

JORNAL DO MÉDICO



Impresso Especial

9912293503/2012 DR/MS
CRM-MS

CORREIOS

CRM-MS • Informativo Oficial do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul • Março 2013 •

DEMOGRAFIA MÉDICA EM MATO GROSSO DO SUL



Estudo mostra distribuição desigual de profissionais no Estado e indica os desafios a superar

Páginas 4 e 5



ORIENTAÇÃO

Parecer do CRM-MS desaconselha uso de HCG em tratamento de obesidade

Página 3

ENTREVISTA

Heitor Soares de Souza, diretor clínico da Santa Casa, avalia perspectivas do hospital

Páginas 6 e 7

PIONEIROS

Marialda Pedreira, primeira cirurgia plástica de MS, se diz realizada

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, 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, Vanda Escalante
Revisão: Íris Comunicação Integrada

EDITORIAL



DESAFIOS PARA O EXERCÍCIO DA BOA MEDICINA

A classe médica brasileira é constantemente submetida a desafios impostos não só pelo seu mister em prestar atendimento ao povo brasileiro, mas porque estamos sempre nos deparando com afirmações feitas pelos nossos governantes, tentando justificar a sua inação frente aos problemas da saúde pública, colocando esta responsabilidade sobre os médicos. Porém, como em todas as outras situações, os médicos brasileiros demonstram a todos que cumprem seu papel. Mesmo em condições inadequadas, prestam o melhor de si em prol da população brasileira.

A nova pesquisa da Demografia Médica - Parte II demonstra que a afirmação de que faltam médicos no Brasil é, no mínimo, desprovida de embasamento técnico. Mesmo levando-se em conta que bases de dados no Brasil são incompletas, mesmo com a sensação por grande parte da população de que faltam médicos, a pesquisa mostrou que o grande problema é a distribuição desigual dos médicos pelo país. Há uma concentração nos grandes centros e áreas de maior desenvolvimento econômico, porque, nestas áreas, os médicos encontram estrutura, suporte e auxílio de outros profissionais da saúde para oferecerem o melhor do seu conhecimento à população que os procuram. Em verdade, a pesquisa demonstrou que não se trata apenas de oferecer uma remuneração digna e justa, mas, também, de se ter o mínimo necessário para desenvolver uma boa prática médica.

A pesquisa mostra também a carência de várias especialidades por todo o Brasil, mesmo em estados com grandes concentrações de médicos. Isto se deve à falta de um planejamento para oferecer desde bolsas de residência para estas especialidades, como também de incentivos para fixar especialistas fora dos grandes centros.

Há anos, as entidades médicas vêm solicitando a criação de uma carreira de Estado para os médicos, pois isto propiciaria uma ferramenta que poderia solucionar não só a falta de médicos, como a de especialistas naqueles locais desprovidos destes profissionais. Em nosso estado, a pesquisa demonstrou várias especialidades com déficit, o que leva a uma desassistência da população e ao agravamento das condições de saúde, pela dificuldade em se conseguir atendimento especializado.

Outra constatação da pesquisa demográfica é de que, em poucos anos, as mulheres serão a maioria na classe médica, e isto terá impacto sobre as políticas de saúde, porquanto sabemos que as médicas têm, como todas as mulheres brasileiras, mais do que uma jornada de trabalho, o que as sobrecarrega sobremaneira nas suas atividades. Porém, teremos, com certeza – porque isto é inerente ao gênero feminino –, dedicação, carinho e entrega no atendimento a nossa população, que não só enaltece e orgulha a figura feminina, como também toda a classe médica. Parabéns a todas as mulheres médicas, no mês que é em sua homenagem.

Luís Henrique Mascarenhas Moreira
 Presidente do CRM-MS

AGENDA

3 a 6 de abril

30º Congresso de Cardiologia da SOCERJ

Local: Rio de Janeiro (RJ)

Informações: <http://socerj.org.br/>

2 a 5 de maio

43ª Jornada Paulista de Radiologia

Local: São Paulo (SP)

Informações: <http://www.spr.org.br/pt/jpr/2013/informacoes-gerais/>

15 a 18 de maio

X Congresso Brasileiro de Neurocirurgia Pediátrica

Local: João Pessoa (PB)

Informações: <http://www.neurocirurgiaped2013.com.br/>

ORIENTAÇÃO

CRM-MS EMITE PARECER CONTRÁRIO AO USO DE HCG NO TRATAMENTO DE OBESIDADE

Estudos demonstram ineficácia do hormônio da gravidez nos tratamentos para emagrecer

O Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS) emitiu, no dia 22 de fevereiro, parecer contrário ao uso de Gonadotrofina Coriônica (HCG) em tratamentos para emagrecer. De acordo com a ementa do parecer, "O uso de HCG no tratamento de obesidade não é recomendado, por não apresentar evidências científicas que corroborem a sua eficácia, bem como, trata-se de terapêutica com malefícios."

O parecer foi elaborado em resposta a uma paciente, que argumenta ter recebido, em consulta com um médico dermatologista, indicação de tratamento para emagrecer com injeções de HCG. A paciente alega que, depois de realizar pesquisas na internet, acerca do assunto, ficou em dúvida sobre a terapêutica indicada.

O uso do hormônio em tratamentos para emagrecer data da década de 1950.



No entanto, estudos mais recentes não comprovam sua eficácia. No embasamento do parecer, consta ainda que não há provas de que o HCG aja sobre o metabolismo dos lipídios, ou, sobre a distribuição dos tecidos adiposos ou ainda, que influencie o apetite. "Logo, o HCG não possui indicações relativas ao controle de peso", conforme indicado na bula do medicamento.

O hormônio - O HCG é o único hormônio exclusivo da gravidez. Possui a função de manter o corpo lúteo no ovário, durante o primeiro trimestre de gestação, estrutura essencial à manutenção da gravidez. No homem, o HCG atua estimulando as células intersticiais de Leydig e, conseqüentemente, a secreção de androgênios. Em crianças com criptorquidismo,

mo, atua induzindo a maturação do testículo subdesenvolvido, o crescimento dos cordões espermáticos extremamente curtos e a descida do testículo.

A forma injetável de HCG, vendida com receita médica, é aprovada, como tratamento de infertilidade na mulher, criptorquidismo, hipogonadismo hipogonadotrófico e puberdade tardia (no homem e em crianças).

Efeitos - O HCG é classificado como "categoria X" pela Food and Drug Administration (FDA, agência norte-americana de controle de drogas e alimentos), significando que ele pode causar malformações fetais. Também constam nas orientações desta categorização que o seu uso não deve ser aplicado a pacientes com câncer hormônio-relacionados, tais como o câncer de próstata, endométrio, mama, ovário; bem como outras patologias hormônio-relacionadas.

Observa-se ainda que testes adicionais podem ser necessários para estabelecer a segurança do HCG para indivíduos com distúrbios da tireóide ou glândula adrenal, cistos ovarianos, hemorragia uterina, doença cardí-

ca, epilepsia, enxaqueca ou asma. Como efeitos adversos, ou colaterais, do seu uso, estão descritos na lite-

ratura: cefaleia, irritabilidade, depressão, tromboembolismos arteriais ou venosos e hiper-estimulação ovariana.



CONSULTA

Na consulta ao CRM-MS, os questionamentos da paciente obtiveram as seguintes respostas:

1 - Se, realmente, emagrece?

- Não.

2 - Causa embolia?

- A embolia pulmonar encontra-se descrita na literatura como efeito adverso que possa ocorrer.

3 - É indicado?

- Não é indicado para tratamento de obesidade.

4 - Existem alguns estudos?

- Sim. Estudos publicados em revistas indexadas, como expostos no parecer.

5 - Causa algum prejuízo futuro à saúde?

- Sim, se utilizado sem critérios e sem um correto acompanhamento do médico assistente.

O Parecer N° 04/2013, referente à consulta sobre uso do HCG e obesidade, está disponível para consulta, no site do CRM-MS: <http://www.crmms.org.br/>

PARECERES

CRM/MS N° 40/2012

EMENTA: Em pronto-atendimentos de urgência/emergência, todo o esforço da equipe de plantonistas deve estar focado no atendimento de quem realmente dele necessita. O fato de não haver médicos à disposição dos usuários em consultórios ou ambulatorios não pode ser mote para justificar a

perversão do Sistema de Saúde. **CRM/MS N° 41/2012** **EMENTA:** Não comete infração ética o profissional que, em busca do melhor à saúde de seu paciente, lembra aos que participarem do tratamento o direito de não serem discriminados. **CRM/MS n° 01/2013** **EMENTA:** O médico deve precaver-se com relação à vinculação e/ou interação com estabele-

cimentos de estética, salões e/ou institutos de beleza e congêneres, pois pode subentender possível troca de vantagens pecuniárias ou de qualquer outra espécie entre ele e o referido estabelecimento. **CRM/MS N/02/2013** **EMENTA:** Cabe ao médico, de preferência o pediatra, na realização do exame médico do RN, averiguar alterações do frêmito da lín-

gua e ou dificuldades de sucção e deglutição. **CRM/MS N° 03/2013** **EMENTA:** A adequada assistência a pacientes pediátricos candidatos a procedimentos cirúrgicos inclui a presença de condições de atendimento de urgência a intercorrências em períodos pós-operatórios imediatos (anestesiista e estrutura física e material, obrigatórios em ambientes cirúrgicos) ou

tardios (plantonista pediátrico e estrutura física e material para atendimento de urgências em crianças). **CRM/MS N° 04/2013** **EMENTA:** O uso de HCG no tratamento de obesidade não é recomendado, por não apresentar evidências científicas que corroborem a sua eficácia, bem como, trata-se de terapêutica com malefícios.



