

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 • junho/2012 •



VOZ DE PRISÃO PARA O MÉDICO

Afinal, quem pode prender o médico durante o exercício profissional?

Página 3

MOBILIZAÇÃO

Médicos de MS participam do Dia Nacional de Advertência aos Planos de Saúde e cobram providências.

Página 5

NOVOS MÉDICOS

IV Jornada de Especialidades Médicas reúne acadêmicos e residentes durante debates em Campo Grande.

Página 6

REMUNERAÇÃO

Comissão do Congresso Nacional aprova novo texto para Medida Provisória e corrige salário de médicos federais.

Página 7

PESQUISA

Levantamento nacional revela desigualdade na distribuição dos médicos e desafios para a interiorização dos profissionais.

Página 9



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 Cordoniz, 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 Hardoim 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.

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, Jefferson 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, Editoração e Programação Visual:

Íris Comunicação Integrada – www.irisagencia.com.br

EDITORIAL

É HORA DE MOBILIZAÇÃO

Temos visto, nos últimos meses, várias ações de desrespeito e afronta ao exercício da medicina, originadas, movidas e executadas pelos mais diversos entes que compõem a estrutura do setor público da saúde deste país. Destarte as já corriqueiras (infelizmente) denúncias de corrupção e desvio de dinheiro destinado à saúde pública, recentemente, ações de cunho legal têm se tornado rotina contra o médico, senão vejamos: ordens de prisão dadas a médicos em pleno exercício legal da profissão, ensejadas pela hipótese de não respeitar autoridades legalmente constituídas (componentes das diversas forças civis e militares), impedimento ordenado por autoridade judicial para que médicos não possam exercer sua profissão somente por SUSPEITA de que possam ter incorrido em alguma infração legal ou ética, sem passar pelo devido e obrigatório julgamento após apuração de todo o ocorrido, questionamento no âmbito da justiça sobre ações executadas pelos Conselhos da Classe (CRMs), que têm suas atribuições regulamentadas em lei e que, portanto, têm que ser acatadas por todos os profissionais que a ele tem sua vinculação legal e por último, e mais estarrecedor, foi a tentativa, por parte do Governo Federal, de, PASMEN, reduzir salários e retirar benefícios legalmente constituídos aos médicos dos mais diversos órgãos federais.

Felizmente, neste último caso, em uma mobilização que alcançou todos os médicos que seriam prejudicados, além de outras classes profissionais que compõem a assistência à saúde, assim como da sociedade civil, e com muita pressão sobre o Congresso Nacional, o Governo recuou e reescreveu a MP 568, retirando todos os absurdos ali contidos. Esta demonstração de união e comunhão entre os médicos por uma causa justa mostrou a todos, inclusive a nós mesmos, que quando lutamos em defesa da nossa classe e da saúde do povo brasileiro, conseguimos obter vitórias. É chegada a hora de nós médicos, unidos, associados as nossas entidades representativas, demonstrarmos à população deste imenso país que, assim como eles, somos vítimas de um sistema gerencial e de políticas que desvalorizam, depreciam e não têm nenhuma consideração com os profissionais que atuam na saúde pública, nem muito menos com o povo desamparado e desassistido desta nação.

Precisamos colocar acima de qualquer diferença política, econômica e social o bem maior de qualquer ser humano, sua saúde. É hora das autoridades deste país conscientizarem-se de que vidas humanas não têm preço e de que a prestação de um atendimento em saúde com qualidade é a base para a construção de um país digno.



Luís Henrique Mascarenhas Moreira
Presidente do CRM-MS

AGENDA

5 a 7 de julho

XXII Congresso Mineiro de Cardiologia

Local: Belo Horizonte (MG).
Informações: (31) 3274.6839.

12 a 14 de julho

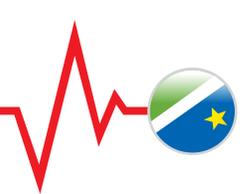
I Simpósio Internacional de Acessos Vasculares e Terapias de Infusão

Local: São Paulo (SP).
Informações: (11) 2151.1048.

3 a 5 de agosto

IX Simpósio Internacional de Ventilação Mecânica em Pediatria e Neonatologia

Local: São Paulo (SP).
Informações: (11) 2151.5238.



AFINAL, QUEM PODE PRENDER O MÉDICO DURANTE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL?

Assessor jurídico do CRM-MS orienta profissionais

Demora para consultas e exames, filas imensas, falta de remédios, materiais de consumo e de infraestrutura mínima para o adequado atendimento à população em todo o Brasil. Esse cenário, que também é realidade em muitas unidades de saúde e hospitais em Mato Grosso do Sul, revolta os usuários principalmente do Sistema Único de Saúde (SUS), que, não raro, acabam responsabilizando os profissionais da

saúde, como médicos e enfermeiros, pelo caos causado, quase sempre, por problemas na gestão das unidades de saúde e hospitais. Usuários indignados e, muitas vezes, desesperados para conseguir atendimento a seus familiares ou amigos, em casos de urgência e emergência, chegam a desrespeitar e a agredir os profissionais da saúde e até mesmo acionar a polícia. Mas, afinal, quem pode dar voz de prisão ao médico durante o exercício profissional? “O juiz de direito, quando expede ordem judicial, e qualquer pessoa do povo, ou qualquer autoridade, quando a prisão for em flagrante”, explicou o assessor jurídico do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS), André Borges. Segundo ele, se o médico estiver trabalhando, seja em consultório, unidade de saúde ou hospital, e for surpreendido pela voz de prisão, deve imediatamente checar se realmente existe a situação de flagrante (ou seja, se há

crime em andamento) ou se a prisão é legal, verificando o mandado e cumprindo-o se for o caso. Logo depois, deve exigir a presença de um advogado para prestar qualquer tipo de informação. “O Sindicato dos Médicos em nosso Estado conta com um assessoramento jurídico também para esse tipo de situação”, afirma Borges. O assessor jurídico reiterou que o médico não deve dar qualquer tipo de informação ou declaração antes de se consultar um advogado. É direito constitucional de qualquer cidadão ter o assessoramento jurídico prévio de um advogado de sua inteira confiança.

No dia a dia profissional, uma das ocorrências mais comuns é a que diz respeito à chamada omissão de socorro, prevista no artigo 135 do Código Penal Brasileiro, e define-se pelo não atendimento de paciente em condições de emergência e de urgência.

Contudo, o médico deve contar com o mínimo de condições adequadas para a realização desse tipo de atendimento e pode até se recusar a exercer a Medicina em locais inadequados ou que ofereçam qualquer tipo de risco para os profissionais em saúde e para os pacientes. Tal recusa está totalmente respaldada pelo Código de Ética Médica. Segundo Borges, os casos de

prisão propriamente dita se restringem às situações que envolvam crimes graves. “Para a maior parte das situações verificadas no dia a dia do médico, não há prisão, embora o profissional tenha que acompanhar a autoridade à delegacia mais próxima para que seja lavrada a ocorrência, sendo liberado logo em seguida”, informou Borges. Isso se aplica aos casos em que tal autoridade comparecer à unidade de saúde ou hospital.



“**O médico deve contar com o mínimo de condições adequadas para a realização desse tipo de atendimento e pode até se recusar a exercer a Medicina em locais inadequados.**”

O QUE FAZER?

Toda vez que for ameaçado durante o exercício profissional, o médico deve solicitar o comparecimento de autoridade policial, lavrando ocorrência com relato dos fatos, incluindo também nomes de testemunhas.

Quando identificar que não terá condições de atender a um número excessi-

vo de pacientes, ou que não dispõe de mínimas condições para tal, o médico poderá solicitar a presença de uma autoridade policial, relatando os fatos. Também poderá encaminhar um relato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina e à direção do hospital ou da unidade de saúde, solicitando que tomem providências o mais rápido possível.

