

## SAÚDE MENTAL PEDE SOCORRO



Atuação dos profissionais é limitada por uma série de obstáculos, que vão da escassez de medicamentos ao preconceito

*Páginas 4 e 5*

### MOBILIZAÇÃO

Médicos protestam novamente contra operadoras de planos de saúde

*Página 3*

### ENTREVISTA

Deputado federal Luiz Henrique Mandetta critica medidas do Governo Federal

*Página 6 e 7*

### PIONEIROS

O pediatra Edgar Sperb se emociona ao falar sobre décadas dedicadas à Medicina

*Página 12*



## EXPEDIENTE

# JORNAL DO MÉDICO

CRM-MS - Informativo Oficial do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul - Junho de 2009

**Presidente:**

Conselheiro Luís Henrique Mascarenhas Moreira.

**Vice-Presidente:**

Conselheiro Alberto Cubel Brull Júnior.

**1ª Secretária:**

Conselheira Luciana Reis Vaz de Moura Covre.

**2ª Secretária:**

Conselheira Rosana Leite de Melo.

**1º Tesoureiro:**

Conselheiro Heitor Soares de Souza.

**2º Tesoureiro:**

Conselheiro Carlos Idelmar de Campos Barbosa.

**Corregedor Geral:**

Conselheiro Edmar de Azambuja Salles.

**Corregedor Adjunto:**

Conselheira Maria Cristina Pita Sassioto.

**Conselheiros-Efetivos:**

Celso Rafael Gonçalves Codorniz, Cláudia Emília Lang, Eltes de Castro Paulino, José Antonio de Carvalho Ferreira, Laércio Tadeu Ferreira de Miranda, Marialda Goulart de Almeida Pedreira, Mauro Luiz de Britto Ribeiro, Moacyr Basso Júnior, Moacyr Battistetti, Oldemiro Haroim Júnior, Pedro Eurico Salgueiro, Antonio Carlos Bilo, Denise Aparecida de Almeida Tamazato, Sérgio Renato de Almeida Couto, Renato Lúcio Martins e Eliana Patrícia S. Maldonado Pires, Juberty Antônio de Souza

**Conselheiros-Suplentes:**

Alexandre Brino Cassaro, Carlos Idelmar de Campos Barbosa, Christiana Velloso Rebello Hilgert, Cristina Yamakawa Higashi, Eduardo Lasmar Pacheco, Eloína Brasil Ferreira, Edmar de Azambuja Salles, Faisal Augusto Alderete Esgaib, Heitor Soares de Souza, Jeferson Carlos Pereira, Manuel Gaspar Manso Perez, Mara Luci Gonçalves Galiz, Maria Cristina Pita Sassioto, Marco Aurélio Ratier Jajah Nogueira, Roberto Tovar Anffe Nunes, Rodrigo Silva de Quadros, Rosana Leite de Melo, Takeshi Matsubara e Maria de Lourdes Quevedo. Os artigos assinados não refletem, necessariamente, a opinião do CRM-MS, sendo de inteira responsabilidade dos autores.

Médicos que quiserem enviar sugestões para o **Jornal do Médico** devem encaminhá-las para o e-mail [crm-ms@crm-ms.org.br](mailto:crm-ms@crm-ms.org.br), ou pelos Correios ao endereço: Rua Desembargador Leão Neto do Carmo, nº 305, Parque dos Poderes. CEP 79037-100 - Campo Grande-MS. Telefone: (67) 3320-7700.

**Redação e Produção:**

Íris Comunicação Integrada  
**Diretora de Criação:** Nanci Silva  
**Diretor de Arte:** Rogério Junior  
**Edição:** Laura Samudio Chudecki  
**Textos:** Aline Santos  
**Revisão:** Fabiana Silvestre

## EDITORIAL



## O DIREITO DE ESCOLHER

Estamos em um momento histórico para o nosso país, tanto do ponto de vista político, como também pela publicação da resolução que autoriza a adoção das diretivas antecipadas da vontade, um marco na relação médico-paciente. Aproxima-se mais uma eleição em todos os municípios brasileiros e, como não deveria deixar de ser, todos os candidatos elegem a saúde como seu principal objetivo, prometendo mudanças, melhorias, agilidade e resolubilidade. Porém, toda eleição é isso, mas de prático e eficaz, o que vimos? Na maioria das vezes promessas vãs.

O cerne do problema, a raiz de quase todos os males que acometem o sistema de saúde público brasileiro, passa por um financiamento insuficiente, gestores incompetentes e falta de investimento nos profissionais que estão na linha de frente do sistema. Médicos e enfermeiros que, diariamente, enfrentam junto com a população brasileira o descaso e falta de compromisso dos responsáveis pelo SUS.

Temos que exigir dos candidatos compromissos reais e tangíveis para a saúde pública. Criticar, culpar, principalmente quem está diariamente dentro das condições que lhe são oferecidas, tentando resolver os males do povo, é fácil. Difícil é apresentar propostas que realmente resolvam e amenizem toda esta situação da saúde pública. Vamos votar conscientes e, depois, cobrar as ações efetivas.

As entidades médicas têm mostrado frequentemente em nosso Estado as condições terríveis de atendimento nas emergências hospitalares, tanto em hospitais da capital como no interior, alertando as autoridades responsáveis sobre as situações encontradas. Recentemente, estivemos em Dourados, onde se evidenciou as péssimas condições de atendimento no único hospital de urgências daquela região.

Recebemos, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, resposta de planejamento para

resolver a situação, porém, por parte do poder público municipal, nada nos foi passado. Esperamos também uma participação mais efetiva dos Ministérios Públicos, tanto federal como estadual, que, como defensores do povo, têm que cobrar, de maneira mais contundente, ações que minimizem o sofrimento da população.

O CRM-MS apoia o momento democrático que o país atingiu, esperando que os candidatos eleitos cumpram suas promessas e realmente invistam na qualidade e melhoria do sistema público de saúde. Estaremos alertas e, dentro das nossas atribuições, tomaremos as medidas necessárias para que os médicos e o povo brasileiro sejam respeitados. Assim como entendemos que a melhor forma de consideração e respeito para com nossos pacientes é respeitar a sua vontade e a maneira como quer ser conduzido na sua jornada final.

A recente publicação da Resolução do CFM 1995/2012 vem preencher um abismo que era quase intransponível na relação médico-paciente. Ela dá ao paciente o direito de decidir o que ele quer que se faça quando não tiver condições de se expressar, evitando o uso de medidas terapêuticas agressivas e ineficazes, que não trazem nenhuma qualidade de vida ou benefício.

O paciente tem em seu médico confiança para expressar, de maneira simples e objetiva, suas diretivas antecipadas de vontade, cabendo ao médico registrá-las no prontuário, deixando claro que o paciente encontrava-se lúcido e esclarecido sobre suas condições de saúde. Com certeza, esta resolução aproxima mais ainda o médico de seu paciente, estabelecendo um vínculo que supera, em muito, a simples relação técnica e formal.