ESTUDO CONFIRMA DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS PELO PAÍS

Mato Grosso do Sul tem 4 mil médicos; 64% deles estão na capital, e 64,1% atuam no SUS

Embora cada vez mais numerosos, os médicos brasileiros se concentram em certos territórios geográficos, em certas estruturas de atendimento e em certas especialidades. Estas são algumas das conclusões da pesquisa Demografia Médica no Brasil 2: Cenários e indicadores de distribuição, desenvolvida em parceria entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). O estudo – coordenado pelo pesquisador Mario Scheffer – traça o perfil da população médica e aponta os motivos da má distribuição de profissionais pelo país (Tabela 1).

De acordo com o estudo, o número de médicos em atividade em MS chegou a 4.238 em outubro de 2012. Com taxa de 1,69 profissional por 1.000 habitantes, o estado se posiciona abaixo da média nacional, ocupando o décimo sétimo lugar em números absolutos de médicos registrados em todo o país (388.015) e o décimo em termos proporcionais. Cerca de 64% destes profissionais se concentram na capital, e 64,1% deles atuam no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em MS, também se destaca a desigualdade percebida entre a capital e os municípios do interior do Estado. Os dados divulgados mostram que 1.708.836 cidadãos, moradores de cidades interioranas, são assistidos por 1.523 médicos. Nesse conjunto de municípios, a razão médico/habitante fica em 0,89. Por outro lado, os residentes na capital têm um índice de 3,14 médicos por 1.000 habitantes.

“Ficou claro que a situação em Mato Grosso do Sul não

difere do restante do Brasil, com concentração de médicos na capital, e o interior abaixo da necessidade. Essa situação está ligada às condições oferecidas, sobretudo, com relação à infraestrutura para que se possa exercer a boa medicina”, avalia o presidente do CRM-MS, Luís Henrique Mascarenhas.

Nos dados de médicos do SUS, o estudo Demografia Médica faz ressalvas: há falhas na alimentação das bases, e médicos em regimes de plantão e terceirizados podem não constar do cadastro nacional, subestimando o número de profissionais que trabalham no SUS. Além disso, a unidade “médico do SUS” é complexa, pois existem diferenciais de especialidade, produtividade, idade, gênero, número de vínculos e carga horária dedicada ao serviço.

Pelos registros do CNES, há razão é de 1,11 médico que atende SUS por 1.000 habitantes, contra uma ra-

ção de 2 por 1.000 para o conjunto dos profissionais registrados. “Para um sistema de saúde público e universal, mesmo diante das limitações das bases de dados do CNES, pode-se dizer que é insuficiente a presença de médicos no SUS”, aponta o levantamento.

Soluções estruturantes - A reversão desse quadro, no entendimento dos conselhos de medicina, passa pela adoção urgente de medidas estruturantes na assistência em saúde. Entre elas, constam a necessidade de adoção de políticas de valorização dos profissionais de saúde, o fim da precarização dos vínculos empregatícios e a implementação de planos de carreira, cargos e vencimentos. “O que se faz necessário é que haja uma ação do governo, uma política para fixação dos médicos. E não se trata apenas da questão salarial,

mas, também, de condições e estrutura, sobretudo em relação ao SUS, tanto no interior quanto na capital, onde o número de profissionais também é insuficiente”, indica o presidente do CRM-MS.

Outra proposta defendida pelo CFM prevê a criação de uma carreira de médico no âmbito do SUS, como forma de estimular a fixação dos profissionais nas áreas consideradas de difícil provimento. “As áreas que apresentam melhores condições de atração de médicos e demais profissionais também são as que possuem vantagens de infraestrutura, estabelecimentos de saúde, maior financiamento público e privado, melhores condições de trabalho, remuneração, carreira e qualidade de vida”, ressalta o presidente do CFM, Roberto Luiz

d’Avila, um dos idealizadores da proposta de carreira de Estado para o médico do SUS.

Faltam médicos? - O número de médicos em atividade no Brasil chegou a 388.015 em outubro de 2012, segundo registros do CFM. Com este número, estabelece-se em nível nacional, uma razão de 2 profissionais por grupo de 1.000 habitantes, confirmando-se, assim, uma tendência de crescimento exponencial da categoria, que já perdura 40 anos.

Entre 1970, quando havia 58.994 profissionais, e o último trimestre de 2012, o número de médicos saltou 557,72%. O percentual é quase seis vezes maior que o do crescimento da população, que, em cinco décadas, aumentou 101,84%.





CAPA

O país nunca teve tantos médicos em atividade, devido a uma combinação de fatores: mantém-se forte a taxa de crescimento do número de profissionais mais rápido que o da população, houve abertura de muitos cursos de medicina, com aumento de novos registros (mais de 4% ao ano), mais entradas que saídas de profissionais do mercado de trabalho, perfil jovem da categoria (baixa média de idade), além de maior longevidade profissional (alta

média de anos trabalhados).

A perspectiva atual é de manutenção dessa curva ascendente. Enquanto a taxa de crescimento populacional reduz sua velocidade, a abertura de escolas médicas e de vagas em cursos já existentes vive um novo *boom*, o que sugere aumento significativo no volume de médicos a cada ano. Entre outubro de 2011 e outubro de 2012, foram contabilizados 16.227 novos registros profissionais.

Da mesma forma, houve

aumento da razão de médicos por habitante. Em 1980, havia 1,15 médico para cada grupo de 1.000 habitantes no país. Essa razão sobe para 1,48, em 1990; para 1,72, no ano de 2000; atinge 1,91; em 2010; e chega a 1,95 médico por 1.000 habitantes no ano seguinte. O mais recente levantamento mostra que essa razão, em 2012, já é de 2/1.000. Desde 1980 (ao longo de 32 anos), houve um aumento de 74% na razão médico/habitante.

ABERTURA DE ESCOLAS DE MEDICINA NÃO FIXA PROFISSIONAIS NO INTERIOR

O estudo Demografia Médica no Brasil - Volume 2 demonstrou que não se confirma a expectativa de que as escolas médicas sejam sempre polos em torno dos quais os médicos ali graduados exercerão a profissão. Após a conquista do diploma, os grandes centros são a opção preferencial para instalação dos médicos e exercem mais atração que as cidades onde eles se formaram ou nasceram.

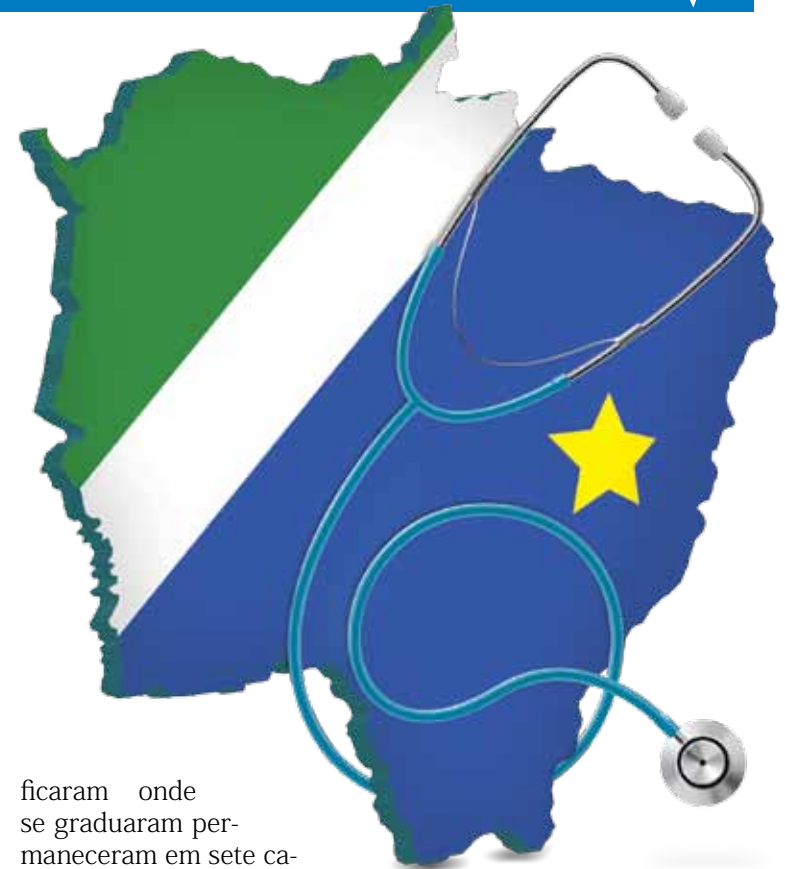
Para chegar a esta conclusão, foi acompanhada, ao longo de três décadas, a mi-

gração de 225.024 médicos. Foram considerados o local de nascimento, o local de graduação e o primeiro registro em Conselho Regional de Medicina. Também foram analisados os cancelamentos de registros, por motivo de transferência do médico de um estado a outro. A análise foi de 1980 a 2009, período em que uma centena de novas escolas médicas foram criadas no país.

