



Demografia médica 2013

Distribuição desigual atinge SUS e regiões com piores indicadores

Estudo do CFM e do Cremesp analisa o perfil da população médica brasileira e aponta caminhos para melhorar a assistência em saúde. Págs. 3 (Palavra do presidente) e 5 a 7



Panorama nacional confirma: PCCVs avançam nos estados. Pág. 8

Ensino médico

CFM vê avanço em medidas do MEC

Pág. 4

Direção técnica

Cargo requer título de especialista

Pág. 9

Santa Maria

CFM reconhece dedicação de médicos

Pág. 12



Demografia e solidariedade

Cada vez mais numerosos, os médicos brasileiros se concentram nas regiões mais desenvolvidas e têm pouco interesse em atender a rede pública. Estas são algumas das facetas reveladas pelo estudo “Demografia médica no Brasil – Volume 2: cenários e indicadores de distribuição”, que abordamos em diferentes reportagens nesta edição.

O trabalho desenvolvido em parceria entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) tem a profundidade científica necessária para fundamentar teses defendidas pelo movimento da categoria.

Com os dados apresentados, o sistema conselhal escapa do falso dilema sobre a falta ou não falta de profissionais no país e põe em foco o que realmente importa neste debate: a ausência de políticas públicas que contemplem a assistência e o trabalho médico de forma estruturante.

Uma das formas de se fazer isso é a implementação de planos, cargos, carreiras e vencimentos (PCCV), que têm agregado alguns avanços pontuais à realidade de médicos de estados como São Paulo, Amazonas, Espírito Santo, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Rio Gran-

de do Norte, Rondônia, Sergipe e Tocantins.

Na seção dedicada à política e saúde, apresentamos um balanço dessas negociações que representam uma reação à degradação progressiva das condições de trabalho e de remuneração. Ainda há dificuldades a serem superadas, mas o primeiro passo foi dado, o que confirma o compromisso do sistema conselhal com o enfrentamento da realidade que aflige a categoria.

Nesta edição, o leitor encontrará a avaliação do CFM com respeito às medidas anunciadas pelo Ministério da Educação para conter a abertura desenfreada de escolas médicas no país. Trata-se de resposta a uma reivindicação histórica dos conselhos de medicina que barra a ação de interesses econômicos e políticos que têm prosperado neste campo.

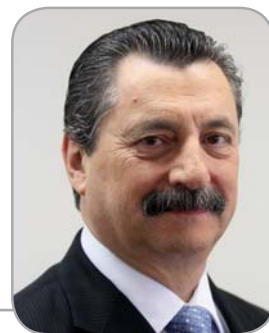
Contudo, essa medida não nos priva de manter a atenção sobre sua efetividade. A preocupação se justifica: o Brasil carece de médicos que deixem as universidades com formação adequada e capazes de atender a população de forma eficaz e segura. Mas com tantas escolas, nos questionamos até se há professores suficientes.

Finalmente, destacamos o trabalho incansável e a competência dos médi-

cos do Rio Grande do Sul e de outros estados que participaram do atendimento às vítimas da tragédia decorrente do incêndio na boate Kiss, em Santa Maria, na noite de 27 de janeiro.

Diversos colegas prontamente deixaram suas casas durante a madrugada e se apresentaram de forma voluntária para o trabalho. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers) esteve no local e constatou o empenho dos profissionais, que se revezaram nas urgências e nas UTIs salvando vidas e renovando a esperança de várias famílias.

Para o CFM, que em nota prestou homenagem a esses profissionais que dignificaram os títulos que possuem, este é um exemplo a ser seguido. Sabemos que a medicina é uma atividade profissional, mas não podemos ignorar que só é plenamente exercida quando a solidariedade, a benevolência, a justiça e o amor ao próximo se materializam no dia a dia. É assim que se constroem trajetórias envoltas na credibilidade.



Desiré Carlos Callegari
Diretor executivo do jornal Medicina

Cartas*

E quem paga convênio e quando precisa não é devidamente atendido? A ANS tem concedido aumentos generosos para os planos sem se preocupar com os usuários. Ou seja, estamos pagando percentual maior que o do aumento de salário. E o que dizer de médico que aceita convênio e ainda cobra por fora?

Clélia Cardim (Telé), jornalista
ccardin@sp.rederecord.com.br

CFM Responde – Também somos contra abusos praticados pelos planos de saúde e alertamos os médicos para o caráter antiético da dupla cobrança.

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

Tendo em vista o número limitado de vagas de residência médica, não seria interessante reconhecer o caráter formador dos cursos *lato sensu*? Sou engenheiro e pai de um médico com quatro anos de formado, por isso, decidi manifestar minha opinião.

Adahyl Candido Jr.
adahylcandido48@hotmail.com

CFM Responde – A melhor forma de resolver esta questão é a ampliação do número de vagas de residência, pois os cursos *lato sensu* não atendem aos pré-requisitos mínimos para a formação de especialistas.

Existe um clima de “vamos destruir os médicos” e essa desconstrução bem serve ao capital (indústria farmacêutica) que quer “receitadores” aos “milhontes” inundando indiscriminadamente de medicamentos a população brasileira, promovendo vultuosos lucros para a indústria farmacêutica. Mais: a população ama os médicos e vê com simpatia a nossa defesa, pois sabe quem realmente quer cuidar dela.

Paulo Cordeiro de Faria
paulodefariah@yahoo.com.br
CRM-MG 7104



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

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: Dalvílio de Paiva Madruga
Corregedor: José Fernando Maia Vinagre
Vice-corregedor: José Albertino Souza

Conselheiros titulares

Abdon José Murad Neto (Maranhão), Aldemir Humberto Soares (AMB), 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 (Parabá), Desiré Carlos Callegari (São Paulo), Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (Alagoas), 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), Pedro Eduardo Nader Ferreira (Tocantins), 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), 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 Miziara (Distrito Federal), Glória Tereza Lima Barreto Lopes (Sergipe), Jailson Luiz Tótola (Espírito Santo), Jeancarlo Fernandes Cavalcante (Rio Grande do Norte), Lisete Rosa e Silva Benzoni (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 (Parabá), 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, Milton de Souza Júnior, Nathália Siqueira, Thais Dutra

Copidesque e revisor: Napoleão Marcos de Aquino
Secretária: Amanda Ferreira
Apoio: Amilton Itacaramby
Fotos: Márcio Arruda - MTb 530/04/58/DF
Impressão: Esdeva Indústria Gráfica S.A.

Projeto gráfico e diagramação: Mares Design & Comunicação

Tiragem desta edição: 380.000 exemplares
Jornalista responsável: Paulo Henrique de Souza
RP GO-0008609

Mudanças de endereço devem ser comunicadas diretamente ao CFM pelo e-mail imprensa@portalmedico.org.br

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

I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina 2013

Belém sediará debates polêmicos

Questões relacionadas ao aborto, à avaliação de egressos e às urgências e emergências serão abordadas



Anfitriões: conselheiros paraenses receberão tradicional evento

Temas de interesse da categoria médica e da sociedade brasileira constituem os eixos do I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, que acontece de 6 a 8 de março em Belém (PA). Juntos, representantes do plenário do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos 27 conselhos regionais (CRMs) se aprofundarão em diferentes questões, algumas delas polêmicas.

A presidente do CRM local (CRM-PA), Fátima Couceiro, destaca a importância dessas atividades para o sistema conselhal. “É uma oportunidade de compartilharmos nossas dificuldades e, de forma conjunta, buscarmos

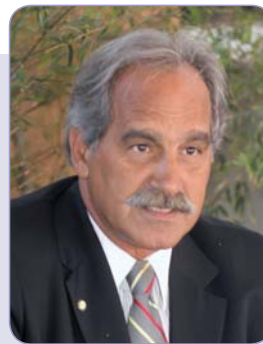
caminhos e respostas para o movimento médico brasileiro. Nosso CRM está orgulhoso em acolher tantos conselheiros engajados com a defesa da assistência e preocupados com o bom exercício da profissão”, acentuou.

Um dos destaques da programação é a mesa-redonda “Aborto e desigualdade social”. Coordenada pelo presidente do CFM, Roberto d’Avila, contará com a participação da professora Débora Diniz, da Universidade de Brasília (UnB). Além dela, contribuirão o professor Christian de Paul de Barchifontaine, reitor do Centro Universitário São Camilo; o promotor de Justiça Diaulas da Costa

Ribeiro e o secretário-geral do CFM, Henrique Batista e Silva, coordenador do grupo técnico criado para avaliar o tema.

Também constam na pauta conferências abordando o diagnóstico e os desafios da assistência nas urgências e emergências dos hospitais (coordenada pelo 2º vice-presidente do CFM, Aloísio Tibiriçá, com participação de Armando de Negri Filho, coordenador-geral da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência); diretoria clínica e diretoria técnica (a escolha dos representantes do corpo clínico em hospitais públicos e privados, coordenada pelo 1º secretário, Desiré Carlos Callegari); e avaliação do egresso das escolas médicas, coordenada pelo presidente Roberto d’Avila. Deste debate, participam também Renato Azevedo (presidente do Cremesp) e o deputado federal Eleuses Paiva (PSD-SP).

Na próxima edição, o jornal *Medicina* trará reportagens com as conclusões e encaminhamentos, além dos destaques desse evento.