**Luís Henrique Mascarenhas Moreira**  
Presidente do CRM-MS

# AGENDA

**11 a 14 de outubro**

## Congresso Brasileiro de Medicina Nuclear

Local: Salvador (BA)

Informações: (11) 3262-5438

**3 a 5 de outubro**

## V Congresso Internacional de Clínica Médica

Local: Rio de Janeiro (RJ)

Informações: [www.clinicamedicarj.com.br](http://www.clinicamedicarj.com.br)

**24 a 27 de outubro**

## 6º Simpósio Brasileiro de Hansenologia

Local: Ribeirão Preto (SP)

Informações: (16) 3967 1003

## VALORIZAÇÃO

# MÉDICOS PROTESTAM EM OUTUBRO CONTRA PLANOS DE SAÚDE

A manifestação será a segunda deste ano. Médicos cobram melhores pagamentos por consultas e procedimentos

Pela valorização profissional e contra os abusos dos planos de saúde, os médicos farão uma nova mobilização em todo o Brasil no mês de outubro. Em reunião da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu), realizada em Brasília, foi apresentada uma proposta nacional, que, durante o mês de setembro, está sendo avaliada em cada Estado.

O indicativo nacional é de paralisação por 15 dias, com início em 10 de outubro. Em Mato Grosso do Sul, durante reunião realizada no dia 4 de setembro, no Conselho Regional de Medicina (CRM-MS), ficou definido que cada especialidade médica deverá fazer um diagnóstico das dificuldades que enfrenta para elaborar a plataforma de negociação com as operadoras.

A manifestação de outu-

bro será a segunda deste ano contra o pagamento de baixos honorários por consultas e procedimentos. Em abril, no dia 25, foi realizado o “Dia Nacional de Advertência aos Planos de Saúde”. Passados cinco meses, as operadoras pouco avançaram nas negociações.

Os médicos reivindicam que a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) seja adotada como critério mínimo de remuneração. Atualmente, a tabela estipula o valor da consulta em R\$ 64 mais 20%. Ou seja, em torno de R\$ 76. Contudo, na prática, a remuneração por consulta em Mato Grosso do Sul varia de R\$ 40 a R\$ 60. Os planos de saúde reúnem cerca de 700 mil usuários no Estado.

A categoria já realizou protesto em abril e setembro

do ano passado. Entretanto, é esperado que a mobilização de outubro seja a mais ampla. De forma paralela a esse movimento, as entidades médicas cobram da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a edição de uma resolução normativa que substitua a atual, de 2004, que garanta a assinatura de contratos adequados entre operadoras e médicos, por meio de suas entidades, e reajustes satisfatórios.

Apesar do reajuste anual para os usuários dos planos de saúde, os honorários médico prosseguem defasados. Para se ter uma ideia da distorção, o valor médio pago por uma consulta, segundo dados da própria ANS, subiu apenas 28,2% de 2005 a 2010, enquanto o faturamento anual dos planos médico-hospitalares aumentou 101,1% no mesmo período.



Remuneração por consulta em MS varia de R\$40 à R\$ 60

## CRM PARTICIPA DA CAMPANHA “SAÚDE MAIS 10”

O Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS) participa da campanha nacional “Saúde mais 10”. No Estado, a iniciativa de coletar assinaturas para que o governo federal aplique 10% da receita em saúde conta com o apoio do Sindicato dos Médicos (Sinmed), Associação Médica de Mato Grosso do Sul (AMMS), Academia de Medicina e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

O movimento surgiu após o repasse de 10% ter ficado de fora da regulamentação da Emenda 29. A mesma legislação obriga repasse de um percentual mínimo por parte dos municípios e Estados. O projeto de lei, de



ASSINE PELA SAÚDE DO BRASIL

**SAÚDE**  **10**

iniciativa popular, mobiliza entidades em todo o Brasil. O objetivo é que o documento chegue ao Congresso Nacional com número recorde de

assinaturas.

“Esperamos que o governo se sensibilize e rediscuta a sua responsabilidade na saúde. Caso nós tivéssemos 10%

do governo federal, significaria algo em torno de R\$ 30 bilhões a mais no orçamento da saúde”, afirmou o deputado federal Luiz Henrique

Mandetta (DEM-MS).

O CRM está distribuindo a folha de arrecadação de assinaturas para todos os médicos do Estado.

# SAÚDE MENTAL PEDE SOCORRO

Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um leito para cada mil habitantes, Campo Grande tem menos de 200 leitos para atendimento no setor psiquiátrico



Se a saúde pública enfrenta dificuldades de financiamento e infraestrutura, o cenário se torna bem mais problemático quando o tema é saúde mental. Com déficit de leitos e demanda crescente, os médicos psiquiatras têm a atuação limitada por uma série de obstáculos, que vão da escassez de medicamentos ao preconceito. Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um leito para cada mil habitantes, Campo Grande, cuja população é de 786 mil pessoas, tem menos de 200 leitos. Ou seja, bem abaixo da situação ideal, que prevê a oferta superior a 700 vagas.

A porta de entrada para os pacientes é o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), que vai direcionar o tratamento. A descentralização do atendimento em saúde mental foi uma estratégia do Ministério da Saúde, que prega a substituição gradual dos hospitais psiquiátricos.

De acordo com o presiden-

te da Sociedade Sul-mato-grossense de Psiquiatria, Kleber Francisco Meneghel Vargas, o modelo, que denomina de “capsocêntrico”, dificulta o tratamento. “Precisa de ambulatórios especializados, Caps, vagas em hospital geral e precisa dos hospitais psiquiátricos. Colocar que só o Caps vai funcionar é, no mínimo, ser ingênuo. Principalmente pacientes graves. Em determinadas situações você vai precisar internar”, alertou.

O fortalecimento do atendimento ambulatorial é reflexo da reforma psiquiátrica, estabelecida pela Lei Federal 10.216/2001. A luta antimanicomial definiu que as internações, quando necessárias, devem ser feitas em hospitais gerais ou Caps 24 horas. “Na luta antimanicomial, a doença mental é causada pela sociedade, não acreditam em fatores psicológicos. Consideram o psiquiatra quase como carcereiro, desconsideram totalmente o sofrimento do paciente”, salientou.

Segundo o médico, o novo modelo do ministério veta tratamentos eficazes, como a eletroconvulsoterapia, mais conhecida como terapia de choque. “É um dos tratamentos mais eficazes da medi-

**“  
No pronto-socorro,  
o cardiologista dá  
um choque muito  
maior, faz com que  
o paciente melhore  
e vira herói. O  
psiquiatra faz e é o  
bandido”.**

na. Nos casos de depressão catatônica ou psicótica, 97% tem melhora. Não é tortura. O Conselho Federal de Medicina tem portaria que indica anestesia. No pronto-socorro, o cardiologista dá um choque

muito maior, faz com que o paciente melhore e vira herói. O psiquiatra faz e é o bandido”.

A reforma adotada pelo governo federal também preocupa o responsável pelo setor de psiquiatria da Santa Casa, o médico Luiz Salvador Miranda Sá Júnior. “Parte de dois pressupostos essenciais equivocados: a negação da existência de enfermos mentais e a igualdade completa de todos os seres humanos. Ambas são crenças falsas”, explicou.