Do universo pesquisado, 107.114 médicos se graduaram em local diferente daquele onde nasceram. Nesse

grupo, 39.390 (36,8%) retornaram ao município de onde saíram. As capitais dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, juntas, são responsáveis por cerca de um terço desse percentual de retorno.

Ainda dentro do grupo de 107.114 médicos que se graduou em local diferente daquele onde nasceu, 27.106 (25,3%) ficaram na localidade onde se graduaram. Também, nestes casos, são os centros urbanos que exercem atração sobre os egressos das escolas médicas. Cerca de 60% dos que



ficaram onde se graduaram permaneceram em sete capitais (Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, Salvador e Curitiba). Os outros 40.618 (37,9%), que se graduaram em local diferente de onde nasceram, estão atualmente exercendo sua atividade ou residindo em outro lugar, diferente daquele onde nasceram e diferente daquele onde se graduaram.

BRASIL TEM 180 MIL MÉDICOS SEM TÍTULO DE ESPECIALISTA

Dos 388.015 médicos em atividade no Brasil, 54% têm uma ou mais especialidade. Os outros 180.136 profissionais (46% do total) não têm título de especialista emitido por sociedade de especialidade ou obtido após conclusão de Residência Médica. De acordo com estudo Demografia Médica - volume 2, este dado insere um elemento preocupante para a assistência, levando-se em conta a deterioração da qualidade do ensino médico e a falta de vagas nas Residências Médicas para todos os egressos dos cursos de graduação.

De um modo geral, os

moradores das áreas com melhores indicadores socioeconômicos têm não só o maior número de médicos à disposição, como também o maior número de especialistas entre eles. O Rio Grande do Sul é o estado com maior proporção de especialistas. Dos 25.541 profissionais gaúchos em atividade, 66,29% são titulados. Seguem o Distrito Federal, com 65,82%, e o Espírito Santo, com 65,12%. Outros três estados (Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul) contam com 60% ou mais de especialistas.

Concentração - Um total de sete especialidades médicas concentram 53% dos profissionais com títulos dentre as 53 áreas reconhecidas

no Brasil. A Pediatria é a área mais procurada entre os médicos brasileiros, reunindo 30.112 titulados, ou 11,23% do total de especialistas no país. A ela, juntam-se Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Anestesiologia, Medicina do Trabalho e Cardiologia, no topo desse *ranking*.

As quatro primeiras especialidades, que somam 37%, pertencem às chamadas áreas básicas da Medicina. Além das primeiras da classificação, também se destacam a Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Psiquiatria, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica e Medi-

cina Intensiva. Assim, as 15 especialidades do topo concentram 74% do total de médicos titulados (197.718).





ENTREVISTA

O FUTURO INCERTO DA SANTA CASA



Ninguém sabe o que vai acontecer com o maior Hospital do Estado, que, em abril de 2013, volta a ser administrado pela Associação Beneficente de Campo Grande (ABCG). Para o diretor clínico da Santa Casa e tesoureiro do Conselho Regional de Medicina (CRM-MS), Heitor Soares de Souza, o importante é que o hospital funcione, seja modernizado, ofereça atendimento de qualidade, condições de trabalho dignas e que seus profissionais sejam valorizados.

JM – Depois de sete anos de intervenção do Poder Público Municipal, quais são as expectativas em relação à devolução do comando da Santa Casa à Associação Beneficente de Campo Grande (ABCG)? O que muda no atendimento à população e no trabalho dos profissionais?

Heitor – Na verdade, ninguém sabe o que vai acontecer. Ninguém sabe se ABCG vai assumir o comando total, ou se haverá a formação de uma mesa diretora entre Poder Público, Ministério Público e ABCG para coordenar o processo. Ninguém sabe ainda.

JM – O senhor é a favor da devolução à ABCG?

Heitor – Pessoalmente, sou a favor de que esse hospital funcione. O bom funcionamento da Santa Casa depende de vários fatores, entre eles, estruturação do corpo clínico – é preciso investir nos profissionais que trabalham aqui. E isso custa caro. É preciso reformar o prédio, que já completou mais de 30 anos. As obras feitas até agora foram emergenciais. É preciso ainda, renovar a estrutura tecnológica, que está defasada e sucateada. Infelizmente, não há verba e nunca houve verba para que

a Santa Casa pudesse fazer investimentos. O que o SUS [Sistema Único de Saúde] remunera pelos procedimentos realizados está sempre defasado em relação ao custo real. O SUS paga em média 65% dos procedimentos, os 35% restante ficam por conta dos hospitais que atendem ao Sistema. A maioria dos atendimentos

“
É um problema gravíssimo o Hospital do Trauma não estar pronto até agora. A entrega da obra estava prevista para 2010”

da Santa Casa é de Urgência e Emergência, precisamos ter tudo na mão, na hora, e funcionando. Caso contrário, o paciente morre, ou fica com sequelas.

JM – Desde o ano passado, vem sendo debatida a proposta de transformar a Santa Casa em Fundação. Como

avalia essa ideia?

Heitor – Como toda proposta, tem vantagens e desvantagens. Mas, o principal, nesse caso, é que o poder de decisão passaria a ser de um colegiado, e não de um determinado grupo. Hoje, pessoas que não participam do processo (Santa Casa), querem participar altruisticamente e aceitam a ideia; pessoas que se dizem “donas” da estrutura Santa Casa preferem que tudo retorne ao que era antes, sem precisar dar satisfação a ninguém; e, por fim, pessoas que, atualmente, estão responsáveis pelo processo, querem se livrar do ônus de manter a Santa Casa, pois não estão mantendo a entidade como deveriam.

JM – Em agosto de 2012, o presidente Associação Beneficente de Campo Grande (ABCG), Wilson Levi Teslenco, redigiu um artigo publicado no Campo Grande News, em que dizia: “A ABCG pretende ainda implementar as boas práticas que prevalecem nas melhores gestões privadas e públicas, tais como a transparência, metas de eficiência, avaliações de desempenho, a meritocracia e, ainda, o tradicional *fazer muito com pouco*”. Em se tratando de

“
A Santa Casa tem um déficit mensal de aproximadamente de R\$ 1,5 milhão”



ENTREVISTA



saúde pública, é possível prestar atendimento de qualidade com poucos recursos?

Heitor – Isso é discurso. É muito bonito falar! Essas metas já foram implantadas. Porém, os problemas da Santa Casa não se resumem a gestão. Números mostram que o valor que o hospital recebe por mês não é suficiente para se manter. A Santa Casa já foi o hospital que melhor remunerava profissionais de enfermagem. Atualmente, deve estar em quinto lugar em termos salariais. Os profissionais entram aqui, adquirem experiência e, depois, acabam indo para outros lugares, que oferecem melhores salários e melhores condições de trabalho. Os funcionários da Santa Casa trabalham muito. Faltam enfermeiros, faltam terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos etc.. A Santa Casa tem um déficit mensal de aproximadamente R\$ 1,5 milhão. O salário dos funcionários atrasa, o pagamento dos fornecedores atrasa, falta medicação... até quando vamos presenciar isso? O discurso do Teslenko é mais político do que prático.

JM – Então, a falta de recursos é o maior problema da Santa Casa?

Heitor – Sempre foi. Por exemplo, temos mesas no centro cirúrgico, que foram colocadas no hospital na sua inauguração, em 1980. Os elevadores têm 33 anos e precisam ser modernizados.

Nós adquirimos/ganhamos camas para o CTI [Centro de Terapia Intensiva], no quinto andar, que tiveram que ser transportadas no braço, pois os elevadores eram muito pequenos e não comportavam as novas camas. Com isso, os médicos qualificados para atender os pacientes, depois de algum tempo trabalhando aqui, começam a ficar desmotiva-

“ A ideia do SUS é muito boa. O que falta é “vergonha na cara”. Vontade política para investir em saúde. Dizer que o Brasil não tem condições de bancar a saúde, isso é papo furado ”

dos. Enfrentamos uma luta diária. É preciso matar um leão por dia, para que o trabalho aconteça.