PALAVRA DO PRESIDENTE

Roberto Luiz d’Avila

Contra fatos não há argumentos que resistam. A partir dessa premissa, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) foram buscar no mundo acadêmico sustentação às teses defendidas pelas entidades de classe no que se refere à má distribuição dos profissionais pelo país. Após meses de intenso trabalho, veio à luz o estudo “Demografia médica no Brasil – Volume 2”.

Esse levantamento – que o leitor poderá conhecer com mais detalhes nas páginas 5 a 7 – tem a virtude de revigorar o arsenal de argumentos das entidades médicas no embate contra setores da gestão. Nos deteremos sobre dois.

O primeiro é enfático: não há necessidade de abertura das fronteiras brasileiras à entrada de diplomados em medicina no exterior sem a correspondente convalidação de seus títulos. Vários motivos ancoram esta convicção. O crescimento alucinante da população médica nativa, que deve se manter nos próximos anos, é um deles. No cenário atual, sem qualquer medida extraordinária, o país já atingiu a razão de 2 médicos por 1.000 habitantes e em sete anos verá esse índice chegar a 2,5/1.000 – o qual tem sido anunciado como ideal pelo Ministério da Saúde, mesmo sem comprovação ou base técnica.

Além disso, a observação do comportamento de médicos diplomados no exterior e em atividade no Brasil aponta que este grupo, na grande maioria, está longe das áreas de difícil provimento, como sonha o governo. Mesmo que sua porta de entrada esteja em estados do Norte ou Nordeste, ali permanecem por alguns meses e a seguir migram para o Sul ou Sudeste em busca de melhores condições e oportunidades.

O segundo argumento que sai fortalecido deste estudo é a conclusão que aponta a baixa presença de médicos no SUS. E por que isso ocorre? É simples: o médico – brasileiro ou “estrangeiro” – está no limiar de uma crise causada pela demora do governo em anunciar medidas que valorizem a medicina e a assistência.

O descrédito e o desânimo da categoria, que passa a evitar o SUS e se abrigar na esfera privada, com sérios prejuízos para a população, poderiam ser eliminados com decisões firmes e estruturantes tomadas pelos gestores federais, estaduais e municipais.

O Brasil – e os médicos – espera e precisa do aumento de investimentos em infraestrutura em saúde; da regulação eficaz da rede de referência e contrarreferência; de políticas públicas no âmbito do trabalho que fechem as portas à precarização dos vínculos, de educação continuada para os profissionais; e do fim dos baixos salários, que não valorizam o preparo, a responsabilidade e a dedicação exigidos.

Reconhecemos o esforço de alguns setores em entender as dificuldades e tomar algumas medidas para sanar os problemas. No entanto, o déficit histórico, que coloca em risco o projeto do SUS, exige mais. É preciso avançar de forma consistente em distintas frentes, buscando a reconstrução do modelo de assistência no país, mantendo as conquistas e agregando novos avanços.

A “Demografia médica no Brasil – Volume 2” é mais uma contribuição de nossa categoria para a reflexão e o planejamento que se fazem necessários. Esperamos que suas conclusões possam ajudar o governo a não repetir equívocos recentes e, finalmente, encontrar o rumo certo para oferecer assistência de qualidade aos cidadãos.

Agenda do CFM prevê série de eventos

Diversas atividades organizadas pelo CFM estão previstas para 2013. Elas reunirão especialistas e representantes de entidades médicas e do governo que, juntos, farão o diagnóstico de situações e apontarão solu-

ções para problemas que afetam o exercício da profissão e a qualidade da assistência.

Alguns desses fóruns podem dar origem a resoluções, pareceres ou outras medidas institucionais adotadas pelo CFM, o que

demonstra sua relevância. No quadro abaixo, colocamos em destaque os eventos confirmados até junho deste ano. No site do conselho (www.eventos.cfm.org.br) os interessados encontrarão informações sobre cada um.

EVENTO	DATA	LOCAL
Encontro dos Tesoureiros do CFM e CRMs	12 de março	CFM
Fórum de Hematologia	9 de abril	São Paulo
Fórum da Codame	11 de abril	CFM
Fórum de Ensino Médico	15 e 16 de maio	CFM
Fórum de Medicina Aeroespacial	13 de junho	CFM
Fórum de Cooperativismo Médico	25 e 26 de junho	CFM

Ensino médico

MEC muda regra para abrir escolas

Decisão responde a reivindicação histórica do CFM e pode barrar a pressão na liberação de cursos

O presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Roberto d'Ávila, considerou como avanço os critérios estabelecidos para a abertura de escolas médicas no país, recentemente anunciados pelo Ministério da Educação (MEC). Ele pontua que as medidas materializam reivindicações históricas das entidades de classe, especialmente dos conselhos, sempre preocupadas com a qualificação dos futuros profissionais.

“O Brasil precisa de médicos bem formados, bem qualificados e bem capacitados. Essas medidas podem ajudar neste processo, mas ainda não podemos saber se terão impacto na cobertura dos chamados vazios assistenciais”, afirmou d'Ávila. Em seu entender, é muito difícil levar um corpo docente qualificado para o interior de alguns estados e garantir acesso dos estudantes a hospitais de ensino com infraestrutura adequada.

O aspecto positivo do anúncio, de acordo com o

presidente, é que ele oferece argumentação técnica que pode se contrapor a interesses meramente econômicos e políticos de alguns grupos, que até então têm prevalecido. “A abertura indiscriminada de cursos, especialmente privados, é uma preocupação do CFM. Não somos contrários, desde que, comprovada a necessidade social, ocorra o preenchimento de todos os critérios do MEC e exista a garantia da qualidade de ensino, com vagas para a residência médica”, ressaltou.

Critérios – De acordo com o MEC, a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres) da pasta optou por sistematizar os critérios de deferimento de cursos de medicina “para garantir mais transparência aos processos”. A legislação prevê que o Conselho Nacional de Saúde, em parecer, se manifeste sobre a abertura do curso. A partir de agora, porém, os procedimentos serão normatizados por meio de portaria ministerial.

Os novos documentos requeridos deverão comprovar, por exemplo, a relevância social da ampliação de vagas (por meio de um demonstrativo técnico). Para que tenha o pedido atendido, a instituição deverá ter conceitos maiores que três no Índice Geral de Cursos (IGC) e Conceito Institucional (CI). O número de vagas será proporcional ao número de médicos e de habitantes no estado.

O MEC também observará a infraestrutura de equipamentos públicos e programas de saúde existentes e disponíveis no município de oferta do curso. A concessão da autorização depende da existência de pelo menos três programas de residência médica nas especialidades prioritárias – clínica médica, cirurgia, ginecologia-obstetrícia, pediatria, medicina de família e comunidade.

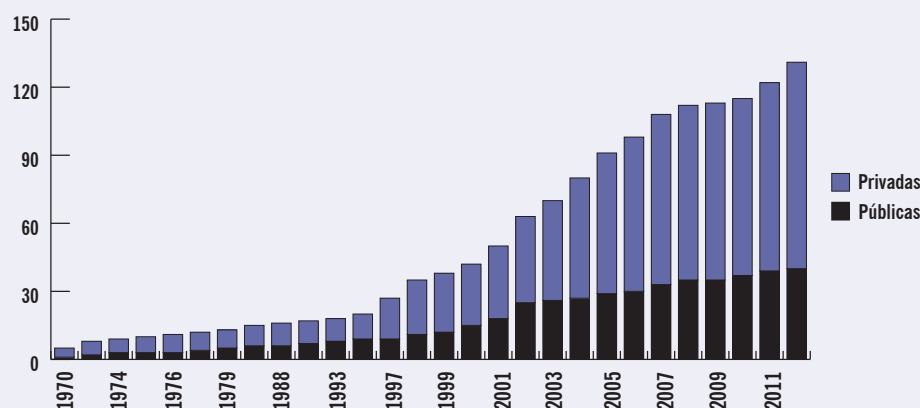
A íntegra da medida consta em portaria publicada no dia 1º de fevereiro.

O documento pode ser acessado em: <http://bit.ly/13mRSIE>

Prevalece a abertura de escolas privadas

De 1970 até o presente, prevalece a abertura de escolas privadas, pondo em relevo a necessidade de se discutir até que ponto os interesses econômicos e políticos estão sendo atendidos em detrimento da necessidade social. Nesses 28 anos, foram 131 novas escolas – 91 delas (quase 70%) privadas. Esse número se somou às 67 que o país tinha em 1969, totalizando 198 escolas médicas. O gráfico abaixo exemplifica esse acréscimo. No ranking de países com maior número de escolas médicas, somos superados apenas pela Índia.

131 novas escolas criadas a partir de 1970 – comparação entre públicas e privadas



DIÁLOGO PARLAMENTAR

Deputado federal
Lelo Coimbra



Para garantir assistência à saúde de qualidade, o deputado federal Lelo Coimbra (PMDB-ES) defende um conjunto de ações que incluem o aparelho formador. O estímulo à interiorização é também citado como fundamental. Em entrevista ao jornal Medicina, Coimbra critica propostas que encorajem a flexibilização para revalidar diplomas por caminhos “marginais” e diz, ainda, que condições de trabalho e salário, e uma revisão do financiamento da saúde, são essenciais.

Em oportunidades anteriores o senhor deu parecer contrário ao projeto de lei que revalidaria diplomas estrangeiros automaticamente. Quais são os problemas relacionados à entrada indiscriminada desses diplomas?

Produzi o relatório de Decreto Legislativo 346/2007 contra a revalidação automática dos diplomas de alunos brasileiros que cursam medicina pela Escola Latino-Americana de Medicina (Elam), em Cuba. Os problemas relacionados à entrada indiscriminada desses diplomas estão na prática da atividade médica sem o devido preparo profissional.