**A espera de uma vaga** – Campo Grande tem seis Caps, mas somente um recebe a pessoa no momento de crise psiquiátrica. Em caso de internação, o paciente precisa esperar vaga nos hospitais. “O grande problema é que o Caps, de maneira geral, está sobrecarregado, porque não existe vaga suficiente para tratar os pacientes psiquiátricos no Estado, assim como no Brasil, é um problema nacional. Tem paciente esperando

uma semana para conseguir vaga, quase sete dias internado no Caps porque tinha tentado suicídio, esperando vaga na Santa Casa”, relatou Kleber Vargas.

Em Mato Grosso do Sul, são quatro opções de hospitais para internação. Três ficam em Campo Grande: Santa Casa, Hospital Regional Rosa Pedrossian e Hospital Nosso Lar. No interior, o único hospital é o Doutor Adolfo Bezerra de Menezes, localizado em Paranaíba.

Quando chega à unidade hospitalar, o paciente se depara com uma estrutura sucateada, onde falta até água quente para tomar banho no inverno. É preciso melhorar as condições de hotelaria, banheiros e fazer reformas. Na parte clínica, enquanto a indústria farmacêutica avança na produção de medicamentos com menos efeitos colaterais, a rede pública oferece apenas três tipos de antidepressivos e dois tipos de antipsicóticos.



## OPINIÃO



“Desde a fundação do serviço psiquiátrico da Santa Casa, nunca a diretoria reclamou da diferença entre o pouco que recebia. Por isso assusta que, agora, sob intervenção do serviço público, a diretoria passe a reclamar que não dá lucro”.

**Luiz Salvador**  
Responsável pela  
Psiquiatria da Santa Casa



“É impossível o dependente de pasta-base, na fase aguda, não ficar internado. A fissura pode vir a qualquer momento. Se não ficar alguns meses internado, não consegue ficar sem a droga”.

**Kleber Vargas**  
Presidente da Sociedade  
Sul-mato-grossense de Psiquiatria



“A comunidade surgiu onde o Estado não chega. Só mais recentemente, por causa do crack, que todo mundo sabia que ia acontecer, o governo passou a olhar para isso. A comunidade fazia o que ninguém faz, recolhia a pessoa. Não somos contra, as comunidades têm sua importância e justificativa histórica. Mas eles não consideram o dependente químico um doente, mas um viciado e isso é concepção moral. Então, o tratamento é moral, com religião e trabalho”.

**Juberty Antônio de Souza**  
Psiquiatra

**A rede** - Pioneira na internação de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais, a Santa Casa tem 30 leitos. Contudo, o setor, que foi exemplo histórico e modelo no país, por pouco não fechou as portas no mês de julho.

“Infelizmente, teve um movimento para tentar fechar a psiquiatria da Santa Casa. Todos os psiquiatras da cidade, de certa maneira, abraçaram em causa. A gente brigou para que isso não acontecesse”, afirmou Vargas. O hospital não interna dependentes químicos.

Luiz Salvador conta que o setor foi ativado em 1966. “Desde a fundação do serviço psiquiátrico da Santa Casa, nunca a diretoria reclamou da diferença entre o pouco que recebia. Por isso assusta que, agora, sob intervenção do serviço público, a diretoria passe a reclamar que não dá lucro”, enfatizou.

No Hospital Regional, os 12 leitos que hoje atendem somente quem luta contra as drogas, podem passar a atender também as patologias psiquiátricas. Com 160 leitos para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS),

o Hospital Nosso Lar ameaçou fechar, neste ano, 40 vagas destinadas a tratamento de dependentes químicos. A justificativa foi a falta de dinheiro para custear o atendimento. O déficit era de R\$ 130 mil por mês.

Se os hospitais sofrem os efeitos da falta de recursos, os médicos têm remunerações irrisórias. Só há pouco tempo o valor da consulta chegou a R\$ 10. Antes, os psiquiatras recebiam R\$ 2,70. Pela diária de internação, os profissionais recebem R\$ 4.

**O fator drogas** – O déficit de leitos se agrava com o aumento de usuários de entorpecentes. “É impossível o dependente de pasta-base, na fase aguda, não ficar internado. A fissura pode vir a qualquer momento. Se não ficar alguns meses internado, não consegue ficar sem a droga”, explicou Kleber Vargas.

Sem leitos para internação, ganham força e incentivo financeiro do Ministério da Saúde as comunidades terapêuticas. Os grupos apostam na fé e no trabalho para a recuperação do dependente. O psiquiatra Juberty Antônio



Foto: Minamar Jr.

### Hospital Nosso Lar ameaçou fechar neste ano 40 vagas destinadas a tratamento de dependentes químicos

de Souza explica que essa modalidade de tratamento surgiu diante da demora do poder público em reconhecer a dependência química como doença e agir.

“A comunidade surgiu onde o Estado não chega. Só mais recentemente, por causa do crack, que todo mun-

do sabia que ia acontecer, o governo passou a olhar para isso. A comunidade fazia o que ninguém faz, recolhia a pessoa. Não somos contra, as comunidades têm sua importância e justificativa histórica. Mas eles não consideram o dependente químico um doente, mas um viciado

e isso é concepção moral. Então, o tratamento é moral, com religião e trabalho”, afirmou.

Num cenário de falta de leitos e restrições ao trabalho médico, Juberty lança um inquietante questionamento. “É questão de se perguntar: o doente mental é gente?”



## ENTREVISTA

# DEPUTADO DIZ QUE ATUAL GOVERNO FEDERAL SE EXIME DA RESPONSABILIDADE COM O SUS

Médico ortopedista, ex-secretário de Saúde de Campo Grande e deputado federal, Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS) fala sobre financiamento do SUS, endividamento das filantrópicas e situação da Santa Casa

**JM** - A Emenda 29 era apontada como forma de ampliar o financiamento da saúde pública. Após longa espera pela regulamentação, como avalia a sua aplicação?

**LH** - O governo federal não queria e estava obstruindo a votação por mais

“

**Um governo que faz um discurso muito forte de políticas sociais, mas na hora de alocar recursos no principal programa de cidadania brasileira, que é o SUS, se exime e se esconde atrás da sua maioria. Essa foi a nota triste da regulamentação da Emenda 29.**

”

de 10 anos. Nós acreditávamos que a regulamentação viria acrescentar recursos para a saúde. A grande frustração foi quando o governo usou da sua maioria no Senado para que não fosse definido o piso de 10% da fonte federal. Este sim o grande ausente do financiamento da saúde. A União é o ente que mais arrecada impostos.

De cada R\$ 100 arrecadados de imposto, R\$ 68 ficam com a União, que hoje está desobrigada de ter um mínimo de investimento em saúde. Isso foi lamentável, uma grande derrota da saúde pú-

blica brasileira. Um governo que faz um discurso muito forte de políticas sociais, mas na hora de alocar recursos no principal programa de cidadania brasileira, que é o SUS, se exime e se esconde atrás da sua maioria. Essa foi a nota triste da regulamentação da Emenda 29.

**JM** - Qual a importância de uma lei de iniciativa popular que garanta a aplicação de 10% das receitas da União em ações e serviços públicos de saúde?

