



Posse da nova Diretoria reúne a classe médica

Representantes da classe médica capixaba, bem como políticos que atuam na área da saúde prestigiaram a posse dos novos diretores do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo

p. 6 a 9

Planos de Saúde

Cartilha elaborada pelo CFM e AMB orienta sobre os requisitos mínimos para os contratos com as operadoras

p. 4

Publicidade médica

É preciso atenção redobrada na hora de divulgar assuntos médicos na internet, nas redes sociais e na mídia em geral

p. 8

Casos de gripe

Adote o Fluxograma da Classificação de Risco e Manejo de Paciente com Síndrome Gripal Aguda Grave. A situação é crítica

p. 12

Um período crítico que exige muita seriedade

Em meio ao turbilhão político-econômico que vive o Brasil, com grave crise na saúde pública, assumimos a Presidência do CRM-ES. O período é crítico e requer pulso firme em todas as esferas administrativas.

A nova Diretoria do CRM-ES está atenta aos acontecimentos políticos em âmbito nacional e local e pronta para colaborar para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento à população, quer no setor público quer no privado.

Sugestões não faltam, mas reconhecemos que é preciso ter bom-senso nas cobranças, porém exigindo condições viáveis de trabalho e de dignidade para o médico e seu paciente.

As fiscalizações nas unidades de saúde do Espírito Santo foram intensificadas e os relatórios oriundos dessas vistorias estão sendo enviados às autoridades públicas capixabas para servirem de base para as ações de melhoria a serem implantadas.

Reconhecemos, também o alerta feito recentemente pela secretária de Estado da Fazenda, Ana Paula Vescovi, sobre a situação crítica da saúde capixaba. Durante a prestação de contas na Assembleia Legislativa, ela afirmou que a saúde pública caminha para o colapso, já que cerca de 20 mil usuários de planos de saúde migraram para a rede pública, o que sobrecarrega ainda mais o sistema, e a queda, nos últimos 10 anos, nos repasses de recursos federais, entre outros fatores citados pela Secretária.



Independentemente do governo e das situações adversas do momento, manteremos nossa posição crítica e construtiva em prol da saúde capixaba. Tenho convicção de que as fiscalizações e a consequente identificação das melhorias necessárias contribuem para o planejamento e a execução das mudanças nas condições de trabalho e de atendimento médico no Espírito Santo.

Dentro do trabalho de fiscalização está também a conduta ético-profissional, com o Tribunal de Ética identificando e corrigindo possíveis desvios de conduta. Afinal, o bom exercício da Medicina passa, primordialmente, pela conduta ético-profissional do médico.

A Diretoria do CRM-ES está aberta ao diálogo e a sugestões. Venha conversar com a gente, apresente suas ideias e vamos trabalhar juntos.

Carlos Magno Pretti Dalapicola
Conselheiro-Presidente do CRM-ES

CRM-ES

Rua Professora Emília Franklin Mululo, 228,
Bento Ferreira, Vitória-ES. CEP 29.050-730
Telefax (27) 2122-0100 / www.crmes.org.br

Presidente: Carlos Magno Pretti Dalapicola
Aloizio Faria de Souza (Vice-Presidente) • Regina Célia Tonini (Secretária-Geral) • José Renato Harb (1.º Secretário) • Aron Stephen Toczec Souza (2.º Secretário) • Ana Maria Ramos (1.ª Tesoureira) • Jorge Luiz Kriger (2.ª Tesoureira) • Thales Gouveia Limeira (Corredor) • Rosane Ottoni Passos (Sub-Corregedora).

Conselheiros efetivos: Aloizio Faria de Souza, Alvaro Lopes Vereno Filho, Aron Stephen Toczec Souza, Carlos Magno Pretti Dalapicola, Celso Murad, Delson de Carvalho Soares, Erick Freitas Curi, Fabiano Pimentel Pereira, Fernando Ronchi, Hiram Augusto Nogueira, Jorge Luiz Kriger, Jose Renato Harb, Luis Claudio Limongi Horta, Marcelo Almeida Guerzet, Regina Célia Tonini, Rosane Ottoni Passos, Severino Dantas Filho (Licenciado), Suely Ferreira Rabello, Thales Gouveia Limeira, Vera Lucia Ferreira Vieira, Viviane Oliveira Lisboa Tacla.

Conselheiros suplentes: Adriano Carlos de Souza Oliveira (Licenciado), Alcides Viana Moraes, Ana Daniela Izoton de Sadovsky, Carlos Pimentel Moschen, Firmino Braga Neto, Flavio Takemi Kataoka, Gustavo Antonio Reis Lopes Picallo, Hudson Soares Leal (Licenciado), Jaime Ribeiro Coelho, Jobson Bortot, Jose Aid Soares Sad, Jose Magno Bufon, Lia Marcia Massini Canedo (Licenciada), Paulo Vicente de Stefano, Perácio Lora Soares, Rosana Alves, Ruy Lora Filho, Ubirajara Moulin de Moraes.

DELEGACIAS SECCIONAIS

NORTE CAPIXABA

Efetivos: Luiz Fernando Mendonça de Oliveira, Rafaela Figueira Caetano Azevedo, Jorge Luiz Mendes, André Ideraldo Andreazi Goltara, Mozart Moreira Hemerly.
Suplentes: Ronaldo José Thomazini, Vânia Maurício Lisboa David, Itamar Soares Dias, Juliano César Guimarães Sena, Fábio Furlin.

LINHARES

Efetivos: Thereza Cristina Prest Mattedi, Aderluce Márcia Pedroni Silva, Joel Ancelmo Giuberti, Arthur Luiz Magnago Heleodoro, Maurício José de Souza.
Suplentes: Bruno Baião Luquini, Antônio Pereira de Assunção Sobrinho, Alex Fernando Sesana.

SECCIONAL SUL

Efetivos: Antônio Jorge Abib Netto, Fabíola de Freitas Moraes, João Carlos Serafim, Newton Araújo Junior, Sebastião Casotti Vidaurre.
Suplentes: Fernando Luiz Ribeiro Nunes, Gediel Teixeira Xavier, Laci Casotti Fregonassi Ribeiro, Marcos Vinício Pinheiro, Rachel Almeida dos Santos.

VALE DO RIO DOCE

Efetivos: Anette Murad de Oliveira, Edson Domingos Margotto, Marcelo dos Santos Costa, Márcia Lyra Quintães Galvão Soares, Sandra Helena Pereira.
Suplentes: Anna Selma Perini Fiorot Dell Santo, Carlos Henrique Woelffel Naumann, Dionísio Roque Boschetti Junior, George da Silva Carvalho, Maria Helena de Martin Lazzari.

Jornal do CRM-ES

Jornalista responsável
Cileide Zanotti – MTb 463/89

Conselho Editorial

Aloizio Faria de Souza, Thales Gouveia Limeira, Regina Célia Tonini.

Editoração Eletrônica e Projeto Gráfico

Comunicação Impressa
(27) 3229-0299 / 3319-9062

Fotos

Arquivo CRM-ES

Impressão

Dossi Editora Gráfica Ltda. – (27) 3026-3345



Anuidade do CRM-ES

Dívida também pode ser protestada

Em maio último a cobrança pelo atraso da anuidade do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES) passou também a ser feita por Protesto para os casos em que o valor devido está inscrito em dívida ativa.

Essa alternativa veio com a Resolução CFM 2125, de 2 de setembro de 2015, que fixa os valores das anuidades e das taxas para o exercício de 2016, além de estabelecer novas regras para a inscrição e a execução dos créditos em dívida ativa, bem como a recuperação de crédito.

Para melhor adequação à realidade regional, o CRM-ES aprovou, no dia 23 de fevereiro deste ano, a Resolução 226, instituindo um programa de recuperação de crédito e autorizando o protesto das certidões inscritas em dívida ativa, conforme determina a Resolução CFM.

Pela nova regra, não serão executadas judicialmente as dívidas referentes a anuidades inferiores a quatro vezes

o valor cobrado por ano, quer de pessoa física ou jurídica. E todos que estiverem em dívida com o Conselho, inclusive os inscritos em dívida ativa e que receberam o aviso do Protesto, poderão parcelar o débito e evitar os efeitos negativos de ter um título protestado. O CRM-ES disponibiliza modalidades de parcelamento bastante atrativas.

Procure o setor Financeiro do CRM-ES e verifique o melhor modelo de parcelamento para o seu caso. O contato pode ser feito de segunda a sexta-feira, das 10h às 19 horas, pessoalmente ou por meio dos telefones (27) 2122-0130 / 2122-0112.

O Protesto é uma cobrança que se destina, basicamente, a resguardar o direito de crédito. É um ato formal para comprovar a inadimplência de uma determinada pessoa (Física ou Jurídica).

EFEITOS DO PROTESTO

Na esfera judicial, o protesto concede ao credor a prova formal, revestida

de veracidade e fé pública, de que o devedor está inadimplente ou descumpriu sua obrigação. Com essa prova, poderá requerer em juízo as medidas liminares, como busca e apreensão, arrestos etc e terá mais chance de vencer as ações de cobrança.

Já em âmbito extrajudicial, o Protesto interessará a quem realiza empréstimos ou financiamentos, pois estas pessoas (físicas ou jurídicas) desejam saber a real capacidade da outra parte, no que tange ao cumprimento de suas obrigações.

Assim, os interessados em geral, sobretudo os órgãos de proteção ao crédito (Associação Comercial, Serasa, etc) solicitam dos Tabelionatos de Protesto as relações de pessoas que possuem protestos, lançando-os em seus bancos de dados.

Não há pagamento de qualquer valor para protestar um título. Todos os custos serão pagos pelo devedor, quando este for efetuar o pagamento ou o cancelamento do título pago.

Atenção à contratualização

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promete realizar neste ano a pesquisa sobre contratualizações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. De acordo com informações da própria ANS, o objetivo é obter dados sobre as celebrações dos contratos a partir da Lei 13.3003/14, que regulamenta a

obrigatoriedade da formalização de contrato entre as partes e deve ser assinado por todos os médicos que atendem a qualquer plano de saúde, seja como pessoa física ou jurídica.

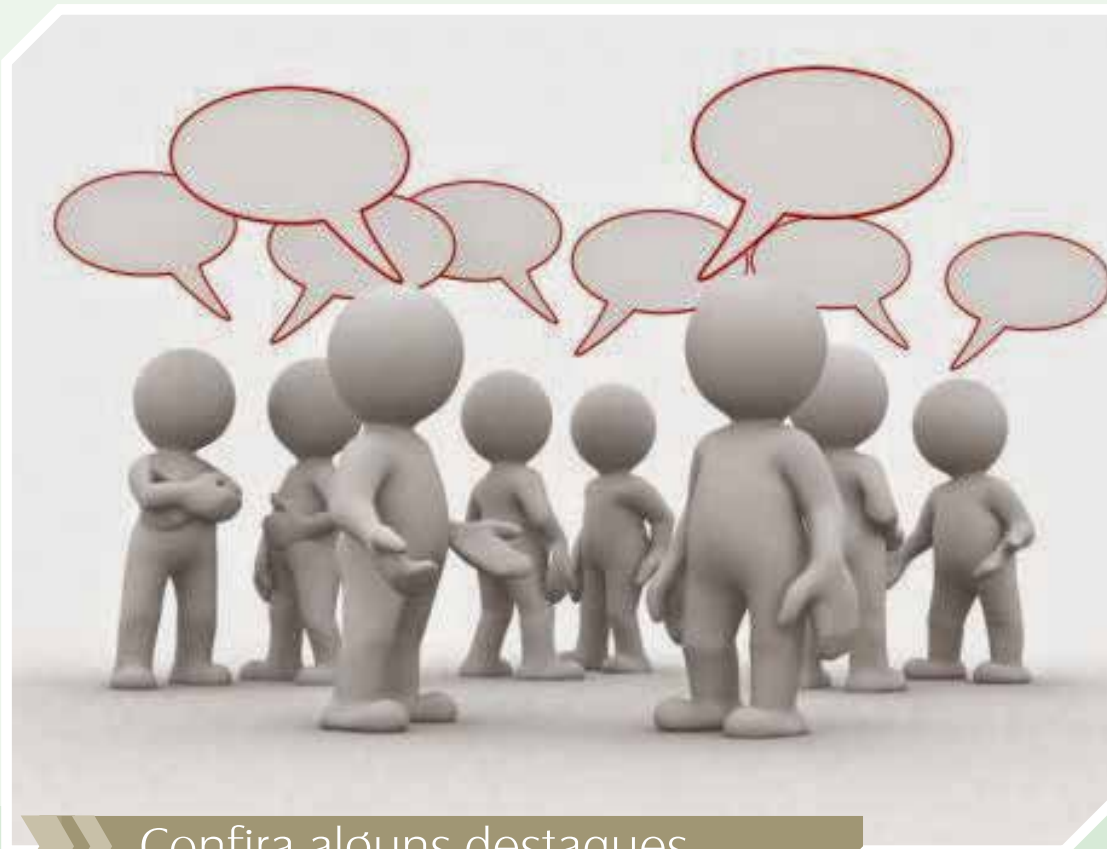
A intenção é de que as operadoras respondam perguntas relacionadas ao aumento dos contratos

