

CREMERJ *Journal* do

ÓRGÃO OFICIAL DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

MARÇO - 97 ANO X - Nº 79

METAS DO GOVERNO AINDA NO PLANO DAS INTENÇÕES

 Plano de Metas anunciado pelo Ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, é na verdade uma carta de intenções. Espera-se que o Ministro vá ao Conselho Na-

cional de Saúde discutir os aspectos mais importantes, descritos no Plano de forma bastante genérica. O SUS, por exemplo é pouco citado, assim como nada fica definido sobre a Tabela SUS e a remuneração dos

médicos. O Plano propugna também maior comprometimento de verbas para a saúde no orçamento da União, Estados e Municípios, mas não determina o percentual para a esfera federal. O Ministro fala também em descentralização,

mas admite que apenas mil Municípios brasileiros teriam privilégios quanto a serviços especializados. Três mil municípios, teriam apenas o que se convencionou chamar "cesta básica da saúde". **Páginas 8, 9 e Editorial**



NOVO CREMERJ

PRAIA DE BOTAFOGO, 228 - TEL.: 552-9346

SEMPRE em DEFESA da ÉTICA, SAÚDE e DEMOCRACIA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O CREMERJ tem o prazer de convidar os médicos do Rio de Janeiro para a inauguração oficial de sua nova sede no dia 25 de abril, a partir das 18h30m

MOVIMENTO CRIA UMA CENTRAL DE CONVÊNIOS



 corpo clínico e os funcionários do Hospital de Bonsucesso, bem como representantes da comunidade, reunidos em assembleia (foto), disseram "não" à notícia de exoneração do diretor, Roberto Carelli, e ao fisiologismo do deputado Lima Neto (PFL/RJ) na indicação de Sidney Dias. Segundo a 1ª Secretária do CREMERJ, Alcione Núbia Pittan, também médica no Bonsucesso, a exoneração do diretor representa uma atitude da velha política, além de um retrocesso no processo de recuperação do hospital. **Página 16**

EDITORIAL

SEM METAS

Plano de Metas anunciado recentemente pelo Ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, veio corrigir uma enorme estratégia de marketing que se iniciou com o anúncio feito pelo Presidente da República de que 97 será o "Ano da Saúde". As declarações de Fernando Henrique Cardoso fizeram com que representantes de diversas entidades médicas e parlamentares questionassem, em todo o país, a intenção do Governo, a partir de denúncias de corte de verbas no orçamento federal, descaso com a implantação do SUS, demissão em massa de profissionais de saúde (através do duvidoso PDV), desvio de recursos arrecadados com a CPMF etc. Enfim, a ação prática do Governo Federal não correspondia ao discurso.

A partir daí, derramou-se uma verdadeira chuva de propostas do Governo para a saúde nos meios de comunicação. Por que tanta preocupação em dar credibilidade à fala do Presidente? A verdade é que todos os institutos de pesquisa apontam a saúde como a principal preocupação do brasileiro, à frente da educação, do emprego e da segurança.

Veio então o Plano de Metas, que inicialmente seria anunciado pelo próprio Presidente da República. Nota oficial do Palácio do Planalto, reproduzida em colunas dos principais jornais chegaram a propagandear a hora em que Fernando Henrique ocuparia nas rádios e TV. Não se sabe porquê, mas o Plano de Metas foi afinal anunciado pelo Ministro da Saúde. Além de muito espaço dedicado ao "bombástico" Plano, os jornais traziam matéria paga de página inteira. Um assombro de ousadia e determinação do Governo que, aparentemente, parecia querer resolver aquele item apontado por cidadãos de todo o país como o mais urgente, o mais caótico em suas vidas.

Uma leitura atenta deste Plano de Metas - que sequer foi discutido com o Conselho Nacional de Saúde - traz mais dúvidas do que certezas sobre o que quer mesmo o Governo Federal. Este texto não traz ainda até onde ele se compromete com a saúde ("a saúde não pode ser uma questão exclusiva de Estado, devendo envolver a família, diferentes segmentos sociais e a iniciativa privada").

No Plano de Metas, fala-se em verbas para a saúde garantidas no orçamento através de percentual fixo nas esferas da União, Estados e Municípios, mas apesar disso não quantifica. A nebulosidade nos diz que infelizmente o Governo não deve apoiar na sua forma original a Proposta de Emenda Constitucional 169, que garante para o orçamento da

saúde, 30% de todos os recursos arrecadados pela Previdência. Talvez o Governo apóie a parte da PEC 169 onde diz que Estados e Municípios garantam 10% em seus orçamentos para a saúde. O problema é que não fala sobre o percentual de repasse de verbas, indispensável para que Estados e Municípios assumam sua necessária contrapartida. Hoje, os Estados destinam em média 3% de seus orçamentos para a saúde e os Municípios destinam pouco mais. Há casos, como o de Niterói, que reservam 20% de seu orçamento, ou de Angra dos Reis e Quissamã que também dão atenção maior à saúde. Mas a excepcionalidade nestes casos vem mais da determinação política do que propriamente de sobra de recursos públicos.

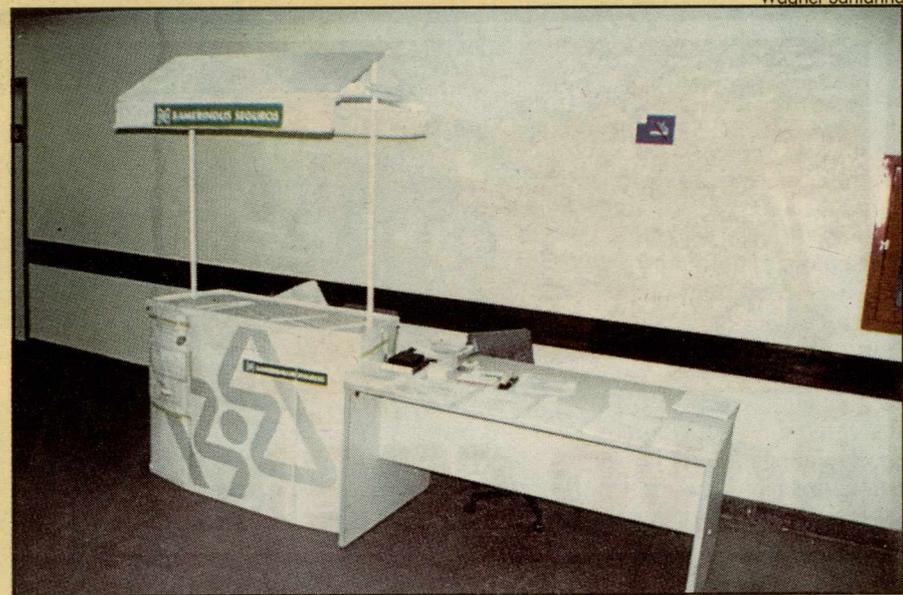
O Plano de Metas aborda também um tema caro às prefeituras que é a descentralização, mas já amarra três mil municípios como destinados a servirem apenas à "cesta básica da saúde", ferindo a Constituição no que diz respeito à autodeterminação dos Municípios.

No conjunto de medidas anunciadas através do Plano, o que mais preocupa é que em suas páginas o Sistema Único de Saúde sequer é citado. E mais: em entrevistas, o Ministro ainda aborda a extinção da CEME, do Instituto Nacional de Alimentação e do Fundo Nacional de Saúde. Isto sem apresentar alternativas. Fala-se ainda na criação do Fundo de Alto Custo, onde juntamente com o setor privado, o setor público financiaria doenças crônicas.

Por fim, o Plano de Metas contém um "pecado capital". Não há uma única referência a profissionais de saúde, especialmente os médicos. Uma tabela SUS que paga R\$ 2,00 por consulta é mais que uma indignidade. Mede também qual o valor que o Governo dá para a vida dos cidadãos que necessitam do serviço público de saúde. Não há uma única linha referente ao que nós entendemos como o ponto vital para qualquer plano dar certo, que é a valorização dos recursos humanos. O aviltamento dos honorários médicos, bem conhecidos do Ministro da Saúde, sequer merece atenção no decorrer de propostas genéricas.

Não é à toa que os planos de saúde privados impõem condições desfavoráveis aos médicos na hora de assinar convênios, transformando em verdadeiros "bóias-frias" médicos que investiram tempo e dinheiro para obter diploma e especialização. Quanto a este aspecto, inclusive, a criação da Central de Convênios é um alento que poderá frutificar.

Tentaremos intervir, com outras entidades médicas, junto ao Plano de Metas, para que deixe de ser um mero marketing e passe de fato a um objetivo concreto que vise a melhorar a saúde do brasileiro.



difícil acreditar, mas a prova está na foto. O Bamerindus Seguros instalou no corredor de um hospital municipal um estande para vender, vejam só, seguro saúde para os funcionários e os médicos, os mesmos que esta, como as demais seguradoras, explora em seus consultórios. Lamentavelmente, no entanto, é também uma prova de incompetência do próprio Estado. Todo servidor público desconta do seu salário uma importância destinada ao hospital e postos de atendimento do IASERJ, recursos estes que não chegam àquela instituição. Todos podem comprar seguro-saúde, mas vendê-lo dentro de um hospital público é injustificável.

Quanto vale?

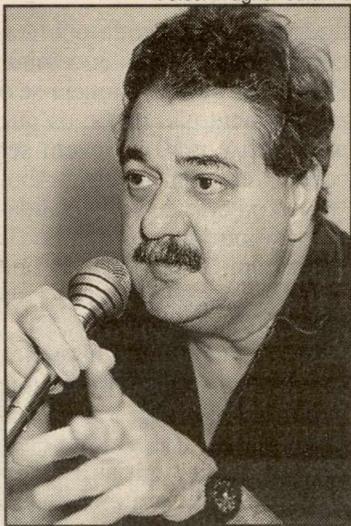
Juros da dívida do País	35 bi/ano
Recursos destinados a bancos falidos	22,2 bi em 15 meses
Recursos dados ao Bamerindus	5,7 bi
CPMF (pago pela população)	7 bi
Preço de venda da Vale do Rio Doce	10,3 bi
Orçamento saúde/ ano	14 bi

Obs. Deixamos de publicar o salário do médico e a tabela do SUS pelo forte impacto que poderia causar no leitor

Criada a Central de Convênios

Fotos: Wagner Satanna

Médicos de várias sociedades especializadas, reunidos em assembléia no dia 25 de março, no Centro Empresarial Rio, aprovaram, por unanimidade, a criação da Central de Convênios, órgão que deverá ter o nome oficial de Departamento Profissional. Organizada pelo CREMERJ e pela SOMERJ, a assembléia teve a participação do Presidente da Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), Abdu Kexfe; do Conselheiro Arnaldo Pineschi, membro da comissão responsável pela elaboração do projeto da Central de Convênios; do diretor do Sindicato dos Médi-



Abdu Kexfe

cos, Isaac Roitman, e do Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia, Flamarion Gomes Dutra.

Tema de sucessivas reuni-

“ É muito importante a participação das sociedades especializadas ”

Abdu Kexfe

ões, que vêm se realizando desde a divulgação da proposta, a Central foi finalmente aprovada depois de um debate intenso sobre princípios considerados básicos,

como, por exemplo, a participação ativa das sociedades especializadas no processo de criação da Central. Empenhado num trabalho de divulgação do projeto, o Presidente da CEHM, Abdu Kexfe, continuou ressaltando a necessidade de discussão entre as sociedades:

- Todos aqui concordam que a Central deve lutar pela garantia, por exemplo, do livre acesso e da liberdade de escolha, por parte do paciente, de médicos, serviços e hospitais. No entanto, há itens de igual importância, como a participação das sociedades, que não constam no projeto. Venho propondo essa discussão há meses, mas a consulta geral às

sociedades ainda está em sua fase embrionária. Embora tenhamos encaminhado a proposta e o questionário para várias delas, ainda estamos aguardando o retorno - esclareceu Abdu, que, no mesmo dia, havia participado de uma reunião com representantes da Golden Cross, onde foram discutidas questões como as glosas arbitrárias e os atrasos constantes no pagamento dos profissionais.

Já deliberamos inúmeras vezes, inclusive com as sociedades, que a Central é um passo importantíssimo ao qual nós vamos nos dedicar, e nesse aspecto a participação das sociedades é fundamental.

Proliferação de escolas médicas afetam o mercado

Durante a assembléia, discutiu-se também a retirada de itens polêmicos do projeto, como o que se referia à criação de uma lista ou tabela regional de valores mínimos. E apesar de ter conquistado a maioria dos presentes, a proposta tem pontos, como a mobilização da categoria, que ainda deixam os médicos preocupados:

- Já levantei estas questões, inclusive com aspectos éticos, noutras reuniões. Enviamos os questionários para todos os nossos associados e, no entanto, só recebemos respostas de cerca de 3% dos médicos. Isso mostra que temos ainda um longo caminho a percorrer, pelo menos na sociedade da qual eu faço parte - afirma Wilson Shocolnik, da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Pontos como o da necessidade de 80% dos médicos aderirem ao projeto, se descreden-

ciando das empresas, ainda assustam e levam a discussões mais profundas, como a disputa pelo mercado de trabalho nos dias de hoje e a proliferação de Faculdades de Medicina:

- Precisamos ser realistas. O número de faculdades é cada vez maior, assim como o número de médicos, muitos deles com formação duvidosa, que estão entrando nesta disputa. Nossa questão é, antes de mais nada, uma questão de mercado. Quando nos prendemos a discussões internas, estamos nos esquecendo de que há mais de quatro mil profissionais competindo conosco. É preciso ter consciência de que se não lutarmos pelo fechamento de algumas universidades que não têm condições de funcionar, estaremos contribuindo para esta bola de neve que só cresce - critica Francisco Medina, da Sociedade de Brasileira de Endoscopia Digestiva.