JM – Foram feitas mudanças significativas durante a gestão da junta interventora?

Heitor – Nos últimos três anos, foram criados colegiados para discutir os problemas da Santa Casa e buscar soluções. Houve a reforma do Pronto Socorro, que foi

bem-vinda. Existem outros planos de reformas, mas os projetos acabam esbarrando na burocracia. E foi, também, implantado um processo de equiparação do salário dos médicos.

JM – Existe algum plano de cargos e carreira para os profissionais?

Heitor – Não. Isso seria um grande avanço. Muitos profissionais desistem da Santa Casa quando passam em concursos públicos. Os profissionais de saúde concursados contam com vários benefícios, como plano de saúde, plano de cargos e previdência.

JM – Nesses sete anos de intervenção, houve transparência administrativa?

Heitor – Estou à frente da direção clínica há cerca de um ano. E, nesse período, tenho visto transparência da junta administrativa. Não posso dizer sobre os anos anteriores.

JM – Em entrevista ao Jornal do Médico, em março de 2011, o então diretor Clínico da Santa Casa, Luiz Alberto Hiroki Kanamura, comentou que não havia uma “sintonia ideal” entre direção administrativa e direção clínica do hospital. Ele próprio já havia feito várias denúncias ao CRM-MS e ao Ministério Público. Como está essa relação hoje, dois anos depois?

Heitor – Embora haja algumas diferenças, temos uma boa relação. Muitas das denúncias feitas pelo Kanamura foram motivo para implantação de mudanças/melhorias no hospital e na relação com os profissionais.

JM – E o Hospital do Trauma?

Heitor – É um problema gravíssimo o Hospital do Trauma não estar pronto até agora. A entrega da obra estava prevista para 2010. Agora, a promessa é entre-

gar o prédio em junho deste ano. Mas, só entregar o prédio não adianta nada. É preciso equipá-lo e contratar funcionários. Atualmente, a Santa Casa não tem capacidade para atender o número

de pacientes que atende. Campo Grande precisaria de, no mínimo, mais três hospitais, com pelo menos 300 leitos, para atender a demanda da cidade e do Estado.

Muitos municípios estão fechando leitos, ao invés de abrirem. A proposta do Hospital do Trauma é desafogar a Santa Casa.

JM – O SUS é um proble-

ma?

Heitor – Não. A ideia do SUS é muito boa. O que falta é “vergonha na cara”. Vontade política para investir em saúde. Dizer que o Brasil não tem condições de bancar a Saúde, isso é papo furado. Por exemplo, nos setores da Santa Casa onde a administração concordou em fazer investimentos (infraestrutura, equipamentos, salários, funcionários), o atendimento melhorou muito. Como é o caso da Área Amarela do Pronto Socorro, um local onde os pacientes graves ficam aguardando vagas no CTI, com toda a estrutura necessária. A implantação dessa área reduziu entre 40% e 50% a mortalidade dos pacientes que ficavam no Pronto Socorro aguardando vagas

“ Enfrentamos uma luta diária. É preciso matar um leão por dia, para que o trabalho aconteça ”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

”

SANTA CASA NÚMEROS APROXIMADOS



LEITOS ATIVOS

600



LEITOS INATIVOS

6º andar, Ala C, desativado



NÚMERO DE MÉDICOS

400 médicos



ATENDIMENTO DIÁRIO

entre 450 e 600



CIRURGIAS/MÊS

2.300



DESPESA MENSAL

R\$ 20 milhões



REPASSE ATUAL

R\$ 17 milhões



RECEITA DE ATENDIMENTO PARTICULARES/CONVÊNIOS

R\$ 1,5 milhão



DÉFICIT MENSAL

R\$ 1,5 milhão



ARTIGO

MUITO ALÉM DA FORÇA DE VONTADE

O combate efetivo à dependência de drogas necessita de vontade política e serviços de atendimento com estrutura adequada.



Ultimamente, a mídia tem dado atenção ao fenômeno do crack, com matérias diárias nos diferentes órgãos de imprensa. Ao leigo, pode parecer sensacionalismo, ou mesmo uma mensagem de cunho catastrófico, mas o contato com essa população mostra que o problema é de grande intensidade, constante, e que não tem poupado segmento algum da sociedade. Entretanto, algumas informações são discordantes, devido, principalmente, aos diferentes interesses envolvidos na situação.

Senão, vejamos: os órgãos governamentais tentam diminuir a sua importância, escondendo-se em discussões estereis e que não têm outra serventia a não ser o desvio do foco do problema. Assim, afirmam que o país apresenta um contingente de dependentes estimado em 2% da população, enquanto a Organização Mundial de Saúde faz a estimativa em 3%. Em números absolutos, isso significa uma grande diferença no número de pessoas que necessitam de algum tipo de cuidado, que o Estado não tem conseguido atender ao longo das últimas décadas.

Outro fator importante é a discussão, também entre as diferentes profissões da saúde, que advogam posturas diversas em relação ao problema, como a crítica contundente realizada pelo Conselho Federal de Psicologia às comunidades terapêuticas.

Vemos, ainda, o descompasso entre os diferentes poderes constitucionais do nosso país, como as divergências de opiniões acerca das figuras de "internação involuntária" e "internação compulsória", ambas previstas na Lei 10.216/2001, ou, ainda, quando o governo federal investe em tratamento privilegiando as comunidades terapêuticas.

Um fator que contribui para a não assistência aos dependentes é dado pela percepção social de que o dependente químico não é doente, e sim portador de algum defeito de caráter, sendo, portanto, um "sem-vergonha", que, como tal, deve ser tratado.

Assim, no Brasil, a tradição tem sido de descaso, negligência e agressividade no tratamento dos dependentes químicos. Com frequência, o problema tem sido tratado como caso de polícia, acionada para "dar um corretivo" ou "uma lição" nesses "maconheiros" ou "desavergonhados".

Depois de muita relutância, houve o reconhecimento de que a dependência é uma doença, e que é maior que a vontade da pessoa em parar com o uso, sendo que algumas pessoas procuram ajuda voluntariamente.

Mas, como tratar essas pessoas, se, em nosso país, mesmo pacientes com outras doenças, que nunca tiveram a interpretação moral ou a imagem de ser um vício, não conseguem ser atendidos, não conseguem ter acesso aos serviços de saúde? Será que a obrigação pelas autoridades judiciais e policiais seria suficiente para a solução de um problema que os setores sanitários não conseguiram aceitar e nem resolver?

Existe, ainda, a crença de que para uma pessoa se livrar da dependência, basta ter força de vontade, ou "vergonha na cara", para que deixe de fazer uso das drogas.

Mas, a dependência é uma doença, e uma de suas características é que o uso repetido da substância (álcool, maconha, cocaína, pasta base, crack etc) leva a mudanças na forma do organismo trabalhar, provocando alterações da conduta, do comportamento. É uma doença mental, e,

como tal, deve ser tratada.

No Brasil, com alguma frequência, verifica-se o descompasso entre a teoria e a prática, e isto é mais facilmente percebido no acesso aos serviços de saúde. Apesar de estar previsto na Constituição Federal, no Artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, há a realidade presente de que isto não acontece. Não pela falta da lei e nem pela falta de vontade do povo em cumprir a lei, mas, sim, porque não se tem recursos físicos, materiais ou humanos.

Não é por meio da mudança da lei que ocorrerá a mudança de comportamento da população, principalmente, quando se trata de doenças mentais, distúrbios, transtornos, enfermidades, sofrimento psíquico, ou como possa ser chamado.

O que pode auxiliar na mudança de comportamento da população é se, de fato, e não mera retórica, ocorrer a criação de condições para que os serviços necessários existam e funcionem. E, para isso, seria imprescindível que os diferentes poderes tivessem coerência entre si.

Atualmente, há o consenso de que o tratamento de uma pessoa com dependência química apresenta algumas etapas, como:

• **Desintoxicação** - Trata-se de uma série de medidas terapêuticas, geralmente, em regime de internação, para evitar que, com a suspensão do uso das drogas, a pessoa apresente agitação psicomotora, agressividade, náuseas, vômitos, confusão mental e, eventualmente, convulsão e morte. É a primeira etapa do tratamento e não há garantia alguma de que, quando a pessoa sair, não vá fazer uso imediato de drogas.

• **Desabilitação** - É o segundo objetivo a ser conquistado.

É a etapa do tratamento em que se procura fazer com que a pessoa passe a ter formas de controle, objetivando uma persistência na ausência do uso. Talvez, seja a etapa mais difícil.

