



## MÉDICOS APROVAM NOVO CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL



Texto finalizado durante a IV Conferência Nacional de Ética Médica, realizada em São Paulo, contará com artigos revisados da versão anterior, elaborada em 1988, e inclusão de novas regras para disciplinar a prática profissional.

Páginas 4 e 5

### PEDIATRIA



Carta ao gestor municipal de Campo Grande cobra providências para garantir infraestrutura mínima para atendimento às crianças.

Página 10

### ENTREVISTA



Mauro Luiz de Britto Ribeiro fala sobre a profissão e a atuação junto ao Conselho Federal e ao Conselho Regional de Medicina.

Páginas 6 e 7

### RECADASTRAMENTO

Médicos que atuam no território nacional devem atualizar seus dados profissionais para a confecção da nova Carteira de Identidade Médica. O processo é obrigatório. Acesse: [www.crm-ms.org.br](http://www.crm-ms.org.br)

Página 3

### LEI DO ATO MÉDICO

Projeto de Lei disciplina o exercício da profissão, que só será permitido aos inscritos no conselho regional da categoria.

Página 8



## EXPEDIENTE

## JORNAL DOMÉDICO

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

Presidente:  
Conselheiro Antonio Carlos Bilo.  
Vice-Presidente:  
Conselheiro Juberty Antônio de Souza.  
1° Secretária:  
Conselheira Luciana Reis Vaz de Moura Covre.  
2° Secretário:  
Conselheiro Alberto Cubel Brull Júnior.  
1° Tesoureiro:  
Conselheiro Luiz Henrique Mascarenhas Moreira.  
2° Tesoureiro:  
Conselheiro Gil Pacifico Tognini.  
Corregedor Geral:  
Conselheiro Sérgio Renato de Almeida Couto.  
Corregedora Adjunta:  
Conselheira Denise Aparecida de Almeida Tamazato.

Conselheiros-Efetivos:  
Celso Rafael Gonçalves Codorniz, Cláudia Emília Lang, Eltes de Castro Paulino, José Antonio de Carvalho Ferreira, Laércio Tadeu Ferreira de Miranda, Maria Denise Berri de Oliveira, Marialda Goulart de Almeida Pedreira, Mauro Luiz de Britto Ribeiro, Moacyr Basso Júnior, Moacyr Battistetti, Oldemiro Haroldo Júnior, Pedro Eurico Salgueiro, Renato Lúcio Martins e Eliana Patrícia S. Maldonado Pires.

Conselheiros-Suplentes:  
Alexandre Brino Cassaro, Carlos Idelmar de Campos Barbosa, Christiana

Vellosos 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, Luciano Matheussi, 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.

Edição: Nanci Silva – DRT-MS 081/1998.  
Jornalista responsável: Fabiana Silvestre – DRT-MS 087/2002.  
Editoração e Programação Visual: Íris Comunicação e Arte - www.irisagencia.com.br

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 pelo correio ao endereço: Rua Desembargador Leão Neto do Carmo, nº 305, Parque dos Poderes. CEP 79037-100 - Campo Grande-MS.

## EDITORIAL



Passados 21 anos de vigência do atual Código de Ética Médica, chegam ao fim, depois de dois longos anos, os estudos, as avaliações e as reavaliações das inúmeras propostas de inclusão e de exclusão de artigos, encaminhadas pelos médicos de todo o país e pela população, que foram chamados à participar da elaboração de um novo Código de Ética.

A Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica foi formada por Conselheiros do CFM e de todas as regiões brasileiras, assessorada por consultores médicos, filósofos, teólogos, promotores públicos e desembargadores.

Muitas tarefas foram cumpridas para se chegar a um novo Código de Ética Médica: análise comparada de Códigos de outros países, análise das Resoluções exaradas desde 1988, decisões judiciais envolvendo o atual Código e incorporação de dilemas bioéticos.

Depois de todos os encontros específicos para

## NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

a revisão do Código de Ética Médica, que recebeu inicialmente 2677 propostas, oriundas de 1989 cadastros, 244 foram selecionadas para a discussão final, realizada em São Paulo, de 25 a 29 de agosto último, com a presença maciça de conselheiros de todos os Regionais e representantes das entidades médicas.

Artigo por artigo, as propostas de inclusão e de exclusão foram exaustivamente deba-

“COM O NOVO CÓDIGO, QUE DEVERÁ ENTRAR EM VIGOR SEIS MESES APÓS A SUA PUBLICAÇÃO OFICIAL, ESPERAMOS QUE O PACIENTE, O MOTIVO DE SER DA NOSSA PROFISSÃO, POSSA ESTAR CADA VEZ MAIS PROTEGIDO E O TRABALHO, A ATENÇÃO E O CUIDADO DO BOM MÉDICO, CADA VEZ MAIS RECONHECIDOS”.

tidas para que se chegasse a um documento final consensuado, robusto e atual, sem se afastar da linha de manutenção de princípios, direitos e deveres.

Buscou-se a incorporação de novas tecnologias em benefício do paciente, procurando resguardar-se cada vez mais a proteção e o interesse do mesmo. Procurou-se incentivar o médico a, quando no seu exercício profissional, ser um fiscal dos responsáveis públicos pela saúde, visando as boas condições de trabalho e de atendimento digno ao paciente e, principalmente, fortalecer o que há de mais importante no cuidado que deve ser oferecido a cada paciente, além dos avanços tecnológicos e do conhecimento clínico e/ou cirúrgico, que é o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, o instrumento essencial para o exercício da prática médica.

Portanto, com o novo Código, que deverá entrar em vigor seis meses após a sua publicação oficial, esperamos que o paciente, o motivo de ser da nossa profissão, possa estar cada vez mais protegido e o trabalho, a atenção e o cuidado do bom médico, cada vez mais reconhecidos.

Antonio Carlos Bilo  
Presidente do CRM-MS

## AGENDA

De 16 a 18 de setembro  
**13º Congresso Brasileiro de Nutrologia**

Local: Maksoud Plaza Hotel, em São Paulo (SP).  
Outras informações:  
(17) 3523-9732/3524-4929.

De 21 a 25 de setembro  
**35th European Congress of Cytology**

Local: Lisbon Congress Center, Lisboa, Portugal.  
Outras informações:  
[www.cytologylisboa2009.com](http://www.cytologylisboa2009.com).

De 16 a 18 de outubro  
**10º Congresso Brasileiro de Clínica Médica**

Local: Palácio das Convenções Anhembi, em São Paulo (SP).  
Outras informações:  
(11) 3849-0379.

De 16 a 18 de outubro  
**10º Congresso Brasileiro de Clínica Médica: O clínico como integrador da prática médica**

Local: Centro de Convenções Anhembi, em São Paulo (SP).  
Outras informações:  
[www.sbcm.org.br/brasileiro2009](http://www.sbcm.org.br/brasileiro2009).

De 24 a 27 de outubro  
**36º Congresso Brasileiro de Alergia e Imunopatologia**

Local: Enotel, em Porto de Galinhas (PE).  
Outras informações: (11) 5575-6888/5575-1204 ou no site: [www.sbai.org.br](http://www.sbai.org.br)



## CONSCIENTIZAÇÃO



# PALESTRA À COMUNIDADE ORIENTA SOBRE DEPRESSÃO

Fabiana Silvestre e Éder Yanaguaita

O Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS) retomou, no dia 1º de agosto, o projeto Palestras à Comunidade, que tem como objetivo conscientizar a população sobre diversos assuntos relacionados à saúde.

O tema Depressão foi abordado pelo psiquiatra e vice-presidente do CRM-MS, Juberty Antônio de Souza, co-autor do livro Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico (Editora Roca - 2004); o clínico geral e homeopata Djalma Blans; o médico e padre Jaime Aguiar da Costa e o pastor Edilson Reis, capelão do Corpo de Bombeiros e do Hospital Universitário.

