



## Demografia médica Confirmada desigualdade no acesso a especialistas

*Falta de políticas públicas adequadas contribuem para a desassistência. Estudo do CFM foi entregue ao Ministério da Saúde. Págs. 5 a 7*

**Crianças desaparecidas: campanha mobiliza médicos.** Pág. 12

### Emenda Constitucional 29

**Versão aprovada não resolve financiamento**

**Pág. 3**

### Publicidade em medicina

**Manual traz exemplos de aplicação das novas regras**

**Pág. 10**

### Periódicos biomédicos

**Autoria inapropriada suscita questões éticas**

**Pág. 11**



## A luta continua em 2012

Nos despedimos de 2011 com a sensação de que muito foi feito. No entanto, não há dúvidas de que outra etapa importante da jornada em prol da valorização da medicina e da qualificação da assistência nos espera em 2012. Parte deste esforço passará pela manutenção da luta por um financiamento adequado para a saúde brasileira, que se impõe por conta da decepção embalada no projeto que regulamenta a Emenda Constitucional 29, aprovado pelo Senado no início de dezembro.

Nesta edição do jornal Medicina, apresentamos o resultado da votação e a expectativa frustrada dos médicos após 11 anos de tramitação de um projeto que tinha em seu bojo a esperança de abrir as portas de um novo tempo para a saúde brasileira. Como bem assinalou o presidente Roberto Luiz d'Avila em sua mensagem (ver página 3), está na hora de o governo estender os avanços anunciados na esfera econômica ao campo social, onde a saúde é destaque.

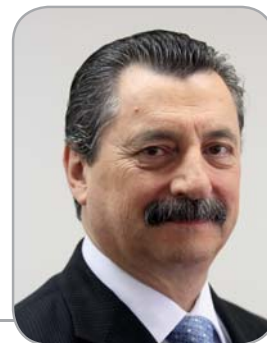
No Senado, em 2012, outra cruzada aguarda o movimento médico. A expectativa é de que até o meio do ano seja votado outro projeto caro à nossa categoria: o PL 268/02, que regulamenta o exercício da medicina no país. Os colegas têm sido convocados a engrossar as fileiras e mostrar aos parlamentares e à sociedade a importância de tornar exclusivos dos médicos os atos de diagnóstico e prescrição.

Em jogo, está a segurança do paciente, que necessita das respostas de profissionais devidamente capacitados e qualificados para a realização destes atos, e a própria valorização da medicina como campo de conhecimento e atividade fundamental para a assistência oferecida no país. O respeito às outras 13 categorias da área da saúde não significa indiferença em relação ao tema por parte das entidades médicas, que, como mostra o jornal Medicina, pretendem marcar posição em defesa da proposta.

Nesta edição, ainda chamamos a atenção para as novas regras de publi-

cidade médica, em vigor a partir de fevereiro. Em janeiro, uma publicação com o detalhamento sobre a norma estará disponível para consulta de médicos e gestores de unidades de saúde (públicas e privadas). Logo no início do ano, uma campanha organizada pela área de comunicação e pela Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) do CFM abordará a novidade e seu impacto benéfico para todos.

Ao observar o previsto na Resolução 1.974/11, o médico e a unidade de saúde estarão contribuindo com a defesa da ética e o aporte de mais segurança e qualidade à atividade profissional médica. São adaptações que aumentarão a confiança do paciente e darão maior respeito e credibilidade aos que disserem não ao sensacionalismo e à autopromoção. Mais uma missão importante para 2012.



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

“Está na hora de o governo estender os avanços anunciados na esfera econômica ao campo social, onde a saúde é destaque”

### Cartas\*



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

Não se sabe ainda porque os problemas de saúde pública do Brasil são atribuídos ao número de médicos no país. As longas filas, a falta de leitos e de medicações, as péssimas infra-estruturas do setor seriam resolvidas com o aumento do contingente de profissionais médicos? Está na hora do médico requerer respeito, dignidade e melhorias de suas condições de vida e de trabalho. Se a ordem é seguir a lei, realmente, deve-se segui-la.

**Gerson dos Santos**  
CRM-PI 3353  
[gerson1981@ibest.com.br](mailto:gerson1981@ibest.com.br)

Meus cumprimentos pela pesquisa “Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades”. Até o presente não houve instituição que elaborasse trabalho panorâmico, realista e crítico sobre a situação da medicina e dos médicos no Brasil

**Munir Massud**  
CRM-RN 1049  
[munirmassud@yahoo.com.br](mailto:munirmassud@yahoo.com.br)

Ao invés de nos dividirmos em lutas para definir quem tem mais competência, devemos nos unir para combater a vergonha a que estamos submetidos Brasil a fora, explorados por todo tipo de aproveitador particular ou público. Queremos o respeito ao piso nacional de R\$ 9.780.

**Luciane Estevam de Abreu**  
CRM-BA 9064  
[luciane\\_estevam@hotmail.com](mailto:luciane_estevam@hotmail.com)

A morte do conselheiro Antônio Gonçalves Pinheiro não representa o termo final de uma pessoa que nos deixou, pois de sua memória emerge a obrigação de viver como se ainda estivesse presente. A dor pode ser grande, mas não pode ser maior que o amor. Para que os que ficam deem continuidade ao que antes se fazia. Os sonhos, os projetos, o trabalho devem ser levados à frente, onde agora um inspira e outros fazem.

**Denis Calazans Loma**  
CRM-SP 74240  
[dcalazans@stetnet.com.br](mailto:dcalazans@stetnet.com.br)

O que sempre me surpreendeu no conselheiro Antônio Pinheiro, falecido em outubro, foi o fato de ser um cirurgião plástico envolvido com questões éticas e morais. Foi atuante e preocupado com a nova geração. Pesquisou aqui e acolá de maneira a não permitir que sua especialidade se distanciasse da medicina hipocrática. Essa simplicidade remete-o à origem familiar, aos vários amigos que o velaram e ao rio de sua vida.

**Geraldo Roger Normando Junio**  
CRM-PA 4894  
[rogernormando@gmail.com](mailto:rogernormando@gmail.com)

Parabenizo os médicos pelos recentes protestos. A classe médica está sendo desvalorizada, num Estado em que o profissional médico paga a conta e é responsabilizado por muitos dos itens que o governo não faz. Vamos colocar a casa em ordem!

**Antonio Carlos Ferrari**  
CRM-ES 1006  
[ferrariintervida@hotmail.com](mailto:ferrariintervida@hotmail.com)



### 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> • e-mail: [jornal@cfm.org.br](mailto:jornal@cfm.org.br)

#### Diretoria

**Presidente:** Roberto Luiz d'Avila  
**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**), Edevard 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**), Jacé 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'Avila (**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**), André Longo Araújo de Melo (**Pernambuco**), Antônio Celso Koehler Ayub (**Rio Grande do Sul**), Antônio de Pádua Silva Sousa (**Maranhão**), Ceuci de Lima Xavier Nunes (**Bahia**), Dilson Ferreira da Silva (**Amapá**), Elias Fernando Mizziara (**Distrito Federal**), Glória Tereza Lima Barreto Lopes (**Sergipe**), Jailson Luiz Tótola (**Espírito Santo**), Jeancarlo Fernandes Cavalcante (**Rio Grande do Norte**), Lisete Rosa e Silva Benzonzi (**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 Françoze 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'Avila

**Diretor-executivo:** Desiré Carlos Callegari  
**Editor:** Paulo Henrique de Souza  
**Editora-executiva:** Vevila Junqueira  
**Redação:** Ana Isabel de Aquino Corrêa, Nathália Siqueira, Thiago de Sousa Brandão

**Copidesque e revisor:** Napoleão Marcos de Aquino  
**Secretária:** Amanda Ferreira  
**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 assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião do CFM

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



## Regulamentação da EC 29

# Texto aprovado não prevê novos recursos da União

**Para o CFM, expectativa não foi atendida; um avanço, é o fim do “desvio de finalidade” de recursos**



**Voto dos senadores:** não há perspectivas para o financiamento do setor

Apesar de ver avanços na aprovação do projeto que regulamenta a Emenda Constitucional 29, o Conselho Federal de Medicina (CFM) critica o fato de que a versão avalizada pelos parlamentares não prevê recursos novos para a saúde. Até o fechamento desta edição, o texto – aprovado pelo Senado – ainda aguardava a sanção da presidente Dilma Rousseff.

Na avaliação dos conselheiros, o projeto é pertinente ao definir o que é e o que não é investimento em saúde. É a garantia de que os recursos aplicados nas ações

e serviços de saúde não terão “desvio de finalidade”. O texto lista 12 despesas que devem ser consideradas pertinentes e outras 10 que não podem ser consideradas como gastos em saúde.

Entre as despesas que ficam fora do rol de itens considerados gastos em saúde estão: pagamento de inativos e pensionistas; compra de merenda escolar; trabalhos de limpeza urbana e de remoção de resíduos; e ações de assistência social.