• **Manutenção** - Uma vez conseguida a desabilitação, faz-se necessária a criação de estratégias para a manutenção das conquistas. Pode ser de tal forma, que haja a valorização das conquistas, a valorização da própria imagem e a busca de elementos que permitam a continuidade de satisfações e seguranças pessoais.

• **Prevenção de recaídas** - Como fazer com que a pessoa não fique exposta a situações de risco? Deve-se conhecer as circunstâncias, os locais, as pessoas com quem era feito o uso das substâncias, e traçar estratégias para evitar início e confrontamento posterior.

Verifica-se, então, que o tratamento de uma pessoa com dependência química não necessita "apenas da vontade pessoal". Torna-se necessário que haja uma estrutura mínima, um consenso de como isto deva ser feito, e, principalmente, que haja disponibilidade dos serviços para a sua realização.

E os serviços necessários são muitos, e especializados. Um plano razoável de tratamento, subsidiado por políticas públicas, deveria prever as seguintes instâncias: unidades de desintoxicação, serviços ambulatoriais para a continuidade do tratamento, estabelecimentos de longa permanência para os pacientes com dependência grave e que já apresentam perdas nas funções da inteligência e da afetividade, necessitando de programas de reabilitação. Além disso, é necessário assegurar o tratamento das comorbidades (outras doenças que estão presentes ao mesmo tempo).

Contrariando o pensamento popular, não basta ter o conhecimento, a informação para resolver os problemas. Não basta a pessoa saber quais os prejuízos que a dependência traz, como também não é suficiente a vontade da pessoa. As manifestações do desejo ou as manifestações de sofrimento que a falta da substância causam, costumeiramente, são de intensidade maior do que a possibilidade da pessoa resistir a esse desejo.

Outra dificuldade é que não basta a desintoxicação. Ela é apenas a primeira fase do tratamento e deve servir como fator de facilitação para as outras etapas. Mas as outras etapas também não estão disponíveis para a população. Seria indispensável a existência de serviços de atenção ininterrupta, 24 horas por dia, 7 dias por semana, 30 dias por mês, 365 por ano.

Assim, não basta apenas a "desativação" das crackolândias, sem haver estruturas de retaguarda, organizadas de tal forma, que o dependente, ao ser retirado, possa receber tratamento adequado, que lhe dê condições de manter o afastamento destas substâncias.

É imperiosa a criação de serviços com capacidade de atendimento à população necessitada. Mas, como isto implica uma mudança de atitude, de realização política, de esforços convergentes, corremos mais uma vez o risco de ver as pessoas serem retiradas das ruas, encaminhadas para algum "abrigo improvisado" e, logo em seguida, voltarem para o uso das drogas. E o Estado considerar-se-á cumpridor de sua obrigação para com a população.

Juberty Antônio de Souza
Conselheiro CRM-MS



ARTIGO

DENGUE: EPIDEMIA ANUNCIADA



A falta de prevenção, aliada à introdução de um novo sorotipo viral, o DEN-4, foi a grande responsável por mais uma epidemia em Campo Grande.

A população do nosso município vem convivendo com a dengue, desde o ano de 1986, quando foi isolado o vírus, sorotipo DEN - 1. Dez anos depois, identificou-se o sorotipo DEN 2, que foi responsável pela epidemia que ocorreu em 2002. Em 2005, começou a circulação do sorotipo DEN- 3 e, devido à existência de uma população susceptível e de condições favoráveis, veio a epidemia em 2007. Em se-

tembro de 2009, observamos um aumento significativo de casos, dando origem a mais uma epidemia, no ano de 2010. Foram, então, isolados dois sorotipos, o DEN-1 e o DEN -2, com predominância do primeiro.

No início de 2012, tivemos a introdução do sorotipo DEN-4 em Campo Grande, porém, o número de casos suspeitos notificados se encontrava em níveis endêmicos. A partir do mês de maio, entramos em nível epidêmico, que se manteve crescente até dezembro, quando se deu o início da epidemia.

Comparando os anos epidêmicos, 2013 é o ano em que tivemos o maior número de casos notificados no mês de janeiro. Isso se deu devido à circulação dos sorotipos DEN-, DEN-2 e DEN-4 (sendo o último com introdução recente), somada à baixa efetividade das ações de controle do vetor.

Em 2011 e 2012, os tra-

balhos de campo ficaram prejudicados, devido ao alto número de atestados médicos, falta de veículos para supervisão do trabalho de campo, UBV pesado e várias áreas descobertas por falta de recursos humanos.

No Brasil, as condições socioambientais favoráveis à expansão do mosquito *Aedes aegypti* possibilitaram a dispersão do vetor, desde sua reintrodução no país, em 1976. Desde então, o mosquito transmissor da dengue mostrou altíssima capacidade de adaptação ao ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos da população.

Em 1996, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa). Ao longo do processo de implantação desse programa, observou-se a inviabilidade técnica de erradicação do mosquito no curto e médio prazo. O PEAa, mesmo não atingindo seus objetivos, teve méritos

ao propor a necessidade de atuação multissetorial e prever um modelo descentralizado de combate à doença, com a participação das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

O objetivo era estabelecer um novo programa, que incorporasse elementos como a mobilização social e a participação comunitária, implantando ações permanentes de combate à doença.

A responsabilidade de uma epidemia não é só do Setor Saúde, mas, também, de toda a sociedade. É necessário promover ações articuladas, tanto no âmbito governamental quanto junto à sociedade, organizada ou não, ficando evidente a responsabilidade de todas as autoridades sanitárias, cada qual com suas funções.

O grande problema para combater o mosquito *Aedes aegypti* é que sua reprodução ocorre em qualquer recipiente utilizado para armazenar água, tanto em

áreas sombrias como ensolaradas. A prevenção e as medidas de combate exigem a participação e a mobilização de toda a comunidade, com a adoção de medidas simples, como evitar o acúmulo de água limpa nas casas, visando à interrupção do ciclo de transmissão e contaminação.

No período não epidêmico, as diretrizes deverão ser utilizadas na elaboração e/ou adequação das estratégias estaduais e municipais, orientando a organização e o desenvolvimento da rotina das atividades de prevenção e controle da dengue no âmbito do sistema de saúde.

A epidemia, talvez, não pudesse ser evitada, mas não teria alcançado índices alarmantes se as ações de campo tivessem sido efetivas durante todo o ano.

Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro
Médica Infectologista
Diretora de Vigilância em Saúde de Campo Grande-MS

SAÚDE+10

MARCHA PEDE MAIS RECURSOS PARA A SAÚDE

No dia 6 de março, em Brasília (DF), o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, o Saúde+10, participou da 7ª Marcha das Centrais Sindicais e dos Movimentos Sociais, que, entre suas reivindicações, inclui a luta para que 10% dos recursos correntes da União sejam destinados à Saúde. A mobilização reuniu aproximadamente 50 mil trabalhadores, de seis centrais sindicais e representantes de diversos movimentos sociais, de acordo com os organizadores.

A iniciativa visa, de maneira contínua e crescente, trazer mais cidadãos à consciência dessa ampla mobilização nacional que

dará à sociedade o direito de definir a priorização da saúde como bem maior, e, por sua vez, garantir um direito constitucional.

“Os usuários do Sistema Único de Saúde são os trabalhadores e suas famílias, e, envolvê-los na luta por mais recursos para a saúde é fundamental para alcançarmos um milhão e quinhentas mil assinaturas que o Projeto de Lei de Iniciativa Popular necessita para ser encaminhado ao Congresso Nacional. Mais recursos para o SUS é criar condições para melhorar os serviços de saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores”, avaliou Ronald Ferreira dos Santos, coordenador do movimento

nacional.

Até o final do ano passado, o primeiro balanço de coleta de assinaturas feita pela coordenação da campanha nacional apontava que cerca de 700 mil já tinham sido obtidas, fruto do esforço de sindicatos, conselhos profissionais, parlamentares e diversas entidades que participam do movimento.

Após a marcha, representantes das entidades que participam do movimento se reuniram para fazer um novo balanço da coleta das assinaturas e traçar o plano de trabalho para o próximo período.

Marcha das Centrais - A mobilização de sindicalistas em Brasília “Em defesa da cidadania,



do desenvolvimento e da valorização do trabalho”, retoma a pauta aprovada na Conclat - Conferência Nacional da Classe Trabalhadora, que têm como foco a defesa do desenvolvimento do país, com valorização do trabalho e da distribuição de renda. “Daí a pertinência de destacar a defesa do SUS e da saúde entre as bandeiras

dos trabalhadores”, explica Ronald Ferreira.

O movimento Saúde + 10 aproveitou a mobilização de milhares de trabalhadores para coletar mais assinaturas e envolver entidades que ainda não estavam incorporadas ao movimento.