**LH** - É uma resposta da sociedade. É um movimento encabeçado pela Associação Médica Brasileira (AMB), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e 40 outras entidades. Esperamos que o governo se sensibilize e rediscuta a sua responsabilidade na saúde. Caso nós tivéssemos 10% do governo federal, significaria algo em torno de R\$ 30 bilhões a mais no orçamento da saúde. O que poderia dar as condições para enfrentar esse grande desafio, principalmente num país cuja população envelhece dia após dia. Dentro de 20 anos, vamos ter mais pessoas acima de 60 anos do que pessoas abaixo de 15 anos na nossa pirâmide social, o que trará um grande impacto no sistema de saúde.

**JM** - Relatório da Comissão de Seguridade Social e Família, a qual o senhor preside, divulgou que 2.100 entidades hospitalares filantrópicas têm dívida de R\$ 11,8 bilhões. Como é possível reverter essa situação de endividamento que tanto penaliza a população?

**LH** - Foi um trabalho que demandou muito esforço para encontrar o tamanho da dívida no Brasil. Muitas vezes, as pessoas argu-

mentam que o problema é gestão, se fosse gestão, encontraríamos essa dívida localizada nos maus gestores. É claramente um sinal de subfinanciamento e de alerta. Uma dívida que está crescendo a razão de R\$ 1 bilhão ao ano e que num futuro muito próximo fará com que esse setor deixe de honrar compromissos.

O número é expressivo, ficamos extremamente preocupados. O governo federal trabalhava com estimativa de R\$ 7 bilhões. É imperativo que o BNDES abra a linha de crédito de longo prazo, que tenha reajuste no contrato desses hospitais e que a tabela SUS, no que diz respeito à base da remuneração, seja reajustada. Para que esse setor, que corresponde a 58% dos atendimentos do SUS no Brasil, não seja inviabilizado, sob pena de não termos leitos hospitalares para enfrenta-

“

**Falar de gestão num país que não tem um sistema de informática em saúde forte, que não tem um prontuário eletrônico ainda estabelecido, é cobrar dos gestores que tomem decisões sem ter a base de informação correta.**

”

mento da demanda hospitalar do povo brasileiro.

**JM**- Qual a maior dificuldade da saúde: gestão ou



recursos?

**LH** - Quando não tem recurso é muito difícil analisar a gestão. Falar de gestão num país que não tem um sistema de informática em saúde forte, que não tem um prontuário eletrônico ainda estabelecido, é cobrar dos gestores que tomem decisões sem ter a base de informação correta.

Existe um componente de má gestão? Existe. Normalmente ocupa o noticiário com casos de corrupção, que não é exclusividade do sistema de saúde. Mas para um governo que quer se eximir de sua responsabilidade pelo baixo investimen-

to, a gestão passou a ser a desculpa repetidas vezes anunciada. E uma mentira repetida mil vezes torna-se verdade.

**JM** - Como avalia a situação da Santa Casa de Campo Grande hoje, sete anos depois do processo de intervenção do poder público?

**LH** - De um ponto extremamente positivo, se não estivesse sob intervenção, ela já teria fechado. A Santa Casa completa sete anos de atendimento ininterrupto. Todas as vezes que se lê uma notícia sobre um acidente, no término da matéria você vê assim: as vítimas foram levadas para a Santa

Casa.

Para a população, fica a sensação de que o problema terminou naquela frase. Mas é ali que começa. Cada paciente politraumatizado custa em torno de R\$ 4 mil por dia. Essa epidemia do trauma está fazendo com que quase 70% do recurso da assistência sejam utilizados para atender vítimas de acidente.

É positivo o retorno dos transplantes, a valorização dos trabalhadores, a aquisição de novos equipamentos, a retomada daquela obra paralisada. Mas ainda temos muito o que fazer. É preciso que a intervenção possa ser concluída com o hospital equilibrado.

**JM** - O Ministério da Educação anunciou, recentemente, abertura de 1.615 vagas em cursos de Medicina no país. Em Mato Grosso do Sul, o total dobra de 110 para 220 vagas. Esta é a melhor forma de resolver o problema da falta de médicos?

**LH** - Cidades de médio porte têm um número insuficiente e cidade de pequeno porte têm um número insignificante. É claro que essa medida de abrir vagas de curso de Medicina será ineficaz para a melhor distribuição dos médicos no Brasil. É preciso definir uma política de carreira de Estado, onde as especialidades principais, como anestesia, cirurgia geral, pediatria, ortopedia, ginecologia tenham perspectivas de concurso e lotação nas cidades de médio e pequeno porte.

Não adianta aumentar o número de médicos sem dar qualquer atrativo, se continuar deixando que o vínculo se dê com as prefeituras de cidades pequenas, que contratam médicos normalmente nos seis meses anteriores às eleições e depois fecham seus serviços. A abertura desses cursos de Medicina, a continuar com a péssima qualidade dos cursos que nós temos hoje vigorando no Brasil, reserva um futuro sombrio. Estamos plantando hoje as dificuldades que vamos colher

amanhã.

**JM** - Que análise faz da PEC que cria a carreira de Estado para médico?

“  
A única coisa  
que posso dizer  
é que este é o  
pior governo da  
história da saúde  
pública brasileira.”

**LH** - O governo federal não quer. O ex-ministro Bresser, na época da divisão administrativa do Brasil, levou para o governo federal basicamente carreiras de arrecadação. A carreira de prestação de serviço seria descentralizada para Estados e municípios. E isso, na saúde, foi feito de uma maneira muito intensa.

O governo que aí está, nos últimos 10 anos, já deixou claro para a sociedade que não tem nenhum projeto de sustentabilidade para a saúde pública. Fazem projetos que geram mídia, reembrulham as políticas públicas, apresentam com nomes diferentes. Fazem com que os municípios alimentem os seus bancos de dados, para depois expor pontualmente os números que lhe interessa.

**JM** - Como o senhor analisa a atuação do governo federal na área de saúde?

**LH** - O governo federal fez 14 vetos à Emenda Constitucional 29, cortou do orçamento da saúde R\$ 6,5 bilhões em seu primeiro ano e apresentou Medida Provisória reduzindo em 50% os salários dos médicos de vínculo federal. Também vem falando sistematicamente em autorizar os médicos formados fora do Brasil a exercerem a Medicina, passando por cima do processo de revalidação do diploma.

A União não tem nenhuma proposta para enfrentar a dívida das filantrópicas, não colocou a saúde como item



O Governo Federal fez 14 vetos à Emenda Constitucional 29

de preparação para a Copa do Mundo e Olimpíadas. O TCU fez uma ressalva nas contas da presidente Dilma no primeiro ano, apontando que as isenções tributárias para acelerar a economia, dando isenção para veículos e indústria, comprometeu quase R\$ 80 bilhões do orçamento da seguridade social. A única coisa que posso dizer é que este é o pior governo da história da saúde pública brasileira.

**JM** - Apesar de médicos chegarem a cargos de gestão – como a prefeitura de Campo Grande e o governo de Mato Grosso do Sul – por que persistem tantos problemas no setor?