Entretanto, não se abriu a perspectiva de mais recursos para o setor. A regulamentação da EC 29, entre

outros pontos, estabelece as aplicações mínimas da União, dos estados e municípios na área da saúde. O texto aprovado é originário da Câmara dos Deputados e define que a União destinará à saúde o valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores ao que se referir a lei orçamentária. A proposta defendida pelas entidades médicas – o projeto original do ex-senador Tião Viana – destinava 10% das despesas correntes brutas. A ausência de novas verbas decepcionou defensores da proposta (ver Palavra do presidente, ao lado).

A luta em prol da regulamentação da EC 29 era antiga bandeira dos médicos e do Conselho Federal.

Na tentativa de convencer os parlamentares sobre a importância da aprovação, a entidade se empenhou ao longo dos anos num corpo a corpo junto aos parlamentares em busca de convencimento.

## 14ª Conferência Nacional de Saúde

### Debates representam conquista social

A 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) reuniu, em sua etapa nacional, realizada em Brasília (DF), 2.937 delegados e 491 convidados, representantes de 4.375 conferências municipais e 27 estaduais.

De 30 de novembro a 4 de dezembro, usuários, trabalhadores, gestores e prestadores defenderam a gestão 100% SUS, sem privatização, um comando único, sem “dupla-porta”, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. “A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador

de serviços ou parceiros”, diz a Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira – documento divulgado em 4 de dezembro, com a síntese do debate desenvolvido no evento ao longo de quatro dias.

Os participantes da 14ª CNS também consideraram estratégico promover a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde, investir na educação permanente e formação profissional e garantir salários dignos e carreira definida, bem como a realização de concursos ou seleções públicas com vínculos que respeitem a legislação trabalhista e assegurem condições adequadas de trabalho.

O CFM foi representado pelo conselheiro Frederico Henrique de Melo, 2º tesoureiro, e pelo conselheiro suplente Alceu Pimentel. Para Frederico Henrique de Melo, o evento representa uma conquista democrática e social. “A conferência traz, em sua essência, o olhar do cidadão, do homem simples, do povo, ao qual é facultado o direito de participar e sugerir ações que ele, na sua ótica, entende ser o melhor para a sua região, para a sua comunidade, seu povo. A essência é a democracia vibrando por meio das camadas mais singelas da população”, avalia.



## PALAVRA DO PRESIDENTE

Roberto Luiz d'Avila

Brasil vive estranha contradição no que se refere à assistência em saúde. Por um lado, pode se orgulhar de possuir um dos maiores modelos públicos com acesso universal: o Sistema Único de Saúde (SUS) – que cobre a totalidade da população em ações de vigilância e programas de prevenção e oferece tratamento para mais de 145 milhões de pessoas que dele dependem exclusivamente para realizar consultas, exames, cirurgias e internações.

Por outro, uma das maiores políticas sociais do mundo sofre com a falta de financiamento que impede que os avanços se multipliquem e se consolidem. O volume de recursos investidos no SUS está aquém das suas necessidades e, principalmente, das possibilidades existentes dentro do caixa público. Em consequência, essa visão distorcida acentua as desigualdades no acesso, impedindo que o sistema alcance plenamente seus objetivos.

Estamos na contramão da história. Estudos comprovam que os países com melhores indicadores de saúde são aqueles com sistemas universais de assistência, com forte participação do Estado no financiamento, na gestão e na prestação de serviços. É o caso da Alemanha, França, Itália, Espanha, Inglaterra, entre outros.

De forma global, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o gasto público em saúde equivale a 60%, contra 40% do privado. Há países nos quais o percentual público chega a 80%. No entanto, o Brasil insiste em descumprir a lição. Aqui, os investimentos do governo nesta área-chave representam 45%, para cobrir a totalidade dos brasileiros, contra 55% do privado, que, em princípio, atende apenas um quarto da população brasileira.

Tínhamos a esperança de que em dezembro esta lógica fosse rompida com a aprovação, no Senado, do projeto que regulamenta a Emenda Constitucional 29. No entanto, após 11 anos de tramitação e luta, assistimos uma votação que terminou sem garantir a injeção dos recursos esperados para o SUS.

Não teremos os sonhados 10% das receitas correntes brutas da União. Na prática, em 2012, o nível federal aplicará o empenhado em 2011 (R\$ 72 bilhões) mais a variação do PIB de 2010 para 2011, somando cerca de R\$ 86 bilhões. A medida equivale ao que já é feito atualmente. A maior parte da fatura continuará com os estados e municípios, que devem destinar, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas à saúde.

Se os senadores tivessem tido a ousadia da mudança, o cenário seria bem diferente. Com a aprovação do projeto original – apresentado por Tião Viana – a saúde receberia um incremento de R\$ 35 bilhões, chegando a um orçamento de R\$ 107 bilhões. Assim, o país romperia definitivamente com seu descompromisso histórico e ingressaria no rol das nações que compreendem suas obrigações sociais, justamente aquelas mais desenvolvidas.

Enfim, 2012 já acena com um desafio: retomar a luta pelo financiamento digno da saúde brasileira. Para nós, médicos, este é um compromisso que deve ser efetivamente cumprido.

# André Longo será diretor da ANS

**Após a aprovação de seu nome pelo Senado, ele listou o resgate da valorização do trabalho médico como um desafio**



Moreira Maniz / Agência Senado

**Apreciação:** plenário do Senado referendou nome após sabatina na CAS

O plenário do Senado referendou, no dia 13 de dezembro, a indicação de André Longo Araújo de Melo para exercer o cargo de diretor da Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Longo é médico graduado pela Universidade de Pernambuco (UPE) e atualmente ocupa o cargo de conselheiro

federal suplente por Pernambuco no Conselho Federal de Medicina (CFM). É também vice-corregedor e ex-presidente do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe).

A indicação foi aprovada na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em 30 de novembro, após sabatina, e então encaminhada ao plenário da Casa. Veja ao lado a declaração de André Longo sobre os principais desafios na relação atual da ANS com os médicos (*a entrevista completa estará disponível no site do CFM*).

Venho de longo período de atuação nas entidades médicas, sei que há muita expectativa de mudanças. A reclamação central dos médicos e das entidades é a desvalorização do trabalho do médico ocorrida ao longo das últimas décadas. Os honorários médicos não foram reajustados na mesma medida do crescimento do setor, perderam força quando comparados aos recursos que foram mobilizados para os gastos com tecnologia, notadamente para pagamento de materiais e medicamentos.

Um dos grandes desafios para a agenda regulatória da ANS é como promover o resgate da valorização do trabalho médico de qualidade, chamado artesanal, como nas consultas, visitas hospitalares e cirurgias, não atrelado, necessariamente, à tecnologia. Embora não tenha competência legal para arbitrar valores e reajustes de honorários, a ANS reconhece a defasagem dos honorários médicos e deve buscar, pela rediscussão do modelo de pagamentos de prestadores, um maior equilíbrio, haja vista que esta realidade tem trazido dificuldades para o setor

André Longo Araújo de Melo

## Relação com as operadoras

### Movimento nacional quer avanço nas negociações

O movimento médico nacional, capitaneado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam), quer estabelecer novo patamar de negociações com as operadoras com pertinência à contratualização dos médicos.

O objetivo é amplificar o movimento de reivindicação por mecanismos mais adequados – sob os aspectos administrativo e jurídico – na relação das operadoras com os médicos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou, em 2004, normas sobre a obrigatoriedade de contratualização entre operadoras e os médicos (RN 71/04), mas esta resolução não tem sido efetivada pelas operadoras e carece de maior fiscalização por parte da ANS.

Para encaminhar o diálogo entre as entidades médicas nacionais e a Agência, após as jornadas de mobilização de 2011, está marcada uma reunião no final de dezembro com representantes da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu) – Aloísio Tibiriçá (CFM), Florisval Meinão (AMB) e Márcio Bichara (Fenam) –, na qual serão propostas al-

guas iniciativas para 2012 que abranjam aspectos como contratualização, negociação coletiva e hierarquização da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

**Conquistas em 2011** – O coordenador da Comsu, Aloísio Tibiriçá, enumera os principais momentos vividos neste ano. Em 7 de abril, para cobrar reajuste dos honorários médicos, a categoria interrompeu o atendimento aos usuários de todos os planos. O movimento prosseguiu com ação semelhante em 21 de setembro – também com suspensão de atendimento, desta vez atingindo operadoras que se recusaram a negociar reajustes e insistiram em interferir na autonomia dos profissionais.

“O movimento, neste ano, fez duas grandes mobilizações nacionais, em ações articuladas com os estados, com ampla adesão. Não foram poucas as conquistas e avalio que temos um saldo positivo, embora ainda precisemos avançar. Foi um período para a rearticulação do movimento médico. Em 2012, a partir do início do ano, traçaremos os rumos e estratégias do movimento médico”, aponta Tibiriçá.

## Combate ao uso de drogas

### Internação involuntária tem respaldo da lei

O CFM defendeu, durante a apresentação do relatório final da subcomissão temporária de políticas sociais sobre dependentes químicos de álcool, crack e outras drogas do Senado, no dia 13 de dezembro, a participação ativa de médicos no tratamento de dependentes.

Para o conselheiro Emmanuel Fortes, psiquiatra, a internação involuntária é medida respaldada pela lei brasileira e em muitos casos necessária. “A liberdade, embora tutelada pela Constituição, é uma conquista que não pode ser exercida de qualquer maneira. A vida, a do indivíduo doente e as daqueles que estão expostos a sua ação, não tem valor menor do que a liberdade”, avaliou, ressaltando que as garantias individuais devem ser preservadas nessas situações.