Para o médico e padre Jaime Aguiar, todo ser humano busca o que transcende a vida humana, o espiritual, o eterno contato com Deus. “Mas há

que se perceber a importância da Medicina, porque cada um de nós é responsável por nossos atos. Não podemos delegar toda a responsabilidade da cura à Deus”, disse. Segundo ele, os princípios religiosos e a Medicina (por meio das

**“TODOS PRECISAM ESTAR ENGAJADOS E DISPOSTOS A APOIAR O PACIENTE; ISSO É FUNDAMENTAL”**

vacinas, dos remédios, etc) são semelhantes.

Como pastor, o capelão Reis lembrou que há muito sincretismo religioso, sobretudo em relação aos mitos da depressão. “Nem tudo é culpa ou é causado por Satanás”, disse. Para ele, todos devemos buscar a harmonização entre

corpo, alma e espírito. “Deus não cura tudo; precisamos buscar equilíbrio na hora de nos cuidarmos e, para cuidar do corpo, devemos procurar um médico”, aconselhou.

Ele lembrou ainda que a Bíblia traz exemplos de profetas que sofreram de depressão e lamentou que alguns pastores e religiosos qualifiquem a doença como mera perturbação espiritual.

“Há os que dizem que é coisa do Diabo, que não são necessários remédios, nem hospital, mas até que ponto a pessoa com depressão deve ir em busca de Deus quando, na verdade, deveria buscar ajuda médica?, questionou.

Juberty ressaltou a importância da família no tratamento da pessoa com depressão. “Todos precisam estar engajados e dispostos a apoiar o paciente; isso é fundamental”, disse.

## TRISTEZA SEM CAUSA

Mau-humor, tristeza, “baixo-astral”. Esses são alguns dos sintomas popularmente associados à depressão. Mas nem todo mundo que está “borocoxô” é depressivo. Especialistas dizem que o que caracteriza a doença é a tristeza anormal, sem motivo e contínua, causada por fatores genéticos e neuroquímicos somados a fatores ambientais sociais e psicológicos, como o estilo de vida, estresse e acontecimentos decisivos - morte na família, separação conjugal, entre outros.

Organizações de saúde pública apontam que uma em cada vinte pessoas

é acometida por pelo menos um episódio depressivo grave ao longo da vida e esse transtorno incide em grupos cada vez mais jovens da população. A depressão é uma questão de saúde pública. O paciente pode e deve ser tratado com medicamentos (quando necessário) e por meio de terapias psicoterápicas.



## EVENTOS

### CRM-MS PARTICIPA DA 16ª JORNADA DE PSIQUIATRIA DO CENTRO-OESTE

O vice-presidente do CRM-MS, Juberty Antônio de Souza, coordenou a conferência de abertura da 16ª Jornada de Psiquiatria do Centro-Oeste, realizada entre os dias 28 e 29 de agosto, em Brasília (DF). A iniciativa foi da Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr).

O debate foi introduzido pela palestra “A psiquiatria e a neurociência no contexto da atualidade”, de João Alberto Carvalho.

Juberty ministrou ainda a palestra “E o gestor? A Ética e a responsabilização em suas condutas”, duran-

te o Fórum Conselhos Regionais de Medicina e Ética.

Também foram apresentados e debatidos diversos temas, como “A psiconeuroimunoendocrinologia das doenças psiquiátricas”, “O SUS e a assistência aos doentes mentais”, “Políticas públicas em saúde mental”, “Enfrentando o desafio do crack”, “Dependência, compulsão e impulsividade”, “Transtorno de humor bipolar”, “Psiquiatria forense”, “Tabagismo”, “Esquizofrenia”, “Anorexia”, “Depressão e climatério”.

## RECADASTRAMENTO

Os médicos que atuam no território nacional devem atualizar seus dados profissionais para a confecção da nova Carteira de Identidade Médica, que será emitida pela Casa de Moeda. O processo é obrigatório e atende à resolução 1827/2007 do Conselho Federal de Medicina (CFM). O redacastamento, que será realizado até 11 de maio de 2010, deve ser feito pelo site

www.crm-ms.org.br. Após informar os dados pessoais, o médico terá que comparecer ao CRM-MS para assinar a ficha de coleta, levando uma fotografia 3X4 colorida, com fundo branco ou claro, sem qualquer tipo de mancha, alteração, retoque, perfuração, deformação ou correção. Não serão aceitas fotos em que o médico utilize óculos, bonés, gorros, chapéus ou qualquer

item do vestuário ou acessório que cubra parte do rosto ou da cabeça.





## CONFERÊNCIA NACIONAL



# MÉDICOS APROVAM NOVO CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL

O novo Código de Ética Médica (CEM) foi aprovado em plenária que reuniu presidentes e conselheiros do Conselho Federal de Medicina (CFM), dos Conselhos Regionais e demais entidades médicas, no dia 29 de agosto, em São Paulo. O texto havia sido discutido durante quase dois anos e foi finalizado após cinco dias de palestras, painéis e grupos de trabalho durante a IV Conferência Nacional de Ética Médica. O documento, que foi aclamado pelo Pleno Nacional, contará com artigos revisados da versão anterior e inclusão de novas regras, que entrarão em vigor 180 dias após a publicação no Diário Oficial da União – revogando o atual Código, de 1988.

Representaram o Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS) no

evento o presidente, Antonio Carlos Bilo, o vice-presidente, Juberty Antonio de Souza, o primeiro tesoureiro, Luiz Henrique Mascarenhas, e o conselheiro Mauro Luiz de Britto Ribeiro, que também representa Mato Grosso do Sul no CFM.

Durante a plenária final, foram revistos artigos polêmicos que versavam sobre princípios fundamentais da Medicina (prestação de serviços que contrariam os ditames de sua consciência, sigilo sobre atos profissionais e proteção aos sujeitos de pesquisa), responsabilidade profissional e ações vedadas aos médicos (danos por ação ou omissão, abandono de plantão, ilegibilidade nas receitas, atestados e laudos, descumprimento de

legislação sobre transplante de órgãos ou tecidos e modificação genética). Artigos novos foram implantados a respeito da isenção quando o médico é designado para servir como perito ou auditor, preenchimento do prontuário

“O DOCUMENTO CONTARÁ COM ARTIGOS REVISADOS DA VERSÃO ANTERIOR E INCLUSÃO DE NOVAS REGRAS”

e participação em pesquisa médica.

Segundo o presidente do CFM, Edson de Oliveira Andrade, o trabalho reuniu mais de duas mil contribuições de médicos e não médicos. “Os

companheiros abraçaram a causa com responsabilidade, dedicação e certeza de servir ao ser humano”, disse.

O coordenador da Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica e vice-presidente do CFM, Roberto Luiz D’Ávila, reforçou a necessidade de atualização do CEM, firmando o compromisso da revisão das condutas éticas de forma sistemática. “Mas os médicos devem ter maturidade para decidir. As avaliações precisam ser feitas diariamente no coração de cada médico”, recomendou.

### Bom médico

O professor de Bioética da Universidade de Zaragoza (Espanha) e ex-presidente da

Comissão de Deontologia do Conselho Geral do Colégio de Médicos da Espanha, Rogelio Altisent, defendeu o questionamento sobre o que define o bom profissional de Medicina, tendo como base as teses da liberdade profissional absoluta, da regulação legal absoluta, dos mínimos legais/máximos éticos e da deontologia profissional. “É preciso investir no capital intelectual para sermos capazes de explicar o significado social da deontologia médica”, afirmou. Para ele, é fundamental estabelecer critérios mínimos indiscutíveis no Código, sem perder de vista a ética profissional, que é o que traz confiança na relação médico-paciente e garante a boa qualidade da assistência médica.

Com informações do Cremesp



## DIREITO À SAÚDE: COMPROMISSO CONSOLIDADO COM O NOVO CÓDIGO

Os capítulos relativos à doação e transplante de órgãos e tecidos, documentos médicos, auditoria e perícia, ensino e pesquisa, publicidade e disposições gerais para o novo Código de Ética Médica (CEM) também foram debatidos durante a IV Conferência Nacional de Ética Médica.

“Nesses 20 anos de vigência do Código de Ética Médica, várias novidades da ciência foram disponibilizadas na prática médica, assim como nas relações do exercício da Medicina, que farão parte desta atualização. O CEM também nos ajudará a delimitar questões relativas ao conflito de interesses com a indústria, dizendo até que ponto o médico poderá chegar, à terminalidade da vida, mencionando os cuidados paliativos, e aos abusos da tecnologia”, analisou Clovis Constantino, vice-corregedor do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) e coordenador de um dos grupos de trabalho da Conferência.