Há diferença entre o ensino aplicado no Brasil e o de outros países?

Cada país tem seu perfil, que se expressa na grade curricular e seus protocolos, com distinções entre si. Em alguns casos temos uma equivalência curricular, mas não uma compatibilidade total. Para isso, defendemos a aplicação e aferição de conhecimento por intermédio de provas.

No ano passado, o Revalida mostrou que dos 677 inscritos apenas 65 foram aprovados. O que o senhor acha desse alto índice de reprovação?

O alto índice de reprovação é uma prova cabal do despreparo dos brasileiros que vão para outros países cursar medicina. Grande parte dos inscritos no exame são oriundos de faculdades de países da América Latina e é a Bolívia que recebe mais candidatos a ocupar uma vaga. Atualmente, 25 mil estudantes circulam pelas faculdades de medicina de Cochabamba e Santa Cruz de La Sierra. Os critérios são duvidosos na formação desses profissionais, pois a maioria das faculdades não possui hospital-escola.

O governo federal teria planos de flexibilizar o exame com vistas a interiorizar o profissional por dois anos. O senhor acha que isso é realmente possível?

Essa proposição é um equívoco, pois estabelece o registro provisório para exercício da profissão sem o devido acompanhamento docente e critérios de avaliação ao final do período. Na prática, o governo cria uma flexibilização para revalidar todos os diplomas por um caminho “marginal”, rompendo com a legislação sobre o assunto muito bem construída por integrantes da academia e instituições profissionais. Com a finalidade de interiorização este método está equivocado, pois o que atrai o profissional são as condições de trabalho, perspectivas profissionais e remuneração justa e digna.

Qual seria a melhor saída para garantir uma saúde de qualidade no setor público?

Não existe “melhor” saída. Há um conjunto de ações que vão das formações profissionais: condições de trabalho e salário; estímulos à interiorização; fortalecimento e qualidade das escolas de formação e dos profissionais que formam. Todos estes fatores pesam como referência à revisão do financiamento da saúde, fato não equacionado desde a constituição do Sistema Único de Saúde.

Demografia médica 2013

Argumentos técnicos rebatem falácias

Com estudo, conselhos de medicina provam que não há necessidade de importar “médicos” ou abrir novas escolas



Reforma estruturante: lideranças dos conselhos defendem conjunto de medidas para salvar o SUS

Embora cada vez mais numerosos, os médicos brasileiros se concentram em certos territórios geográficos, em certas estruturas de atendimento e em algumas especialidades. Estas são algumas das conclusões da pesquisa “Demografia médi-

ca no Brasil - Volume 2: cenários e indicadores de distribuição”, desenvolvida mediante parceria entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

O conjunto de dados

leva a várias conclusões, entendem os conselhos de medicina. Entre elas, algumas que refutam a tese dos que defendem a importância de aumentar o número de médicos no Brasil. Para as entidades, as medidas que seriam tomadas pelo governo

para facilitar a entrada de portadores de diplomas médicos obtidos no exterior sem a devida convalidação são desnecessárias. Da mesma forma, não se deveria abrir novas escolas sem condições de oferecer boa formação.

Perfil – Coordenado pelo pesquisador Mario Scheffer, o estudo traça o perfil da população médica e aponta os motivos da má distribuição de profissionais pelo país.

“A desigualdade na distribuição dos profissionais somente será resolvida com um conjunto de medidas, como o maior financiamento público da saúde, combate à precarização do trabalho médico e estrutura adequada para o exercício da medicina”, ressaltou o presidente do CFM, Roberto Luiz d’Ávila.

“Nosso objetivo é superar o que entendemos ser um falso dilema – ‘faltam ou não faltam mé-

dicos no Brasil?’ – agregando dados que podem ajudar a estabelecer um diagnóstico mais preciso e abrir o debate com o governo federal sobre possíveis soluções”, salientou o presidente do Cremesp, Renato Azevedo Junior.

O estudo atualiza informações do primeiro volume – como a distribuição e a presença de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos grandes centros urbanos e o perfil demográfico – e traz dados inéditos sobre a migração de egressos das escolas de medicina e o perfil e localização dos médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior, dentre outros. Um novo volume está em preparo.

- Nas págs. 6 e 7, o leitor pode conferir alguns dos principais resultados
- A íntegra do estudo está em www.portalmedico.com.br

Mozart elogia estudo e admite carreira no SUS



Mozart (centro): os dados poderão ajudar futuras formulações do MS

Uma das soluções para a má distribuição dos médicos pelo Brasil, a criação de uma carreira de Estado para o médico do SUS, pode tornar-se realidade ainda este ano. O secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Mozart Sales, transmitiu este informe ao CFM durante a sessão plenária de fevereiro. No encontro, o gestor do Ministério da Saúde (MS) também assistiu à apresentação dos resultados do estudo “Demografia médica no Brasil - Volume 2”.

“Com certeza, esta pesquisa traz elementos que serão analisados, confrontados e complementados com informações que o próprio Ministério da Saúde está produzindo sobre a força de trabalho no SUS”, disse Sales, acompanhado do secretário adjunto da SGTES, Fernando Menezes.

“Ainda não vislumbramos a construção de uma carreira federal para os médicos, mas já discutimos no ministério como induzir a criação de carreira de abrangência intermunicipal ou regional

na atenção básica, numa articulação entre estados e municípios, com suporte do governo federal”, explicou Sales. Em seu entender, esse processo aconteceria por meio de seleção pública, com possibilidade de gratificação e de reconhecimento pelas diferenças de localização, com premiação ao desempenho e avaliação, inclusive, da qualificação e da formação dos profissionais. Num primeiro momento, as áreas de fronteira e indígenas seriam as únicas exceções para a implantação de uma carreira nacional, segundo o secretário.

“Lançamos recentemente um edital de convocação para projetos de planos de cargos, carreiras e salários e, além disso, trabalhamos com algumas experiências estaduais, as quais queremos que sejam implementadas ao longo de 2013”, completou.

Trabalho repercute na grande imprensa

O estudo “Demografia médica no Brasil - Volume 2” teve grande repercussão na mídia nacional e regional: várias matérias foram publicadas em veículos impressos, *online*, rádios e televisões. Dentre outras abordagens, a imprensa destacou que as “estratégias do governo não eliminam a carência de médicos”, que o “número de médicos cresce, mas a distribuição continua desigual” e, ainda, que a “saúde pública tem 1,11 médico para cada mil habitantes”.

Segundo levantamento produzido pela ferramenta de *clipping* do CFM, desde a coletiva de imprensa realizada na sede do conselho (18 de fevereiro) até o fechamento desta edição do jornal *Medicina*, mais de 200 matérias sobre a pesquisa foram noticiadas em veículos impressos e *online*. Estima-se que o tema tenha alcançado aproximadamente seis milhões de leitores brasileiros.

A pesquisa ganhou espaço em telejornais das TVs Band, Canção Nova, Globo, Globo News, Justiça, NBR, RBS, Record e SBT e foi também debatida em rádios como a CBN, Câmara, Cultura, Jovem Pan, Rádio Nacional, Band News e Voz do Brasil, dentre outras. Adicionalmente, temas como a abertura de escolas médicas e a migração dos médicos formados no exterior foram abordados pelos jornalistas.



Manchetes: imprensa destacou as conclusões anunciadas pelo CFM

Demografia médica 2013

Dados traçam retrato da desigualdade

Faltam médicos no SUS e em certas regiões brasileiras: os dados do estudo Demografia Médica - volume 2 confirmam este cenário que afeta, sobretudo, a assistência oferecida para a população mais carente e vulnerável

TOTAL DE MÉDICOS CRESCE 6 VEZES MAIS QUE A POPULAÇÃO

O número de médicos em atividade no Brasil chegou a 388.015 em outubro de 2012, segundo registros do CFM. Com este número, se estabelece em nível nacional uma razão de dois profissionais por grupo de 1.000 habitantes, confirmando-se, assim, uma tendência de crescimento exponencial da categoria que já perdura 40 anos.

Em 1970, existiam 58.994 profissionais. No último trimestre de 2012, este número aumentou 557,72%. Este percentual, ressalte-se, é quase seis vezes maior que o do crescimento da população, que em cinco décadas aumentou 101,84%.

O país nunca teve tan-

tos médicos em atividade, o que se deve a uma combinação de fatores: mantém-se forte a taxa de crescimento do número de profissionais em relação ao da população, houve abertura de muitos cursos de medicina, com aumento de novos registros, mais entradas que saídas de profissionais do mercado de trabalho e perfil jovem da categoria, além de maior longevidade profissional.

A perspectiva atual é de manutenção dessa curva ascendente. Enquanto a taxa de crescimento populacional reduz sua velocidade, a abertura de escolas médicas e de vagas em cursos já existentes vive um novo boom, o

que sugere significativo aumento no volume de médicos a cada ano.

Igualmente, houve aumento da razão de médicos por habitante. Em 1980, havia 1,15/1.000 no país. O mais recente levantamento, realizado no

ano de 2012, mostra que essa razão já é de 2/1.000.

Desde 1980 (ao longo de 32 anos), houve um aumento de 74% na razão médico/habitante.

de Janeiro, com 3,62, e São Paulo, com 2,64.

Outros três estados têm índices superiores à média nacional: Rio Grande do Sul (2,37), Espírito Santo (2,17) e Minas Gerais (2,04).