Mobilização é a chave para a vitórias futuras

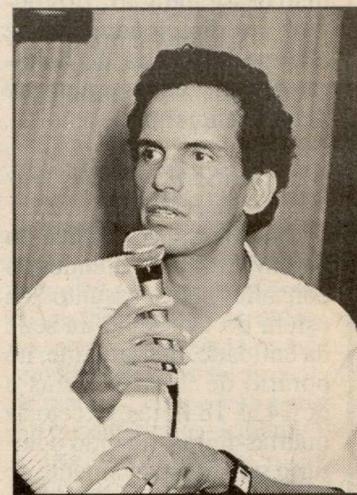
A criação do Departamento Profissional da SOMERJ é um passo importante para impedir o controle e a intermediação que vem sendo exercidos sobre a classe médica e com isso resgatar a nossa autonomia profissional - afirma Marcos Sarvat, da Sociedade de Otorrinolaringologia.

Os objetivos do Departamento Profissional, também chamado de Central de Convênios, aprovados na Assembléia foram:

- 1 - Livre acesso de escolha de médicos e serviços pelos pacientes;
- 2 - Luta pelo credenciamento universal;
- 3 - Substituição de contratos individuais por coletivos;
- 4 - Livro Regional de Saúde;
- 5 - Desburocratização da relação medico-paciente;



Arnaldo Pineschi



Marcos Sarvat

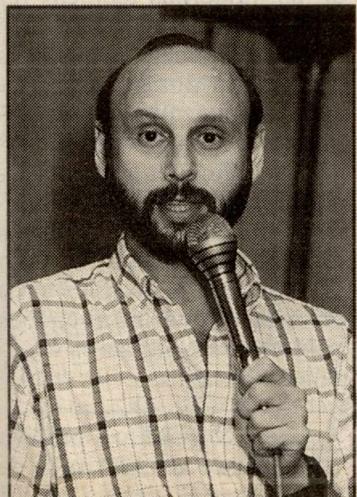
6 - Autodeterminação de honorários e práticas de pronto pagamento;

7 - Livre entrada dos médicos no sistema;

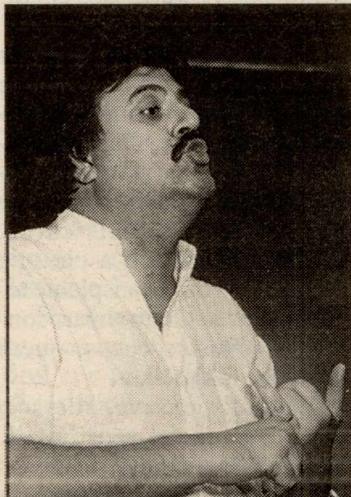
8 - Estabelecimento de Ta-

bela Regional de Honorários.

9 - Participação efetiva e permanente das sociedades médicas na estruturação e funcionamento do Departamento profissional.



Wilson Shocolnik



Francisco Medina

Assembléias de Convênios

• **Dia 22, às 20 horas**
Reunião do
Departamento
Profissional com
as Sociedades
Especializadas.

• **Dia 24, às 20 horas**
Assembléia
Geral de
Convênios

Local:
Centro Empresarial Rio

INFORME



Está no ar há um mês, para aqueles que possuem antena parabólica, o Canal Médico, às 22h40m, nas segundas, quartas e sextas-feiras, e às 23 horas nas terças e quintas-feiras. Com um sucesso não imaginado, nem pelo mais otimista de seus organizadores, os assuntos científicos dirigidos exclusivamente aos médicos têm provocado cartas de todo o país, com elogios e críticas, mas todas louvando a iniciativa. Para sintonizar, basta apertar o canal que vem antes do canal Rede Vida. A frequência é 3870 Mhz, polarização horizontal. Mais informações pelo tel/fax (021) 595-9000.

ALERTA AOS JOVENS COLEGAS

A seção Regional do Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar e a Cooperativa dos Angiologistas e Cirurgiões Vasculares do Estado do Rio de Janeiro divulga alerta contra o "credenciamento à revelia" que alguns planos de saúde privados tentam empurrar a jovens médicos. No vale-tudo, nem se pede currículo ou outro meio de avaliação. Diz a nota, que "os colegas mais antigos, numa demonstração de caráter, bom senso e generosidade, resolveram abrir mão desse indigno "privilegio" - o direcionamento de clientes em troca de honorários vis, e em conjunto, se descredenciaram".

ASSESSORIA JURÍDICA

A Assessoria Jurídica do CREMERJ está atendendo consultas sobre assuntos da esfera do Conselho na sede da entidade, diariamente, no horário de 9 às 13 horas e de 14 às 18 horas, exceto às quartas-feiras, quando o horário será exclusivamente de 14 às 18 horas.

EPIDEMIOLOGIA

O Serviço de Epidemiologia do Hospital dos Servidores do Estado avisa que já estão abertas as inscrições, no Centro de Estudos do HSE, do Curso Anual de Epidemiologia. Dirigido à profissionais e estudantes da área da saúde, o curso ocorrerá no período de 5 a 28 de maio, às segundas e quartas-feiras, de 10 às 12 horas. O programa estará à disposição no CPDOC do CREMERJ e outras informações poderão ser obtidas pelo telefone 291-3131, ramal 235.

CINAEM

A 50ª reunião da CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação

do Ensino Médico), realizada em Brasília nos dias 3 e 4 de abril, apresentou a avaliação do teste cognitivo final do Projeto a todas as diretorias das entidades participantes. O CREMERJ foi representado pelos Conselheiros Alcione Pittan e José Antonio Romano.

S.O.S. SUS

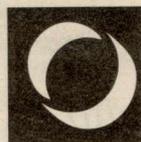
No dia 16 de abril, em Brasília, na véspera da chegada da caravana dos "sem terra", o Governo do Distrito Federal, parlamentares de vários partidos e entidades médicas de todo o Brasil participaram do Ato Show S.O.S. SUS, pela aprovação da Emenda Constitucional 169, que garante verbas permanentes para a saúde no Orçamento da União, Estados e Municípios.

BONSUCESSO

A Comissão de Defesa e Preservação do Hospital Geral de Bonsucesso enviou à editoria do jornal O Globo carta protestando contra a matéria publicada dia 26 de março passado, quando atribuiu a uma disputa de território entre os deputados Lima Neto e Jandira Feghali a mudança da direção daquele Hospital. Na verdade, o deputado Lima Neto confirmou para a imprensa que o Palácio do Planalto havia "dado a direção do HGB" (sic) a ele. A deputada Jandira Feghali, médica licenciada do hospital, denunciou o fisiologismo e engrossou, com os funcionários do HGB, o protesto contra a ameaça de troca vergonhosa do diretor Roberto Carelli - eleito pelo corpo clínico - por Sidnei Dias, assessor de Vera Oswald Cruz, ex-diretora do HGB, afastada e cassada pelo CREMERJ por delitos éticos e por malversação de verbas públicas.

OPINIÃO

Solução final?



ano de 1997 foi anunciado pelo presidente da República como o "Ano da Saúde". O Ministro Carlos Albuquerque já é cobrado por medidas que evitem novas mortes de recém-nascidos em berçários e que anunciem as providências para combate ao abuso e à fraude. Volta-se a questionar a idéia do SUS, pelo qual mais de 75% da população, cerca de 120 milhões de brasileiros, obtêm algum tipo de cuidado com saúde. O financiamento do sistema permanece no centro do debate.

As estimativas mais generosas atribuem ao setor um gasto total (público e privado) da ordem de US\$ 220 per capita/ano. A receita do Ministério da Saúde, este ano, com a CPMF, atingirá R\$ 20 bilhões, ou US\$ 125 per capita. Nos EUA são US\$ 2.763 per capita, no Canadá, 1.945; na França, 1.869; na Espanha, 831; na Grécia, 383, segundo dados do Banco Mundial para 1998. O mais barato dos planos de saúde, com várias cláusulas de exclusão, não sai por menos de 300 dólares por ano. Assim, ou se excluem do atendimento parcelas da população, ou limita-se, por alguma forma de racionamento, o elenco de benefícios prestados, ou põe-se em prática alguma combinação das alternativas anteriores.

A forma habitual empregada entre nós é o racionamento da oferta com as conseqüentes filas de espera e a qualidade diferencial dos serviços. Pela Constituição de 1988 o "acesso universal e igualitário" implica maximizar as oportunidades de atendimento. A seletividade dos benefícios deveria orientar-se para a maior necessidade. Nada portanto compatível com o racionamento de oferta praticado entre nós.

Recentemente, têm surgido propostas que pretendem legitimar a segmentação existente no sistema de saúde brasileiro. Dizem que deve ser abolida a universalidade, instituído o co-pagamento, que o SUS deve-se dirigir aos remediados. Aos pobres estariam destinadas apenas as ações

tradicionais de saúde pública, como o combate às endemias. Pela primeira vez, enuncia-se o racionamento ao revés: os que mais têm e podem devem ser cobertos em primeiro lugar. Abol-se o critério de universalidade para introduzir o critério de renda como o definidor do tipo de serviço a ser prestado e da população a ser atendida.

A proposta adquire maior gravidade se lembrarmos que a idéia da prevenção como redutora de gastos vale apenas para as faixas etárias específicas. Quando evitamos uma paralisia infantil em uma criança e uma infecção intestinal, estamos permitindo que ela viva mais. E, vivendo mais, atingirá com maior probabilidade

viços são em sua maioria prestados por entidades privadas, lucrativas ou não. Não é a presença do poder público que as torna corruptíveis nem elas são intrinsecamente corruptas. Há que ter fiscalização e punição. Mas há que ter remuneração digna. É difícil contemporizar-se com uma consulta médica por pouco mais de dois reais e uma cesariana por 180 reais.

Em relação à fraude e ao abuso o que se pode fazer é combatê-los e punir os fraudadores (tarefa, aliás, de responsabilidade da polícia e do Judiciário, porque denúncias não faltam).

E, finalmente, não adianta imaginar soluções mágicas.

Ninguém de bom senso e siso pode ser contra a assistência prestada pelo Hospital Sarah Kubitschek em Brasília, freqüentemente citado como modelo de gestão. Nem contra o Incor em São Paulo, ou contra o Instituto Nacional do Câncer no Rio. São instituições públicas modelares. O problema é que é impossível com os atuais recursos internos 13 milhões de pessoas, dar cerca de 30 milhões de consultas e realizar 60 milhões de procedimentos por mês a preço e qualidade Sarah ou INCa.

Hoje, torna-se necessário o estabelecimento de prioridades. Critérios de custo-efetividade devem ser introduzidos para sua

definição. Em tempo de recursos escassos, por exemplo, é inconcebível que 14% das despesas com internação do SUS destinem-se ao tratamento em regime de internação de doentes mentais, quando as modernas técnicas recomendam o tratamento não institucional. Ou que mais da metade dos recursos de atendimento ambulatorial destine-se a métodos diagnósticos. Se não queremos "soluções finais" para nenhum segmento da população, devemos ter a coragem de definir com clareza quem será o alvo prioritário das intervenções públicas e explicitar os benefícios ofertados.

José Noronha é médico e professor do Instituto de Medicina Social da UERJ



de a velhice. E, idoso, necessitará de cuidados, caros, para seu reumatismo, para seu infarto ou seu derrame. Ao abandonarmos os argumentos éticos em favor dos estritamente econômicos, estaremos dando passos perigosos em direção a soluções radicais.

É necessário interromper este percurso com rapidez e sem ilusões. Redefinir o modelo? Certamente. Descentralizar? Em termos. Para os cuidados simples, sim. Mas, para os tratamentos mais caros, como o do câncer, a cirurgia coronariana ou o transplante renal, é preciso centralizar, concentrar. Nestes casos, quem faz mais, faz melhor.

E é indispensável alterar o modelo gerencial, sem dúvida. No caso da saúde, desde os tempos do antigo IAPI, os ser-

CREMERJ pede mais ação

Secretário de Saúde visita o Conselho e promete melhorar assistência à saúde



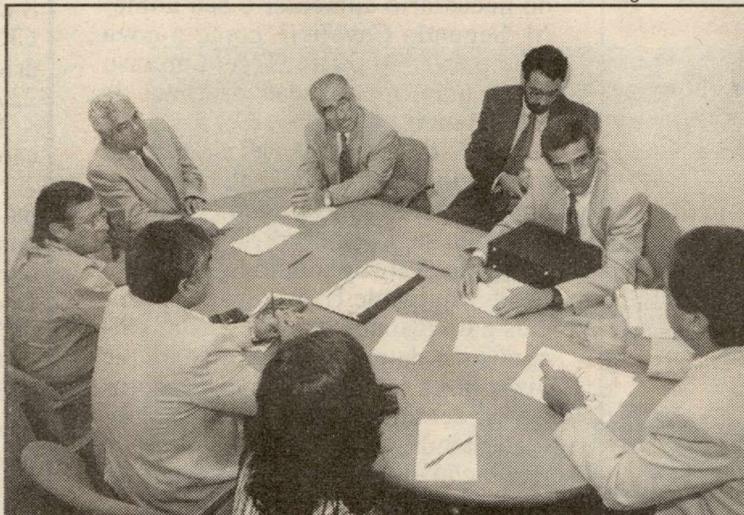
Municipalização da rede estadual de emergência, Resoluções 100 e 110, recursos hu-

manos, orçamento da saúde e emissão de AIHs nos municípios do interior foram os principais assuntos da reunião, no CREMERJ, com o Secretário Estadual de Saúde, Ivanir Martins de Mello. Estiveram presentes Bartholomeu Penteadado Coelho, Presidente do Conselho; Aloísio Tibiriçá, Vice-Presidente; os Conselheiros Eduardo Bordallo e Eduardo Vaz (também Presidente da SOMERJ); Walter Mendes, Sub-Secretário; Edmilson Migowski, Coordenador da Vigilância Sanitária; e Victor Berbara, Coordenador do Programa de Saúde Coletiva.