**LH** - Os dois últimos prefeitos médicos de Campo Grande, tanto o André quanto o Nelson, investiram muito em saúde. A cidade construiu uma rede que, dentro dos padrões nacionais, é sempre elogiada. A representação política dos médicos vem se dando muito mais por iniciativa isolada do que por uma maturidade política. Vejo alguns médicos ocupando cargos no Legislativo, no Executivo, mas que não reconhe-

cem, não creditam à classe médica a sua eleição.

Eu fui eleito com apoio maciço da classe médica e por isso o meu vínculo com as políticas do setor. Entendo que todos os Estados deveriam politizar as eleições

“  
A União não tem  
nenhuma proposta  
para enfrentar  
a dívida das  
filantrópicas, não  
colocou a saúde  
como item de  
preparação para a  
Copa do Mundo e  
Olimpíadas.”

para o Congresso Nacional, para que tivéssemos, efetivamente, uma bancada tal qual a bancada ruralista e evangélica, que pudesse pressionar o governo federal a fazer os investimentos necessários na saúde. Não

basta ser médico e estar no cargo. Pode até ser de outras profissões, mas tem que ter compromisso com aqueles que deram sustentação e voto a sua eleição.

**JM** - Qual o cenário da saúde mental no Brasil?

**LH** - A saúde mental vem passando por um processo de esvaziamento. Nós tínhamos um modelo muito antiquado, os famosos manicômios, onde a condição degradante do tratamento fez com que surgisse em todo o mundo um movimento antimanicomial. Esse movimento, antes de dar condições para que uma rede extra-hospitalar pudesse existir, iniciou um processo de desmanche e fechamento de leitos hospitalares.

Isso trouxe inúmeras dificuldades. Mas o que mais inviabiliza essa política do governo federal foi o surgimento da epidemia do crack. Os leitos dos serviços hospitalares que existiram no passado e que foram fechados pela política de saúde mental do Ministério da Saúde fazem muita falta. As pessoas estão se agrupando, definhando e morrendo na crackolândia.



## INSCRIÇÕES

### PRIMEIRA INSCRIÇÃO

7050 MS CINTHIA MARQUEZ DE VASCONCELOS LEON 7051 MS CAMILA MARIA PADULLA 7052 MS MARRIETI FERNANDES RAMOS 7053 MS MARIANE DEPIERI ANDRADE 7055 MS MONIKE DAIANE ALVES VITAL 7056 MS LUIS GUSTAVO PEREIRA BOUTROS 7058 MS SUZILAIN RAMOS DE OLIVEIRA 7059 MS JORGE FRANCISCO SOTO VILLALBA 7066 MS PAULA ROTTA LUCENA 7068 MS CARLOS ALEX SANCHES ROLEDO 7070 MS GUILHERME DE BARROS BARUKI 7071 MS MÁRCIO CACHO JACQUES 7072 MS GISELY CASSIA LOPES 7075 MS BRUNO CESAR SILVA FERNANDES 7077 MS DIANA NATUSCH BEJARANO 7082 MS ANA LUISA DA SILVA CABRAL 7090 MS MARCELL DOS SANTOS MARQUES 7092 MS MARIA THEREZA SONEGO CIRNE 7093 MS MARIANA PICOLLI MACHADO DE SOUZA 7094 MS ROBERVAL FERREIRA DOS SANTOS 7095 MS MICHELLE DAYANE SABIO DE SOU-

ZA 7096 MS HILANE ABDULAHAD HOFSTAETTER 7098 MS VIOLETA CONCEPCION FRANCO SANABRIA

### INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

7041 MS JOSE VITOR BE-NEVIDES FERREIRA 7042 MS IAM MOREIRA 7043 MS JAQUELINE MALISKA ZMIJEVSKI 7046 MS OLIVIA LANTALER GONÇALVES DA SILVA 7054 MS RUBIA CRISTINE SCORSATTO BATISTA 7074 MS KAREN ADRIANA CAMPOS PASTÓRIO 7078 MS CRISTIANO PAULO RODRIGUES DE SOUZA 7079 MS MARINA TIMO MACHADO 7086 MS ROSIMEIRE MOREIRA 7087 MS MARRATHMA SEPULVEDA RIBEIRO 7088 MS ALLAN FAGUNDES PACHECO 7089 MS ALEX CARVALHO FARIA 7097 MS ROSANA ACOSTA DE JESUS DOS ANJOS

### INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

7040 MS EDMILSON FREDERICO DA SILVEIRA 7044 MS GISELE LUMY IGUMA 7045 MS MATHEUS RODRIGO LAURENTI 7047 MS LUIZ FELIPE MINERVINI PROLLA 7048 MS RAQUEL DOS SANTOS MORO 7049 MS RODRI-

GO VERZOLA LOPES 7057 MS MARCELO FABRÍCIO FERNANDES CANO 7060 MS MAYSÁ SOARES MARRA 7061 MS TIAGO VINÍCIUS DUTRA PEROTTI 7062 MS RAFAEL VINAGRE FARO 7063 MS CARLOS AUGUSTO FERREIRA JUNIOR 7064 MS MARIANA SANTIAGO GUERRA 7065 MS MURILO FERRAZ DE HOLANDA 7067 MS LUCIANA MENDES FERREIRA DA SILVA 7069 MS CAROLINA FARO DA COSTA 7073 MS ALLAMANDA MOURA PEREIRA 7076 MS CHARLES DALEGRAVE 7080 MS BRUNO DIAS ROSSI 7081 MS MARNAY HELBO DE CARVALHO 7083 MS ISABELA TARGAS INOCENCIO DE CARVALHO 7084 MS LUDOWICO PEDRO JANESCH 7085 MS LUISA CAMARGO DE BARROS OLIVEIRA 7091 MS VANIA MILENA BASSO DA SILVA 7099 MS CLARISSA SILVA MARTINS 7100 MS LILIAN LOPES PEREIRA

### REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

1457 MS MAX MERLONE DOS SANTOS 5233 MS ANDRÉ LUÍS HOKAMA 5424 MS DIOGO BARBOSA DE CARVA-

### LHO REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

6220 MS BRUNO OLIVEIRA BAIÃO SILVA 6784 MS FERNANDO DO CARMO RONDON

### INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF

433 MS GARIBALDI DORNELLES 1740 MS ERNANE DODERO REIS 3066 MS ANDREA RIBEIRO ALEIXO GORSKI 4235 MS ALEXANDRE JABUR ITO 4454 MS LUCIANO DA SILVEIRA RODRIGUES 4550 MS GABRIELLA VIANNA FERNANDES 5414 MS HELENA CAMPOS FARO 5489 MS BRUNO HENRIQUE CARDOSO 5494 MS ANTONIO DITUO HATTORI JUNIOR 5810 MS AFFONSO AMERICO DE FREITAS NETO 6473 MS GUSTAVO HENRIQUE ALVES ZANGIROLAMI 6513 MS KERGINALDO GONDIM DOS SANTOS FILHO 6862 MS ALEXANDRE MAKSOUD PICCOLO 6935 MS GIOVANNI MARQUES DE ARAUJO 7002 MS RODRIGO FERREIRA BRASOS 7068 MS CARLOS ALEX SANCHES ROLEDO 7095 MS MICHELLE DAYANE SABIO DE SOUZA