É direito constitucional de todo cidadão apurar se houve ou não má prática médica. Entretanto, se no curso da apuração da acusação, o paciente ou seus familiares promoverem calúnia, injúria ou difamação, o médico poderá processá-los exigindo uma indenização por danos morais e materiais.



PARECERES

CRM/MS Nº 6/2012

EMENTA: A guarda do prontuário médico compete à instituição que prestou atendimento ou ao médico assistente quando este não está ligado a uma instituição.

CRM/MS Nº 7/2012

EMENTA: Os procedimentos realizados pelas clínicas que comercializam terapêuticas denominadas naturais ou alternativas não têm respaldo científico e não são indicados pelo CFM como métodos de tratamento a pacientes. A legislação e fiscalização destas clínicas devem seguir as mesmas regras aplicadas aos estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços à população.

CRM/MS Nº 8/2012

EMENTA: A obesidade é um problema de saúde pública na atualidade. Medidas que minimizem o constrangimento do obeso, como a existência de macas, cadeiras de rodas

e de banho, são importantes aos locais de atendimento médico-hospitalar.

CRM/MS Nº 9/2012

EMENTA: Todo hospital deve, obrigatoriamente, manter equipamentos de proteção individual para atendimento de pacientes independentemente se o paciente é portador ou não de doença infecciosa.

CRM/MS Nº 10/2012

EMENTA: Os alimentos podem ter um efeito benéfico ou maléfico sobre a saúde das pessoas. Portanto, a proteção da saúde pública envolve o controle de qualidade dos alimentos, antes de serem consumidos. Colher e armazenar diariamente amostras dos alimentos e da água pode ser um método de auxílio no diagnóstico das possíveis causas de intoxicações e de infecções alimentares, porém não fará a prevenção das contaminações e intoxicações, o que seria mais conveniente e

ético.

CRM/MS Nº 11/2012

EMENTA: O médico poderá faltar a um plantão preestabelecido apenas em casos de justo impedimento. Cabe ao Chefe do Setor e ao Diretor Técnico zelar pelo bom funcionamento dos plantões da instituição, principalmente nos setores de urgência/emergência. Nos casos de descumprimento, medidas éticas e/ou administrativas deverão ser tomadas, sem prejuízo da apuração penal ou civil eventual a que se está sujeito.

CRM/MS Nº 12/2012

EMENTA: Um hospital público para dependentes químicos, com condições de trabalho adequadas e recursos humanos, com padrões de conduta homogêneos e definidos, não é apenas necessário, mas imperativo.

CRM/MS Nº 13/2012

EMENTA: Desejável é que

todos os exames radiológicos sejam acompanhados pelo médico radiologista. Na impossibilidade de estar presente em todos, sendo permitida a análise e confecção do laudo à posteriori, deverá estar impositivamente presente nos exames de alta complexidade.

CRM/MS Nº 14/2012

EMENTA: A fixação de lista de medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, nos postos de saúde e consultórios particulares, não fere ao nosso Código de Ética e se constitui em medida que favorece a universalização do sistema.

CRM/MS Nº 15/2012

EMENTA: Cabe às operadoras de planos de saúde a resolução de seus problemas administrativos, sem exposição de seus cooperados a eventuais descumprimentos do Código de Ética Médica.

CRM/MS Nº 16/2012

EMENTA: Tem-se como justo motivo o envio das informações sobre os pacientes oncológicos atendidos nas instituições hospitalares, através de exame dos prontuários médicos, como dever legal e justa causa, as quais tem uma intenção de melhor bem estar da coletividade. Não se observa a necessidade do envio do nome expresso do paciente, bastando somente uma classificação numérica ou similar, pois o nome do paciente oncológico não diz respeito à saúde coletiva da população e sim a seus interesses individuais. A atuação do médico oncologista, como chefia, será exercida junto a uma equipe de técnicos, na supervisão médica, orientação técnica, apoio a elaboração da análise dos dados e na elaboração de relatórios, com a finalidade de avaliar o impacto do câncer em uma determinada população.

RESOLUÇÃO

MÉDICOS COM DOENÇA INCAPACITANTE PODEM TER ATIVIDADES SUSPENSAS

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou, no dia 11 de junho, no Diário Oficial da União, a Resolução 1990/2012, que permite suspender de forma cautelar o exercício profissional de médicos portadores de doenças incapacitantes. A norma foi aprovada pelo plenário da entidade, em maio, e visa proteger a sociedade de eventuais riscos causados por profissionais com problemas como transtornos psiquiátricos ou dependência química.

De acordo com o previsto pela resolução, os casos serão apurados e julgados pelos conselhos regionais de medicina, com possibilidade de recurso ao CFM. Cabe a cada CRM, mediante denúncia formal ou de ofício, apurar em procedimento administrativo, com

perícia médica, a existência de doença incapacitante, parcial ou total, para o exercício da Medicina. O procedimento ocorrerá em sigilo processual.

Protocolada a denúncia, ou tendo o Conselho Regional de Medicina tomado conhecimento de indícios de doença incapacitante, o presidente do Conselho designará um conselheiro relator para conduzir o procedimento administrativo. Na apuração dos processos por doença incapacitante, os CRMs poderão interditar cautelarmente o médico desde que os atos decorrentes do seu exercício profissional possam prejudicar à população. Nesses casos, será observado o rito previsto na Resolução 1.987/12, sem prejuízo do procedimento administrativo para apuração de doença incapacitante.

Perícia- Durante o processo de apuração administrativa por doença incapacitante, o médico será submetido à perícia médica. O relatório final do caso será avaliado em sessão plenária de julgamento pelo CRM, que poderá optar pelo arquivamento da denúncia ou pela suspensão parcial ou total da atividade médica.

Se o plenário optar pela suspensão do exercício profissional, deverá ser fixado prazo de sua duração e seus mecanismos de controle. Se a decisão for por incapacidade parcial, o CRM deverá estabelecer a suspensão do exercício em determinadas atividades.

Os casos de incapacidade total e permanente dependem de homologação pelo Pleno do CFM.

Com informações do CFM



DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS DO EXERCÍCIO DE 2012

MESES	RECEITA 2011	DESPESA 2011
01/12	706.451,03	353.878,40
02/12	622.490,94	394.782,40
03/12	313.010,83	243.933,73
04/12	435.144,11	305.429,04
05/12	-	-
06/12	-	-
07/12	-	-
08/12	-	-
09/12	-	-
10/12	-	-
11/12	-	-
12/12	-	-
TOTAL	2.077.096,91	1.298.023,57

Hendrix F. Nogueira
Contador CRC/MS 6833/0



PLANOS DE SAÚDE

MÉDICOS DE MS PARTICIPAM DE MOBILIZAÇÃO NACIONAL

Os médicos em Mato Grosso do Sul também participaram, no dia 25 de abril, do Dia Nacional de Advertência aos Planos de Saúde. Os profissionais continuam reivindicando o reajuste dos honorários médicos e a aplicação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) plena para consultas e procedimentos.

O assunto foi tema de coletiva de imprensa na sede do CRM-MS, com a presença do presidente da entidade, Luis Henrique Mascarenhas, e de representantes do Sindicato dos Médicos de MS (SinMed), da Associação Médica de Mato Grosso do Sul (AMMS) e de sociedades de especialidades. “Estaremos sempre unidos e mobilizados em prol



Representantes das entidades médicas de Mato Grosso do Sul durante coletiva à imprensa sobre a mobilização

das ações que contribuam para um melhor exercício da nossa profissão”, afirmou

Mascarenhas. Durante a mobilização, ficaram suspensas somente as consultas via

planos de saúde, que reúnem cerca de 700 mil usuários em Mato Grosso do Sul. Todos os

demais atendimentos, inclusive de urgência e emergência, foram mantidos.