Na outra ponta (com razão inferior a 1,5 médico por 1.000 habitantes) estão 16 estados, todos das regiões Norte, Nor-

deste e Centro-Oeste. Com menos de um médico por 1.000 habitantes, aparecem Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71) – índices comparáveis aos de países africanos.

É possível notar distorções e desequilíbrios ainda mais acentuados dentro dos próprios estados, regiões e microrregiões.

primeiro volume da pesquisa, publicada em outubro de 2011.

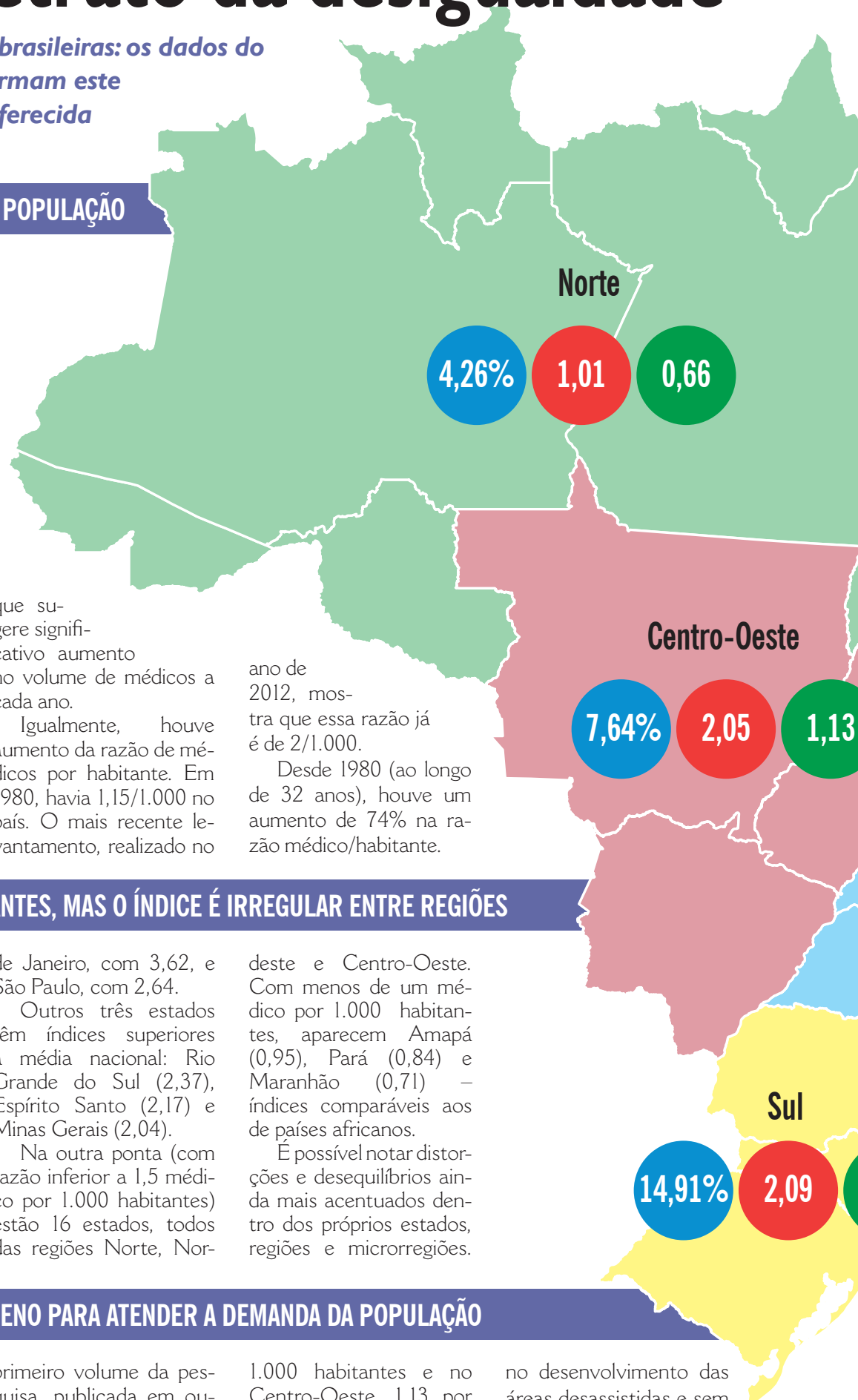
O Sudeste tem a razão mais alta, com 1,35 médico cadastrado no CNES prestando serviços ao SUS por grupo de 1.000 habitantes.

Nas demais regiões, os índices são ainda piores. Na Sul, há 1,21 médico na rede pública por

1.000 habitantes e no Centro-Oeste, 1,13 por 1.000. Na região Nordeste, o índice é 0,83 por 1.000; e na Norte, 0,66 por 1.000.

Para o presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), Renato Azevedo Júnior, “sem uma política eficaz de presença do Estado

no desenvolvimento das áreas desassistidas e sem uma política de valorização e de fixação de profissionais com ênfase nas carreiras públicas, esse quadro de desigualdade pode se acentuar, pois o mercado, e não o Estado, é que continuará a determinar a distribuição dos médicos no país”.



BRASIL JÁ CONTA COM 2 MÉDICOS/1.000 HABITANTES, MAS O ÍNDICE É IRREGULAR ENTRE REGIÕES

A razão de dois médicos por grupo de 1.000 habitantes (índice nacional) varia nas diferentes regiões e reflete o desafio da distribuição de médicos pelo território. Considerando as grandes regiões do país, duas estão abaixo do parâmetro nacional: a Norte, com 1,01 por 1.000 habitantes; e a Nordeste, com 1,23. Na

melhor posição está a Sudeste, com razão de 2,67, seguida pelas regiões Sul, com 2,09, e Centro-Oeste, com 2,05.

As diferenças aumentam quando se olha os números por estado da Federação. O Distrito Federal lidera o ranking, com uma razão de 4,09 médicos por 1.000 habitantes; seguido pelo Rio

NO SUS, O NÚMERO DE MÉDICOS É PEQUENO PARA ATENDER A DEMANDA DA POPULAÇÃO

As informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) identificaram 215.640 médicos que atuam em serviços públicos municipais, estaduais e federais. O número representa 55,5% do total de 388.015 médicos ativos registrados nos conselhos.

De acordo com dados

do CNES, a razão de médicos que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é de 1,11 por 1.000 habitantes, contra uma razão de 2 por 1.000 para o país (índice nacional).

A população atendida pelo setor privado conta, proporcionalmente, com pelo menos quatro vezes mais médicos à disposição, conforme revelou o

Demografia médica 2013

APÓS REVALIDAÇÃO, “ESTRANGEIROS” BUSCAM OS GRANDES CENTROS

“A revalidação automática ou facilitada de diplomas de médicos estrangeiros ou brasileiros formados no exterior, caso ocorra, não será um fator automático de redução das desi-

gualdades de distribuição de médicos no Brasil”.

Esta é uma das previsões do estudo, que analisou dados inéditos sobre a presença de portadores de diplomas obtidos no exterior em atividade no país.

Uma das constatações que chama a atenção é a concentração

desses profissionais em estados da região Sudeste, justamente naqueles com maior presença de médicos. Esta tendência contraria o argumento defendido pelo governo de que este contingente assumirá os postos nos chamados vazios assistenciais.

São Paulo concentra o maior número de médicos formados no exterior. Do total de 6.980 profissionais com tal característica e que possuem CRM, 1.974 (28,28% do total)

se fixaram no estado. Dentre estes, 57,65% escolheram a capital.

Outros estados que aparecem no topo do *ranking* de médicos com diplomas revalidados são Paraná, Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Juntos, esses cinco estados atraíram 61,60% dos portadores de diplomas estrangeiros.

Dentre os portadores de diplomas estrangeiros, quase 65% são brasileiros que saíram para estudar

fora e retornaram. Dentre os estrangeiros, se destacam os bolivianos no país, com 880 registros. Os demais são originários de 52 outras nações diferentes: como o Peru, a Colômbia e Cuba, entre outras.

Ressalte-se que neste grupo constam apenas profissionais que se submeteram às exigências legais, ou seja, passaram por exame para revalidar os diplomas e se inscreveram em algum conselho regional de medicina.

NO MESMO ESTADO, ÍNDICES ATINGEM EXTREMOS

Vitória, por exemplo, apresenta a razão de 11,61 médicos por 1.000 habitantes – a maior nacional. Em paralelo, esta situação não se reproduz no conjunto de cidades do Espírito Santo, que tem razão de 2,17.

Nove capitais têm mais de cinco médicos por 1.000 habitantes, razão acima da média dos países ricos da União Europeia. Seis delas têm razão superior a seis, ultra-

passando Grécia, Cuba e os países escandinavos, que registram os índices mais elevados.

Mesmo os estados mais pobres, com menor número de médicos, concentram seus profissionais na capital.

Macapá, a capital com menor taxa (1,38), tem 0,95 médico por 1.000 habitantes no conjunto de todo o estado do Amapá. Algumas capitais do Nordeste concentram

grande número de médicos, como Recife (razão de 6,27), João Pessoa (5,22) e Aracaju (4,95). Essas cidades têm mais médicos por habitante que a capital São Paulo, enquanto seus estados têm números bem inferiores à média do país: Pernambuco conta com 1,57 médico por 1.000 habitantes, Paraíba, com 1,38 e Sergipe, 1,42.

