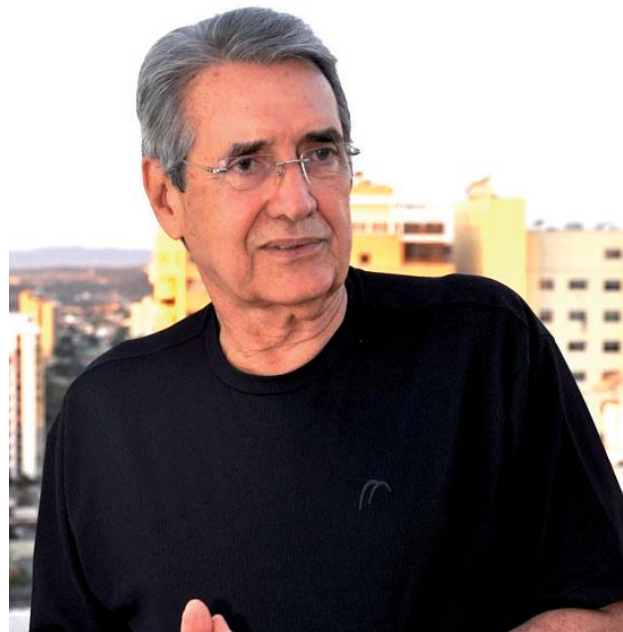
A partir daí, construiu sua trajetória em Cuiabá. Modesto, atribui à sorte e a fatores circunstanciais a oportunidade de ter se envolvido em importantes pro-

jetos para o estado, como a fundação da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e a atuação frente às secretarias de Saúde e Educação. Mas o fato é que o nome de Gabriel Novis Neves está impresso na história de Mato Grosso como um importante personagem. Defendeu uma universidade voltada para o desenvolvimento da região e, a partir desse ideal, a UFMT adquiriu prestígio nacional. Transformou oportunidades em empreendimentos respeitados e bem-sucedidos.

No seu caminhar até se formar médico, as figuras do pai e do avô foram decisivas. O pai foi quem o desafiou a buscar novas possibilidades de estudo: “Eu não queria ser médico, o que eu queria ser era garçom do bar do meu pai, o grande centro de vivência e convivência de Cuiabá. Eu ficava molequinho ali, fui criado ali, ia servindo, achava uma diversão e ficava ouvindo as conversas. Esses nomes de rua aqui de Cuiabá, a todos eu servi cerveja. Fiquei to-

mando conta da sorveteria, fazia tudo, comprava baunilha, pegava leite da chácara, fabricava sorvete de nata, sorvete de leite, sorvete de creme. Meu pai, que só tinha instrução primária, mas sabia o que era bom para os filhos, me viu crescendo e me entusiasmando com aquele universo. Mas aqui só existia o ensino médio, não havia perspectiva. Então, ele me incentivou a cursar medicina no Rio”.

O avô, médico otorrinolaringologista, foi outra importante influência. “Eu ia fazer companhia para o meu avô e ficava no consultório. O mais comum eram casos de corpo estranho. Tinha a Piraputanga, então tinha muita gente com espinha na garganta, e crianças com feijões brotando nos ouvidos”, brinca. “Eu achava uma enormidade o que o meu avô ganhava, considerando o preço do picolé. E ele me falava que o sujeito pagava para ‘quem sabia’. Então, percebi que tinha que adquirir conhecimento para um



**Novis:** espiritualidade e emoção são marcas de sua personalidade

dia receber um honorário digno”, relata.

A ingenuidade do interior também marcou a sua história e atuação. Do cenário mato-grossense partiu a inspiração para atuar como cronista. É colaborador para os principais jornais, revistas e sites locais e dono do blog “Bar do bugre”, criado em 2009, uma alusão ao bar do próprio pai. No layout, uma

foto em preto e branco revela o charme da antiga pracinha do centro de Cuiabá e a boemia de um chope com colarinho, marcas da espiritualidade e emoção de sua personalidade. “Me preparei para ser médico, e médico do interior. O interior é muito rico, acontece muita coisa bela por aqui. A ingenuidade do interior chega a me emocionar”, diz Novis.