O conselheiro lembrou ainda que, além da internação involuntária, avalizada apenas por médicos, a lei também prevê a internação compulsória, distinta da involuntária por ser determinada por um juiz. “A lei prevê que o indivíduo pego com pequenas quantidades de drogas seja recolhido compulsoriamente e apresentado à Justiça. O juiz decide o enca-

minhamento, que pode ser a internação compulsória, embasada em laudo médico”, disse.

O relatório apresentado é dividido em ações sociais, prevenção e reinserção social; segurança pública e legislação penal; e saúde pública e tratamento. Deverá ser votado ainda este ano na Comissão de Assuntos Sociais, à qual a subcomissão está vinculada.



**Discussões:** CFM contribuiu durante a apresentação do relatório

## Plano do ministério contempla diretrizes

A Comissão de Ações Sociais do CFM faz uma análise positiva do plano “Crack, é Possível Vencer”, lançado pelo governo federal em dezembro. A iniciativa prevê ações de tratamento, repressão ao tráfico e educação – que contemplam as sugestões

da comissão para o enfrentamento da droga.

De acordo com as diretrizes lançadas pelo CFM em agosto, as ações devem priorizar três eixos: policial, saúde e social. O tesoureiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (Cremepe) e mem-

bro da comissão, Ricardo Paiva, comemorou a estratégia, mas diz ser necessário “definir um organograma de responsabilidades”. Por sua vez, o coordenador da Câmara Técnica de Psiquiatria e 3º vice-presidente, Emmanuel Fortes, considerou as ações tímidas.



Demografia médica

# CFM repassa dados ao ministério

**Objetivo é subsidiar ações e políticas públicas em benefício da medicina e da melhoria da assistência oferecida**



Repercussão: Milton Arruda recebeu o estudo das mãos de diretores

O Conselho Federal de Medicina (CFM) compareceu ao Ministério da Saúde para entregar a íntegra da pesquisa “Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades”.

Os diretores do CFM, Aloísio Tibiriçá Miranda (2º vice-presidente) e Desiré Callegari (1º secretário), acompanhados pelo presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), Renato Azevedo,

entregaram formalmente o estudo logo após o lançamento, no dia 30 de novembro, ao secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Milton Arruda, e ao chefe de gabinete do Ministério da Saúde, Mozart Sales. “As informações podem subsidiar políticas públicas nacionais de forma a beneficiar a medicina e a saúde brasileira”, apontou Callegari.

A pesquisa inédita do CFM/Cremesp traz dados

sobre o perfil demográfico dos médicos brasileiros. A divulgação, pelo jornal *Medicina*, foi dividida em duas etapas: a primeira, na edição passada, mostrou o crescimento exponencial do contingente de médicos, a distribuição geográfica dos médicos registrados e dos postos de trabalho médico ocupados e a distribuição dos médicos nos setores público e privado da saúde. Um dos destaques apresentados foi o fato de os pacientes da saúde privada contarem com 3,9 vezes mais postos de trabalho médico ocupados que os da rede pública.

Nesta edição, será apresentado o censo brasileiro de médicos especialistas e generalistas e algumas comparações internacionais relativas aos percentuais de investimentos públicos em relação ao privado (veja mais nas páginas 6 e 7).

## Estudo é ferramenta importante

A pesquisa sobre a demografia médica brasileira repercutiu entre entidades médicas e acadêmicas. Para o presidente da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Cid Carvalhaes, a pesquisa traz um retrato de uma realidade que terá de ser encarada e debatida para propor soluções como o desenvolvimento de uma política nacional de Estado para a saúde e programas de atração do médico. “É um desafio difícil, mas que tem de ser enfrentado em toda a sua plenitude”, destaca.

O presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Florentino de Araújo Cardoso Filho, também avalia que o estudo descortina aspectos importantes da realidade médica. A

opinião é compartilhada pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

A vice-presidente da Associação, Ligia Bahia, considera a pesquisa importante instrumento para entender o panorama atual da medicina brasileira e nortear propostas: “Temos um desafio muito complexo, que é o de encarar o fato de que estamos diante de falta e excesso simultaneamente [de quantidade de médicos]. Temos um padrão de distribuição de médicos duplamente concentrado, que se expressa nas disparidades regionais e no predomínio da inserção em instituições de saúde privadas” (veja depoimentos abaixo).

## América Latina e Caribe

### Países da Confemel terão cadastro único

As entidades médicas da América Latina e do Caribe trabalham na criação de um banco de dados único dos profissionais da medicina de toda a região. A proposta foi sugerida durante a XIV Assembleia Anual Ordinária da Confederação Médica Latino-americana e do Caribe (Confemel).

O banco de dados contaria com informações como o registro profissional; a instituição onde o médico se graduou; onde cursou a residência; títulos de especialização e antecedentes profissionais.

Cláudio Franzen, conselheiro do CFM e da Confemel, participou do encontro e conta que o objetivo da proposta é “garantir a informação a respeito de médicos que se transferem de um país para o outro”. Segundo ele, nessa discussão, o Brasil enfatizou que, de acordo com a legislação, há penas que não podem

ser publicadas. “Ficou tácito que será respeitada a lei de cada país”, garantiu Franzen, representante do CFM na Comissão de Integração dos Médicos do Mercosul (Cims).

O conselheiro dá exemplos de casos que podem ser informados ao cadastro: “um médico suspenso até 30 dias, ou que tenha recebido uma advertência pública, nós podemos comunicar, porque isso não o impede de trabalhar em outro país”.

Sobre a pena máxima, Franzen adianta que seriam publicados “os nomes dos médicos que foram cassados, para que os outros países tivessem o devido conhecimento e não permitissem que os mesmos neles trabalhassem”. Informa também não ter havido consenso na discussão.

A assembleia, realizada de 21 a 25 de novembro, na cidade do Panamá, também foi palco de queixas sobre

problemas enfrentados pelos países, em temas como medicamentos e a invasão de médicos formados em Cuba e na Venezuela, com formação considerada deficiente. Sobre medicamentos, as entidades denunciaram a circulação de produtos banidos em outras nações, mas comercializados em países da região.

Outro destaque resultante do encontro foi a aprovação de uma nota em defesa dos portadores de Hanseníase, comum na América Latina. Hiran Gallo, tesoureiro do CFM e ex-conselheiro da Confederação, destaca que: “Em virtude dessa patologia deixar sequelas, a população desinformada discrimina essas pessoas, muitas já curadas da doença. Os associados da Confemel resolveram, então, divulgar uma nota repudiando qualquer tipo de discriminação”.

A pesquisa ‘Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades’ é trabalho relevante, respeitoso e que deve ser acolhido.

Demonstra um fato evidente, denunciado pelas entidades médicas há muito tempo: uma distribuição de médicos extremamente injusta, trágica, inadequada e maléfica para a população brasileira. Nosso problema não está no número de profissionais, mas sim, acima de tudo, na alocação de médicos em determinadas regiões

Cid Carvalhaes, presidente da Fenam

A pesquisa Demografia médica no Brasil, do CFM e do Cremesp, é ferramenta essencial para compreender alguns dos motivos de falhas graves do sistema de saúde do país. Evidencia que temos profissionais em número suficiente para bem assistir aos cidadãos. Denota, ao mesmo tempo, a falta de políticas públicas competentes para interiorizar o médico, por intermédio de remuneração digna, possibilidades de educação continuada e uma carreira de Estado. Temos o desafio de mudar essa realidade

Florentino de Araújo Cardoso Filho, presidente da AMB

Certamente, a saúde de uma população não depende apenas de médicos, mas sim de um conjunto de políticas sociais voltadas à proteção contra os riscos e prevenção de agravos. No entanto, o padrão concentrado de médicos especialistas é sintoma que não deve ser negligenciado porque denuncia que nosso sistema de saúde universal ainda não se mostrou potente para assegurar o mesmo cardápio de direitos à saúde, materializados em termos do acesso a médicos especialistas, em todo o território nacional. Um sistema de saúde que se pretenda universal não pode conviver com tão elevado grau de concentração espacial

Ligia Bahia, vice-presidente da Abrasco

## Demografia médica

# Acesso a especialistas é desigual

## Censo do CFM traz, pela primeira vez, uma radiografia com a distribuição de especialistas no país

O censo brasileiro de médicos especialistas e generalistas é um dos importantes desdobramentos do estudo inédito apresentado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em novembro: “Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades”.

Por meio do cruzamento dos dados registrados pelos conselhos regionais de medicina – que compõem a base do CFM –, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pelas sociedades brasileiras de especialidades médicas, reunidas na Associação Médica Brasileira (AMB), o censo traz, pela primeira vez, uma radiografia com percentual de especialistas no país, distribuição pelas regiões e unidades da Federação e outros dados, como perfil de acordo com idade e sexo.

