

# Jornal Conselho



INFORMATIVO DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ - Nº 86 - MARÇO/ABRIL DE 2011

Editorial

## BIOÉTICA: RECORTES, DÚVIDAS E INQUIETAÇÕES

Recentemente, foi noticiado pelos meios de comunicação um fato, ocorrido em Curitiba, que dá o que pensar. Um casal, em busca de ter filhos, recorreu à inseminação artificial. Como resultado, nasceram três crianças. Ao vir à maternidade, o pai dos bebês mostrou-se insatisfeito e se dispôs a levar para casa apenas duas filhas, o que estaria mais de acordo com o planejamento familiar por ele estabelecido. Quanto à terceira criança, o doutor que a criasse... O caso foi parar no Conselho Tutelar. As técnicas de reprodução assistida, normatizadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução 1957/2010, “têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham se revelado ineficazes ou consideradas inapropriadas”. Sua utilização deve ser precedida do consentimento informado dos interessados, após a devida explicação sobre os aspectos técnicos, biológicos, éticos, econômicos e jurídicos do procedimento. Em caso de gravidez múltipla, não pode ser feita a redução embrionária. Leitores da matéria jornalística supracitada comentaram o tema dizendo que não viam muita diferença entre a atitude do pai, que queria “descartar” a terceira criança, e o descarte de pré-embriões.

Em sessão clínica ocorrida há poucos dias, o debate centrou-se nas circunstâncias que cercaram o tratamento de uma mulher jovem, internada em hospital público de Fortaleza com um grave quadro de leucemia. Acrescente-se que a enferma era Testemunha de Jeová e, em decorrência, não aceitava receber transfusão de sangue. Com a paciente piorando

muito e passando a correr risco de vida, o médico assistente se viu mais uma vez ante um impasse: respeitar a vontade da doente, ou utilizar medidas que poderiam ser salvadoras (com destaque para a transfusão de sangue), fazendo prevalecer o arbítrio do médico sobre a autonomia da pessoa hospitalizada? Socorrer a paciente, e assim poder sofrer a acusação de desrespeitar o direito à crença da enferma, ou

**“ O mundo é cada vez mais diversificado e plural. Conceitos há muito sedimentados são postos em xeque. Neste cenário, a bioética tem importante contribuição a dar, ampliando os horizontes da reflexão e estimulando a revisão desapaixonada de teorias e práticas no campo da saúde e da vida. ”**

não agir e ser passível de acusação por omissão de socorro? Estas situações, que ocorrem com certa frequência, suscitam dúvidas que estão longe de uma solução pacífica. Entretanto, existe norma promulgada pelo Conselho Federal de Medicina, a Resolução CFM nº 1021/1980, que disciplina, em síntese: 1) Se não houver iminente perigo de vida, a vontade do paciente ou de seu responsável deve ser acatada; 2) Caso se verifique iminente perigo de vida, o médico deve realizar a transfusão, independentemente de consentimento.

Noutro importante hospital da capital alencarina, um paciente jovem, não doador de órgãos, teve diagnóstico clínico de morte encefálica. Em circunstâncias assemelhadas, uma pergunta que surge é se os equipamentos que vinham mantendo artificialmente a vida do paciente podem ser de pronto desligados. Não havendo naquele nosocômio a possibilidade imediata de utilização de exames complementares que confirmassem a morte, houve certa hesitação dos médicos sobre o que fazer. Foi aí que os familiares pressionaram a equipe de saúde, no sentido de que fossem desligados os aparelhos. Atitude diametralmente oposta se deu em outro caso, acontecido há alguns anos (e estamos sempre falando de vivências em hospitais de referência de Fortaleza), em que o médico assistente de um paciente em morte encefálica se viu obrigado a prescrever para o *de cujus* drogas vasoativas e antibióticos.

As matérias citadas acima são ilustrativas de que se multiplicam os contextos em que talvez o maior desafio seja o de exercitar a capacidade de convivência entre opiniões, crenças e cosmovisões bastante diferentes. O mundo é cada vez mais diversificado e plural. Conceitos há muito sedimentados são postos em xeque. Neste cenário, a bioética tem importante contribuição a dar, ampliando os horizontes da reflexão e estimulando a revisão desapaixonada de teorias e práticas no campo da saúde e da vida.

**Dr. Ivan de Araújo Moura Fé**  
*Presidente do CREMEC*

**Aviso Importante**

**Pág. 2**

**Artigo:**  
*Bestialógico*  
*Livre-Associativo*

**Pág. 3**

**Artigo:**  
*Falta de leitos de*  
*UTI - a novela*  
*continua...*

**Págs. 4 e 5**

**CIX Fórum de Ética**  
*Médica do Interior*

**Pág. 6**

**PARA USO DOS CORREIOS**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE                     | <input type="checkbox"/> FALECIDO                |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO                 | <input type="checkbox"/> AUSENTE                 |
| <input type="checkbox"/> RECUSADO                     | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO           |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE        | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO | PORTEIRO OU SINDICO                              |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL

EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# MP520 / EC29



empresa pública sob a forma de sociedade anônima, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado para gerenciar os Hospitais Universitários (HUs). Já a EC29, proposta em 13 de setembro de 2000, altera seis artigos da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Os dois líderes, o parlamentar e o sindical, entendem que a EC29 que asseguraria recursos para o financiamento do SUS, já com onze anos de discussão e debate, perdeu vaza, já não acrescentará nada de substancial ao SUS, tendo de ser anulada ou se aprovada na Câmara de Deputados, refeita no Senado. Quanto à MP520, que cria uma empresa pública com personalidade de direito privado,



visando gerenciar os HUs, entende pontualmente o Deputado João Ananias que seja despropositada, uma vez que, apenas conotaria mau gerenciamento da coisa pública por servidores públicos, o que reputa falacioso ou inverídico.

Os dois próceres da categoria médica nessa discussão denunciam investidas *inominadas* contra o SUS e se declaram, com o apoio do Conselho, defensores irrestritos do Sistema Único de Saúde.