NOVAS REGRAS

CFM DEFINE DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO DE ANENCEFALIA

As regras norteadoras para o diagnóstico de casos de anencefalia – que permitirão à gestante optar, de forma precoce, entre a manutenção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto – foram publicadas no Diário Oficial da União em 14 de maio. A Resolução CFM 1989/2012 foi aprovada por unanimidade pela Plenária do Conselho Federal de Medicina (CFM).

O texto atende a uma importante demanda da sociedade. Após a autorização do Supremo Tribunal Federal (STF) para a realização da antecipação terapêutica do parto nos casos de fetos anencéfalos, há, a partir desta resolução do CFM, garantia de segurança dos critérios de diagnóstico e dos aspectos éticos envolvidos nesse tipo de situação.

As diretrizes tratam da conduta ética do médico ante o

diagnóstico de anencefalia, do exame adequado para o diagnóstico seguro, das informações que deverão constar no prontuário da paciente e do apoio necessário à gestante, independente de sua decisão de manutenção ou não da gravidez.

A elaboração das regras contou com a participação de importantes especialistas do país e de conselheiros do CFM. Confira abaixo alguns dos principais pontos da Resolução:

Diagnóstico – As diretrizes do CFM definem que o diagnóstico de anencefalia deverá ser feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª semana de gestação.

Esse exame deverá conter duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo

cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável. Será obrigatório ainda um laudo assinado por dois médicos capacitados para tal diagnóstico.

Apoio à gestante – Para o CFM, diante do diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de buscar outra opinião ou solicitar a realização de junta médica.

Ainda de acordo com o texto do CFM, o médico deverá prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir. Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, será assegurada assistência médica pré-natal

compatível com o diagnóstico (a gravidez de anencéfalo é considerada de alto risco).

Decisão autônoma – O CFM reforçou no texto da resolução que, ante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de, livremente, decidir manter a gravidez ou interrompê-la imediatamente, independente do tempo de gestação.

Pode, ainda, adiar a decisão para outro momento. Se a gestante optar pela antecipação terapêutica do parto, deverá ser feita ata do procedimento, na qual deve constar seu consentimento por escrito. A ata, as fotografias e o laudo do exame integrarão o seu prontuário

Suporte à saúde – A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao trata-

mento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos.

Planejamento familiar - De acordo com o documento do CFM, as pacientes deverão ser informadas pelo médico sobre os riscos de recorrência da anencefalia em gestações futuras. Se desejarem, poderão ser referenciadas para programas de planejamento familiar com assistência à contracepção, enquanto essa for necessária, e à pré-concepção.

A pré-concepção é bem-vinda para que a mulher possa providenciar os cuidados necessários que deverão anteceder uma nova gestação (estudos indicam, por exemplo, que o uso diário de cinco miligramas de ácido fólico, por pelo menos dois meses antes da gestação, reduz pela metade o risco de anencefalia).

POLÊMICA

IV JORNADA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEBATE DENOMINAÇÃO DO DIPLOMA

Depois de séculos, título “médico” é substituído por bacharel em medicina



Acadêmicos, residentes e profissionais da área médica de todo Mato Grosso do Sul se reuniram em Campo Grande e discutiram desafios da profissão

Estudantes do curso de medicina das universidades brasileiras continuam insatisfeitos com a emissão dos diplomas, que teve a titulação “médico” substituída por “bacharel em medicina”, desde 2006. A mudança é polêmica em todo o Brasil e foi tema da mesa de debates durante a IV Jornada de Especialidades Médicas, que aconteceu no final do mês de março, na sede do Conselho Regional de Medicina (CRM-MS), em Campo Grande.

De acordo com a coordenadora geral do Departamento Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Marcela Vieira Freire, a polêmica começou com a Portaria nº 251, do Ministério da Educação (MEC), de 16 de junho de 2006, que reconheceu diversos cursos, entre eles alguns de Medicina, e que especificava, após a denominação do

curso, o grau a ser obtido, da seguinte forma: “odontologia, bacharelado”; “psicologia, bacharelado”; “física, licenciatura” e “medicina, bacharelado”.

Polêmica – Em 2008, acadêmicos do curso de medicina do Rio Grande do Sul protestaram nas ruas de Porto Alegre contra a mudança, alegando que a denominação “bacharel em medicina” desqualifica a formação do médico e não se ajusta ao caráter de atuação da área. Os estudantes exigiram a reexpedição de diplomas para profissionais formados desde 2007, que receberam o título de bacharel.

O Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul (SIMERS) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) pediram providências ao MEC, que se manifestou em nota dizendo que não havia expedido normas ou determinação sobre o diploma dos cursos de medicina

e que os diplomas deveriam ser expedidos, pelos cursos reconhecidos, como sempre foram até então.

O MEC alegou ainda que não disciplinou que os diplomas de graduação em medicina passem a ser expedidos como de “bacharel”.

Segundo a nota do Ministério, a inclusão do termo “bacharel” após o nome do curso tem a função apenas de explicar o grau, sem modificar em nada os procedimentos de expedição de diplomas pelas instituições.

A Portaria não tem caráter

normativo e só tem repercussão sobre os cursos diretamente relacionados no seu texto.

“Do ponto de vista institucional, não haverá resistência da Instituição de Ensino em continuar emitindo o diploma da forma anterior, desde que seja uma determinação do MEC.”

Mesmo com o esclarecimento do MEC, várias universidades do país continuam emitindo diplomas com o termo “bacharel”, entre elas a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e a Universidade Anhanguera / Uniderp.

Universidades – As instituições de ensino explicam que a emissão de diploma se dá seguindo as portarias nor-

mativas que regulamentam o exercício das universidades credenciadas ao MEC.

“Atualmente, estamos seguindo a portaria normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2010, que determinou a nova denominação na emissão dos diplomas. Devido a essa portaria, a Anhanguera/Uniderp, em 2011, emitiu os primeiros diplomas com a nova titulação.

Do ponto de vista institucional, não haverá resistência da Instituição de Ensino em continuar emitindo o diploma da forma anterior, desde que seja uma determinação do MEC, explicou a representante da reitoria da Anhanguera, em Campo Grande, Sandra Cristina dos Santos.

O representante da reitoria da UFMS, João Ricardo Tognini, disse que a universidade já formou duas turmas com o título de “bacharel” e nenhum



dos recém-formados fez alguma reclamação formal. “Desconheço algum caso em que o profissional tenha sido prejudicado por conta da nova denominação,” comentou.

João Ricardo falou ainda que a UFMS, da mesma forma que a Anhanguera/Uniderp, não se opõe à mudança na emissão do diploma, a partir do que preconiza uma determinação legal.

Tradição – O ex-presidente do CRM-MS, Juberty Antonio de Souza, disse que a denominação “médico”, existe desde o Código de Hamurabi (conjunto de leis escrito por volta de 1.700 a.C).

No século 460 a.C, Hipócrates sistematizou a Medicina e criou a profissão de Médico. “Nós temos uma tradição, uma identidade firmada há pelo menos 60 séculos. É uma denominação não apenas histórica, mas legal. Depois da primeira reforma do ensino médico baiano, em 1816, as escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro passaram a emitir os diplomas com título de doutor. Agora, essa mudança na emissão de diplomas muda a nossa identidade”, completou Juberty.

Ainda segundo ele, o Conselho Federal de Medicina (CFM) também solicitou pro-

vidências ao MEC em 2011. O Ministério alegou o cumprimento da Portaria vigente. Desde então, o CFM vem orientando os Conselhos Regionais a resolver a questão de uma forma política junto às instituições de ensino.

“Como exemplo, podemos citar o Conselho Regional de Goiás (UFG), que conseguiu, em acordo com a Universidade Federal de Goiás, que os diplomas voltassem a ser emitidos com a titulação tradicional.” disse.

As Universidades do Rio Grande do Sul também voltaram a emitir o diploma com denominação tradicional.



OPINIÃO

“Um dos motivos pelo qual a DENEM se opõe à emissão do diploma com o título bacharel é porque acredita que o bacharelado possa abrir precedente para que seja instituído no país um exame nacional dos médicos, a exemplo do exame para bacharéis em direito, da OAB”.