**Desigualdades** – Os números desse primeiro censo de especialidades trazem conclusão semelhante a obtida no levantamento de médicos por região (apresentado na edição passada): há, também, desigualdade no acesso a médicos especialistas. Espacialmente, segundo grandes regiões, onde se concentram médicos em geral também se concentram os especialistas: 54,97% na Sudeste; 17,93% na Sul; 15,11% na Nordeste; 8,52% na Centro-Oeste e 3,47% na Norte (veja gráficos comparativos ao lado).

Além disso, as concentrações praticamente se repetem em cada especialidade – reforçando a conclusão de que, geralmente, regiões bem servidas em uma especialidade são bem servidas em todas. Isto se deve ao fato de que o especialista,

assim como o médico em geral, tende a se instalar onde há trabalho para sua especialidade, onde se paga melhor, onde tem possibilidades de aprimoramento e onde há qualidade de vida.

“Esses dados acrescentam novos elementos à discussão sobre a suposta escassez de médicos especialistas no Brasil, da qual continuaremos participando ativamente. Estamos certos de que qualquer política indutora da formação de especialistas ou propostas que visem atrair esses médicos especialistas para atuar no sistema público de saúde e nas regiões de difícil provimento passam pela valorização do profissional, tanto em termos de remuneração como de estrutura e perspectiva de carreira”, avalia o presidente do CFM, Roberto Luiz d’Avila.

## Oferta de RM pode influenciar fixação

A distribuição da oferta de programas e vagas na residência médica (RM) acompanha a concentração de médicos em geral e a de especialistas. Este é um dos aspectos ressaltados pelo censo brasileiro de médicos especialistas e generalistas do CFM. Nas áreas consideradas gerais estão 46,3% das vagas de residência. Dentre os especialistas, 37,62% têm título em especialidades básicas.

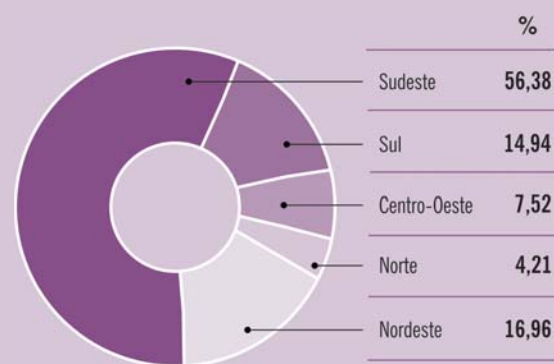
Do mesmo modo, há semelhança entre a distribuição de vagas da RM em geral e a distribuição dos especialistas titulados, por grandes regiões

(veja gráficos abaixo). Na Sudeste estão 63,5% das vagas e 54,97% dos especialistas; na Sul, 15,9% das vagas e 17,93% dos especialistas; na Nordeste, 11,6% das vagas e 15,11% dos especialistas; na Centro-Oeste, 7,1% das vagas e 8,52% dos especialistas; e a Norte concentra 1,9% das vagas e 3,47% dos titulados no Brasil.

Entretanto, de acordo com o coordenador do estudo, Mario Scheffer, não é possível, pelos dados disponíveis, afirmar que a oferta de residência médica está diretamente relacionada com a

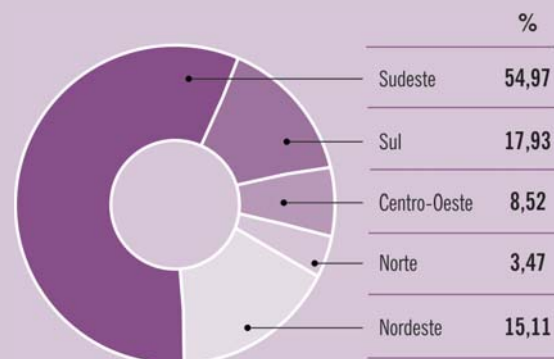
fixação ou concentração dos especialistas. “Uma análise do número de vagas de RM de fato ocupadas, da oferta e de sua procura, da evolução histórica e datas dos títulos concedidos via RM confrontados com a localização atual dos médicos, além do fator migração de profissionais, são elementos imprescindíveis para aprofundar tal argumento”, explica o pesquisador, que salienta não estarem disponíveis as datas dos registros de todos os títulos e/ou conclusões de RM, o que impede traçar a evolução histórica do quantitativo de especialistas.

Distribuição de médicos em geral, segundo grandes regiões – Brasil, 2011



Fonte: CFM; Pesquisa Demografia médica no Brasil, 2011.

Distribuição de especialistas titulados (total), segundo grandes regiões – Brasil, 2011



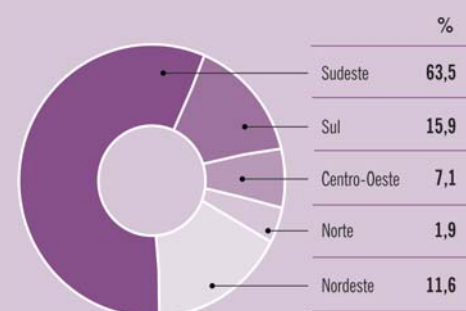
Fonte: CFM/AMB/CNRM; Pesquisa Demografia médica no Brasil, 2011.

## DF é primeiro no ranking

Entre as unidades da Federação, o Distrito Federal aparece no topo do ranking quanto à proporção de especialistas atuantes (67,8% dos médicos são especialistas e 32,2%, generalistas), seguido do Rio Grande do Sul (67,6% especialistas e 32,4%, generalistas) e Espírito Santo (65,9% contra 34,1%). No extremo oposto (poucos especialistas disponíveis), estão Amapá (40,9%), Rio Grande do Norte (40,7%) e Maranhão (36,6%).

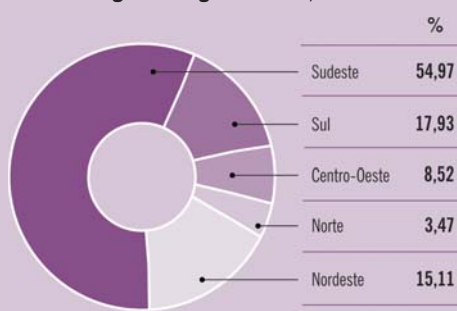
Quanto às regiões, a Sul tem a maior concentração de especialistas do país – 1,95 para cada generalista. A Norte (com 0,83%) e a Nordeste (com 0,96%) ocupam posição oposta, com mais generalistas. A região Centro-Oeste tem 1,66 especialista para cada generalista, índice influenciado pela presença do Distrito Federal, onde a razão é de 2,11, a mais alta do país. A Sudeste aparece abaixo da média nacional – 1,16 especialista para cada generalista.

Distribuição de vagas na residência médica – CNRM, 2010



Fonte: CNRM, 2010.

Distribuição de especialistas titulados (total), segundo grandes regiões – Brasil, 2011



Fonte: CFM/AMB/CNRM; Pesquisa Demografia médica no Brasil, 2011.

## CONCEITOS EMPREGADOS

Para efeito do estudo, especialista é o médico que possui título oficial em uma das 53 especialidades médicas reconhecidas no Brasil. Generalista é todo aquele que não possui título formal de especialista. Por opção metodológica, o levantamento considerou apenas a primeira especialidade titulada. Aproximadamente 27 mil médicos têm duas ou mais especialidades. Vale ressaltar que outros levantamentos de especialidades utilizam informações autorreferidas pelos médicos ou vagas ofertadas por empregadores, não considerando a comprovação do título, o que leva a divergências de dados em relação ao estudo Demografia médica no Brasil.



Demografia médica

# Especialidades básicas reúnem 37,62%

Os pediatras estão no topo do ranking brasileiro de número de médicos especialistas, reunindo 27.232 profissionais e representando 13,31% do universo de titulados. Em segundo lugar, os especialistas em Ginecologia e Obstetrícia (22.815 profissionais, representando 11,15%). Juntas, essas especialidades compõem quase um quarto (24,46%) de todos os profissionais titulados no Brasil.

Ainda de acordo com o censo brasileiro de médicos especialistas e generalistas, um dos resultados da pesquisa “Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades”, do Conselho Federal de Medicina (CFM), é o de que as especialidades básicas (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, e Medicina de Família e Comunidade) reúnem 37,62% dos especialistas – número significativo, consi-

derando que há ainda outras 48 especialidades reconhecidas pelo CFM em sua Resolução 1.973/11.

Os profissionais dessas cinco áreas, somados aos generalistas (ambos essenciais à atenção primária), representam 65,62% dos médicos brasileiros. Respondendo pela maior parte dos agravos à saúde, os generalistas, com os especialistas titulados em especialidades básicas, são os responsáveis pelo atendimento médico primário, que constitui o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde.

“Esses dados nos fazem crer que talvez haja um foco distorcido ao pensar em uma possível desassistência da população em decorrência do número de médicos especializados. Nos dão subsídios para ponderar que o problema da carência, na verdade, é a má distribuição de profissionais. O número de 22.815

especialistas em Ginecologia e Obstetrícia me parece bastante razoável se houvesse uma distribuição equânime”, aponta o presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Etelvino de Souza Trindade.

Trindade aponta, ainda, que os profissionais concentram-se nos grandes centros porque temem a falta de recursos de apoio em locais afastados. “Acredito que a inserção de especialistas, principalmente em áreas básicas, em regiões onde são deficitários, implica em uma carreira de Estado com remuneração adequada e possibilidade de progressão profissional e técnica”, avalia.

O presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Eduardo da Silva Vaz, também considera que a alegada falta de médicos nas especialidades básicas não é problema numérico, mas sim “de política de saúde para o setor público e o privado”. Em sua experiência como representante de 27.232 profissionais, aponta que muitos pediatras fecharam seus consultórios e estão trabalhando parcialmente na especialidade, pela falta de condições de trabalho e remuneração adequadas. “Não há falta de pediatras, mas sim falta de valorização”, destaca.



**Pediatras:** estão no topo do ranking brasileiro, mas falta valorização

## Percentual de generalistas é positivo

O Brasil conta com aproximadamente 55% de médicos especialistas e 45% de generalistas. “O enorme contingente de generalistas, parte deles com larga experiência profissional, pode ser considerado fator positivo para o sistema de saúde brasileiro e até, eventualmente, elemento regulador da diminuição de desigualdades na demografia médica”, avalia o estudo.

Para o Brasil, no entanto, ainda é um desafio avançar na compreensão de que a atuação do gene-

ralista pode ser suficiente e é recomendada e considerada a mais econômica para dar resposta a significativa parte dos agravos à saúde. O país ainda não consolidou um sistema único e hierarquizado, centrado em níveis de complexidade dos serviços, com referência e contrarreferência para todas as situações que exigem atendimento especializado.

De acordo com a pesquisa, contribuem ainda para a corrida à especialização e a pressão sobre

os serviços médicos especializados, os avanços tecnológicos, a mudança no perfil de morbimortalidade da população e o fato de termos um sistema público-privado fragmentado, que busca responder à saúde coletiva e ao mesmo tempo atender demandas espontâneas de pacientes e interesses particulares de prestadores e segmentos empresariais. Além disso, a remuneração não é homogênea, tanto entre generalistas e especialistas como entre as especialidades.

Número de médicos especialistas, segundo especialidade – Brasil, 2011

Especialidade	Nº	%
1 Pediatria	27.232	13,31
2 Ginecologia e Obstetrícia	22.815	11,15
3 Anestesiologia	14.826	7,25
4 Cirurgia Geral	13.609	6,65
5 Clínica Médica	10.640	5,20
6 Ortopedia e Traumatologia	9.515	4,65
7 Oftalmologia	9.280	4,54
8 Medicina do Trabalho	9.065	4,43
9 Cardiologia	8.708	4,26
10 Radiologia e Diagnóstico por Imagem	7.212	3,53
11 Psiquiatria	7.032	3,44
12 Dermatologia	5.132	2,51
13 Otorrinolaringologia	4.640	2,27
14 Cirurgia Plástica	4.016	1,96
15 Urologia	3.253	1,59
16 Medicina de Família e Comunidade	2.632	1,29
17 Neurologia	2.629	1,29
18 Endocrinologia e Metabologia	2.553	1,25
19 Medicina Intensiva	2.464	1,20
20 Nefrologia	2.228	1,09
21 Gastroenterologia	2.133	1,04
22 Neurocirurgia	2.071	1,01
23 Infectologia	2.056	1,01
24 Pneumologia	1.997	0,98
25 Cirurgia Vascular	1.877	0,92
26 Medicina de Tráfego	1.847	0,90
27 Acupuntura	1.810	0,88
28 Homeopatia	1.766	0,86
29 Patologia	1.725	0,84
30 Cancerologia	1.457	0,71
31 Hematologia e Hemoterapia	1.420	0,69
32 Reumatologia	1.243	0,61
33 Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	1.148	0,56
34 Cirurgia Cardiovascular	1.102	0,54
35 Cirurgia do Aparelho Digestivo	1.056	0,52
36 Endoscopia	1.056	0,52
37 Medicina Preventiva e Social	942	0,46
38 Cirurgia Pediátrica	905	0,44
39 Coloproctologia	874	0,43
40 Alergia e Imunologia	768	0,38
41 Geriatria	716	0,35
42 Nutrologia	689	0,34
43 Mastologia	669	0,33
44 Medicina Física e Reabilitação	570	0,28
45 Medicina Nuclear	499	0,24
46 Cirurgia Torácica	491	0,24
47 Radioterapia	444	0,22
48 Medicina Esportiva	413	0,20
49 Cirurgia de Cabeça e Pescoço	384	0,19
50 Medicina Legal e Perícia Médica	314	0,15
51 Angiologia	282	0,14
52 Cirurgia da Mão	202	0,10
53 Genética Médica	156	0,08
<b>Total</b>	<b>204.563</b>	<b>100,00</b>

Fonte: CFM/AMB/CNRM; Pesquisa Demografia médica no Brasil, 2011.

A íntegra do estudo *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades* está disponível no site do CFM ([www.portalmédico.org.br](http://www.portalmédico.org.br)).

## II Fórum Nacional de Ensino Médico

## CFM promove debate sobre ensino médico

**Objetivo da entidade é fortalecer parcerias com o governo e com escolas para melhorar formação**



**Qualidade:** público acompanhou debates com figuras destacadas da área

O CFM realizou nos dias 1º e 2 de dezembro o II Fórum Nacional de Ensino Médico, do qual participaram conselheiros federais e regionais, autoridades dos ministérios da Educação e Saúde e coordenadores de escolas médi-

cas. Com os encontros de ensino médico, o Conselho busca fortalecer parcerias com o governo federal e com escolas de medicina para promover a formação médica de qualidade.

“O evento se constitui em marco referencial no

âmbito do ensino médico e encerra com êxito as atividades de 2011 da Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina. Houve participação de figuras destacadas da formação médica brasileira e riqueza e variedade de temas para discussão”, avalia o conselheiro Henrique Batista, membro da comissão.

Da mesa de discussão “O novo código de ética médica e o ensino médico” participaram os conselheiros regionais e professores Luiz Alberto Bacheschi (Cremesp), Eurípedes Mendonça de Souza (CRM-PB) e Élcio Bonamigo (CRM-SC), que trataram de docência em medicina e ética profissional. O professor

Claudio Souza, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por sua vez, apresentou conferência sobre educação médica a distância.

Na mesa “Avaliação de escolas médicas”, o secretário de educação superior do Ministério da Educação, Luiz Claudio Costa, expôs aos participantes do evento a política de avaliação e abertura de cursos de medicina executada pelo governo federal; e o professor Anibal Cruz Sezano apresentou dados sobre brasileiros que cursam medicina na Bolívia (veja na matéria abaixo, à esquerda).

No segundo dia do encontro, o presidente da Federação Nacional dos Médicos, Cid Carvalhaes, falou sobre oportunidades de trabalho para médicos; a con-

selheira regional e membro da Comissão Nacional de Residência Médica, Maria do Patrocínio Tenório Nunes (Cresmesp), tratou das perspectivas do internato médico e de sua avaliação.

Na mesa “Avaliação do egresso de escolas médicas nacionais e estrangeiras”, os professores Fernando Menezes e Henry Campos debateram os atuais recursos e as perspectivas desse tipo de teste.

Durante o fórum, o CFM e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo apresentaram os resultados da pesquisa Demografia médica no Brasil (veja mais informações sobre o estudo nas páginas 5 a 7), debatida na mesa “Necessidade de médicos e especialistas no país” (veja matéria abaixo, à direita).

## Relação com a Bolívia em pauta

O secretário-geral do Colégio Médico de Cochabamba (Bolívia), Anibal Cruz Senzano, apresentou no II Fórum Nacional de Ensino Médico do CFM dados sobre o sistema de formação médica da Bolívia e sobre a participação de estudantes brasileiros neste sistema.

De acordo com Sezano, que é professor de uma escola médica estatal boliviana, existem 76 cursos de medicina na Bolívia (12 estatais e 64 privados). Há aproximadamente 25 mil brasileiros estudando medicina no país. Em algumas escolas, mais de 80% dos estudantes são brasileiros.

Estes estudantes estão majoritariamente vinculados a universidades privadas (98,5%), onde o ingresso é livre – ou seja, não são aplicados exames ad-

missionais nem exigidos cursos preparatórios. Para 2012, existe a previsão de ingresso de dez mil novos alunos brasileiros em escolas médicas bolivianas.

Segundo o levantamento de Senzano, cada brasileiro investe cerca de mil dólares por mês para pagar os estudos e a estadia na Bolívia, enquanto apenas a mensalidade do curso no Brasil custa em média seis mil reais. A estimativa é de que os estudantes brasileiros de medicina movimentam cerca de um bilhão e 500 milhões de dólares por ano no país. “Uma questão importante é saber se a economia que estes estudantes fazem compensa para o Brasil e para o futuro deles mesmos, já que a qualidade de muitas escolas é flagrantemente duvidosa”, pondera Senzano.



**Senzano (à esquerda):** em algumas escolas, mais de 80% são brasileiros

## Mesa debate necessidade de médicos

O secretário de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde, Milton Arruda, o presidente do Cremesp, Renato Azevedo, e o presidente do CRM-PB, João Gonçalves de Medeiros Filho, participaram da mesa de debates “Necessidade de médicos e especialistas médicos no país”, no II Fórum Nacional de Ensino Médico do CFM.