*Obs. Texto de responsabilidade de Menezes, DB*

Segunda feira última, 25 de abril do ano corrente, estiveram no Plenário do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, o Deputado Federal, Dr. João Ananias Vasconcelos Neto, PC do B, e o presidente do Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará, Dr. José Maria Arruda Pontes. Trouxeram à discussão a Medida Provisória 520 e a Emenda Constitucional 29, temas recorrentes da categoria médica que envolvem assuntos de supremo interesse.

Para entender: a MP520, de 31 de dezembro de 2010, autoriza o Poder Executivo a criar

## JURÍDICO / EMENTAS

### PARECER CREMEC Nº 01/2011

**Assunto:** Atuação do médico especialista em Cardiologia.  
**Parecerista:** Conselheira Valeria Goes Ferreira Pinheiro  
**Ementa:** O médico legalmente inscrito no Conselho Regional de Medicina poderá exercer a medicina em qualquer dos seus ramos (áreas ou especialidades). Para o exercício legal da medicina no Brasil, o médico formado no exterior deve ser inscrito no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde pretende atuar.

### PARECER CREMEC Nº 02/2011

**Assunto:** Se enfermeiro pode baixar a dose de medicamento sem a prescrição médica  
**Relator:** Cons. Lúcio Flávio Gonzaga Silva  
**Ementa:** Não é permitido ao enfermeiro alterar prescrições de medicamentos, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, quando o médico deve ser comunicado imediatamente.

### PARECER CREMEC Nº 03/2011

**Assunto:** Plantão de neonatologia  
**Relator:** Cons. Lúcio Flávio Gonzaga Silva  
**Ementa:** Enquanto único plantonista, diante de casos graves ocorrendo simultaneamente, o médico deve priorizar sua atenção para o de maior urgência, registrar em prontuário todos os fatos e notificar o diretor técnico para que providencie a assistência de outros profissionais.

### PARECER CREMEC Nº 04/2011

**Assunto:** Solicitação de distribuição de amostra grátis  
**Relator:** Cons. Lúcio Flávio Gonzaga Silva  
**Ementa:** Caso o médico não faça a solicitação de amostra grátis de medicamentos, ele não está obrigado a assinar o pedido respectivo.

## Aviso Importante

O Conselho Federal de Medicina publicou no Diário Oficial da União de 12/01/2011, Seção I, p. 96, Resolução que dispõe sobre o Registro de Qualificação de Especialidade Médica em virtude de documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989.

Rogamos aos senhores médicos interessados que, para obterem informações devidas e precisas, se dirijam ao *site* do Conselho Federal de Medicina, em que jaz o documento; ou seja [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br).

**Fique Ligado!**

Este é o novo número do  
telefone do CREMEC

**(85) 3230.3080**

## ARTIGO

**BESTIALÓGICO LIVRE-ASSOCIATIVO**

Dalgimar B. de Menezes.

Como diz o secular Vicente Rodrigues Palha, mais conhecido como Frei Vicente do Salvador, eclesiástico, “da largura que a terra do Brasil tem para o Sertão não trato, porque até agora não houve quem a andasse por negligência dos portugueses, que, sendo grandes conquistadores de terras, não se aproveitam delas, mas contentam-se em andar arranhando ao longo do mar como caranguejos.” *História do Brazil, 1627*. O conselheiro Menezes com seus *eons* de vida, acha bastante desfocada da época a badalada assertiva; por outro lado, continua verdadeira. Aliás, equivocava-se ele, o conselheiro, a julgar até bem pouco, que essa observação pertencia ao celebrado Antonil, cuja famosa frase é bem outra e remonta ao Inferno, ao Purgatório e ao Paraíso.

Em verdade, pediu ele ao Sr. Brito Júnior e a outros pesquisadores, que contassem, por favor, quantos médicos se tinham inscrito primariamente no Conselho Regional de Medicina do Ceará, no ano de 2010. Veio a resposta: 597. Concluiu rapidamente: com as fornadas das duas faculdades de medicina particulares que este ano graduarão médicos, o número se elevará para 666; pois, como o cons. Menezes é muito religioso: o número da besta do Apocalipse. *Eia pois, advogada nossa, esses vossos olhos misericordiosos a nós volvei*.

No seu *blog Meu Cérebro na Rede* a Dra. Lia Sanders cita um Dr. Dalgimar dizendo: *Cerca de quatro anos atrás, era o Dr. Dalgimar afirmando que o destino da geração médica atual era o Programa de Saúde da Família (PSF) e eu batendo o pé que não*. Ora, tal profeta continua vaticinando que esse é o destino da geração médica atual, e acha isso uma coisa muito boa, *sem blog, sem blague*. Só que, até o presente momento, o Programa de Saúde da Família - uma das forças que conduziram os gestores do país a permissivarem a abertura de milhares Faculdades de Medicina pelo mundo fora, inclusive fora do Brasil (Além da ELAM, Cuba, uma Privada Abierta e outra Privada del Valle, da Bolívia, e uma newtoniana-leibniziana, Integral Diferencial, do Piauí) - tem, como o conselheiro Menezes já referiu diversas vezes em outros artigos, se constituído no Purgatório dos recém-formados (antes o conselheiro usava o termo Legião Estrangeira, hoje também); ouroboros, voltando à citação, de modo mais ou menos pernóstico do velho e renomado Antonil; para rimar, algo parallaxeadamente, outro celebrado explicador do *Brazil*.

Parece-lhe (ao cons. Menezes) que os mais que se formarão este ano, todos oriundos de bem aquinhoadas classes médias, e naturalmente cidadãos, se cogitarem de ir ao Programa de Saúde da Família, o farão sim, para passar um chuva (Falta ao conselheiro uma outra figura de linguagem, balda inspiração!).

Retornando um pouco ao cabotinismo erudito, não há médicos no Purgatório de Dante, mas lá pelo Canto XXIX desse mesmo *resort*, que se encontraria no Hemisferio Sul, onde não há pecado, no dizer Gasparr Barleus em 1660, “*Ultra aequinoxialem non peccati*, tradução de Holanda FB, *não existe pecado do lado de baixo do equador*. Pois não, o poeta, em alegoria dentro de Alegoria, como em Shakespeare de *Hamlet* e *Midsummer night's dream*, (peça de teatro dentro da peça), faz desfilar diante de seus olhos 24 anciães, dentre eles Lucas, que seria médico, não nominado - com diz o Alequy - mas dito discípulo do renomado Hipócrates. Eis, neste bestialógico, o precursor de Shakespeare, não adiantando dizer que o truque é velho, velho inclusive no cinema, como magnificamente executado em *The French Lieutenant's Woman* (1981, Karel Reisz, John Fowles, Harold Pinter) e em *Carmen* (1983, Carlos Saura, Proper Merimée).

Os planejadores do SUS têm razão. Vão ser tantos os médicos que não caberão mais nas grandes cidades - como os automóveis - e aí então, terão de ir ao Programa de Saúde da Família. Nisso, naturalmente, se não houver perversão da ordem natural das coisas do mercado, os proventos deverão ser rebaixados.

Agora, para programas de ordem mais sofisticada do que o PSF, no momento, o governo do Ceará vai ter dificuldades imensas de compor os quadros de suas Policlínicas e Hospitais Polos. A questão aqui já é bem outra, para continuar em disposição cultural e pedante: aí são outros quinhentos mil-reis (expressão freqüentado por Camões, quase freqüentada por Cervantes e bem freqüentada por Millor Fernandes.) Essas instituições necessitam de especialistas, e onde e como deverão ser rapidamente engenhados? O cons. Menezes reflete, neste bestialógico, por certo, está palimpsestando, e recorda o *Caçador de Esmeraldas, Ah! quem te vira assim no alvorecer da vida*.

E recorda, de novo, o velho Frei Vicente do Salvador, agora misturado a Menotti del Picchia e naturalmente Antonil: como Juca Mulato, *cisma*; há necessidade, no momento, inclusive de formação de especialistas para a Medicina de Catástrofes, de Calamidades; basta lembrar os fatos recentes do derretido da serra no Rio de Janeiro, do terremoto do Haiti, do terremoto do Japão, e vêm mais, sem esquecer os dez acidentes graves de motocicleta na capital alencarina (que clichê mais besta!) e naturalmente, as tragédias do Afeganistão, do Iraque, provocadas, como centenas de outras, pelos nossos amigos norte-americanos, que, no retorno ao Frei Vicente, ainda chegarão aqui, pela necessidade da Internacionalização da Amazônia, pela água, não somente pelo óleo. Com certeza outros quinhentos mil-reis. O conselheiro Menezes sabe que a arte é longa e a vida, breve.

**CONSELHEIROS**

Aldaíza Marcos Ribeiro  
Alessandro Ermani Oliveira Lima  
Dagoberto César da Silva  
Dalgimar Beserra de Menezes  
Erika Ferreira Gomes  
Eugênio de Moura Campos  
Fernando Queiroz Monte  
Francisco Alequy de Vasconcelos Filho  
Francisco das Chagas Dias Monteiro  
Francisco de Assis Clemente  
Francisco Dias de Paiva  
Francisco Flávio Leitão de Carvalho Filho  
Helena Serra Azul Monteiro  
Helly Pinheiro Ellery  
Hélcio Neves Feitosa  
Ivan de Araújo Moura Fé  
José Ajax Nogueira Queiroz  
José Albertino Souza  
José Fernandes Dantas  
José Gerardo Araújo Paiva  
José Málbio Oliveira Rolim  
José Roosevelt Norões Luna  
Lino Antonio Cavalcanti Holanda  
Lucio Flávio Gonzaga Silva  
Luiz Gonzaga Porto Pinheiro  
Maria Neodan Tavares Rodrigues  
Ormando Rodrigues Campos Junior  
Rafael Dias Marques Nogueira  
Regina Lúcia Portela Diniz  
Régis Moreira Conrado  
Renato Evando Moreira Filho  
Roberto César Pontes Ibiapina  
Roberto da Justa Pires Neto  
Roberto Wagner Bezerra de Araújo  
Rômulo César Costa Barbosa  
Sylvio Ideburque Leal Filho  
Tales Coelho Sampaio  
Urico Gadelha de Oliveira Neto  
Valéria Góes Ferreira Pinheiro

**REPRESENTANTES DO CREMEC**

**NO INTERIOR DO ESTADO**  
**SECCIONAL DA ZONA NORTE**  
ARTHUR GUIMARÃES FILHO  
FRANCISCO CARLOS NOGUEIRA ARCANJO  
FRANCISCO JOSÉ FONTENELE DE AZEVEDO  
FRANCISCO JOSÉ MONT'ALVERNE SILVA  
JOSÉ RICARDO CUNHA NEVES  
RAIMUNDO TADEU DIAS XEREZ  
End.: Rua Oriano Mendes - 113 - Centro  
CEP: 62.010-370 - Sobral - Ceará

**SECCIONAL DO CARIRI**  
CLÁUDIO GLEIDISTON LIMA DA SILVA  
GERALDO WELILVAN LUCENA LANDIM  
JOÃO ANANIAS MACHADO FILHO  
JOÃO BOSCO SOARES SAMPAIO  
JOSÉ FLÁVIO PINHEIRO VIEIRA  
JOSÉ MARCOS ALVES NUNES  
End.: Rua da Conceição - 536, Sala 309  
Ed. Shopping Alvorada - Centro  
Fone: 511.3648 - Cep.: 63010-220

**SECCIONAL CENTRO SUL**  
Antonio Nogueira Vieira  
Ariosto Bezerra Vale  
Leila Guedes Machado  
Jorge Félix Madrigal Azcuy  
Francisco Gildivan Oliveira Barreto  
Givaldo Arraes  
End.: Rua Professor João Coelho, 66 - Sl. 28  
Cep: 63.500-000 - Iguatu/Ceará

**LIMOEIRO DO NORTE**  
Efetivo: Dr. Michayllon Franklin Bezerra  
Suplente: Dr. Ricardo Hélio Chaves Maia  
CANINDÉ  
Efetivo: Dr. Francisco Thadeu Lima Chaves  
Suplente: Dr. Antônio Valdeci Gomes Freire  
ARACATI  
Efetivo: Dr. Francisco Frota Pinto Júnior  
Suplente: Dr. Abelardo Cavalcante Porto  
CRATEÚS  
Efetivo: Dr. José Wellington Rodrigues  
Suplente: Dr. Antônio Newton Soares Timbó  
QUIXADÁ  
Efetivo: Dr. Maximiliano Ludemann  
Suplente: Dr. Marcos Antônio de Oliveira  
ITAPIPOCA  
Efetivo: Dr. Francisco Deoclécio Pinheiro  
Suplente: Dr. Nilton Pinheiro Guerra  
TAUÁ  
Efetivo: Dr. João Antônio da Luz  
Suplente: Waltersá Coelho Lima

**COMISSÃO EDITORIAL**

Dalgimar Beserra de Menezes  
Urico Gadelha  
Francisco Alequy de Vasconcelos Filho  
(Suplente)  
CREMEC  
Rua Floriano Peixoto, 2021 - José Bonifácio  
CEP: 60.025-131  
Telefone: (85) 3230.3080  
Fax: (85) 3221.6929  
www.cremec.com.br  
E-mail: cremec@cremec.com.br  
Jornalista responsável: Fred Miranda  
Projeto Gráfico: Wiron  
Editoração Eletrônica: Júlio Amadeu  
Impressão: Gráfica Ronda

# Falta de leitos de UTI - a novela continua...

\*Dr. Joel Isidoro Costa



Do estimado Conselheiro Menezes recebo a convocação: fazer um relato atualizando a problemática da oferta de leitos de Terapia Intensiva para nossa sofrida população. Tento agora desincumbir-me de tal tarefa, usando como base textos anteriormente publicados neste Jornal e atualizando-os, na medida do possível.

Desde 2003, ano em que se iniciou o processo informal de definição e tipificação de uma nova entidade nosológica, sabidamente fatal, conhecida como “**falta de vaga em UTI**” (à época, o paciente chegava ao serviço de emergência declaradamente morto, qualquer que fosse a causa, mas era divulgado amplamente pela imprensa que a causa da morte foi a inexistência imediata de um leito vago em UTI), várias tratativas foram efetuadas, em vários fóruns, objetivando racionalizar a implantação, funcionamento e ocupação de serviços intensivos. Nestas negociações se envolveram a Justiça (em seus diversos níveis), o Ministério Público, o Governo (também nas várias esferas de atuação), a imprensa, só para citar os principais. Raras vezes foram chamados a se manifestar os profissionais intensivistas e as entidades que os respaldam: Sociedade Cearense de Terapia Intensiva – SOCETI (regional da Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB) e Conselho Regional de Medicina.

Em abril daquele ano, mês anterior ao noticiário, o Ceará contava com 352 leitos de UTI, sendo 253 na Capital e 99 no interior, numa cobertura claramente insuficiente da população. Por conta dos esforços efetuados, tanto por parte do setor público (principalmente) como do setor privado, ao longo dos últimos seis anos este número foi ampliado para atuais 715 leitos, com 593 em Fortaleza e 122 no interior do Estado, distribuídos em leitos intensivos adultos (471), pediátricos (87) e neonatais (157) (fonte: SESA).

Numa análise rápida, pode-se dizer que em termos numéricos a situação melhorou. No entanto, a necessidade de leitos continua longe do minimamente desejável. Com efeito, pelos critérios da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.101, de 12 de junho de 2002, para cobertura da população cearense estimada para 2011, seriam necessários entre 845 e 2.113 leitos de UTI, representando 4 a 10% do total de leitos hospitalares do Estado. De acordo com a entidade representativa oficial da especialidade, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), o número mais adequado de leitos intensivos seria em torno de **7% do total de leitos hospitalares**, o que representa 1.480

leitos de UTI, em números absolutos. Para comparação, seria este o mínimo necessário para a cobertura de Terapia Intensiva até a Copa de 2014, ou seja, mais que o dobro existente no momento.

Há unidades novas que não funcionam e há unidades que recentemente foram desativadas por falta de médicos. As dificuldades na especialidade Medicina Intensiva são tantas que a mesma continua a ser a segunda opção de maioria dos plantonistas de UTI. Motivos: baixa remuneração, condições de trabalho não satisfatórias, lida com a permanente incerteza, estresse laboral, jornadas duplas e triplas de trabalho. Um fator agravante é a falta de vinculação às instituições por conta de subterfúgios por estas utilizados, tais como contratação de pessoas jurídicas (que não dão plantões), o que só beneficia os patrões (os quais também não dão plantão) e gera um problema ético gravíssimo, que é a inversão do ônus da prova em casos de processos ético-profissionais, além da permanente burla às leis trabalhistas, numa subserviente renúncia dos médicos a direitos fundamentais.

Vejamos agora o que mudou (ou não mudou) no cenário, visando a atualização pretendida:

**1- A atenção primária e secundária continua precária**, contribuindo com o maior contingente de pacientes clínicos graves a demandar vaga em UTI; isto inclui os hipertensos, diabéticos, cardiopatas, hipercolesterolêmicos, asmáticos, etc., todos passíveis de controle ambulatorial simples mas que a rede de postos de saúde não consegue dispensar, o que os torna vulneráveis ao AVC, Infarto do Miocárdio, Descompensação Diabética, Pneumonia grave, etc. As diversas transições epidemiológicas que vivenciamos (aumento da longevidade, urbanização, prevalência de doenças degenerativas, cronificação das doenças, epidemia de obesidade) não têm sido abordadas de maneira adequada e efetiva pelos entes públicos responsáveis.

**2- O sistema de saúde na capital encontra-se sob gestão municipal mas a efetividade do mesmo, por conta de fatores diversos, está aquém da necessidade mínima da população; ultimamente, se cogitou a extremada paralisação de UTIs ligadas ao SUS por conta de atrasos consideráveis nos repasses de verbas por parte do gestor, problema que parece sem solução, o que inviabiliza o funcionamento dos serviços e até dos hospitais; resumindo, em governos de trabalhadores e de esquerda, a **saúde continua de pires na mão**, apesar dos propalados aumentos de arrecadação de impostos em todos os níveis.**

**3- A situação do sistema de saúde nos municípios** não é devidamente acompanhada pelos fiscais responsáveis – Estado e União; os fiscais na realidade são a imprensa e o Ministério Público Estadual, através da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública; a possibilidade de mudança para melhor, neste contexto, é praticamente inexistente, uma vez que os diversos níveis de governo nunca constituíram quadros de auditoria em saúde, através de concursos específicos, como manda a Lei maior, e a frágil fiscalização se dá de maneira improvisada, com elementos travestidos de auditores e desprovidos de autoridade e treinamento, além de altamente desmotivados. Há igualmente necessidade de fortalecimento e instrumentalização das ações municipais e estaduais de Vigilância Sanitária, conferindo-lhes autonomia, tornando-as livre de

influências políticas, de modo a que possam exercer sua atuação legal em relação a instituições públicas e particulares, cujo tratamento não isonômico tem sido uma das queixas constantes dos gestores privados.

**4- Por conta da insuficiência de leitos de UTI no interior e também pela baixa resolubilidade dos hospitais das microrregiões de saúde, a ambulancioterapia continua a pleno vapor, agora turbinada por um numero maior de veículos, já que tivemos eleições no final do ano passado, e os serviços dos hospitais públicos são rotineiramente utilizados como moeda de troca em negociatas politiquieiras (a análise de série histórica de atendimentos dos hospitais públicos em períodos eleitorais rapidamente mostra a veracidade desta afirmativa). O transporte intra-hospitalar de pacientes graves é precário, muitas vezes realizado em veículos não adequados, com assistência apenas do motorista e de algum familiar, eventualmente. O mais grave é que muitos pacientes perdem sua chance de melhoria e/ou de sobrevida ao submeter-se a tais deslocamentos sem a mínima condição (em Terapia Intensiva, tempo é vida!).**

**5- Os serviços de emergência persistem atuando com baixa qualidade, com recursos humanos mal formados, e em alguns casos conseguem piorar a condição clínica de um doente crítico antes que ele (sortudo!) seja aquinhado com uma vaga em UTI; noticiário repetitivo da imprensa nos torna cientes de que o SAMU funciona acima do limite de sua operacionalidade e na base da boa vontade, devido ao sucateamento dos instrumentos de trabalho. No setor privado, a maior parte dos hospitais mantém médicos de plantão apenas no serviço de pronto atendimento, deixando os pacientes internados nas enfermarias e apartamentos desassistidos ou sendo medicados à distância por seus médicos assistentes, o que freqüentemente provoca a entrada na UTI de pacientes sem necessidade de tratamento intensivo. Há **urgente necessidade da regulamentação** das Equipes ou Times de Resposta Rápida intra-hospitalares, e a obrigatoriedade de sua estruturação em hospitais dentro do perfil citado.**

**6- Os hospitais com mais de 100 leitos e que não possuem UTI ou que não possuem leitos intensivos em número adequado às suas necessidades **continuam a desobedecer à legislação oficial**, onde consta recomendação expressa neste sentido, e pressionando o sistema quando algum dos seus pacientes evolui com gravidade, vindo a necessitar de atendimento intensivo.**



7- **Continua equivocado o modelo vigente** de funcionamento das UTI do setor privado, as quais não adotaram ainda o esquema dos médicos diaristas, contrariando a Resolução ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Neste tipo de UTI “aberta”, em que o doente tem um médico assistente que não faz parte do corpo de plantonistas e que muitas vezes não tem formação nem treinamento em doenças agudas e graves, o modelo tende a provocar um reducionismo da figura do médico plantonista, transformando-o num mero “intercorrentista”, ou no popular, num “pastorador” de doentes. Pior ainda, contribui para a entrada e manutenção de pacientes fora do perfil adequado, levando a gastos desnecessários, riscos para os pacientes, aumento da morbidade e elevação do tempo médio de permanência dos enfermos, fatos que deveriam ser melhor avaliados pelos planos de saúde que financiam tais despautérios.

8- Uma absurda **concentração de UTI na capital** deixa regiões totalmente desassistidas de atendimento intensivo no interior cearense, como os municípios de Maracanaú, Caucaia, Iguatu, Quixadá e outros assemelhados que teimam em não ter UTI, embora possuam significativos contingentes populacionais, sendo os dois primeiros grandes fornecedores de pacientes para os hospitais terciários de Fortaleza. A situação mais grave, porém, se encontra no município de Sobral, sede de uma macrorregião de saúde com aproximadamente 1.300.000 habitantes, onde o atendimento é insuficiente para pacientes adultos graves (somente 19 leitos intensivos) e neonatais (uma UTI de cinco leitos) e não há nenhuma UTI Pediátrica.

9- **A Tabela do SUS precisa urgentemente de correção substancial**; a diária de UTI paga pelo SUS está em torno de R\$ 473,00 e o custo mínimo relativo aos gastos de um paciente intensivo por dia é de R\$ 900,00, numa conta que não fecha e que só prejudica os pacientes e os hospitais que se aventuram a trabalhar para o SUS. Ultimamente temos assistido ao fechamento e/ou redução de unidades hospitalares conveniadas ao SUS ou sua absorção por planos privados de saúde.

10- É preocupante o **uso abusivo e equivocado do leito intensivo** por pacientes sem indicação, e as causas são várias: falta de retaguarda hospitalar quando da alta da UTI, comodismo e/ou desconhecimento de médicos, uso da UTI como unidade de recuperação anestésica, modelo de UTI “aberta” (como visto acima), prática da “medicina defensiva”, etc. Novamente, os planos de saúde e o SUS poderiam contribuir para uma maior disponibilidade de leitos caso mantivessem permanente vigilância a fim de evitar a continuação desta prática nociva.

11- Há necessidade de fortalecimento das centrais de regulação de leitos, quer municipais, quer estadual, com **aplicação rigorosa dos critérios de admissão à UTI**, a fim de evitar a transferência e entrada de pacientes em leitos de UTI sem a devida avaliação e regulação do processo, muitas vezes de enfermos que precisam de tratamento que pode ser dispensado fora dos ambientes intensivos; as listas de espera de vaga em UTI costumemente ultrapassam várias dezenas, contaminadas com pacientes fora do perfil e, se todos os doentes relacionados realmente necessitassem de cuidados intensivos, estaríamos diante de um genocídio diário.

12- De modo semelhante ao Estado, a **distribuição geográfica de UTI em Fortaleza é totalmente assimétrica**, com muitas UTI na região nobre da cidade (acompanhando os contingentes de pessoas que podem pagar planos de saúde e não depender do SUS) e bairros de grande densidade populacional sem nenhuma cobertura intensiva (por exemplo, não há nenhuma UTI em Parangaba, Conjunto Ceará



e adjacências). Há necessidade de correção desta tendência, de modo a proporcionar acesso facilitado para a população menos favorecida.

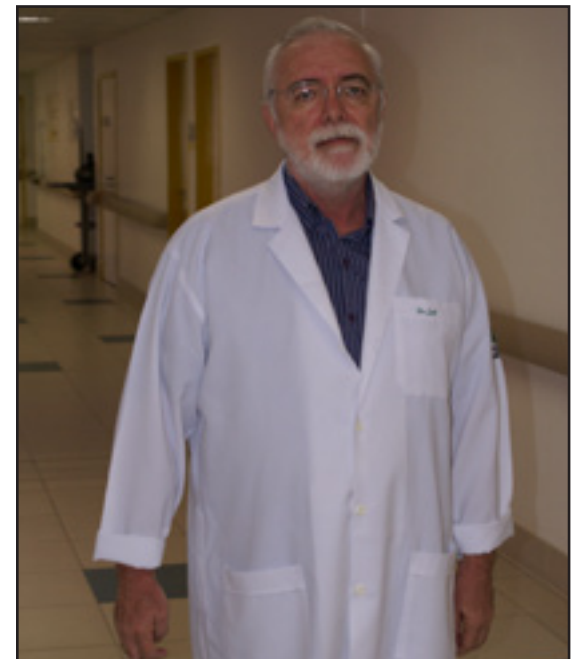
13- Há necessidade de criação de **estruturas hospitalares destinadas a acolher doentes crônicos e sequelados** (as “unidades de cuidados especiais”, de custo e manutenção mais baratos), os quais, equivocadamente, muitas vezes ocupam leitos de UTI, correndo riscos e prejudicando outros que realmente precisam e poderiam obter reais benefícios se submetidos a tratamento intensivo.

14- Há necessidade de criação de Unidades de Terapia Semi-Intensiva, aos moldes do preconizado na Resolução CREMEC nº 26, de 18 de fevereiro de 2002, para receber pacientes que não precisam mais de tratamento intensivo mas que ainda não estão inteiramente aptos a serem assistidos em enfermarias e/ou apartamentos. O estabelecimento de unidades intermediárias entre os dois níveis de atendimento proporcionaria a disponibilização de vagas em UTI; no entanto, relutam os hospitais, planos de saúde e o SUS, com a infundada suspeita de que tais unidades não são rentáveis; o único serviço existente em Fortaleza, no Hospital de Messejana, contraria amplamente esta suposição, apresentando **relação de custo-efetividade altamente favorável**, além de proporcionar atendimento de qualidade e humanizado a pacientes dentro deste perfil e que, de outra maneira, estariam ocupando desnecessariamente leitos de UTI.

15- **Continua urgente a capacitação de profissionais** para trabalhar com pacientes críticos, principalmente médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. A progressiva desativação de dependências do Hospital Universitário Walter Cantídio põe em risco uma das duas Residências em Medicina Intensiva do nosso Estado; há, pois, necessidade de definição de financiamento de tão importante centro formador na área da saúde, não podendo o mesmo atuar em função de esmolas do MEC ou de repasses insuficientes do SUS. **O aguardado advento das faculdades de medicina privadas frustrou a possibilidade de complementação de formação de pessoal na área da saúde, pela não implantação de novos hospitais-escola (um curso de medicina se consolida mais facilmente se dispõe de hospital-escola, de modo a formar discípulos, estabelecer tendências, ser vanguarda em pesquisas e avançar nas fronteiras do conhecimento médico, além de exercer nobre responsabilidade social).** No âmbito do governo estadual, há uma tendência de bem construir e equipar estruturas hospitalares mas sem a preocupação sobre como estas unidades entrarão em funcionamento. Pode-se até construir uma UTI, no seu contexto físico, em dois meses, mas não é possível criar-se uma equipe de

saúde multiprofissional com treinamento e experiência da noite para o dia. Para exemplificar as dificuldades nesta área: um Curso de Pós-Graduação em Medicina Intensiva chancelado pela AMIB e iniciado em setembro de 2009 em Fortaleza aceitou alunos financiados pela Secretaria de Saúde do Estado e, com prazo para terminar em março de 2011, até o momento não foi realizado um único pagamento por parte do governo estadual, o que causou evasão em massa dos alunos, pela probabilidade elevada de não virem a receber o devido certificado.

16- **Não há mecanismos de estímulos** para os profissionais atuantes na Terapia Intensiva, tais como remuneração diferenciada, gratificações por exercer profissão em regime insalubre e em ambiente fechado, salários suficientes para garantir exclusividade, etc. No setor público, há necessidade de realização de concurso com urgência, objetivando suprimir (ou pelo menos diminuir) a ilegalidade da entrada de profissionais pela porta dos fundos da terceirização desmedida; e no setor privado, há necessidade de fiscalização pelos órgãos responsáveis (Ministério do Trabalho, Procuradoria Regional do Trabalho, INSS, Sindicato dos Médicos) no tocante às relações de trabalho existentes, em que a promiscuidade campeia (presença de bóias-frias, remuneração paga em parte “por fora”, obrigação de criação de pessoas jurídicas, etc.).



Em vista do exposto, a atualização pretendida pelo Conselheiro Menezes pode ser resumida em três palavras já expostas no título: **“a novela continua...”**. Por falta de interesse dos diversos níveis de governo, baixa qualidade na atenção primária e secundária, financiamento insuficiente, desmobilização da sociedade, inexistência de estímulos reais aos profissionais de saúde intensivistas, assistiremos ainda a alguns capítulos desta interminável e massacrante novela. Soluções existem, como apontado, algumas de baixíssimo custo, mas dependem de disposição política e vontade de tomar e implantar decisões no setor. Finalizando, ressalte-se que a Sociedade Cearense de Terapia Intensiva e o Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará encontram-se à disposição para trabalhar junto com as autoridades e os órgãos envolvidos com o objetivo de fornecer atendimento de qualidade e segurança aos pacientes graves de nossa região, sem exceção.

*\*Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)  
Membro da Câmara Técnica de Medicina Intensiva do CREMEC*

# CIX FÓRUM DE ÉTICA MÉDICA DO INTERIOR

24 de fevereiro de 2011 - Auditório do Hospital Dr. João Elísio de Holanda - Maracanaú - Ceará

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará realizou na última semana do mês de fevereiro, o centésimo nono Fórum de Ética Médica do Interior. O encontro ocorreu no auditório do Hospital Dr. João Elísio de Holanda em Maracanaú, Ceará.

Após as formalidades de praxe, o conselheiro presidente Ivan de Araújo Moura Fé passou a palavra à diretora do hospital, Wanda Santos de Andrade, que discorreu sobre a *Situação do Hospital de Maracanaú*. Em seguida,

falou o representante da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Dr. Régis Sá Vieira que discorreu sobre as *Perspectivas na Área da Saúde do CRES*. O conselheiro Ivan deu continuidade ao programa do Fórum, desenvolvendo o tema *Segredo Médico e Atestados Médicos*. Após o almoço coube ao conselheiro José Roosevelt Norões Luna a responsabilidade de falar sobre *Relação com Pacientes e Familiares*, seguido, pelo conselheiro Lino Antonio Cavalcanti Holanda que, com a desenvoltura de sempre, palestrou

sobre *PSE, Diretor Técnico e Clínico, Comissão de Ética e Regimento Interno do Corpo Clínico*. Encerrando o CIX Fórum de Ética Médica do Interior o conselheiro José Málbio Rolim falou sobre *Relação Entre Médicos e Interface Profissional*. Em tempo: Os conselheiros Ivan Moura Fé, Lino Antonio, José Roosevelt Luna e Málbio Rolim realizaram uma visita oficial ao Hospital de Maracanaú na companhia de Dra Wanda Santos de Andrade.

## Flagrantes do Evento



Ivan Moura Fé e Dra. Mariâm



Dra. Wanda Santos de Andrade ladeada pelo presidente do CREMEC



Dr. Régis Sá Vieira representante da Secretaria de Saúde do Ceará



Conselheiro Luna



Conselheiro Lino



Ivan Moura Fé e João Cândido de Souza Borges, Diretor Geral do Hospital de Maracanaú



Conselheiro Málbio



Assistência do Fórum

## CÓDIGO DE ÉTICA 2010, LIVRO

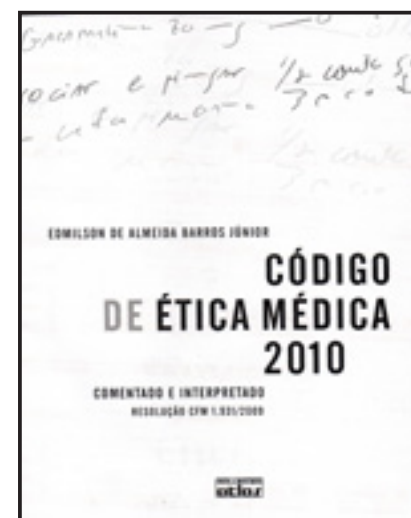
O médico, advogado e professor Edmilson de Almeida Barros Júnior lançou no dia 8 de abril de 2011, no auditório do CREMEC o livro Código de Ética Médica 2010, Comentado e Interpretado, editora Atlas, de São Paulo; o livro tem 472 páginas. Prefácio de Menezes DB. No detalhe a arte da capa do livro, fotos do evento e discurso do autor. A apresentação do livro foi feita pelo conselheiro Dalgimar B. de Menezes.



Da esq. para a dir. Edmilson de Almeida, Ivan Moura Fé e Prof. Dalgimar



O autor



Inicialmente explico as razões da obra. Sou formado em Medicina(1994) e Direito(2002). Desde 2002 advogo em defesa médica (processos judiciais - cíveis e criminais e extrajudiciais - administrativos e éticos).

Vi que o estudo da ética médica ocorre apenas no início do curso, época em que o estudante não tem maturidade para entender a importância do tema. Com o tempo, o pouco que foi aprendido se perde; até que um dia, sem saber o por quê, o médico se vê acusado em um procedimento ético.

A carência de obras sobre a ética médica é enorme; os trabalhos pecam pela superficialidade e incompletude, sem falar que a aquisição não é fácil. Por esta razão, através de uma editora nacional, oferto uma obra completa, com linguagem médica e jurídica (ambas acessíveis a leigos na área), capaz de servir como instrumento de pesquisa/consulta. Destaco aspectos práticos de prevenção/proteção jurídica, contra a crescente demanda de supostos erros.

Assim como ocorria no diploma ético - 1988, entendo que o Código atual mantém o caráter penalista, onde 72% de suas disposições são deveres/proibições, o que por si só, destrói qualquer argumento de corporativismo.

Em mais de 300 referências (grande parte dos conselhos), o livro demonstra que esses são órgãos públicos, integrantes da Administração Pública, cujos conselheiros são equiparados a servidores. Dada essa natureza, todos estão obrigados a atuar dentro do que a lei determina, o que, infelizmente, nem sempre ocorre nos Conselhos. Muitas

vezes, eles exorbitam a legalidade e cometem arbitrariedades. Tal fato tende a facilitar a anulação de atos, tendendo a impunidade de maus médicos e ainda podem gerar responsabilização dos Conselhos e Conselheiros pelas irregularidades cometidas.