Mayara Magalhães Morello
DENAM-MS



REMUNERAÇÃO

COMISSÃO APROVA NOVO TEXTO PARA MP E CORRIGE SALÁRIO DE MÉDICOS FEDERAIS

A comissão mista do Congresso Nacional que analisa a medida provisória 568/12, que altera salários de várias categorias do funcionalismo público, alterou, no dia 13 de junho, artigo que reduzia pela metade a remuneração de médicos federais. O texto foi aprovado e está sendo analisado pelo relator revisor, deputado Osmar Serraglio (PMDB-PR), antes de seguir para votação na Câmara e no Senado.

O texto original definia

uma carga de 40 horas semanais para os médicos federais sem alterar o valor da remuneração, que continuaria a mesma paga por um período de 20 horas. Na prática, a medida provisória promoveria uma redução de 50% nos salários pagos a cerca de 42 mil médicos ativos e inativos do Ministério da Saúde, além de 7 mil profissionais do Ministério da Educação. No dia 12 de junho, médicos federais de todo o Brasil paralisaram suas atividades em protesto contra a MP. Estima-se que cerca de 40 mil

consultas foram canceladas em todo o país.

O relator na comissão mista, senador Eduardo Braga (PMDB-AM), admitiu que a MP acarretaria prejuízos aos médicos federais. De acordo com o projeto apresentado por Braga, e aprovado nesta quarta na comissão, a carga de trabalho dos médicos em hospitais públicos federais volta a ser de 20 horas semanais, como ocorria antes da edição da medida.

Foi mantida no texto a possibilidade dos médicos optarem por uma carga horária

dupla, de 40 horas, podendo receber vencimentos básicos dobrados.

O texto aprovado também cria tabelas específicas para as carreiras de médico, que passam a ficar desvinculadas das demais carreiras da Previdência, da Saúde e do Trabalho. As tabelas variam para médico de saúde pública, médico do trabalho, médicos cirurgiões e outros.

Profissionais que atuam em órgãos da administração pública federal direta, assim como de autarquias e de fundações públicas federais,

também terão salários reajustados.

As alterações propostas também extinguíram a Vantagem Pessoal Nominal Identificada (VPNI), um mecanismo de transição criado pela MP para compensar perdas. Entidades ligadas aos médicos criticaram a VPNI, alegando que, por ter caráter provisório e ser gradativamente absorvida à medida que ocorresse progressão ou promoção do servidor, ela significaria congelamento de parte do salário.



INSCRIÇÕES

PRIMEIRA INSCRIÇÃO

5181 MS RUBIA MARA RODRIGUES DA SILVA 5451 MS EDSON BAENA FERNANDES 6960 MS ANA KARLA LOPES FLORES 6968 MS THAMIRIS DE MATOS PRATES 6969 MS PERLA CAROLINA ARGUELLO ARTETA 6979 MS RUBEN MARCELO MALDONADO DIAZ

6985 MS ALINNE MURAKAMI GUADALUPE 6986 MS ANTONIO MANUEL CANALE DA SILVA 6988 MS MAX VERNERT TOREGA CELKEVICIUS 7017 MS FELIX REGIS OJEDA ROCHA 7027 MS JULIANO SILVA DE OLIVEIRA 7028 MS LARISSA TEIXEIRA SENA HOFF 7029 MS CARMEN JACKELINE PEREZ SALUM 7030 MS ROGER ALVAREZ VEGA 7031 MS ANDRÉ DE ALMEIDA 7032 MS ROSANE ROCHA CHAGAS RODRIGUES 7033 MS JOÃO FRANCISCO RIBEIRO NETO 7034 MS WALFRIDO AUGUSTO ARAÚJO FERREIRA 7035 MS EDGAR RICARDO MONTIEL ARMOA 7036 MS LARISSA GONÇALVES ANDRADE

INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

6958 MS CAROLINE SAUTER DALBEM 6959 MS DANIEL COUTINHO DE SOUZA 6963 MS SABRINA DA FONSECA 6964 MS FERNANDA BRUM MELLO DE CAMPOS 6965 MS JULHANO PINTO RIBAS 6967 MS TOME GUSTAVO MARQUES DE SOUZA 6970 MS EDUARDO CAMPOS VALENTIM 6974 MS JOÃO ILGENFRITZ NETO 6976 MS CRISTIANE CANDEO ZANETTI 6978 MS GUILHERME AUGUSTO SILVA PAVANETI 6984 MS KEYTH EVELYN FRANCELINO DE OLIVEIRA 6990 MS GABRIELA CLEMENTE LACERDA 6991 MS THARSO CASTILHO GABRIEL 6992 MS RAYNNA CARRARA VARGAS 6995 MS DANIEL SALAS STEINBAUM 6996 MS

CAMILLA APARECIDA SABINO 6997 MS CLÁUDIA GIORDANO BARBOSA 6998 MS MARILIA EIDAM 7002 MS RODRIGO FERREIRA BRAOS 7003 MS RAFAEL NASCIMENTO 7004 MS RIZIA MOREIRA DE CARVALHO 7007 MS PAULO ALVES PEREIRA JÚNIOR 7008 MS EVANDRO EDUARDO CANHAÇO 7009 MS LIVIA POSSI 7010 MS FLAVIO MARIN FILHO 7011 MS MATHEUS SOARES VITAL 7012 MS DANILO FELIPHE VALEIRO 7013 MS CARLOS EDUARDO BOSO ESCUDERO 7015 MS BETHÂNIA MARA RIBAS 7020 MS THALES QUERNE DE CARVALHO 7025 MS LUIZ FERNANDO DOS SANTOS 7026 MS REINALDO DIAS 7037 MS ROBERTO KOČENKO DE OLIVEIRA

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

6961 MS FABIO VINICIUS DAVOLI BIANCO 6962 MS ANGELICA CRISTINA DE ARAUJO REI 6966 MS DANIELLE DAS NEVES MOURA 6971 MS JOÃO BASILIO GASPARINI 6972 MS SANDRO BATISTA MORAIS 6973 MS EDIVALDO ANTONIO MACHADO 6975 MS PRISCILA MAKSOUD BUSSUAN 6977 MS MARIANA ZAMBELLI CREPALDI HARADA 6980 MS MARCOS MININI DE CASTRO JÚNIOR 6981 MS ARY TANNUS FERREIRA 6982 MS LEANDRO MATOS DA CROCE 6983 MS CARLOS WEBER ORTEGA SANCHES 6987 MS GUSTAVO AFONSO CASERTA 6989 MS MARCIO ANTONIO DOS SANTOS 6993 MS DALTON SENISE PORTELA 6994 MS VANESSA ALVES DE LIMA 6999 MS CHARLES PIERRE DE ALMEIDA PETRECCA 7000 MS FELIPE GUSTAVO GOMES 7001 MS WILLIAN FERREIRA IGI 7005 MS ALISSON LUIS AMOROSO DE LIMA 7006 MS JANAINA DALLA MARTHA PAES 7014 MS SERGIO ROBERTO CORTEZ DA SILVA 7016 MS DAVIDY ANTHONY MARQUES AZEVEDO 7018 MS TÂNIA CRISTINA MARCONDES LÁRIOS SILVA

7019 MS JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO 7021 MS DANIELLE SBROGGIO BARBOSA 7022 MS FERNANDO WILSON BALBO 7023 MS OMAR FERREIRA MIGUEL 7024 MS WALDIR EGIDIO BARBOSA MITIDIERO

REINSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA

972 MS ZITA BEZERRA GUMARÃES 3827 MS FABIANO NOZELA BERTAO 4130 MS LUCIANO PEREIRA PERES 4491 MS ADRIANA ELISABETH AGUIAR BENAVIDES CARRASCO 4597 MS EDSON FEITOSA GALVAO 4682 MS ALFREDO MOREIRA DA ROCHA NETO 4717 MS DANILO SANTOS VIDAL DE ARRUDA 5001 MS ANDRE AUGUSTO WANDERLEY TOBARU 5294 MS FERNANDA KATSUREN NAKASATO 5334 MS JOSE ROBERTO MANZANO GARCIA JUNIOR 5362 MS THULIO FERREIRA BATISTA DA COSTA 6139 MS SAMARA CEBALHO SALES 6265 MS TIA GO CERZOSIMO DE OLIVEIRA

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - OUTRA UF

380 MS PAULO SOSHEI FURUGUEM 1936 MS PEDRO MARILTO VIDAL DE PAULA 3892 MS VLADIMIR CAPELASSO 4635 MS FLAVIO GONCALVES 4682 MS ALFREDO MOREIRA DA ROCHA NETO 4732 MS DELSO DO NASCIMENTO 4908 MS MARCELA BARBOSA CORREIA DE FARIAS 5185 MS RODRIGO DOMINGUES LARAYA 5194 MS WILLER FONTANELLI DA SILVEIRA 5365 MS LISSANDRO VARGAS PINHEIRO 5463 MS MARINA OLIVEIRA BARCELOS 5587 MS JAKELINE GOMES DA SILVA 5613 MS LILIANE RODRIGUES BRIANEZE 5667 MS LENIN DE LIMA RODRIGUES 5848 MS DANIELLE MACHADO DA SILVA 5876 MS CHRISTIAN NISHIOKA 6094 MS HERMETO MACARIO AMIN PASCHOALICK 6218 MS MARIA FERNANDA COSTA MARQUES CARVALHO 6221 MS LEONARDO OLIVEIRA

MENDONÇA 6458 MS SERGIO NOGUEIRA DE AGUIAR 6748 MS JÉSSICA BARBOSA LIMA 6839 MS HÉLIO HENRIQUE JORGE TORRES 6869 MS TALITA POMPERMAIER 6949 MS ROBERTO LUCIO DE CASTRO JUNIOR

TRANSFERÊNCIA

PARA OUTRA UF

4476 MS JULIANA AUGUSTA SPINELLI DA SILVA TELES 4822 MS CAMILO JOSE DE SOUZA KAGEYAMA 4947 MS CYNTHIA DUAILIBI 5309 MS FABIO DE OLIVEIRA RIUTO 5497 MS WASHINGTON LUIZ MURGI DE FARIAS 5540 MS ALEXANDRE LIMA MARQUES 5638 MS FERNANDO DE OLIVEIRA RODRIGUES 5797 MS ANDRE LUIZ PEGORARE 5812 MS CHRISTIAN JOPERT DIAS DE SOUZA 5884 MS SERGIO PONTES PRADO 5893 MS CRISTIANE MASSUNARI SATO 5910 MS PRISCILA ESTELA ROSIQUE 5944 MS CLAUDIA ESTELA MACIEL DAVALOS 6028 MS MAURILIO DE CASIO GOLINELI 6086 MS FLAVIO RENATO CHIAD LUGO 6169 MS DEBORA GARCIA GASPERINI 6173 MS CLAUDIA CAROLINE PIOVESAN 6179 MS GABRIELLA LEMOS BORGES 6186 MS FERNANDA FURTADO REGATIERI 6189 MS EDUARDO RODRIGO ZANIN 6201 MS PABLO GONÇALVES DE SOUZA 6399 MS DULCYANE FERREIRA DE OLIVEIRA 6400 MS RAFAEL DOMINGUES DE MORAES 6438 MS CARLA GRACILIANO ARGUELLO NUNES 6444 MS FLÁVIA ENGERS SALLES 6449 MS CÉLIO PINHEIRO DE QUEIROZ JÚNIOR 6495 MS CELSO RUBENS DA SILVA GATTASS FILHO 6572 MS FREDERICO MORAES CARDOSO MARQUES 6576 MS JONAS LUCAS DOS SANTOS 6621 MS FABRICIO DE FREITAS BOMBARDA 6672 MS CLOVES NEHRER 6685 MS ANGELO IÁCONO NETO 6720 MS LETICIA DE CASTRO 6737 MS EDUARDO SOARES DE

SOUZA 6764 MS JANAINA DA SILVA DOMINGUES 6766 MS NAYARA LIGIDA LONTRA ASSED CAIRES DE SOUZA 6778 MS RENATA ESCOBAR SANTOS 6779 MS PAULA SANTOS DE SOUZA 6803 MS FERNANDA STASZYK CORSINI VERSOLATO 6831 MS ALINE BIGATÃO SIMPLICIO 6859 MS RONALDO SEBASTIÃO MIZIARA SEVERINO 6861 MS FLÁVIA SOTOLANI SILVA 6872 MS BIANCA FERREIRA ALVES PAULINO MAIA 6952 MS TULA BEATRIZ BRANDÃO CALDAS MEIRELLES

TRANSFORMAÇÃO INSC. SECUND. EM PRIMÁRIA

4146 MS ALEXANDRE MORETTI DE LIMA 4870 MS CLAUDIA FERNANDES BALISTA 5009 MS EMERSON HENKLAIN FERRUZZI 5049 MS LIDAMAR MARQUES DE JESUS 6263 MS REINALDO FERREIRA SOUZA 6536 MS GUILHERME FREDERICO ROJAS SILVA 6543 MS JORGE GUILHERME OKANOBO OZAKI 6599 MS EDIO VOLPATO DA SILVA 6769 MS DANIEL TECCHIO

REINSCRIÇÃO DEVOLUÇÃO RES. 1299/89

3321 MS LUIZ CARLOS FERREIRA DE FREITAS 4688 MS RAFAEL FONSECA MARAO 4759 MS ROBISTER MORENO DE OLIVEIRA MAC CORNICK 5222 MS ROSANA TEODORO JAJAH 5271 MS LIVIA RODRIGUES FIGUEIREDO 5694 MS ROOSEVELT LOUBACK DE CARVALHO 5840 MS LILIAN PATUSSI GIMENES 6148 MS ADRIANO OSSUNA TAMAZATO REINSCRICAO C/ TRANSF. PRIM EM SECUND. 3902 MS PRISCILLA DE CASSIA SILVA HAAS 4866 MS RAPHAEL MARTINS LUIZARI

FALECIDOS

PRIMEIRA INSCRIÇÃO

69 MS ELIO AVELINO DE REZENDE 1996 MS ROSANGELA MELO JACHIMOWSKI

www.crmms.org.br



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



LEVANTAMENTO

PESQUISA REVELA DESIGUALDADE NA PRESENÇA DOS MÉDICOS PELO PAÍS

A abertura de novos cursos e vagas de medicina, ao invés de solucionar a falta localizada de médicos no Brasil, poderá acirrar a desigualdade na distribuição desses profissionais pelo território nacional e aumentar a sua concentração no setor privado. Estas são algumas das conclusões da projeção “Concentração de Médicos no Brasil em 2020”, elaborada em parceria pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), divulgada no dia 13 de junho e que integra o estudo Demografia Médica no Brasil.

De acordo com o Ministério da Educação, nos próximos anos serão abertas 2.415 vagas em cursos já existentes, 800 delas no setor privado. “A ida de egressos das escolas para locais onde hoje faltam médicos fica comprometida pela falta de programas de residência e de condições de trabalho e emprego que façam com que o recém-formado encare sua fixação como um objetivo”, alertou o presidente do CFM, Roberto Luiz d’Avila.

No estudo “Demografia Médica no Brasil”, divulgado em 2011, CFM e Cremesp tomaram como referência o número de “postos de trabalho médicos ocupados” nos setores público e privado. Contabilizando-se usuários de planos de saúde e postos médicos em estabelecimentos privados, se chegou à conta de 7,60 “postos disponíveis” para cada 1.000 clientes privados. Já para a população usuária do SUS, a razão observada foi de 1,95.