LOCAL DE GRADUAÇÃO NÃO DETERMINA FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS

O estudo demonstrou que não se confirma a expectativa de que as escolas médicas sejam polos em torno dos quais os médicos neles graduados exercerão a profissão. Para tal conclusão, a migração de 225.024 médicos foi acompanhada ao longo de três décadas. Foram considerados os locais de nascimento e graduação e o primeiro registro em conselho regional de medicina. Também foram analisados os cancelamentos de registros, por motivo de transferência de um estado para outro. A análise abrangeu o período de 1980 a 2009, no qual foram criadas uma centena de novas escolas médicas. Do universo pesquisado,

107.114 médicos se graduaram em local diferente daquele onde nasceu. Neste grupo, 39.390 (36,8%) retornaram ao município de origem. As capitais dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro são responsáveis por cerca de um terço desse retorno.

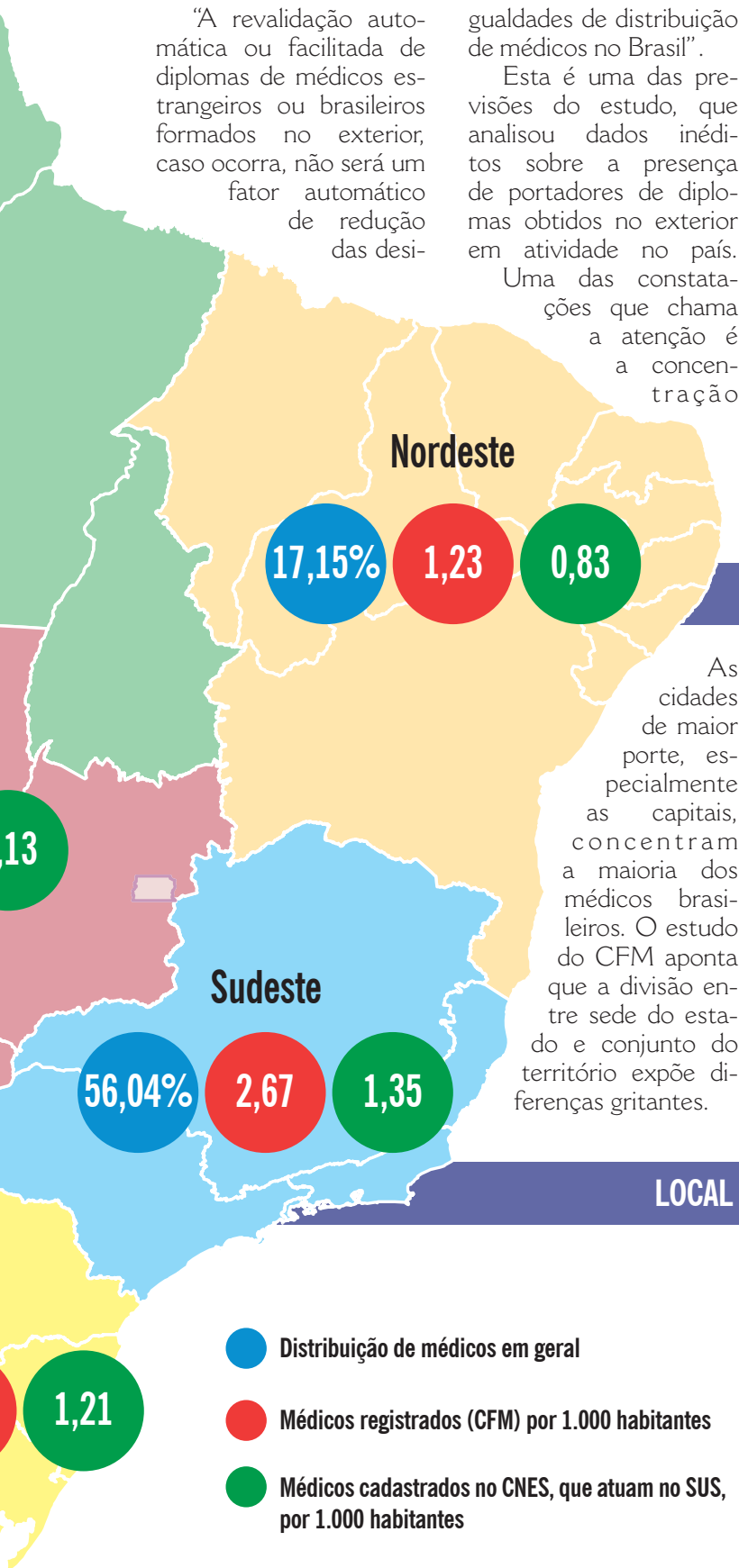
O perfil da migração é praticamente idêntico em cada década analisada, inclusive nos anos após a abertura de muitas escolas no interior dos estados. De acordo com o CFM e Cremesp, o persistente fluxo de médicos em direção aos mesmos lugares pode agravar desigualdades e gerar consequências indesejadas ao sistema de saúde brasileiro, o que não se

resolverá apenas com o aumento ou a interiorização da abertura de novas escolas.

Tempo de registro –

O estudo estimou o tempo médio de registro profissional por região. Na Sudeste, a média é de 56,32 anos. Significa que a região exerce maior atração sobre os profissionais, fixando-os, em geral, por toda a vida ativa, o que resulta menor volume de registros cancelados por conta de transferência para outros estados.

Na média, as regiões Nordeste e Sul vêm a seguir, com 33,82 e 33,05 anos, respectivamente. A Centro-Oeste tem média de 28,29 anos e a Norte, 25,86 anos.



- Distribuição de médicos em geral
- Médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes
- Médicos cadastrados no CNES, que atuam no SUS, por 1.000 habitantes

Característica da população médica

Número de médicos	388.015
População do país	193.867.971
Razão médico registrado (CFM)/1.000 hab.	2,00
Masculino	229.705
Feminino	158.033
Idade média (desvio padrão - DP)	46,16 anos (14,85)
Tempo de formado (DP)	21,90 anos (18,03)
Número de generalistas	180.136
Número de especialistas	207.879

PCCVs

Estados asseguram conquistas

Apesar do panorama positivo, a mobilização do movimento médico continua em todo o país em busca de novos avanços

Osmar Bustos / Cremesp



São Paulo: governador assinou lei após reivindicação das entidades

Além da luta permanente por uma carreira médica de Estado (nacional), o movimento médico, por meio de suas representações locais, acumula experiência na elaboração e discussão de planos de cargos, carreiras e vencimentos (PCCV) de Norte a Sul do país. Em reação à degradação progressiva das condições de trabalho e de remuneração, as entidades médicas conseguiram avanços

em alguns estados. Em outros, uma série de dificuldades precisa ser superada.

Para o 1º secretário do CFM, Desiré Carlos Callegari, a baixa remuneração e a falta de padronização dos salários, a indefinição da carreira e de um plano de progressão significam grande desestímulo aos médicos do SUS – que também enfrentam condições precárias de trabalho. “Embora os pla-

nos de carreira, cargos e vencimentos municipais e estaduais nem sempre consigam abarcar essa complexidade, significam um primeiro passo para a garantia de perspectivas, de possibilidade de aprimoramento técnico-científico e de salários dignos e aposentadoria justa”, relata o conselheiro que no CFM representa São Paulo – estado que recentemente aprovou uma lei contemplando o seu PCCV.

Além de São Paulo, avanços ocorreram no Amazonas, Espírito Santo, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Sergipe e Tocantins.

Para muitos destes, uma série de ajustes precisam ser contemplados. Confira ao lado o panorama nacional.

Por mais avanços, mobilização se mantém

As entidades médicas de vários estados encontram-se mobilizadas e engajadas pela implantação de PCCVs locais. Em Alagoas, a categoria está em greve desde 18 de dezembro pelo cumprimento de um acordo entre o sindicato e o governo para a implantação do plano. “O governo alega entraves relativos à lei de responsabilidade fiscal e está tentando resolver a situação contratando médicos por meio de cooperativas. A categoria está reagindo com indignação. Queremos que estabeleçam novo prazo, que negociem uma saída”, diz Fernando de Araújo Pedrosa, presidente do Cremal.

Na Bahia, segundo relata o presidente do Cremeb, José Abelardo de Meneses, um grupo de trabalho, formado em julho de 2012 com representantes das entidades médicas e do governo do estado, está na fase final de elaboração do

PCCV estadual. Espera-se que no primeiro semestre de 2013 o projeto seja aprovado pela categoria e encaminhado para votação na Assembleia Legislativa. “Há grande expectativa entre os médicos e as entidades estão trabalhando muito para isso”, destaca.

Os médicos de outros estados, como Amapá, Maranhão e Mato Grosso, querem rediscutir seus planos estaduais porque abarcam vários profissionais de nível superior e não contemplam as especificidades da categoria médica. “Nosso atual plano é vinculado. Conseguimos uma diferença salarial muito pequena e um adicional no caso de médicos com pós-graduação, que não foi implementado. Muito precisa ser feito”, avalia Dorimar dos Santos Barbosa, presidente do CRM-AP.

No Rio de Janeiro, o estado e a capital não têm PCCV. A presidente do

Cremernj, Márcia Rosa de Araújo, comentou como esta lacuna se reflete nas condições de trabalho e na assistência à população. A situação do Hospital Municipal Salgado Filho e as recentes denúncias de irregularidades na esterilização de material hospitalar foram lembrados: “É revoltante a má gestão do dinheiro público na saúde. Muitos estão abandonando o serviço público”.