Para Henrique Carlos Gonçalves, presidente do Cremesp de São Paulo e representante da Região Sudeste da Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica, “a Constituição Brasileira de 1988 trouxe uma evolução sobre os princípios, que foram criados e implementados, como o direito à saúde integral e universal. Esse compromisso deverá consolidado pelo novo Código, assim como a atualização técnico-científica”. Com isso, ele acredita que a maior beneficiária do Código será a sociedade brasileira.

Para Reinaldo Ayer, integrante de um dos grupos de trabalho, uma das mais interessantes reformas do novo Código será a introdução, de maneira mais evidente, da questão da autonomia do médico e do paciente. “Há também uma preocupação com relação à introdução dos avanços científicos e tecnológicos e da bioética”, afirmou.

*Com informações do Cremesp*

## MÉDICOS X PRODUTOS MÉDICOS

O novo Código de Ética Médica disciplina as relações dos profissionais com a indústria e fabricantes de produtos médicos. A última versão do Código data de 1988, quando não havia o Sistema Único de Saúde (SUS) nem intermediários entre médicos e pacientes – papel hoje exercido pelos planos de saúde.

O novo texto do CEM proíbe os médicos de obterem vanta-

gens financeiras pela comercialização de medicamentos, órteses e próteses. Também não poderão participar de consórcios para a realização de procedimentos, como cirurgias plásticas.

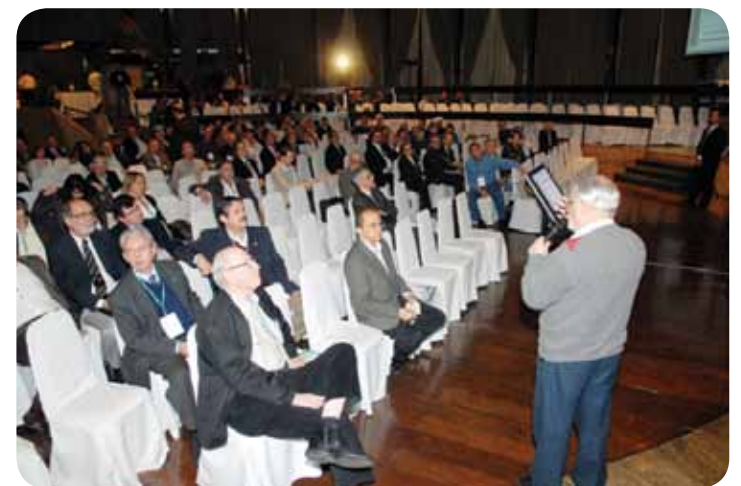
O CEM não veta o recebimento de brindes nem patrocínio de viagens para eventos como seminários e congressos, mas determina que o profissional revele o fato quando ministrar palestras ou publicar artigos científicos.

O Código ressalta ainda a importância dos cuidados paliativos e aborda a autonomia do paciente, destacando o direito à informação sobre a própria saúde e às decisões sobre o tratamento, sempre em parceria com o médico.



## GALERIA

Fotos: Osmar Bustos / CFM





## ENTREVISTA

# MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

*Priorizar a relação médico-paciente e lutar por uma carreira de estado para os profissionais são prioridades do cirurgião geral Mauro Luiz de Britto Ribeiro. Aos 50 anos, nascido em São Paulo e criado em Campo Grande, formado pela Faculdade de Medicina de Petrópolis (RJ), em 1984, e com Residência Médica em Cirurgia Geral no Hospital Souza Aguiar (RJ) e pós-graduação no Hospital Mount Sinai, em Nova Iorque, contabiliza conquistas e desafios. Além de conselheiro do CRM-MS, foi eleito conselheiro federal. É professor da Faculdade de Medicina da Uniderp. Casado com Norma Aparecida Daris Ribeiro e pai de Gabriel (15), Felipe (13) e Gustavo (7), Ribeiro revela o fascínio pela profissão e fala sobre a carreira e o novo Código de Ética Médica. Nas horas livres, além de estar perto da família, gosta de um bom jogo de futebol, corrida e de partidas de sinuca com os amigos.*

**JM – Dr Mauro, por que o senhor resolveu ser médico?**

**Ribeiro** – Olha, é interessante porque desde sempre quis ser médico. Tive um tio querido na família, o tio Paulo, que era médico. Como éramos muito próximos, acho que me influenciou. Nunca me arrependi. A Medicina é uma carreira fascinante, que proporciona satisfações pessoal que acredito são exclusivas de nossa profissão, pois lidamos com a vida e a morte, em momentos que o ser humano está muito fragilizado, e o médico é o profissional que irá ampará-lo em todas suas necessidades, independente de sua posição social. É uma profissão que exige muito, em que se trabalha exaustivamente, normalmente em más condições, mas, comparado com as outras profissões liberais, ainda tem uma boa remuneração, além de proporcionar uma satisfação muito grande no seu exercício, apesar das péssimas condições de trabalho. Além disso, praticamente não tem desemprego.

**JM – Como é o seu dia a dia?**

**Ribeiro** – Não é fácil, pois minha jornada de trabalho é exaustiva. Considero-me um legítimo representante dos médicos, pois apesar de participar em cargos nas instituições médicas, nunca deixei de trabalhar, aliás, o que é a regra em nosso Estado, ao contrário de outros em que muitos colegas praticamente abandonam o exercício da profissão para dedicarem-se apenas as funções representativas. Tenho inúmeras atividades, pois sou plantonista na Santa Casa no Pronto-Socorro, no Prontomed e no serviço de cirurgia geral. Sou médico concursado da Prefeitura Municipal e plantonista do

SAMU, tendo assumido recentemente a coordenação deste serviço. Sou professor da Faculdade de Medicina da Uniderp. Acredito que trabalhar tanto e em lugares diferentes me proporciona uma boa visão da Medicina em geral, tanto em relação ao SUS quanto a saúde suplementar.

**JM – Como o senhor avalia a relação médico-paciente hoje?**

**Ribeiro** – Ela está mudando, infelizmente para pior. Os médicos mais jovens, de uma forma geral, incluídos os da minha geração, são mais frios na relação com as pessoas, incluindo aí os pacientes. É claro que existem muitas e boas exceções, porém, na média, os médicos antigos tinham uma relação muito mais próxima com seus pacientes. Esta relação está tentando ser resgatada no serviço público pelo PSF, que é o médico de família nos moldes de antigamente. Esta mudança de comportamento não é exclusiva do médico, é geracional. Acredito que ocorra em todas as profissões, quando se compara os profissionais formados nos últimos 20 anos com os formados anteriormente. Isto fica bem nítido em relação aos nossos filhos. Eu não posso criar meus filhos da mesma forma que meu pai me criou. Por que não existe espaço para isso hoje. Você tem que sentar com o filho, conversar, explicar o porquê de tudo. A nova geração de médicos é a mesma coisa. Não adianta chegar para eles como era na minha época. Antigamente, havia os grandes mestres que você reverenciava, hoje em dia não é mais assim. A relação é muito mais próxima. E essa geração faz parte disso. Antes havia mais formalidade, hierarquia, respeito pelos mais velhos. Hoje, isto

tudo está acabando e também está se deteriorando a relação médico-paciente, o que está levando a um grande aumento no número de denúncias contra médicos nos Conselhos de Medicina. Acredito que temos que ter como prioridade a conscientização do médico quanto à importância de ter uma boa relação com seus pacientes e familiares, pois isto é a essência de ser médico.