### TRANSFERÊNCIA PARA OU-

TRA UF 6481 MS RAFAEL JOSÉ DE CASTRO 6512 MS LIDIONEY CUNHA SIQUEIRA 6574 MS BRUNO BARBOSA OLIVEIRA E SILVA 6786 MS ALINE DA SILVA COSTA 6943 MS KAREN PROENÇA REGO

### TRANSFERÊNCIA COM TRANSFORMAÇÃO DE SECUNDÁRIA EM PRIMÁRIA

5119 MS GUILHERME BRUNINI SBARDELINI 5515 MS VIVIANE THIEME ARAKAKI GUIMARÃES 6024 MS JOSE RICARDO LOURENCO GUERRA

### REINSCRIÇÃO PRIMÁRIA

7 MS SEBASTIAO ELOY PEREIRA

### REINSCRIÇÃO DEVOUÇÃO

RES. 1299/89 6621 MS FABRÍCIO DE FREITAS BOMBARDA

### REINSCRIÇÃO COM TRANSFORMAÇÃO DE PRIMÁRIA EM SECUNDÁRIA

4061 MS VANESSA SHIRADO 4552 MS MARCOS AKIO KOGA FERREIRA 5214 MS JOAO ANTONIO PEREIRA MATEUS 5583 MS JOSÉ KIMEI WANDERLEY TOBARU 6685 MS ANGELO IÁCONO NETO **Falecidos**

## PARECERES

### CRM/MS N° 17/2012

**EMENTA:** A obrigação da emissão de laudos de exames complementares radiográficos para fins de diagnóstico nos ambulatórios das Unidades Básicas de Saúde, é de responsabilidade do profissional contratado para este fim. Os atendimentos emergenciais oriundos de hospitais deverão ter, quando possível, a sua resolutivez naquele local. **CRM/MS N° 18/2012 EMENTA:** O médico na função de auditor tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição. **CRM/MS N° 19/2012 EMENTA:** Não constitui ilícito ético o reembolso aos beneficiários, por parte da cooperativa médica, dos honorários por eles pago aos médicos que não estão atendendo ao plano de saúde. **CRM/MS N° 20/2012 EMENTA:** O Tes-

te do Olhinho é indicado a todo recém-nascido como forma de rastreamento de doenças oftalmológicas passíveis de causar cegueira ou deficiência visual. Não há óbice ético que impeça a solicitação de exames complementares para especialista de área diversa. Na ausência de condições para a realização do Teste do Olhinho, o recém-nascido pode ser encaminhado a médico, oftalmologista ou não, treinado para realiza-lo. **CRM/MS N° 21/2012 EMENTA:** A criação de creches para idosos é uma iniciativa que visa oferecer aos idosos um local onde possam passar o dia enquanto seus familiares trabalham, recebendo acompanhamento médico, psicológico e nutricional, diferente das instituições de longa permanência, onde o idoso fica isolado da sociedade e, principalmente, de seus familiares. **CRM/MS N° 22/2012 EMENTA:** Hos-

pitais que disponham apenas de UTI para adultos, no caso de necessidade deverá atender todas as faixas etárias, até que se faça a transferência para serviço de referência. A responsabilidade pelo atendimento e acompanhamento do paciente deverá ser sempre compartilhada pelo plantonista da UTI e/ou diarista e pelo médico assistente do paciente. **CRM/MS N° 23/2012 EMENTA:** O projeto em pauta não envolve matéria ética, mas de cunho eminentemente administrativo e qualquer medida que permita à população tomar conhecimento de direitos em relação à sua saúde deve ser acolhida e incentivada. **CRM/MS N° 24/2012 EMENTA:** O atendimento pré-hospitalar poderá ser feito por profissionais de enfermagem nos casos de urgência ou emergência, quando o médico estiver impossibilitado de fazê-lo pessoalmente. A atuação de-

verá seguir a orientação do médico regulador, utilizando a telemedicina e seguindo protocolos. Deve ser resguardado o sigilo dos dados e a privacidade do paciente. As conversas telefônicas devem ser gravadas e o relatório das orientações dadas deve ser guardado. **CRMMS N° 25/2012 Ementa:** Todo médico inscrito no CRM pode exercer a profissão médica em qualquer de seus ramos e especialidades, sendo recomendável habilitação específica e obrigatória a submissão à legislação que rege a publicidade médica. A telemedicina não contempla, atualmente, a neurofisiologia clínica. **CRMMS 26/2012 Ementa:** É direito do médico indicar tratamento que julgue o mais adequado para os pacientes sob seus cuidados, amparado em diretrizes atualizadas. **CRMMS 27/2012 EMENTA:** Toda instituição hospitalar que mantém paciente inter-

nado deve ter, obrigatoriamente, médico plantonista presencial em tempo integral para atendimento de intercorrências até a chegada do médico assistente, quando necessário. As atribuições destes plantonistas devem estar contempladas no Regimento Interno do corpo clínico. **CRMMS N° 28/2012 Ementa:** É pleno de direito a conduta do diretor técnico que, na impossibilidade de perfeito funcionamento técnico da entidade sob sua direção, venha a estabelecer a complexidade dos procedimentos que possam ser ou não realizados. **CRMMS N° 29/2012 Ementa:** O prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, quer seja uma unidade de saúde quer seja um consultório, a quem cabe o dever e a guarda do documento.



POLÊMICA

# PARTO HUMANIZADO: ENTRE A POLÊMICA E A RESPONSABILIDADE

Caso a paciente insista, médico tem autonomia para dizer não

A opção pelo parto fora do ambiente hospitalar provoca polêmica. Em passeatas, as mulheres reclamam que têm direito de decidir. Na internet, vídeos, embalados por trilha sonora, contam pontos a favor do nascimento em casa. Contudo, o Conselho Federal de Medicina (CFM) recomenda: para a segurança da mãe e do filho, o parto deve ser feito em hospital.

De acordo com a ginecologista e obstetra Luciana Moura Covre, mesmo gestações saudáveis não estão isentas de riscos à saúde e à vida da mulher e feto. Ela alerta que casas de parto e residências não têm recursos humanos nem infraestrutura caso algo dê errado, o que aumenta consideravelmente o risco de desfecho fatal.

No parto, mãe e filho estão expostos a complicações. “Podemos destacar como maior complicação para a criança o sofrimento fetal agudo e anóxia fetal, que podem levar à morte do feto ou deixar sequelas neurológicas irreversíveis (paralisia cerebral). Para a parturiente, destacamos como principais causas de mortalidade neste período as complicações hemorrágicas, lacerações do trajeto do parto, retenção de restos placentários ou distúrbios de coagulação. Essas situações, se não forem tratadas de forma pronta e adequada, podem levar à morte em curto período”, salientou a médica.