O coordenador da Comissão Nacional Pró-SUS, Aloísio Tibiriçá, lembra que, em 2010, as entidades médicas publicaram uma proposta de plano de carreira para os profissionais, documento que tem sido fundamental para auxiliar os estados: “Um instrumento de divulgação e articulação do trabalho junto aos governos e às entidades médicas”, ressalta. Acesse a proposta em <http://bit.ly/VUY4rM>.

Amazonas – No estado, foram pelo menos quatro anos de manifestações até os médicos conquistarem o plano de carreira médica separado de outras categorias, em junho de 2009. Entretanto, o enquadramento e as correções na lei reivindicadas pela categoria só vieram a ser realizados em 2012, após intensa mobilização. “As discussões permanecem em 2013, com promessa de atualização e conclusão do documento de lei do plano”, diz o presidente do Cremam, Jefferson Oliveira Jezini.

Espírito Santo – O novo plano foi firmado em 2012 com o governo. Conselheiro do CFM pelo Espírito Santo, Celso Murad relata que o PCCV é estadual e retroativo a julho de 2012. “O plano incorpora vantagens de tempo de serviço e insalubridade, garante 20 horas semanais para um piso em torno de R\$ 4.500 e estabelece toda a carreira do nível 1 ao 15”, ressalta.

Minas Gerais – No ano passado, o governo aprovou a criação do cargo de médico do Estado. “É um primeiro passo, ainda não está nos moldes desejados, mas a criação do cargo trouxe segurança e garantias para quem já trabalhava para o estado. Mais importante, mostrou sensibilidade do governo para a questão”, comenta o presidente do CRM-MG, João Batista Gomes Soares.

Pernambuco – Para os médicos pernambucanos, também houve avanços. “Temos planos em nível estadual (com negociação aprovada até 2014) e municipal. A prefeitura do Recife ainda não implantou integralmente e, apesar das dificuldades, as conquistas ocorreram e temos perspectivas com a implantação da produtividade”, avalia a presidente do Cremepe, Helena Maria Carneiro Leão.

Piauí – De acordo com o presidente do CRM-PI, Fernando Gomes Correia Lima, os médicos piauienses aceitaram “com tolerância” a primeira proposta do governo para os planos do estado. “Entretanto, na negociação para reavaliação do plano, o governo local apresentou nova proposta que foi aceita por unanimidade. Algo que o município de Teresina ainda não fez”, diz.

Rio Grande do Norte e Sergipe – Os médicos natalenses e aracajuanos contam com planos municipais e querem, além de rediscutir alguns termos desses planos, estender o benefício aos médicos do estado.

Rondônia – A presidente do Cremero, Maria do Carmo Demasi Wanssa, conta que existe um plano “até que razoável” para profissionais de saúde do município de Porto Velho (feito para vários profissionais da saúde e que abrange a categoria médica): “O salário está aquém, mas melhorou muito. No plano estadual, os médicos ficaram de fora. Nosso sindicato está brigando”.

Tocantins – O presidente do CRM-TO, Nemésio Tomasella de Oliveira, relata que o plano estadual é considerado um avanço, porém as discussões continuam. “Temos o arcabouço. Agora temos que ver o fator remuneratório”, destaca.

Parabólica

Recursos da União – O abaixo-assinado de iniciativa popular que pretende tornar lei a obrigação de a União destinar 10% de suas receitas brutas ao sistema público de saúde chegou a quase 700 mil assinaturas, pouco menos da metade do exigido para ser aceito pela Câmara dos Deputados. A Coordenação Nacional do Movimento pelas assinaturas planeja realizar um ato nacional no dia 10 de abril, em Brasília (DF). Entre as mais de 100 entidades que apoiam o projeto estão o CFM, a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam). As assinaturas continuarão sendo colhidas até ser atingida a meta de 1,5 milhão para a apresentação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular.

Direção técnica

Cargo requer título de especialista

Nova regra vale para estabelecimentos (especializados) de hospitalização ou assistência médica pública ou privada

Médicos que ocupam cargos de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico de serviços assistenciais especializados devem possuir título de especialista. A regra vale para estabelecimentos (especializados) de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada em qualquer ponto do território nacional. A nova diretriz consta na Resolução CFM 2.007/13, publicada no dia 8 de fevereiro no Diário Oficial da União (DOU).

O diretor técnico é o médico que responde eticamente por todas as informações prestadas perante os conselhos de medicina (federal ou regionais), podendo, inclusive, ser responsabilizado ou penalizado em caso de denúncias comprovadas. Pela nova regra em vigor, fica estabelecido que os profissionais investidos desses cargos devem pos-

suir título de especialista emitido de acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM). Cada médico pode responder pela supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade de até duas unidades de saúde.

No Parecer CFM 18/12, sobre o mesmo tema, a entidade já defendia esta determinação. A principal justificativa para a exigência desse pré-requisito se baseia no fato de que a supervisão técnica de uma equipe profissional está exposta, eventualmente, a decisões complexas, dependentes de maior conhecimento e reflexão.

Contestação – O documento divulgado pelo Conselho Federal no ano passado contestou aspectos contidos na Portaria 741/05, emitida pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde, que determina a exigência de habilitação em Cancerologia/Can-

cerologia Pediátrica não só do responsável técnico médico dos serviços de oncologia pediátrica (postura consonante com o entendimento do CFM), mas de todos os profissionais médicos integrantes da equipe (exigência contestada pelo conselho médico).

Na avaliação do CFM, exigir títulos de todo o *staff* médico é de obediência inexecutável, levando-se em conta a disponibilidade limitada de recursos humanos na assistência à saúde pública. “Além de não serem indispensáveis [as titulações requeridas] a sua rotina, seriam inviáveis na prática médica do país, pois não há, nos programas de pós-graduação sob responsabilidade do Estado, oferta de vagas suficientes à demanda assistencial para as titulações referidas”, afirma o parecer que deu base à resolução recém-editada.

Ranking – O estudo “Demografia médica no



Responsabilidade: supervisão de equipe está exposta a decisões complexas

Brasil - Volume 2” confirma esse entendimento. Quase metade dos médicos brasileiros (46,43%) não possuem títulos de especialização. A cancelologia, por sua vez, ocupa apenas o 27º lugar no ranking das 53 especialidades em número de titulados. Ela concentra 2.577 profissionais em todo o país, o que corresponde a 0,96% dos títulos de especialização emitidos no Brasil.

“O contingente de médicos habilitados em Cancerologia/Cancerologia Pediátrica é, sem dúvida, insuficiente”,

aponta o parecer. O relator desse documento e também da Resolução CFM 2.007/13, o conselheiro Carlos Vital (1º vice-presidente da entidade), ressalta que “devem ser envidados esforços pelo Ministério da Saúde para que se harmonize a referida portaria da SAS com as concepções éticas do CFM, expressas nos dois documentos aprovados por sua plenária”.

- A resolução CFM 2.007/13 está disponível em <http://bit.ly/X8yU5N>
- O parecer CFM 18/12 pode ser acessado pelo link <http://bit.ly/M6zFrL>

Carboxiterapia

Método ainda é experimental

Reforçando a necessidade de garantir segurança ao paciente, o Parecer CFM 34/12 orienta que a carboxiterapia seja realizada por médicos em ensaios controlados com metodologia adequada para comprovar sua eficiência. A carboxiterapia é um método ainda experimental que aplica gás carbônico com injeção intradérmica e hipodérmica em áreas como de celulite, flacidez, gordura localizada, estrias e varizes.

A Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do Conselho Federal de Medicina (CFM) analisou a literatura sobre administração terapêutica de CO₂ e concluiu que não há estudo com metodologia adequada para comprovação científica. Habitualmente, a car-

boxiterapia é aplicada por profissionais treinados por empresas fabricantes do aparelho, sem qualificação específica.

O Parecer CFM 34/12 afirma que a carboxiterapia é um ato médico experimental sem respaldo técnico, ético e científico e deve obedecer a Resolução CFM nº 1.982/12. Cabe ressaltar que é procedimento invasivo e não deve ser banalizado.

Questionado sobre a prática por fisioterapeutas, o CFM esclarece que o fisioterapeuta não pode realizar procedimentos invasivos e, pelo Decreto 938/69, está legalmente impedido. O CFM reforça a necessidade de os conselhos regionais de medicina intensificarem a vigilância.

Transcrição de receitas

Prescrever sem exame fere Código de Ética

O CFM orienta que a emissão de receitas seja feita após o exame, sendo o relacionamento médico-paciente indispensável. O Parecer 40/12 reitera a posição normatizada no Código de Ética Médica (CEM), em seu art. 37. É vedado ao médico “prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento”.

O 2º tesoureiro Dalvílio Madruga, relator do parecer, afirma que “para toda assistência prestada, deverá existir o registro dos dados essenciais para uma boa condução clínica. Faz-se ne-

cessário registrar que o ato médico, stricto sensu, se completa com a prescrição e o conhecimento da medicação a ser prescrita é fundamental, pois efeitos adversos deverão estar sob o domínio do profissional prescriptor”.

Fatores determinantes, como a necessidade de uso contínuo do medicamento, a carência de profissionais especializados e questões

geográficas podem caracterizar excepcionalidades e devem ser avaliadas pelo médico – que tem como diretrizes o CEM e o Manual de orientações básicas para prescrição médica.