Durante a reunião, Bartholomeu Penteadado Coelho lembrou que, em recentes declarações, o Ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, afirmou que a prioridade do Ministério é o processo de descentralização do SUS e defendeu a concessão de uma fonte permanente de financiamento para a saúde. No entanto, as notícias publicadas na grande imprensa de que o Governo pretendia uma redistribuição das verbas, tirando dos municípios "ricos" para dar aos "pobres", foram recebidas com preocupação pelo Conselho.

- Qualquer atitude do Governo federal nesse sentido - observou Bartholomeu - atingirá diretamente às Secretarias Municipais e Estaduais.

Na sua opinião, o "efeito



Fotos: Wagner Santana

Autoridades da Secretaria Estadual e Conselheiros no CREMERJ

Robin Hood", proposto para distribuir as verbas, pode piorar ainda mais a situação. Reduzir as verbas dos "ricos" significa tirar deles o atendimento mais complexo, que é referenciado aos mais "pobres".

- Desse maneira, só teremos atendimento básico. No atendimento mais complexo, inclui-se os transplantes também. Hoje, temos uma imensa quantidade de doadores em potencial. Temos condições de operacionalizar essa demanda? Onde e como seriam feitos todos esses transplantes? - questionou o Presidente.

O Subsecretário Walter Mendes afirmou que a Secretaria continua trabalhando com os princípios do SUS. A prioridade é estabelecer uma política específica para melhorar os indicadores de saúde, principalmente nos municípios da Baixada e de São Gonçalo.

A Resolução 110, que regulamenta o transporte de paci-

entes, também esteve em pauta. De acordo com Eduardo Bordallo, a remoção de pacientes tem sido feita de maneira irresponsável, com empresas criadas aleatoriamente e cursos de paramédicos sem nenhum controle.

- Um convênio do CREMERJ com a Vigilância Sanitária seria importante para que se possa agilizar a Resolução 110. Já estamos fazendo um convênio com o Corpo de Bombeiros para nos ajudar na fiscalização. Os bombeiros também vão ministrar o curso de paramédicos - concluiu.

Durante a reunião, foi entregue ao Secretário o documento final do Fórum de Cardiologia - realizado pelo Conselho em novembro passado - em que denuncia a existência de 600 pacientes na fila de espera de uma cirurgia cardíaca e a falta de investimentos na área.

A municipalização dos hospitais estaduais de emergência

foi outro assunto abordado. Segundo o Secretário de Saúde Ivanir de Mello, o Governo aceita a municipalização. No entanto, os hospitais só serão entregues em perfeitas condições de atendimento e após o término das obras.

- Dentro de poucos meses, os hospitais estarão aptos para a municipalização - prometeu.

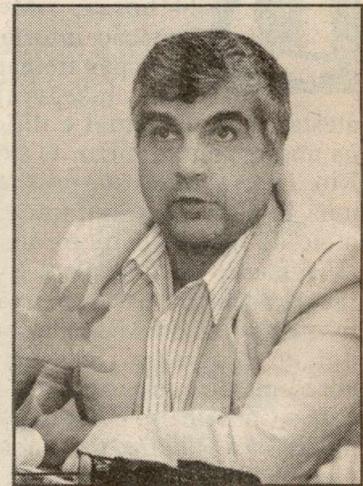
A falta de pessoal vem piorando a assistência à população, sobrecarregando médicos e também dificultando a implantação da Resolução 100 do CREMERJ.

- A contratação de cooperativas foi a solução imediata encontrada. Pode ser que daqui a alguns meses encontremos outra - disse Walter Mendes.

- Nossa proposta é que haja uma licitação e que sejam contratados mais 400 médicos cooperativados para trabalharem nos hospitais Carlos Chagas, Getúlio Vargas, Pedro II e Albert Schweitzer - afirmou o Secretário.

Além de ressaltar os baixos salários dos médicos, Bartholomeu Penteadado Coelho destacou um dos problemas que o sistema de cooperativas pode causar, como profissionais recebendo remuneração extremamente diferenciada e realizando o mesmo trabalho.

Ivanir de Mello disse que a Secretaria já está recorrendo ao Governador para que todos recebam gratificação. Segundo ele, alguns hospitais pagam a gratificação referente à emergência e outros não. A proposta é que haja isonomia salarial.



Conselheiro Eduardo Vaz

Interior precisa de mais atenção do Governo

"70% dos médicos e da população dos municípios do interior dependem do SUS". A afirmação de Eduardo Vaz, presidente da SOMERJ, durante a reunião com o Secretário de Saúde, reafirma alguns dos princípios do SUS: integridade e universalidade do atendimento e valorização dos recursos humanos.

- No entanto, a realidade em que vive esses Municípios contradiz esses princípios e ainda o de financiamento permanente da saúde. Os que estão com gestão semiplena podem estar um pouco melhor. Todos os outros apresentam problemas, como má remuneração dos médicos, falta de pessoal, leitos desativados e AIHs insuficientes - lembrou Vaz.

Durante a reunião, o Presidente da SOMERJ afirmou que a situação da saúde no interior do Estado é preocupante e pediu que houvesse uma maior atenção por parte da Secretaria:

- Nós sabemos que o problema é complexo, mas é necessário uma discussão da Secretaria com as entidades representativas para encontrar uma solução. Angra dos Reis, Nova Friburgo e Volta Redonda já mostraram que é possível proporcionar assistência de qualidade com as verbas do SUS.

Segundo Ivanir de Mello, muitos dos problemas de repasse de AIHs são causados por informações do IBGE que não correspondem à realidade.

- Uma das alternativas para solucionar o problema seria um consórcio para viabilizar o atendimento. Existem alguns municípios que não têm casa de saúde. Nesses casos, uma cidade que tivesse estrutura e maior complexidade atenderia a esse grupo - explicou o Secretário.

Emergências serão municipalizadas

A imprensa tem divulgado inúmeras matérias sobre índices alarmantes de tuberculose, AIDS, dengue e outras doenças no estado do Rio de Janeiro. Na verdade esta situação não é nenhuma surpresa. Em 1995 houve um brutal abismo entre o orçamento destinado à saúde e o que de fato foi gasto. O Governo do Estado usou somente metade do orçamento (R\$ 109.622.085,00 dos 222.864.987,00 aprovados), sendo que quase 98%, em despesas com pessoal. É

bom lembrar que os profissionais de saúde do estado são muito mal remunerados (os médicos recebem R\$300,00, e após 35 anos de serviço, apenas R\$700,00). O número de médicos que trabalham para o estado também mostram a economia com o setor: aproximadamente 3 mil.

Nas demais atividades e programas, gastou-se apenas 2% dos recursos destinados e aprovados pela Assembléia Legislativa.

Já se sabia em 1995, por exemplo, que o Rio de Janeiro é

campeão em tuberculose. No entanto, nenhum centavo foi dirigido ao controle da doença. Não é de se estranhar, portanto, que no dia 24 de março passado, Dia Mundial de Luta Contra a Tuberculose, a imprensa tenha divulgado que no nosso estado, 500 crianças de zero a 5 anos contraem a doença por ano.

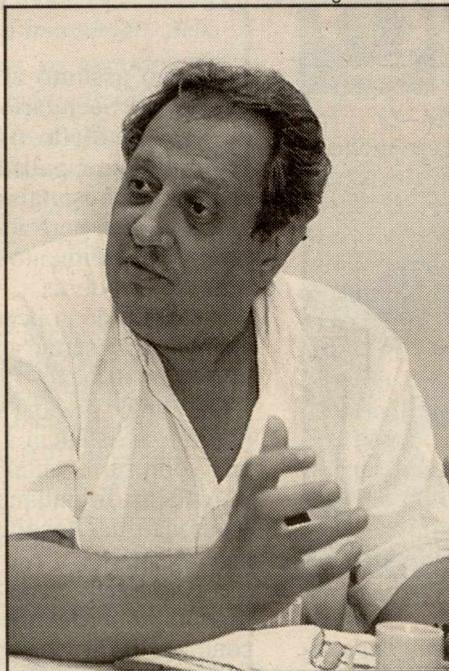
Também no caso da AIDS, a situação mostra bem uma das causas para índices preocupantes: o orçamento daquele ano destinado ao programa de controle foi de R\$6.458.106,00 e a despesa foi de apenas 1.232,00.

Esperamos que para 1997, ano da saúde, segundo o Presidente da República, o Governador Marcelo Alencar não só aumente o percentual destinado à saúde do estado, como valorize seus profissionais. Só assim o estado estará valorizando a vida do cidadão que depende dos serviços públicos. O CREMERJ está empenhado em colaborar com o que for possível. O encontro com o Secretário Estadual de Saúde do Estado foi o primeiro passo.

Rio-Transplante se reestrutura baseado no modelo da Espanha

De um lado, comunicação eficiente, atendimento 24 horas, sistema de captação informatizado e equipes treinadas. Do outro, insegurança em atestar morte cerebral e dificuldade na abordagem familiar. O Programa Rio Transplante está passando por uma fase de reestruturação para ser o elo de ligação entre os hospitais e as unidades de transplantes e superar os problemas. Em reunião, promovida pelo CREMERJ, o coordenador do Programa, José Cavaliéri, apresentou as propostas de atuação para o Conselheiro Eduardo Bordallo, Maria Inês Ribeiro, da Câmara Técnica de Terapia Intensiva do Conselho, Edmundo Azevedo Carvalho, chefe do CTI do Hospital Souza Aguiar, Conrado Norberto Weber Júnior e Maria Thereza Vieira Brandão, plantonista e chefe do CTI do Hospital Salgado Filho, respectivamente.

Baseado no modelo da Espanha, país com maior número de doações, cerca de 27 por milhão de habitantes, o Rio Transplante começa a montar uma estrutura profissionalizada para agilizar o processo de captação de órgãos e de transplantes. Com sede no Hospital Pedro Ernesto, o programa conta com dois números de



Coordenador José Cavaliéri

telefone (253-0031 e 299-3131) para atendimento 24 horas. A equipe de captação, composta de 15 profissionais, deverá ser formada por médicos e enfermeiros com prévia experiência em UTIs ou transplantes, e ter dedicação exclusiva ao projeto. Atualmente, existem três unidades de transplantes: Pedro Ernesto, Bonsucesso e Fundão. A tendência

é que essas unidades cheguem ao limite máximo de sua capacidade, sendo necessário aumentar o seu número. Segundo Cavaliéri, como a nova lei é para todo o Brasil, será preciso ainda uma organização nacional de transplantes.

- 90% dos transplantes acontecem nas regiões Sul e Sudeste. E o restante do país? - questionou Cavaliéri.

Numa segunda etapa, o Programa pretende realizar reuniões com chefes de equipe de UTIs e de emergências para discutir questões, como diagnóstico da morte encefálica, o que diz a nova lei, quais procedimentos devem ser tomados, entre outras. Pretende ainda, promover um curso de formação de coordenador local de transplantes.

- Em cada hospital, vai ter um médico que será o coordenador e fará um trabalho de acompanhamento do projeto, mantendo-se em contato permanente com a equipe de captação. Depois que for diagnosticada a morte cerebral, o coordenador conversará com a família para a possibilidade de doação. Juntamente com chefes de UTIs e emergências, o coordenador vai transformar o dia-a-dia num efeito multiplicador de informações, fazendo palestras periodicamente para médicos e enfermeiros - explicou Cavaliéri.

Insegurança em atestar morte cerebral

A insegurança dos médicos em atestar a morte cerebral, muitas vezes ocorre pela ausência de equipamentos apropriados. A lei determina que o diagnóstico deve ser feito através de exame clínico e, confirmado, pelo método gráfico.

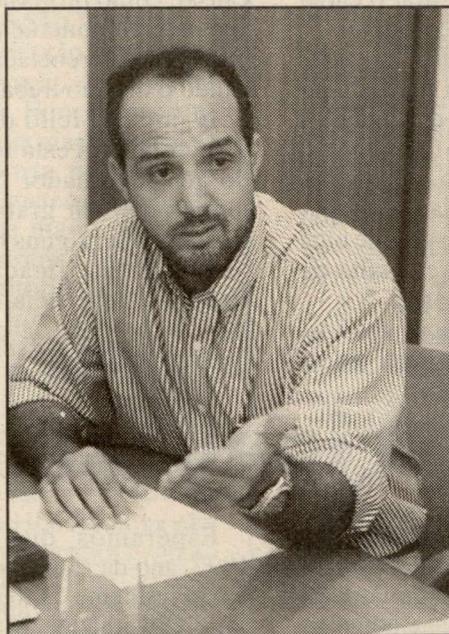
- A maior dificuldade no momento é operacionalização. Os médicos estão receosos. Eles precisam estar tranquilos e convencidos do diagnóstico que vão fazer. Outro fator, é criar o hábito, o que demanda tempo. Precisamos transformar os exames para constatar a morte encefálica num ato simples e rotineiro. É necessário também conscientizar a população, que está com medo - afirmou Edmundo Carvalho.

Cavaliéri concorda que a população vem associando a obrigatoriedade de doação diante da morte encefálica e, o que é pior, está com medo que os órgãos sejam comercializados.

- O governo deve fazer uma campanha nacional de esclarecimento sobre o conceito de morte cerebral. O diagnóstico é necessário para o transplante, mas se vai ser realizado ou não cabe à família decidir. A população não pode pensar que o médico vai tirar, de qualquer forma, o órgão do seu parente - declarou.

Para Maria Inês Ribeiro, o Rio Transplante deve distribuir cartazes nas emergências e UTIs orientando e motivando a doação de órgãos.

- A lista de espera deveria ser de co-



Edmundo Carvalho

nhecimento público e, inclusive, fixada nos hospitais para sensibilizar os médicos e as famílias dos possíveis doadores - considerou.

José Cavaliéri expôs também que é importante que os hospitais considerem o transplante como uma situação de emergência.