A metodologia utilizada reforça o entendimento de que, com a manutenção do cenário atual, o aumento da população médica favorece o setor privado. Ou seja, para cada novo profissional se verifica o incremento de 1,86 posto

de trabalho médico ocupado no setor privado, enquanto no setor público o aumento é de 1,35 posto de trabalho.

“Estamos certos de que isso desautoriza o governo federal a afirmar que novas vagas abertas irão, necessariamente, solucionar a falta de médicos no SUS. Não adianta abrir mais vagas sem mudar o financiamento em saúde, com maior aporte de recursos públicos e com a criação de carreira de Estado para os médicos do SUS”, ressaltou Renato Azevedo, presidente do Cremesp, um

dos organizadores do estudo. Na análise feita pelo CFM/Cremesp, o plano do governo de abrir mais vagas de medicina terá efeitos colaterais imediatos. O primeiro deles é o crescimento do contingente global de médicos na próxima década sem que sejam apontadas formas concretas de combate à desigualdade no acesso, mantendo-se vazios assistenciais em zonas de difícil provimento e gerando-se elevação da densidade de médicos onde ela já é alta.

Projeção – Uma conclusão

“**Em MS, as projeções sugerem aumento na razão médico/habitante. Se, entre 2000 e 2010, havia 3.671 médicos, em 2020, a expectativa é que 6.721 estejam em atividade no Estado.**”

do estudo é de que a abertura de novas vagas não é necessária para que se atinja a meta considerada ideal pelo governo federal. Em 2020, mesmo sem novas vagas em cursos de Medicina, a projeção é de que existirão 455.892 médicos no Brasil.

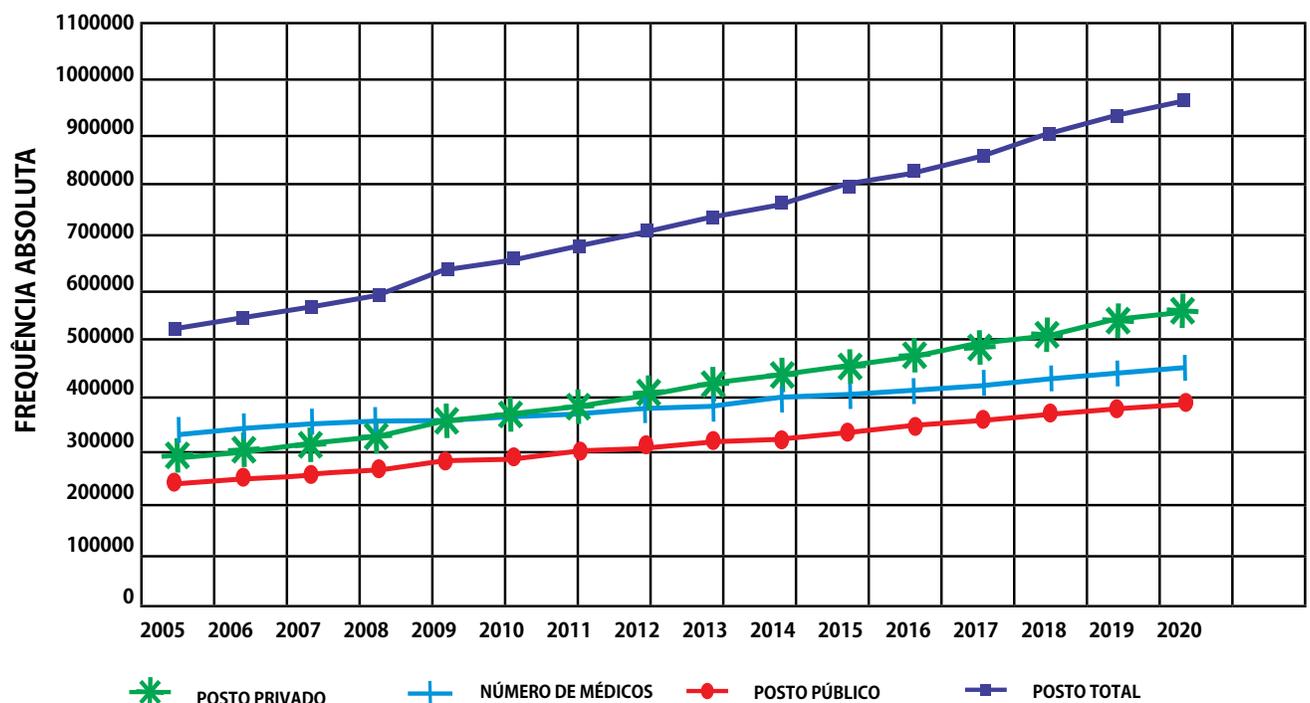
Considerando-se que em oito anos o país terá uma população de 207.143.243 pessoas, a razão será de 2,20 médicos por 1.000 habitantes. Este indicador é 0,30 médicos por mil habitantes menor do que a meta definida pelo governo (2,5/1.000) – meta, aliás, apontada como resultado de mera abstração, desprovida de fundamento científico.

Em 2020, com ou sem novas vagas, mas num cenário de falta de políticas que garantam a fixação de médicos, o país manterá os vazios de cobertura no Nordeste e no

Norte e uma alta densidade de profissionais no Sul e no Sudeste e em alguns estados do Centro-Oeste. Em Mato Grosso do Sul, as projeções sugerem aumento na razão médico/habitante. Se, entre os anos de 2000 a 2010, a relação médico-habitante passou de 0,965 para 1,527 (3.671 médicos), para o ano de 2020 a expectativa é que a razão médico/habitante salte para 2,42, com 6.721 em atividade no Estado.

O estudo – disponível no site do CFM (<http://www.portalmedico.org.br>) – será encaminhado às lideranças do movimento médico, aos parlamentares, aos gestores públicos e privados, a especialistas em ensino e trabalho, e entregue formalmente aos ministros da Educação, Fernando Haddad, e da Saúde, Alexandre Padilha.

PROJEÇÃO PARA A RELAÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO MÉDICO OCUPADOS NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO, 2010 – 2020





ARTIGO

HONORÁRIOS DO INTERCÂMBIO ESPOLIA MÉDICOS

Preclaros cooperados, Todos nós que exercemos na plenitude a medicina, atendendo usuários das Unimed's no nosso laborioso e incansável dia a dia de consultórios, hospitais e plantões, estamos sendo espoliados com os preços que nos são pagos quando atendemos os pacientes de intercâmbio, ou seja, pacientes de outras Unimed's que não a nossa Unimed Campo Grande. Ressaltamos que, quando médicos de outras Unimed's (cooperativas singulares) atendem usuários da Unimed Campo Grande, os preços pagos também são os mesmos. Então, é "chumbo trocado". Recebemos mal, pagamos mal, o que não invalida a urgente necessidade de melhorar os referidos honorários para todos. Entretanto, o mal maior, decorre do fato que uma Central Nacional Unimed e inúmeras Federações de Unimed's, são "exportadoras" de usuários, intermediadoras, "atravessadoras" de pacientes de intercâmbio, fechando contratos a nível regional e nacional com grandes empresas, cobrando taxa administrativa e repassando o atendimento obrigatório para as Unimed's singulares que são as que possuem os médicos e a capacidade de atender.

No entanto, a injustiça e o mau negócio para nós é que, quando repassam os clientes (o que é bom, pois quanto mais usuários, melhor), já determinam o preço defasado e aviltante para a expressiva maioria dos procedimentos

médicos (o que é ruim).

O que seria ético, honesto, justo e de espírito cooperativista para com os cooperados, os quais na realidade constitui o elo básico e fundamental do sistema, era a Central Nacional e as Federações negociarem melhor os contratos e reduzir ao máximo suas taxas de administrativas ou eliminá-las, propiciando daí um preço mais justo para os honorários do intercâmbio.