- O Parecer 40/12 está disponível em <http://bit.ly/YzLyft>
- O CEM e o Manual de orientações básicas podem ser acessados em <http://bit.ly/XxSgAd>



Diretriz: para conselho, exame direto do paciente é fundamental

Governo Bahia

Código de Processo Ético-Profissional

Conselhos discutem revisão na norma

A proposta é atualizar o documento para que o sistema judicante possa responder a situações não previstas até 2009

A Corregedoria do Conselho Federal de Medicina (CFM) prepara mudanças no Código de Processo Ético-Profissional (CPEP). As sugestões de alteração voltaram a ser discutidas em 5 de fevereiro, em fórum realizado com a participação de presidentes, corregedores e assessores jurídicos dos conselhos regionais (CRMs), além de conselheiros federais. O encontro debateu alterações no texto do documento e deu continuidade aos trabalhos iniciados em dezembro de 2012. O objetivo é atualizar o conteúdo a situações não previstas quando o Código atual foi aprovado, em 2009.

Desde que entrou em vigor, foram adotadas novas ferramentas, como a



Vinagre (à frente): para ele, os códigos devem ser aprimorados

interdição cautelar e o TAC (Termo de Ajustamento de Conduta). De acordo com o corregedor do CFM, José Fernando Maia Vinagre, o objetivo é “fazer ajustes que qualquer Código deve sofrer ao longo do tempo, porque deve ser aprimorado de acordo com os avanços que surgem”.

A intenção da Corregedoria do CFM é incorporar os novos mecanismos ao texto, além de corrigir “dificuldades

pontuais no trâmite de sindicâncias, processos ético-profissionais e julgamentos nos conselhos; que indicaram a necessidade de revisão”, conta o vice-corregedor do CFM, José Albertino Souza.

Com a discussão no fórum, a proposta de texto foi finalizada e será apreciada pelo plenário do CFM. A previsão é de que o texto seja avaliado pelos conselheiros federais na sessão plenária extraordinária do mês de março.

CBHPM será tema de fórum em abril

Com o objetivo de discutir a consolidação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) em nível nacional, será realizado, no dia 19 de abril, em Belo Horizonte (MG), o IV Fórum Nacional sobre a CBHPM.

O evento é uma iniciativa da Comissão Estadual de Honorários Médicos, formada por representantes do Conselho Regional de Medicina (CRM-MG), Sindicato dos Médicos (Sinmed-MG), Associação Médica (AMMG) e Federação Nacional das Cooperativas Médicas (Fencom), com o apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam).

Atualmente, a CBHPM é um referencial dentro da saúde suplementar no Brasil. Embora exista consenso em relação aos procedimentos, é a questão dos honorários médicos — tônica das discussões deste fórum — que ainda precisa avançar.

A defasagem dos honorários e do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os aspectos jurídicos do setor e o movimento nacional em torno da CBHPM estarão em debate.

Também serão abordadas as perspectivas de implantação da CBHPM, a visão da Ordem dos Advogados do Brasil sobre cartelização, além das conquistas do movimento médico em 2012 e diretrizes para 2013. São esperadas no evento as comissões de honorários médicos (estaduais e nacional), além de representantes das entidades locais.

Outros participantes previstos são representantes do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), ANS, Ministério da Saúde, secretarias municipais e estaduais de Saúde, Unimeds, Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), entre outros.

Confira a programação completa em www.eventos.cfm.org.br



Entrevista José Hiran da Silva Gallo (conselheiro por Rondônia)

“Julgar é sempre uma função difícil, que demanda sólido caráter”

Ginecologista e obstetra, José Hiran da Silva Gallo formou-se em 1979 pela Universidade do Estado do Pará (Uepa) e acumula larga experiência institucional. Foi fundador do Sindicato dos Hospitais de Rondônia, ex-tesoureiro da Sociedade Rondoniense de Mastologia e ex-presidente do Conselho Regional de Medicina (Cremero). Participa da Academia de Medicina de Rondônia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Desde 2000, representa seu estado no CFM. Na atual diretoria, além de tesoureiro, coordena a Comissão de Cooperativismo Médico.

O que particularmente caracteriza a função de conselheiro de medicina?

O exercício da função honorífica de conselheiro de uma instituição de ética — como um conselho de medicina — demanda responsabilidade, conhecimento, isenção e desprendimento de interesses pessoais. Isso porque entre as atividades inerentes à função é requerido senso de justiça, cujo exercício depende da preexistência dessas virtudes. Julgar é sempre uma função difícil, que demanda sólido caráter. Essa armadura impede que o juiz não

se deixe influenciar por fatores que põem em risco o exercício da justiça.

Instituições, como os conselhos, devem estar alertas para manter a integridade de seus compromissos?

Sim. Cabe a essas instituições e aos seus membros redobrado esforço para assegurar à sociedade a lisura de sua atuação. A suspeita de corporativismo pode colocar em risco essa necessária isenção. Contra ela, não há argumentos, precisamos de fatos. Não basta dizer, é preciso provar que as

sentenças não resultam de uma ação entre amigos. Somente a demonstração objetiva de que os responsáveis por falhas éticas e profissionais terão punição compatível com o tipo e o grau de sua culpa poderá mudar esse preconceito que pesa contra todos os conselhos de ética profissional.

A função de conselheiro traz ganhos?

Não. Trata-se de um cargo honorífico, ou seja, sem remuneração. A maioria dos médicos tem muitos afazeres no exercício profissional. Para aquele que se dispõe a ser conselheiro essa agenda se torna ainda mais pesada. Por vezes, os momentos que poderiam ser de lazer ou repouso são tomados pela função. Os conselheiros que integram a diretoria de uma instituição ainda têm pressão redobrada, pois acumulam tarefas adicionais relacionadas às áreas que co-

ordenam. Além das atuações nas áreas didática, judicante, reguladora e fiscalizadora, é preciso ocupar as funções administrativas.

Nessa função há momentos difíceis para quem está investido do cargo?

O julgamento ético-profissional baseado em princípios morais pode custar ao conselheiro o maior tributo de sua função. Todos aqueles considerados culpados dificilmente aceitam a condenação originada de um conselho composto por seus pares. Certamente não é fácil para o conselheiro, que sabe das dificuldades impostas para a formação profissional de um médico, decidir por uma pena que, dependendo do caso, pode ir de advertência até a cassação. Deve-se ter ciência, inclusive, de que todas as condenações podem servir de endosso agravante para processos que tramitem, de for-

ma concomitante, também na esfera cível. Há ocasiões onde o denunciante aguarda o resultado do julgamento ético para, em caso de condenação, entrar com ação na Justiça comum.

Qual a recomendação para os que pensam em entrar para a atividade conselhal?

Diante desse cenário, o médico que decide ser membro de um conselho de ética jamais deve fazê-lo apenas por vaidade ou pressupostos menores. A função é dignificante e só deve ser exercida por quem tiver plena consciência do que ela representa para o exercício da medicina e para a proteção da saúde da população. Os que não se enquadram nesses pressupostos correm o risco de causar um desserviço para todos os envolvidos. Ser ou não ser conselheiro, eis a questão. Caso seja esse seu dilema, colega, pense bem nisso antes de tomar uma decisão.

Paraíba

Conselho interdita 105 unidades de saúde

Resolução CFM 1.541/98 preconiza a prática da interdição cautelar até que problemas graves sejam saneados



Qualidade: as visitas alertam para a necessidade de melhorias na saúde

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba (CRM-PB) alcançou em 30 de janeiro a marca histórica de 105 interdições éticas em unidades de saúde no estado – número inédito para um conselho de medicina.

Na Paraíba, o instrumento da interdição começou a ser aplicado em 1999, quando uma maternidade estadual de João Pessoa foi interdita eticamente. De 1999 a 2007, foram 21 suspensões e a partir de 2008, início da atual gestão, mais 84. O pico de interdições tem como razões:

aumento da fiscalização, maior incentivo do Conselho Federal de Medicina (CFM), conscientização dos médicos e da população e participação mais efetiva do Ministério Público Estadual ao cobrar ações do CRM-PB para garantir a qualidade do atendimento médico.

Eficácia – “Não se pode deixar um médico trabalhar em local sem banheiros, água potável, cadeira ergonômica, com um tratamento criminoso do material contaminado e sem poder exercer a profissão com a privacidade exigida. A atividade de fiscalização é conside-

rada de suma importância na missão dos conselhos de medicina”, explica o diretor do Departamento de Fiscalização do CRM-PB, Eurípedes Mendonça. Ele destaca um marco para a atividade: a Resolução CFM 1.541/98, que assinala: “Quando o estabelecimento prestador de serviço de saúde não oferecer condições adequadas ao exercício da Medicina, o Conselho Regional de Medicina poderá suspender, temporariamente, sua inscrição e interditar, cautelarmente, ali, as atividades médicas até saneamento dos problemas ocorridos”.

Respeito dos tribunais – Os tribunais de Justiça estaduais e federais têm se posicionado a favor das interdições éticas decretadas pelo conselho. Das cinco contestações das interdições, três foram por meio de liminares, cujas eficácias ou foram revertidas no mérito ou sanadas pelo gestor antes da notificação do CRM-PB.

Rio Grande do Norte

Cremern aguarda decisão em processo

O Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Norte (Cremern) ainda aguarda audiência de instrução e julgamento do processo impetrado na 4ª Vara Federal, em julho de 2012, contra o governo estadual. A entidade entrou com a Ação Civil Pública em virtude do caos instalado no Hospital Monseñor Walfredo Gurgel, o maior hospital público do Rio Grande do Norte.