por escrito após a edição da lei, bem como às normas de reajuste aplicadas aos hospitais, consultórios e profissionais, às causas de glosas e às medidas adotadas para a resolução de conflitos com a rede conveniada.

No que diz respeito aos prestadores de serviços, as perguntas serão sobre os pontos de desacordo mais frequentes, as formas de reajuste, os prazos para pagamento e o percentual de guias glosadas. Ainda segundo informações divulgadas pela ANS, não haverá a divulgação de dados individualizados por operadora ou por prestador.

Para o secretário de Saúde Suplementar da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Márcio Bichara, mesmo com as informações de que a pesquisa é voluntária e que não ensejarão multas “essa pesquisa vem em boa hora para demonstrar aquilo que a Fenam já denuncia: as operadoras não estão cumprindo os prazos para a contratualização.”

A Fenam produziu minuta de contrato para ser usada como modelo e disponibilizou aos sindicatos de todo o Brasil que regulamentam a prestação de serviços entre médicos e as operadoras de planos de saúde. O Artigo 513, da CLT, estabelece como prerrogativa do sindicato a celebração dos acordos coletivos de trabalho.



Confira alguns destaques

- ▶ Os contratos devem contemplar cláusula de livre negociação entre as partes.
- ▶ A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa no contrato de modo claro e objetivo.
- ▶ Os contratos não devem propor fracionamento de qualquer índice. O índice regulamentado pela ANS é o IPCA cheio que deverá ser adotado em sua integralidade.
- ▶ Os prazos e os procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos claramente no contrato.
- ▶ Sempre que o equilíbrio econômico e financeiro do contrato estiver ameaçado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, poderá ser formalizado termo aditivo de reajuste.
- ▶ Os contratos que não atendam às diretrizes recomendadas pelas entidades representativas poderão ser comunicados diretamente à AMB por meio do e-mail cbhpm@amb.org.br.
- ▶ Indícios de infração ética por parte da operadora ou do prestador de serviços devem ser encaminhados ao Conselho Regional de Medicina do estado: ver lista no portal.cfm.org.br.



Cartilha orienta os médicos

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) disponibilizam uma cartilha com orientações aos médicos sobre os requisitos mínimos para a contratualização com operadoras de planos de saúde.

Na página principal do site do CRM-ES (www.crmes.org.br) o médico encontra a cartilha com as regras para os contratos com planos de saúde, bem como nos sites do CFM e da AMB.

Com esse material, a classe médica tem acesso a importantes detalhes previstos na Lei 13.003/2014, em vigor desde o final do ano, que estabeleceu a obrigatoriedade de contratos por escrito e detalhados, com as obrigações e responsabilidades específicas.

As entidades têm orientado, por exemplo, de se manter contratos com cláusula de livre negociação entre as partes. “Do ponto de vista dos prestadores de serviço, a obrigatoriedade de contratos com as operadoras não apenas permitirá a revisão periódica dos preços pagos a eles como significará o fim da prática do descredenciamento imotivado. Assim, com esses contratos, acreditamos que diminuirá esta desigualdade e esperamos que as relações entre operadoras e prestadores de serviços se estabilizem em outro patamar”, defende o coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu) e conselheiro do CFM, Salomão Rodrigues.

Com a nova legislação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a ter a atribuição de fixar um índice de reajuste em casos específicos. A partir de agora não há mais possibilidade para fracionamento de índices. A base de cálculo definida pela ANS para se chegar ao percentual de reajuste será o Índice Nacional ao Consumidor Amplo (IPCA) cheio, que corresponde ao valor acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato.

Segundo a lei, o não cumprimento das obrigações prevê penalidades para o prestador de serviços e para a operadora de planos de saúde. É importante que os médicos estejam atentos às regras e não aceitem nem assinem contratos que não estejam totalmente de acordo com a nova legislação.

CRM-ES propõe acordo e Prefeitura promete contratar médicos

O Pronto-Atendimento (PA) de Alto Laje, em Cariacica, município da Grande Vitória, deverá receber mais 22 médicos. O secretário de Saúde de Cariacica, Marcelo Machado, assumiu o compromisso de contratar mais clínicos gerais e pediatras para trabalhar no PA.

Essa decisão foi tomada após acordo feito com o Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES) logo após o episódio de tumulto ocorrido nesse mesmo PA, quando as entidades médicas capixabas (Sindicato dos Médicos, Conselho Regional de Medicina e Associação Médica do Espírito Santo), mais o Conselho Regional de Enfermagem, protocolaram na Secretaria de Estado da Segurança Pública (Sesp) um pedido de escolta policial para os médicos e demais profissionais conseguirem trabalhar no PA de Alto Laje.

A violência contra profissionais da saúde nessa unidade de atendimento chegou ao ponto de o Sindicato dos Médicos fechar temporariamente o local, no dia 14 de abril, com escolta da Polícia Militar, devido à insegurança de uma profissional durante seu turno de trabalho.

“Após esse episódio, pedimos uma reunião de urgência com a Prefeitura e exigimos mudanças. Entramos em acordo e acreditamos na contratação de médicos”, informa o presidente do CRM-ES, Carlos Magno Pretti Dalapicola.

GOVERNO RESPONDE

A ação das entidades médicas capixabas levou o secretário de Estado da Saúde, Ricardo de Oliveira, a convocar reunião com os secretários municipais da Saúde da Grande Vitória e os representantes do CRM-ES, Sindicato dos Médicos e Associação Médica do Espírito Santo.