Caso a paciente insista no parto domiciliar, o médico tem autonomia para dizer não. “Apesar de ser direito da mulher escolher um parto em



CFM recomenda que o parto seja realizado no hospital para a segurança da mãe e do filho

casa, é direito e dever do médico recusar assisti-la nessas circunstâncias, pois, se assim o fizer, estará predispondo a paciente a um ambiente precário, aumentando o risco de desfechos fatais”, afirmou Luciana Covre. O CFM e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) são formalmente contra o atendimento domiciliar. Desta forma, em geral, o parto em ambiente extra-hospitalar é acompanhado por parteiras ou profissionais de enfermagem.

Se o médico concordar com o procedimento em casa e acontecer alguma complicação, ele responderá por seus

atos profissionais, com o agravante de não ter atendido às recomendações do Conselho Federal de Medicina e da sociedade de especialidade.

“O importante é garantir que a mulher tenha acesso à informação e aos benefícios do avanço científico em prol de uma gestação e parto seguro”, enfatizou a médica. Ela explica que a maioria das gestantes prefere o hospital, onde contam com melhores condições de assistência.

**Preocupação** - Indicadores apontam um quadro preocupante no que se refere à mortalidade e a morbidade entre mulheres gestantes e crianças na fase perinatal. Por

ano, morrem no mundo cerca de meio milhão de mulheres em consequência da gravidez, parto ou puerpério (período de 42 dias após o parto), ou seja, aproximadamente uma mulher a cada minuto. No Brasil, a razão de morte materna fica em torno de 55 casos para cada grupo de 100 mil, mais que o dobro do indicador (20/100.000) recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Com relação ao quadro perinatal, os dados também são ruins. A OMS estima cerca de 5,9 milhões de mortes perinatais no mundo. A mortalidade no nascimento e nos primeiros dias de vida expressa com-

plexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais, esses últimos relacionados à atenção à gestante e ao recém-nascido. Óbitos ocorridos antes do trabalho de parto (anteparto) - relacionadas com complicações da gravidez - têm maior impacto nos países desenvolvidos. Já as mortes durante o trabalho de parto (intraparto) possuem maior relação com a inadequada assistência ao nascimento e são mais frequentes nos países em desenvolvimento. Nestas áreas, menos de 40% dos partos são realizados em unidades de saúde na presença de pessoal qualificado para atendimento ao nascimento.

[www.crmms.org.br](http://www.crmms.org.br)

ACESSE E LEIA NOTÍCIAS SOBRE O CRM-MS E SOBRE A SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL.





## LEVANTAMENTO

# MS LIDERA RANKING NACIONAL DO FECHAMENTO DE LEITOS DO SUS

Análise do Conselho Federal de Medicina aponta redução de leitos e falta de investimentos na saúde pública como obstáculos para o exercício da medicina

Na rede pública de saúde do Mato Grosso do Sul, cerca de 1.500 leitos de internação foram desativados nos últimos sete anos. Proporcionalmente, o estado foi o que mais sofreu redução no período – quase 30% dos leitos disponíveis em 2005 (5.199). Dentre as especialidades mais atingidas com o corte estão clínica geral (-553 leitos), pediatria (-297), obstetrícia (-203) e cirurgia geral (-143). As informações integram análise do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre os aspectos que dificultam o trabalho do médico, como a falta de investimento e de in-

fraestrutura.

De acordo com os dados apurados junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, quase 42 mil leitos disponíveis no Sistema Único foram desativados em todo o país desde 2005.

Para o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila, grande parte dos problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) passa pelo subfinanciamento e pela falta de uma política eficaz de presença do Estado. “Os gestores simplificaram a complexidade da assistência à máxima de que ‘faltam médi-

cos no país’. Porém, não levam em consideração aspectos como a falta de infraestrutura física, de políticas de trabalho eficientes para profissionais da saúde, e, principalmente, de um financiamento comprometido com o futuro do Sistema Único de Saúde”.

O levantamento teve como base os dados apurados junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, nos meses de outubro de 2005 e junho de 2012.

**Demografia** – Atualmente, o Brasil é o quinto país do mundo em número absoluto

de médicos, com mais de 371 mil profissionais registrados e razão de 1,95 médicos por mil habitantes. No Mato Grosso do Sul, onde a razão de médicos por mil habitantes é de 1,63, quase quatro mil médicos estão em atividade. Para o CFM, o número de médicos no país é suficiente. O que faltam, no entanto, são políticas públicas que valorizem esses profissionais e que os estimulem a se fixarem em regiões desassistidas.

Pesquisa recente do CFM apontou que 72% dos médicos brasileiros estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Para

garantir a fixação do médico em regiões mais distantes, a entidade defende a criação de uma carreira de Estado nos moldes da magistratura. Além disso, a distribuição igualitária de profissionais em todo o território brasileiro depende de fatores como boas condições para oferecer assistência médica de qualidade (matérias, equipamentos e leitos suficientes, por exemplo), plano de cargos e salários e vínculo empregatício de saúde (SUS) foram desativados em todo o país desde 2005.

(Fonte: CFM)

Região	Unidade da Federação	Quantidade de leitos SUS		Variação	Variação (%)
		2005	2012		
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	5.510	4.042	-1.468	-26,6%
Nordeste	Paraíba	10.366	8.380	-1.986	-19,2%
Sudeste	Rio de Janeiro	38.940	31.924	-7.016	-18,0%
Nordeste	Maranhão	15.697	13.007	-2.690	-17,1%
Sudeste	São Paulo	75.921	65.643	-10.278	-13,5%
Sudeste	Minas Gerais	39.690	34.513	-5.177	-13,0%
Sul	Paraná	25.331	22.274	-3.057	-12,1%
Sul	Santa Catarina	13.736	12.142	-1.594	-11,6%
Centro-Oeste	Goiás	14.399	12.814	-1.585	-11,0%
Nordeste	Sergipe	3.979	3.551	-428	-10,8%
Sul	Rio Grande do Sul	25.249	22.715	-2.534	-10,0%
Centro-Oeste	Mato Grosso	5.945	5.356	-589	-9,9%
Sudeste	Espírito Santo	6.513	5.886	-627	-9,6%
Nordeste	Piauí	8.042	7.371	-671	-8,3%
Nordeste	Rio Grande do Norte	7.199	6.781	-418	-5,8%
Nordeste	Bahia	28.152	26.521	-1.631	-5,8%
Nordeste	Pernambuco	19.571	18.498	-1.073	-5,5%
Norte	Tocantins	2.395	2.279	-116	-4,8%
Nordeste	Alagoas	6.050	5.783	-267	-4,4%
Nordeste	Ceará	16.475	15.925	-550	-3,3%
Centro-Oeste	Distrito Federal	5.022	4.954	-68	-1,4%
Norte	Acre	1.366	1.393	27	2,0%
Norte	Amazonas	5.365	5.725	360	6,7%
Norte	Pará	10.787	11.580	793	7,4%
Norte	Amapá	937	1.023	86	9,2%
Norte	Rondônia	2.634	3.256	622	23,6%
Norte	Roraima	663	885	222	33,5%
<b>Total</b>		<b>395.934</b>	<b>354.221</b>	<b>-41.713</b>	<b>-10,5%</b>

Fontes: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).