A ação coletiva denuncia a falta de condições de atendimento em setores como a sala de Politrauma



Denúncia: após ação, conselho convocou imprensa e expôs situação

e o Centro de Recuperação de Operados (CRO) e solicita que o estado providencie leitos, além de melhorias no setor de necrotério, sob pena de multa diária de R\$ 20 mil, na pessoa da governadora

do Estado, por dano moral coletivo.

A ação também cobra uma indenização no valor de R\$ 1 milhão, por dano moral coletivo, quando o estado deve indenizar os cidadãos.

Rondônia

Solução para crise em debate

A situação da saúde em Rondônia começa a dar sinal de melhora. A constatação é do presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila. No dia 4 de fevereiro, acompanhado do 1º vice-presidente, Carlos Vital Corrêa Lima, e do tesoureiro do CFM, José Hiran Gallo, d'Ávila se reuniu, em Porto Velho, com o governador Confúcio Moura, com o secretário estadual de Saúde, Williames Pimentel, e com o prefeito de Porto Velho, Mauro Nazif, para tratar de temas como as medidas adotadas para melhorar o atendimento ao público.

Os diretores do CFM ouviram das autoridades uma relação dos projetos na área e as melhorias realizadas pelo governo. Uma das principais reclamações foi a dificuldade em fixar médicos em cidades com pouca estrutura. Para superá-la, o presidente sugeriu a implantação de uma política de carreira de Estado para os profissionais contratados pelo poder público.

Parceria com OAB –

Também no mês de fevereiro, o conselho regional de medicina local (CRM-RO) recebeu a visita do novo presidente da seccional Rondônia da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Andrey Cavalcante, no dia 18. O dirigente da entidade propôs à presidente do regional, Maria do Carmo Wanssa, a assinatura de um termo de cooperação para atuação na área da saúde.

Cavalcante considera relevante a fiscalização desenvolvida pelo conselho para a garantia de um atendimento digno e entende que a parceria poderá fortalecer as ações: “Além da defesa da advocacia, a OAB tem prerrogativas importantes na defesa da sociedade, como a de propor ação civil pública, por exemplo”, reiterou.

O novo presidente da seccional já atuou na assessoria jurídica do CRM-RO e a cerimônia de posse à frente da Ordem ocorreu durante a visita da diretoria do CFM ao estado.

Giro médico

Prescrição – Regras que impõem a necessidade de especialização ou titulação para determinadas prescrições ou tratamentos desrespeitam o dispositivo legal vigente (Lei 3.268/57). Este entendimento consta no Parecer CFM 20/12. O documento responde consulta da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) sobre a Portaria SAS/MS 467/07, do Ministério da Saúde (MS), que define o oncologista clínico como o único capacitado a prescrever análogos no SUS, criando – segundo a SBU – uma barreira administrativa à liberação do medicamento. Convidado a se pronunciar, o MS esclareceu que a referida portaria foi revogada totalmente. Segundo o ministério, desde janeiro de 2008, com a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, foi adotada a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). O MS assinala que para todos os procedimentos de média complexidade são aceitos qualquer código da família de médicos da CBO para sua execução nos estabelecimentos do SUS.

Fortalecimento – As entidades médicas goianas – conselho regional, associação médica e sindicato – protagonizaram, em fevereiro, um momento considerado histórico. Cremego, AMG e Simego aprovaram por unanimidade a criação do Comitê das Entidades Médicas do Estado, da qual farão parte. A nova entidade nasce com a missão de unificar e fortalecer o trabalho coletivo das suas entidades-membros.

Tragédia em Santa Maria

Médicos dão exemplo de dedicação

Em nota, o CFM destaca o “compromisso dos médicos brasileiros com os mais altos valores humanísticos e altruístas”



Dornelles (centro) em ação no Samu: “Não pude parar para pensar”

Uma nota conjunta aprovada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e os 27 conselhos regionais (CRMs) no dia 6 de fevereiro, em Brasília, presta homenagem aos médicos que atuaram no socorro às vítimas da tragédia ocorrida no dia 27 de janeiro, numa casa noturna de Santa Maria (cidade distante 286 quilômetros de Porto Alegre).

O texto expressou o agradecimento dos conselhos e ressaltou o engajamento dos profissionais com a assistência aos necessitados. “O desprendi-

mento de vários colegas que, voluntariamente, deixaram suas casas se apresentando nos hospitais para oferecer ajuda, comprova o compromisso dos médicos brasileiros com a defesa da vida e com os mais altos valores humanísticos e altruístas”, destaca o documento.

Solidariedade – Um exemplo desse engajamento aconteceu no Rio Grande do Sul, por meio do trabalho dos médicos no atendimento das vítimas, acompanhado de perto pelo conselho regional de medicina local

(Cremers).

O conselho gaúcho estima que aproximadamente 400 médicos da região participaram do atendimento, comparecendo aos hospitais de forma voluntária. “Depois de conversarmos com os colegas, concluímos que, apesar do luto, há um sentimento de dever cumprido, o que é reconhecido pela população local”, analisa o 1º secretário do Cremers, Ismael Maguilnik.

O atendimento começou no Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo (HCAA) e seguiu no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Pronto-Socorro, Hospital Casa de Saúde e UPA de Santa Maria, além de hospitais de Porto Alegre, Canoas e Caxias do Sul.

Confira ao lado o depoimento de integrantes de algumas equipes envolvidas no socorro

Cremers deu apoio aos profissionais

O presidente do Cremers, Rogério Wolf de Aguiar, e o 1º secretário, Ismael Maguilnik, visitaram as principais unidades de saúde do município e conversaram com as equipes médicas. “Os médicos foram bravos, solidários e competentes”, concluiu Aguiar, elogiando a rapidez com que se organizaram para prestar atendimento.

Em artigo, salientou um aspecto inusitado do drama: a queda da média de idade dos pacientes de UTI em Santa Maria. “Todos os pacientes de qualquer idade merecem toda a atenção. Mas a ocupação maciça e súbita por tantos jovens é absolutamente chocante.”

No texto, Aguiar destaca a solidariedade dos médicos diante da tragédia:

“Os dirigentes médicos dos hospitais não tiveram tempo de convocar aqueles que não estavam de plantão. Mas muitos rapidamente acorreram em grande número, assim que a dimensão do acontecimento ficou conhecida, logo em seguida”.

As entidades médicas gaúchas – conselho regional de medicina, sindicato (Simers) e associação médica do estado (Amrigs) – tam-

bém destacaram o trabalho dos médicos, publicando nota na qual manifestam solidariedade à comunidade de Santa Maria.

“Aos médicos e a todos os profissionais de saúde, louvamos o desprendimento e o empenho na luta incansável para salvar vidas e amenizar o sofrimento dos atingidos pela tragédia”, diz um trecho do documento.



Solidariedade: Cremers visitou unidades de saúde e prestou apoio

Envolvidos relatam clima de solidariedade

Cerca de 400 médicos tiveram participação ativa no atendimento às vítimas da tragédia de Santa Maria. Alguns deles, inclusive, saíram de outros estados para colaborar com o esforço conduzido no Rio Grande do Sul. Neste time, estavam residentes e profissionais com muitos anos de estrada; jovens e maduros; homens e mulheres; gestores e encarregados do atendimento na ponta. Impossível ouvir a história de cada um; por isso, recolhemos alguns depoimentos que sintetizam a corrente do bem que se formou em defesa da vida.

“Os colegas vieram espontaneamente participar do trabalho. Tanto médicos como enfermeiros, o pessoal da alimentação, do almoxarifado, da limpeza. Uma corrente de solidariedade se formou rapidamente para atender os pacientes”

Ronald Perret Bossemeyer, diretor-técnico do Hospital de Caridade HCAA

“Tivemos que improvisar uma CTI para atender tanta gente. Conseguimos nos organizar rapidamente, cada grupo com uma atribuição e todos se dedicando ao máximo a salvar vidas”

Maria da Graça Caminha Vidal, médica atuante em Santa Maria

“Ninguém está preparado adequadamente para uma catástrofe, mas, apesar do impacto inicial, as coisas fluíram muito bem. Nenhum paciente deixou de receber atendimento pleno”

Jane Margarete Costa, diretora clínica do Hospital de Caridade HCAA

“Foi decisiva a atuação de todos os profissionais, inclusive dos médicos residentes. Os médicos vieram sem ser acionados. Os plantonistas que estavam aqui no momento mais crítico não foram embora”

Larry Marcos Cassol Argenta, diretor clínico do Hospital Universitário da UFSM

“Os pacientes vinham chegando e já eram entubados. Abrimos leitos na UTI. Foi um trabalho conjunto, todos engajados, uma consciência coletiva”

Elaine Verena Resener, diretora geral do Hospital Universitário da UFSM

“Em Santa Maria a tragédia foi surreal, mas não pude parar para pensar. Só podia ajudar e me focar no trabalho, sabendo que qualquer coisa que fizesse ajudaria a socorrer essas pessoas. Só depois é que começa a aflorar a emoção”

Carlos Fernando Drumond Dornelles, médico socorrista do Samu

Protocolo aborda trauma

O Cremers publicou um protocolo de atendimento psiquiátrico para situações de estresse agudo. O documento pretende auxiliar as vítimas e familiares da tragédia ocorrida em Santa Maria. Segundo o protocolo, todos os envolvidos

no acidente, direta ou indiretamente, inclusive os profissionais que prestam atendimento e as equipes de suporte, podem apresentar reações agudas ao estresse.

Confira íntegra do documento em <http://bit.ly/X1epf3>

Textos: Ascom Cremers - **Edição:** Ascom CFM