Obviamente que seria muito produtivo também se as Federações, Central Nacional, Unimed do Brasil reduzissem seus elevados custos com o grande número de dirigentes, assessorias, salários, diárias, viagens, eventos e mais eventos as vezes pouco produtivos e que, na sua maioria, poderiam ser realizados on line com custos bem menores.

Agora, vocês acreditam que esse pessoal do "alto escalão", eleito de forma indireta (biônicos), apoiados numa Lei do Cooperativismo, elaborada na época da ditadura militar, vai mexer em privilégios?

Vocês acham que a safra atual de altos dirigentes Federativos e Confederativos, "eternizados" nos cargos muitíssimo bem remunerados, têm qualquer interesse

em "abrir" o sistema, mudar via Congresso Nacional a Lei do Cooperativismo, para que cada cooperado em cada Unimed Singular votasse diretamente para eleger todos seus representantes em todos os níveis?

E o pior de tudo é não termos o direito de acesso direto às informações de todo tipo que desejássemos nestas instituições. São "caixas pretas" fechadíssimas, sem acessibilidade direta de todos nós cooperados "mortais comuns". No mínimo, por ora, cada Unimed singular deveria fazer valer suas prerrogativas e dar conhecimento a todos os cooperados nas bases sobre o funcionamento, desempenho, importância, custos administrativos, salários, etc.. destas entidades. Será que elas valem o custo-benefício? Se valem, ou não, temos o direito de saber.

Precisamos ser convencidos disso, de forma clara, transparente, com todos os detalhes. Esperemos sentados!

Numa visão macroeconômica, é óbvia a importância do sistema aumentar o número de usuários, evitar ao máximo deixá-los para a concorrência. Porém, isso tem limites e não é sequer razoável negociar contratos com preços muito baixos e que no fim serão subsidiados pelos serviços e

suor dos médicos. Não discuto que às vezes é necessária e importante a intermediação pela Central Unimed ou Federação para negociar um contrato, o que questiono é que, nesta situação, os cooperados ficam com mais ônus e menos bônus. É sabido que existem cooperados se negando a fazer alguns procedimentos, não emergenciais, pelo intercâmbio. A luz amarela de alerta está acesa!

Vejo e acompanho com orgulho o crescimento do sistema Unimed, liderando e ganhando prêmios todos os anos. É, sem dúvida, o melhor plano de saúde para os usuários, tem credibilidade, capilaridade, Unimed não é apenas uma marca famosa, é uma "grife". Contudo, esta grandeza não esta refletindo adequadamente nos honorários médicos, muito especialmente no intercâmbio. Acompanho há mais de 30 anos cooperados sacrificando ora mais ora menos seus honorários em prol do crescimento da marca Unimed em todo o país, mas desconheço exemplos de dirigentes federativos e confederativos com o mesmo espírito de servir, doar ao nível de algum "sacrifício", servir e não servir-se.

Segundo Roberto Rodrigues, consultor da FGV, ex-ministro da Agricultura e líder cooperativista de renome mundial, as cooperativas precisam de três condições básicas para se desenvolver positivamente:

1º – Precisam ser necessárias.

2º – Precisam ser viáveis economicamente: cooperativa é uma empresa, com a diferença que o lucro não é o fim em si. Ela é o instrumento que objetiva "corrigir o social através do econômico". Portanto, a cooperativa deve oferecer aos seus cooperados – de qualquer ramo – serviços que lhes permitam evoluir economicamente.

3º – É preciso espírito associativo e lideranças capazes de conduzir o processo. Lamentavelmente, é indiscutível, a maioria dos dirigentes federativos e confederativos não possuem capacidade, criatividade, altruísmo e desprendimento para incrementar a 2ª condição acima descrita ou não desejam, por acomodação e satisfação pessoal plena em seus duradouros cargos. Os honorários de intercâmbio constituem uma prova disso.

Daniel De Foe, escritor inglês, escreveu que "o mais elevado grau da sabedoria humana é saber adaptar o caráter às circunstâncias e manter-se calmo, sem indignação apesar das tempestades externas".

Que me perdoe o escritor, mas não consigo deixar de indignar-me com a falta de transparência dos escalões superiores do cooperativismo médico, tanto no sistema Unimed e Unimed. É tempo de união.

Wellington Penaforte
Geriatra
penaforte@brturbo.com.br



**Confiança para o médico,
segurança para o paciente.**



ARTIGO

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

A SAÚDE NA LONGEVIDADE DEPENDE DE NOSSAS ATITUDES

Nos anos 90, a população de idosos era de aproximadamente 10 milhões de indivíduos, ou seja, 7% da população total do Brasil. De acordo com dados preliminares do Censo Demográfico de 2010 (IBGE), atualmente, esta porcentagem é de 11,3% e as previsões são de que, em 2025, a população com mais de 60 anos chegue a 15%.

Considerando que, à medida que as pessoas atingem idades avançadas, aumenta o risco de que elas adquiram doenças crônicas e desenvolvam incapacidades, conclui-se que os médicos atenderão cada vez mais idosos frágeis e com múltiplas doenças crônicas. Portanto, ações de promoção de saúde e ações preventivas se fazem necessárias para minimizar o impacto das doenças e suas consequências sobre os indivíduos e a sociedade.

Tendo em vista a proliferação, no Brasil, de propostas de tratamentos que visam

prevenir, retardar, modular ou reverter o processo de envelhecimento, bem como prevenir doenças crônicas e promover o envelhecimento saudável através de reposição hormonal, suplementação vitamínica e/ou uso de antioxidantes, a SBGG designou um grupo de especialistas para realizar uma revisão de literatura com o objetivo de avaliar a eficácia

e a segurança do uso dessas substâncias com os fins acima citados.

“

O envelhecimento é um processo natural pelo qual passa todo e qualquer ser humano desde sua concepção até sua morte. Não há como evitá-lo, mas há como recebê-lo bem e com qualidade de vida.

”

Abaixo algumas considerações gerais: -Os idosos são mais sensíveis à iatrogenia e aos efeitos adversos de medicamentos; portanto a prescrição deve ser baseada em evidências de eficácia e segurança, bem como em indicações estabelecidas cientificamente. -Inúmeros estudos de excelente qualidade científica têm demonstrado a influência do estilo de vida saudável, das atividades físicas e da dieta balanceada para o que se

convencionou chamar de envelhecimento bem sucedido, ativo ou saudável, e estas recomendações sim, jamais devem ser esquecidas na prática clínica.

-Há uma proliferação de cursos de extensão, educação continuada e pós-graduação em medicina antienvhecimento, ou com denominações diferentes, cuja base é o treinamento de profissionais para prescrição de hormônios e outros tratamentos sem comprovação científica, com o suposto objetivo de prevenir, retardar ou modular ou reverter, o processo de envelhecimento.

-Em estudos clínicos de boa qualidade metodológica nenhuma vitamina e/ou antioxidante, reposição hormonal ou qualquer outra substância demonstrou ser capaz de reverter ou retardar o processo de envelhecimento

(nível de evidência A).

O envelhecimento é um processo natural pelo qual passa todo e qualquer ser humano desde sua concepção até sua morte. Não há como evitá-lo, mas há como recebê-lo bem e com qualidade de vida.

A saúde na longevidade depende mais de nossas atitudes do que de milagrosos “comprimidos de juventude”. Infelizmente, essa realidade ainda carece de aceitação popular para que essas ações tornem-se práticas habituais de nosso cotidiano. Para a grande maioria das pessoas, ainda é bem mais simples e cômodo usar ou prescrever um medicamento, do que aderir ou orientar um estilo de vida saudável

Marta Driemeier
Médica Geriatra pela
EPM-UNIFESP

ARTIGO

PRECISAMOS DE CLÍNICOS

Em dezembro de 2011, o Conselho Federal de Medicina publicou em seu jornal, na página 7, uma pesquisa intitulada “Demografia Médica” dizendo que o percentual de generalistas no Brasil é positivo. Das 53 especialidades médicas, a Clínica Médica está em 5º lugar com 5,2% do total. A pediatria ocupa o 1º lugar com 13,31%.