Mais informações estão disponíveis no endereço www.saudemaisdez.org.br



INSCRIÇÕES

PRIMEIRA INSCRIÇÃO 7150 SILMARA RIBEIRO NOGUEIRA COELHO 7151 THIAGO CARNEIRO JUNGES 7152 VANESSA DA COSTA MALDONADO 7153 ALLISON XAVIER DA SILVA RIBEIRO 7154 CARLOS EGYDIO FERRI DO CARMO 7155 CAMILLA SILVA E SILVA 7156 JOANA SARTORE PAGLIOSA 7157 MARIANA CRUZ DA COSTA LEITE 7158 ANALIZ MARCHINI RODRIGUES 7159 LINO PAULINO DE CASTRO FILHO 7160 JULIANA VASCONCELOS MARTINS 7161 MARIANA LOBATO ARRUDA 7162 DAIANE COLMAN CASSARO 7163 JULIO CESAR DE SOUZA 7164 LEANDRO DELMONDES DE SOUSA 7165 SIMON MISSAG MISSIRIAN JÚNIOR 7166 GREGORI LUCAS STEIMBACK ALVES DE PAULA 7167 WILLIAN TADEU ISHII DE SOUZA 7168 GLEISON CAMARONI DE CAMARGO 7169 ED NOGUEIRA NETO 7170 ANDRESSA BAREA BORGES 7171 TIAGO TORMINATO MOREIRA 7172 DANIELE DE LIMA MARTINS CORONEL 7173 TIAGO CORTES DE CARVALHO 7174 PÂMELA MANTOVANI BALDISERA 7175 DAMERSON MURIEL SOUZA VASCONCELOS 7176 MARCELO FREITAS SCHMID 7177 WALTER DE FREITAS JUNIOR 7178 ANA CAROLINA FRANCO PASSOS 7179 CYNTHIA MITIE NAKAGAWA 7180 JOÃO BENTO PFEIFFER ARAÚJO 7181 TAMIRES RICHARDS DE ANDRADE 7182 DEISE FERREIRA NANTES 7183 JOÃO PAULO ORLANDI DA SILVA RODRIGUES 7184 ARTHUR MARTINS DE ALMEIDA 7185 NATHAN ROSTEY 7186 ANDERSON EYDI MORISHITA 7187 JULIANA PEDROLI NEPOMUCENO 7188 SUSELI CARNEIRO DA COSTA 7189 ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA FERNANDES 7190 LUCAS GABRIEL GIMENEZ CABRERA 7191 MARCO ANTONIO COSTA BÓRIO 7192 CLÍCIA SANTOS DE MOURA FÉ 7193 MAYUMI CINTYA NODA 7194 EVERTON LUCAS FLORES DE OLIVEIRA 7195 FÁBIO GALVÃO VIDAL 7196 ÁLIDA SELINA DE OLIVEIRA HERÉDIA 7197 LUDIMILA FALCÃO GOMES 7198 LUCAS MARQUES BRUM 7199 JOÃO GABRIEL CRAVEIRO GONÇALVES DE OLIVEIRA 7200 MARIA DE FATIMA PIRES TOTTI 7201 FABIANO SANCHES LIMA 7202 IZABELLA NOEMIA DE CASTRO ALVES 7203 MARCELO TABOSA DUTRA SANCHES 7204 MONIQUE DE OLIVEIRA MORAIS 7205 MARCELO DOS REIS 7206 NAYANA FLAVIA FANTE 7207 RAFAELA PINHEIRO WEIBER 7208 LUCIENE NOGUEIRA SAMBRANA PRIMO 7209 FE-

LIPE GOMES FERREIRA 7210 PAULO FABRICIO STANKE 7211 GABRIEL MORILHAS CORRÊA DA COSTA 7212 CARLOS EDUARDO ZANONI CÔNSOLO 7213 MARIANA TOMAZ SILVA 7214 LAIRA CARNEIRO PAES DE BARROS 7215 GUSTAVO TOMINAGA ROMERO 7216 FELIPE INÁCIO FERREIRA DA SILVA 7217 JESSIKA ORELLANA ARNEZ ARANDIA 7218 MAÍRA MALUF ESSELIN 7219 ALEX INGOLD 7220 ROBERTA RODRIGUES REBOUÇAS NEIVA DE FIGUEIREDO 7221 NADINY ZORZI MENDES DE CARVALHO 7222 EVERTON TAKASHI NATORI 7223 DOUGLAS DOMINGUES 7224 ADRIANA NUNES TONIASSO 7225 AUGUSTO CEZAR MARINS GOMES 7226 FRANCELLI NADALIN DA SILVA 7227 INGRID DE JESUS FERNANDES 7228 CATARINA SCHIAVO GRUBERT 7229 ANA CAROLINA VIANNA ALVARENGA 7230 FELIPE RESENDE DIAS DE ABREU 7231 FANIA LUCIA TEMELJKOVITCH 7232 FERNANDO HENRIQUE NOVAES 7233 YARA DELAMARE ESPINDOLA 7234 IGOR WANDERLEY DE ANDRADE 7235 LETICIA CINTRA PEREIRA HORTON 7236 FERNANDA LONGO BORTOLETTO 7237 AMANDA PIMENTA MELLO QUEIROZ 7238 HELOISA STANISZEWSKI PERCY 7239 GABRIEL MAMEDE MAHMOUD 7242 CAROLINA KORNDORFER DE MEDEIROS 7243 JAMAL MOHAMED SALEM JUNIOR 7244 ANA LAURA DE MELO TEIXEIRA SPENGLER 7245 ADELY REGINA MOREIRA DIAS 7246 ANA LIA VILLA DA FONSECA 7247 DENISE MARIA RISSATO CAMILO 7249 DAYANE NUNES BOVOLIM 7250 MARCO VINÍCIUS SABIÃO COELHO DE QUEIROZ 7251 MIGUEL ANGELO GUTIERREZ NETO 7253 GUILHERME PORTIOLI ZOCAL 7254 JULIANA LIBMAN LUFT 7255 ANA LIVIA CARVALHO DE OLIVEIRA 7256 MARINA LEITE MORANDI 7257 RAPHAEL INACIO DE ABREU FERREIRA 7258 WELUMA LOMARQUES DE MENDONÇA BRITTO 7259 JOSÉ VALÉRIO LIBRELOTTO STEFANELLO II 7260 PEDRO CORRAL TACACI GARCIA DO AMARAL 7261 ANA ELISA DANTAS MODESTO 7262 JULIENNI CRISTINA RAMOS DE ARVELO 7264 BARBARA LUIZA ROSA 7265 DANUBIA SALES DA MATA 7266 SÍBIA MARIA DE CÁSSIA NAVARRO OTONI 7267 ANA CAROLINE BLANCO CARREIRO 7268 ALINE FRANCIELE CORREIA DE MELO 7269 MARINA DE FREITAS ABRÃO 7270 IGOR ALESSANDRO POLIZÉR 7271 PRISCILA ZEMPULSKI 7272 BRUNA PASOLINI 7273

LUANA VIRGINIA CORREIA ROCHA ZERBINATI 7274 JOEL CAVALHEIRO MARTINS JÚNIOR 7275 FELIPE MOSSIN 7276 LARISSA LURI YANAZE 7277 LUCIANA MAKSOUND PICCOLO 7279 HERBERT AMANTÉA FERNANDES 7280 LAIRA MICHELISSI CARRINHO 7281 THAISI ESTRALIOTO DE SOUZA CAMPOS 7282 CARLA ELISA COLLA BOGDANOVICZ 7284 DAYANE DANIELI 7286 ALINE DAVOGLIO LORGA 7287 CIBELE JUNQUEIRA NETTO 7288 ANDRESSA POLICE DOS SANTOS 7290 LIS REGINA CALIXTO ALVES 7291 MURILO OTSUBO YAMADA 7293 HILTON LUIS ALVES FILHO 7294 SHAWKI HUSSEIN SHUMAN 7296 RICARDO OSSUNA TAMAZATO 7297 EVERTON BASÍLIO PACCO MENDES 7298 CAMILLA GARCIA DE OLIVEIRA 7299 MARIANA OLIVEIRA DE CASTRO 7300 ANNY DALEFFI ROZOLEM 7301 LUANA DE MOURA FRANÇA 7302 CAROLINA AGUIAR BARTOLOMEU 7303 WESLEY LUIZ 7304 CINTIA MIYUKI ITO 7305 JULIANA LIBERATTI 7306 VINICIUS GUIMARÃES DE SOUZA 7310 VICTOR GREVE GOES 7311 WELLINNTON SILVA CARDOSO 7312 EMANUEL VIEIRA LEITE DE FIGUEIREDO 7317 SABRINA DE CASSIA BERNARDO DA SILVA 7323 MARCELA VOSS 7326 MASSAO FRANCISCO ZULIAN HAYASHIDA 7332 ALINE MARIA BORIN FERRO 7335 DERILENO DA SILVA VIANA 7336 PEDRO FIGUEIREDO NETO 7337 RAFAEL DE ABREU RODRIGUES 7338 LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS

INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 7248 JORGE AUGUSTO ALVES SILVEIRA 7263 MIGUEL ANGELO EBLING PEREIRA 7278 MAYCON JOSÉ PALÓSCHI 7283 FELIPE HALLAK AMARAL 7285 IESKA DOMINGUES RODRIGUES PEREIRA 7289 GABRIEL ALVES DE OLIVEIRA 7292 LUCIANA CRISTINA GULELMO STAUT 7307 MARCELO ZEITOUNE 7308 RENATO PONTELLI 7309 RODRIGO WILTGEN 7313 JOSÉ RODOLPHO AMARAL GONÇALVES 7318 LAIR TIAGO DE MARCHI 7321 BELISE KMENTT CAVADA 7322 RAFAEL TESSER DE CERQUEIRA 7328 JOSÉ AUGUSTO DE OLIVEIRA BOTELHO 7329 HEIDY FAVARO NAKASHIMA BOTELHO 7330 ELIEZER CERIBELLI JUNIOR 7334 THIAGO DE OLIVEIRA MARANHÃO 7339 LUCIANO GOMES DE MOURA

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 7240 JOSÉ MARCIO BARROS DE FIGUEIREDO 7241 ANA KARINA SOCCHETA BARROS DE FIGUEIREDO 7252 SONIA MARIA MEN-

DES SANTOS 7295 SANTHAGO DE PINA NAVES 7314 ANA PAULA ARAUZ DO NASCIMENTO 7315 MARJORIE CAPUCI 7316 KÁTIA VANUSA DE ALCÂNTARA QUEIROZ 7319 GUILHERME CONSENTINO MUNHOZ 7320 HELENA NICOLIELO 7324 DANIELA DAL PRÁ MARTINS 7325 LUCY BERNARDES DE QUEIROZ 7327 DANILO CAVALCANTE CARBONE 7331 VANESSA PIPERAS 7333 NATALIA DELLA ROVERI RODRIGUES

4 REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA 4856 EYMAR ANGELICA BANDEIRA WILTGEN 5096 MARCOS MASSATO HIRAHATA 5247 CINTHIA YOSHIMURA DE BRITO 5506 DIEGO DO AMARAL POLIDO 5513 MIRELLA FELÍCIO FONTÃO 5786 CELSO NANNI JUNIOR 5840 LILIAN PATUSSI GIMENES 5859 CHRISTIANE HATSUE NATORI 6140 VINICIUS CARVALHO ENNES

6 INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF 309 WAGNER RIBEIRO DE LIMA 488 ILMA CHAGAS COUTO 677 ARTENIO OLIVIO RICHTER 2100 SERGIO CANDIDODASILVA 2882 ELIAS PAULO LOPES FERNANDES 2882 ELIAS PAULO LOPES FERNANDES 4046 CESAR ANIBAL AGUIAR BENAVIDES 4470 RODRIGO VIEIRA DE VASCONCELOS 4538 ERIC IASUJI HIGA 4905 BRUNO BARROS DE AZEVEDO COUTINHO 5213 EMILHANA BERTAPPELLI VILLELA 5221 DANIEL DE SOUSA MARQUES OLIVEIRA 5367 JULIA SANTANA DO NASCIMENTO 5425 IZIDRO JULIO CARDOSO 5620 RODRIGO LUCIO DOS SANTOS 5834 LEONARDO NUNES MATOS 5858 DANTE ORONDJIAN VERARDO 6109 EVERTON JOSE DE PAULA 6130 LETICIA MENDONÇA CATTELAN 6151 BRUNO PETINARI UMBELINO 6165 FERNANDO VALDÉRI CARPEJANI 6180 RODOLFO PELISSARI ZAMBOLIN 6297 ALESSANDRA ALESSI RIBEIRO 6439 DANIELA PAZ LEAL 6515 PAULO SERGIO ROSA MOREIRA 6534 VIVIANE GARCIA DE SIQUEIRA BROGGI 6556 RAFAELLA CAMPANHOLO GRANDINETE 6560 DANILLO LEÃO SOUSA 6573 ANDRE VILELA MARTINS DE OLIVEIRA 6573 ANDRE VILELA MARTINS DE OLIVEIRA 6669 ANDRE DO CARMO SANTOS 6748 JÉSSICA BARBOSA LIMA 6830 ALCEBIANDES ALVES DE LIZ 6880 FRANCISCO BALTAZAR MACRUZ SAMPAIO 6881 GUNTER HANS NETO 6886 RODRIGO JOSÉ NINA FERREIRA 6893 FELIPE MATSUSHITA MANZANO 7046 OLIVIA LANTALER GONÇALVES DA SILVA 7055 MONIKE DAIANE ALVES VITAL 7162 DAIANE COLMAN CASSARO 7204 MO-

NIQUE DE OLIVEIRA MORAIS 7235 LETICIA CINTRA PEREIRA HORTON 7237 AMANDA PIMENTA MELLO QUEIROZ 7242 CAROLINA KORNDORFER DE MEDEIROS 7244 ANA LAURA DE MELO TEIXEIRA SPENGLER 7284 DAYANE DANIELI

7 TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UF 2065 WASHINGTON CASSIO JUSTINO PEDROSO 2818 ALEXANDRE DE CASTRO COSTA 4410 ANDREA FERREIRA TURIBIO DA SILVA 4411 ALEXANDRE TURIBIO DA SILVA 4870 CLAUDIA FERNANDES BALISTA 4884 EDNO JOSE VALENTE DE CARVALHO 5083 FABIANE BERTI SCHMIDT 5271 LIVIA RODRIGUES FIGUEIREDO 5313 JOAO EDUARDO RITZ FIORENZA 5377 REGINA CELIA DE OLIVEIRA 5389 CINTHYA DE CASSIA DA SILVA VIEIRA 5846 BRUNO OLIVEIRA LAMBERTI 6144 WELQUISON THOMAZ BORGES VILELLA 6187 ADRIANA COVATTI LUZA 6221 LEONARDO OLIVEIRA MENDONÇA 6227 JOSÉ ALBERTO RAPP RUIZ 6417 KASSIA DIAS SIQUEIRA 6497 VANESSA TEIXEIRA ROMANINI 6513 KERGINALDO GONDIM DOS SANTOS FILHO 6580 REJANE DE LIMA FRUSCA 6583 ROGERIO GAMA FERREIRA NEVES 6620 FERNANDA MORETE GONÇALVES 6633 OSVALDO FRAGA DE MELO JUNIOR 6714 VANESSA GONÇALVES SHIBATA GARCIA 6875 JOÃO PAULO RACANELLI MALDONADO 6957 VANESSA LEÃO NASCIMENTO 6978 GUILHERME AUGUSTO SILVA PAVANETI 7002 RODRIGO FERREIRA BRASOS 7074 KAREN ADRIANA CAMPOS PASTÓRIO 7133 PRISCILLA ANDRADE DIAS 7177 WALTER DE FREITAS JUNIOR

8 TRANSFERÊNCIA COM TRANSFORMAÇÃO DE SECUNDÁRIA EM PRIMÁRIA 5208 GIANFRANCO GOMES DOS SANTOS 6004 LILIAN MOREIRA GARCIA SALLES 6026 ALEXANDRE DE SOUZA CURY 6306 JORGE AKIRA HONDA 6539 MATHEUS KRAUSER ANDREATTA 6559 MARILIA LOMONACO DE SOUZA 6644 SAMIS FARIAS SIMAS 6701 GUSTAVO SPOLON CAVALINI JUNQUEIRA 6731 SIDNEY ANTONIO LAGROSA GARCIA 6898 HELOISA FERRAREZI MANTOVAN 7084 LUDOWICO PEDRO JANESCH

11 REINSCRIÇÃO COM TRANSFORMAÇÃO DE PRIMÁRIA EM SECUNDÁRIA 4809 JOÃO ARNAUD FIALHO BRAGA 5713 SIDNEY ANTONIO DAVID JÚNIOR

14 INSCRIÇÃO PROVISÓRIA 7287 CIBELE JUNQUEIRA NETTO

18 FALECIMENTO 48 JOAO JAMIL MELLA



PROFISSÃO

CRM-MS ENTREGA CARTEIRA PROFISSIONAL A NOVOS MÉDICOS

Entre janeiro e fevereiro, um total de 105 novos profissionais receberam habilitação para o trabalho

Entre janeiro e fevereiro de 2013, em duas solenidades realizadas na sede do Conselho, em Campo Grande, um total de 105 médicos receberam a carteira profissional, com o registro no Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS). Os novos profissionais da Medicina receberam, também, com a carteira, um exemplar do Código de Ética Médica, e ouviram importantes recomendações e diretrizes, não só para o início da carreira, mas, para toda a vida profissional.