- O ato cirúrgico é feito pelas equipes de transplantes nos hospitais. Como, geralmente, o tempo é curto, os hospitais devem ceder o centro ci-



Maria Thereza Vieira Brandão

rúrgico para a retirada do órgão. Acredito que o trabalho, em conjunto dos hospitais e das equipes, será construtivo e poderemos produzir muito mais. O Rio Transplante está a disposição dos diretores dos hospitais para esclarecer dúvidas ou marcar palestras. Com essa reunião, o CREMERJ está nos ajudando a aproximar o local onde acontece a morte cerebral e quem pode realizar o transplante - concluiu Cavaliéri.

CFM estabelece critérios

Sobre morte cerebral, o Conselho Federal de Medicina baixou em 8 de agosto de 1991, a Resolução CFM nº 1.346/91, publicada no Diário Oficial de 17/10/91 (página 22731)

É a seguinte a íntegra da Resolução:

“O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de junho de 1958, e;

Considerando que parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme já estabelecido pela comunidade científica mundial;

Considerando o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível de atividade encefálica;

Considerando a necessidade de judiciosa indicação e interrupção do emprego dessas recursos;

Considerando a necessidade de se adotar critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

Considerando que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de dois anos;

Resolve adotar os seguintes princípios:

1 - Os critérios, no presente momento, para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos são, em seu conjunto:

a - clínicos: coma aperceptivo com arreatividade inespecífica, dolorosa e vegetativa, de causa definida. Ausência de reflexos corneano, oculoencefálico, oculoestibular e do vômito. Positividade do teste de apnéia. Excluem-se dos critérios acima os casos de intoxicações metabólicas, intoxicações por drogas ou hipotermia.

b - complementares: ausência das atividades bioelétrica ou metabólica cerebrais ou da perfusão encefálica;

2 - O período de observação desse estado clínico deverá ser de, no mínimo, 6 (seis) horas.

3 - A parada total e irreversível das funções encefálicas será constatada através da observação desses critérios registrados em protocolo devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar.

4 - Constatada a parada total e irreversível das funções encefálicas do paciente, o médico, imediatamente deverá comunicar tal fato aos seus responsáveis legais, antes de adotar qualquer medida adicional.

Bombeiros: muita rapidez e eficiência no socorro de rua

no medicina
Rio

Chamada 193. Atropelamento na Avenida Epitácio Pessoa, Lagoa, com duas vítimas, sendo que uma delas é uma criança de cinco anos. Doze minutos após o pedido de socorro, o Grupo de Socorro Emergência do Corpo de Bombeiros (GSE) está chegando ao local do acidente. Com rapidez e eficiência no atendimento, o GSE vem conseguindo salvar muitas vidas.

O serviço realizado pelo GSE começou em junho de 1986, motivado por estudos feitos pelo Corpo de Bombeiros, que constatou que 50% das mortes em acidentes ocorrem na primeira hora. Segundo Luiz Maurício Plotkowski, diretor do GSE, este índice pode ser reduzido drasticamente se houver socorro imediato que permita à vítima chegar em boas condições ao hospital.

- Se a ambulância faz o atendimento no local do acidente, ela pode diminuir a gravidade do estado da vítima e reduzir a possibilidade de um segundo trauma. Se o paciente chega em melhores condições, a sua recuperação e reabilitação serão mais rápidas. Conseqüentemente, os custos do tratamento no hospital diminuem, assim como o tempo de ocupação do leito e o consumo de material e equipamento - lembrou o diretor.

As ambulâncias UTIs ficam localizadas nos quartéis do Corpo de Bombeiros com o único objetivo de atender às chamadas de emergência e trauma em vias públicas. As equipes são formadas por três profissionais: um médico e dois auxiliares de enfermagem. Além de um curso de emergência pré-hospitalar, a equipe recebe um treinamento de resgate e salvamento para se adaptar ao trabalho dos bombeiros. Em muitas das circunstâncias, o médico também faz um trabalho psicológico nos casos em que a vítima encontra-se emocionalmente abalada, necessitando ser acalmada para que aceite o atendimento.

O GSE está trabalhando com 22 ambulâncias espalhadas pelo Grande Rio e mais sete por outros municípios: Petrópolis, Teresópolis, Cabo Frio, Macaé e Campos. Este ano, Angra dos Reis e Barra Mansa também terão ambulâncias. Ainda estão previstas mais 10 unidades, que vão trabalhar com técnicos de emergência médica.

- Com as novas unidades, o serviço vai melhorar bastante. Praticamente todas as ambulâncias são zero quilômetros e estão equipadas com o que há de mais moderno em material para salvamento. Todo o equipamento - respira-

dor, monitor, desfibrilizador, oxímetro - é portátil e funciona à bateria. Se a vítima estiver presa nas ferragens de um carro, o equipamento pode ir até ela e o atendimento de uma UTI poderá ser feito no local, sem precisar levar o paciente à ambulância para começar o socorro - disse Plotkowski.

Em 1996, o GSE recebeu 38.473 chamadas, uma média de 3.200 por mês. De acordo com o diretor, praticamente todas as ambulâncias vão para a rua ao mesmo tempo e, em alguns quartéis, as unidades saem até 14 vezes ao dia.

- O número de chamadas vem crescendo muito. Atualmente, nosso tempo de resposta é de 12 a 15 minutos. Poderia ser menor se não fosse o considerável aumento da demanda e o trânsito caótico, que nos dificulta o acesso ao local do acidente - declarou Plotkowski.

Um médico coordenador é respon-

sável pelo recebimento das chamadas, pela distribuição das ambulâncias e por encontrar um destino para o paciente. Segundo Plotkowski, a partir desse momento a situação começa a complicar.

- Para que o nosso serviço tenha realmente sucesso é preciso que ele deixe a vítima no hospital. É necessário que as emergências dos hospitais melhorem, senão o treinamento médico, as ambulâncias bem equipadas e toda a estrutura de socorro imediato não adiantam nada - considerou.

O GSE não se restringe apenas à parte prática do atendimento de emergência. Existe ainda um trabalho de estudo científico e atualização permanente.

- Produzimos a única revista de emergência em português que existe e ainda o Manual de Socorro Básico. É

a forma que temos para divulgar nosso conhecimento e apresentar novas técnicas. Anualmente, fazemos pelo menos um intercâmbio com corporações de bombeiros internacionais, principalmente a de Paris, para troca de experiências - disse o diretor.

De acordo com Plotkowski, um convênio com a UERJ está em andamento. A idéia é promover um curso teórico e prático, levando os alunos nas ambulâncias para aprenderem o atendimento de emergência pré-hospitalar.

- A medicina pré-hospitalar não faz parte do currículo médico. Na faculdade, se aprende a atender emergência dentro do hospital, com toda a sua estrutura. Você tem um paciente para um conjunto de especialistas. É todos por um. Num acidente, em que geralmente há mais de uma vítima, o médico está sozinho sem a estrutura de apoio. É um por todos - concluiu.



O Grupo de Socorro Emergência do Corpo de Bombeiros retira as vítimas de acidentes das ferragens dos carros (foto ao lado) e leva para o hospital (foto abaixo à direita). Se necessário até de helicóptero (foto abaixo à esquerda)



PLANO DE METAS AINDA



Governo anunciou recentemente o Plano de Metas para a Saúde, que prevê investimentos para 1998 de

R\$ 31,1 bilhões, incluindo nesse total verbas oriundas dos Estados e Municípios. Para isso, o Presidente Fernando Henrique e o Ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, começaram logo a negociar com 20 governadores a aprovação de um substitutivo à Proposta de Emenda Constitucional 169, do deputado Eduardo Jorge (PT-SP), que também obrigará os Estados a aplicar em saúde 10% de suas receitas e os Municípios 12,5%, reduzindo, assim, os recursos federais previstos na PEC 169.

A meta do Governo, segundo o Ministro da Saúde anunciou, seria atingir um investimento per capita em saúde de R\$ 191,00 ao ano, o que daria uma média de R\$ 15,90 per capita ao mês, considerado um valor insuficiente quando comparado, por exemplo, aqui mesmo no Brasil, com os valores previstos pelas diversas modalidades de empresas seguradoras - R\$ 40,00 per capita/mês. Enquanto o Governo brasileiro pretende investir R\$ 31,1 bilhões em 1998 para uma população de 158 mi-

lhões de pessoas, a Austrália gasta o mesmo volume de recursos para 20 milhões de habitantes, isso sem falar nos países de Primeiro Mundo, como a França, que gasta em torno de US\$ 100 bilhões com 58 milhões de habitantes, e o Canadá, US\$ 66 bilhões para aproximadamente 30 milhões de pessoas.

Fernando Henrique cobrou uma parceria dos governadores, dizendo que nenhum dos problemas do Brasil tem a magnitude da saúde. Ou seja, ele reconheceu a gravidade do setor. O Ministério calcula que, após a aprovação da emenda que pretende substituir a PEC 169, os Estados invistam R\$ 6,2 bilhões e os Municípios R\$ 4,6 bilhões.

Ainda segundo o Ministro Carlos Albuquerque, para cumprir a meta de reduzir em 50% as internações e diminuir as filas, o Ministério pretende aumentar de 44 mil para cem mil o número de agentes comunitários, que dão atendimento a 14 milhões de famílias em três mil Municípios.

Durante a reunião com os governadores, estes cobraram do Ministério a garantia do repasse de recursos para que os Municípios diminuam as resistências e possam assumir a gestão dos serviços.

GILSON CANTARINO

"A tendência de todos os países latino-americanos é incorporar a política neoliberal e seguir, em função do pagamento da dívida externa, o chamado Consenso de Washington, que recomenda que os países tenham uma cesta básica de oferta à população, cuidem apenas dos segmentos considerados excluídos e que estimulem a medicina de mercado. Portanto, incentivam que as pessoas comprem com seus próprios recursos suas necessidades de saúde. Essa é uma tônica do continente e está na pauta do Brasil também.

Os ideais neoliberais, no entanto, se chocam com o conceito de Estado voltado para o bem-estar da população e nos ameaçam com a tentativa de alterar princípios da Constituição brasileira. Não podemos esquecer que foi uma grande vitória considerar a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão. A própria globalização da economia, que é um fato mundial, gera pessoas muito ricas e também muito pobres. Assim como, lugares ricos e lugares pobres. Nos próximos 20 anos, conviveremos com o aumento do desemprego, competitividade de mercado e embates sociais. Para enfrentar o pensamento neoliberal, os Municípios terão que estar fortes e aptos a desenvolver políticas públicas prioritárias para a assistência à população."

Esta é a visão de Gilson Cantarino, presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Secretário Municipal de Saúde de Niterói, ao fazer uma avaliação do momento em que se consolida a luta em defesa do SUS e o Governo divulga seu Plano de Metas.

CREMERJ - Qual a sua avaliação sobre o Plano de Metas do Governo federal?

Gilson Cantarino - O Plano de Metas do Governo vem ao encontro aos anseios daqueles que defendem a municipalização da saúde, como forma de reorganização do sistema. O documento reafirma os princípios da descentralização e da universalidade, duas vertentes fundamentais para o sistema. No entanto, quando determina um teto para o processo de descentralização, estimando o número de Municípios que estariam habilitados para a gestão básica e plena, ele está trabalhando com uma ordem de grandeza que não me parece clara. Se considerarmos como meta de expectativa, tudo bem. Mas, se o Governo está criando um tipo de limite, isso é absolutamente indesejável. Esta questão é municipal. Quem vai dizer se o Município está apto ou não é o Conselho Municipal de Saúde.

- Acho que o plano é um pouco genérico quando reafirma a prioridade na criação de programas voltados para a mulher, criança, DSTs, Aids e consórcios. O principal é que se dê aos Municípios a possibilidade de desenvolver um modelo de atenção à saúde, adequado à sua realidade sanitária, econômica e social. O princípio da universalidade deve ser preservado, de modo que a população tenha acesso aos serviços básicos e aos procedimentos de maior complexidade.

CREMERJ - O documento não deixa claro a estipulação de verbas permanen-

tes para a saúde e não apóia a PEC 169 como está estabelecida. Como fica, a seu ver, a questão do financiamento?

Gilson Cantarino - O fato novo é que o Governo avança no sentido de reconhecer a necessidade de definição de algumas fontes vinculadas de financiamento da saúde, visto que os economistas têm posição contrária. Pelo que eu entendi, o que está claro para o Governo é a vinculação à receita orçamentária dos Municípios e Estados. O percentual disso, no entanto, não ficou definido. Há uma referência da obrigatoriedade de verbas do Governo federal, que também não foram estabelecidas se serão dos recursos da seguridade social ou de outras fontes. No plano, eu não vi dinheiro novo da fonte federal. A ordem de grandeza de R\$ 20 milhões é o orçamento para esse ano, já com a CPMF. O dinheiro novo vem dos Estados e Municípios. Suponho que os recursos que cabem ao Governo são os que já foram destinados para esse ano. A meu ver, o percentual federal será obrigatório enquanto lei, mas genérico enquanto fonte de receita. Isso me preocupa. O discurso do Ministro tem outra interpretação para a proposta de vinculação, que não é a da PEC 169.

CREMERJ - Qual a sua opinião a respeito da proposta dos consórcios intermunicipais?

Gilson Cantarino - Desde que os consórcios partam sempre de uma iniciativa de um conjunto de Municípios e estejam de acordo com a necessidade de assistência à

DECLARAÇÃO DO ENCONTRO NACIONAL DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA

Reunidos em Salvador, no dia 21 de março, os Conselhos Regionais de Medicina do país firmaram a Carta de Salvador, na íntegra, a seguir:

O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina, signatários desta declaração, considerando o papel de relevância social do Sistema Único de Saúde no atendimento médico e hospitalar do povo brasileiro, declaram o seu compromisso com a manutenção do SUS como previsto na Constituição Federal, com ênfase nos seguintes pontos:

1 - Definição imediata de uma fonte permanente de financiamento do Sistema, com a participação da União e das entidades federadas;

2 - Aprovação pelo Congresso Nacional da PEC 169, que prevê 30% dos recursos da seguridade social e 10% do orçamento em cada nível de Governo para Saúde.

3 - Implantação imediata de programas de investimentos na rede pública e em Hospitais Universitários;

4 - Revisão imediata dos valores pagos por atos médicos desempenhados no SUS;

5 - Preservação dos princípios de universalidade, integralidade e descentralização na assistência à saúde;

6 - Priorizar a aplicação dos recursos oriundos da CPMF nas atividades preventivas.

A É CARTA DE INTENÇÕES

NO ANALISA PROPOSTA DO GOVERNO

Wagner Santanna



Gilson Cantarino é Presidente do CONASEMS e Secretário Municipal de Niterói

população, eles são válidos. O que não pode haver é uma política definida pela Secretaria Estadual ou pelo Ministério. Não pode ser uma imposição, porque estaria ferindo a autonomia constitucional dos Municípios. Se um Estado perceber a necessidade de um consórcio numa determinada região, não vejo problema que ele estimule isso, contanto que a gerência seja intermunicipal. Temos uma proposta em discussão para um consórcio com os Municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Maricá, Magé e Tanguá, em parceria com a Secretaria de Estado. O Hospital Estadual Azevedo Lima só tem a maternidade funcionando. O consórcio permitiria a ativação de 200 leitos e o hospital passaria a ser referência para esses Municípios.

CREMERJ - A campanha "Onde deu SUS, deu certo" pode ser aplicada a Niterói?

Gilson Cantarino - Niterói criou um modelo de gestão semiplena em que o Município é o responsável efetivo pelas ações de saúde. Isso nos possibilitou fazer um planejamento adequado à nossa realidade e todos os indicadores de saúde melhoraram. Realizamos um trabalho intersetorial com a Prefeitura, envolvendo a participação das companhias de limpeza urbana e de urbanização e moradia. A melhor resposta foi o resultado de uma pesquisa encomendada ao Ibope, em que o nível de satisfação do usuário foi muito bom, em torno de 90%. A pesquisa revelou também um dado importantíssimo sobre a qualidade profissional. Ninguém sai de um atendimento satisfeito, se foi mal atendido. Eu não acho que o sistema está ótimo, mesmo porque ainda tenho disputa para exames e para internação hospitalar. Posso afirmar com segurança que está melhor do que já foi. Trabalhamos com melhoria de expectativa de vida, queda da mortalidade, con-

trole de doenças endêmicas, perfil de envelhecimento da população, cobertura vacinal, etc. Ainda temos que melhorar a assistência perinatal, aumentar o número de leitos de maternidade e ampliar o Programa Médico de Família.

CREMERJ - Na sua opinião, "Onde deu SUS, deu certo" está ligado à valorização do profissional médico?

Gilson Cantarino - Niterói está priorizando a saúde, destinando ao setor 20% do orçamento da Prefeitura. Estamos introduzindo um novo modelo assistencial, que valoriza o profissional médico, não só na sua atividade curativa, mas também na integração com a população que assiste. Eu gostaria de estar praticando uma política salarial melhor. Para o mercado do Estado do Rio, tanto no setor público quanto privado, estamos pagando acima da média. De acordo com pesquisas, essa média está em cerca de 3 ou 4 salários mínimos, enquanto em Niterói o médico, em início de carreira, recebe no total R\$ 810,00, podendo chegar a R\$ 1.100,00 se tiver plantões de fim-de-semana. Como tínhamos dificuldade de fixar profissionais em plantões de fim-de-semana, a realidade administrativa nos impôs estabelecer uma gratificação e valorizar esse profissional. Nosso adicional de insalubridade não é sobre o salário mínimo como de costume e sim sobre o salário do médico, num percentual de 20%. Estamos valorizando também o concurso público. De 89 a 92, realizamos dois concursos, o que significa melhoria no quadro de pessoal e ampliação da oferta de vagas.

CREMERJ - Qual a sua opinião sobre as cooperativas?

Gilson Cantarino - Por enquanto, eu continuo contra. A saúde exige um processo acumulado de trabalho, que permita a formação de uma cultura institucional. Nenhum serviço fica bom com rotatividade. Além disso, a tendência com a cooperativa é encarecer os custos a favor de uma minoria e contra a grande maioria, constituída de servidores públicos que são mal remunerados. Onde se tem uma pequena oferta de pessoal, já se observa uma tendência à demissão do serviço público, formação de uma cooperativa e imposição de preços. O Governo não consegue pagar R\$ 1.000,00 ao médico servidor, mas consegue pagar R\$ 3.000,00 a um pequeno grupo. É uma contradição que vai levar o Estado à falência.

CREMERJ - Niterói continua com os problemas de atendimento, principalmente pela grande demanda de outros Municípios. Qual a sua proposta para reverter a situação e como ficam as questões das AIHs?

Gilson Cantarino - Eu sempre costumo colocar que uma questão difícil para Niterói são as interações hospitalares. Embora tenha uma oferta de leitos mais do que suficiente para a população residente na cidade, Niterói é pólo de referência. Para mim, atender é uma questão de princípio. A solução não pode ser impedir a vinda de pacientes de outros Municípios e privilegiar o atendimento da população local. Isso é anti-SUS. O que eu acho necessário é uma política de investimentos nesses outros Municípios. Há mais de 10 anos, não há investimentos na saúde. Há dinheiro de custeio, o que mostra o lugar de prioridade que a saúde ocupa no Brasil. Como Niterói tem gestão semiplena, temos o controle das internações e de marcação de consultas. Nossa proposta é que as pessoas de outros Municípios marquem, nas suas Secretarias, as consultas que elas precisam em Niterói. Isto já está em negociação e teve uma receptividade muito boa.

CREMERJ - Essa seria a solução para os Municípios do interior para resolver os problemas das AIHs?

Gilson Cantarino - Acho que sim, mas deve-se ter cuidado com a disputa entre Municípios para o repasse de AIHs, que se dá por dois motivos: a questão do credenciamento e a ausência de uma política macro-regional, que permita expandir a rede. O Município que não é pólo se sente prejudicado, porque recebe um percentual de recursos que está indo para o Município de referência, que tem uma oferta maior. Quem é pólo também se sente prejudicado, porque os recursos que o financiam nunca suprem toda a demanda.

CREMERJ - A proposta do Governo, que está sendo chamada de "feito Robin Hood", porque tira dos Municípios ricos para dar aos pobres, não atrapalharia essa estratégia que Niterói está propondo?

Gilson Cantarino - Primeiro vamos deixar claro que essa proposta não está escrita em lugar nenhum. Há informações que essa proposta está sendo discutida pelas comissões de financiamento, formadas a nível do Governo federal. Na minha opinião, isso deve ser levado obrigatoriamente à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e não pode ferir o princípio de autonomia municipal. Não é possível simplesmente dividir a pobreza. Qualquer coisa que mude a distribuição de verbas, por um novo conceito de equidade, deve ser muito bem estudado e ter regras básicas.

Descaso leva Pedro Ernesto à greve

desrespeito a direitos constitucionais e o descaso das autoridades levaram no mês passado médicos e funcionários do Hospital Universitário

Pedro Ernesto a tomar uma atitude de última instância: entrar em greve. O 13º salário, 1/3 de férias e os auxílios alimentação e creche, referentes ao ano de 96, ainda não tinham sido pagos. Só no início deste mês, o Governo apresentou uma proposta que atendeu parcialmente às reivindicações dos médicos e funcionários.

O movimento de greve, por tempo indeterminado, havia sido deflagrado pelas associações de funcionários do Hospital Pedro Ernesto, da UERJ e dos Docentes. Segundo o Conselheiro Sérgio Albieri, que faz parte do corpo clínico do Hospital, o Governo não dera qualquer esclarecimento para não efetuar o pagamento.

- O governo só resolveu negociar depois que começamos a greve. Reivindicamos o cumprimento de obrigações constitucionais. A proposta do governo foi de parcelamento da dívida e de acordo com o nível salarial, começando pelos que ganham menos.

De acordo com o diretor do hospital, Francisco Barbosa, o governo já havia liberado a primeira metade do 13º para funcionários que recebem até R\$ 2.000,00. Esta parte cobriria 90% dos funcionários do hospital. O restante da dívida, cerca de R\$ 10 milhões, seria



“O hospital estava funcionando com 30% da sua capacidade. Era importante sair da greve”

Francisco Barbosa

parcelado, não necessariamente em prestações iguais.

- A greve é uma forma legítima de reivindicação, mas pode penalizar o paciente que precisa ser atendido. O hospital estava funcionando com 30% da sua capacidade. Estávamos enfrentando um momento extremamente crítico de ordem ética. Os doentes internados não estavam recebendo alta e outros precisavam ser operados. O movimento cirúrgico estava reduzido a 10%. A emergência era sair da greve - considerou.

Com o atraso no pagamento das férias, o Governo acumulou dívidas de 96 e 97. Alguns médicos já entraram de férias de novo e não receberam nada.

- No ano passado, entrei de férias em fevereiro. Até agora, só recebi o referente à metade do 13º. Em fevereiro deste ano, tirei férias outra vez e também não recebi o que deveria. Parece que as autoridades não estão muito preocupadas com a saúde e com a educação - disse Waldir Maurício Nogueira, médico e professor do Pedro Ernesto.

Banco de Sangue do Bonsucesso fecha por falta de recursos humanos

De nada adianta um Banco de Sangue totalmente reformado e equipado com aparelhagem de última geração e capaz de atender a toda a demanda de um hospital do grande porte, se encontra-se fechado por falta de recursos humanos. É o que está acontecendo no Hospital de Bonsucesso. Assim, mais uma vez, a falta de pessoal compromete um serviço que pode oferecer um atendimento de qualidade à população.

Convidados por Roberto Carelli, diretor do Hospital, e Julio de Noronha, chefe da Emergência, estiveram reunidos Aloísio Tibiriçá, Vice-Presidente do CREMERJ, Alcione Azevedo, 1ª Secretária, e a deputada Jandira Feghali (PC doB/RJ) para discutir os problemas de deficiência de pessoal no Banco de Sangue, emergência e maternidade.

Os pedidos de demissão, devido aos baixos salários, o Programa de Demissão Voluntária e, ainda, as aposentadorias estão deixando o hospital em crise. O serviço do Banco de Sangue encontra-se desativado por tempo indeterminado. Estão faltando oito técnicos, dois médicos, dois auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras. O Superintendente do Ministério da Saúde no Rio, Mauro Modesto, já esteve no Banco de Sangue, mas até o momento nada foi feito para reverter a situação.

- O governo não se posiciona em relação ao concurso público e, enquanto isso, o Bonsucesso sobrevive com 15 bolsas de sangue que o Hemorio envia diariamente, suprimento este que não é suficiente. O hospital tem condições de ser o seu supridor. Se avaliarmos a dimensão e as necessidades do hospital, é um crime deixá-lo dependendo de outras instituições - declarou Alcione

Azevedo.

Apesar de ter estrutura física e equipamentos, a maternidade está transferindo, constantemente, pacientes para outras unidades. 28 leitos estão prontos para serem ativados, mas não há pessoal suficiente para trabalhar.

- A maternidade não está fazendo pré-natal. É preciso de pelo menos um obstetra para realizar o acompanhamento. A maternidade é referência para as pacientes com gravidez de alto risco, o que torna o problema ainda mais agravante. A Residência Médica do serviço também está ameaçada por falta de preceptores - afirmou Alcione.

O atendimento na Emergência também não está dando vazão à demanda. A falta de referência dos pacientes está fazendo com que o Hospital realize todo tipo de atendimento, embora a Emergência do Bonsucesso, de acordo com a Resolução 100 do CREMERJ seja de nível 3.

Hospital da Siderúrgica quer extinguir a Residência

A privatização do Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) está ameaçando o Programa de Residência Médica e o atendimento à população de Volta Redonda. Os novos proprietários do Hospital desativaram todos os ambulatorios, demitiram os médicos, que estão trabalhando como prestadores de serviço, e reduziram os leitos do SUS a 25.

A Residência Médica do Hospital está sofrendo as consequências da privatização. Com o fechamento dos ambulatorios, os médicos não permanecem no hospital. Eles fazem suas visitas e vão embora, enquanto que os residentes ficam sem seus preceptores. Desde 94, o credenciamento do hospital com a Comissão Nacional de Residência Médica está vencido e não foi renovado. Este ano, não houve concurso para Residência.

- O esquema de trabalho adotado no hospital faz com que não haja mais Residência. Provavelmente, este grupo de residentes será o último. A iniciativa privada pode ter um programa de Residência, mas para isso deve se reestruturar - afirmou Alcione Azevedo, 1ª Secretária do CREMERJ.

O hospital está tentando resolver o problema de preceptorial com uma proposta de convênio com a Secretaria de Saúde. Os residentes iriam cumprir a exigência de carga horária em ambulatorios, nos postos de saúde da Prefeitura. No entanto, esses postos trabalham com programas baseados no “Médico de Família”, inviabilizando a especialização médica. Os residentes não concordam com esta proposta.

- Até agora, não houve um posicionamento da direção em relação ao problema. Esperamos que se resolva a situação desses residentes e que o hospital aja de acordo com as normas da Comissão Nacional, para a liberação dos certificados - acrescentou Alcione.

A tendência é que o atendimento pelo SUS também desapareça, uma vez que os donos estão financiando as obras de outro hospital, o São João Batista, que pertence à Secretaria Municipal de Saúde.

- Os novos donos do Hospital estão cumprindo um compromisso moral. Acha que, reformando um hospital público, podem passar a responsabilidade pelos leitos do SUS. No entanto, os usuários do Hospital da CSN não são apenas os funcionários, mas também a população de Volta Redonda - concluiu a conselheira.