## RESOLUÇÃO

# TESTAMENTO VITAL PERMITE DEFINIR LIMITES NA MANUTENÇÃO DA VIDA

Em uma decisão histórica, o Conselho Federal de Medicina aprova a Resolução 1.995, que muda a conduta do médico brasileiro e dá autonomia ao paciente para escolher seu destino

Pacientes e médicos contam com regras que estabelecem os critérios sobre o uso de tratamentos considerados invasivos ou dolorosos em casos clínicos nos quais não exista qualquer possibilidade de recuperação. Sob o nome formal de diretiva antecipada de vontade, mas já conhecido como testamento vital, trata-se do registro do desejo expresso do paciente em documento, o que permitirá que a equipe que o atende tenha o suporte legal e ético para cumprir essa orientação.

A regra consta da Resolução 1.995, aprovada pelo plenário do Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim, o paciente que optar pelo registro de sua diretiva antecipada de vontade poderá definir, com a ajuda de seu médico, os procedimentos considerados pertinentes e aqueles aos quais não quer ser submetido em caso de terminalidade da vida, por doença crônico-degenerativa.

Deste modo, poderá, por exemplo, expressar se não quer procedimentos de ven-

tilação mecânica (uso de respirador artificial), tratamentos (medicamentoso ou cirúrgico) dolorosos ou extenuantes ou mesmo a reanimação na ocorrência de parada cardiorrespiratória. Esses detalhes serão estabelecidos na relação médico-paciente, com registro formal em prontuário. O testamento vital é facultativo, poderá ser feito em qualquer momento da vida (mesmo por aqueles que gozam de perfeita saúde) e pode ser modificado ou revogado a qualquer momento. (Fonte: CFM)



## MINISTRO DA SAÚDE VISITA MATO GROSSO DO SUL



Ministro Alexandre Padilha e Governador André Puccinelli assinam Coap

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, veio à capital de Mato Grosso do Sul para assinatura de Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde (Coap). A adesão do Estado foi formalizada no dia 30 de agosto. O contrato, firmado entre os entes da federação e o Ministério da Saúde, prevê

a definição das responsabilidades, indicadores e metas da saúde, critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros que serão disponibilizados.

Dentre as diretrizes estabelecidas, estão aquelas relacionadas à garantia do acesso da população a serviços de qualidade; aprimora-

mento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), prontos-socorros e centrais de regulação; promoção da atenção integral à saúde da mulher e implementação da Rede Cegonha.



### DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS DO EXERCÍCIO DE 2012

MESES	RECEITA 2012	DESPESA 2012
01/12	706.451,03	353.878,40
02/12	622.490,94	394.782,40
03/12	312.760,83	246.883,59
04/12	435.144,11	306.850,63
05/12	116.247,58	178.907,00
06/12	86.973,89	203.435,33
07/12	89.123,35	213.135,14
08/12	-	-
09/12	-	-
10/12	-	-
11/12	-	-
12/12	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2.369.191,73</b>	<b>1.897.872,49</b>

Hendrix F. Nogueira  
Contador CRC/MS 6833/O



## PIONEIROS EM MS

# O MÉDICO DAS CRIANÇAS

Dono de marcas impressionantes, o pediatra Edgar Sperb dedicou a vida aos pequenos pacientes

O pediatra Edgar Pedro Raupp Sperb pode ter a vida contada em números: 85 anos de idade, quase seis décadas dedicadas à Medicina e aproximadamente 35 mil pacientes. Mas, se a contabilidade particular impressiona, desperta maior atenção saber que o profissional formado e forjado na mais renomada escola do Brasil se

“

**O quanto você se  
alegra, se realiza  
quando cura um  
caso grave. É uma  
autorrealização que  
não se pode imaginar.  
A gente agradece a  
Deus por ter podido  
curar aquela criança.**

”

enveredou até pela culinária quando o assunto era cuidar, de forma integral, da saúde das crianças. Diplomado pela Faculdade Nacional de Medicina, sediada no Rio de Janeiro, lá ia o doutor ensinar às jovens e inexperientes mães a fazer sopa de legumes, mamadeira e papinha de banana.

No escritório do apartamento, que ainda guarda resquícios do tempo em que fazia vezes de consultório nos casos de urgência, ele conta que nasceu no Rio Grande do Sul e veio ainda criança para Campo Grande, em 1932. Na infância, já declarava que seria pediatra. “Desde menino, quando me perguntavam o que ia estudar, respondia sempre que ia ser médico de crianças. Foi sincera e espontaneamente. Firmei naquilo e adorei a especialidade. Apesar de ser de uma seriedade que você não pode imaginar.

Ninguém se conforma de a criança estar doente”, relatou.

Em 1953, quando começou a trabalhar em Campo Grande, a convite do doutor Walfrido Arruda, até então o único pediatra da cidade, os recursos à disposição dos médicos eram bem mais escassos. Não podia se contar nem mesmo com a vacina contra a poliomielite. Com pesar, ele lembra o quanto era difícil ouvir de uma mãe que o filho estava resfriado, com febre baixa, mas desde a noite havia paralisado o movimento das duas pernas. “Não adiantava levar para São Paulo, Rio de Janeiro. Não tinha mais nada a fazer”, afirmou.

Se por um lado não há vida profissional que passe a salvo das tristezas, o rosto do pediatra se ilumina ao falar do outro extremo: a cura. “O quanto você se alegra, se realiza quando cura um caso grave. É uma autorrealização que não se pode imaginar. A gente agradece a Deus por ter podido curar aquela criança”, descreveu.

Parte do sucesso dos diagnósticos, doutor Edgar

credita às mães. “A mulher é mais inteligente. Tem o sexto sentido que Deus lhe deu e que o homem não tem. Por vezes, com uma simples informação, em 10 ou 12 palavras, se faz um diagnóstico difícil”, salientou.

Aliás, foi a intuição feminina que fez estabelecer em Campo Grande toda a sua vida profissional. Em visita ao Rio de Janeiro, encontrou o médico Rinaldo Delamare, de quem foi assistente. Na ocasião, surgiu a proposta para que ele e toda a família se transferissem para a capital carioca. Ao pensar no futuro das quatro filhas, ficou tentado a ir embora e pediu

quatro meses para dar a resposta. “Certo dia, a minha mulher, por quem tenho verdadeira admiração e respeito, virou-se para mim e disse que deveríamos continuar aqui em Campo Grande”.

A escolha se mostrou mais do que acertada. Ele foi um dos fundadores e vice-reitor da UFMS (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul), diretor clínico da Santa Casa, secretário municipal de Saúde e presidente da Associação Médica de Campo Grande. “Na festa de inauguração, no restaurante universitário, trouxemos o colega que havia feito check-up no Nixon [presidente dos Estados Uni-

dos]. E um colega do México, considerado na ocasião um dos melhores pediatras do mundo”, lembrou.

Hoje, ao lado da esposa Ione, diplomas e boas histórias para contar, doutor Edgar administra a saudade que sente dos pacientes. Já são quatro anos longe do consultório. “Já com a idade mais ou menos avançada, resolvi parar e desativei o consultório. Você não pode imaginar o que eu tenho sofrido diante da falta da minha clientela, que sempre foi enorme. Sem falsa modéstia, sempre mantive uma das maiores clínicas pediatras daqui”.