Nessa reunião, realizada dia 18 de abril, ficou esclarecida a necessidade de segurança policial para o médico e demais profissionais da saúde trabalhar e acordado que o próprio Governo definirá, junto com a Secretaria de Segurança Pública e os representantes da classe médica, a melhor ação a ser adotada para reduzir a insegurança nos PAs.

O presidente do CRM-ES, Carlos Magno Pretti Dalapicola, informa que a situação é grave e a raiz do problema está na gestão. “É preciso voltar o foco para o gestor, que não está disponibilizando profissionais para atender à demanda e não está renovando os contratos de trabalho existentes”, disse.

O presidente do Simes, Otto Baptista, também abordou a carência de profissionais e as “escalas furadas” nas unidades de saúde e disse que a classe médica quer mudanças imediatas, pois não é possível realizar atendimento médico sem estrutura adequada.

Classe médica prestigia posse da



Foto: Renato Heitor Moreira

De acordo com o Regimento Interno do Conselho, ao chegar à metade do mandato, os conselheiros efetivos elegem, entre eles, uma nova Diretoria para dar seguimento às propostas da gestão em curso.

Em seu discurso de posse, Carlos Magno reforçou a importância da união da classe médica e lembrou que já atua em parceria com a Associação Médica do Espírito Santo (Ames) e o Sindicato dos Médicos do Espírito Santo (Simes), cujos presidentes estavam presentes e confirmaram a disposição e o interesse em reforçar, ainda mais no Espírito Santo, a união da categoria. “Somente com nossa união teremos força política para melhorar as condições de trabalho da nossa categoria e melhorar a remuneração da classe médica”, disse ele.

O novo Presidente do CRM-ES também chamou a atenção para a eficiência e a competência do corpo funcional do Conselho. Segundo ele, os conselheiros são passageiros, mas o corpo funcional é permanente e a dedicação e eficiência dos funcionários são fundamentais para o sucesso de cada gestão.

Representantes da classe médica capixaba, de cooperativas e sociedades de especialidades, autoridades públicas, conselheiros, colegas de trabalho e familiares compareceram em grande número para prestigiar a posse da nova Diretoria do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES), ocorrida no dia 1.º de abril, no Auditório do Vitória Grand Hall, anexo à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam).

Compondo a mesa de autoridades estavam o então presidente do CRM-ES, Aloizio Faria de Souza; o vice-corregedor do Conselho Federal, Celso Murad; o vice-governador do Espírito Santo, César Colnago; o presidente da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, Hércules Silveira, o presidente do Sindicato dos Médicos (Simes) e também presidente da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Otto Baptista; e o presidente da Associação Médica (Ames), Carlos Alberto Gomes dos Santos.

Como presidente da Gestão 2016-2018, foi empos-

“Quando falamos em união da categoria, significa ter mais força em todas as esferas políticas. E certamente manteremos essa união das entidades médicas. Carlos Magno é companheiro de longa data e estamos juntos no Sindicato e na Ames também”

Otto Baptista – Presidente do Simes e da Fenam

Foto: Renato Heitor Moreira



sado o conselheiro Carlos Magno Pretti Dalapicola, eleito, no dia 16 de fevereiro, pelos conselheiros efetivos do CRM-ES.

Aloizio Faria de Souza, agora vice-presidente na Gestão 2016-2018 e presidente que passou o comando para Carlos Magno, disse que “o trabalho, o empenho, a dedicação e a competência do novo Presidente nas funções que ocupou e ainda ocupa na Ames e no Simes os levaram ao cargo máximo do CRM-ES. Passo a Presidência do Conselho Regional do Espírito Santo para um profissional com total competência para comandar a Autarquia. E pode contar comigo como seu vice-presidente.”

nova Diretoria

Reunião com corpo administrativo



O início da Gestão 2016-2018 foi marcado pela reunião com o corpo administrativo do CRM-ES. Na semana que sucedeu à posse, o presidente Carlos Magno Pretti Dalapicola, junto com os diretores Regina Célia Tonini, Rosane Ottoni Passos, Ana Maria Ramos, Aron Stephen Toczec, Souza e Thales Gouveia Limeira se apresentaram e informaram as propostas administrativas, além de se colocaram disponíveis para resolução de possíveis problemas e dúvidas ao longo da Gestão.

Eles ressaltaram a importância do trabalho administrativo do Conselho e pediram para que cada profissional se apresentasse informando nome, função e tempo de atuação no CRM-ES.

Ao final das apresentações, elogiaram a eficiência dos profissionais e a organização em cada setor do Conselho, “o que é fundamental para o sucesso e eficácia de toda a administração”, enfatizou Regina Célia Tonini, secretária-geral do CRM-ES.

O presidente Carlos Magno Pretti Dalapicola aproveitou a reunião e falou do concurso público, que deverá ser realizado até o final deste ano. Segundo ele, essa é uma questão necessária para a redução de cargos comissionados e, conseqüentemente, garantia de estabilidade profissional.

Dalapicola aproveitou para orientar os colaboradores não efetivados a estudarem bastante para serem aprovados no concurso e, dessa forma, continuarem com o belo trabalho que desempenham no CRM-ES.

“O CRM tem papel fundamental na fiscalização do exercício ético da profissão e na luta pelo modelo de atendimento que realmente atenda a população, envolvendo não só os gestores públicos, mas toda a sociedade”

César Colnago – Vice-Governador do ES

A nova Diretoria

PRESIDENTE: Carlos Magno Pretti Dalapicola
VICE-PRESIDENTE: Aloizio Faria de Souza
SECRETÁRIA-GERAL: Regina Célia Tonini
1.º SECRETÁRIO: José Renato Harb
2.º SECRETÁRIO: Aron Stephen Toczec Souza
1.ª TESOUREIRA: Ana Maria Ramos
2.º TESOUREIRO: Jorge Luiz Kriger
CORREGEDOR: Thales Gouveia Limeira
SUB-CORREGEDORA: Rosane Ottoni Passos



Foto: Renato Heitor Moreira

“Desejo à nova gestão muito sucesso, serenidade e sabedoria para conduzir o Conselho nesse momento ímpar que o País está vivenciando”

Carlos Alberto Gomes dos Santos - Presidente da Ames

“O Conselho de Medicina renasce a cada ato de posse. E o CRM do Espírito Santo renasce com maturidade”

Celso Murad - Vice-Corregedor do CFM

Principais propostas da nova gestão

- ▶ União da classe médica para obtenção de força política na luta por melhores condições de trabalho e remuneração da categoria.
- ▶ Fiscalização contínua das unidades públicas de saúde com o objetivo de propor melhorias para as condições de trabalho e atendimento à população.
- ▶ Denunciar veementemente as irregularidades constatadas e, junto com as demais entidades médicas, expor a situação ao público e agir com rigor na busca por soluções em curto prazo.
- ▶ Oferecer treinamento e aperfeiçoamento para o corpo funcional do CRM-ES com objetivo de tornar ainda mais eficiente o trabalho administrativo da Autarquia.
- ▶ Realizar concurso público para reduzir cargos comissionados e não efetivados.