Em janeiro, foram entregues as carteiras a 62 novos médicos. O presidente do CRM-MS, Luís Henrique Mascarenhas, assinalou que os novos médicos devem iniciar



a vida profissional pautados pelos princípios da ética e da boa Medicina, sem esquecer os grandes desafios que a categoria vem enfrentando.

“Existe uma tendência a desvalorizar o profissional;

então, o médico passa a agir na defensiva e não faz uma boa Medicina. Mas não deve ser assim. O que nos move é a vontade de ajudar, de amenizar o sofrimento das pessoas, mas também precisamos

lutar pela profissão, e isso se faz por meio das entidades representativas, como o CRM, a Associação Médica e o Sindicato”, disse.

Convidado especial, o neurologista Eurípedes Barsa-

nulfo Pereira, professor do curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), lembrou, ainda, que é necessário valorizar o aperfeiçoamento constante e desejou que os novos médicos alcancem o sucesso “com base na competência técnica e no humanismo”.

Participaram, ainda, do ato o vice-presidente do Sindicato dos Médicos de Mato Grosso do Sul (SinmedMS), Valdir Shigueiro Siroma, o vice-presidente do CRM-MS, Alberto Cubel Brull Júnior, e o conselheiro Juberty Antônio de Souza.

Na solenidade de fevereiro, 43 novos médicos receberam a carteira profissional do CRM-MS.

CRM-MS ALERTA SOBRE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

Todo início de ano, é comum recebermos propagandas pertinentes a cursos de pós-graduação *latu sensu* nos mais diversos temas relacionados à Medicina, como dermatologia, perícia médica, medicina intensiva, cardiologia, entre outros.

Nesse sentido, o CRM-MS alerta aos médicos que, apesar de estes cursos serem ministrados por profissionais de alto gabarito teórico-prático, com temas que despertam a nossa sede de saber e nos aprimorar, eles têm o caráter de atualizações. Ou seja, agre-

gam a difusão de determinado conhecimento específico, mas não dão a prerrogativa de, após seu término, poderemos anunciá-los como cursos de especialização. Quando há a informação de que eles são autorizados pelo MEC (Ministério da Educação), tal autorização se refere ao direito das instituições de realizarem curso de nível “superior”.

Lembramos que, atualmente, temos no Brasil 53 especialidades médicas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Bra-

sileira (AMB) e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Com efeito, conforme o Código de Ética, no capítulo XIII, artigo 115, “é vedado ao médico anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no CRM”. Estas especialidades médicas possuem uma maior carga horária, bem como critérios já estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação, de forma de avaliação e creditação.



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 | 251.550,20 | 162.463,98 |
| 09/12 | 56.993,88 | 163.028,24 |
| 10/12 | 197.500,53 | 170.368,62 |
| 11/12 | 31.030,14 | 213.979,65 |
| 12/12 | - | 165.407,03 |
| TOTAL | 2.906.266,48 | 2.773.120,01 |

Hendrix F. Nogueira
Contador CRC/MS 6833/O

Confiança para o médico, segurança para o paciente.

CEM Conselho Federal de Medicina



PIONEIROS EM MS

POSTURA E TRABALHO SÉRIO

Com 40 anos de serviço na Santa Casa, a primeira cirurgiã plástica de Campo Grande, Marialda Pedreira, fala sobre os desafios da Medicina e diz que se considera uma mulher feliz e realizada

Ainda menina, Marialda Goulart de Almeida Pedreira já dizia para sua mãe que seria médica, para cuidar dos pobres. E assim fez. Estudou, formou-se médica, especializou-se em cirurgia plástica e, há mais de 40 anos, trabalha na Santa Casa de Campo Grande.

A primeira cirurgiã plástica a pisar em solo campo-grandense esbanja lucidez, equilíbrio e amor pelo trabalho. Aos 69 anos, a Doutora Marialda Pedreira, como é conhecida, ainda realiza cirurgias, é coordenadora da Coreme [Comissão de Residência Médica da Santa Casa] e Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa.

Além da Medicina, Marialda também se dedicou à família. Da união de 44 anos com o médico pediatra Ari Monteiro Pedreira, nasceram três filhos e três netos.

Nas horas vagas, gosta de estudar e não dispensa um

bom cinema. Tem preferência por filmes de ação, suspense e policiais.

Devota de Santo Antônio, a Doutora fez da fé sua fiel companheira. Sente-se uma pessoa feliz e realizada e, por isso, agradece a Deus.

JM – Seus pais a incentivaram a estudar Medicina?

Marialda – Nunca tive influência de ninguém da minha família para estudar Medicina. Minha mãe estudava música e, depois, tornou-se funcionária pública. Meu pai era funcionário do Ministério da Fazenda e, também, jornalista, do Jornal do Brasil. Meu pai achava que a vida de médico era muito sacrificante, mas me apoiou quando fui estudar. Desde que me entendi por gente, falava que ia ser médica e atender aos pobres. Sempre me identifiquei com a Medicina. Já na faculdade, me interessei pela cirurgia plástica, especialmente a de

recuperação/corretiva. Hoje, realizo cirurgias corretivas e de estética.

JM – A senhora foi a primeira cirurgiã plástica de Campo Grande. Por ser mulher, já foi vítima de preconceito no ambiente de trabalho?

Marialda – Não. Nunca vivenciei nenhuma situação de preconceito por ser mulher. Penso que as mulheres se impõem sem precisar brigar. Basta ter postura e realizar um trabalho sério. Se a mulher não tiver postura e respeito consigo, ninguém terá. Na época da minha mãe, nos anos de 1930 e 1940, as mulheres sofriam uma pressão quando saíam de casa, para trabalhar. Ela sim, sofreu preconceito. A própria família a questionava por trabalhar fora de casa.

JM – A senhora é coordenadora da Coreme da Santa Casa. Como avalia os novos médicos, os re-

cém-formados?

Marialda – Os residentes da cirurgia plástica são cirurgiões que optaram em fazer uma subespecialização. Sendo assim, o interesse deles é um pouco diferente dos residentes das especialidades básicas. Eles já sabem o que querem. A base do ensino médico está se deteriorando, a oferta do ensino médico é cada vez maior, e a qualidade, menor. Com isso, esses meninos estão saindo da faculdade com uma formação fraca. Mas isso não quer dizer que eles não possam ser bons médicos. Se eles se aprimorarem e estudarem, se tornarão bons profissionais. Tinha um professor meu que dizia: “A faculdade não faz o doutor, o doutor é que faz a faculdade”. Ela apenas mostra o caminho.

JM – O que mais a marcou ao longo da profissão?

Marialda – Certa vez, eu atendi uma menina que havia sofrido queimaduras, ela tinha em torno de uns sete anos de idade. Ela era negra e usava duas “xuxinhas” no cabelo.

A mãe dela havia colocado ela em uma roda de fogo, um ritual que era praticado para afastar os maus espíritos. A criança ficava sentada e, em volta, fazia-se um círculo de pólvora. Quando a atendi, ela me disse: “Doutora, eu não quero morrer”. Mas ela morreu. Eu nunca me esqueci do rostinho dela. Aquilo me marcou muito, eu me senti impotente. Me emociono quando lembro

disso.

JM – Qual sua avaliação sobre a atual relação médico/paciente?

Marialda – Não existe mais o compromisso com o paciente como existia anos atrás. Antes, não existiam planos de saúde, o paciente era exclusivamente de responsabilidade do médico. Agora, geralmente, os pacientes escolhem os médicos a partir das opções que os planos de saúde oferecem. O paciente passou a exigir muito mais do médico, e o médico não pode corresponder às exigências, e isso acaba em denúncias nos Conselhos Regionais. E muitas denúncias são incabíveis.

JM – O que a Medicina representa na sua vida?

Marialda – A Medicina faz parte de mim. Eu não saberia fazer outra coisa na vida. Se eu tivesse que começar tudo novamente, eu faria tudo do mesmo jeito. Não mudaria nada, nem as coisas ruins pelas quais

eu passei.

JM – A senhora se julga uma mulher feliz e realizada?

Marialda – Sim, sou feliz. Penso que a receita para ser feliz é aceitar as coisas ruins da vida e usufruir das boas. Deus foi muito bom para mim e minha vida é muito boa. Tenho filhos maravilhosos. Acho que os filhos nos complementam. Gosto do que faço e vejo que os meus colegas me respeitam. Sou privilegiada. Não quero ser mais nada além do que já sou.

“
Penso que as
mulheres se
impõem sem
precisar brigar.
Basta ter postura
e realizar um
trabalho sério
”