As especialidades básicas como Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetria, Pediatria e Clínica Médica estão entre o 1º e 5º lugares, portanto, em princípio não há carência desses especialistas no País. Esses cálculos são sobre uma base de 371.788 médicos

ativos. No Estado são 6.994 e em Campo Grande, 3.518 médicos. O Conselho Federal também comenta que há desigualdade entre regiões quando no sudeste 54,97% dos médicos são especialistas e na região norte, apenas 3,47%. Quem está certo ou errado, Sudeste ou Norte? O conselho federal mistura alho com bugalhos quando diz que há desigualdade de especialistas e que o percentual de generalistas é positivo.

Por que então tanta dificuldade na solução das doenças quando sabemos que 80% dos problemas de saúde que motivam o paciente a procurar um médico, são autolimitadas? O Conselho engloba num mesmo conceito os ge-

neralistas, clínicos, e médicos de família. Generalista é o que não tem qualquer formação complementar após a graduação. Pode ter desempenho excepcional, mas não é a regra. Médico de família é o que deveria ter treinamento em problemas básicos atendendo às famílias, da criança ao idoso, e evitando com isso o agravamento de doenças simples e atuando no desenvolvimento de atitudes que previnem doenças, principalmente as degenerativas. Clínico é o que fez residência em clínica médica por dois anos. É o que cuida de pacientes complexos. Doença crônica avançada requer conhecimento médico, julgamento e experiência bem como paciência e

habilidade em trabalhar com recursos comunitários. Manejar doentes com eficiência dentro e fora do hospital é o foco central do clínico. Não temos clínicos que queiram exercer esse papel. Numa sociedade capitalista o motivo é a necessidade de estudo e dedicação total por baixos salários e não reconhecimento da sociedade que acredita que clínico é o que nada sabe.

Não há política nacional de valorização de clínicos. Aprego-se a criação de novas escolas médicas, inclusive em locais sem o mínimo corpo docente disponível, como em Três Lagoas, acreditando que mais médicos resolverão o problema do diagnóstico preciso e tratamento oportuno.

Estamos enveredando por caminho sem volta quando priorizamos o especialista em detrimento do clínico. Essa política encarece sobremaneira a medicina quando seria muito mais econômico atrairmos os clínicos e usarmos melhor as residências em clínica médica já ativas no País.

O clínico tem condição de fazer frente à demanda do atendimento primário ao suporte do atendimento hospitalar terciário e até quaternário. É preciso ficar atento para onde estamos sendo levados.

Luiz Ovando
Clínico e cardiologista

PIONEIROS EM MS

MOVIDA A CALOR HUMANO

Em plena atividade, aos 76 anos, Maria de Lourdes dos Reis dá aula sobre o que é ser médico

Lá se vão 51 anos, dos 76 de vida, dedicados à missão de cuidar, minorar dores e curar. Maria de Lourdes dos Reis, viúva de Hélio Ruiz, mãe de três filhos – Marcus Antônio Ruiz, Hélio Tadeu Ruiz e Patrícia H. dos Reis Ruiz – é uma médica à moda antiga. E a palavra antiga aqui não tem qualquer conotação pejorativa, muito pelo contrário.

De fala firme e segura, a mineira de Itajubá conta que veio para Aquidauana aos dois anos, juntamente com a família e o pai, militar transferido. Anos depois, foi para Campo Grande, onde estudou no Colégio Auxiliadora, em regime de internato. “De lá fui para Curitiba, onde me formei em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, em 1961, e, no ano seguinte, estava de passagem pela cidade de Jardim, onde ia pegar uma carona no avião do Correio Aéreo Nacional (CAN) para o Rio de Janeiro, para me apresentar no curso de residência médica no Hospital dos Servidores do Estado”, lembrou.

O único médico civil da cidade estava de férias. Convencida por um amigo da família, o coronel Stuck de Alencastro, Maria de Lourdes decidiu atender à população até a volta do médico. Mas, devido a dificuldades climáticas, o avião do CAN

não pode aterrissar e Maria de Lourdes perdeu o prazo para se apresentar no Hospital dos Servidores Públicos do Rio de Janeiro. “Assim, resolvi ficar em Jardim de vez e já se vão 50 anos”.

A médica trabalhou na enfermaria da Comissão de Estradas de Rodagem nº 3 (CER-3). O hospital foi construído por iniciativa do comandante da CER-3 e da população.

Todos ajudavam a angariar fundos para a construção e eram recebidas doações em dinheiro, material de construção e até em gado. Em 1966, estava construído o Hospital Marechal Candido

da Silva Rondon, mais conhecido como Hospital Marechal Rondon (HMR), que até hoje garante assistência à população de Jardim e região e continua a ser o único no muni-

cípio.

A recompensa? A doutora não hesita ao responder: “No início, a luta foi grande, mas muito prazerosa porque tínhamos a recompensa do carinho, da gratidão e do calor humano dos pacientes”, lembrou. “O médico de antigamente, além de ser da família, era o confidente e o conselheiro, era respeitado e querido”, completou.

Maria de Lourdes explica que hoje, com o avanço da tecnologia, com a globalização, os médicos não são mais respeitados como antes. “Para uns, viramos vilões, máfia branca, e por vezes somos encarados como inimigo do paciente”.

Na rede pública desde 1962, a médica foi uma das fundadoras e professora da Escola Normal de Jardim. Também foi secretária de Saúde do município por 16 anos e atuou como diretora clínica do HMR por duas décadas. E continua no hospital. “Até três anos

“Os jovens que pretendem fazer medicina podem ter certeza que estão abraçando uma profissão que requer abnegação, tolerância, amor ao próximo, estudo e doação de si, lembrando que status e enriquecimento serão consequência de sua dedicação profissional.”

atrás, fazia plantão de 12 horas diariamente, até que, por motivo de saúde, fui obrigada a reduzir a carga de plantão para seis horas diárias”. Mas, desde o dia 1º de julho, a doutora está se dedicando apenas à atenção básica na unidade de saúde da cidade. Por que fez essa escolha? A resposta vai na contramão do que pensam muitos médicos “consagrados”. “Vou fazer uma confissão: o que eu gosto mesmo na minha profissão é atender ao pobre, necessitado, aquele que realmente precisa e não pode pagar”, disse. E explica: “Até pode parecer falsa modéstia, porém não gosto de atender aquele paciente pagante que se porta com arrogância por ter condições de pagar”. Maria de Lourdes lembra do tempo em que a atuação profissional era feita por e com amor e tinha o justo reconhecimento da população. “Hoje, já não existe este calor humano. Não me refiro a todos, porém a maioria dos colegas olha muito para o status, o rendimento financeiro, o lucro trazido pela profissão e poucos se interessam pela medicina como um todo, não há mais clínicos gerais; hoje temos

a especialidade da especialidade”.

Maria de Lourdes alerta para o distanciamento na relação médico-paciente e a proliferação dos diagnósticos baseados quase que unicamente em exames laboratoriais. “A maioria dos médicos de hoje se afastou dos pacientes, só se atém aos laudos dos exames complementares, o que acaba também sendo exigido pelo paciente”, disse. “Muitos consideram apenas a leitura de laudos e resultados de exames como o bastante e suficiente, e infelizmente está acabando o médico que examina o paciente, ausculta, ouve suas reclamações com calma e atenção e examina o corpo inteiro”.

Para a médica, essa realidade dificulta muito a atuação profissional, principalmente no interior do Estado, onde são necessários clínicos gerais. “Poucos são os municípios de MS com condições e infraestrutura para darem suporte aos especialistas. O clínico geral do interior do Estado é um herói, até porque aqui o médico aprende a improvisar, devido à dificuldade de acesso as novas tecnologias”. Heróis são raros, mas imprescindíveis. Um viva a todos eles.