A obra não defende o mau profissional. Este existe em qualquer área e deve ser punido. Ocorre que o poder punitivo estatal deve se pautar dentro do Estado Democrático de Direito. É verdade que os Conselhos julgam apenas a ética e não as leis, mas... afinal, de onde os Conselhos retiram a sua competência? O livro tem um diferencial ousado: aponta cada arbitrariedade cometida, mostrando os seus riscos/efeitos e propondo as devidas correções.

O prefácio foi escrito pelo Dr. Dalgimar, que participou da feitura dos Códigos de Ética de 1988 e o atual. Ambos os diplomas são seus filhos. Como qualquer pai, o professor defende com argumentos meta-jurídicos cada um dos códigos, notadamente quatro pontos criticados na obra: a) inconstitucionalidade da regulação sobre publicidade médica pelos Conselhos; b) atipicidade das sanções éticas; c) inconstitucionalidade da cassação e d) procedimento de interdição cautelar. Com os contrapontos apresentados pelo Dr. Dalgimar, o leitor se verá diante um desafio. Terá de ler a obra e criticamente tirar as suas conclusões, capazes de entender os motivos pelos quais o autor colocou um prefácio que elogia livro, mas que o critica em alguns aspectos.

Tenho consciência que gerarei controversas e discussões acaloradas; isso já começou pelo

prefácio, mas o juiz de minhas ideias será o tempo. A obra será manuseada por juristas que poderão questionar (e anular) atos dos Conselhos, quiçá responsabilizando-os pelas ilegalidades. Sempre que fundamentadas juridicamente, as críticas serão muito bem vindas e, informo que poderei rever algumas posições. Por outro lado, tenho a esperança de que os julgadores éticos reconheçam os pontos em que eu estiver certo e, assim, implementem as mudanças cabíveis. Ao final do prefácio, o Dr. Dalgimar instiga o autor e o leitor. Pergunta que outros direitos poderiam ser assegurados no Código? A resposta é simples. Quando a legalidade for respeitada, o médico passará a ter determinados direitos, tais como: saber previamente qual a pena lhe pode ser aplicada, se acaso cometer um ilícito ético e não terá uma pena perpétua prevista (cassação).

Eis o livro e o desafio: Combinei uma obra de pesquisa/consulta, contendo o entendimento dos Conselhos, e ao mesmo tempo, propus novos horizontes, honrando o papel prospectivo do jurista.

Somente respeitando os ditames legais, o Estado Democrático de Direito estará assegurado e, com ele, a sociedade, a Medicina e os bons médicos estarão protegidos. Desta forma, a anulação dos julgados seriam dificultados e a impunidade evitada. Os pacientes agradecem!!!!

Agradeço a presença de todos. Muito obrigado.

# FECHANDO A EDIÇÃO - MARÇO/ABRIL DE 2011

## ENCONTRO EM BEBERIBE

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará realizará nos dias 29 e 30 do mês de abril, na cidade de Beberibe o X ENCONTRO DAS CÂMARAS TÉCNICAS DO CREMEC e o XVIII FÓRUM DE DISCUSSÕES DO CREMEC, com a seguinte programação: Medida Provisória nº 520, Planos de Saúde, Auditoria Médica, Prontuário Eletrônico e Ação dos Conselhos na sua Implantação, Avaliação das Câmaras Técnicas, Avaliação do Papel das Seccionais e Representações, e, Revisão Funcional do CREMEC.

No próxima edição do jornal CREMEC cobertura sobre o evento.

### Correspondência

#### FIZ UMA CRÔNICA PARA COLOCAR NO JORNAL DO CREMEC...

Obrigado pela atenção,

Família por definição é um célula básica da sociedade formada por indivíduos ligados por laços afetivos. E tem uma importância singular na formação de novos indivíduos para comunidades secundárias e mais complexas. Ou seja, passar uma higiene salutar típica da nossa profissão médica. Entretanto, estamos na contramão da vida. Estamos indo contra a afetividade humana, um das mais poderosas ferramentas que nos separam dos seres mais primitivos do nosso planeta. Hoje o curso médico é incompatível com a célula mor da formação da família. Nas entrevistas de provas de residência médica, a pergunta que mais aparece, de caráter eliminatório, é se a pessoa tem filhos. Poxa vida onde vamos parar? Já não bastar passarmos por uma vida dura e difícil durante a academia médica. Agora a residência virou uma fonte de trabalho boa e barata para os hospitais? Nós médicos temos que socializar a profissão e dá um basta, nisso...

Um colega que foi o testa de ferro da luta de classe por salários mais dignos para a residência médica no Ceará, morreu mas não morreu em vão. Vamos parar de sermos tratados como peões de carga de hospitais falidos... O governo tem dinheiro suficiente, isso eu tenho certeza. Basta mobilização política. A bolsa de residência médica tem que ser igual à de uma bolsa de Pós-Graduação Stritu-Sensu classe doutoramento. Não deixem a luta morrer na praia. Ah só são três anos?!? Enquanto a classe médica não se unir e brigarmos entre nós mesmos, nunca seremos classe alguma.

*Paulo Roberto Cavalcante de Vasconcelos - 10888*

## RECADASTRAMENTO

### *Informações Importantes*

**Apesar de o recadastramento através da internet ter se encerrado em 11 de novembro último, continua a ser realizado na sede do CREMEC.**

**Quanto às novas carteiras expedidas após o recadastramento, estão disponíveis cerca de 4.000 cédulas na sede CREMEC.**

**Assim, solicitamos àqueles que já realizaram todo o procedimento (preenchimento *on line*, entrega dos documentos e assinatura) que entrem em contato com o CREMEC para receber o documento.**

**No Ceará, ainda existem 1.520 médicos que não realizaram o recadastramento. Relembramos que o recadastramento é obrigatório\*.**

#### \*Documentos necessários:

- Carteira de identidade (RG);
- Título de eleitor;
- CPF;
- Comprovante de residência (recente);
- Diploma;

- Títulos de especialista (Caso não tenha registro da especialidade no CREMEC, trazer cópia autêntica da Residência Médica ou título da AMB);
- Carteira profissional (Livro verde);
- Comprovante de sociedade em empresa de serviços médicos, se for o caso;
- Se médico estrangeiro, apresentar, também, comprovante de legalidade de permanência no país;