Atenção à divulgação ética de assuntos médicos na internet e nas redes sociais

O uso cada vez mais intenso da internet e das redes sociais vem exigindo cuidados redobrados do médico para evitar infrações éticas. A comunicação nos seus mais variados meios requer respeito às normas de publicidade contidas no Código de Ética Médica e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) que tratam do assunto. Confira a íntegra das resoluções no site www.portal.cfm.org.br, no item resoluções.

A secretária-geral do CRM-ES, Regina Célia Tonini, orienta os médicos a observarem a legislação e consultarem o Conselho em caso de dúvidas ou sempre que julgarem necessário. “Nosso objetivo é orientar e evitar que o médico cometa infrações de qualquer tipo. Entre em contato com o Conselho que iremos passar as orientações necessárias e encaminhar, se for o caso, para o setor que poderá esclarecer melhor sobre cada assunto específico”, ressalta ela.

Entre os principais pontos a serem observados estão a proibição de distribuir e publicar em sites e canais de relacionamentos fotos tiradas com pacientes no momento de atendimento, como em consultas ou cirurgias. Os famosos “selfies”.

Também não está autorizada a divulgação de fotos, imagens ou áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção ou concorrência desleal. Neste grupo, se enquadram as fotos conhecidas como “antes” e “depois”. Trata de uma decisão que protege a privacidade e o anonimato inerentes ao ato médico.

O médico também não pode usar a internet para anunciar métodos ou técnicas não consideradas válidas cientificamente e não reconhecidas pelo CFM, conforme prevê a Lei nº 12.842/13, em seu artigo 7º, que atribui à Autarquia o papel de definir o que é experimental e o que é aceito para a prática médica.

Entre outros pontos igualmente importantes,

permanece vedado ao médico anunciar especialidade/área de atuação não reconhecida, bem como especialidade/área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado nos conselhos de Medicina. A restrição inclui a divulgação de posse de títulos científicos que não possa comprovar.

Também é vedado ao médico a realização de consultas, diagnósticos ou prescrições por qualquer meio de comunicação de massa ou à distância, assim como expor a figura do paciente na divulgação de técnica, método ou resultado de tratamento.

Em resumo, são consideradas infrações éticas participar de anúncios de empresas comerciais ou de seus produtos, qualquer que seja sua natureza, dispositivo este que alcança, inclusive, as entidades médicas sindicais ou associativas.

Fique atento

As mídias sociais dos médicos e dos estabelecimentos assistenciais em Medicina deverão obedecer à lei, às resoluções normativas e ao Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame). Consulte o site do CFM. São consideradas mídias sociais: sites, blogs, Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, WhatsApp e similares.



I Fórum de Telemedicina do CFM

No dia 19 de julho, em Brasília, será realizado o I Fórum de Telemedicina do Conselho Federal de Medicina (CFM). O objetivo principal é fomentar a aproximação e uma maior interface entre a prática médica e os diferentes campos da Telemedicina, com especial atenção à segurança e à confidencialidade do trânsito de informações pessoais e dados de saúde.

Além de médicos, o Fórum receberá outros profissionais e estudantes interessados no tema. Para se inscrever, basta preencher o formulário específico, disponível no site de eventos do CFM.

PROGRAMAÇÃO PRELIMINAR

- ▶ 9h - Estado da Arte da Telemedicina
Chao Lung Wen – USP
- ▶ 9h30 - Evidências Científicas da Telemedicina
Wanderley Bernardo - Coordenador Projeto Diretrizes da AMB
- ▶ 10h - Mesa Redonda: Tecnologia Disponível e Segurança
Coordenador: Chao Lung Wen - USP
Palestrantes: Ruy Ramos (ITI) e Jean Martina (Laboratório de Segurança Computacional da UFSC)
- ▶ 11h - Mesa Redonda: A Telemedicina nas Academias
Coordenador: Cláudio Orestes Britto Filho
Palestrantes: Magdala de Araújo Novaes (Coordenadora do NUTES – UFPE), Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho (Nutes UFPR) e Alexandre Chater Taleb (GO)
- ▶ 12h – 13h - Intervalo
- ▶ 13h - Mesa Redonda: Experiências com Telemedicina
Coordenador: Cláudio de Souza (Câmara Técnica de Informática em Saúde do CFM)
Palestrantes: Aldo Von Wangenheim (SC), Cleinaldo de Almeida Costa (Reitor da UEA) e Milton Steiman (SP)
- ▶ 14h - Aspectos Éticos e Legais da Telemedicina
Gerson Zafalon Martins (Câmara Técnica de Informática em Saúde do CFM)
- ▶ 14h30 - Debates | 7h – Encerramento

CID em atestado médico

A relação entre o médico e seu paciente tem como pressuposto a confiança. Portanto, conforme o artigo 3º, da Resolução CFM n.º 1658/2002, a colocação do diagnóstico e da Classificação Internacional de Doenças (CID) em atestados médicos só será possível quando autorizada, por escrito, pelo paciente. Essas informações estão amparadas pelo direito fundamental previsto no inciso X do art. 5.º da Constituição Federal/88.



Caligrafia



Preencher corretamente e de forma legível o prontuário do paciente, as receitas e demais documentos médicos são atitudes imprescindíveis a todo profissional. A Diretoria do CRM-ES altera, mais uma vez à classe médica, para ficar atenta a essa conduta, pois cresce o número de denúncias de documentos ilegíveis e até mesmo, de dificuldade de defesa profissional por constar documentos ilegíveis nos processos éticos profissionais. No que diz respeito ao prontuário do paciente, não somente a letra deve ser legível, como as informações nele constantes devem inclusive seguir todas as normas, com nome completo do paciente, histórico da doença, conduta prescrita e demais informações que possibilitem a continuidade do tratamento por outro profissional médico.

Alerta da Medicina Hiperbárica

Com base no comunicado de alerta feito pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH), o Conselho Federal de Medicina chama a atenção, por meio da Circular CFM n.º 79/2016, para o uso de câmaras hiperbáricas por atletas que não tenham sofrido qualquer tipo de lesão. De acordo com a SBMH, “não existe comprovação científica, nem indicação de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), objetivando melhorar a performance de atletas que não tenham sofrido lesão.” Para mais informação, acesse o site da Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica: <http://www.sbmh.com.br/2015/images/alerta.pdf>

Registro de especialidade

Compete ao médico, após obter o Certificado de Residência Médica e o Título de Especialista, registrá-los no Conselho Regional de Medicina e, dessa forma, receber o Registro de Qualificação de Especialista (RQE). Somente assim poderá informar sua especialidade médica, como também anunciá-la.

O Título de Especialista da sociedade competente e a Residência Médica constituem as formas oficiais de reconhecimento do profissional médico com formação acadêmico-científica adequada e devidamente apto a exercer uma especialidade médica ou área de atuação com ética, responsabilidade e competência necessárias.

Somente a sociedade de especialidade formalmente ligada à Associação Médica Brasileira (AMB) pode fornecer o Título de Especialista, com o processo de avaliação e de concessão do Título obedecendo às exigências estabelecidas no convênio firmado entre a AMB e o Conselho Federal de Medicina (CFM).

No entanto, esclarece a secretária-geral do CRM-ES, Regina Célia Tonini, o médico só poderá se intitular especialista se tiver o(s) título(s) devidamente registrado(s) no Conselho Regional de Medicina.

O Tribunal de Ética está atento a essa questão e convocando os profissionais a se regularizarem. Se você ainda não registrou o seu título de especialista, não perca tempo. Procure o CRM e regularize o mais rápido possível a sua situação.

O RQE, alerta Regina Célia Tonini, deve constar em todo documento médico como carimbo e demais anúncios em que a especialidade é informada. Até mesmo no receituário personalizado, que traz impresso o nome do médico e a sua especialidade.

Em cinco anos, Brasil perde 23,6 mil

Quase 24 mil leitos de internação foram desativados na rede pública de saúde desde dezembro de 2010. Naquele mês, o país dispunha de 335,5 mil deles para uso exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS). Em dezembro de 2015, o número baixou para 312 mil – uma queda de 13 leitos por dia. As informações foram apuradas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde.

Para o presidente do CFM, Carlos Vital, a insuficiência de leitos para internação ou realização de cirurgias é um dos fatores para o aumento do tempo de permanência nas emergências. São doentes que acabam “internados” nas emergências à espera do devido encaminhamento para um leito adequado, correndo riscos de contrair infecções.

Dentre as especialidades mais afetadas no período, em âmbito nacional, constam psiquiatria, pediatria cirúrgica, obstetrícia e cirurgia geral. Já os leitos destinados à ortopedia e traumatologia foram os únicos que sofreram acréscimo superior a mil leitos.

“Sufocados com o congelamento da tabela SUS, hospitais filantrópicos estão fechando leitos ou cerrando as portas. Governos e municípios também não estão conseguindo manter suas estruturas hospitalares, que estão cada dia mais sucateadas”, lamenta o 1.º secretário do CFM, Hermann Tiesenhausen.

Estados e capitais – Em números absolutos, os estados das regiões Sudeste e Nordeste foram os que mais sofreram redução no período. Só no Rio de Janeiro, por exemplo, pouco mais de sete mil leitos foram desativados desde 2010. Na sequência, aparece Minas Gerais (-3.241 leitos) e São Paulo (-2.908). No Nordeste, a Bahia sofreu o maior corte (-2.126). Entre as capitais, foram os fluminenses os que mais perderam leitos na rede pública (-2.503), seguidos pelos fortalezenses (-854) e brasilienses (-807).

Na outra ponta, apenas oito estados apresentaram números positivos no cálculo final de leitos SUS ativados e desativados nos últimos cinco anos: Rio Grande do Sul (806), Mato Grosso (397), Rondônia (336), Santa Catarina (121),

Espírito Santo (115), Amapá (87), Mato Grosso do Sul (56) e Tocantins (15). Nas capitais, 12 delas conseguiram elevar a taxa de leitos, o que sugere que o grande impacto de queda tenha recaído sobre as demais cidades metropolitanas ou interioranas dos estados.

Enquanto os 150 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS perderam quase 24 mil leitos desde 2010, o quantitativo na rede suplementar e nas unidades privadas aumentou em 2,2 mil o número de leitos no mesmo período. Ao todo, 17 estados elevaram o montante na rede “não SUS” até dezembro de 2015. Apenas Rio de Janeiro e Ceará sofreram decréscimos significativos, da ordem de 1.751 e 1.042 leitos a menos, respectivamente.

O levantamento do CFM apurou ainda os leitos de repouso ou de observação, utilizados para suporte das ações ambulatoriais e de urgência, como administração de medicação endovenosa e pequenas cirurgias, com permanência de até 24 horas no ambiente hospitalar. Nesta categoria, houve um aumento de 14% na quantidade de leitos no período.

Leitos de INTERNAÇÃO, REPOUSO e OBSERVAÇÃO por ESTADO - 2010 a 2015

Estado	LEITOS SUS						LEITOS "NÃO SUS"		
	Leitos de Internação			Leitos Repouso e Observação (Urgência/Ambulatório)			Leitos de Internação		
	2010	2015	Variação	2010	2015	Variação	2010	2015	Variação
Distrito Federal	4872	4055	-817	1400	1426	26	2163	2203	40
Goiás	12667	11206	-1461	2424	2962	538	4996	6381	1385
Mato Grosso	4783	5180	397	1749	2186	437	1773	1871	98
Mato Grosso do Sul	3728	3784	56	1195	1524	329	2017	1988	-29
Alagoas	5453	4987	-466	901	1017	116	878	1467	589
Bahia	25474	23348	-2126	6561	6922	361	4914	5658	744
Ceará	14441	14259	-182	2867	3275	408	4396	3354	-1042
Maranhão	13086	12242	-844	2035	2200	165	1950	1664	-286
Paraíba	8134	7139	-995	2080	2274	194	1408	1476	68
Pernambuco	17921	17262	-659	3183	3361	178	4331	3776	-555
Piauí	7066	6460	-606	1009	1148	139	1129	947	-182
Rio Grande do Norte	6531	6101	-430	1492	1606	114	989	1306	317
Sergipe	3052	2412	-640	973	1019	46	823	752	-71
Acre	1409	1246	-163	376	421	45	132	183	51
Amapá	914	1001	87	266	296	30	165	146	-19
Amazonas	5142	4886	-256	1162	1330	168	840	881	41
Pará	11405	10874	-531	2237	2557	320	3926	4648	722
Rondônia	2863	3199	336	837	1016	179	1051	989	-62
Roraima	822	821	-1	124	123	-1	13	79	66
Tocantins	2122	2137	15	1129	1182	53	316	428	112
Espírito Santo	5470	5585	115	1654	1724	70	2289	2111	-178
Minas Gerais	32156	28915	-3241	9202	11002	1800	12272	13420	1148
Rio de Janeiro	32047	24995	-7052	7176	7637	461	16863	15112	-1751
São Paulo	60586	57678	-2908	18142	21219	3077	36451	36824	373
Paraná	21027	18907	-2120	4465	5093	628	8142	8259	117
Rio Grande do Sul	21008	21814	806	4175	4923	748	9406	9464	58
Santa Catarina	11303	11424	121	2981	3685	704	4041	4497	456
Total	335482	311917	-23565	81795	93128	11333	127674	129884	2210

Fonte: Indicadores obtidos junto ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), do Ministério da Saúde - Competência dezembro de cada ano. Elaboração: CFM

leitos de internação no SUS

86% das cidades brasileiras sem leito público de UTI

A oferta de leitos de Unidade de Terapia intensiva (UTI) em estabelecimentos públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) está disponível em somente 14% das cidades brasileiras. Esse dado também faz parte do estudo feito pelo CFM, que mapeou a distribuição dos leitos de UTI entre os estados e as capitais, além da oferta nas redes pública e privada.

Ao todo, o Brasil possui quase 41 mil leitos de UTI, segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Metade deles está disponível para o SUS, que potencialmente atende aos 204 milhões de brasileiros, e a outra metade é reservada à saúde privada ou suplementar (planos de saúde), que hoje atende a aproximadamente 25% da população. Embora o número de leitos de UTI tenha aumentado nos últimos anos – algo em torno de 7.500 nos últimos cinco anos – a quantidade de leitos no SUS ainda é insuficiente, sobretudo no SUS, onde a demanda é crescente.

“Todos os dias nós médicos testemunhamos a morte de pessoas que poderiam ser salvas pela disponibilidade de um leito de UTI. Para os governos, quando um paciente morre, trata-se apenas de mais um número. Para a família, no entanto, é uma tragédia”, critica Mauro Ribeiro, 1º vice-presidente do CFM.

Leitos abaixo do ideal – Segundo o levantamento do CFM, em 70% dos estados não há o número de leitos de UTI preconizado pelo Ministério da Saúde para garantir o bom atendimento de sua população. Segundo a portaria ministerial nº 1.101/2002, deve existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares por cada 1 mil habitantes. Já a oferta necessária de leitos de UTI deve ficar entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares, o que corresponde a um índice de um a três leitos de UTI para cada 10 mil habitantes.

Se consideradas as unidades públicas e privadas, a quantidade de leitos de UTI representam atualmente 9,3% dos leitos de internação existentes no Brasil - em outras palavras, existe 1,86 leito para cada grupo de 10 mil habitantes. Proporcionalmente, no entanto, o SUS conta com 0,95 leitos de UTI para cada grupo de 10 mil habitantes, enquanto a rede “não SUS” tem 4,5 leitos para cada 10 mil beneficiários de

planos de saúde – quase cinco vezes a oferta da rede pública.

Em 19 unidades da federação o índice de UTI por habitante na rede pública é inferior ao preconizado pelo próprio Ministério – todos os estados das regiões Norte (exceto Rondônia), Nordeste (exceto Pernambuco e Sergipe) e Centro-Oeste, além do Rio de Janeiro e Santa Catarina. No Acre, Roraima, Amapá e Maranhão

o índice permanece abaixo do ideal mesmo se considerados os leitos privados disponíveis nestes estados. Quando se observa as capitais, é possível ver o desequilíbrio entre a oferta de leitos SUS e “não SUS”. Brasília (0,96 leito por 10 mil habitantes) e Rio de Janeiro (1,04), por exemplo, estão entre as piores capitais no setor público. Por outro lado, ambas estão entre as melhores capitais na proporção leito privado ou suplementar: 8,2 e 8,1, respectivamente.

Confira abaixo a proporção de leitos de UTI por região

Região / UF	Proporção de Leitos de UTI sobre Leitos de Internação	Proporção de Leitos de UTI SUS sobre Leitos de Internação SUS	Proporção de Leitos de UTI Não SUS sobre Leitos de Internação Não SUS
Região Norte	6,5%	4,7%	12,5%
.. Rondônia	6,4%	5,7%	8,8%
.. Acre	5,1%	4,7%	7,7%
.. Amazonas	8,0%	6,0%	19,5%
.. Roraima	5,3%	3,7%	22,8%
.. Pará	6,2%	3,8%	11,7%
.. Amapá	4,4%	2,6%	16,4%
.. Tocantins	7,4%	6,3%	13,1%
Região Nordeste	6,4%	4,7%	14,4%
.. Maranhão	4,5%	3,4%	12,6%
.. Piauí	4,4%	2,7%	15,7%
.. Ceará	5,9%	4,8%	10,4%
.. Rio Grande do Norte	7,7%	5,3%	19,0%
.. Paraíba	5,9%	5,0%	10,0%
.. Pernambuco	8,2%	5,5%	20,6%
.. Alagoas	7,5%	5,3%	15,3%
.. Sergipe	11,5%	9,6%	17,6%
.. Bahia	5,8%	4,2%	12,5%
Região Sudeste	12,0%	8,1%	18,8%
.. Minas Gerais	9,4%	8,9%	10,4%
.. Espírito Santo	12,6%	7,6%	25,8%
.. Rio de Janeiro	14,9%	5,2%	31,1%
.. São Paulo	11,9%	9,0%	16,5%
Região Sul	8,1%	7,1%	10,2%
.. Paraná	9,6%	8,2%	13,1%
.. Santa Catarina	6,6%	5,8%	8,5%
.. Rio Grande do Sul	7,4%	7,0%	8,6%
Região Centro-Oeste	9,2%	5,9%	15,6%
.. Mato Grosso do Sul	6,3%	6,5%	5,9%
.. Mato Grosso	9,5%	5,4%	20,8%
.. Goiás	7,2%	5,6%	10,0%
.. Distrito Federal*	17,1%	6,9%	35,9%
Total	9,3%	6,5%	16,0%

OBS.: Textos e tabelas publicados originalmente pelo CFM



Classificação de risco e manejo do paciente

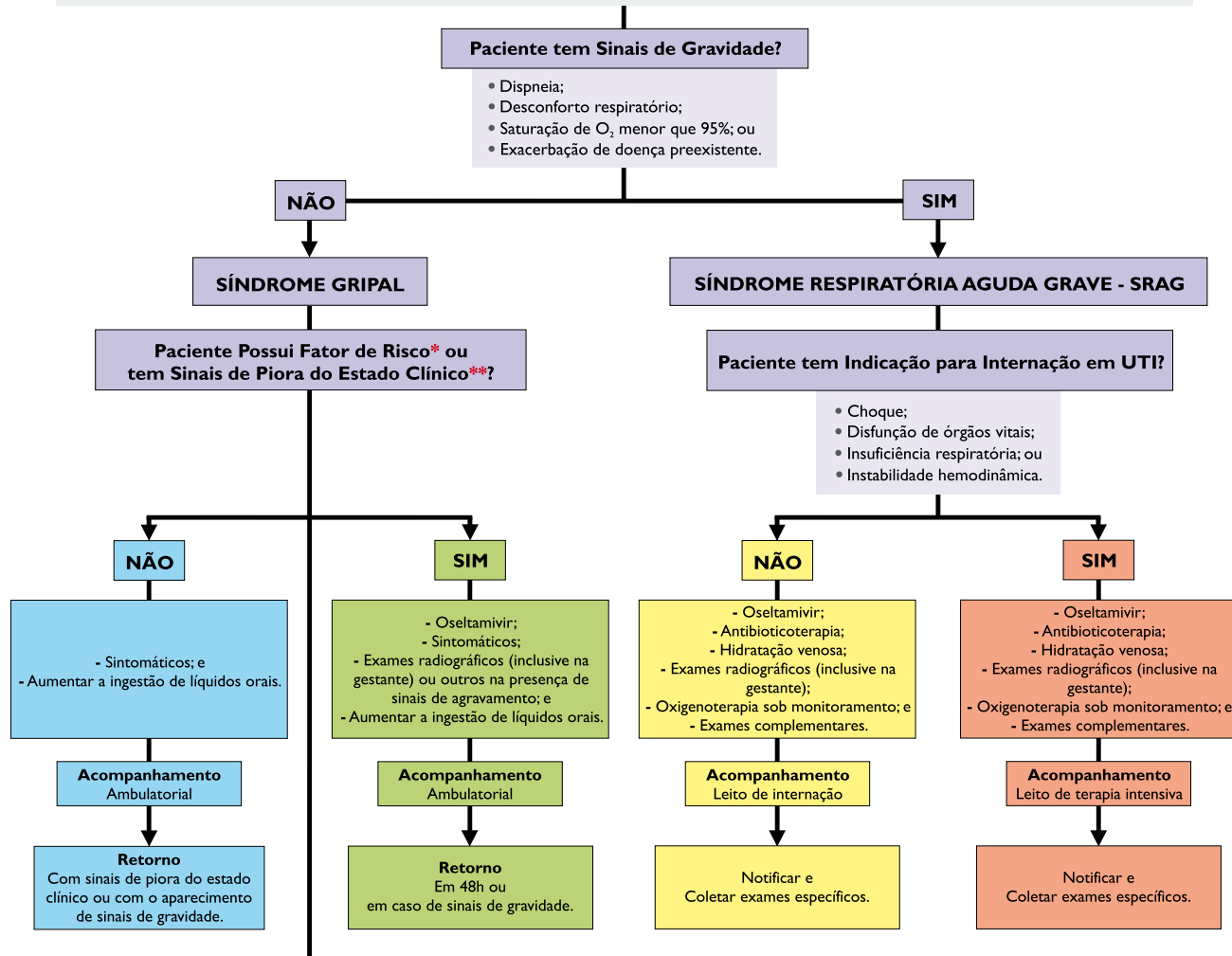
Atenção médicos. O Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES) em apoio ao Ministério da Saúde e diante da gravidade da situação vivida hoje no Brasil, publica o Fluxograma da Classificação de Risco e Manejo de Paciente com Síndrome Gripal Aguda Grave. O objetivo é massificar a divulgação da conduta a ser adotada pela classe médica ao receber pacientes com quadros gripais agudos. Fique atento!

SÍNDROME GRIPAL/SRAG Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Obs: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.



* **Fatores de Risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até 2 semanas após o parto); crianças (≤ 2 anos), adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/Aids); nefropatias e hepatopatias.

** **Sinais de Piora do Estado Clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de 3 dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensório; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

DRUGA	FAIXA ETÁRIA		TRATAMENTO
OSELTAMIVIR	Adulto		75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Maior de 1 Ano de Idade	≤ 15 kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 a 23 kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 a 40 kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Menor de 1 Ano de Idade	< 3 meses	12mg, 12/12h, 5 dias
3 a 5 meses		20mg, 12/12h, 5 dias	
6 a 11 meses		25mg, 12/12h, 5 dias	
ZANAMIVIR	Adulto		10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias
	Criança	≥ 7 anos	10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias

Quando indicado, iniciar mesmo na suspeita clínica
GRIFE TEM TRATAMENTO



Ministério da Saúde