Entidades discutem tabela do Sistema Único de Saúde

Situação do atendimento público nos municípios do interior, tabela do SUS e emissão de AIHs foram os principais temas debatidos durante a reunião da SOMERJ, realizada em Vassouras. O encontro foi marcado pela preocupação de todos os representantes das sociedades filiadas com o Sistema Único de Saúde, do qual dependem 70% dos médicos e da população.

Estiveram presentes Mário Jorge de Noronha, representando a diretoria do CREMERJ, os Conselheiros Mauro Brandão e Maria Izabel Miorin, Eduardo Vaz, presidente da Somerj, e representantes de entidades médicas de Itaperuna, Itaguaí, Angra dos Reis, Cabo Frio, Rio Bonito, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Volta Redonda, Vassouras, Nova Friburgo, Valença, Barra Mansa e Miguel Pereira.

A reunião teve início com um balanço de cada Sociedade sobre a realidade do seu município. A preocupação com o processo do SUS em todo Esta-

do foi consenso. A precária remuneração foi considerada um dos principais motivos para o crescente número de clínicas descredenciadas pelo SUS. Segundo os participantes, a consulta é de apenas R\$ 2,04. Eles lembraram que há muitas discussões sobre a reforma do SUS, mas não se fala na melhoria da remuneração dos médicos.

A distribuição de AIHs também foi motivo de reclamação, uma vez que as autorizações limitam o gerenciamento dos hospitais, deixando-os em situação difícil.

O CREMERJ apresentou uma proposta de que as Sociedades funcionem como uma subdelegacia do Conselho para recebimento de solicitações de carteiras e de registros de clínicas, e para atender a demanda dos médicos na sua jurisdição. A idéia foi bem aceita e os participantes da reunião se comprometeram a avaliá-la.

O Conselheiro Mário Jorge de Noronha dissertou sobre o Movimento em Defesa do SUS, liderado pelo CREMERJ e por outras entidades.

Saúde é sempre notícia

"O médico e a imprensa" foi o tema da palestra proferida pelo Conselheiro Mauro Brandão durante as comemorações do primeiro aniversário da Sociedade Médica de Vassouras.

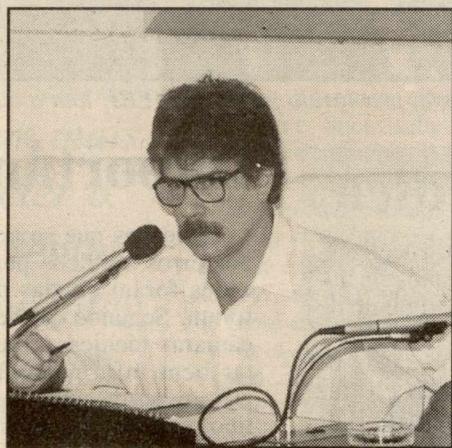
O Conselheiro do CREMERJ iniciou sua explanação ressaltando que a saúde está constantemente ocupando as páginas dos jornais de grande circulação. Como decorrência natural, os médicos estão sempre citados e relacionados ao assunto. Segundo ele, não é raro que o médico tenha sua imagem agredida, sem ter como se defender.

- Através dos debates, procuramos entender a ênfase dos noticiários na área de saúde e esclarecer ao médico, como deve se comportar para evitar situações desagradáveis com a imprensa - afirmou.

De acordo com Mauro Brandão, as principais preocupações do brasileiro são a saúde e o desemprego. Daí a saúde de ser sempre notícia. Ele destacou também que a imprensa no Brasil é dominada por grandes empresas de comunicação, que fazem valer seus interesses em detrimento da opinião do jornalista. Portanto, ao contrário do que muitos pensam, na maioria das vezes o jornalista não é responsável pela notícia divulgada.

Mauro levantou ainda questões relativas à formação do médico e do jornalista. O médico é formado para o segredo profissional e o jornalista está interessado em divulgar a notícia.

- É comum que haja o conflito. Muitas vezes o que é motivo para uma matéria jornalística, constitui um sigilo da



Conselheiro Mauro Brandão

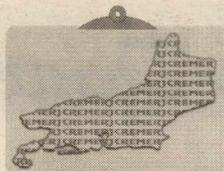
relação médico-paciente - explicou.

Em determinadas situações o médico é vítima da notícia, principalmente, quando a situação não depende do profissional e sim da estrutura do sistema de assistência. O palestrante exemplificou o caso de uma denúncia, envolvendo o médico, sem que o problema seja do seu conhecimento.

O oposto também acontece. Para Mauro, o médico pode criar notícia através de uma determinada denúncia.

- O médico pode pensar que está prestando um serviço à comunidade ao criar uma notícia. No entanto, pode provocar um pânico, que se volta contra a figura do médico - concluiu.

Eduardo Vaz presidente da Somerj, também apresentou a palestra "Honorários médicos e os convênios". Os palestrantes participaram ainda de uma mesa redonda sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).



ANGRA DOS REIS

Consolidar o SUS com acesso universal e igualitário, boa qualidade e controle social têm sido os principais objetivos da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis.

Segundo a Secretária, Teresa Cristina Leite, para estabelecer a cobertura assistencial da região, são utilizados como instrumentos a Portaria 3046/82, aumentando o número de consultas por habitante/ano para quatro, as metas definidas pelas ações programáticas e os indicadores epidemiológicos.

- A estruturação da rede baseia-se em cinco distritos sanitários, considerados sistemas locais de saúde que devem ter resolutividade para pelo menos 50% dos agravos que atingem a população, sendo o restante encaminhado ao 1º Distrito através do sistema de referência e contra-referência. Esse sistema também foi adotado para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, otimizando os recursos existentes - afirmou a Secretária.

Há oito anos, o sistema de saúde foi municipalizado. A rede de serviços é composta por 22 unidades, sendo que uma delas, o PAM, abriga em suas instalações, além do atendimento básico, outras especialidades como oftalmologia, cardiologia, mastologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, follow-up, nutrição, fonoaudiologia, entre outras. Três Unidades Mistas realizam o atendimento básico e de urgência 24 horas. As outras 18 unidades são consideradas básicas. Existem ainda Laboratório Municipal, os Serviços de Vigilância em Saúde e de Tratamento Fora Domicílio e o CAIS de Angra, hospital de saúde mental. Um Pronto Socorro e uma Urgência Pediátrica funcionam também 24 horas. No município, existem dois hospitais conveniados com o SUS, o Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena e o de Praia Brava, que pertence à Furnais Centrais Elétricas.

Apesar dos avanços e bons resultados, que se materializam nos indicadores de saúde, com a diminuição acentuada da mortalidade infantil, redução drástica da mortalidade materna e do número de remoções do Pronto Socorro, a política de saúde de Angra vem enfrentando dois

grandes problemas: falta de recursos tecnológicos e fixação de recursos humanos.

De acordo com Teresa Cristina existe a dificuldade de colocar em disponibilidade para a população recursos tecnológicos, principalmente para meios diagnósticos e terapêuticos.

- Muitas vezes esses recursos são necessários para o bom andamento do atendimento, mas de difícil acesso na rede estadual do SUS, tais como UTI neonatal, hemodiálise, tomografias, mamografias, ressonâncias magnéticas e cirurgias mais complexas - considerou.

Angra dos Reis tem 183 profissionais médicos. Apesar do salário ser um dos maiores do Estado, em torno de R\$ 1.000,00, esse quantitativo é reduzido. O custo de vida e a distância dos grandes centros urbanos são os fatores complicadores.

- Angra precisa de recursos humanos. A maioria dos médicos de Angra não reside no município, o que causa grande rotatividade e falta de profissionais. Os médicos cumprem a sua carga horária e vão embora. Como na região não temos Faculdades de Medicina, dependemos de médicos de outros lugares - afirmou José Carlos Jannuzzi, presidente da Associação Médica de Angra dos Reis.

O perfil de mortalidade do município assemelha-se ao restante do país, sendo que as principais causas são doenças cardiovasculares, causas externas, neoplasias e doenças respiratórias. As peculiaridades regionais aparecem quando utiliza-se como indicador a mortalidade proporcional, destacando-se as causas externas, que sofrem fortes influências pelo fato de o município ser cortado pela BR-101 (Estrada Rio-Santos) e pelo aumento de violência.

Evaristo de Paula Minono, coordenador da Delegacia Regional Costa Verde do CREMERJ, considera que a saúde em Angra apresenta um atendimento satisfatório, se comparado aos outros municípios do Estado, mas destaca outro problema.

- O corte orçamentário da Prefeitura, que ocorreu em função do repasse de ICMS, está abalando as finanças. Este corte reflete também na Secretaria de Saúde e pode comprometer a assistência - avaliou.

OS NÚMEROS

População	90.877 (em 1996)
Hospitais próprios	2
Hospitais conveniados	2
Hospitais psiquiátricos	1
PAM	1
Postos de saúde	18
Unidades Mistas	3
Números de médicos	183
Salário dos médicos	R\$ 1.000,00

Por Dentro do...

CREMERJ CREMERJ CREMERJ CREMERJ
 CREMERJ CREMERJ CREMERJ CREMERJ

Forum debate ética das técnicas de Radiologia

Wagner Santana

US e numa intervenção cirúrgica o médico não tiver sucesso e o paciente morrer ou for

lesado de alguma forma, e, se o médico for considerado culpado, será nele aplicada a lei de Damião, ou seja, ele terá sua mão decepada". Citando um trecho do código de Hammurab, uma das primeiras legislações sobre responsabilidade médica, escrito em 1300 A.C., o radiologista José Roberto Mendes da Rocha iniciou um dos debates do Forum sobre Meios de Contraste Vascular, que ocorreu no dia 15 de março, no Centro Empresarial Rio, promovido pela Câmara Técnica de Radiologia do CREMERJ, coordenada pelo radiologista Euderson Kang Tourinho, com apoio da Sociedade Brasileira de Radiologia:

Questões como a responsabilidade civil e penal dos profissionais de saúde constituíram o centro das discussões.

Segundo os responsáveis, o objetivo do forum era promover a discussão sobre os aspectos éticos, médico-legais e técnicos dos meios de contraste vascular.

A palestra de Beatriz Leal, Defensora Pública do Estado e professora universitária, antecedeu o debate e esclareceu dúvidas referentes aos processos movidos contra profissionais. Segundo Beatriz, o tema é responsável por cerca de 10% das ações propostas diariamente na Defensoria do Estado:

O médico, no exercício de sua profissão, assume a posição de garantidor, como é chamado dentro da área jurídica. Ele garante todo o cuidado possível e necessário para que se possa desenvolver determinado exame, sem risco ou com o menor risco possível. E, caso haja qualquer desdobramento ou consequência deste exame, o médico deve ter condições de contornar a situação de forma razoável.



Forum de Radiologia, promovido pelo CREMERJ, lota o auditório do Centro Empresarial Rio

Contraste iônico é mais seguro

Após a exposição, onde Beatriz esclareceu os aspectos médico-legais do uso de meios de contraste, a questão foi intensamente debatida por José Roberto Mendes da Rocha e Antônio Mourão Vieira Netto, da Câmara Técnica de Radiologia do Conselho. O contraste iônico, por exemplo, foi considerado mais seguro, e o não-iônico, apontado como economicamente mais viável.

Casos de médicos processados por negligência, imprudência e imperícia foram citados por José Roberto, que acredita que não há unanimidade, por parte da Justiça, no que se refere às punições decorrentes da técnica utilizada pelos radiologistas:

- Nem a Suprema Corte americana, nem a Associação Americana de Radiologia ou a nossa Suprema Corte têm um parecer firmado a respeito dos contrastes iônico e não-iônico, por exemplo. Mas todos têm uma posição mais do que firmada em relação à necessidade de se punir os médicos acusados de erro médico - queixou-se.

Não há imperícia médica

Citando o capítulo sobre responsabilidade profissional do Código de Ética Médica, Antônio Mourão questionou os processos por imperícia. Segundo ele, tecnicamente, nenhum médico é imperito:

- É vedado ao médico praticar danos ao paciente que possam caracterizar-se como imperícia, mas qual é o médico que é imperito? Todos nós, ao nos tornarmos diplomados, fomos considerados aptos, pelo Governo Federal ao desempenho da profissão. Se o médico realiza um exame sem ter as condições para fazê-lo, na verdade ele está sendo imprudente ou negligente, mas não imperito.

Segundo Beatriz Leal, o que se busca é saber se o médico agiu com dever de cautela para aquele tipo de paciente, naquele exame determinado, diante de um histórico específico. Quando não se busca o histórico do paciente, por exemplo, o médico pode estar sendo negligente. Beatriz fez questão de esclarecer a diferença entre os termos jurídicos:

- A imprudência, a negligência e a imperícia estão relacionadas ao não-cumprimento do dever de cautela do médico. São registrados os casos de imprudência quando ele faz algo que não devia, dentro de determinado contexto. Já a imperícia é quando o profissional vai mais além. Quando ele faz o que não devia, com a inobservância das regras técnicas - esclareceu Beatriz, que acrescentou, no entanto, que do ponto de vista técnico, a penalidade é a mesma para qualquer um desses casos:

- Quando há uma lesão, o médico pode levar a ter uma pena de dois meses a um ano, se for lesão corporal culposa, com aumento de um terço, e, se for homicídio culposo, de um a três anos, acrescido de um terço, se ficar caracterizada a imprudência médica. Ou seja, o médico pode até, embora não seja comum, ser preso, em regime fechado, e ter o seu nome lançado no rol de culpados, deixando de ser réu primário.

Importância do prontuário

Entidades que se aproveitam dos erros médicos para mover ações foram citadas durante o forum. Segundo os médicos, as câmaras técnicas precisam estar bem informadas para que possam se respaldar contra este tipo de ação oportunista.

- De um lado, está o nosso compromisso com o paciente. E de outro, o receio maior de sermos processados, quando, na verdade, agimos com todos os métodos válidos - criticou Antônio Mourão.

Segundo Beatriz, a Justiça está armada contra este tipo de iniciativa:

- Nos dois anos em que estive na Defensoria, ainda não vi juízes corruptos. Nenhum deles tem o hábito de dispensar peritos e provas.

O cuidado ao usar os meios de contraste e a imprevisibilidade real das reações dos pacientes foram questões citadas por radiologistas, que lembraram a importância do prontuário nesses casos.

- Assim que acaba a cirurgia, fecho a porta, reúno a equipe e faço o prontuário, que é assinado por todos os auxiliares. Sempre que posso relato os pro-

cedimentos, os nomes das enfermeiras que estão na sala, o que foi feito e a dosagem utilizada na medicação. Se esquecermos isso, corremos o risco de sofrer uma acusação - afirmou Antônio Mourão.

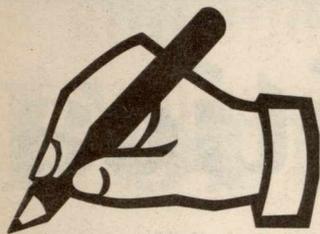
O direito de o paciente ter acesso às informações de seu laudo técnico e decidir entre a realização ou não de determinados procedimentos também foram questões polêmicas discutidas durante o evento. Segundo Beatriz, a doutrina da jurisprudência, de forma geral, tem sido no sentido de informar o paciente a respeito do que ocorre com ele, com exceção da tomografia:

- Quando os riscos de um resultado ruim podem ser maiores diante da alteração do quadro psíquico do paciente, o Superior Tribunal de Justiça se posicionou no sentido de não ser necessária a informação ao paciente, não excluindo a família.

Segundo ela, no entanto, o consentimento não tira a responsabilidade do médico:

- Mesmo que o paciente autorize até mesmo a própria morte, isso não exclui o dever de cuidado e de cautela por parte do médico.

CARTAS



A quem possa interessar. Diante da problemática da formação médica em nosso país e do número excessivo de profissionais lançados anualmente num mercado saturado como o do Estado do Rio de Janeiro, causa-nos estarrecimento os anúncios veiculados pelos jornais de vestibulares para novas Escolas de Medicina no Estado. Qual é o posicionamento do Conselho sobre este assunto e como são fiscalizadas ou aprovadas novas escolas e até mesmo as já existentes?

Plínio Tostes Berardol e Renata Szundy - Médicos NR. O Conselho divulgará na próxima edição posição sobre o assunto.

Vocês poderiam criar uma sala de recados para os colegas trocarem informações e tirem dúvidas via e-mail. Parabéns pela home page!

Hugo Quinteros da Costa - Médico NR. Estamos estudando a possibilidade de viabilizar tais serviços. Em breve entraremos em contato com novas informações. Sugestões serão sempre bem recebidas e analisadas.

Gostaria de saber se existe algum tipo de seguro para os médicos quando se trata de erro médico. O CREMERJ dispõe de informações sobre este tema. Agradeceria a colaboração **Leandro Josi Rial - Médico NR.** Não existe seguro para erro médico. Sobre o assunto, recomendamos leitura de matéria veiculada no Jornal do CREMERJ de novembro de 1996, nº 75, página 11, que adverte sobre a introdução da "Malpractice" no país.

Gostaria de parabenizar o CREMERJ pela sua entrada na Internet. O acesso facilitará em muito o diálogo com os médicos.

Maurício França - Médico

Felicidades pela nova sede em Botafogo. Desejo muito sucesso à esta diretoria

Marcos Beloto - Médico

Parabéns pelo novo site. Está muito bom e sei que novidades virão.

Orlando Garcia - Médico

Já aguardava a HP do CREMERJ há algum tempo.

Jorge W. de Souza - Médico

Gostaria de parabenizar a direção do nosso CREMERJ pela nova sede (realmente necessária).

Paulo Cesar Guimarães - Médico

Parecer dá normas para cirurgias buco-maxilo-facial

Para realizar procedimentos de cirurgia buco-maxilo-facial, os odontólogos precisam, segundo o Parecer nº 51/96 do CREMERJ, ser detentores de Títulos de Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

Em casos de acidentes cirúrgicos, que acarretem perigo de vida ao paciente, o cirurgião-dentista poderá lançar mão de todas as metas possíveis para salvá-lo. Daí porque os cirurgiões-dentistas somente poderão realizar cirurgias sob anestesia, em ambiente hospitalar, cujo diretor técnico seja médico e que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos. O CREMERJ considera prática atentória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultório. Somente poderão ser realizadas em consultórios ou ambulatórios, cirurgias passíveis de serem executadas sob anestesia local.

É vedado ao cirurgião-dentista o uso da via cervical infra-



hióideas, por fugir ao domínio de sua área de atuação, bem como a prática de cirurgia estética, ressaltando as estético-funcionais do aparelho mastigatório.

Em caso de morte do paciente como resultado do ato cirúrgico

odontológico, deverá ser o atestado de óbito fornecido pelo médico que tenha participado do ato cirúrgico ou pelo Instituto Médico Legal.

Nos casos de enxertos autógenos, cuja região doadora se encontre fora da área buco-maxilo-facial, os mesmos deverão ser retirados por médicos.

Nos casos de doenças das glândulas salivares com expansão ou comprometimento que atinjam regiões fora da área buco-maxilo-facial, de tumores malignos da cavidade bucal e de distúrbios neurológicos com manifestação maxilofacial é imprescindível que o cirurgião dentista atue integrado com o médico. A equipe deverá ser obrigatoriamente constituída de médico e cirurgião-dentista para a segurança, do êxito da cirurgia, ficando sob chefia do médico.

Segundo o parecer do CREMERJ, as traqueostomias eletivas deverão ser realizadas por médicos.

Os pareceres do CREMERJ estão à disposição dos médicos

Eleições na Delegacia de Niterói

Dias 28, 29 e 30 de abril, das 9hs às 17hs

Locais:

- **Niterói** - Sede da Delegacia Regional de Niterói, Hospital Antônio Pedro, Centro Previdenciário de Niterói e Associação Médica Fluminense.
- **São Gonçalo** - Pronto Socorro Armando Gomes de Couto e Pronto Socorro de Alcântara.

EXPEDIENTE

CREMERJ

DIRETORIA

PRESIDENTE
BARTHOLOMEU PENTEADO COELHO.
VICE-PRESIDENTE
ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA.

1º SECRETÁRIO
ALCIONE NÚBIA PITTAN AZEVEDO.
2º SECRETÁRIO
MÁRIO JORGE ROSA DE NORONHA.
TESOUREIRO
PABLO VASQUEZ QUEIMADELOS.

CONSELHEIROS

ABDU KEXFE, ALCIONE NÚBIA PITTAN AZEVEDO, ALOÍSIO TIBIRIÇÁ MIRANDA, (†) ALOYSIO JOSÉ ALMENDRA, ANTÔNIO CARLOS VELLOSO DA SILVEIRA TUCHE, (†) ANTÔNIO FERREIRA RIBEIRO DA SILVA NETTO, ARMIDO CLÁUDIO MASTROGIOVANNI, ARNALDO PINESCHI DE AZEREDO COUTINHO, BARTHOLOMEU PENTEADO COELHO, CANTÍDIO DRUMOND NETO, CELSO CORRÊA DE BARROS, DAVID SZPACENKOPF, EDUARDO AUGUSTO BORDALLO, EDUARDO DA SILVA VAZ, GERALDO MATOS DE SÁ, GUILHERME EURICO BASTOS DA CUNHA, HILDOBERTO CARNEIRO DE OLIVEIRA, IVAN LEMGRUBER, JOÃO TOBIAS, JOSÉ ANTÔNIO ALEXANDRE ROMANO, JOSÉ CARLOS DE

MENEZES, JOSÉ MARCOS BARROSO PILAR, JOSÉ MARIA DE AZEVEDO, JOSÉ RAMON VARELA BLANCO, KÁSSIE REGINA NEVES CARGNIN, MAKHOUL MOUSSALLEM, MARCELO RUBENS, MÁRCIA ROSA DE ARAÚJO, MARCOS BOTELHO DA FONSECA LIMA, MARIA ALICE GOSSENDE WERNECK GENOFRE, MARIA-IZABEL DIAS MIORIN, MARIO JORGE ROSA DE NORONHA, MAURÍCIO VIEGAS MIRANDA, MAURO BRANDÃO CARNEIRO, PABLO VASQUEZ QUEIMADELOS, PAULO CESAR GERALDES, RENAM CATHARINA TINOCO, RUI HADDAD, SÉRGIO ALBIERI, SÉRGIO PINHO COSTA FERNANDES, VICTOR GRABOIS, VIVALDO DE LIMA SOBRINHO.

DELEGACIAS

REGIÃO DOS LAGOS
COORD.: DR. DELORME BAPTISTA PEREIRA AV. JÚLIA KUBTISCHEK, 35/114 CABO FRIO, 28905-000
TEL.: (0246) 43-3594

CENTRO NORTE FLUMINENSE
COORD.: DR. PAULO WALKER DUARÉ
RUA LUIZA ENGERT, 01, SALAS 202/203 NOVA FRIBURGO, 28610-070
TEL.: (0245) 22-1778

SUL FLUMINENSE
COORD.: DR. JÚLIO CESAR MEYER
RUA DEZESSEIS, 109 - SLS 414 E 416 VILA S. CECÍLIA - VOLTA REDONDA, 27260-090
TEL.: (0243) 42-0577

NORTE FLUMINENSE
COORD.: DRA. LIGIA MARIA MENEZES MUYLAERT
PÇA. SÃO SALVADOR, 41/1.405 CAMPOS, 28010-000
TEL.: (0247) 22-8184

REGIONAL DE NITERÓI
COORD.: DR. ALOÍSIO DA SILVA BRAZIL
RUA CEL. GOMES MACHADO, 136, 1.201 NITERÓI, 24020-062,
TELS.: (021) 722-5892/717-3177

REGIÃO SERRANA
COORD.: DR. JOÃO TOBIAS
RUA ALENCAR LIMA, 35, SALAS 1.208/1.210 PETRÓPOLIS, 25620
TEL.: (0242) 43-4373

BAIXADA FLUMINENSE
COORD.: DR. KLANIR ROSA MARQUES
R. DR. JUIZ MOACIR M. MORADO, 88/202 CENTRO - N. IGUAÇU, 26225
TEL.: (021) 768-1908

COSTA VERDE
COORD.: DR. EVARISTO DE PAULA MINONO
RUA PROFESSOR LIMA, 160 - SLS 506 E 507 CENTRO - ANGRA DOS REIS, 23900-000
TEL.: (0243) 65-3021

VALE DO PARAÍBA
COORD.: DR. JOSÉ LUIZ GOMES RIBEIRO
RUA DOS MINEIROS, 67, SALAS 301 A 303 VALENÇA, 27600-000
TEL.: (0244) 52-2044

NOROESTE FLUMINENSE
COORD.: DR. NORTON W. P. MARTINS
RUA 10 DE MAIO, 626 - SALA 406 ITAPERUNA, 28300-000
TEL.: (0248) 24-3590

CONSELHO EDITORIAL

MAURO BRANDÃO • EDUARDO BORDALLO E A DIRETORIA
JORNALISTA RESPONSÁVEL
NICIA MARIA
REG. PROF. MT 16.826/76/198
ASSESSORIA DE IMPRENSA
ANDRÉA PENNA
PRODUÇÃO
GLIJO COMUNICAÇÃO E PRODUÇÕES GRÁFICAS LTDA.
- TELS.: (021) 275-5681 E 541-4122
EDIÇÃO
NICIA MARIA
REPORTAGEM
ELISA LOPES TORRES, MANUELA CANTORNA, JULIANA TEMPORAL E ÂNGELA ROMITO (DF)
PROJETO GRÁFICO
JOÃO FERREIRA
EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA
CARLOS EDUARDO S. SANTOS
FOTOLITO E IMPRESSÃO
S. A. TRIBUNA DA IMPRENSA
TIRAGEM: 45.000 EXEMPLARES.
PERIODICIDADE: MENSAL
CREMERJ - PRAIA DE BOTAFOGO, 228 - BOTAFOGO TEL.: (021) 552-9346
e-mail: cremerj@ism.com.br

Um campeão do basquete na Medicina

ESPAÇO
Cultural
CREMERJ

Abril de 1967. Final do Campeonato Brasileiro de Basquete entre Botafogo e Coríntians. Faltando 10 segundos para terminar o jogo, um glorioso arremesso decidiu o placar. A cesta do ortopedista Raimundo Grossi garantiu a vitória para o Botafogo e o consagrou como único clube carioca a ser campeão brasileiro. Em comemoração aos 30 anos da maior conquista do basquete do Rio de Janeiro, o ortopedista e os outros jogadores do time vão receber uma homenagem do clube.

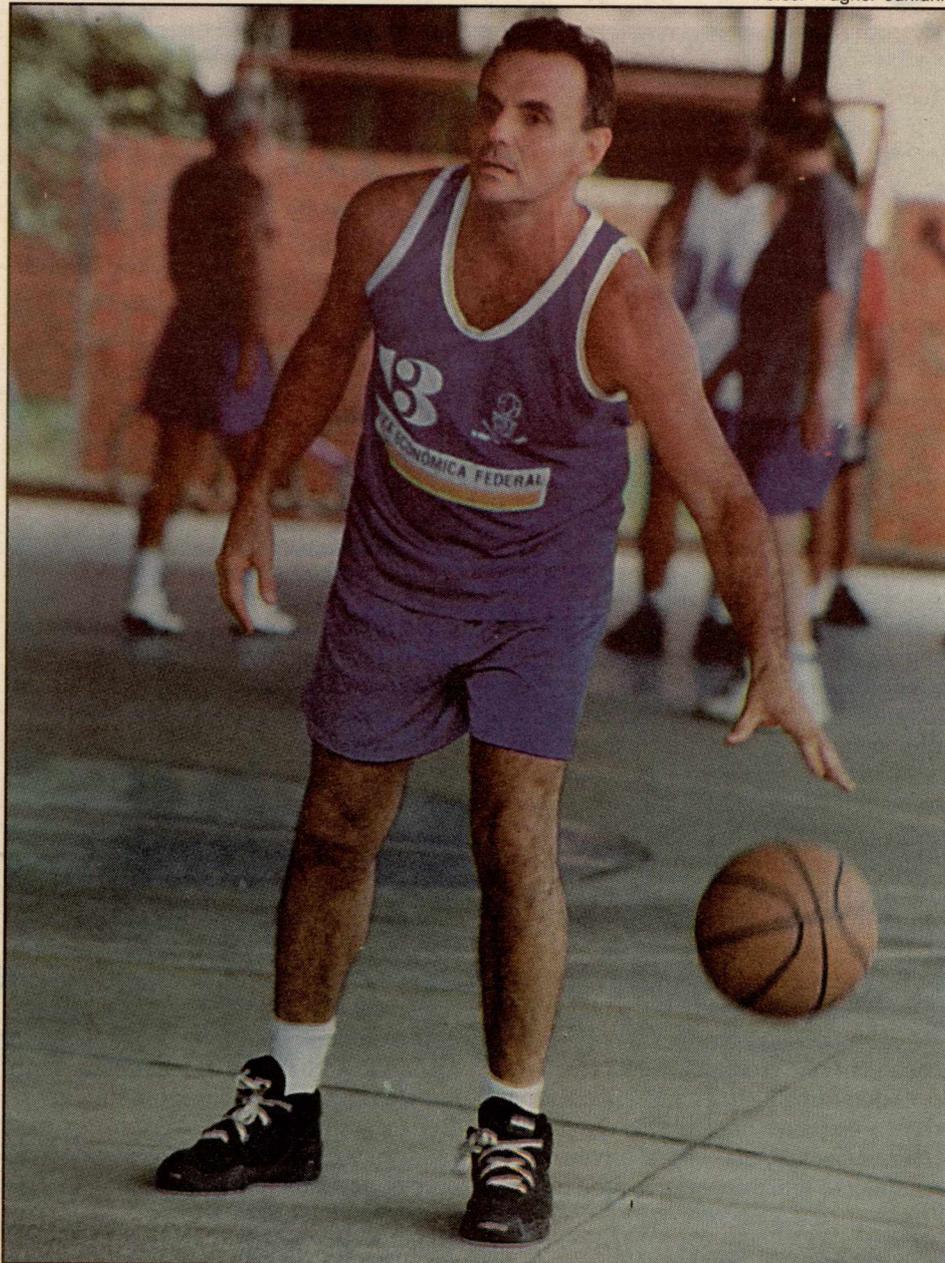
O basquete já trouxe muitos títulos para Grossi, entre eles, Tricampeão Brasileiro Juvenil, Campeão Sulamericano, quarto lugar no Mundial (na Filadélfia) e Bicampeão Brasileiro de Veteranos. Atualmente, Raimundo joga no Clube Combinado Copacabana, que reúne cerca de 120 esportistas, muitos deles médicos também, com faixa etária acima de 35 anos, divididos em várias categorias. Apesar da difícil tarefa de conciliar outras atividades com a profissão, o horário para treinar é sagrado.

- Duas vezes na semana me dedico ao esporte. Se for preciso, até transiro minhas cirurgias eletivas para não perder os jogos - afirmou.

O ortopedista tem como ídolos os americanos Chamberlen, Abdu Jabah, Michael Jordan e o brasileiro Oscar. Apaixonado pelo basquete, lamenta a falta de incentivo ao esporte no país. Segundo ele, como nos Estados Unidos, as universidades brasileiras deveriam estimular a prática de esportes, oferecendo ajuda de custos e bolsas de estudo para os melhores jogadores.

- Os clubes estão falidos e as federações não ajudam em nada. O incentivo deveria começar pelas instituições de ensino, que têm a atividade esportiva em seus currículos. Quando eu jogava pelo Botafogo, o clube tinha uma política de ação social. No entanto, os clubes empobreceram e não há mais condições - ressaltou.

Outro problema com que o jogador se preocupa é a elitização do esporte. Como os clubes passam por crise financeira, não há oportunidade de promover atividades



Raimundo Grossi é o médico responsável pelos esportes amadores do Botafogo

para as pessoas mais humildes e só quem paga tem o direito de treinar.

- Daqui há 15 anos, o esporte vai se transformar em atividade da elite. Vai praticamente desaparecer, pois uma camada muito pequena da população vai ter direito a ele. Quem gosta, treina e participa. Na realidade, quem participa, quem lota os estádios e ginásios é o povo - acrescentou.

Grossi destaca ainda a socialização que o esporte permite.

- O esporte dá condições para que as pessoas aprendam a conviver em grupo e em cooperação. O basquete reflete muito esta idéia. São cinco jogadores que têm que jogar em harmonia. Um pode ser melhor do que o ou-

tro, mas depende da jogada em conjunto. Mais do que isso, requer raciocínio rápido, pois a bola tem que ser decidida em 30 segundos. Faço do meu trabalho um jogo de basquete: decisões rápidas e em grupo - disse.

Desde da época em que jogava no Botafogo, a Medicina já fazia parte de sua vida. Sempre que alguém se contundiu na quadra, Grossi era o primeiro a prestar assistência. O interesse pela medicina esportiva foi inevitável, daí a escolha pela traumatologia-ortopedia. Há 25 anos formado pela UFRJ, Grossi trabalha no Instituto Ortopédico de Jacarepaguá e no Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia, além de ser médico responsável pelos esportes amadores do Botafogo.

Espaço programa agenda para 97

O Espaço Cultural do CREMERJ possibilita aos artistas da classe médica a oportunidade de difundir o seu trabalho, seja em exposições (pintura, escultura, fotografia, entre outras), lançamento de livros, espetáculos musicais ou qualquer outro tipo de projeto cultural. Desde a sua reinauguração, feita pela atual diretoria, em junho de 94, tem sido palco de momentos memoráveis, sempre com o prestígio da categoria médica.

Dentro do Espaço Cultural, ainda existe o Espaço Ler, coordenado pelo psicanalista e escritor Itérbio Galiano, que promove rodas de leituras, seguidas de debates sobre variados temas.

- O Espaço Ler se abre para uma leitura do mundo. Não se restringirá apenas à apresentação de textos literários. As outras artes e ciências serão mostradas para o público também. Pretendemos discutir diversas áreas do saber, como filosofia, política, jornalismo, fotografia, cinema, entre outras - disse Itérbio.

As atividades do Espaço, suspensas desde dezembro passado, devido à mudança para a nova sede, serão retomadas brevemente. O primeiro evento do ano será a exposição de fotografias do conselheiro Arnaldo Pineschi, já com diversos trabalhos premiados.

Os médicos que desejarem participar de eventos futuros devem contactar a Conselheira Kassie Regina Cargnin, coordenadora do Espaço, que está programando a agenda de 97.

- O Espaço Cultural mostra que o Conselho não possui apenas a função de fiscalizar o trabalho dos médicos, mas também adota uma postura social de grande importância. Proporciona lazer, dá a oportunidade de esquecer as tensões do dia-a-dia da profissão e divulga a arte - afirmou Kassie Regina.

CONVITE

O CREMERJ tem o prazer de convidar os médicos do Rio de Janeiro para a inauguração oficial de sua nova sede no dia 25 de abril, a partir das 18h30m. O Conselho está agora instalado na Praia de Botafogo 228.

Bonsucesso diz "não" a nomeação de novo diretor



osso partido é o HGB". Essa foi a resposta dada pelo corpo clínico do Hospital Geral de Bonsucesso à notícia de exoneração do diretor, Roberto Carelli. A política de clientelismo, adotada pelo Governo, para administrar os hospitais federais, encontrou resistências em Bonsucesso.

As barganhas políticas já substituíram diretores do Cardoso Fontes, do Andaraí e da Lagoa. Agora, deveria ser a vez de Bonsucesso. Em assembléia, funcionários e corpo clínico do hospital disseram "não" ao fisiologismo adotado pelo deputado Lima Netto (PFL/RJ) na indicação de Sidney Dias, para a direção do Bonsucesso. Estiveram presentes nas assembléias que superlotaram o auditório, Aloísio Tibiriçá, Vice-Presidente do CREMERJ, Alcione Azevedo, 1ª Secretária, a deputada federal Jandira Feghali (PC do B/RJ), a deputada estadual Tania Rodrigues (PT/RJ), Presidente da Comissão de Saúde da Alerj, o vereador Fernando Willian (PDT/RJ), e representantes de diversas entidades médicas.

Para Jandira Feghali, a substituição dos diretores, que vem sendo negociada por Lima Netto, está diretamente ligada à reeleição e às eleições de 98.

- Apenas quem votou a favor da reeleição pôde fazer suas indicações. 98 é ano eleitoral e os políticos querem construir suas bases. É preciso enfrentar a cultura de apadrinhamento em instituições públicas, principalmente naquelas que lidam com a vida, com a saúde - avaliou.



Wagner Santana

Ministro reúne-se com Alcione Núbia Pittan e representantes de outras entidades

O deputado Lima Netto afirmou, em reunião com a representação do corpo clínico e de entidades médicas, que o Hospital de Bonsucesso lhe foi dado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso e que não voltaria atrás na sua indicação. Durante a assembléia, todos foram surpreendidos com a presença de dois assessores do deputado, José Hilário e Gloria de Paula. Segundo eles, estavam lá para ouvir a opinião dos médicos e, depois, situar Lima Netto.

- O Hospital é um patrimônio da população, que não pode ser dado a ninguém. Não compactuamos com essa política de doação em que o deputado está envolvido. O que Lima Netto está fazendo é uma preparação para a implantação das Organizações Sociais, que visa a privatizar o atendimento terciário, selecionar a clien-

tela e acabar com a estabilidade no emprego. Este é apenas um ensaio para lutas maiores que ainda virão. Há muito tempo que não se vê uma mobilização tão grande dos funcionários e usuários em defesa da saúde pública. Esse é o suporte necessário para se manter a democracia - declarou Aloísio Tibiriçá.

De acordo com Alcione Azevedo, a exoneração do diretor de Bonsucesso não representa apenas uma atitude autoritária e arbitrária. Representa também um retrocesso no processo de recuperação do Hospital. A nomeação de Sidney Dias está associada à administração de Vera Oswald Cruz, que foi marcada pelo sucateamento e desmantelamento de Bonsucesso. Em 1991, Vera foi exonerada graças à mobilização do corpo clínico e condenada por corrupção pelo Tri-

bunal de Contas da União.

- Eu presenciei o momento dramático que quase acabou com esse hospital. O que estão querendo fazer é uma afronta. Por respeito ao nosso passado de luta, não podemos deixar que a história se repita e que se destrua o melhor hospital federal no Rio de Janeiro. Não podemos aceitar essa imposição em função de negociações. É preciso dizer um não agora. Não podemos esperar que venham nos atropelar - afirmou Alcione, que também é médica do Hospital.

Roberto Carelli ressaltou que assumiu a direção do hospital através de processo eleitoral e que a democracia deve prevalecer.

- Depois de uma administração desastrosa, conseguimos reerguer o Bonsucesso, realizando um trabalho em conjunto com o corpo clínico e os usuários. Se conseguimos fazer um bom trabalho, foi porque não tivemos interferência política. Só não fizemos mais, porque o Governo não nos deu oportunidade - considerou.

A comunidade também esteve presente na assembléia, se solidarizando com o Hospital de Bonsucesso. José Carlos de Souza, Presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1, mostrou-se indignado como a saúde vem sendo tratada no país.

O corpo clínico decidiu enviar um abaixo-assinado, que já conta com mais de 500 assinaturas, para o Ministro, repudiando a nomeação. Será enviado ainda, uma carta para Sidney Dias, em que médicos e funcionários deixam claro que não o aceitam como diretor.

Ministro: "Tudo não passa de um ruído"

"Tudo não passa de um ruído". O Ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, não confirmou a exoneração de Roberto Carelli, nem a nomeação de Sidney Dias, em reunião com Alcione Azevedo, 1ª Secretária do CREMERJ, José Carlos de Souza, Presidente do Conselho Distrital, Luiz Tenório, Presidente do Sindicato dos Médicos, e o diretor e representantes do Hospital.

Segundo o Ministro, várias indicações vêm sendo feitas por autoridades, mas não há nada de concreto

neste sentido. Ele ressaltou ainda que não se deve falar em partilha, uma vez que não existem partilhadores.

- Estamos promovendo uma discussão com as Secretarias Municipal e Estadual e o Escritório de Representação do Ministério no Rio de Janeiro, de uma parceria futura, para que tenham uma gestão mais próxima. A idéia é criar um Conselho Diretor que administre os hospitais em conjunto, para que tenham maior autonomia. Não é possível que continuemos a ter um super Ministério, administrando à distância,

em Brasília. Trabalharemos juntos nas correções dos problemas, principalmente, na solução dos baixos salários - declarou o Ministro.

Alcione Azevedo lembrou que o Bonsucesso é de excelente padrão, considerado o melhor da rede federal no Rio de Janeiro. Porém, já enfrentou momentos difíceis, em função de uma indicação política para a direção do hospital.

- Reconhecemos o legítimo direito do Ministro da Saúde em escolher os diretores dos hospitais federais. No entanto, entendemos que o critério de esco-

lha deva ser dentro da dignidade que o hospital merece. O que defendemos é a continuidade do processo de democracia, baseado nos critérios da competência, moralidade e coerência - afirmou Alcione Azevedo.

Roberto Carelli expôs a administração participativa que vem realizando com a comunidade interna e externa do Hospital. José Carlos de Souza entregou um documento ao Ministro demonstrando o apoio da comunidade e a indignação em relação aos interesses políticos do deputado Lima Netto.

CREMERJ
Jornal do

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Praia de Botafogo, 228 - Botafogo - CEP 22359-900 - RJ - Tel.: 552-9346

IMPRESSO