Em sua participação, Milton Arruda avaliou que o Brasil não necessita que sejam abertas mais escolas de medicina. Em seu entender, o país ainda carece de médicos, mas o atual número de escolas é suficiente para suprir essa carência. “Os problemas de assistência são ainda agravados pela má distribuição dos profissionais”, disse Arruda.

Os resultados da pesquisa Demografia médica no Brasil, apresentados no evento, indicam que hoje existem 371 mil médicos em atuação, o que leva a uma média de 1,95 profissional para cada mil habitantes – as desigualdades regionais e entre capi-



**Arruda (à esquerda):** atual número de escolas é suficiente

tais e municípios de interior, no entanto, são acentuadas; e a diferença de acesso à assistência em saúde por parte de usuários de serviços públicos e privados também é aguda (os primeiros têm quatro vezes menos médicos à disposição que os últimos).

Representantes de entidades médicas, que se posicionam contra a abertura indiscriminada de escolas de medicina, ressaltaram no encontro que a qualidade de muitas das instituições de ensino atualmente em funcionamento é insuficiente para a formação adequada de médicos e que as autoridades públicas deveriam concentrar esforços na dis-

tribuição pelo país dos profissionais existentes, com políticas de incentivo à fixação – sobretudo com a criação de uma carreira de Estado que dê perspectivas de progressão e mobilidade para os profissionais de saúde – e investimentos em infraestrutura de assistência.

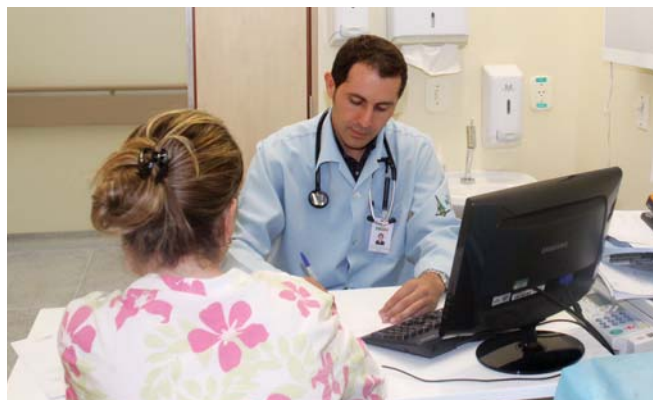
“Nossos estudos indicam que o principal problema é de distribuição. Somos contrários à abertura de novas escolas e defendemos efetivo controle da qualidade das que estão em funcionamento”, ponderou o conselheiro federal Dalvílio Madruga, membro da Comissão de Ensino Médico do CFM.



Regulamentação da medicina

# PLS 268/02 mobiliza entidades

**Conselhos reforçarão a luta para que o texto seja aprovado em comissões do Senado e sancionado em 2012**



**Escopo:** proposta regulamenta as atividades privativas do médico

Com a apresentação de pedido de vista coletiva pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado, no dia 21 de dezembro, a votação de substitutivo da Câmara ao PLS 268/02, que dispõe sobre o exercício da medicina e as atividades consideradas privativas do médico, deve acontecer em fevereiro próximo.

Para garantir a tramitação e a aprovação do substitutivo – que também no dia 21 recebeu parecer favorável do relator, senador Antônio Carlos Valadares (PSB-SE) –, os conselhos de medicina pretendem reforçar em 2012 a estratégia definida por comissão do Conselho Federal de Medicina

(CFM) especificamente criada para acompanhar o tema.

Mobilizadas, as entidades querem ressaltar junto aos parlamentares e à população a importância do projeto, que recebeu apoio de 62% da população brasileira, manifesta no ano passado em enquete na Agência Senado que captou o voto de 545.625 internautas (pesquisa que mais recebeu votos desde maio de 2009, quando esse tipo de consulta foi criada pela Agência).

“Com o pedido de vista coletiva, a matéria obrigatoriamente entrará na pauta da próxima sessão para ser votado. A expectativa é que seja aprovado na CCJ e tra-

mite rapidamente pelas comissões de Educação, Cultura e Esporte (CE) e de Assuntos Sociais (CAS), e possa ser sancionado ainda no primeiro semestre de 2012”, avalia Salomão Rodrigues, presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego) e coordenador da Comissão Nacional de Defesa da Regulamentação da Medicina CFM/AMB/Fenam que acompanha a tramitação.

**Ato médico** – No entendimento do CFM, a regulamentação da medicina traz segurança ao paciente e não fere a autonomia das outras 13 profissões da área da saúde, que já possuem escopo de atuação definido por legislação própria.

De acordo com a regra à espera de votação pelo Senado, cabe exclusivamente ao médico, por exemplo, a formulação de diagnóstico nosológico e sua respectiva prescrição terapêutica.

O projeto torna também exclusivas do médico a indicação e a execução de procedimentos invasivos. Nestes casos, estão inclusos os atos diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as

biópsias e as endoscopias, entre outras 15 atribuições.

Para Rodrigues, o projeto amadureceu e contou com avanços nas discussões com diferen-

tes setores, o que deve facilitar a aprovação e sanção da proposta pela presidente Dilma Rousseff. Para tanto, confia no apoio dos médicos e da sociedade.

## Diálogo com o Congresso

A convite do conselheiro Dalvílio Madruga – representante da Paraíba no CFM –, o plenário da entidade recebeu, no dia 8 de dezembro, a visita do senador Cássio Cunha Lima (PSDB-PB). No encontro, o presidente do CFM, Roberto d’Ávila, destacou a relevância do projeto de Regulamentação da medicina, atualmente em tramitação no Senado. Cunha Lima ganhou uma série de publicações e documentos do CFM que podem subsidiar tecnicamente suas posições sobre temas relativos à medicina. “O CFM possui papel de extrema relevância para a sociedade brasileira”, destacou o convidado, que pretende retornar em 2012 para apresentar, em detalhes, suas propostas no Congresso – e reforçar o diálogo com a entidade.



**Aproximação:** encontro faz parte das iniciativas políticas do CFM

## Combate à obesidade

### CFM participa de seminário na Câmara

O Conselho Federal de Medicina (CFM) defende a necessidade de o Congresso Nacional legislar sobre limites à propaganda de bebidas alcoólicas e sobre teores de sal, açúcar, gordura saturada ou gordura trans em produtos alimentícios. Esta postura foi firmada durante seminário para discutir o combate à obesidade, promovido pela Comissão de Legislação Participativa da Câmara dos Deputados, no dia 1º de dezembro.

Além disso, a entidade ressaltou que, mais que o combate, a prevenção é medida decisiva para enfrentar o problema da obesidade. “As crianças já apresentam hipertensão e diabetes devido à má prática alimentar. Sabemos que o sobrepeso e a obesidade nessa faixa etária têm grande influência sobre

a saúde presente e futura; por isso, prevenir é essencial”, alerta o conselheiro Gerson Zafalon Martins.

**Estatísticas** – Zafalon aponta que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o peso dos brasileiros vem aumentando nos últimos anos. Em 2009, uma em cada três crianças de cinco a nove anos estava acima do peso recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O problema da obesidade também atinge, segundo o IBGE, 13% dos brasileiros adultos.

De acordo com a OMS, a obesidade em todo o mundo mais do que dobrou desde 1980; e 65% da população mundial vivem em países onde o sobrepeso e a obesidade matam mais pessoas do que o baixo peso.

**Papel do Conselho** – O CFM tem o dever legal e ético de normatizar os atos decorrentes do exercício profissional. A regulamentação das técnicas de cirurgia bariátrica, por exemplo, relacionadas ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, constam na Resolução CFM 1.942/10, que define indicações, procedimentos e equipe.

A entidade colocou suas câmaras técnicas à disposição do deputado Dr. Grilo (PSL-MG), que propôs o evento, no sentido de oferecer dados e contribuir para eventuais projetos de lei sobre controle da propaganda, produtos alimentícios etc. Em articulação com o Ministério da Saúde, o CFM se disponibilizou a prestar ajuda nas campanhas de prevenção de doenças relacionadas à obesidade.

## MIGUEL NICOLELIS

Um dos mais renomados cientistas brasileiros, Miguel Nicolelis – fundador e diretor-científico do Instituto Internacional de Neurociências de Natal Edmond e Lily Safra – participou de audiência pública no Senado sobre o uso democrático da ciência para a transformação social e econômica do Brasil. Formado em Medicina, Miguel Nicolelis está desde 1994 na Universidade Duke (EUA), à frente de avançadas experiências com implantes de microeletrodos neurais que o tornaram mundialmente conhecido. Eleito pela *Scientific American* como um dos vinte cientistas mais influentes, suas pesquisas também oferecem um caminho para a cura de distúrbios neurológicos como o Alzheimer, além de perspectivas de comunicação tátil a longa distância e exploração do fundo do mar e do espaço.