**JM – Isso também influencia na forma como cada um lida com o seu paciente e como ele encara as orientações médicas?**

**Ribeiro** – O que está acontecendo aqui é um fenômeno que aconteceu nos Estados Unidos há 20 anos. À medida que você tem a abertura democrática, que as pessoas exercem a cidadania, se conscientizam de seus direitos e exigem cada vez mais. Antigamente, o médico era tido como o senhor de tudo no relacionamento médico-paciente. Todo saber emanava do médico e o paciente não podia falar absolutamente nada. Tudo que o médico falava era lei. Hoje em dia não pode ser assim. Hoje, você tem que sentar com o paciente e explicar tudo, compartilhando o maior número de decisões possíveis de seu tratamento, até porque muitas vezes ele chega com muitas informações obtidas na internet. E, a medida que o paciente tem procurado seus direitos na justiça, isso, aliado às péssimas condições de atendimento que o médico têm hoje para trabalhar, acabam também comprometendo a relação médico-paciente.

**JM – Como o médico deve proceder para resgatar esse**

**elo, que também é fundamental para a eficácia do tratamento?**

**Ribeiro** – Na realidade, o médico deve se aproximar cada vez mais do paciente e ampará-lo em todas as suas necessidades. Tanto o paciente quanto sua família. O médico não deve ter para com seu paciente uma relação distante, por mais que às vezes sintase em risco. O número crescente de denúncias contra o médico faz com que muitos assumam uma posição fria para com o paciente e seus familiares, o que é um erro. Quando se analisa os números dos Conselhos de Medicina, vemos que mais de 90% das denúncias contra médicos são devido a má relação dos médicos com os pacientes ou seus familiares. A melhor prevenção do médico contra denúncias profissionais é ter uma excelente relação com seus pacientes e familiares.

**JM – Como é o desafio de ter sido eleito para representar nosso estado no Conselho Federal de Medicina?**

**Ribeiro** – Imenso, a começar por termos a responsabilidade de substituir o Dr. Luis Salvador de Miranda, que reconhecidamente fez um grande trabalho nos últimos 10 anos. Porém, acredito que tanto eu como a Dra. Ana Maria Vieira Rizzo estamos preparados para enfrentar este desafio e manter nosso estado no mesmo patamar em que foi colocado por aqueles que nos representaram no passado, como o Dr. Antonio Jajah, Dr. Lúcio Bulhões, além do Dr. Luis Salvador e Dr. Maurício de Barros Jafar, que era o conselheiro suplente. Levamos também a confiança de todos os conselheiros de nosso Conselho Regional de Medicina, o que aumenta nossa responsabilidade. O Conselho Federal de Medicina é formado por 27 conselheiros efetivos, também chamados de titulares, e 27 conselheiros suplentes. Todos trabalham muito. O CFM é uma estância recursal dos Conselhos Regionais, e a qual todos estes são filiados. Foi criado em 1957 pela Lei Federal 3268, que até hoje normatiza a profissão médica. Os Conselhos

de Medicina são autarquias federais de direito público, mantidas exclusivamente por recursos oriundos dos médicos, portanto, sem dinheiro público. Ao contrário do que pensam as pessoas e muitos médicos, os Conselhos de Medicina não são um órgão corporativo da classe médica, como os sindicatos e as associações médicas. Como dito anteriormente, os conselhos são autarquias federais criadas por lei e têm como função principal defender a sociedade da má prática médica. Além disso, cabe aos conselhos as funções cartorial, fiscalizadora e judicante em relação à Medicina. A única instituição brasileira que pode julgar o médico por delito ético é o Conselho de Medicina.

**JM – Quais as perspectivas para essa atuação nacional?**

**Ribeiro** – É proposta do nosso Conselho, aqui em Mato Grosso do Sul, de que haja uma maior aproximação do CFM com os Regionais, já que, às vezes, saem algumas resoluções do Conselho Federal praticamente impossíveis de serem implantadas, principalmente no interior dos Estados. São incompatíveis com a estrutura da Medicina no país. As discussões no CFM têm que contemplar a Medicina no Brasil como um todo, levando em conta as especificidades do interior e das capitais. Não se pode fazer resoluções somente para os grandes centros. Temos que contemplar todos os médicos brasileiros. Além disso, apoiaremos todas as iniciativas já existentes e as que surgirão no sentido de melhorarmos a saúde para a população, além de proporcionarmos melhorias para o trabalho do médico.

**JM – Os conselhos regionais estão unidos em uma série de reivindicações junto ao Congresso Nacional. Quais são as prioridades para o adequado exercício da profissão?**

**Ribeiro** – Há uma série de lutas históricas dos médicos, como a Lei do Ato Médico, mais recursos para a saúde, para o SUS, e que o médico tenha uma carreira de estado, para acabar com esse problema da falta de médicos



no interior. Não é verdade dizer que o médico não quer trabalhar no interior. O que os médicos pleiteiam é uma carreira de Estado, onde a seleção seja por concurso público, nos moldes do que ocorre com o Judiciário e o Ministério Público. Que seja bem remunerado, com dedicação exclusiva, sendo colocado no início da carreira nos rincões do Brasil, mas sabendo que depois de alguns anos, quando os filhos estiverem em idade escolar, ele terá a garantia de estar em um lugar onde possa educá-los de forma apropriada. A constituição assegura à população o direito a saúde. O que regula o trabalho do médico é o mercado, assim como o de qualquer outro profissional. Onde tem mercado, tem médico. No entanto, nos lugares onde o mercado não atrai o médico, é dever do governo federal, em obediência à Constituição, colocar o médico nestes lugares para garantir saúde à população, assegurando a ele uma remuneração digna, estabilidade no exercício da profissão independente da política local, aliás, exatamente como faz com o Ministério Público e o Judiciário. Esta é a carreira de estado que queremos.

**JM – De que forma essa carreira de estado minimizaria os problemas da saúde pública?**

**Ribeiro** – A carreira de estado é tudo o que o médico quer. Porque hoje, para ele sobreviver, tem que ter vários empregos, o que compromete a qualidade do serviço e a qualidade de vida desse profissional. Com a carreira de estado, o médico teria estabilidade, tranquilidade em relação à família, e nós resolveríamos de uma vez por todas essa falácia de dizer que o médico não quer ir para o interior. Ele não quer ir porque não lhe dão as condições necessárias de trabalho. Normalmente, a proposta que existe para o médico no interior é quando um prefeito promete pagar R\$ 10 mil, R\$ 15 mil por mês, só que o médico é refém daquele prefeito. A partir do momento que se inicia um processo eleitoral, o que acontece é que se corta o salário do médico, que fica sem receber,

e como só tem aquela fonte de renda, acaba retornando para os grandes centros.

**JM – Qual a opinião do senhor sobre a “nova CPMF”, prevista na Emenda 29, que está sendo discutida no Congresso e prevê a destinação de mais recursos para a saúde?**

**Ribeiro** – Como toda a população brasileira, sou contra. Nós já temos uma carga tributária suficiente para que tenha recursos disponíveis para a saúde sem a necessidade de um aumento da carga tributária. A experiência que tivemos em relação à CPMF foi a pior possível, visto que foi criada com esse objetivo, quando o Dr. Adib Jatene era o ministro da Saúde e conseguiu a aprovação graças ao seu prestígio pessoal, porém, infelizmente, conforme previsto, os recursos nunca vieram para a saúde. Logo após a aprovação, os recursos foram destinados diretamente para o Ministério da Fazenda, ao invés do da Saúde, desta forma indo para o caixa geral do governo, que destinava este dinheiro da forma que melhor lhe convinha. Por isso, somos contra o aumento de impostos, porém somos favoráveis ao maior aporte de recursos para a Saúde por parte do governo.

**JM – Seria mais um trabalho de gestão dos recursos já existentes?**

**Ribeiro** – Exatamente. Tanto, que acabou a CPMF e o volume de dinheiro aumentou, o que mostra que a CPMF é desnecessária. Neste ponto é necessário lembrar que os recursos para a saúde não devem vir apenas do governo federal. É necessário que Estados e Municípios também participem com investimentos próprios e não dependam apenas de verbas ou programas do governo federal. Deve ser re-

conhecido que na última década houve um aumento do aporte de recursos do governo federal em programas de prevenção, assim como na implantação de serviços na atenção primária, secundária e terciária, o que não foi acompanhado por todos os Estados e Municípios. É necessário enfatizar que a saúde de qualidade é cara, e quanto mais tecnologia é incorporada ao setor de diagnóstico e tratamento, maior a procura por parte da população e maior o custo para os gestores.