## LENTE DE CONTATO

As atividades relacionadas às lentes de contato são exclusivas de médicos. O entendimento é da Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio da Câmara dos Deputados, que aprovou, no dia 7 de dezembro, substitutivo do relator ao Projeto de Lei 1.143/11, que estabelece condições para a comercialização e a distribuição de produtos ópticos. Conforme a proposta, a indicação, a prescrição e a adaptação de lentes de contato são procedimentos exclusivos da profissão médica. Tramitando em caráter conclusivo, a matéria ainda será analisada pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

## Publicidade médica

# Manual será publicado em janeiro

**Objetivo do trabalho é minimizar problemas de relacionamento provocados por equívocos de comunicação**



**Regras de conduta:** ética na colaboração com a mídia será abordada

Será lançado em janeiro o *Manual de publicidade médica*, editado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). A publicação reúne a Resolução CFM 1.974/11 e seus anexos, além de um capítulo com perguntas e respostas a respeito do tema. Os anexos apresentam detalhes e exemplos de aplicação das novas regras de publicidade em medicina, aprovadas pelo Conselho

em agosto último. Um índice remissivo auxiliará o leitor a localizar assuntos específicos na publicação.

“Queremos que o documento seja amplamente conhecido. Nosso objetivo é proteger pacientes e médicos, minimizando problemas de relacionamento provocados por equívocos de comunicação, e resguardar o decoro da atividade médica”, afirma o rela-

tor da norma e coordenador da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos do CFM, Emmanuel Fortes, 3º vice-presidente da entidade.

**Regras** – Entre as inovações trazidas pela nova resolução está a obrigatoriedade de que médicos que detêm especialidades informem seus respectivos números de RQE (registro de qualificação de especialista) sempre que expedirem documentos ou se anunciarem na condição de especialistas. Também foram indicados parâmetros éticos para a colaboração de médicos com veículos da imprensa e para a abordagem de assuntos médicos na internet.

As proibições incluem a participação de médicos em concursos para a escolha de profissionais de destaque; a oferta e a prestação de serviços

médicos a distância; o uso da imagem de pacientes em peças de publicidade; o anúncio de títulos de pós-graduação que induzam à crença de conferir ao médico a qualidade de especialista; a oferta de serviços por meio de consórcios ou similares; a participação em anúncios de produtos e serviços relacionados à medicina e o uso, em peças publicitárias, de representações visuais abusivas,

enganosas ou sedutoras no intuito de sugerir que os resultados de determinado procedimento ou terapêutica são garantidos.

A publicação será distribuída às entidades médicas de todo o país e estará disponível no portal do CFM na internet – [www.portalmédico.org.br](http://www.portalmédico.org.br). A resolução entra em vigor em 15 de fevereiro, 180 dias após ter sido publicada no Diário Oficial da União.

## SAIBA MAIS

**Consultando a publicação, médicos poderão ter acesso a critérios gerais de publicidade e propaganda – para profissionais individuais e para empresas e estabelecimentos de serviços médicos particulares ou oferecidos pelo SUS. A obra também traz critérios específicos para anúncios publicitários e de propaganda para material impresso institucional (receituários, formulários, guias etc.) e para TV, rádio e internet.**

**Outros aspectos abordados são a relação dos médicos com a imprensa (programas de TV e rádio, jornais, revistas), o uso das redes sociais e a participação em eventos. As ilustrações constantes no manual exemplificam modelos de anúncios para veículos impressos, internet, outdoors – e para adequação do cabeçalho da papelaria.**

## Homenagem do CFM

### Auditório recebe nome de Antônio Pinheiro

O auditório do Conselho Federal de Medicina (CFM), onde são realizados debates sobre a ética médica, foi batizado com o nome do conselheiro paraense Antônio Gonçalves Pinheiro, falecido em 8 de outubro. Conselheiros, funcionários do CFM e amigos puderam expressar sua admiração à Pinheiro no Dia do Cirurgião Plástico, comemorado em 7 de dezembro, durante a 10ª sessão plenária do CFM, reservada para homenagear o médico. Para participar, foram convidados a esposa Jorgina Maria Bichara Pinheiro e os três filhos – Osório, Ricardo e Antônio Pinheiro Filho (Toninho).

“Faltam-me palavras para descrever o que foi meu pai. Não me recorde de nenhuma conversa que tivemos que não falasse da medicina ou do CFM. É muito bom ver que a dedicação que ele teve tem gerado um reconhecimento e exemplo a ser seguido”, declarou Osório Pinheiro.

O presidente do CFM, Roberto d’Ávila, conduziu a homenagem afirmando que Pinheiro é um exemplo de ética. “Deixar o seu nome gravado nas paredes deste Conselho é uma das ma-

neiras de eternizar o exemplo de ética médica dado por Pinheiro, atuante e veemente defensor da medicina”.

**Representação** – Com a morte de Antônio Gonçalves Pinheiro, o estado do Pará será representado no Conselho Federal pelo médico cardiologista Waldir Cardoso.

Cardoso classifica o momento como significativo, um marco para sua trajetória como militante do movimento médico: “Afirmo que será impossível substituí-lo em vista de sua qualidade e representatividade no movimento médico. A ele quero dedicar todo o trabalho que vou desenvolver”.

Cardoso é cardiologista com pós-graduação *lato sensu* em Fisiologia do Exercício e em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. Desde 1988 participa de movimentos médicos sindicais. Foi vereador de Belém (de 1997 a 2000) e presidiu a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) no biênio 2004-2005.

Atualmente, representa o CFM no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e ocupa o cargo de secretário de Comunicação da Fenam. Segundo ele, sua representatividade no CFM aprofundará o elo entre as duas entidades, fortalecendo o movimento médico.



**Homenagem:** auditório recebe nome do conselheiro; família se emociona

## Relações de trabalho do SUS

### Política protegerá profissionais

O Ministério da Saúde lançou, em dezembro, a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes foram traçadas pelo Comitê Nacional de Saúde do Trabalhador, criado especificamente para este fim e composto por representantes dos trabalhadores e dos gestores. O comitê ainda irá construir o plano de ação que definirá os critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos para fiscalizar o cumprimento das diretrizes. Entre os objetivos da política estão garantir a despreciação de vínculos trabalhistas, a humanização do trabalho em saúde e a democratização das relações de trabalho.

Asato explica que “a carga horária dos profissionais de saúde é uma das maiores, pois grande parte tem jornada dupla ou até maior (que pode causar,

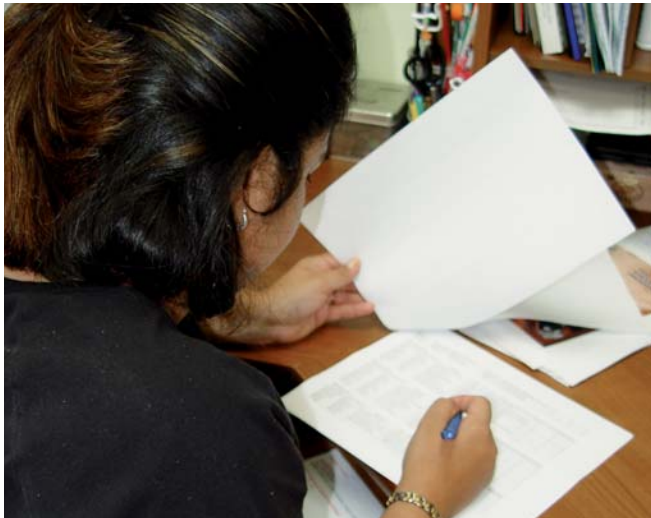
por exemplo, a síndrome de Burnout ou síndrome do esgotamento profissional, um estado de tensão emocional e estresse crônicos provocado por condições de trabalhos físicos, emocionais e psicológicos desgastantes). Esses trabalhadores estão sujeitos ainda a riscos por exposição a agentes biológicos e físicos inerentes à função, o que pode vir a acarretar danos à saúde no decorrer de suas atividades”.

Nesse sentido, salienta que as diretrizes do ministério são realmente uma necessidade e devem somar a vários projetos isolados em andamento em empresas públicas e privadas e alguns órgãos da administração direta que prestam atendimento à saúde da população por meio do SUS, e que também estão preocupados com os seus colaboradores, funcionários e servidores.



# Estudo rastreia autoria inapropriada

**Em 21% dos artigos biomédicos há assinaturas indevidas que violam relação de confiança e escondem conflitos de interesse**



**Conduta antiética:** resultados de pesquisas podem ser questionados

Pesquisa realizada com seis periódicos biomédicos de repercussão internacional revelou que há evidências de atribuição inapropriada de autoria em 21% dos artigos aceitos para publicação. “Ao adotar ou aceitar esse tipo de conduta, pesquisadores e editores violam a relação de confiança existente entre os envolvidos na produção de uma pesquisa, e entre estes e os leitores”, avalia o presidente do CFM, Roberto Luiz d’Avila.

O estudo, cujos resultados foram apresentados em outubro último pelo *British Medical Journal*, distingue dois tipos de autoria in-

propriada: honorária e fantasma. A primeira fica caracterizada quando alguém que não contribuiu significativamente para uma pesquisa é creditado como autor; a segunda, quando alguém que participou ativamente de uma pesquisa tem sua colaboração omitida. Os critérios para atribuição de autoria utilizados no estudo são os definidos pelo Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (ICMJE).

A ocorrência de autoria inapropriada é atualmente um pouco menor se comparada com estudo semelhante publicado em 1996, que indicava 29,2% de incidência. “Periódicos biomédicos têm esclarecido suas políticas, mais deles têm adotado as diretrizes do ICMJE, e mais

têm requerido que os autores revelem suas contribuições individuais específicas”, disse um dos autores do estudo, Joseph Wislar, em entrevista ao jornal *Medicina* (veja ao lado). Na avaliação de Wislar e dos demais autores do estudo, a integridade da atribuição de autoria requer compromisso dos pesquisadores e vigilância de instituições acadêmicas e editores de periódicos.