**JM – O senhor acompanhou a aprovação do novo Código de Ética Médica, durante a IV Conferência Nacional de Ética Médica, realizada em São Paulo no mês de agosto. Como avalia as mudanças em relação ao que estava em vigor, criado em 1988?**

**Ribeiro** – O Código de 1988 era excelente, mas não contemplava alguns pontos que tornaram-se obrigatórios com a evolução da Medicina, por isso a necessidade da revisão do mesmo. Houve um avanço muito grande em relação à forma do novo Código e à maneira de abordar assuntos importantes na relação médica com a indústria farmacêutica, a reprodução assistida, a publicidade médica e a bioética. O mais importante é que a essência do Código, que é excelente, continua priorizando a relação médico-paciente.

**JM – É uma conquista para os médicos?**

**Ribeiro** – Sem dúvida. Representa todo um trabalho de aproximadamente três anos, liderado pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos

Médicos, através de uma Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica, que trabalhou de forma exaustiva. Foram cerca de três mil sugestões de mudanças no Código. Essa discussão foi aberta para toda a sociedade, através do site do CFM, aos cidadãos comuns, aos Conselhos Regionais de Medicina e outras instituições da sociedade civil organizada, como a OAB, o Ministério Público e Judiciário. Todos fizeram parte desse trabalho. O novo Código de Ética Médica é fruto do trabalho da sociedade brasileira, e é o mais democrático e transparente de todos, quando analisamos os Códigos das outras profissões.

**JM – Para finalizar, o senhor recomendaria a um jovem a fazer Medicina?**

**Ribeiro** – Sem a menor sombra de dúvida, desde que o mesmo fosse vocacionado para a profissão e não a fizesse apenas motivado por interesses finan-

ceiros. O verdadeiro médico ganha dinheiro fazendo Medicina, e não faz Medicina para ganhar dinheiro, como nos ensinava nosso chefe na residência médica, Dr. Augusto Paulino.

A Medicina é uma profissão única, onde o dinheiro é importante, porém está longe de ser o principal. É uma profissão cujo compromisso é com a vida. Nosso dever é mitigar o sofrimento do ser humano, aliviar sua dor, tanto física quanto da alma, ajudando-o e amparando-o em suas necessidades.

Ao assim procedermos, temos a maior recompensa de todas, que talvez seja um sentimento divino, cujo prazer provavelmente só nós médicos podemos sentir. Este sentimento é tão gratificante e profundo que não conseguimos defini-lo, apenas senti-lo. Sem dúvida, é ele que nos motiva e nos faz seguir sempre em frente, independente das dificuldades que encontramos em nosso caminho.





# COMISSÃO DA CÂMARA APROVA LEI DO ATO MÉDICO

A Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público aprovou, no dia 19 de agosto, o Projeto de Lei 7703/06, chamado de "Ato Médico", que regulamenta a profissão. Os médicos passam a ser os responsáveis exclusivos pelo diagnóstico de doenças e pela prescrição do tratamento adequado.

O texto foi o substitutivo do relator, deputado Edinho Bez (PMDB-SC), que negociou mudanças que atendessem às demais categorias da área de saúde, sem retirar da proposta a prioridade do diagnóstico e prescrição.

Segundo o projeto, a denominação "médico" é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina e o exercício da profissão só é permitido aos inscritos no conselho regional da categoria. O relator, no entanto, avalia que a proposta não impõe limite a qualquer profissão, e recomendou que todas as

demais áreas paramédicas encaminhem projetos para definir sua atuação. O projeto foi apresentado em 2001 no Senado, onde foi aprovado em 2005, e há quatro anos estava sendo analisado pela comissão, que realizou audiências e reuniões com as 14 áreas profissionais de saúde.

Além das atividades privativas, somente médicos podem exercer a direção e chefia de serviços médicos, assim como a coordenação e supervisão de trabalhos relacionados com suas áreas de atuação, como perícias e auditorias. Também o ensino de disciplinas especificamente médicas e a coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para a categoria devem ser exercidos por esses profissionais.

A proposta, que tramita em

caráter conclusivo e em regime de prioridade, ainda será analisada por outras três comissões: de Educação e Cultura; de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

**SEGUNDO O PROJETO, A DENOMINAÇÃO "MÉDICO" É PRIVATIVA DOS GRADUADOS EM CURSOS SUPERIORES DE MEDICINA E O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO SÓ É PERMITIDO AOS INSCRITOS NO CONSELHO REGIONAL DA CATEGORIA.**

De acordo com o projeto de Lei do Ato Médico, além do diagnóstico e da prescrição, estão entre as atividades privativas do médico: indicação e execução de cirurgia e prescrição dos cuidados médicos pré

e pós-operatórios; indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias; intubação traqueal; coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como as mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal; execução da sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral; emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem e dos procedimentos diagnósticos invasivos; emissão dos diagnósticos anatomopatológicos e citopatológicos; indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário; prescrição de órteses e próteses oftalmoló-

gicas; determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico; indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde; realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular; atestação médica de condições de saúde, deficiência e doença; atestação do óbito.

O texto lista ainda atividades que não são privativas do médico, como aplicação de injeções, realização de curativo e atendimento à pessoa sob risco de morte iminente. Também não são exclusivos do médico a direção administrativa de serviços de saúde, os tratamentos relacionados a psicologia e fisioterapia e as análises feitas por farmacêuticos e biomédicos, entre outros profissionais.

Com informações da Agência Câmara.

## INSCRIÇÕES

PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6011 MS PAULO FELICIANO DA SILVA; PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6012 MS PAULO DE TAVORA CAVALCANTE BIN; PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6015 MS JOSE MARIA VENDRAMINI; PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6020 MS ELTON CESAR PINEZE; PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6021 MS POLIANA ACADROLLI TOZZO; PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6029 MS LAURA GABRIELA MOTA LAGE DOMINGUES TEIXEIRA; PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6032 MS FRANCINE DE OLIVEIRA KORNDERFER MONTEIRO; PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6033 MS ORIANA VIVEROS DE MORAES-GRADL; PRIMEIRA INSCRIÇÃO 6040 MS JOAO BAPTISTA BARBOSA SOUZA; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6013 MS ANDRE GUIMARAES GOUVEIA; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6014 MS CAROLINA RIBEIRO DE MIRANDA; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6016 MS FABIANA DE CASSIA BERNIERI; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6017 MS CLAUDIO AUGUSTO DE ALBUQUERQUE XAVIER QUARANTA; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6018 MS NORMA PERON AMBROSIO; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6019 MS CRISTIANE FERNANDES DIAS MOREIRA; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6022 MS RONALDO SMOLENTZOV; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6025 MS MURILO BARALDI TAVARES DE MELLO; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6028 MS MAURILIO DE CASSIO GOLINELI; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6034 MS RUDDY HURTADO LAZO; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6036 MS MARIA PATRICIA MONTANO DE OLIVEIRA; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6037 MS ANDERSON AUGUSTO MESQUITA DE OLIVEIRA; INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 6039 MS LETICIA DOS REIS SILVA; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 6023 MS CRISTIANO CARRANZA FERNANDES; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 6024 MS JOSE RICARDO LOURENCO GUERRA; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 6026 MS ALEXANDRE DE SOUZA CURY; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 6027 MS PRISCYLLA TEODORO NICACIO DE LIMA; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 6030 MS RICARDO MIGLIORINI MUSTAFA; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 6031 MS OTAVIO CUNHA GOMES; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 6035 MS CARLOS ALBERTO BARRENECHE OSORIO; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 6038 MS ANDREA JORGE FOGOLIN; REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 3426 MS MAURO SERGIO PINTO; REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 4027 MS SARITA SOUSA DE OLIVEIRA MASSUCHINI; REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 5150 MS ROBERTO RANGEL ALVES DA SILVA; REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 5201 MS CYNTHIA KLAVA BORGES; REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 5365 MS LISSANDRO VARGAS PINHEIRO; REINSCRIÇÃO SECUNDARIA 4432 MS FRANCISCO LEITE DE AMORIM; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 587 MS PAULO CEZAR ABUD; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 863 MS ANASTACIA IWONOW VANUCHI; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 1493 MS GILBERTO GRANDINETE; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 1668 MS MARIA ISABEL CARNEIRO TRAVI; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 1685 MS FERNANDO HENRIQUE SOUZA PACHE; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 2357 MS DAUCYR PLEUTIN MIRANDA; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 3041 MS JOSE TAJHER IUNES; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 3431 MS HILARIO BRUNO MANCINI; INSCRICAO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 3631 MS SEBASTIAO PEREIRA PINTO; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 3694 MS CARLOS ROBERTO NAGAMINE; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 4841 MS TATIANA TIEMI SAKUMA; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 4968 MS GUSTAVO SCORSATTO BATISTA; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 5065 MS WESLEY MENDES RODRIGUES; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 5315 MS GUSTAVO DIAS SILVA; INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 5572 MS RODRIGO DE OLIVEIRA; TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF 2594 MS PAULO RENATO DA SILVA COSTA; TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF 3978 MS CARLA CRISTINA TITA MOGGIA; TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF 4144 MS ADILIO AUGUSTO VALADAO DE MIRANDA; TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF 4256 MS MICHELLE MUSSI; TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF 5680 MS ALZIRA CRISTIANE GALVAO FERREIRA; TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF 6010 MS WILLIAM PRIOSTE PALOPOLI; TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF 6029 MS LAURA GABRIELA MOTA LAGE DOMINGUES TEIXEIRA; TRANSFORMAÇÃO INSC. SECUND. EM PRIMARIA 4812 MS CARLOS MARCELO DOTTI RODRIGUES SILVA; TRANSFORMAÇÃO INSC. SECUND. EM PRIMARIA 4968 MS GUSTAVO SCORSATTO BATISTA; TRANSFORMAÇÃO INSC. SECUND. EM PRIMARIA 5436 MS BIANCA STAVIS CONTE; REINSCRIÇÃO PRIMARIA 3603 MS CHENG HSIEN CHUIN; REINSCRIÇÃO DEVOLUÇÃO RES. 1299/89, 5121 MS SANDRA REGINA QUEDA; REINSCRIÇÃO C/ TRANSF. PRIM EM SECUND. 1754 MS IRONDI BITTENCOURT MARTINS; Falecido 346 MS SERGIO BUENO PELLEGRINO





## MOBILIZAÇÃO NACIONAL MARCA DIA DO MÉDICO

Uma mobilização nacional, reunindo os sindicatos, conselhos e associações médicas de todo o Brasil, vai marcar o Dia do Médico, celebrado em 18 de outubro.

De acordo com a Comissão Nacional Pró-SUS (foto acima), formada por representantes da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), do CFM e da Associação Médica Brasileira (AMB), é intenção é realizar ações diversas no dia 21, já que o dia 18 será um do-

mingo, para informar e conscientizar a população quanto às dificuldades enfrentadas pelos médicos no exercício profissional.

“O dia 21 de outubro será o Dia Nacional de Mobilização e Protesto contra as condições de trabalho que o médico enfrenta no Sistema Único de Saúde, contra os baixos salários, falta de recursos materiais, e nós estamos reforçando que os estados se organizem nesta data”, explicou o

representante da FENAM na comissão, Márcio Bichara.

As entidades médicas poderão realizar atividades diversas de orientação ao longo de toda a semana. No Rio de Janeiro, por exemplo, haverá uma passeata na praia, com balões e cartazes, no dia 18 de outubro.

Já na região Nordeste, há um indicativo de paralisação dos médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) para o dia 21.

## FÓRUM DEBATE ÉTICA MÉDICA E DIREITO NAS RELAÇÕES TRABALHISTAS

A Ética Médica e o Direito nas Relações Previdenciárias e Trabalhistas são os temas centrais de um fórum a ser realizado pela Comissão de Ética Médica do INSS e a Procuradoria Federal Especializada na Gerência Campo Grande, no dia 2 de outubro, na sede do CRM-MS.

Segundo o presidente da Comissão de Ética Médica do INSS na Capital, Jocildo R. Figueiredo, a abertura do evento será às 8h, com pronunciamento do superintendente do INSS no Estado, Joaquim Cândido T. De Carvalho. Em seguida, o presidente do CRM-MS, Antonio Carlos Bilo, abordará o tema Validade e Formatação dos Atestados Médicos.

O diretor da Saúde do Trabalhador do INSS, Cezar Augusto de Oliveira,

falará sobre o tema Padronização do Formato da Perícia Médica Previdenciária e Judicial, e o médico do trabalho Lúcio Bulhões falará sobre O Médico do Trabalho e o Setor de Recursos Humanos da Empresa.

Logo depois, o auditor médico da Delegacia Regional do Trabalho de Mato Grosso do Sul (DRT-MS), Hélio Baís, tratará do Retorno ao Trabalho – Como proceder. Após debate e intervalo, o fórum será retomado, às 10h, com uma mesa redonda sobre Redução da Demanda Judicial do INSS. Participarão do debate o juiz federal Clorisvaldo Rodrigues dos Santos; o juiz estadual Victor Luís Oliveira Guibo; e a procuradora-chefe do INSS no Estado, Miriam Noronha Mota Gimenez.



### DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS DO EXERCÍCIO DE 2009

MESES	RECEITA 2009	DESPESA 2009
01/09	286.188,33	200.911,36
02/09	639.485,30	327.615,31
03/09	277.703,65	229.827,92
04/09	338.744,01	229.167,53
05/09	148.190,87	134.559,91
06/09	214.682,96	158.406,46
07/09	116.777,15	191.307,40
08/09	-	-
09/09	-	-
10/09	-	-
11/09	-	-
12/09	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2.021.772,27</b>	<b>1.471.795,89</b>

Hendrix F. Nogueira  
Contador CRC/MS 6833/O

## DEPUTADOS E SECRETÁRIOS PEDEM APROVAÇÃO DA EMENDA 29

O secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Jurandi Frutuoso, solicitou à Câmara Federal a regulamentação da Emenda 29 para aumentar o aporte de recursos ao SUS e preparar o país para um eventual prolongamento da atual epidemia da gripe A.

Frutuoso participou da comissão geral sobre o assunto e disse que os estados estão perdendo a capacidade de resposta e que a crise atual na assistência reflete um problema que se acumulou. “Não podemos ser imprevidentes e esperar que o sacrifício humano

dos servidores do SUS possa superar a crise”, disse.

O coordenador da Frente Parlamentar da Saúde, deputado Darcísio Perondi (PMDB-RS), também defendeu a votação da Emenda 29 para aumentar os recursos da saúde e lembrou que o presidente Luiz Inácio Lula da Silva defendeu a regulamentação, e todos os deputados dizem apoiá-la. Perondi pediu a reposição dos recursos da saúde cortados pela área econômica para enfrentar a crise financeira. “São quase R\$ 2 bilhões”, alertou. Os deputados Colbert Martins (PMDB-BA) e

Roberto Britto (PP-BA) reforçaram o pedido.

Já o deputado Chico D’Angelo (PT-RJ), defendeu o retorno da CPMF para financiar a saúde no Brasil. Ele criticou a oposição, que teria rejeitado a renovação do prazo da CPMF para prejudicar o governo. “A oposição deve fazer uma autocrítica, pois retirou dinheiro da saúde. Nessa crise, a Câmara deve, além da Emenda 29, aprovar recursos para que o ministro possa gerir a saúde”, disse.

Com informações da Agência Câmara.



## OPINIÃO CRM-MS

# CARTA AO GESTOR MUNICIPAL DA SAÚDE EM CAMPO GRANDE

A Sociedade de Pediatria de Mato Grosso do Sul (SPMS), em reunião com membros do Sindicato dos Médicos e do Conselho Regional de Medicina, manifestou grande preocupação em relação ao atendimento das crianças e adolescentes de nossa Capital.

Com frequência nos deparamos com matérias da mídia demonstrando a falta de pediatras no atendimento na rede pública de saúde. Os postos de saúde que fazem atendimento básico, em sua grande maioria, não possuem pediatras; os chamados 24 horas apresentam escalas incompletas, causando transtorno à população, que não sabe a quem recorrer no caso de necessidade de atendimento de urgência.

Os gestores pouco se mobilizam na procura de soluções, e limitando a afirmar que faltam pediatras, que concursos são realizados e que disposição para contratar existe. São respostas muito frágeis, pois em nenhum momento fomos chamados para discutir os problemas. Vale ressaltar que não faltam pediatras, pois no Brasil temos taxas de natalidade e uma proporção de 20 pediatras para cada 100 mil habitantes, semelhantes aos países de primeiro mundo.

Com a criação dos PSF, imaginou-se que um médico generalista poderia resolver os problemas dos atendimentos básicos de saúde. A complexidade da Medicina torna impossível que um generalista atenda a tudo que se deseja (ginecologia, obstetrícia, pediatria, clínica médica e gerontologia). Atualmente,

no Brasil, existem mais de 40.000 equipes de PSF, com um custo estimado de 4 bilhões de reais por ano. Segundo a ONU, temos o terceiro pior índice de morbiletalidade da América do Sul. Está na hora de mudar a estratégia do programa, com a inclusão de especialistas básicos.

O pediatra dedica cerca de 40-50% de seu trabalho à prevenção e promoção de saúde. É o que chamamos de Puericultura. É o pediatra o mais capacitado para prestar atendimento à criança desde o nascimento até a idade adulta. A criança não é um adulto pequeno, é um ser em desenvolvimento, com características próprias, doenças específicas e necessidades

**“A CRIANÇA NÃO É UM ADULTO PEQUENO, É UM SER EM DESENVOLVIMENTO, COM CARACTERÍSTICAS PRÓPRIAS, DOENÇAS ESPECÍFICAS E NECESSIDADES ÚNICAS QUE DEVEM SER VALORIZADAS”**

únicas que devem ser valorizadas. É grave presenciarmos médicos, sem formação específica na área de pediatria, atendendo nossas crianças nos postos de saúde. No mínimo, a população deveria ser avisada.

Pesquisa realizada pelo instituto Datafolha, no ano de 2006, indicou que 97% dos pais desejam que seus filhos sejam atendidos pelo pediatra e 70% dos pesquisados gostariam de levar seus filhos ao pediatra para assistência médica quando estejam com saúde e não apenas para tratar doenças.

A SPMS, junto com a Socie-

dade Brasileira de Pediatria, entende que a inclusão do pediatra nos PSF, através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), poderá proporcionar uma resolubilidade de até 80% dos problemas de saúde das crianças, com diminuição significativa da procura por serviços de urgência e emergência. Algumas cidades, como Volta Redonda, Vitória, Natal e Londrina já adotaram a inclusão do pediatra com sucesso.

Campo Grande possui nove postos de saúde com atendimento de urgência e emergência 24 horas. Sugerimos que se fixe cerca de quatro postos, estrategicamente localizados, para atendimento de pediatria, com especialistas em todos os horários, com condições mínimas de atendimento (laboratório, exames de imagem e enfermagem treinada no atendimento às crianças), com possibilidade de atualização, com remuneração digna e com possibilidade de crescimento e reconhecimento profissional.

Estamos dispostos ao diálogo e entendemos que o que propomos é perfeitamente possível, desde que haja vontade política.

Atenciosamente,

*Alberto Cubel Brull Júnior*  
Presidente da Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul (SPMS).

*Antonio Carlos Bilo*  
Presidente do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS).

*Luzia Santana*  
Presidente do Sindicato dos Médicos de MS (SinMed).  
Campo Grande, 30 de Junho de 2009.

## PARECERES

### Parecer CRM-MS nº 09/2009

Ementa: Uma necrópsia não se repete, não sendo substituída em sua importância por um exame pericial realizado em uma exumação. Em obediência aos artigos do Código Penal Brasileiro e ao Código de Ética Médica, somente em casos muito excepcionais e devidamente justificados deverá uma necrópsia ser realizada à noite, depois de cumprido o prazo regulamentado pela Lei.

### Parecer CRM-MS nº 10/2009

Ementa: O transporte de mãe, do feto ou recém-nato, nos casos de parto ou aborto domiciliar ou em via pública, deve seguir as recomendações das Resoluções CFM 1671-2003 e 1672-2003, sempre priorizando a assistência médica de qualidade, minimizando os riscos de morte e de agravos à saúde.

### Parecer CRM-MS nº 11/2009

Ementa: A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID 10, contém os diagnósticos médicos, de enfermidades e, portanto, a sua utilização é prerrogativa de médicos.

### Parecer CRM-MS nº 12/2009

Ementa: O médico intensivista, durante o exercício das suas funções, deve se manter na Unidade e não realizar nenhum outro tipo de atividade concomitante.

### Parecer CRM-MS nº 13/2009

Ementa: A instituição da semana municipal de prevenção do câncer colorretal, é

do interesse da população de Campo Grande, e sua implantação está definida por protocolos já estabelecidos de longa data.

### Parecer CRM-MS nº 14/2009

Ementa: A retirada de órgãos para fins de transplante, após constatação de morte encefálica e doação pela família, configura quadro de urgência.

### Parecer CRM-MS nº 15/2009

Ementa: Traqueostomia é procedimento cirúrgico e pode ser realizado por qualquer médico que se responsabilize pelo ato. Em emergência, pode ser realizada na Sala de Emergência, pelo plantonista. Eletiva, deve ser feita em local adequado, por profissional médico treinado para tal.

### Parecer CRM-MS nº 16/2009

Ementa: A cobrança de honorários a paciente de convênio atendido fora do horário de plantão é discussão contratual.

### Parecer CRM-MS nº 17/2009

Ementa: É adequado e atende ao interesse público projeto de lei que autoriza o Executivo Municipal a realizar aulas de primeiros socorros a professores e alunos da rede de ensino.

### Parecer CRM-MS nº 18/2009

Ementa: O médico não pode realizar procedimentos que não tenham embasamentos científicos devidamente amparados pelas Sociedades de Especialidades ou CFM, expondo assim o paciente a riscos no tratamento.



# www.crm-ms.org.br

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



Os artigos assinados não refletem, necessariamente, a opinião do CRM-MS, sendo de inteira responsabilidade dos autores.

## ARTIGOS

# ANOREXÍGENOS – PRESCREVER OU NÃO? DILEMA ÉTICO?

Uma notícia preocupante é a de que o Brasil é o terceiro consumidor mundial de moderadores de apetite, que, de forma isolada ou associada a hormônios, laxantes, tranquilizantes, tem sido prescrito de uma forma, a nosso ver, pelo menos questionável. Até pouco tempo atrás as anfetaminas (base química de tudo) só tinham uma indicação médica, a do tratamento de crianças hiperativas, porque não se tinham opções terapêuticas e estas crianças ficaram privadas de condições de se adaptarem e conseguir viver em igualdade de condições com outras crianças. Sendo hiperativas, não conseguiram prestar atenção aos estímulos e não conseguiam aprender. Não conseguindo aprender, ficavam em desvantagem em relação às outras crianças e ao mundo.

Posteriormente, na década de 80 do século passado, a indicação foi ampliada para as pessoas com Aids, que já es-

tavam em estado melancólico e sem condições de realizar as atividades mais simples. Nessa situação, a anfetamina era utilizada com o objetivo de estimular a pessoa.

Ao longo do tempo, porém, as anfetaminas foram utilizadas como inibidores de apetite, seja de forma isolada ou associada a outras substâncias que nunca demonstraram utilidade.

É bem conhecido o “efeito sanfona”, em que a pessoa perde peso de forma artificial e posteriormente “ganha” novamente, às vezes com maior intensidade, fazendo com que as pessoas busquem, cada vez mais, a repetição do “tratamento”.

Atualmente, uma das indicações aceitas é o uso na condição clínica de obesidade mórbida, em que se expõe a pessoa a uma grande quantidade de riscos, deixando-as vulnerável, principalmente, às doenças cardiovasculares. Mas, nessa situação, os cri-

térios diagnósticos são bem precisos.

Afinal, por que é que a população busca tanto essas substâncias? Elas são movidas pela fantasia do corpo perfeito, pela fantasia da perda do peso e da manutenção do corpo sem o peso perdido. São movidos pela fantasia de que não voltarão a engordar, e que a perda do peso lhes fariam felizes para sempre.

É aceitável que a população tenha essas fantasias. O que não é aceitável é que o médico, habitual protetor da saúde do povo, deixe-se levar por esta fantasia, principalmente tendo o conhecimento de que o uso dessas substâncias não trará os benefícios esperados. O médico “emagrecedor” não percebeu ainda que está trabalhando com a fantasia da pessoa.

Essas substâncias não são inócuas. Com frequência desenvolvem quadros de agitação psicomotora, confusão mental e psicoses, na aparên-

cia semelhantes à esquizofrenia, com alguma frequência sem conseguir a remissão da sintomatologia. E, quando há a remissão da sintomatologia, ainda é comum o prejuízo da memória.

Os psiquiatras são os médicos que mais trabalham com as consequências deste uso irresponsável. Algumas vezes, frente à intensidade do quadro clínico, convidamos o colega que prescreveu a “fórmula” para visitar o paciente internado em decorrência desta prática. Em nossa experiência, nenhum dos médicos convidados apareceu para visitar o doente.

Outro fator, talvez o mais comum para a prescrição dessas substâncias, é que as pessoas que buscam o tratamento não titubeiam, não regateiam a consulta. Seria então uma forma de se ter uma parcela da população fixa e que traria rendimentos maiores?

Se esta for uma das respostas, então, sim, nos resta



lamentar e concordar que a “medicina” passou a ser um comércio.

O CFM, em sua resolução nº 1.477/97, proíbe a prescrição simultânea de drogas tipo anfetaminas com outros fármacos descritos. Recomenda aos médicos que, no tratamento da obesidade ou emagrecimento, restrinjam o uso de substâncias tipo anfetaminas, como monodrogas, aos casos absolutamente indicados, seguindo rígidos critérios técnico-científicos.

Assim, cabe perguntar se continuaremos a ser médicos ou emagrecedores? Cabe perguntar se, como médicos, tomaremos ou não cuidado com o princípio da terapêutica do primo no nocere [Primeiro, não prejudicar]?

Juberty Antônio de Souza  
Psiquiatra

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO LEGAL

É direito da mulher o aborto em duas hipóteses (art. 128 do Código Penal): a) se não há outro meio de salvar a vida da gestante; b) se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

A preocupação do médico se limita a constatar a realidade do fato. Não há previsão legal sobre a necessidade do boletim de ocorrência policial para garantir o abortamento nas hipóteses citadas. E, segundo a Constituição Federal, “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (princípio da legalidade, art. 5º, inciso II).

Sendo assim, é desnecessá-

rio o boletim de ocorrência para que o médico adote os procedimentos visando garantir o aborto nas hipóteses legais.

Em março de 2005, o Ministério da Saúde divulgou Norma Técnica estabelecendo que o abortamento não pode ser negado à mulher, sendo desnecessário o boletim de ocorrência. Estamos de pleno acordo com essa orientação, que é juridicamente adequada.

Como é fácil constatar, trata-se de garantir um direito à mulher. Ainda que recomendável o boletim de ocorrência (que levará à apuração do estupro), vale lembrar que nenhuma vítima de crime é obrigada a comunicá-lo.

Mas o médico deve ser cer-

car de mecanismos que visem dar segurança à sua conduta. Para tanto, o Ministério da Saúde também expediu a Portaria 1.508, de 01.09.05, que dispõe sobre o “Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS”. O aludido Procedimento é composto de quatro fases: a) relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde; b) intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver, além da atuação de equipe de

saúde multidisciplinar; c) assinatura da gestante no termo de responsabilidade, em que assume a prática de crime de falsidade ideológica caso não tenha sido vítima de estupro; d) assinatura da gestante do termo de consentimento informado. Tais exigências são adequadas e suficientes para proteger o médico, que, em caso de falsidade do estupro, estará isento de qualquer pena, porque o Código Penal (art. 20, § 1º) assim considera aquele que, “por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”.

No campo da ética médica, também se deve considerar que é direito do médico “recusar a realização de atos mé-



dicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (art. 28), bem como que (art. 43) é vedado ao médico “descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”.

André L. Borges Netto  
Assessor Jurídico do CRM-MS



**PIONEIROS EM MS**

# MEDICINA COM ÉTICA E RESPONSABILIDADE

Campo-grandense de coração e médico por vocação. O clínico-geral carioca Fernando Augusto Tibau de Vasconcellos Dias lembra, “como se fosse ontem”, ter sido inspirado na profissão pelo pai, o também médico, ex-prefeito da Capital e ex-vereador Arthur de Vasconcellos Dias. “Uma das melhores lembranças que tenho é de operar juntamente com meu pai e com meu irmão na Santa Casa”, recorda-se Dr Fernando, aos 72 anos, com 47 de profissão.

Ele se mudou com a família, ainda bebê, para o então estado de Mato Grosso. “Meu pai tinha lido o livro Caçadas e Pescarias em Mato Grosso e se apaixonou por esta terra; minha mãe, corajosa, veio com ele começar uma nova vida”, conta. Dr Fernando só deixou o estado para cursar Medicina, na Universidade Federal Fluminense, no Rio de Janeiro, de onde voltou em 1963: “Já com a Gilda debaixo do braço”, diz, referindo-se à companheira com quem está casado há quase 50 anos.

Dr Fernando acompanhou de perto o que chama de “involução” da Medicina no Estado. É crítico e consciente do papel do profissional na sociedade. “Antes, o médico e o paciente tinham uma parceria, com reconhecimento recíproco, mas hoje, o paciente é muitas vezes concorrente, é uma involução”, diz.

Para Dr Fernando, a “deteriorização” dessa relação acontece de ambas as partes, com

pacientes repletos de informações retiradas da internet, muitas vezes equivocadas, e com médicos sobrecarregados, atuando em três, quatro empregos para sustentar a família, e demasiadamente preocupados com especializações, fragmentando o paciente, mas sem muita disposição para ouvir. Escutar o paciente e até mesmo os colegas deve ser re-

gra de ouro para o médico.

“Apesar de tudo, o médico não pode perder o sentimento de que o paciente não é objeto, ele é o objetivo da

sua profissão”, explica. “O dia em que não puder atender meu paciente como acho que devo, paro de exercer a Medicina”, completa.

Mas isso está longe de acontecer. Pai de três filhos e avô de nove netos, de gestos tranquilos e voz firme, Dr Fernando também lamenta a falta de “vontade política”, de reconhecimento do Poder Público em

relação aos profissionais. “Para mim, os médicos deveriam ser todos pagos pelas autoridades, de forma digna, e atender a todos indistintamente, como já é feito em alguns países do primeiro mundo, e que dá muito certo”, defende. Segundo ele, os fatores de desestímulo hoje são inúmeros, como a falta de infraestrutura mínima para o adequado atendimento, o que faz com que muitos médicos sejam obrigados a abandonar o caráter sacerdotal da profissão.

Por outro lado, Dr Fernando avalia que os acadêmicos são cada vez mais incentivados a uma formação meramente técnica, repleta de tecnologias, mas voltada aos interesses financeiros, sem referenciais éticos e humanistas. “Hoje, muitos não perguntam para qual especialidade têm vocação, mas qual é mais rentável; quem começa assim, não erra de especialidade, mas de profissão”, assegura. Para ele, falta a consciência da pequenez individual, da própria ignorância, além do apreço aos valores essenciais que norteiam a Medicina.

Um deles Dr Fernando não se esquece. “Há mais ou menos 30 anos, estava em um plantão na Santa Casa quando chegou uma criança do interior, de 12 anos, quase morta; nem acreditei quando, após o tratamento, disse a ela que podia ir para casa; ela olhou para mim e me agradeceu”, lembra, emocionado. Para o médico, o reconhecimento por salvar vidas gratifica todo o empenho e se sobrepõe às inúmeras dificuldades enfrentadas no dia-a-dia da profissão.

“O DIA EM QUE NÃO PUDER  
ATENDER MEU PACIENTE  
COMO ACHO QUE DEVO, PARO  
DE EXERCER A MEDICINA”