**Problemas** – A autoria inapropriada repercute, por exemplo, no trabalho de comitês que avaliam a produção de um pesquisador pelo número de artigos publicados – alguém identificado como autor de inúmeros trabalhos pode não ter colaborado adequadamente em sua produção, o que pode acarretar promoções profissionais incompatíveis com o mérito acadêmico.

No caso de autoria fantasma destaca-se a falta de transparência: os leitores não são informados sobre os vínculos dos autores não nomeados, de modo que não podem avaliar os eventuais conflitos de interesse – o autor fantasma pode ser empregado de uma indústria, por exemplo.

As diretrizes do ICMJE podem ser encontradas em [www.icmje.org](http://www.icmje.org). O Código de Ética Médica aborda o tema publicações científicas em seus artigos 107 a 109.

## INTEGRIDADE DA PESQUISA EM RISCO

**Joseph Wislar, especialista em avaliação de pesquisas do *Journal of the American Medical Association* (Jama), é um dos autores do estudo sobre autoria inapropriada de que trata a matéria ao lado. Gentil, concedeu a seguinte entrevista ao jornal *Medicina*.**

**Quais são os maiores riscos relacionados à autoria inapropriada para autores, publicações, instituições e sociedade?**

Em geral, há falta de transparência e de atribuição. Quando a pesquisa biomédica não é transparente, a integridade do estudo pode ser colocada em questão e os resultados podem não ser confiáveis.

**O que o senhor pensa que pode ser feito para assegurar a autoria apropriada?**

Pesquisadores precisam ser transparentes em relação ao modo como suas pesquisas são conduzidas, sobre quem estava envolvido e como, da coleta de dados à publicação. Os periódicos podem encorajar a transparência e a atribuição provendo claras definições e

requisitos. Como sugerimos em nosso artigo, os autores poderiam ser requeridos a declarar publicamente suas contribuições, bem como a contribuição de outras pessoas que tenham provido assistência significativa em edição, elaboração e mesmo estatística, mas que não as qualificaram para autoria. Quando é detectada uma má conduta, instituições acadêmicas e de financiamento devem investigar e ter políticas disciplinares para resolver o problema.

**Quais são as principais razões para a existência das autorias honorária e fantasma?**

Nosso estudo não indagou os autores sobre isso, então posso apenas oferecer minha opinião. Autores honorários podem ter contribuído de algum modo, mas não o suficiente para serem considerados autores pelas definições do ICMJE. Por exemplo: a pessoa pode ter ajudado a supervisionar o estudo e nada mais. Além disso, é possível que nem todos os autores estejam familiarizados com os critérios de autoria do ICMJE.



## Entrevista Edevar José de Araújo

**“A tendência é valorizarmos um estudo mais pelo renome do periódico do que pela qualidade do artigo”**

O conselheiro Edevar José de Araújo, que representa a Associação Médica Brasileira (AMB) no plenário do CFM, é professor de medicina e, nesta condição, conhece as peculiaridades da produção acadêmica. Em sua avaliação, o Código de Ética Médica é importante instrumento para a formação e vigilância da conduta de pesquisadores.

*Jornal Medicina* – Como o senhor avalia os resultados deste estudo? [ver matéria acima]

Edevar José de Araújo – Infelizmente não me causou surpresa. Em universidades e centros de pesquisa é comum que produções científicas citem como coautores pessoas sem qualquer envolvimento no estudo. As explicações são várias: valorização curricular, financiamento

de pesquisas etc. O CFM recebeu, inclusive, denúncia contra quem negou citar nomes de pessoas não envolvidas em determinada pesquisa. Penso que isso serve como exemplo da inversão dos valores.

*JM* – O levantamento foi feito entre periódicos de alta repercussão, como *Lancet*, *Jama* e *Annals of Internal Medi-*

*cine*. O senhor avalia que os periódicos brasileiros estão igualmente vulneráveis a desvios de conduta?

EJA – É muito perigoso generalizar, mas considero que não somos melhores nem piores que outros países em nenhum ramo da atividade humana. Devemos ter o mesmo problema. A questão é relativamente simples. A tendência é valorizarmos um estudo mais pelo renome do periódico do que pela qualidade do artigo. Quem tentou publicar um artigo, aqui ou no exterior, sabe das dificuldades. Não havendo uma instituição por trás ou o

nome de alguma personalidade, o caminho é árduo.

*JM* – Qual o impacto da conduta inadequada de pesquisadores no trabalho médico?

EJA – O impacto é grande, tanto no aspecto ético quanto nos de veracidade e do que chamamos conflito de interesse. O médico, ao verificar a instituição de origem da pesquisa ou os nomes dos autores, costuma esquecer de avaliar o estudo de forma crítica. Sobre conflito de interesse, já se chamou atenção para o fato de que varia entre

70% e 85% a quantidade de artigos patrocinados pela indústria farmacêutica em revistas internacionais de renome. Essa foi uma manifestação de Richard Smith, editor chefe do *British Medical Journal* por 25 anos. No Brasil, cito o professor Valdemar Ortiz (Unifesp), que aponta conflitos de interesse nas publicações médicas desde 2005. Em artigos patrocinados pela indústria farmacêutica, quadruplicam os resultados favoráveis à droga ou ao procedimento estudado.



## Crianças desaparecidas

## Médicos aderem à campanha

**Iniciativa faz alerta e divulga lei que prevê a procura imediata da criança a partir da ocorrência policial**



**União:** CFM e CRMs participam; material foi aprovado em reunião no dia 6

No último mês o Brasil acompanhou o caso do bebê recém-nascido que desapareceu em São Gonçalo, no Rio de Janeiro. O resgate só foi possível por uma informação repassada para o Disque-Denúncia 100.

Retratos como este incentivaram o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os 27 conselhos regionais (CRMs) a lançarem uma campanha permanente para pedir o engajamento dos 370 mil

médicos do país na luta em busca de crianças desaparecidas.

Observar semelhanças com os pais, sinais de agressão, comportamento da criança com a família. Estas são algumas orientações para que os médicos fiquem atentos nos hospitais, prontos-socorros e clínicas do país. Outra recomendação indicada pelo Conselho é que os médicos sempre confirmem os documentos do menor e dos responsáveis.

Os CRMs dos estados encaminharam cartazes com esclarecimentos aos postos de saúde e hospitais. Um dos objetivos da ação é divulgar a Lei Federal 11.259/05, conhecida como “Lei da busca imediata”, que prevê a procura imediata da criança a partir da ocorrência policial. “Os brasileiros têm o mito de que é necessário aguardar 24 horas para fazer a denúncia. Este tempo é crucial para encontrar uma criança desaparecida”, alertou o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital.

Além dos cartazes, o Conselho lançou uma página eletrônica que trará informações para pais e médicos sobre a questão (*acesse pelo site do CFM: [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br)*). As informações também serão encaminhadas por meios eletrônicos aos 370 mil médicos do país.

**MÉDICO, FIQUE ATENTO:**

Peça a documentação do acompanhante. A criança deve estar acompanhada dos pais, avós, irmão ou parente próximo. Caso contrário, pergunte se a pessoa tem autorização por escrito.

Procure conhecer os antecedentes da criança. Desconfie se o acompanhante fornecer informações desencontradas, contraditórias ou não souber as perguntas básicas.

Analise as atitudes da criança. Veja como ela se comporta com o acompanhante, se demonstra medo, choro ou aparência assustada.

Veja se existem marcas físicas de violência, como cortes, hematomas e grandes manchas vermelhas.

**AS DEZ PRINCIPAIS CAUSAS:**

1. Fuga do lar, conflitos familiares
2. Conflitos de guarda, subtração de incapaz
3. Rapto consensual, “fuga com namorado(a)”
4. Perda por descuido, negligência, desorientação
5. Situação de abandono, “situações de rua”
6. Vítima de acidente, intempérie, calamidade
7. Tráfico para fins de exploração sexual
8. Sequestro
9. Fuga de instituição
10. Suspeita de homicídio e extermínio

**LEI DA BUSCA IMEDIATA**

Um dos objetivos da ação é divulgar a Lei Federal 11.259/05, conhecida como “Lei da busca imediata”, que prevê a procura imediata da criança a partir da ocorrência policial.

**O DESAFIO DOS NÚMEROS**

A precariedade dos sistemas de informatização e ausência de comunicação entre as polícias civis, militares e federais dos estados da Federação tornam difícil quantificar o problema.



**SEU PEQUENO PACIENTE PODE SER UMA DELAS.**

Médicos e profissionais de saúde podem mudar esta realidade. Ao atender uma criança, fique atento aos seguintes procedimentos:

Peça a documentação do acompanhante.

Procure conhecer os antecedentes.

Analise as atitudes da criança.

Veja se existem marcas físicas de violência.

Em caso de suspeita, disque 100.

[portalmedico.org.br](http://portalmedico.org.br)



**CFM | CRMs**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA | CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA