

ISBN:978-65-992667-4-4



CONGRESSO DE ASSOCIATIVISMO MÉDICO AMB

1 E 2 DE OUTUBRO DE 2021 | VIRTUAL

ANAIS DO CONGRESSO DE
ASSOCIATIVISMO MÉDICO DA AMB



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Congresso de Associativismo Médico AMB (10. : 2021 : São Paulo, SP - online)
Anais do Congresso de Associativismo Médico da AMB. – 1. ed. – São Paulo :
Zeppelini Publishers, 2023.

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-992667-4-4

1. Associativismo 2. Medicina e saúde I. Título.

23-146905

CDD-610

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina e saúde 610

Editorial

O ano de 2021 foi marcante para a Associação Médica Brasileira (AMB). A entidade comemorou seus 70 anos durante um período muito difícil para toda a sociedade — a pandemia de COVID-19.

A AMB não se furtou de cumprir seu papel durante este período. Pelo contrário, a entidade seguiu atuante no cumprimento de suas obrigações, a exemplo do combate à pandemia, desenvolvendo atividades de suma relevância, como as desempenhadas por meio de seu Comitê Extraordinário de Monitoramento COVID-19 (CEM COVID_AMB).

Outro grande exemplo da contínua ação da AMB em prol da classe médica foi o I Congresso de Associativismo Médico. Nos dias 1º e 2 de outubro de 2021, a Associação realizou um evento histórico, dedicado ao fortalecimento da medicina e, obviamente, ao associativismo da categoria também.

Um acontecimento de tamanha importância merece o devido registro, que é brilhantemente realizado nesta obra. Aqui, o leitor terá acesso a debates de extrema relevância e a um conteúdo da mais alta qualidade, baseado em trabalhos expostos no evento por profissionais extremamente qualificados, que contribuem de forma significativa para o desenvolvimento do setor da saúde e também do associativo.

É motivo de grande orgulho ter participado desse evento em todas as etapas, desde sua idealização até sua concretização, com grande sucesso. E vê-lo retratado neste livro me dá a certeza de que a AMB segue cumprindo seu papel de proteger e valorizar os profissionais médicos, assim como o exercício digno da medicina em nosso país.

Dr. César Eduardo Fernandes
Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).
Professor Titular da Disciplina de Ginecologia da
Faculdade de Medicina do ABC



Prefácio

Honrado com o convite da Diretoria da Associação Médica Brasileira (AMB) para presidir I Congresso de Associativismo Médico, assim como prefaciá-los seus anais, posso assegurar que esta obra representará uma contribuição significativa para a sedimentação de novos paradigmas sobre temas associativos do cenário médico atual.

Apesar de o ano de 2021 ter sido extremamente difícil para todos em vários sentidos, não poderíamos desconsiderar a data de aniversário dos 70 anos da AMB, fundada em janeiro de 1951. Desde o momento da posse da atual Diretoria da AMB, vínhamos pensando em como fazer um evento para deixar esse momento bem registrado. Tínhamos todos os motivos para suspender esse acontecimento, mas pela grande importância da data, resolvemos viabilizar esse primeiro congresso de associativismo. Isso demonstra, de forma inequívoca, que a AMB teve sensibilidade para compreender a importância de disseminar nacionalmente os temas mais importantes de interesse da classe médica brasileira. As perspectivas trazidas por esta obra são bem mais amplas e completas do que muitas outras publicadas sobre o assunto, posto que ela reuniu palestras e conferências ministradas por colegas da mais alta qualificação científica e experiência associativa.

Por essa e outras razões, é com orgulho, gratidão e contentamento que apresento e recomendo a leitura da presente obra.

Para nós, foi uma grande satisfação assinar o prefácio dos anais do I Congresso de Associativismo Médico da AMB, primeiramente por termos participado ativamente desse evento, desde sua fase embrionária, e também por podermos testemunhar sua consolidação e sucesso.

Prof. Dr. Jurandir Marcondes Ribas Filho
Professor Titular de Cirurgia da FEMPAR
2º Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira



Mensagem

Foi com muita alegria e satisfação que recebi o convite para ser o presidente de honra do I Congresso do Associativismo Médico da Associação Médica Brasileira, realizado em 2021. Certamente, o fraterno convívio com todos os membros da diretoria foi um fator determinante para esta honraria.

O otimismo existente quanto ao resultado do congresso se tornou realidade através das excelentes palestras e a riqueza das discussões que se seguiram.

Foi um evento marcante, onde foram colocados em debate os principais temas que envolvem a atividade profissional dos médicos bem como as políticas públicas e privadas de saúde.

Parabenizo todos os convidados palestrantes que demonstraram profundo conhecimento de seus respectivos temas, bem como os debatedores, que enriqueceram ainda mais o evento, gerando um conteúdo de inestimável valor.

Certamente todo este material coletado e agora publicado na forma de anais do congresso serão de grande utilidade para balizar a atuação das diversas entidades que congregam o associativismo médico.

Abre-se, desta forma, a oportunidade a todos que não puderam assistir ao evento de tomar conhecimento deste rico conteúdo.

Boa leitura!

Dr. Florisval Meinão
Presidente honorário do Congresso



Programação

DIA 01/10/2021 - SEXTA-FEIRA

ABERTURA

César Eduardo Fernandes - *Presidente da AMB*

CONFERÊNCIA - HISTÓRIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Ognev Meireles Cosac - *Presidente*

José Luiz Gomes Do Amaral - *Conferencista*

MESA REDONDA - FORMAÇÃO MÉDICA

Gerson Junqueira Jr. - *Presidente*

Ivan Ceconello - *Moderador*

O Ensino Médico e sua complexidade

José Eduardo Lutaif Dolci - *Palestrante*

Sistema de acreditação de escolas médicas

Donizetti Dimer Giamberardino Filho - *Palestrante*

A Residência Médica no Brasil

Fernando Sabia Tallo - *Palestrante*

Antonio José Gonçalves - *Debatedor*

MESA REDONDA - O MÉDICO E A SOCIEDADE

Fábio Augusto de Castro Guerra - *Presidente*

Luciana Rodrigues Silva - *Moderadora*

O subfinanciamento do SUS e as repercussões na saúde da população

Luiz Henrique Mandetta - *Palestrante*

Sobrecarga dos atendimentos médicos no SUS

Marcos Gutemberg Fialho da Costa - *Palestrante*

Desafios e perspectivas do SUS e o seu papel na sociedade

João Neves de Medeiros - *Palestrante*

Jorge Carlos Machado Curi - *Debatedor*

CONFERÊNCIA - SÍNDROME DE BURNOUT

Roque Salvador Andrade e Silva - *Presidente*

Guido Palomba - *Conferencista*

Programação

DIA 02/10/2021 - SÁBADO

CONFERÊNCIA - A IMPORTÂNCIA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA E DA EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

César Eduardo Fernandes - *Conferencista*

Maria Rita de Souza Mesquita - *Presidente*

MESA REDONDA – AMB E A DEFESA PROFISSIONAL

Akira Ishida - *Presidente*

Aginaldo Lopes da Silva Filho - *Moderador*

O papel das sociedades de especialidades na defesa profissional do médico

José Fernando Macedo - *Palestrante*

Estado atual da CBHPM

Miyuki Goto - *Palestrante*

Remuneração Médica no SUS

Marun David Cury - *Palestrante*

Remuneração Médica na Iniciativa Privada

Luiz Carlos Von Bahten - *Palestrante*

João Sobreira - *Debatedor*

CONFERÊNCIA - PERSPECTIVAS DA SAÚDE NO BRASIL - 2021 COMO DIVISOR DE ÁGUAS

Eleuses Vieira de Paiva - *Conferencista*

Luciano Gonçalves de Souza Carvalho - *Presidente*

CONFERÊNCIA – O FUTURO DO ASSOCIATIVISMO MÉDICO

Florisval Meinão - *Conferencista*

Nerlan Tadeu Gonçalves de Carvalho - *Presidente*

MESA REDONDA – RESPONSABILIDADE E JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA

Clóvis Francisco Constantino - *Moderador*

Maurício Marcondes Ribas - *Presidente*

Relação médico-paciente: autonomia médica

Donizzete Dimer Giamberardino Filho - *Palestrante*

Responsabilidade médica versus influências da Justiça na Saúde

Martim Afonso Palma - *Palestrante*

Erro Médico – Prevenção e defesa jurídica do Médico

Ademar José de Oliveira Paes Jr - *Palestrante*

Renato Azevedo Júnior - *Debatedor*

Sumário

DIA 01/10/2021 - SEXTA-FEIRA

Período da tarde

Conferência: História da Associação Médica Brasileira	8
José Luiz Gomes do Amaral	
O Ensino Médico e sua complexidade	27
José Eduardo Lutaif Dolci	
Sistema de acreditação de escolas médicas	35
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	
A Residência Médica no Brasil	45
Fernando Sabia Tallo	
O subfinanciamento do SUS e as repercussões na saúde da população	55
Luiz Henrique Mandetta	
Sobrecarga dos Atendimentos Médicos no SUS	65
Marcos Gutemberg Fialho da Costa	
Desafios e perspectivas do SUS e o seu papel na sociedade	78
João Neves de Medeiros	
Conferência: Síndrome de <i>Burnout</i>	87
Guido Palomba	

DIA 02/10/2021 - SÁBADO

Período da manhã

Conferência: A importância do título de especialista e da Educação Médica Continuada	93
César Eduardo Fernandes	
O papel das sociedades de especialidades na defesa profissional do médico	108
José Fernando Macedo	
Estado atual da CBHPM	112
Miyuki Goto	
Remuneração Médica no SUS	134
Marun David Cury	

Remuneração Médica na Iniciativa Privada	140
Luiz Carlos Von Bahten	
Conferência: Perspectivas da Saúde no Brasil – 2021 como divisor de águas....	151
Eleuses Vieira de Paiva	
Período da tarde	
Conferência: O futuro do associativismo médico	169
Florisval Meinão	
Relação médico-paciente: autonomia médica	179
Donizzete Dimer Giamberardino Filho	
Responsabilidade médica versus influências da Justiça na Saúde	188
Martim Afonso Palma	
Erro Médico - Prevenção e defesa jurídica do Médico	199
Ademar José de Oliveira Paes Jr	

Sexta, 1º de outubro de 2021

Período da tarde

PARTICIPANTES/PALESTRANTES

Antônio José Gonçalves

César Eduardo Fernandes

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Fábio Augusto de Castro Guerra

Fernando Sabia Tallo

Gerson Junqueira Jr.

Guido Palomba

Ivan Ceconello

João Neves de Medeiros

Jorge Carlos Machado Curi

José Eduardo Lutaif Dolci

José Luiz Gomes do Amaral

Jurandir Marcondes Ribas Filho

Luciana Rodrigues Silva

Luiz Henrique Mandetta

Marcos Gutemberg Fialho da Costa

Ognev Meireles Cosac

Roque Salvador Andrade e Silva

Conferência: História da Associação Médica Brasileira

Presidente da mesa: Ognev Meireles Cosac

Conferencista: José Luiz Gomes do Amaral

Eu vou passar imediatamente o compartilhamento de tela e começar a contar essa história, que é de todos nós.

É um pouco do caminho que trilhamos até chegar a este Congresso de Associativismo Médico.

Nós vamos contar uma história que vem de longe, vem dos anos 1940.

Podemos falar um pouco olhando para esta imagem, que é sobre a Maternidade, uma obra notável de Emiliano Di Cavalcanti, de 1942.

CONGRESSO DE ASSOCIATIVISMO MÉDICO AMB
11 DE OUTUBRO DE 2021 | 19H30

AMB 70 ANOS
Associação Médica Brasileira

Conferência 01/10/2021
História da Associação Médica Brasileira

 **Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral**
Presidente da Associação Paulista de Medicina e da Academia de Medicina de São Paulo

Maternidade (1942), Emiliano Di Cavalcanti

O que tem essa obra a ver com a Associação Médica Brasileira (AMB) ou seu nascimento? Eu gostaria de insistir para que vocês guardem na memória este maravilhoso quadro, pois logo, nós o associaremos à história da AMB.

Começamos na década de 1940 e na de 1950, a cidade onde eu vivo, São Paulo, foi o berço da Associação Médica Brasileira. É esta cidade que vocês veem aqui, nestas duas imagens: no centro, uma vista da Avenida Paulista, em 1950, trabalhadores começando a construir as fundações do Museu de Arte de São Paulo (MASP), e um pouco da Avenida 23 de Maio, acesso para o nosso aeroporto doméstico.



Crescimento de São Paulo

- ✓ Nas décadas de 1940 e 1950, a cidade de São Paulo estava em plena expansão
- ✓ Número de médicos também aumentava exponencialmente

Construção da Avenida 23 de Maio (1940)

Vista aérea da Avenida Paulista (1950)



A cidade estava em expansão e seus médicos também, o número deles aumentava exponencialmente.

Acompanhando o crescimento da população médica, tínhamos também um momento de enlevo cultural.

A produção estava em alta, Di Cavalcanti era um desses exemplos, ao lado de outros artistas, cujos quadros coloco abaixo: José Pancetti (1944), Clóvis Graciano (1945), Aldemir Martins (1946) e Aldo Bonadei (1948).



Produção cultural em alta

- ✔ Muitos artistas que se tornariam consagrados também produziram importantes obras neste momento
- ✔ 14 quadros foram adquiridos pela Diretoria da Associação Paulista de Medicina na época, para formar uma galeria no novo prédio da instituição, que seria inaugurado em 1951

Auto-retrato (1944), José Pancetti

Rosto (1945), Clóvis Graciano

Última cuia de farinha (1946), Aldemir Martins

Casas e árvores (1948), Aldo Bonadei

Muitos artistas daquela época, ainda não muito conhecidos, seriam mais tarde consagrados, pois já na sua época, de maior produção, vinham sendo reconhecidos como grandes artistas.

Cada uma dessas obras tem uma história, e parte dessa história é que, em 1951, a Associação Paulista de Medicina (APM) inaugurava sua sede.

Seus diretores fizeram uma cotização entre amigos, todos médicos, e conseguiram a quantia fabulosa de US\$ 4,5 mil.

Com esse dinheiro, visão e vasto conhecimento de arte - particularmente Ernesto Mendes, um dos diretores da entidade à época -, o grupo adquiriu quadros dos artistas citados, grandes colaboradores

desta coleção, os quais venderam suas obras por valor muito inferior ao de mercado.

Com US\$ 4,5 mil, o grupo de médicos adquiriu estes 14 quadros iniciais, que foram a base da decoração do edifício da Associação Paulista de Medicina.

Cada uma dessas obras, provavelmente, hoje vale mais do que o próprio edifício.

É apenas para ilustrar a valorização da iniciativa, do esforço e do talento dos artistas que nos deixaram esse legado, mas também dos colegas médicos, que se empenharam em organizá-lo.

Mas o que isso tem a ver a inauguração desse prédio? O que tem a ver Di Cavalcanti, que fazia parte dessa coleção, com o nascimento da AMB? É que, em 1948, inaugurava-se mais uma relevante sede regional da hoje Associação Médica Brasileira.

Reuniam-se alguns pioneiros em Minas Gerais, entre eles eu cito Otto Cirne, Aulo Pinto Viegas, Bolivar de Souza Lima, Moacir Bernardes e Sylvio Miraglia, que compuseram a primeira Diretoria da primeira gestão da Associação Médica de Minas Gerais, criada em 1948.

Enquanto era criada a entidade mineira, a paulista inaugurava sua sede própria, onde funciona até os dias atuais.

Os grandes artistas brasileiros, ou os modernistas e/ou filhos de modernistas, todos em alta, era este o ambiente de crescimento em que vivíamos.

Chegamos a janeiro de 1951, quando tivemos um congresso absolutamente crítico à criação da Associação Médica Brasileira, que foi o congresso do Brasil Central, realizado em Uberaba (MG).

Nesse evento, Bolivar de Souza Lima, um dos diretores da Associação Médica de Minas Gerais, lançou ou divulgou a iniciativa de criação da AMB, uma entidade que congregaria todos os médicos do País.

Essa ideia vinha sendo gestada havia muito na casa de um dos nossos grandes líderes médicos brasileiros, Jairo Ramos.

Ele costumava reunir colegas dos vários cantos do Brasil em sua casa para discutirem esse assunto.

E foi nesse congresso, logo depois da publicização da proposta por Bolivar, que a AMB nasceu. Ela foi criada no terceiro congresso da APM, que culminou na inauguração daquele prédio e dessas obras de arte que eu acabo de citar.

Se, em Minas, o Bolivar estava conspirando nessa direção, aqui em São Paulo, Jairo Ramos e Alípio Corrêa Neto também o faziam.

Reuniram-se e estruturaram a entidade médica nacional, que registrou nesta ata sua primeira reunião de delegados.

E, dentre as inúmeras questões que constavam da pauta daquela reunião, uma delas era de que forma a AMB deveria se organizar.

Eu tive a oportunidade de ler e reler os 40 anos da Associação Médica Brasileira pelo Júlio Sanderson, que bem descreve uma discussão muito interessante: a Associação deveria ser uma entidade independente ou uma confederação de associações médicas? A decisão dos delegados de vários estados era que a AMB deveria ser um conjunto de federadas, uma confederação.

Basicamente, é essa linha mestra que nos tem conduzido, foi a gênese, a estruturação da nossa Associação Médica Brasileira.

No fim daquele mês de janeiro, Alípio foi eleito provisoriamente presidente da confederação, portanto, o nosso primeiro presidente.

O grupo foi responsável por elaborar os estatutos da instituição, submetidos em seguida às sociedades estaduais.



Sedes da Associação

- ✓ A primeira sede da AMB foi no prédio onde está a APM até hoje, na Avenida Brigadeiro Luís Antônio
- ✓ Em 1973, contando com aproximadamente 25 mil associados, adquiriu a sua atual sede, na Rua São Carlos do Pinhal
- ✓ Na ocasião, o investimento foi de um milhão de cruzeiros, obtidos por empréstimo da Caixa Econômica Federal

Primeira Sede da AMB - 1951
(prédio da APM)

Prédio da AMB
Sede nova - 1973

Na imagem acima, temos a primeira sede da entidade, na Brigadeiro Luiz Antônio, seu endereço até 1973, quando, com cerca de 25 mil associados, adquiriu-se o imóvel que até hoje ocupamos, localizado na rua São Carlos do Pinhal, próximo da Avenida Paulista.

Interessante relacionar a valorização da arte, a valorização dos imóveis, a valorização das ações.

O imóvel foi financiado pela Caixa Econômica Federal e custou, na época, um milhão de cruzeiros.

Nesta época, temos a AMB criada, estruturada, com sua sede e andando com as próprias pernas, ou já andava com as próprias pernas havia muito tempo.

Vamos falar um pouquinho sobre os símbolos que nos identificam.

O primeiro deles, o primeiro logotipo da Associação era bastante simples e nos pareceu, comparado com os dois que o seguiram, bem conceitualizado.

Uma logomarca deve ser bastante simples para que possa ser facilmente identificada.

No início, quando se constrói um logotipo, coloca-se o nome da instituição ao lado dele, mas a ideia é que, ao longo do tempo, seja eliminado o nome, porque o logotipo fica gravado.



Marcas

- ✔ O antigo símbolo da AMB foi criado ainda nos anos 1950. Tratava-se do Bastão de Esculápio com as iniciais da entidade
- ✔ Posteriormente, foi adicionado um rotundum que traz o mapa do País ao centro, evocando o Brasil em um globo terrestre
- ✔ Depois, as características foram mantidas, mas com traços mais modernos, a cor azul e o nome da AMB na parte superior
- ✔ A última mudança, em 2008, trouxe um estilo moderno, construtivista e adequado ao século XXI

Evolução da marca

Primeira logomarca da AMB

Segunda logomarca da AMB

Terceira logomarca da AMB

Atual logomarca da AMB

Em vez de caminharem nessa direção, de simplificação, temos alguns exemplos de marcas bem-sucedidas, por exemplo, a Nike, que é uma simplificação muito interessante, ou Shell, da British Petroleum, que é também algo bem resumido, conciso.

No caso da AMB, acrescentou-se ao logotipo inicial um rotundo com o mapa do Brasil no globo terrestre, e isso não deixou clara a marca, não facilitou sua memorização, então acrescentamos “Associação Médica Brasileira” por extenso e o bastão de Esculápio deixou de ser tão nítido neste logotipo.

Havia certa insatisfação com relação a este terceiro logotipo, que aparece aqui em azul, junto com o atual.

Em 2008, quando eu já estava na Presidência, tivemos uma longa discussão sobre o significado e as intenções subjacentes à estruturação de uma logomarca. Então, foi criada a versão atual, com um verde que à época era mais moderno. Penso que ainda tenha guardado certa modernidade, da serpente com o bastão em amarelo.

O nome AMB e Associação Médica Brasileira, mas com clara intenção de eliminarmos ao longo do tempo o nome por extenso - porque AMB, ao lado do bastão de Esculápio e da serpente, certamente representava os médicos e com a ideia de que em um futuro próximo nós poderíamos deixar apenas o bastão e a serpente em verde e amarelo, o que claramente identificaria médicos do Brasil, eliminando qualquer outra indicação.

Só que nós temos um pouco da evolução da nossa imagem e da inserção da nossa Associação Médica no rol de grandes entidades internacionais do segmento.

A Associação Médica Mundial foi criada em 1947, reunindo profissionais de 27 países, tendo Paris (França) para sua primeira assembleia.

Quatro anos depois, a recém-fundada entidade brasileira, já no seu primeiro ano, filiou-se à Associação Médica Mundial, portanto somos dos seus mais antigos integrantes.

A confederação reúne 116 associações médicas de todos os continentes.

Nós, profissionais brasileiros, participamos intensamente das atividades da confederação.

O primeiro foi o saudoso Antônio Muniz de Aragão, cirurgião de Santa Catarina, que a presidiu em 1961.

Treze anos depois, em 1974, outro brasileiro, Pedro [Salomão José] Kassab, comandou a Associação Médica Mundial.

E há algumas boas histórias para contar sobre Pedro Kassab, que assumiu a presidência da mundial em Tóquio (Japão), em um momento muito interessante. A Presidência lhe foi, em parte, retribuição pelo brilhante trabalho à frente da comissão de ética da entidade mundial.

Como vocês sabem, essa Associação tem vários posicionamentos expressos em declarações, e a Declaração de Genebra, que é a base dos códigos de ética médica de praticamente todos os países; e a Declaração de Helsinque, que regula a pesquisa em seres humanos, fazem parte do arcabouço de documentos elaborados pela comissão permanente de ética da Associação Médica Mundial.

Pedro Kassab dirigia essa comissão que, em 1975, apresentou em Tóquio a declaração que se denominou Declaração de Tóquio, a qual determina a exclusão definitiva, dos quadros da Associação Médica Mundial, de médicos envolvidos em crimes contra a humanidade, em torturas.

Este era um problema grave vivido por vários países em 1975.

Nós tínhamos situações dramáticas vividas no Chile, na Argentina, também aqui, no Brasil, enfim esse foi um trabalho muito importante realizado pelo Kassab.

Em 2011, portanto muitos anos depois, eu tive também o privilégio e a honra de assumir a Presidência da Associação Médica Mundial, onde trabalhei por quase oito anos no seu conselho, depois da Presidência.

Pedro Kassab ainda era muito lembrado pelos presidentes de associações médicas de vários países que continuavam frequentando a entidade, sempre referido com muito carinho e respeito.

Ainda na confederação mundial, nós tivemos a oportunidade de trabalhar intensamente em outras iniciativas, sendo uma delas a revisão da Declaração de Helsinque.

Aqui, eu gostaria de agradecer aos colegas que trabalharam conosco nesta e em várias outras iniciativas da Associação Médica Mundial: o saudoso Dr. Luc Louis Maurice Weckx, nosso querido diretor da Associação Médica Brasileira, otorrinolaringologista, um professor extremamente qualificado, um ser humano ímpar, que infelizmente há não muito nos deixou.

Miguel Roberto Jorge, o quarto brasileiro a liderar a entidade mundial.

Pedro Wey Barbosa de Oliveira, outro querido otorrinolaringologista, que nos foi apresentado pelo Dr. Luc Weckx em uma das assembleias da Associação Médica Mundial.

E o Brasil teve, em algumas ocasiões, a oportunidade de também receber a associação aqui e de participar de muitas iniciativas ao lado de colegas de outros continentes.

Aqui, temos uma história muito interessante, eu gosto de contar casos.

Essa não é uma conferência sobre a história da Associação Médica Brasileira, talvez seja mais bem classificada como um momento em que foi dado ao Zé Luiz o prazer de contar alguns casos, ou casos, para seus colegas do restante do País.

Nós queríamos entender um pouco como funcionava uma ordem dos médicos, porque era grande o desejo de todos estruturarmos-nos em uma única organização que congregasse as valências das três maiores que hoje nos apoiam: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e associação sindical.

E fomos buscar o exemplo em Portugal, cujo presidente, ou melhor, o bastonário da Ordem dos Médicos de Portugal - como é identificado o ocupante desse cargo - era um colega que se tornou amigo muito querido, o José Germano de Sousa, patologista clínico.

O presidente da Associação Médica Brasileira era o Eleuses Vieira de Paiva, que morava no interior de São Paulo, e convidamos o José Germano para vir ao Brasil. O Eleuses, então, me pediu - eu era vice-presidente dele na Associação, e presidente da paulista - “Você poderia receber o bastonário da Ordem dos Médicos de Portugal? Vocês são portugueses e eu também sou meio português, meio brasileiro”. Eu falei “Claro, com muito prazer”, e fui receber o José Germano, fui conversar com ele, muito cerimonioso, e foi uma coincidência interessante saber que José Germano - isso ao longo de um almoço, só nós dois, logo à chegada dele - tinha passado

toda a vida na mesma cidadezinha de Angra do Heroísmo, que fica em uma ilha pequena, no meio do oceano Atlântico, uma das nove que formam o arquipélago de Açores.

Cidade da minha família, e era também a cidade de José Germano. Foi uma coincidência fantástica nós nos reencontrarmos nas raízes. A partir daí, se estabeleceu entre nós uma grande amizade.

O interesse que nós, aqui no Brasil, tínhamos por algumas ex-colônias portuguesas na África e o amor de José Germano por algumas delas, porque ele trabalhou lá também, fizeram germinar um organismo que reunisse as associações médicas dos países de língua portuguesa, a chamada *Comunidade Médica de Língua Portuguesa* (CMLP), que acabou sendo fundada em Portugal.

A instituição congrega associações dos vários povos de língua portuguesa localizados na Índia, na África, na Europa e na América do Sul.

E nós temos o prazer de vê-la ainda muito ativa, pujante, com reuniões periódicas, nas quais temos a oportunidade de entender um pouco da nossa cultura médica, dos nossos problemas e soluções.

Portanto, muitíssimo interessante essa vertente que se abriu em função de um convite motivado pela ideia de analisar soluções de outros países e nelas encontrar soluções para os nossos problemas no Brasil.

Em 2010, a Associação Médica Brasileira entrou em uma vertente interessante, que foi a participação em programas de assistência à Saúde durante desastres.

À época, nós tivemos o terremoto no Haiti.

Por que colocar esse fato agora nesta apresentação? Porque o terremoto aconteceu em um momento curioso.

Claro, nós fomos surpreendidos com essa catástrofe, mas não era para nos surpreender.

Na década que a precedeu, nós tivemos o atentado contra as torres gêmeas, tivemos um desastre, uma catástrofe de grandes proporções, tivemos as inundações em New Orleans, outros desastres naturais e também biológicos.

Tivemos no Brasil deslizamentos em Angra dos Reis (RJ), todos nos lembramos disso.

E logo depois, o terremoto no Haiti, uma experiência muito singular. Nós recrutamos médicos para atender as vítimas dessa catástrofe, além de interagir com as Forças Armadas brasileiras, que tiveram papel notável na pacificação do Haiti — o Brasil comandava o corpo de pacificação da Organização das Nações Unidas (ONU) naquele país, exatamente naquele período, e éramos respeitados em função do bom trabalho pacificador desempenhado pelas Forças Armadas.

E ter aquela experiência de ações integradas civis e militares em situações de catástrofe, era algo que já deveria, naquela época, ter nos chamado a atenção para que nos preparássemos melhor para essas eventualidades.

No ano seguinte, nós tivemos terremoto, tsunami e acidente nuclear em Fukushima, no Japão, e as nossas experiências no Haiti foram levadas também para lá. Um ano depois desse acidente, fomos convidados a ir ao Japão para discutir formas de enfrentar essas situações, e então vimos que a associação médica japonesa fez um trabalho notável.

Foram muitas as oportunidades de interação com esses médicos, acho que podemos fazer uma palestra só sobre esse assunto ou talvez um congresso, porque foi outra relação profícua.

Ainda assim, para nós, cegos, é difícil aceitar isso, não entendíamos que este planeta não é seguro. Este planeta é lindo, a vida nele é maravilhosa. Porém, é necessário ter cuidado, uma vez que os desastres, as catástrofes são frequentes, inclusive hoje nós estamos — espero — no descenso de uma das maiores catástrofes, um dos maiores desastres sanitários da humanidade, que é a Covid-19.

Espero que aprendamos com a história a nos preparar para qualquer tragédia.

Mas, vamos voltar às ações diretas da Associação Médica Brasileira.

Era muito importante tomarmos a liderança no que tange à otimização de recursos, que são sempre escassos na atenção à Saúde e, portanto, podermos oferecer aos médicos brasileiros diretrizes que reduzissem as incertezas nas decisões clínicas e nos nivelássemos em termos de qualidade assistencial.

Aí surgiu o Projeto Diretrizes, que recebeu muito apoio da organização internacional Cochrane, aqui liderada por Álvaro [Nagib] Atallah, e pela Cochrane Portugal, dirigida por Antônio Vaz Carneiro.

Ambos criaram um ambiente extremamente favorável para o desenvolvimento da cultura da Medicina baseada em evidências, que hoje é o pilar das nossas decisões clínicas, sejam em prol do paciente individual, sejam destinadas à Saúde da população. E todas essas discussões com relação ao enfrentamento da Covid-19 têm sido acompanhadas muito do ponto de vista da cultura da Medicina baseada em evidências.

E, claro que as verdades são transitórias. Mas elas só são transitórias porque nós ficamos sempre testando e buscando novas

alternativas. E testando essas alternativas novamente para ver se elas resistem ao tempo. Algumas sim, outras não, e assim conduzimos a nossa profissão.

Outro assunto muito importante refere-se ao título de especialista.

Os nossos antecessores visionários organizaram — e nós temos visto sucessivas administrações aprimorarem — o processo de certificação e busca contínua da qualificação dos nossos médicos generalistas e especialistas.

Mas era fundamental embarcarmos em um programa de revalidação de títulos desses profissionais.

Então, em 2004, começamos a trabalhar no processo de recertificação de títulos de especialistas, que se beneficiou de algumas visões progressistas no sentido de aprimorá-lo e também enfrentou resistências - o que, normalmente, é esperado quando se trata de novidade.

Porém, criou-se a Comissão Nacional de Acreditação (CNA), ativa até hoje e a qual esperamos que nos conduza à contínua evolução em favor da qualificação dos médicos brasileiros.

Para manter a qualidade dos serviços médicos no Brasil, é necessário haver um programa auxiliar de educação médica acessível a todos os profissionais do País.

Acessível sob qualquer aspecto: disponibilidade de conteúdo, treinamento e também financeiro.

Assim, criou-se um programa de educação médica continuada na AMB, que é constantemente aprimorado.

Foi muito bom ver o nosso diretor, entusiasmado, trazendo sangue novo para esse programa, que foi mais bem estruturado na década de 2000.

Também ficou clara — e isso nós devemos ao nosso presidente Eleuses — a necessidade de participarmos permanentemente da gestão do País, sobretudo no Parlamento.

Em 2003 foi criada a Comissão de Assuntos Políticos (CAP), com foco no Congresso Nacional, ainda que possa também atuar nos [poderes] Judiciário e Executivo.

A CAP vem evoluindo, se aprimorando.

E aqui nós vemos a importância de os médicos participarem da construção da agenda parlamentar de Saúde, repudiando as propostas que merecem ser rejeitadas e apoiando as que devem ser apoiadas.

Não é de hoje — isso faz parte da história da Medicina —, mas de tempos em tempos, que os médicos dizem ser glorificados.

Eu não consegui entender muito bem que tempos são esses, mas eu já vivi vários desses momentos em que os médicos são, sim, considerados responsáveis, culpados pelas insuficiências dos sistemas de Saúde. São frequentemente explorados, portanto, a Defesa Profissional deve se estruturar, e isso foi basicamente o motivo da criação, por Jairo Ramos e Bolivar de Souza Lima, em 1951, da Associação Médica Brasileira.

Foi uma organização das entidades de vários estados, hoje as Federadas, em torno da Defesa Profissional.

Essa defesa esteve, ao longo de décadas, voltada para a remuneração, a regularização dos contratos de trabalho, o ato médico

e a atividade dos especialistas - bem como a irresponsável transferência de responsabilidade a outros profissionais da Saúde e até a indivíduos de fora dessa área.

Portanto, temos uma longa discussão, e provavelmente teremos a oportunidade de debater a agenda da Defesa Profissional ainda neste Congresso.

E entre os itens dessa pauta, temos a hierarquização dos procedimentos médicos e a sua valorização.

E isso foi um trabalho desenvolvido pela AMB juntamente com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe).

Dos economistas da Fipe, Hélio Zilberstein foi talvez o seu representante, e da nossa entidade, Florisval Meinão e Amílcar Giron, dois grandes defensores desse processo, alguns dos maiores artífices da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) - algo vivo, que se mantém, se renova, se aprimora constantemente.

Então, tivemos a CBHPM em 2000.

Na ocasião, o Eleuses e o Edson Andrade no Conselho Federal de Medicina, em um momento de trabalho sinérgico do CFM e da AMB.

O Hélio Zilberstein na Economia e os nossos caríssimos Amílcar Giron e Florisval Meinão.

São tantos os casos para contar, tanta história interessante, espero que tenhamos tempo neste Congresso para contar mais alguns, e também teremos muitos Congressos, haverá essa oportunidade.

Para finalizar, trago mais algumas pequenas imagens, mas de grandes quadros que fizeram parte daquela coleção inicial que encantou os olhos dos participantes do Terceiro Congresso de Medicina, que fizemos na [Avenida] Brigadeiro Luís Antônio e que culminou com a criação da Associação Médica Brasileira: a gravura de um homem, de Cândido Portinari; uma rua de subúrbio, de Alfredo Volpi, retratando um subúrbio de São Paulo à época, que hoje é o Cambuci; uma paisagem de, Emílio de Souza; e os arcos da Lapa, de Virgílio Della Monica.

Contribuição através do tempo

- ✔ Assim como os artistas das primeiras obras que iniciaram a Pinacoteca da APM, a Associação Médica Brasileira conquistou, ao longo de sua história, imensa relevância para os médicos e para a sociedade brasileira, com os quais têm contribuído há 70 anos



Homem (sem data),
Cândido Portinari



Sem título (1942),
Virgílio Della Monica



Rua de subúrbio
(sem data), Alfredo Volpi



Paisagem (1948),
Emílio de Souza



Tema: **O ensino médico e sua complexidade**

Presidente da mesa: Gerson Junqueira Jr.

Moderador: Ivan Cecconello

Palestrante: José Eduardo Lutaif Dolci

A ideia é falar um pouco sobre a reconstrução da matriz curricular dos cursos de medicina.

Na verdade, nós temos que pensar sempre em estar em constante mudança na matriz das faculdades de medicina.

Se formos pegar desde as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) propagadas pelo Ministério da Educação, muitas mudanças aconteceram.

E hoje nós estamos diante de algumas situações em que muitas escolas precisam de mudanças, algumas já estão fazendo, e a adequação para aquilo que acontece com o SUS é obrigatória em todas as escolas de medicina.

Então, se voltarmos lá atrás, ao Sir William Osler, que dizia que “a medicina é aprendida à beira do leito e não nos anfiteatros”, vemos que essa máxima hoje não é tão verdadeira.

É claro que precisamos aprender à beira do leito, mas não é só à beira do leito que se aprende medicina hoje em dia.

Na trajetória do currículo em educação médica, se avaliarmos desde 1910, teremos um currículo puramente baseado na ciência, que foi a primeira geração, e depois, em 1960, o currículo baseado em problemas, o PBL, a segunda geração.

Não é coisa nova, não é coisa de agora, isso vem desde os anos 1960, e nós temos exemplos aqui em São Paulo, na USP, a chamada Escola Experimental, criada justamente no currículo baseado em problemas.

Hoje em dia, existem muito mais escolas usando um PBL híbrido, mas a verdade é que a maioria das novas escolas tem adotado uma metodologia híbrida, da qual o PBL participa ativamente.

Nós tivemos depois, em 1988, o início do SUS que, sem dúvida, trouxe grandes mudanças, as quais hoje são mais visíveis do que há dez ou 15 anos, no início das DCN.

Também queria chamar a atenção...

Vejam, nós vamos usar muito um termo aqui, vamos conversar bastante sobre *entrustable professional activities* (EPA).

Desde 2006 fala-se sobre isso, mas falava-se muito pouco, conhecia-se muito pouco, e hoje, nos novos currículos, baseados em competências, basicamente só se fala nas EPAs.

Essa terceira geração de currículos, que é muito mais baseada em um sistema de saúde do nosso país, é que realmente tem provocado e nos obrigado a mudanças no currículo da educação médica.

O que eu acho importante frisar também é que, desde que começamos a falar em matrizes baseadas em competências, muitas escolas, no exterior principalmente, já as adotaram; aqui, no Brasil, nós estamos um pouco defasados.

Poucas escolas estão usando essa metodologia, e acredito que vocês vão ouvir falar muito sobre esse assunto.

E isso não se aplica apenas à graduação, se aplica também à residência médica, que tem tudo a ver com a nossa vida acadêmica e profissional.

Existem diferenças importantes.

Um currículo baseado em processos, como até hoje existe, e aplicado na maioria das escolas, algumas diferenças são focadas quando nós falamos em currículo baseado em resultados.

Eu gostaria de chamar a atenção principalmente para a rigidez de tempo nas disciplinas, que é o que consta hoje na maioria das matrizes das escolas.

Se compararmos com a matriz baseada em competência, perceberemos a flexibilidade de tempo das disciplinas, considerando que nem todos os alunos aprendem no mesmo tempo; todos têm que ser competentes naquele que lhes for determinado.

Rigidez de disciplinas e conteúdos.

Hoje, na matriz de competência, há flexibilização: as optativas e a individualização dos currículos à medida que o aluno vai progredindo.

Então temos sim grandes diferenças entre as matrizes que hoje vigoram na maioria das escolas e a que esperamos para o futuro, matriz baseada em competência.

Cronologicamente temos: a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB nº 9.394/1996), seguida do Conselho Nacional de Educação (CNE), da Câmara de Educação Superior (CES), da primeira DCN, em 2001, e da segunda, que veio em 2014, junto com o programa “Mais Médicos”, que vigora até hoje.

Essa linha do tempo mostrou grandes alterações, grandes mudanças na matriz das escolas de medicina.

O importante é definir o que é competência.

Defina-se competência e determinem-se suas áreas para efeito desta Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014:

“...competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzam desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional...”.

É importante colocar só isso aqui em termos de texto, porque nós vamos falar bastante em matriz de competência na nossa vida daqui para a frente.

E isso está na DCN de 2014.

E, quando falamos em competência, nós temos quatro funções extremamente importantes que devem ser levadas em conta: cognitiva, integrativa, de relacionamento e afetiva e moral.

Isso, na matriz de competência, tem importância capital, coisa que, na maioria das escolas hoje, no Brasil, pouco se leva em consideração.

Então é preciso chamar a atenção para o seguinte: quais são os objetivos da aprendizagem? Vocês todos já estão familiarizados com isto: os conhecimentos significam o saber, a habilidade significa o fazer e as atitudes significam o ser.

Isso aqui gera atividade profissional que tem de ser exercida de forma competente.

Então, a palavra muito usada hoje, quando falamos em matriz de competência, é esta: EPA (*entrustable professional activities*).

É uma sigla em inglês que está se tornando familiar nas escolas e que significaria ensino médico baseado em competências.

E a palavra *entrustable*, sem tradução perfeita para o nosso idioma, nós poderíamos traduzir como “confiável”.

Essa seria a melhor tradução, alguma coisa que seja confiável, então se trata de uma atividade profissional exercida de forma confiável, investir alguém da responsabilidade por algo em confiança, delegar ou consignar a responsabilidade de algo em confiança.

Isso é o que *entrustable* traz embutido na sigla EPA.

E aqui, só para citar alguns exemplos, nós temos as chamadas EPAs nucleares, que são os pilares da matriz baseada em competência.

E temos uma série delas.

Eu gosto de frisar que um aluno de primeiro ano tem que obrigatoriamente saber fazer a EPA número um, que é conectar uma história.

Ele não precisa fazer o exame físico, isso é óbvio (aluno do primeiro ano), mas coletar uma história, ele tem que aprender a fazer isso.

E vamos colocando as EPAs na sequência.

Aqui nós estamos citando 15?, as chamadas EPAs nucleares dos novos currículos baseados em competência, que toda escola que partir para esse tipo de matriz obrigatoriamente vai ter que levar em consideração.

Enfim, como Cristina Rolim Neumann (2019) traduz, a sigla EPA significa “atividades profissionais confiabilizadoras”, que o aluno, no final do sexto ano ou da residência tem que saber fazer e que são evidentemente escolhidas e designadas pelos seus professores, no seu tempo.

Isto é muito importante: no seu tempo.

Você não pode imaginar que 120 ou 180 alunos tenham o mesmo ritmo de aprendizado para determinadas habilidades; é claro que existem variações individuais que devem ser respeitadas.

Então, quando falamos em EPA, falamos em confiança, consistência, confiabilidade, sinceridade, comprometimento, tudo isso faz parte das EPAs que nós temos que colocar para os nossos alunos de graduação.

Resumindo: o que é ensino baseado em competência? É um processo que garante equidade na transmissão de competências que todo estudante de medicina deve adquirir, as quais envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes, pensamento crítico e desenvolvimento cognitivo, preservando as qualidades do ensino tradicional.

Não vamos apagar o que é bom, vamos acrescentar o que é preciso, descartando práticas inadequadas ao nosso tempo e garantindo segurança ao paciente.

Devem-se inserir continuamente novas capacidades, por isso o currículo é bastante flexível.

E isso é adaptável para qualquer sistema de saúde, não obrigatoriamente o brasileiro.

As inovações para o ensino baseado em competência são uma necessidade, porque é preciso repensar o currículo.

É uma obrigação constante das escolas médicas nos dias de hoje, porque nós precisamos entregar à sociedade egressos confiáveis, críticos, autônomos e capazes de lidar com situações diversas.

Isso é extremamente importante.

Recentemente nós tivemos uma discussão muito boa, junto com o CFM e o Ministério da Educação, e acho que nós temos muito com o que nos preocupar, e a matriz é uma delas, evidentemente.

É um tema muito importante para termos egressos com boa qualidade no futuro.

Sabemos que quantidade nós vamos ter, mas precisamos ter qualidade.

Só para finalizar minha fala, na Santa Casa, na Faculdade de Medicina, nós implantamos a matriz baseada em competência, em 2021, e já está tudo pronto para o início de 2022, para o primeiro e o segundo anos.

É uma mudança muito importante e trabalhosa.

Nós constituímos um grupo de 22 professores da escola que estão estudando isso diuturnamente para que consigamos implantar essa matriz que, pelo menos pela resposta do primeiro ano, tem sido muito boa naquilo que conseguiu fazer.

Quais são os eixos estruturantes na nossa matriz? Fundamentos e métodos científicos; humanismo e visão de direitos; prática médica de ponta a ponta, do primeiro ao sexto anos; aprender a aprender;

ensino centrado no aluno; SUS e integração no ensino-serviço; diversidade na forma de aprender e de ensinar; curricularização da extensão e mentoria; e portfólio.

Isso é o que nós estamos fazendo na escola também, estamos reestruturando serviços de saúde dos alunos, estabelecendo um conselho de permanência e, muito importante também, e a isto eu quero chamar a atenção: apoio aos professores.

Para se fazer uma mudança na matriz de uma escola, há necessidade de que os professores sejam trabalhados com relação à educação médica, eles precisam ser orientados e participar de cursos para aprender e replicar.

Porque, para a mudança, principalmente comportamental e cultural dos professores, adequar a matriz é fundamental.

Tema: **Sistema de acreditação de escolas médicas**

Presidente da mesa: Gerson Junqueira Jr.

Moderador: Ivan Cecconello

Palestrante: Donizetti Dimer Giamberardino Filho

A acreditação de escolas médicas é um trabalho que o Conselho Federal de Medicina (CFM) faz com o intuito de promover o que todos nós buscamos, que é a formação do médico com qualidade, pois é a melhor forma de proteger a nossa sociedade e a nós mesmos.

Entendo que isso seja relevante.

Foi uma decisão importante tomada junto com a Associação Brasileira de Educação em Medicina (Abem), visando a uma avaliação, a uma certificação externa para o exercício do ensino médico, independentemente das avaliações próprias, da autonomia dos cursos de medicina e das universidades.

Enquanto tive a oportunidade de coordenar o Encontro Nacional das Entidades Médicas (Enem), no último evento, na plenária, foi votado isso, e elas [as entidades] entendem que deve haver avaliação durante o curso, uma ou duas, e a última posteriormente.

Mas essa movimentação do CFM foi no sentido de que, diante de tanta dificuldade, diante de uma política — não vamos colocar adjetivos aqui sem muita responsabilidade —, nós verificamos que o número de vagas para médicos praticamente dobrou desde 2014.

Entendia-se que aumentar o número desses profissionais corrigiria algo, o que não foi demonstrado, porque o documento Demografia Médica mostrou que, mesmo formando mais médicos,

continua a má distribuição deles, já que se mantêm concentrados nas capitais e cidades onde circulam mais recursos financeiros.

Por que isso? Porque há a ausência, para não dizer algo mínimo de uma política pública de retenção de profissionais de saúde, no caso os nossos médicos, principalmente.

Mas eu fiz esses comentários porque acredito nisso, acredito que nós temos de lutar para melhorar.

Eu vou agora falar da parte técnica desse trabalho, dessa excelente decisão de investimento do CFM, que é financiado por nós, médicos.

Nós devemos avaliar a qualidade da formação médica no Brasil, a exemplo do que é feito em países mais bem desenvolvidos.

Esse projeto está ancorado no Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saeme), nome idealizado pela Associação Brasileira de Educação em Medicina (Abem) e pelo CFM.

O reconhecimento da instituição Saeme, ou da sua figura como órgão acreditador [certificado], foi conferido pela Federação Mundial para a Educação Médica (WFME, por sua sigla em inglês), entidade respeitada no mundo todo.

Então, como os sistemas de acreditação que nós conhecemos (hospitalares, clínicas), existe esse certificado, essa modalidade voltada para o ensino médico.

Uma explicação do que seria acreditação: trata-se de um reconhecimento da qualidade, com parâmetros mínimos, por um órgão independente, e isso é importante: você não consegue interferir na

avaliação, a qual segue parâmetros já estipulados e metodologia apropriada de qualificação.

Então, acreditação é a outorga de uma organização com certificado de avaliação, diga-se temporário, que expressa conformidade com o conjunto de requisitos previamente estabelecidos, mas ela deve ser periódica.

Nós temos um método — o que é uma boa prática, e defendemos que isso é saudável — no Saeme: a inscrição é voluntária, isto é, somente as escolas que desejam ser acreditadas é que são submetidas [ao processo avaliativo].

Há a tentativa de fazer um *mix* interessante de escolas públicas e privadas.

A que isso visa? À qualidade, qualidade dos cursos de medicina, melhores médicos e conseqüentemente melhor atenção à sociedade e melhor segurança nos cuidados de saúde.

Só que isso custa, mas eu acho que vale a pena.

Nós usamos documentos críveis, temos toda a base para avaliar os cursos.

Além disso, participamos como entidade (CFM) da Associação Internacional de Autoridades Médicas Reguladoras (IAMRA, por sua sigla em inglês), uma entidade de regulação médica.

Cada país tem sua forma de regulação, mas isso é discutido, e a acreditação faz parte dessa pauta, o que eu considero como mais relevante.

Nossos representantes ou designados para tal também marcaram presença no congresso de 2019, que aconteceu na Coreia, sobre a qualidade da educação médica para este século.

O Brasil impressiona pelo tamanho, pelo seu número de médicos — outros países se assustam com os nossos 530 mil médicos.

Pré-Saeme

Vou falar agora sobre o que foi feito no período pré-Saeme, que se baseou no projeto de avaliação das escolas médicas e contou com recursos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) e da Universidade de São Paulo (USP).

Foram mostrados, analisados os vários modelos do Mercosul, a exemplo do nosso Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), e de países de fora do bloco, tudo isso para construir, para projetar o Saeme.

Na primeira fase, foram analisados alguns números, inclusive um relatório de 2013 apresentou o total de estudantes e médicos.

Vimos assim análise de processos de avaliação das escolas médicas no Brasil e no mundo e suas diferentes formas.

Por fim, uma proposta de instrumento de processo de avaliação feita em 2014, exatamente o ano em que o governo da então presidente Dilma [Rousseff] criou o aumento do número de escolas médicas em escalada inenarrável.

O próprio Saeme, com seus valores, que são os de todos nós: qualidade acima de tudo, ética, transparência, independência

de avaliação e o principal que todo o cidadão tem que ter: responsabilidade social, também tem seus objetivos, os quais na verdade já existem, afinal é preciso se consolidar como um sistema de avaliação e aprimoramento da qualidade dos cursos de medicina brasileiros, bem como ser credenciado internacionalmente para ser respeitado, para que uma escola médica brasileira com esse selo, esse certificado, tenha valor quando esses jovens formandos se deslocarem para suas pós-graduações [no exterior].

Quanto aos referenciais, temos as Diretrizes Nacionais Curriculares, que foram muito bem postas há pouco.

Responsabilidade social

Outro item de destaque é a responsabilidade social de uma escola médica, isso é muito importante.

As Escolas Médicas devem ser consideradas um bem público, no sentido de que uma formação médica de qualidade protege a sociedade.

A construção de um Sistema Universal de Saúde, como o SUS, necessita de médicos de qualidade com capacidade de resolução, condição aliada a uma política pública que estimule a fixação de médicos em cidades de difícil provimento. Desta forma podemos enfrentar as desigualdades existentes em um país de dimensões continentais como o Brasil

Enfim, precisamos construir nós mesmos o que queremos para o SUS e a formação dos profissionais, no nosso caso, a nossa competência médica, com padrões internacionais, por isso queremos nos qualificar.

Avaliação formal

Agora fazemos uma análise do que veio reforçar o próprio Saeme e todo o Sistema Nacional de Avaliação da *Educação Superior* (Sinaes) do Ministério da Educação: uma avaliação formal interna, regulamentar, governamental dos cursos de medicina no país ou de todos os cursos, de certa forma.

O Saeme faz uma avaliação aprofundada, com devolutiva detalhada, seguindo padrões internacionais.

São cinco domínios, cinco grandes blocos avaliados pelos nossos professores: gestão educacional, programa educacional, corpo docente, corpo discente e ambiente educacional, com os respectivos subdomínios, que resultam em conceitos de suficiente e insuficiente.

Cada avaliação passa por isso.

As escolas voluntárias, principalmente, fazem autoavaliação, que é checada na visita.

Outros blocos são: responsabilidade social, integração de serviço e ensino, programa de tutoria e programas de qualidade de vida.

É um grande questionário muito bem-feito.

Sei que é autopropaganda, mas como eu não participo, eu me permito ser mais elogioso.

Temos ainda os registros disso, das oficinas de capacitação para tutores, aprendizado sob supervisão, educação permanente, visitas externas, avaliações externas compostas de entrevistas com estudantes e professores, plenárias, encontros na comunidade e visita aos cenários de aprendizagem.

Por fim a escola recebe um documento, sua acreditação, contendo todos os itens avaliados, detalhes técnicos, tudo feito com imparcialidade.

Dos 61 cursos de medicina inscritos neste momento, 35 estão acreditados e 15 em processo de avaliação.

A certificação é válida por cinco anos.

No que se refere às boas práticas educacionais, o próprio sistema, vamos dizer assim, confere, ele acredita a instituição avaliada.

Depoimentos das instituições

Compõem ainda o nosso acervo depoimentos de algumas instituições avaliadas acerca desse trabalho — eu acho importante ter também a crítica do avaliado, isso é um processo muito dinâmico.

Esses relatórios são vistos a cada dois anos e visam a um constante aperfeiçoamento, isto é, cria-se uma tensão saudável, uma pressão para que todos os coordenadores de curso e responsáveis se preocupem com a manutenção da qualidade dos serviços prestados, como se tivessem de manter uma licença sanitária, documento expedido anualmente, cumprindo todas as normas, tudo adequadamente.

Duas informações relevantes: somos reconhecidos internacionalmente como acreditadores e, a partir de 2023, qualquer pessoa formada em escola brasileira terá acesso — e não haverá quem não o tenha — a escolas médicas no exterior.

Destaco que esse programa de reconhecimento da WFME é o único reconhecido no Brasil, além de que a partir de 2024 somente serão aceitos para fazer o exame do ECFMG nos USA, os estudantes

de medicina e os médicos formados por cursos de medicina acreditados por Agências Acreditadoras com o SAEME-CFM.

Mas alguém pode perguntar: por que se decidiram por essa coisa antipática? Pela qualidade heterogênea dos cursos de medicina, o que é muito diferente em outros países, e em razão da explosão no número de cursos de medicina e da abertura de escolas médicas não por necessidade social.

Hoje nós vivemos momentos difíceis, em que há até valor de mercado para a escola médica, nunca vi isso, mas é algo que devemos corrigir; temos que defender sim a escola médica de qualidade, para isso é preciso haver professores em número suficiente e com qualificação e competência necessárias, algo de que não dispomos.

Portanto, precisamos ter muito juízo ou passar juízo para quem não o tem.

Reconhecimento da acreditação

Aqui apresentamos o reconhecimento da acreditação, que é muito importante.

E essa participação, essa consolidação do Saeme no contexto mundial é relevante, é algo que queríamos ver estendido, e queremos que o próprio sistema público compreenda que é para o bem, é uma necessidade.

Dados técnicos

Vou agora tentar esclarecer os dados técnicos, como é avaliado o número de cursos com conceito “suficiente” na área de gestão educacional, na área do programa e do docente.

São 47 cursos avaliados.

No caso de gestão educacional, são 14 subitens, 63,8% foram uma composição de colegiado que recebeu o conceito “suficiente”.

São números analisados mostrando a seriedade desse trabalho.

Todos os professores convidados são também voluntários, pessoas comprometidas com a educação médica.

Também na área do programa educacional, a situação do corpo docente já apresenta indicadores de suficiência um pouco inferiores, ou seja, na média: profissionais com formação em educação na saúde (36,2%), relação docente-estudantes em atividades práticas que não envolvem pacientes (40,4%) e titulação (59,6%).

Sobre o corpo discente, a suficiência é semelhante: saúde mental do aluno — suporte psicopedagógico é algo muito bem-feito.

No quesito ambiente educacional, os resultados são melhores de alguma forma.

Perspectivas

E para o futuro, o que se pretende? Começando de trás para a frente: primeiro, é preciso caminhar junto e de mãos dadas com a parte oficial.

Não há sentido disputar espaços, nós temos é que somar forças para conseguir o que queremos: a qualidade e o nosso futuro como Saeme, com a função de avaliar com excelência todos os cursos inscritos.

Futuramente esse financiamento deverá ser compartilhado com os cursos de medicina — atualmente é totalmente subsidiado pelo CFM.

Que nós tenhamos participação maior de representantes no Saeme, como se fosse um controle social, com diretores, entidades, comunidades, criando uma força com peso e homogeneidade sociais, e colaborar com o governo.

Tema: **A Residência Médica no Brasil**

Presidente da mesa: Gerson Junqueira Jr.

Moderador: Ivan Cecconello

Palestrante: Fernando Sabia Tallo

Eu vou descrever um pouco a residência médica e falar um pouco sobre a Comissão Nacional de Residência Médica, da qual eu tenho a honra de ser membro conselheiro, representando a AMB.

Falando um pouco de história, o primeiro programa de residência médica de que se tem notícia é de 1945.

Foi um programa de ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Muitos anos mais tarde, os residentes se organizaram no primeiro Congresso Nacional de Médicos Residentes, que se deu na Escola Paulista de Medicina, em 1966; no ano seguinte, houve um segundo congresso importante, o Congresso Nacional de Médicos Residentes, no estado do Rio de Janeiro.

Era o pontapé inicial do que hoje é conhecido como Associação Nacional dos Médicos Residentes, com a importância que tem.

Curiosamente, naquela época, como não existia um controle de instância superior, a Associação tinha até algumas funções que hoje são inimagináveis, ela mesma credenciava o hospital que preenchia determinados requisitos que ela criou para então se iniciarem programas de residência médica.

Nós estávamos no final da década de 1960 ainda, e ela levava algumas coisas em consideração, coisas relativamente semelhantes às que consideramos hoje para aceitar um programa.

Em 1969, pela primeira vez, o Ministério do Trabalho deu à residência médica um caráter trabalhista, de certa forma, ao estabelecer um salário-mínimo ao profissional médico.

Isso foi fixado por meio de uma lei que incluía o médico residente.

Ainda era um pouco frustrante, independentemente do número de horas prestadas etc., era uma coisa incipiente.

Mas já é um documento de 1969.

Em agosto daquele ano, formava-se, pela primeira vez, o que seria o embrião do que hoje é a Comissão Nacional de Residência Médica, que recebeu naquele momento o nome de Comissão Nacional de Residência.

No mesmo mês, a Associação Nacional de Médicos Residentes associa-se a outras entidades importantes, inclusive a AMB, para criar essa comissão.

Essa comissão tinha a finalidade de credenciar hospitais e formar uma espécie de comissão nacional de credenciamento.

Mas foram muitos “nãos” depois do primeiro decreto importante do que podemos chamar hoje de residência médica.

O Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, regulamentava, pela primeira vez, a residência médica, criava a Comissão Nacional de Residência Médica e dava outras providências.

Foi assinado pelo presidente Ernesto Geisel, que conceituava residência médica como pós-graduação para os médicos.

Clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgia-geral, medicina preventiva e pediatria foram as especialidades escolhidas.

O texto estabelecia o mínimo de um ano, com 1.800 horas, sendo quatro horas semanais para atualização.

E nada falava sobre outras questões importantes, como trabalhistas.

Quatro anos depois, esse decreto virou lei, com um texto muito melhor.

O artigo primeiro, por exemplo, conceituava de maneira mais clara a residência médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização caracterizados por treinamento em serviço, sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Além desse artigo, vale a pena citar o terceiro, o quarto e o quinto.

O terceiro, que constitui a modalidade de certificação de especialidade à residência médica, foi incluído na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

O artigo quarto, também sobre os programas de residência médica ou pelas associações médicas com as necessidades associadas ao SUS, quer dizer, vinculava essa pós-graduação do médico às necessidades do SUS, pelo menos teoricamente isso era documentado.

O artigo quinto também tratava de certificação de médicos residentes como especialistas.

E isso deveria ser remetido ao Ministério da Saúde para formar o que nós conhecemos como Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública, isso também foi incluído na Lei nº 12.871/2013.

Outro documento importante é o Decreto nº 7.582, de 15 de setembro de 2011, que melhorou um pouco o texto relacionado à regulação da instituição de programas de residência, considerando as necessidades de médicos especialistas indicadas por um perfil da população em consonância com as necessidades do SUS.

Esse decreto também foi importante, porque o artigo quarto, na redação anterior, era muito confuso em relação a algumas normativas da residência médica, principalmente no que se refere a condições adequadas para repouso, higiene pessoal durante plantões, alimentação, moradia; esse passa a ser um direito detalhado do residente nessa Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011, portanto uma lei importante também para a residência médica.

O artigo segundo, por exemplo, deixava claro que pelo menos 10 a 20% do programa devia ser vinculado a atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários etc. para formação do médico residente. Esse foi o texto também incluído na Lei nº 12.871/2013.

Ainda hoje nós temos, quando olhamos a distribuição de médicos generalistas e médicos com alguma especialização, vinculados à residência médica ou a um título de especialista de uma sociedade de especialidade, observamos que quase 40% dos profissionais brasileiros, em média, não têm uma especialização médica.

A maioria desses 40% não cursou uma residência médica e não obteve um título por meio de editais da sociedade de especialidade.

Portanto, ainda existe um número grande de colegas não especialistas, e o CFM se refere a esses colegas como médicos generalistas.

A Comissão Nacional de Residência Médica está aqui, o Ministério da Educação, a Secretaria de Educação Superior, a Diretoria de

Desenvolvimento da Educação em Saúde, a Coordenadoria-Geral de Residências em Saúde e finalmente a Comissão Nacional de Residência Médica, vinculada às Comissões Estaduais de Residência Médica (Cerem) e às Comissões de Residência Médica (Coreme).

A Comissão Nacional de Residência Médica tem, como órgão colegiado, 11 conselheiros, e eu descrevi aqui as entidades que fazem parte do conselho, cada uma com um assento: Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), Associação Nacional dos Médicos Residentes, gestores estaduais, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), gestores municipais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

As plenárias da comissão se deram nos dias 20 e 21 de outubro, 18 e 19 de novembro e 8 e 9 de dezembro de 2021, lembrando que todo mês são dois dias de plenária, dias inteiros de trabalho.

Quem está nos assistindo sobre a proposição de um programa de residência médica e o rito para que ele possa se apresentar para a sociedade? Isso se chama ato autorizativo.

A entidade faz um pedido por meio do que chamamos de PCP, que é um projeto de credenciamento provisório.

Ou seja, isso passa por um longo e criterioso processo até sua finalização, que é homologada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Eu posso assegurar que esse é um processo muito sério, muito bem feito, muito bem conduzido, uma das coisas que podemos elogiar no nosso país em relação ao trabalho da Comissão Nacional de credenciar uma residência médica neste momento.

Outra atribuição é apreciar denúncias de irregularidades.

E nós, infelizmente, algumas vezes, somos obrigados a descredenciar residências médicas que efetivamente não cumprem a legislação.

A Comissão Nacional obviamente tenta, dentro da legislação, evitar isso dada a necessidade da residência médica, evidentemente.

Isso também é um longo processo, envolve diversas entidades, sobretudo as Cerem, que são as comissões estaduais.

As denúncias são sempre via *e-mail*, anônimas ou não anônimas, no sentido de que o nome da pessoa não será revelado durante o processo, que é uma forma de protegê-la.

Criadas em 1987, as Cerem, órgãos muito importantes, são subordinadas à Comissão Nacional de Residência Médica, mas que têm poder de decisão com relação a assuntos de residência do seu estado.

Essa é uma forma de descentralização; imagine-se um país continental, imenso.

Eu vou descrever um número de programas aqui, é impossível tudo isso ficar em um colegiado só.

Nós temos em todos os estados, com exceção de Tocantins, as Cerem, e evidentemente as Coreme, como todos sabem, que são uma instância auxiliar da Comissão Nacional e das comissões estaduais, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica, com a função de planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica dessas instituições nos termos do Decreto nº 7.526, de 15 de setembro de 2011.

Então aqui está a Coreme, e a sua forma de composição.

Em relação à disponibilização de vagas e necessidades no Brasil, o doutor Donizetti chegou a comentar — e esse número é sempre transitório, porque cada dia ouvimos dizer que existe uma faculdade a mais —, neste momento, ao que me consta, 351 estão em funcionamento, mas de fato há algumas cuja abertura já foi autorizada, então é uma questão de tempo só para iniciarem seu funcionamento.

Isso deve ser em torno de 356, de fato, mas temos conhecimento de 351 funcionando, com 35.558 vagas no primeiro ano.

Por que eu estou dizendo isso? Porque nós teremos 35.558 formandos daqui a alguns anos.

Vale lembrar que 60% das nossas faculdades de medicina são privadas. Nós temos 35 mil formandos, e 19 mil vagas de R1.

Neste momento, nós temos, grosseiramente falando, um déficit de residências muito importante, um número relevante de vagas em descompasso com a oferta de vagas nas faculdades de medicina.

São 19 mil vagas de R1, 18 mil de R2 e aproximadamente 9 mil de R3.

Temos mais ou menos 46 mil médicos residentes em número de vagas, 7.100 programas de residência médica, 930 Coreme no Brasil e 26 Cerem.

Nós somos um dos maiores programas de residência médica no mundo.

Vagas na Comissão Nacional de Residência Médica e busca o número de pessoas que estão efetivamente cursando, isso cai para 41.461.

Então, das 19 mil vagas de residência médica, cursando neste momento, há 16.918; de 18.229 vagas de R2, aproximadamente 15.700 estão cursando.

Ou seja, nós temos uma ociosidade aproximada de 15%, o que é efetivamente uma coisa que precisamos analisar, precisamos combater, precisamos entender o porquê e efetivamente fazer alguma coisa, porque isso, além de ser ruim para a sociedade, porque esse indivíduo evidentemente não vai se formar, é um prejuízo muito grande. Temos uma diferença importante entre o número de vagas e o de seus ocupantes: em torno de 15% de ociosidade.

E isso se dá por uma série de questões, não é nem uma, nem duas. O índice de desistência é alto na R1, lamentavelmente.

Neste momento, nós precisamos entendê-las para conseguir talvez combater esse problema, mas em algumas especialidades isso chega a 40%.

Distribuição dos residentes por especialidade.

Eu listei apenas as 12 maiores.

Hoje, em todo o país, nós temos 5.677 médicos residentes de clínica médica; em ginecologia e obstetrícia, 3.667; em terceiro lugar está a pediatria, com 3.423; e cirurgia-geral, na décima segunda posição, conta com 1.152 residentes.

A distribuição dos médicos residentes todos nós conhecemos, é concentrada no Sul e no Sudeste, como já é de conhecimento público.

Evidentemente, há vários motivos para isso, inclusive demográficos, mas há uma desproporção entre o número de habitantes e o número de médicos para cada um desses lugares.

Alguns com muitos, outros com menos, mas a distribuição não é uniforme.

Não falo em número absoluto, falo da distribuição de médicos residentes.

E, em relação à fixação do médico, isto é uma coisa muito discutida: se a residência médica tem a capacidade de fixar o médico ou não.

É uma pergunta ainda sem resposta definitiva.

Quando olhamos efetivamente os motivos pelos quais o médico se sente atraído a se fixar em determinadas localidades, podemos dividi-los em diversos itens.

Então quando falamos de remuneração, alguém pode falar de fatores locais, isso forma muitas variáveis para que o médico fique ou não em determinado local.

Alguns fatores importantes observados em alguns artigos são, por exemplo, a infraestrutura do município, além daquilo que já sabemos, o salário.

Não é só remuneração. Existem muitas variáveis para o médico ficar ou não ficar em determinado local.

A infraestrutura da unidade de saúde também é muito importante, inclusive 67% deles acham que isso é definitivo para sua decisão.

Portanto, não acredito que simplesmente iniciar programas de residência médica sem nenhuma infraestrutura, sem efetivamente condições de formar um médico. Tenho dúvidas muito sérias se isso vai fazer com que o indivíduo fique na sua localidade.

Por último, uma coisa que está nos preocupando bastante é o Exame Nacional de Residência (Enare), processo seletivo que está sendo feito pela Ebserh, que é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Ela contrata uma empresa e faz um processo seletivo.

As Coreme são ligadas às reitorias, então a nossa preocupação é se as Coreme — e por tabela as Cerem e a Comissão Nacional de Residência Médica — serão respeitadas nesse processo seletivo e quando esses médicos serão selecionados.

A Comissão Nacional vai continuar com sua autonomia e assessorar programas de processos seletivos de que as Coreme e as Cerem não fizeram parte? Isso é uma pergunta e uma preocupação que nós temos porque evidentemente todos somos contrários a médicos residentes servindo como mão de obra barata para a gestão, seja ela qual for.

Nós estamos preocupados com isso, estamos debatendo, e eu espero que tudo termine bem e que as Coreme, as Cerem e a Comissão Nacional de Residência Médica continuem sendo respeitadas, não obstante o processo seletivo pareça estar em fase de mudança.

Tema:
**O subfinanciamento do SUS
e as repercussões na saúde da população**

Presidente da mesa: Fábio Augusto de Castro Guerra

Moderador: Luciana Rodrigues Silva

Palestrante: Luiz Henrique Mandetta

Esse tema extremamente atual, contemporâneo, porque vivemos um momento de relacionamento dúbio dos médicos com a sociedade por conta da tarefa desempenhada por milhares de médicos no enfrentamento da pandemia, que ceifou inúmeras vidas de colegas que enfrentaram, com seu juramento sob o braço, com as forças que tinham.

Alguns que entraram em burnout por se sentirem culpados por transmissão [do vírus] a sua família, perderam pais, esposas, convivendo com uma dubiedade, uma situação de atipia em que a medicina baseada na parte científica, tônica da credibilidade da nossa profissão pela sociedade, foi relativizada.

E não foi dado um parâmetro justamente pelo órgão, pela autarquia federal, já que não é um órgão de classe, que tem como objetivo, como missão principal proteger a sociedade da má prática médica, que é o CFM, curiosamente criado pelo único presidente da República médico da nossa história, Juscelino Kubitschek, em 1951.

Mas a relação do médico com a sociedade é registrada pela história sempre como uma relação cíclica.

Você tem médicos sendo tratados como escravos, principalmente no Egito e no Império Romano, quando os romanos achavam que cuidar de feridas e excrementos não era algo digno para um romano, então escravizavam os gregos, e a Grécia passou a ser a

grande fornecedora daqueles que frequentavam as escolas de medicina inspiradas por Hipócrates, passando por todo tipo de má interpretação antes do Iluminismo, quando a prática do curandeirismo, das bruxarias, muitas vezes maculava aqueles que estavam dentro das academias.

Foi preciso iniciarmos o Iluminismo no século da ciência, no século das grandes descobertas, para que começássemos a ganhar o respeito daqueles que se servem do trabalho do médico, e foi preciso também os princípios que norteiam essa arte, que é a medicina, serem levados a sério.

Os princípios hipocráticos de “sem diagnóstico não há tratamento”, se não de ética, de respeito, não só à população, não só ao seu paciente, mas à medicina, que precisa ser zelada e ter bom conceito.

Quando isso chegou ao clímax nas revoluções, na Revolução Francesa, principalmente, foi a hora de julgar quem eram os charlatães, quem eram os que faziam mau uso da medicina ou nem escolas médicas teriam frequentado, então foram se organizando os primeiros conselhos para analisar, julgar e separar o chamado joio do trigo.

Nós levamos praticamente o século 20 inteiro com as nossas gerações de colegas anteriores afirmando categoricamente que precisávamos de uma figura conselhal exatamente para proteger a sociedade daqueles que praticam mal a medicina.

E quando acontece um episódio com um médico que tem má relação com o seu paciente ou comete um dano, a imprensa e a sociedade se chocam pelo fato de quem cometeu tal barbaridade ser um médico.

Um médico em uma situação de ilegalidade sempre choca a população, já que os próprios médicos zelam muito pela imagem da medicina.

Quando um profissional agride uma mulher, como no caso de violência doméstica, choca porque não se espera de quem tem como missão exatamente o bom relacionamento médico-paciente praticar um ato de violência.

É recriminável e abominável, como é um ato de violência contra a mulher.

Por isso a importância desse relacionamento ético para a análise, para a funcionalidade da medicina.

E, alargando o conceito desse relacionamento médico-sociedade, aí nós entramos em várias formas de relacionamento que concernem a essa relação médico-paciente.

No momento, a grande novidade, que não é tão nova assim, mas quando eu estava no Ministério [da Saúde] nós tivemos que regulamentar e depois o Congresso aprovou a lei, é a chamada telemedicina, teleatendimento ou o nome que se queira dar, que precisa ser muito, muito estudada e ser uma proposta muito clara, que deve partir exatamente da medicina para esse debate.

Eu me lembro que quando entrei no Ministério, foi feita uma resolução que no Conselho de Medicina não durou 40 dias porque ela veio inserindo uma série de possibilidades na telemedicina, e houve uma resposta dos médicos dizendo que isso não havia sido debatido.

Depois na pandemia, teve que ser legalizado por conta de toda a dificuldade que é o acesso ao atendimento médico em uma situação de pandemia.

Vejo propagandas diariamente falando “consulte o seu especialista por telemedicina”, e nós ainda não tivemos nem a escola para formar como se dá uma anamnese, como se dá o exame físico, também não tivemos ainda nenhuma parametrização clara de como as coisas vão se dar.

Um médico que está no Amazonas se relacionando com um paciente no Rio Grande do Sul...

Ele tem sua inscrição no conselho amazonense, um relacionamento virtual aqui.

Este mundo sem barreira propicia eliminar essas distâncias, e isso para o bem e para o mal.

Você tem laudos radiológicos, por exemplo, na Inglaterra, nos Estados Unidos, que são feitos na Índia, e isso precisa passar por algum tipo de filtro, já que lá existem muitas consequências de seguros e indenizações.

Aqui, no Brasil, é preciso avançar nesse debate sobre a telemedicina, por isso a cautela em primeiro fazê-la de médico para médico como suporte para depois discutir quais são aquelas possibilidades, onde é possível se utilizar dessa tecnologia, assim como outras que já se puseram entre o médico e o paciente, como microscópio ou estetoscópio.

Eu ainda tive aula de clínica médica com o professor Edgar Magalhães Gomes, que me ensinou como se escutava um coração sem o esteto, porque ele tinha aprendido daquele jeito, e depois, com o esteto, a toalhinha, aproximação do ouvido ao tórax do paciente, depois com um esteto, e ele falando para mim o quanto foi difícil, na sua época, os médicos aceitarem as novas tecnologias.

Assim é, quando os médicos falam da robótica, da precisão de uma cirurgia robótica versus a precisão de uma cirurgia [convencional], você vai sempre encontrar esses conflitos, mas nada, absolutamente nada, supera o conceito máximo de que o paciente tem que ser de responsabilidade do seu médico.

O médico tem que assumir o paciente.

Assumir o paciente significa dialogar, significa abordar não só o tema objetivo da queixa, mas alargar, significa estar disponível, significa receber, por parte da sociedade, os honorários para sua vida digna.

E na hora em que chegam os honorários é que essa fala se encontra com o segundo tema desta mesa, que é o subfinanciamento do SUS e o seu impacto na promoção e não no atendimento de saúde.

O nosso sistema de saúde, fruto de uma discussão feita nas bases do sistema de saúde dos anos 1980, de conferências nacionais de saúde, como a famosa 8ª Conferência, daqueles que saíram para o exílio, principalmente na Europa, e que encontraram um sistema de saúde público convivendo com saúde privada, em alguns países, mas de construção, principalmente do pós-guerra, analisando o quadro brasileiro que saía, que tinha um sistema basicamente capitalista, Flexner convivendo com a misericórdia e com dois tipos de brasileiros, os pagantes e os indigentes, aqueles que não tinham a quem recorrer e eram socorridos pela misericórdia.

Quando os legisladores partem para essa análise social do papel da saúde (lato sensu) — e o médico está dentro desse conceito —, partem para a Constituição [1988], e colocam uma cláusula pétrea, de que saúde é um direito do povo, de todos, e um dever

do Estado, e em outro trecho, que isso será feito por meio do SUS, que se alicerçará nos princípios de integralidade, universalidade e equidade, nesse momento, partem os legisladores para discutir como fazer para se iniciar o processo de implantação dos princípios dessa máxima constitucional.

Um sistema de saúde não se instala por uma sentença, por uma letra no papel, ele é um trabalho que passa pela proposta de formação, ou seja, de graduação, pós-graduação, vínculo, ação, construção de rede, de uma escola de gestão de sistema de saúde nos moldes daquilo a que nos propomos.

Pois bem, atravessamos um primeiro momento! Então o primeiro governo que teve de definir o orçamento da saúde, quando se separaram os sistemas previdenciário e de saúde — até então era caixa único —, foi o de [Fernando] Collor [de Mello].

Éramos financiados por aproximadamente 30 a 35% de todo o dinheiro que saiu da previdência; quando se separaram [os caixas], a saúde perdeu grande parcela do seu funcionamento, que ficou com o Ministério da Previdência, sob o argumento de que haveria déficit na previdência.

Com isso, a saúde já começou subfinanciada, já perdendo recurso, e vem de um modelo centralizado, modelo vigente até então.

Ultrapassamos aqueles governos de Collor e Itamar [Franco] na sequência; o país mergulhado numa dívida externa, com inflação [alta], e o debate sendo feito de maneira incipiente, com as primeiras normas operacionais.

Quer dizer, ao mesmo tempo que se investia em governo, em criar o controle social, [por meio dos] conselhos municipais de saúde, o SUS procurava se estruturar.

Isto é, o debate sobre financiamento [do Sistema Único] era cíclico.

Então nós entramos no governo Fernando Henrique [Cardoso], em que houve a famosa Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que o professor Adib Jatene, com seu prestígio pessoal, conseguiu aprovar.

Eu me lembro que nós celebrávamos, porque o que financiava a saúde era o Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), o que dava R\$ 16 bilhões, que era o orçamento da saúde naquela época.

E a CPMF entraria com R\$ 16 bilhões, então nós nos apoiávamos no movimento médico falando: vamos ter R\$ 32 bi.

É como se você pegasse o orçamento da saúde hoje e falasse: vamos dobrar com esse imposto.

Venderam essa ilusão para a sociedade.

Colocaram os R\$ 16 bi da CPMF na saúde, mas tiraram os R\$ 16 bi da seguridade social, do PIS/Cofins, por meio da votação da DRU, que é a desvinculação das receitas da União.

Ou seja, eu cobro esse imposto para financiar a saúde, a seguridade social, mas aprovo a posteriori uma lei dizendo que o governo não é obrigado a colocá-lo na saúde.

E essa lei vigora até os dias atuais.

No governo [Luiz Inácio] Lula [da Silva], com essa falta de clareza, a CPMF caiu e nós ficamos lutando pela Emenda Constitucional nº 29/2000; conseguimos 15% no mínimo para os municípios, 12% para os estados; a União nunca quis os seus 10%.

Então, principalmente no governo Dilma, no apagar das luzes no Senado, as receitas se inverteram e a União conseguiu uma fórmula que retira recursos da saúde ao invés de aumentar, ao invés de definir 10% da receita bruta.

Veio o governo [Michel] Temer, votamos o teto dos gastos, o país em uma crise absurda, a saúde não é uma ilha, o teto dos gastos diz: você não pode gastar mais do que arrecada, porém pode gastar onde você quiser.

No primeiro ano, conseguimos aumentar o recurso da saúde, o orçamento está no Parlamento, é a função número um do Parlamento alocar recursos nas políticas.

E seus ocupantes, os congressistas, trabalham hoje com um mínimo que garantimos na saúde, mas não acrescentam absolutamente nada.

O que era mínimo, o que era piso virou teto para eles.

E é esse debate que vamos ter que levar, porque se esse compromisso social que está lá, na Carta Magna de 1988, que é exercido por um conjunto enorme de profissionais, é exercido também pelos médicos, e os médicos se afastam do sistema de saúde, não podem dedicar sua vida a esse sistema que atende 86% da nossa população, que é o SUS, porque não sobrevive das condições de pagamentos salariais e ganhos desse sistema.

O momento é também político, nós teremos eleições no ano que vem, esse debate é do Congresso Nacional, ele é da Câmara, ele é do Senado.

Esse debate é, em certa medida, de governadores que ainda não aplicam o mínimo constitucional de 12% [do orçamento].

É um debate que eu luto para colocar na pauta da presidência da República.

Não é comum você ver candidatos a presidente da República quererem discutir e debater saúde, eles normalmente jogam isso para cima dos prefeitos.

Mas nós temos que, no ano que vem, apresentar as nossas propostas do setor de saúde para os candidatos à presidência e, se possível, ter influência no debate, fazer com que eles tenham compromisso com a sociedade, com a medicina e com a população, que é a grande beneficiada.

Nós temos, nestes dois anos, a pandemia e, quando esta zerar, o país precisará discutir suas prioridades: a reconstrução, a reparação nacional, sim, a saúde deve ter seu plano de reparação, que precisa de liderança.

A pandemia é um ponto fulcral no século 21, ela equivale à quebra da bolsa de Nova Iorque, em 1929.

É mais profunda que a quebra da bolsa, é mais profunda do que o drama do pós-guerra.

E nesse mundo que virá, com novo regulamento sanitário internacional, novas regras, nova maneira de enxergar o equilíbrio da sociedade e os sistemas de saúde, nós temos que colocar o nosso sistema de saúde a serviço daquele médico que faz um bom trabalho para o seu paciente e se relaciona bem individualmente com a sociedade.

E necessitamos do debate para sair desse apagão de ciência, dessa manobra de Pilatos, de lavar as mãos, que foi feita sob o manto de dar autonomia ao médico e não de parâmetro que, como sabemos,

tanto dano causou à medicina e tanto dano tem sido visto aí nos inúmeros escândalos de planos de saúde que maculam a medicina e prejudicam o nosso relacionamento com a sociedade.

Volto aqui o meu olhar para a AMB, que sempre foi um ponto de referência neste debate, principalmente para os colegas, a moderadora Dra. Luciana, o Dr. Fábio, que preside esta mesa, e aqueles que estão à frente da entidade e são guerreiros deste movimento, Jurandir Marcondes e o nosso presidente César Fernandes: contem sempre comigo, porque a minha vida é um pouco marcada por grandes embates e grandes lutas, e por um bom relacionamento da medicina com a sociedade.

Tema: **Sobrecarga dos atendimentos médicos no SUS**

Presidente da mesa: Fábio Augusto de Castro Guerra

Moderador: Luciana Rodrigues Silva

Palestrante: Marcos Gutemberg Fialho da Costa

O SUS é uma das coisas que temos de mais gratificantes e mais caras ao sistema público de saúde do país, e mostrou sua importância durante a pandemia.

Vimos que, se nós não tivéssemos o SUS, a catástrofe, a incidência de óbitos teria sido bem maior.

E nós temos dois universos, o universo pré-pandemia e o universo da pandemia.

Temos poucos profissionais, sobrecarga de trabalho, um sistema subfinanciado, falta de insumos, uma rede hospitalar que cada vez mais tem diminuição no número de leitos.

E nós temos alguns dados para apresentar, que foram o livro da Demografia Médica do CFM e do próprio Ministério da Saúde.

Nós temos na prática, de um lado, alguém, o paciente com medo, com dor, com ansiedade, e de outro lado, alguém, um médico pressionado e, às vezes, endurecido exatamente pelo ofício que lhe dá como mediador.

Essa frase está no trabalho de acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários, da professora Rose Marie Inojosa, a doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo.

Faltou complementar a precarização da atividade médica, o sofrimento e o adoecimento do profissional nessa relação.

E isso acontece exatamente pela carência de profissionais, demanda cada vez maior e precarização da atividade, fazendo-os se aposentarem — e não são repostos — ou não queiram prestar serviço ao SUS, fugindo para a medicina privada, para os planos de saúde, para a medicina suplementar, e nós temos um crescimento no número de médicos até vegetativo para assistir a saúde da população e aumentando cada vez mais essa.

Como nós não temos uma política pública focada na plena implantação do SUS, começamos a ter aumento das assistências.

Nós temos aí a quantidade de médicos e tipo de empregador no período anterior ao da pandemia.

Se vocês observarem, a administração pública federal, de 2012 a 2020, teve aumento quase vegetativo, de 2 mil médicos.

Na administração pública estadual ou no Distrito Federal, aumentou um pouco mais.

Na administração pública municipal, com a expansão da atenção primária, da Estratégia de Saúde da Família, houve um acréscimo razoável, mas não suficiente para atender à demanda, porque nós vamos ver o percentual de dependentes do SUS e de dependentes da medicina suplementar, e a relação de médicos por região, que mostra que a deficiência é enorme.

A empresa pública ou sociedade de economia mista, com aumento também discreto.

As demais entidades empresariais aumentaram substancialmente.

E aí temos empresas que não têm vínculo público, as empresas sem fins lucrativos e as pessoas físicas.

Esse é um universo anterior à pandemia, com aumento de 32,19% no número de médicos contratados pela administração pública em oito anos, e redução na administração pública federal; o maior aumento é na administração pública municipal.

E aí, pelo incremento da atenção primária, que é o que pregamos com a expansão da atenção primária, todo o sistema público de saúde deve ser baseado na atenção primária forte; não significa dizer que não tenha um olhar voltado para a atenção secundária e a atenção terciária, uma das reflexões que nós devemos fazer, porque se discute hoje, inclusive em nível conversacional, até que ponto ou até que tipo de assistência deve ser prestado ao SUS — só primária? Só secundária? Alta complexidade e atenção terciária não deveriam fazer parte desse rol? É o que achamos um absurdo e que está fazendo parte do grupo de estudo até para questionar essas coisas, mas é bom trazer o debate, até porque isso vai ter reflexo no próprio atendimento médico e na angústia do profissional que tem um paciente ali, na atenção primária, e precisa da atenção secundária ou terciária, de alta complexidade.

Se o SUS não oferecer, esse paciente não vai ter acesso [a essa assistência] e vai ficar sempre ali, na assistência da atenção primária, com tratamento paliativo, tratamento sintomático, e deixando os profissionais médicos angustiados e contribuindo para o seu adoecimento.

No período pós-pandemia, vocês observem que, na administração pública federal, estadual, municipal e nas demais entidades, nós tivemos um aumento substancial da assistência.

Lógico, com o aumento da pandemia, nós tivemos um aumento absurdo da assistência — e já havia um déficit significativo de profissionais do SUS, que se agravou.

Daí foi preciso contratar profissionais, fazer transferência de recursos federais para os estados para contratar diretamente ou por periodização (contrato temporário).

Vamos chamar a atenção para o fato de que esse aumento substancial da contratação de profissionais médicos em um período da pandemia é uma coisa temporária, é uma coisa, eu diria, até que virtual, esse *boom* de contratação de médicos não vai persistir no período pós-pandemia.

E já está diminuindo porque, com o fechamento de leitos destinados à covid, os contratos temporários encerrando-se, hospitais de campanha também, essa quantidade de médicos tende a diminuir e voltar ao patamar anterior ao da pandemia, voltando ao grande déficit de profissionais e, como reflexo, a desassistência.

Nesse período, nós tivemos um grande volume de recursos destinados pelo governo federal para as prefeituras, os estados, para o Distrito Federal, para contratação de profissionais, construção de hospitais de campanha.

E o que nós vimos, até pela falta da mão de obra adequada ao tipo de assistência que era preciso dar, até porque nós não esperávamos o advento da pandemia.

Foi a contratação até de profissionais recém-formados, inclusive com a antecipação de formaturas, para que os estudantes no final do curso de medicina pudessem entrar no mercado de trabalho para assistir os pacientes vítimas da pandemia, e isso teve uma consequência que nós acompanhamos, em que os contratos temporários e a relação de trabalho precária foram a tônica.

A maioria das empresas que administraram os hospitais de campanha no SUS têm problemas trabalhistas, os colegas estão com

uma demanda enorme de reclamações trabalhistas porque não receberam os salários direito, depósito do FGTS, então houve precarização nessa relação do trabalho dos profissionais médicos no SUS.

Isso aí se estende, evidentemente, para os demais profissionais, não precisa ser só médico, mas o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e outros.

Mas o que chamou a atenção foi a face perversa da pejotização nesse momento de pandemia, com a expansão da contratação de médicos e de pessoas jurídicas.

O colega que adquiriu, contraiu a doença durante o enfrentamento da pandemia não tinha garantia trabalhista nenhuma e ficou sem recursos, sem subsistência do ponto de vista financeiro.

A Federação Nacional dos Médicos e os sindicatos foram questionados por isso.

A pejotização é um absurdo.

E destacamos que a Federação Nacional dos Médicos vem fazendo um trabalho no movimento a respeito do tema, chamando a atenção para isso. Inclusive tramita um projeto de lei na Câmara [dos Deputados] para regulamentar, mas até então houve esse *boom* de pejotização de pessoas ficando incapazes pelo adoecimento e também sem renda, isso nos chamava a atenção.

A pandemia mostrou que a fragilidade da pejotização é uma coisa sobre a qual nós, entidades médicas, temos de debruçar, porque ela fragiliza demais o vínculo empregatício do profissional médico, seja com os hospitais privados, seja com o SUS.

O que nós observamos é esse fenômeno da pejotização também nas prefeituras, que inclusive fazem *dump*, lançam concurso

público com salário lá embaixo, que não interessa, não é convidativo, não atrai o profissional médico, e depois lançam um edital de contratação de PJ.

Disparidade na distribuição de médicos nas unidades da federação.

Conforme a Demografia Médica do CFM, o Brasil tem em média 2,27 médicos por mil habitantes.

No Pará, está a menor relação (1,07), e no Distrito Federal, [a maior] (5,11).

Nós temos essa distribuição irregular de médicos que leva à desassistência, e precisamos levar os profissionais aos desertos assistenciais para que a população seja realmente assistida, e isso se faz pelo SUS e pela tão sonhada — que é o nosso desejo de consumo —, criação da carreira médica de estado.

Evolução da oferta de leitos do SUS [no período] pré-pandemia.

Nós temos, como eu falei, com relação ao vínculo empregatício, o universo pré-pandemia e o universo pandemia.

No universo pandemia, o que nós vimos? Diminuição da oferta de leitos.

Se nós tínhamos um número de profissionais inadequado para atender à demanda, sobrecarregados, desistindo de atuar no sistema público e migrando para a medicina suplementar e para a medicina privada, nós tivemos até 2020 a diminuição do número de leitos no SUS.

Contraopondo-se a isso, aumentou no período pré-pandemia o número de leitos no sistema suplementar e na medicina privada.

É lógico, o SUS diminui a oferta de leitos, e esses pacientes vão para onde? Termina, quem tem um poder aquisitivo razoável, diante da necessidade, da clemência, da gravidade da doença, conseguindo recursos para migrar para a medicina suplementar ou para a medicina privada.

E aí você tem um aumento gradativo do número de leitos, de internação, de oferta de leitos e internação não SUS, tanto diretos como complementares.

Percebe-se bem isto: de 2005 a 2020, nós saímos de 110 mil leitos no SUS para 131 mil leitos em janeiro de 2020, no período pré-pandemia.

Então houve diminuição de leitos de internação (no SUS) e o aumento de leitos de UTI desses intermediários não SUS.

E aí isso se justifica pela oferta de leitos de alta complexidade, leitos de assistência terciária e até leitos que são mais bem remunerados do que os de baixa complexidade, porque esses serviços são fechados na iniciativa privada, na medicina suplementar, e essa demanda vai sobrecarregar o SUS.

Evolução da oferta de leitos no SUS na pandemia.

Nós tivemos no SUS um aumento, saímos de 2020, com 294 mil leitos, e passamos para 313 mil.

Como eu falei anteriormente, esse fenômeno, essa situação não deve continuar no período pós-pandemia.

Controlada a pandemia, com certeza, esses leitos vão ser desativados e nós vamos voltar ao estado pré-pandemia.

Portanto eu considero que qualquer discussão sobre políticas públicas tem que ser focada, tendo como referencial os índices pré-pandemia, porque não tenham dúvidas, pelo menos aquilo que observo no Distrito Federal, é que nós estamos voltando ao estado pré-pandemia, com o fechamento de leitos abertos na pandemia, e voltando também à precarização de antes.

Então temos no SUS aumento de leitos, tanto diretos como complementares, e não SUS, com o aumento de leitos colocados à disposição da população, tanto temporários tanto quanto de internação.

Assim observamos no SUS que a quantidade de leitos de internação disponíveis em 2021 é menor que em 2005, quando havia 353 mil leitos.

Apesar da oferta no período da pandemia, apesar dos recursos destinados aos municípios, nós chegamos a 313 mil leitos em agosto de 2021, ou seja, 40 mil leitos a menos do que em 2005.

Você vê o reflexo disso na assistência à população e na atuação do médico, na qualidade de vida do médico e, com certeza, diretamente no adoecimento do profissional médico.

Beneficiários de plano de saúde e seguro de saúde no período pré-pandemia de covid-19.

Mais uma vez, pré e durante a pandemia.

Nós tínhamos, no período de pré-pandemia, uma queda de usuários do sistema de saúde suplementar.

A população empobrecida migrava para o SUS, que não tinha um orçamento adequado preparado para receber essa demanda.

Começamos a receber demandas do sistema de saúde em virtude do adoecimento da população sem condições de pagar porque a pessoa foi demitida, perdeu o plano de saúde.

Isso representou queda de 3,23% na quantidade de beneficiários de planos de saúde.

Agora nós temos os beneficiários de planos e seguros de saúde no período da pandemia da covid-19.

Se nós observarmos, em junho de 2021, nós estávamos com 48 milhões de beneficiários de planos de saúde.

Se voltarmos ao período pré-pandemia, temos, em dezembro de 2019, 47 milhões.

Então, mesmo com o aumento da contratação de planos de saúde no período da pandemia, nós continuamos tendo decréscimo no número de leitos anterior ao período da pandemia.

Mais uma vez, a crise econômica, o empobrecimento, a migração da medicina suplementar para o SUS, com todas as suas consequências.

E é bom frisar que o aumento do emprego neste período de pandemia — as políticas econômicas vão fazendo com que se retome o emprego, só que nós estamos retomando o emprego com diminuição do salário.

Portanto o fato de o número de desempregados estar diminuindo não significa dizer que o poder econômico, o poder aquisitivo dessa população tenha retornado ao de antes da pandemia.

Portanto, a dependência do SUS vai continuar ou vai aumentar.

Beneficiários de planos e seguros de saúde e dependentes do SUS por região.

No Brasil como um todo, 77,15% da população depende do SUS; apenas 22,5% depende da medicina suplementar.

Na Região Norte, 90,56% depende do SUS e 9,44% da medicina suplementar.

No Nordeste, 88% depende do SUS e 11% da medicina suplementar.

No Sudeste, onde está a maior oferta de leitos e assistência da medicina suplementar, temos 32% [da população beneficiando-se do serviço privado, enquanto os usuários] do SUS são 67%.

Esse dado é significativo, pois 67,23% da população da região mais rica do país depende do SUS.

E nós somos obrigados a ouvir discursos no congresso de pensadores das políticas públicas de que o SUS é inviável, que é preciso diminuir a oferta da assistência e que ele tem que ser repensado.

Eu costumo dizer que o SUS é perfeito, imperfeita é a gestão.

Nós precisamos ter sistema de auditoria eficaz para que as verbas sejam aplicadas com resultado, entrega na ponta, e para aumentar o financiamento.

O sistema, nos três estados do Sul, atende 77% dos habitantes, enquanto os demais 23% dependem da medicina suplementar.

E por último, no Centro-Oeste, o panorama não muda muito: 79% da população conta exclusivamente com o SUS, enquanto 20% é assistida pela medicina suplementar.

Então está aí, 78% da população dependente exclusivamente do SUS, e 22% não prevista na sua dotação orçamentária.

O que eu quero falar com isso? Eu ouvi, em discursos de ministros da saúde, de secretários de saúde, que no Brasil existem tantos milhões de pessoas na medicina suplementar e tantos por cento dependem do SUS.

E o discurso, nas entrelinhas, é que, se eu tenho 22% da população assistida pelo sistema de saúde suplementar, o Estado, o Ministério da Saúde, o orçamento do SUS não precisa contemplar essa massa da população, ou seja, quem tem plano de saúde não está no financiamento do governo.

E vocês sabem tão bem quanto eu que na prática isso não ocorre.

Os planos de saúde não entregam a assistência que vendem à população usuária; muitos ficam desassistidos quando o atendimento é de alta complexidade, o terciário termina se socorrendo no SUS, portanto nós temos até nas políticas públicas de saúde uma visão equivocada da formulação do orçamento destinado ao SUS, porque ela exclui dos seus cálculos os usuários do sistema da medicina suplementar.

Aí você tem um SUS subfinanciado, deficiência de insumos, de tecnologias.

O que a gente prega é o fortalecimento da atenção primária, que é a base de todos os sistemas de saúde.

E aí eu lembro sempre o ex-ministro Adib Jatene, que em um congresso em Salvador (BA), palestrando para os diretores de hospitais universitários, dizia que o nosso sistema é uma cabeça sem corpo.

Ele se referia ao modelo hospitalocêntrico, e nós temos realmente que investir na atenção primária, na prevenção, na profilaxia etc. e tal, mas não podemos perder de vista o fortalecimento da atenção secundária, da atenção terciária e da alta complexidade.

O que nós vimos observando nos últimos anos é a política do Ministério da Saúde focada no fortalecimento da atenção primária em detrimento do crescimento — também proporcional à necessidade da população — do atendimento secundário, do atendimento terciário e da alta complexidade.

Ou seja, precisamos sim avançar e fortalecer a atenção primária, mas não podemos menosprezar e descuidar da atenção secundária, terciária e de alta complexidade.

E todo o nosso sonho de consumo, como falei no início, os nossos esforços, devem ser dirigidos no sentido de criar a carreira médica de estado.

Nós tivemos a criação do programa “Médicos pelo Brasil”, um embrião, não é o que nós queremos, mas já foi um avanço.

O que nós precisamos é de uma carreira médica de estado que leve profissionais para os locais mais carentes do país com as garantias típicas das carreiras de estado, com vitaliciedade, inamovibilidade e irredutibilidade de vencimentos.

Esse é o nosso desejo.

Infelizmente, não alcançamos ainda, mas essa deve ser a luta de todas as entidades médicas, seja movimento conselhal associativo, seja sindical.

E nós temos aí, além de todo esse drama, o reflexo direto nos profissionais de saúde.

Esse estudo dos conselhos dos profissionais, de 2019, mostra que 71,6% dos profissionais de saúde já sofreram agressão física ou verbal no ambiente de trabalho.

Segundo estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 67% dos entrevistados enfrentaram ou já sofreram agressões físicas ou não verbais no ambiente de trabalho dos países latino-americanos.

E o movimento sindical, em encontro da Associação Médica do Caribe, mostra que a violência se repete nos demais países, isso é universal.

Eu encerro com esta frase: a população é abandonada pelo sistema público de saúde e desprezada pela saúde suplementar, essa é a nossa realidade.

O que eu quero dizer com isso, senhores? O SUS tem que ser valorizado, tem que ser bem financiado, implementado na sua plenitude para que ele concorra com a medicina suplementar, que eles se complementem.

Mas se não for concorrente do sistema suplementar, nós vemos que o SUS fica cada vez mais precário e a medicina suplementar cada vez mais vende assistência e não entrega.

Portanto nós precisamos tornar os dois sistemas competitivos.

Tema:
**Desafios e perspectivas do
SUS e o seu papel na sociedade**

Presidente da mesa: Fábio Augusto de Castro Guerra

Moderador: Luciana Rodrigues Silva

Palestrante: João Neves de Medeiros

Eu sou médico oftalmologista, tenho atuação exclusivamente dentro da rede SUS, em uma entidade filantrópica, e vivo há 12 anos os desafios de atuar no SUS e garantir o funcionamento do sistema e a viabilidade do modelo de atenção.

Considero importante contextualizar a estrutura do nosso Sistema Único de Saúde, um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde a atenção primária, para avaliação de pressão e doenças de prevalência, até a alta complexidade, como transplantes e outros procedimentos.

Foi criado há 33 anos pela Constituição de 1988 e, em 1990, regulamentado pelas leis nºs 8.080 e 8.142 e, em 1991, instituídas as normas que definiram seu funcionamento.

O sistema não é apenas a atenção, é a parte assistencial que nós vemos, as filas nos postos, nos prontos atendimentos.

Contempla a vigilância sanitária, e isso abrange toda a população, não só a chamada população SUS dependente ou a população mais carente, mas a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica.

Está também relacionado a ações de saneamento básico, à ordenação e à formação de recursos humanos para a saúde, a vigilância nutricional, a proteção do meio ambiente e a política de medicamentos, equipamentos e imunobiológicos.

Ainda fiscaliza serviços, produtos e substâncias de interesse da saúde, fiscaliza e inspeciona alimentos, águas e bebidas, produção e transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, além da política de sangue e derivados.

Por último, está presente no desenvolvimento científico e tecnológico.

Então o SUS abrange um escopo imenso de garantia de saúde para a população; a saúde suplementar e a saúde complementar atuam de forma conjunta com o SUS, porém o sistema é único.

Na sua formulação, qual o sistema desejado? O que se pretendia? O que se definiu como atuação? Na Constituição, foi definido que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e considerados três princípios fundamentais: o primeiro é o da universalidade, segundo o qual a atenção à saúde deve ser garantida a toda a população, independentemente de qualquer característica individual.

O segundo princípio é o da integralidade, ou seja, a assistência à saúde também precisa contemplar todas as etapas, todas as necessidades dessa população, e isso só é possível pela integração do sistema de saúde com outras políticas públicas.

E, por último, a equidade, princípio muito importante também, que prevê tratamento igual para aquela população que é desigual.

O objetivo é que todos tenham acesso, pelo conceito da universalidade, à assistência necessária para a integralidade do cuidado.

Os princípios organizativos preveem a regionalização e a hierarquização.

No país em que vivemos, tão grande, só é possível garantir a universalidade e a integralidade se houver políticas e redes assistenciais em níveis crescentes de complexidade que garantam que aquele paciente de um município de 3 mil habitantes tenha acesso a uma assistência de alta complexidade, que é impraticável ser oferecida nesse município.

Então, a depender do nível de complexidade, as pessoas caminham pelo sistema para garantir a viabilidade do acesso às soluções ou serviços de saúde.

Também é definida como princípio organizativo a descentralização, ou seja, a União define as políticas e o modelo de financiamento, porém a forma como o sistema funciona cabe à ponta, ao gestor do município, o que cria também um grande desafio pelo número de municípios e pela dificuldade de comunicação e organização do complexo sistema de saúde de forma integrada por todos esses atores.

Soma-se a essa organização a participação popular; todos têm que participar para que o sistema progrida, para isso existem colegiados e conselhos representantes da população nesse ambiente.

Nesse universo, quais são os desafios? O primeiro é atender àquela premissa de integralidade, universalidade e equidade.

Por que isso é desafiador? A cobertura da saúde suplementar, está em torno de 23% da população.

Observar que grande parte dessa cobertura é de planos coletivos empresariais, oferecidos pela empresa, e uma fatia um pouco menor de planos individuais e familiares.

Porém a distribuição da cobertura da assistência suplementar não é uniforme no país.

Na prática, observa-se que na área envolvendo São Paulo, o sudeste e o sul de Minas Gerais, bem como o norte do Paraná concentra-se a maior cobertura dos serviços de saúde suplementar.

E qual é a produção per capita do SUS? Qual a oferta dos serviços ambulatoriais e hospitalares e qual o custo dessa oferta em 2019? Vejam que aqui verifica-se na prática, distribuído por regiões de saúde; onde mais se aplicam recursos do SUS per capita são exatamente os municípios ou as regiões de saúde onde existe maior cobertura da assistência complementar.

E, voltando ao princípio da equidade, é exatamente isso que se busca equilibrar.

É muito importante que a assistência à saúde seja distribuída para todo o país, corrigindo essa distorção, o que em 2019 pudemos perceber que ficou evidente.

Um ponto essencial de desafio é a gestão.

É muito importante priorizar o SUS como política de Estado. Que sejam convencidos os nossos representantes de que o SUS é uma política de Estado e que deve ser garantida sua gestão técnica.

E um dos pontos críticos para isso é a dotação orçamentária, a alocação de recurso para que o sistema seja viabilizado.

Outro ponto fundamental na gestão é o aprimoramento dos modelos organizacionais, fazendo migrar o cuidado tradicional focado no combate a doenças para o cuidado voltado para a promoção e a prevenção, assim conseguimos um modelo de saúde

mais econômico e de melhor qualidade para a população, além da utilização de ferramentas de governança e de controle pelo governo federal.

Qual é a realidade? Eu vou apresentar, dentro dos desafios, dentro da realidade da oftalmologia, a minha área, um panorama que vale para todas as outras especialidades para ter uma visão objetiva desses desafios.

A oftalmologia do SUS foi prevista em 2008, há 13 anos, quando foram publicadas portarias que instituíram a política nacional de oftalmologia.

Em 2019, portanto 11 anos depois, era esperado que essa política já tivesse surtido efeitos.

Em 2019, foram registrados quase 10 milhões de consultas oftalmológicas, uma cobertura diante dos parâmetros desejáveis em torno de 30%.

Observem-se porém as regiões de saúde onde estão concentradas essas consultas: novamente, no estado de São Paulo, onde existe a maior cobertura da saúde suplementar, enquanto no resto do país praticamente não há nenhuma oferta de consulta, ou seja, a taxa fica abaixo de cinco consultas anuais por mil habitantes.

Sobre outro procedimento, para não falar só das consultas, a fotocoagulação a laser, que é um tratamento indicado para pacientes diabéticos para controle da progressão da retinopatia, foram totalizados em 2019, na pré-pandemia, 164 mil procedimentos.

Novamente, em grande parte do país, a produção de fotocoagulação a laser foi zero.

Os pacientes diabéticos estão descobertos, sem nenhum tipo de assistência preventiva para retinopatia diabética.

Cirurgias de catarata, naquele ano, foram 600 mil, e a distribuição pelo país, com concentração muito importante, de novo, no estado de São Paulo, com algumas outras regiões de saúde do país com alta frequência, porém grande parte descoberta.

Será que esse problema é por falta de profissional? O Conselho Brasileiro de Oftalmologia periodicamente faz o seu censo, identificando onde estão os oftalmologistas e quantos são.

No ano desse levantamento, foram publicadas as condições de saúde ocular com essa apresentação da quantidade e da distribuição dos oftalmologistas.

A Organização Mundial da Saúde preconiza um oftalmologista para 17 mil habitantes.

No Brasil, observamos que na quase totalidade dos estados a oferta de oftalmologistas é maior do que um para 17 mil habitantes, mesmo nos estados onde a taxa de cobertura do SUS é baixa ou inexistente.

Apenas quatro estados, concentrados na Região Norte, não têm o número de oftalmologistas preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Redes e financiamento

E um ponto crítico para identificar também os desafios do SUS são as políticas de incentivo ao financiamento e à construção de redes.

E uma política muito importante para a oftalmologia e outras especialidades é a de cirurgias eletivas.

Todos os anos, via de regra, é publicada uma portaria do governo federal liberando recursos para a execução dessas políticas; em 2020, foram R\$ 350 milhões.

Esse recurso a mais do governo federal é muito importante entrar na rede para fortalecer aquelas unidades que prestam serviço para o SUS e estão organizadas para isso, ganhando escala, ganhando escopo, fortalecendo as redes de atenção.

Porém percebemos na prática, mês a mês, o número de cirurgias custeadas com recurso de média e alta complexidades, que é aquele de transferência periódica.

Temos o montante aplicado nesses mutirões, oriundo do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (Faec), recurso extraordinário do governo federal.

Podemos perceber que todos os momentos de pico de número de cirurgias coincidem com o pico da liberação dos recursos federais.

Considerando as premissas do sistema de saúde — universalidade, integralidade, constituição de rede —, a verba do governo federal, que muitas vezes vem com a possibilidade de ampliação dos valores de tabela SUS, é distribuída para prestadores que não integram a rede, o que é um descompasso da necessidade de construção de modelos assistenciais.

É importante também entender que a liberação desses recursos para cirurgias eletivas é feita de forma não estruturada, não perene, o que penaliza o sistema, porque os prestadores que já estão integrando a rede de atenção não têm aquele recurso para fazer girar suas operações e ter previsibilidade de receitas e despesas.

Essa política de cirurgias eletivas é muito discutida.

Em 2021, houve algumas discussões na Câmara dos Deputados sobre a necessidade de uma reavaliação, e há muito se discute a incorporação desse recurso na assistência normal, porém ele continua sendo extraordinário e eventual.

E, quando o SUS falta, o que acontece nessas regiões de vazio? Estamos vivendo, nos últimos anos, uma verdadeira indústria da judicialização, o que interfere na gestão pública por gerar altíssimos valores de custos não previstos, penalizando a disponibilidade de recurso para aquela rede prevista e programada, e isso cria um desrespeito aos princípios fundamentais do SUS, porque o recurso que deveria ser distribuído de forma programada para todos é direcionado para respostas judiciais.

De forma prática, como podemos identificar isso? De 2010 a 2016, o custo da judicialização da saúde passou de R\$ 120 milhões para R\$ 1,3 bilhão.

E, na oftalmologia, para dar o impacto de uma das especialidades, em 2020, Minas Gerais fez uma ata de pregão para comprar um único medicamento, que é um biológico utilizado para tratamento de pacientes com retinopatia diabética descompensada, aqueles que a rede não atende por fotocoagulação, e só para esse público, que é de 1% da população diabética, estimada em 5 mil pessoas, foi feito um pregão comprometendo R\$ 95 milhões.

Em termos comparativos, esse valor é mais do que toda a assistência oftalmológica ambulatorial e hospitalar no estado mineiro, em 2020.

Quando inexistente uma política pública de prevenção, quais as perspectivas para o SUS nesse ambiente? O primeiro ponto crítico é que a nossa sociedade precisa definir qual SUS ela quer na prática.

O que está definido nas políticas exibidas no início da apresentação é excelente, porém como isso vai se concretizar? E, após essa decisão do SUS que queremos, é importante construir uma representatividade política que seja pressionada pela nossa sociedade para que o sistema seja efetivamente implementado.

Isso passa pelo incremento orçamentário, o aperfeiçoamento das ferramentas de remuneração e o alinhamento dos objetivos e dos limites.

Existem limites do SUS, não adianta falar em fazer tudo, de todo jeito, sem uma previsão orçamentária ou organizacional.

E quais serão as metodologias e estratégias de incorporação de tecnologias para que a judicialização não consuma a totalidade dos recursos destinados ao sistema? Serão aquelas que envolvem a criação de redes de atenção para o fortalecimento da atenção básica, a adoção de sistema de informação robusto para garantir assistência a toda a população, as ferramentas de controle, bem como a incorporação de 70% da população que hoje nem participa do SUS, é uma população SUS dependente, porém não consegue ter acesso a ele.

Essa população tem de ser inserida no sistema, e isso vai ampliar o campo de atuação tanto para nós, médicos, e os que estão se formando, quanto para os outros profissionais de saúde.

Conferência: Síndrome de *burnout*

Presidente da mesa: Roque Salvador Andrade e Silva

Conferencista: Guido Palomba

O nosso tema é a síndrome chamada *burnout*.

Primeiro, o que é? O que a define? Esse nome *burnout*, termo em inglês, quer dizer “queimado totalmente”, ou mais precisamente “esgotamento”, na língua portuguesa.

Esse termo é usado para se referir ao esgotamento de uma pessoa por causa do seu trabalho.

É novo esse termo? O termo, sim, mas a síndrome, não.

A síndrome é muito antiga, ela foi definida em 1772 por William Cullen, um médico escocês que usou pela primeira vez a palavra “neurose”, e já compreendia esse esgotamento e o quadro clínico que eu vou descrever para vocês.

Mas aí vieram os anos e quem usou pela primeira vez o termo “estresse”, que é a base do *burnout* (*burnout* é o estresse no trabalho), foi Hans [Hugo Bruno] Selye, em 1926, quando era ainda estudante de medicina.

Ele viu que existiam determinados sinais e sintomas clínicos diante de um estímulo excessivo de certos fatores externos, e usou o “estresse”, nome já utilizado pela física quando determinada matéria é sujeita a uma carga excessiva.

E quem empregou pela primeira vez o termo *burnout* foi o alemão Ernest Freeberg, nos anos 1970, definindo-o como esgotamento provocado pelo trabalho.

Porém só passou a ser divulgado neste século 21, eu diria.

Como é um quadro clínico dessa síndrome? Ele começa com aquilo que se convencionou chamar de “alarme”.

O que é um alarme? Como ele se traduz? É a irritabilidade, tensão muscular, sensação de esgotamento, alterações gastrointestinais.

Na sequência, vem a resistência do organismo a tudo isso.

O organismo procura sempre a homeostase.

Aliás, na vida, tudo busca a homeostase, aquele ponto de equilíbrio.

Então o organismo também procura o seu ponto de equilíbrio.

Porém, no caso desse estresse excessivo provocado pelo trabalho, a ansiedade, a impotência sexual ou a diminuição da libido, o nervosismo, a falta ou o excesso de apetite são sinais e sintomas que vão se manifestar nessa segunda fase.

E o medo também, a pessoa parece ter medo de quase tudo ou de determinadas coisas.

A seguir, vem a exaustão, que é o estresse propriamente dito, o *burnout*.

E como ele se manifesta? Organopsiquicamente.

O ser humano é composto de soma e psique, ou seja, isso é voz grega e voz latina: soma é corpo e psique é alma.

Psique é sopro, alma, pneuma, ar.

Então o ser humano é composto de corpo e alma.

E pela minha formação tomista, aristotélica, soma e psique, embora sejam duas substâncias diferentes, formam no ser humano um amálgama uno e indissolúvel, a ponto de não existir nada psíquico que não tenha algo corpóreo e nada corpóreo que não tenha algo psíquico.

Isso, naturalmente — vou abrir um parêntese —, já mostra que o dualismo cartesiano, corpo e alma, duas substâncias separadas, como se fossem dois relógios a marcar a mesma hora, na minha concepção, em medicina não existe, deve ser combatido.

Pois bem, então se corpo e alma, soma e psique formam uma substância indissolúvel enquanto vida, um amálgama, o que acontece nesse momento de exaustão do corpo por estresse, por fatores estressantes? Acontece o *deficit* das reservas de energia, modificações biológicas, manifestações psicossomáticas, respostas neuroendócrinas.

Aí começam a falhar os mecanismos de contenção do organismo.

Ele não é mais capaz de equilibrar-se.

Nesse ponto, quando a perturbação da saúde mental — não é doença mental, é uma perturbação da saúde mental — está engessada, a homeostase já não é mais possível.

Completa esse quadro clínico o desequilíbrio do humor, da afetividade, do sono, do sistema imunológico.

E o que vai acontecer? A pessoa tem uma desregulação muito grande da adrenalina, da noradrenalina, do cortisol, das catecolaminas.

Ou seja, o quadro clínico do indivíduo com *burnout*, esse estresse acentuado por causa do trabalho, tem seus estados fisiológico, psicológico e comportamental alterados.

Eu fui ver quais as profissões mais afetadas por essa síndrome ou que chegam mais facilmente a essa síndrome, eu vou ler por ordem, não de acontecimento, mas as primeiras, sim: os primeiros são os bombeiros, depois os operadores de telemarketing.

Lembrando que estes últimos trabalham o dia inteiro, exaustivamente, e ganham R\$ 1.300,00 mensais.

Depois vêm: cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, pilotos de avião, atendentes telefônicos para emergências, policiais militares e carcereiros, seguidos de professores, jornalistas, bancários, técnicos em informática, motoristas de táxi e de aplicativo, controladores de tráfego aéreo, e a lista continua.

Agora eu termino falando do que é mais importante: o tratamento.

Qual tratamento deve ser procurado? Antes de falar, naturalmente, devo lembrar que os médicos, nesta pandemia, bem como todos que estão e estiveram na linha de frente são, disparadamente, os mais afetados, como comprovam as estatísticas envolvendo trabalhadores da linha de frente dos atendimentos de pacientes com covid.

Voltando ao tratamento.

Essa perturbação da saúde mental é exógena, não é endógena, ela não é como uma psicose maníaco-depressiva ou esquizofrenia, epilepsia psíquica, uma psicose epilética etc., ela é exógena.

Então é fundamental afastar os motivos que estão estressando a pessoa.

Nós vivemos uma decadência da psiquiatria ocidental, neste século 21, com uma pandemia silenciosa do uso de psicofármacos.

São psicofármacos para tudo, até para tensão pré-menstrual, para parar de fumar, para engordar, emagrecer, e até mesmo se perdermos um ente querido e formos a um psiquiatra, estamos arriscados a sair de lá com um diagnóstico qualquer, porque estão todos absolutamente lasseados, tudo é bipolaridade ou Alzheimer, lapso mnêmico, se tivermos mais de 65 anos, senão é transtorno do *deficit* de atenção com hiperatividade, se tivermos menos de 18 anos.

E tome remédio! E isso, para quem está com *burnout*, é veneno.

Não se deve dar remédio, salvo, em um primeiro momento, para regular o sono, o que é muito importante.

Mas não é prescrever antidepressivos como primeira escolha.

A depressão faz parte da reação natural do indivíduo às coisas que o incomodam, não é possível pensar que a depressão é sempre negativa, ela tem a sua parte positiva de recompor o indivíduo, principalmente nessas causas exógenas.

Então, o que fazer? Afastá-lo do local.

O indivíduo com síndrome de *burnout* precisa tirar férias, conseguir alguma coisa.

Não adianta continuar com ele lá [no ambiente profissional] e tratando-o, entupindo de remédio, um para acordar, um para dormir, outro para não pensar etc.

Isso não serve, isso é veneno.

Segundo: exercícios físicos são fundamentais, principalmente ao ar livre.

Hábito higienodietético e, como já falei, se necessário num primeiro momento, prescrever um regulador de sono leve, que o induza, e ponto-final.

Depois, uma terapia compreensiva e reeducadora dos hábitos daquele indivíduo que tinha dificuldade de lidar com a situação trabalhista na qual se encontrava.

Portanto, o mínimo de remédio.

E, para encerrar, a minha última frase sobre essa parte do tratamento é, lembrando Hipócrates: *vis medicatrix naturae*, que quer dizer “a cura pela via natural”.

Sábado, 2 de outubro de 2021

Período da manhã

PARTICIPANTES/PALESTRANTES

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Akira Ishida

Cesar Eduardo Fernandes

Clóvis Francisco Constantino

Eleuses Vieira de Paiva

João Sobreira

José Fernando Macedo

Jurandir Marcondes Ribas Filho

Luciano Gonçalves de Souza Carvalho

Luiz Carlos von Bahten

Maria Rita de Souza Mesquita

Marun David Cury

Miyuki Goto

Conferência: A importância do título de especialista e da educação médica continuada

Presidente da mesa: Maria Rita de Souza Mesquita

Conferencista: César Eduardo Fernandes

O tema “A importância do Título de Especialista e da Educação Médica Continuada”, sobre o qual me foi solicitado falar durante este Congresso, é de extrema relevância para o movimento médico associativo.

Dada sua importância, procurei revisar o conhecimento e o estado da arte deste assunto, tanto em nosso país como em referências externas, para compartilhar aqui uma análise crítica, apresentando algumas ideias ainda sujeitas a discussões internas na Associação Médica Brasileira (AMB) para que possamos delinear o melhor caminho em relação a esses dois pontos.

Importante declarar, já de início, que não possuo conflito de interesse para realizar esta apresentação.

Antes de adentrar no tema, julgo ser importante trazer à minha fala um elemento que para nós, médicos, é nobre e rege nossos passos profissionais desde nossa diplomação. Refiro-me ao juramento de Hipócrates (Fig. 1), cujos pontos sublinhados darão o tom desta apresentação.



"Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Hígia e Pãnaoéia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calcâneo confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça."

Hipócrates

Diz o juramento: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder de entendimento, nunca para causar danos ou mal a alguém”.

Tal citação determina ao médico que busque o conhecimento continuamente a fim de se investir de segurança e ter boa capacidade de análise para melhor servir ao seu paciente. Este é o objetivo do nosso trabalho como médicos, e tudo que fazemos tem um endereço definido e único: o bem-estar do nosso paciente.

O juramento cita ainda: “Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo dano voluntário e de toda sedução”.

A Medicina não é feita para que o médico se beneficie dela, se distanciando dos pacientes. O médico não pode se furtar de sua capacidade crítica, de aprendizado, de atualização porque é com esses instrumentos que irá atender o seu paciente.

“Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens [...]”. Aqui ele faz uma advertência: “[...] se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça”. Reforça-se aqui que toda a nossa ação é voltada para o paciente, não para benefício próprio.

Trago a seguir algumas reflexões sobre o papel e as virtudes do médico, ainda segundo o Juramento de Hipócrates.

A quem serve o médico?



A figura apresenta uma cena onde há uma criança adoecida, sua mãe desolada e o médico refletindo sobre o que fazer para amenizar esse sofrimento e, se possível, curar a criança. (Fig.2)

Para responder à pergunta, recorri aos doutos da Academia Nacional de Medicina onde me foram apresentadas as sete virtudes do médico, que descrevo a seguir

Confiabilidade.

O médico precisa ter a confiança dos seus pacientes.

Compaixão.

O médico deve se apiedar dos seus pacientes.

Prudência.

O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor da sua capacidade profissional.

Aqui cabe um parêntese sobre a capacidade profissional do médico. Não é algo que nos é dado de presente ou que caia do céu por desejo divino. Para nos tornar capazes é preciso investir em educação e atualização, fazendo da busca pelo conhecimento o suporte necessário para exercermos a boa Medicina.

Justiça.

Aqui trago a frase de Mahatma Gandhi: “Uma corte superior a todas as outras cortes da justiça é a corte da consciência”.

De nossa consciência nasce a maior das justiças. Ter consciência de que se está plenamente capaz, plenamente atualizado e que sua competência foi adequadamente aferida, para que possa servir ao paciente.

Resiliência.

A fortaleza é o general do pensamento, a armadura da vontade e o forte da razão, características que forjam um bom médico.

Temperança.

Por temperança entenda-se equilíbrio, moderação, capacidade de vivenciar momentos difíceis sem se desesperar.

Integridade e dignidade.

Integridade sem conhecimento é inútil, mas conhecimento sem integridade é perigoso e horrível.

Feitas essas considerações preliminares, acredito ter substrato suficiente para falar sobre a importância da Educação Médica Continuada e, a seguir, do Título de Especialista, e compartilhar algumas reflexões minhas sobre os temas.

A educação médica

É sabido, particularmente entre aqueles que militam na docência do ensino médico, que a educação médica se traduz num grande desafio. Manter a excelência durante a graduação e a residência médica, sobretudo diante da criação irresponsável e indiscriminada de faculdades de Medicina no Brasil, não é tarefa fácil. A maioria dos cursos não oferece condições necessárias para educar e munir os acadêmicos das competências básicas para o exercício da Medicina.

É preciso frear a abertura indiscriminada de escolas médicas e lançar mão de instrumentos que contribuam para a melhoria da educação médica na graduação, com avaliações ao longo do curso para acompanhar a evolução dos alunos, e uma avaliação terminal de proficiência do jovem egresso, o que já tarda demais para acontecer.

Não se pode aceitar que o egresso entre para o mercado de trabalho apenas por ter concluído o curso e obtido o direito a um registro no Conselho de Medicina. Isto era aceitável há décadas atrás, quando havia um comprometimento das escolas com as condições de ensino.

Na residência médica não é diferente. Há programas de residência em todas as especialidades, aprovados e chancelados pelo Ministério

da Educação, que conferem ao profissional o direito ao título de especialista. No entanto, é preciso criar mecanismos de atualização constante, por meio dos programas de educação continuada, e reavaliação periódica, sistemática, criteriosa e justa destes profissionais.

A criação de programas de educação continuada para o médico que já está atuando como generalista e também para o especialista é o grande desafio após a graduação.

No caso dos médicos especialistas, há programas de muito boa qualidade, promovidos pelas 54 sociedades de especialidade do país, todas com muita competência e expertise, muita tradição em desenvolver programas de educação continuada, congressos e cursos com o intuito de oferecer aos seus associados a possibilidade de se atualizarem continuamente.

No meu entendimento, no entanto, falta uma métrica bem colocada do quanto cada especialista, na sua individualidade, está buscando esses recursos disponibilizados pela sua sociedade, tema que será tratado adiante.

Antes, contudo, é preciso voltar os olhos para a Educação Médica Continuada para os médicos generalistas, que até pouco tempo estava esquecida no Brasil.

Durante estes poucos meses em que estamos à frente da AMB, foi possível identificar claramente a inexistência de programas de Educação Médica Continuada voltados para estes profissionais.

E quem são eles? Simplesmente a maioria dos médicos existentes no nosso país.

Hoje, temos em torno de 540 mil médicos no Brasil, sendo que aproximadamente 60% deles são generalistas, responsáveis por

um trabalho vital, fundamental para a assistência da nossa população. Diante da importância destes profissionais, é nosso dever voltar nossa atenção à necessidade de levar a eles conteúdos que lhe permitam atuar com zelo e segurança.

O professor Fernando Tallo, diretor da AMB e professor da Escola Paulista de Medicina, foi um vanguardista acerca desta preocupação, trazendo-a para o âmbito da instituição, onde recebeu apoio do professor científico, professor José Eduardo Luttaif Dolci, e de toda a diretoria da AMB. Assim nasceu o Programa de Educação para Médico Generalista (PROGEB).

Tenho absoluta convicção de que, nos próximos anos, o PROGEB será uma referência em educação continuada para esse enorme contingente de médicos.

Queremos trazê-los para junto da AMB, como associados e participantes ativos, para adensarmos o movimento associativo, porque eles exercem um importante e louvável trabalho na assistência médica da população.

O PROGEB tem em sua programação aulas mensais ao vivo em plataforma digital, abrangendo conteúdos essenciais das 54 especialidades do país onde são abordados temas que podem ser úteis ao médico generalista, por meio de casos clínicos reais, tutoriais semanais e vídeo aulas teóricas frequentes.

As inscrições são gratuitas para o médico generalista membro da AMB e também para residentes e estudantes de Medicina.

Nossa meta é reciclar o generalista na abordagem inicial mais adequada, em situações clínicas que envolvem conhecimentos específicos nos distintos campos da Medicina, afinal, para ele

podem chegar problemas de diversas naturezas, alguns inerentes à sua área, outros que são próprios de algum conhecimento específico, mas dos quais ele deve ter noção para o encaminhamento diagnóstico e terapêutico adequado em benefício desses pacientes.

Títulos de especialidade

Dentro deste contexto, de médicos especialistas e generalistas, de educação continuada e residência médica, qual é a importância do Título de Especialista?

Buscando questões conceituais no *board* de Credenciamento de Educação Médica Continuada dos Estados Unidos, o Accreditation Council, identifiquei que, para receber os certificados de especialidade, os especialistas norte-americanos concluem treinamento de residência após a faculdade, atendem a todos os requisitos de treinamento e concluem com êxito após processo de exame de especialidade.

Vejam que, nos Estados Unidos, eles são extremamente responsáveis e não admitem apenas o indivíduo ter passado pelo programa de residência médica. Lá eles submetem o especializando a uma prova para mostrar suas competências teóricas e conhecimento de procedimentos necessários para o exercício da especialidade.

Afinal, a obtenção da certificação de especialidade é um compromisso vitalício no qual o especialista deverá demonstrar profissionalismo e aprendizado contínuo, com vistas ao principal objetivo, que é fornecer atendimento de qualidade ao paciente.

Tal conduta está em total sintonia com o juramento de Hipócrates.

American Board of Medical Specialties

BOARD CERTIFICATION
AIMING HIGHER

The American Board of Medical Specialties[®] (ABMS) 24 Member Boards certify more than **920,000 physicians** across 40 specialties and 87 subspecialties.

ABMS board certified physicians are:

- ✓ Skilled and knowledgeable
- ✓ Experts in their specialty
- ✓ Meeting a higher standard

ABMS Member Boards adhere to rigorous training and assessment standards for medical specialty certification, going beyond just of merit that their ABMS board certified physician is an expert in their specialty.

WHEN TALKING ABOUT BOARD CERTIFICATION, PEOPLE SAY'...

82% Think board certification is an important factor when choosing a physician.	95% Expect their physicians to participate in ongoing improvement and education processes.	98% Expect their physicians to stay up to date with the latest medical advances.
---	--	--

O American Board of Medical Specialities (ABMS), dos Estados Unidos (Fig 3), conta com 920 mil médicos acreditados e mostra a enorme importância da certificação dos médicos.

Destaca que tais profissionais ajudam a manter a qualidade dos serviços aos quais estão atrelados, estão em permanente aprimoramento, portanto, têm menos possibilidade de se equivocar, cometer ilícitos, ser julgados pelo que chamam de *malpractice* (imperícia) e, melhor ainda, diminuem os custos do atendimento devido a melhor resolutividade e eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Eles creem que o médico com acreditação demonstra capacidade, conhecimento, competência para o exercício da sua especialidade e, por conta disso, o padrão de qualidade de cada especialidade é muito elevado.

Quando se fala desse *board* de certificação, 82% das pessoas entrevistadas disseram que a certificação é um fator decisivo para que

procurem um médico; 95% esperam que seus médicos participem e se engajem em programas de avaliação e processos de educação continuada; e 98% esperam que seus médicos estejam atualizados em relação às evidências e aos conhecimentos médicos.

A população exige. Se nós formos repetir essa pesquisa — e provavelmente o faremos, por meio da Associação Médica Brasileira —, não teremos números diferentes, o que denota a importância da certificação também para a opinião pública.

Em 20 de abril de 2021, o *American Board of Medical Specialties* mudou suas regras para conferir título e recertificar o médico especialista.

As mudanças mais significativas dizem respeito à redução do período de recertificação — anteriormente realizada a cada 10 anos — ocasião em que o médico devia comprovar essa certificação para que pudesse praticar sua especialidade em seu estado. Com a mudança, este período foi reduzido para cinco anos. Isto porque, no entendimento da instituição, a certificação deve acompanhar a evolução do conhecimento médico que, nos dias atuais, acontece de forma célere.

No Brasil, o título de especialista conferido ao médico é perene.

Quero fazer justiça a algumas gestões anteriores da AMB que identificaram, quase duas décadas atrás, a necessidade de atualizar o certificado. No entanto, isso foi barrado pelos poderes Judiciário e Legislativo, com a alegação de que o título de especialista deve ser tal qual uma capitania hereditária: uma vez fornecida, ninguém pode mexer.

Minha visão é um pouco diferente disso, mas é preciso consultar toda a base de médicos para ver se eles pensam da mesma forma.

Estamos incubando a ideia de criar o Certificado de Atualização do Título de Especialista (CATE) e, mais uma vez, busquei inspiração na certificação contínua praticada nos Estados Unidos, cujos benefícios relaciono a seguir.

Benefícios da certificação contínua

O médico se mantém em constante atualização quanto aos avanços médicos.

Mantém seu status de certificação continuando a atender aos requisitos exigidos e demonstrando, por meio de avaliações formativas mais frequentes, a fusão de informações que aprenderam com seu julgamento clínico.

O resultado, juntamente com outras ferramentas de avaliação, pode indicar as tendências clínicas dos indivíduos para seu desempenho prático, além de fornecer aos gestores da recertificação, a ideia das vulnerabilidades dos médicos ao longo do tempo diante de novos conhecimentos.

Valoriza a avaliação para aprimorar o aprendizado.

A base da certificação contínua é a avaliação e o aprendizado contínuos. A pesquisa educacional destaca o papel da avaliação para reforçar a aprendizagem.

Os membros do *American Board of Medical Specialities* usam critérios científicos para melhorar a eficácia dos seus programas de avaliação.

Pela certificação contínua, também é possível identificar lacunas de conhecimento, e assim reorientar a aprendizagem.

O processo estruturado de certificação contínua orienta os médicos por meio de uma progressão de seus conhecimentos e habilidades, e identifica suas lacunas de conhecimento.

Dá um feedback ao médico, mostrando a ele as competências com as quais está em dívida, razão pela qual precisa dedicar-lhes mais tempo. Esse processo inspira um aprendizado mais focado e torna mais eficiente o tempo que os médicos investem para manter seu conhecimento e certificação atualizados.

Atende às expectativas das pessoas relacionadas ao profissionalismo médico.

As pessoas querem o melhor atendimento para si e sua família, e os médicos, claro, também querem atender a essa expectativa.

A certificação contínua aumenta a confiança e a transparência na relação médico-paciente. Este se sente mais seguro sabendo que seu médico está periodicamente se recertificando, o que vai ao encontro do nosso mister, de atender com mais eficácia e segurança o nosso paciente.

Em verdade, pesquisas nos Estados Unidos mostram que quatro em cada cinco pessoas, portanto, mais de 80% dos pesquisados, dizem que a certificação de um médico é um dos fatores relevantes para que o paciente procure determinado médico, perdendo apenas para a pergunta sobre se o médico é coberto pelo seu seguro.

A certificação contínua reduz o risco de ações punitivas.

Faz com que os médicos sejam menos acionados por equívocos profissionais, menos propensos a ações disciplinares e sanções nos seus conselhos e a ações penais no Poder Judiciário.

Incentiva a participação em atividades de melhoria da qualidade profissional e organizacional.

Os médicos treinados fazem com que, nos hospitais onde atuam, haja melhor qualidade organizacional e de gestão de recursos, além do correto direcionamento de tratamento dos pacientes.

Garantir padrões mais altos de qualidade para o sistema de saúde onde trabalham é outro benefício desse processo. Além de incentivar a participação em atividades de melhoria para a certificação contínua, estimula os médicos a atualizarem seus conhecimentos e reorganizarem suas habilidades enquanto se engajam em atividades de desenvolvimento profissional.

Essas atividades impulsionam os avanços médicos e reduzem a variação da prática, resultando em melhor gerenciamento de pacientes com condições médicas crônicas, uso mais eficaz de recursos, melhoria das medidas de desempenho, e dos resultados gerais, bem como testes mais eficientes.

Até agora, eu passei o estado de arte dos norte-americanos, onde encontramos um sistema de Medicina em que o litígio é extremamente preocupante e a confiabilidade é crucial, para então fazer o contraponto sobre a importância da certificação e da recertificação.

E no Brasil? Nós temos certificação, sim!

Na AMB, existe a Comissão Nacional de Acreditação (CNA), em que todos os organizadores de eventos, sejam as sociedades de especialidade, instituições vocacionadas ao ensino e mesmo os médicos, podem conferir ao longo do tempo como estão em relação à sua certificação. Entretanto, ainda não temos uma formalização que motive os médicos a se recertificarem. Esperamos conseguir convencê-los disso.

Concluo perguntando: quais são os papéis da AMB e do associativismo na educação continuada e na emissão do título de especialista?

Em primeiro lugar, cuidar da educação continuada de todos os médicos brasileiros, generalistas e especialistas.

Manter o processo existente de acreditação de cursos e congressos promovidos pela própria AMB, por suas sociedades de especialidade e instituições de ensino, a fim de comprovar a aderência dos médicos às ações voltadas para atualização e atuação continuadas.

E por fim, cuidar da emissão dos títulos de especialista em prol de uma assistência especializada com qualidade, atualizada, competente e resolutiva – e aqui termino com Hipócrates - visando à segurança, ao bem-estar, à resolutividade para os pacientes que necessitem dessa assistência especializada, que só é conseguida quando o médico é portador de um título de especialista que, no meu entendimento, deve ser periodicamente acreditado e recertificado.

São minhas reflexões sobre o momento atual do título de especialista e, claro, sempre que oportuno, como neste brilhante evento, terei prazer de compartilhar e debater.

Tema: **O papel das sociedades de especialidades na defesa profissional do médico**

Presidente da mesa: Akira Ishida

Moderador: Agnaldo Lopes da Silva Filho

Palestrante: José Fernando Macedo

A Associação Médica Brasileira (AMB), que foi pensada no começo da segunda metade do século XX, em 1951, com algumas federadas, como a Associação Médica do Paraná, a qual teve a honra de presidir, foi fundada em 1933.

Portanto, completará 90 anos em 2022.

Os criadores da AMB idealizaram o associativismo médico, porque o médico tem a necessidade de estar integrado à sua classe no fortalecimento profissional, seja pela atualização ou pela colaboração dos médicos visionários.

Quando era muito jovem e optei por estudar Medicina, sabia que estava seguindo uma vocação e abraçando uma profissão.

Ambas, a vocação e a profissão, devem ser bem cuidadas. Uma não existe sem a outra.

Passados tantos anos, aceitei também a responsabilidade de me dedicar à vida associativa, que faço com muita alegria, tendo ocupado a presidência nacional da Sociedade Brasileira de Cirurgia Vasculare e da associação médica de meu estado, o Paraná, além de muitas outras diretorias das quais participei, tais como diretoria científica, presidência da Academia Paranaense de Medicina e da Universidade Corporativa.

Agora, assumi o cargo de diretor de defesa profissional da AMB e acabei aceitando esta missão porque este é o cargo que mais se aproxima da essência da própria associação médica, que tem o objetivo de zelar pelas condições necessárias para que os médicos possam exercer a profissão com dignidade, garantindo a qualidade de seu trabalho, que, em última análise, é a saúde de seus pacientes.

A defesa da profissão do médico engloba remuneração justa, boas condições de trabalho e oportunidade de contribuir para o seu desenvolvimento.

Em outras palavras, estamos falando do direito de o médico exercer sua profissão de maneira plena, com liberdade para escolher seus caminhos, tendo a consciência de que sua entidade profissional está atenta e participativa, influenciando decisões governamentais, zelando pela ética, caminhando ao lado da ciência e alimentando a opinião pública com informações corretas, baseadas na ciência.

A força que só é forte porque é justa e, dessa maneira, cumpre sua missão, ou seja, defender o médico, a Medicina e a saúde da população.

Esses são os protagonistas da profissão médica.

Quando o médico se forma, ele concorda com o Juramento de Hipócrates.

Este existe há mais de 2.400 anos e lembra ao jovem formando que, a partir do momento da graduação, tem um imenso compromisso com a humanidade, e que ele vai cuidar, aliviar e consolar.

Além disso, também consta do juramento que o médico deve cuidar de si, de sua saúde, de seu bem-estar e das legítimas condições para exercer sua profissão de maneira mais adequada quanto à ética.

É quando a defesa profissional se faz presente.

Vale ressaltar que a AMB é composta por uma diretoria, que é eleita a cada três anos, e pelas sociedades científicas de especialidade, que não podem ser vistas como estruturas exógenas.

As sociedades de especialidade são a essência científica da AMB.

Como tal, têm um papel relevante na defesa profissional, a qual não é apenas a defesa do profissional, e sim a defesa da profissão.

Como órgãos estruturalmente definidos, como emissores dos títulos de especialista juntamente com a AMB, as sociedades de especialidade têm um importante papel de zelar pela qualidade do médico brasileiro e, como consequência, da saúde da população.

Recentemente, a AMB criou o NUPAM, o Núcleo de Proteção do Ato Médico, que representa uma das faces da defesa profissional.

Sabemos que é crescente no mundo inteiro a ação multidisciplinar, que visa atender de modo mais abrangente as necessidades do paciente para que ele recupere a saúde e promova seu bem-estar.

São vários os profissionais dedicados a cuidar da nossa saúde, incluindo enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos e médicos.

Todos os profissionais que se dedicam aos serviços e às ações de saúde merecem respeito e reconhecimento, mas cada um deve

atuar guiando-se pela sua formação, que lhe proporcionou conhecimentos e habilidades específicas.

Os desvios de competência podem ser prejudiciais aos pacientes e devem ser evitados e, se for o caso, até reprimidos pelos órgãos competentes.

Nesse particular, as sociedades específicas de especialidade têm papel semelhante na medida em que certificam, para exercerem as diferentes especialidades, aqueles colegas que, de fato, estão capacitados.

Tema: **Estado Atual da CBHPM**

Presidente da mesa: Akira Ishida

Moderador: Agnaldo Lopes da Silva Filho

Palestrante: Miyuki Goto

Vou repassar rapidamente o que acontece com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Naturalmente, antes da CBHPM, nós tínhamos um histórico referente à questão das tabelas da AMB.

Na realidade, vamos tentar focar no estado atual da CBHPM. Então, nós estamos falando aqui na questão da CBHPM.

Sabemos que as tabelas médicas existem há algum tempo, mais de 50 anos.

É importante colocar aqui a participação da Associação Paulista de Medicina (APM) nas primeiras tabelas de honorários.

Qual é a importância dessa tabela? Porque, na realidade, o médico exercia a atividade de forma privada ou então totalmente gratuita, como acontecia no início do século XX, em que o médico tinha seus consultórios particulares ou, então, ele atendia gratuitamente na Santa Casa, por exemplo, aos pacientes que, muitas vezes, não tinham condições.

Portanto, a Santa Casa atendia de forma gratuita. Não existia o SUS. Não existia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Então, o médico tinha o seu consultório particular, a sua clientela privada e, muitas vezes, fazia caridade na Santa Casa.

Com a evolução da atividade médica, da questão da anestesia e da internação, passamos a ter durante o século XX uma mudança da forma como os médicos passaram a atuar.

Uma parte importante é que, no início dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, e grandes hospitais pertencendo a essas entidades de assistência que vieram das antigas caixas, os médicos eram contratados como funcionários, comparando-se com hoje, bastante dignos.

O que aconteceu com a chegada do Inamps? Não se mostrou, digamos, uma condição de trabalho tão boa naquela forma de um pagamento, enquanto um médico contratado, e aí também surgem várias entidades que passam a ser conveniadas do Inamps.

A partir dali, temos uma mudança bastante estrutural na forma de prestação de serviço na década de 1960 e inicia-se uma importância de como que os médicos vão se organizar, porque ali também, no início da década de 1960, surgem as primeiras medicinas de grupo, as quais também fazem concorrência, aí sim, é uma primeira concorrência privada a um sistema público, nesse caso o Inamps.

O Inamps era um sistema público, mas que não era universal, como é o SUS hoje.

Somente quem tinha a carteirinha do Inamps poderia utilizá-lo, porque quem não a tinha, poderia ser atendido como indigente.

Acho que muita gente lembra disso.

Vale ressaltar que as tabelas médicas surgem para poder atender uma nova clientela das medicinas de grupo e a nova formatação desses hospitais credenciados.

Então, a gente tinha a tabela do Inamps e aí começam-se a discutir tabelas médicas.

Essa tabela médica, ao longo dos anos 1960, passa por evoluções e daí surge a primeira tabela médica nacional em 1967.

Ao longo desses anos, é importante observar que, nos anos 1970, nós tínhamos as tabelas já formatadas em Unidades de Serviços (US).

Muitas seguradoras ainda hoje utilizam esse termo para indexar a valoração dos serviços.

A partir de 1978, surgiu o famoso coeficiente de honorários, o CH. A tabela com CH se manteve até 1992.

Impressionantemente, em setembro, recebi ainda pedidos para que se disponibilizasse a antiga tabela AMB-90, 92.

Desse modo, ainda tem prestadores tentando negociar com tabelas baseadas em CH.

É importante colocar, então, que essa tabela de 1992 foi a última em CH, o qual foi extinto em 1996, devido, inclusive, à força do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).

A AMB teve que lançar uma lista de procedimentos médicos, a LPM, em reais.

À época, o CH utilizado para conversão foi de 30 centavos, lembrando que, em 1996, 30 centavos de reais eram iguais a 30 centavos de dólar.

Com isso, passamos a ter a LPM 1999, e já no início dos anos 2000 tivemos a CBHPM.

A CBHPM, então, passou a ser uma quebra de paradigma. Nós tínhamos a LPM e as tabelas AMB com base em procedi-

mentos por especialidade, e a classificação brasileira tirou essa formatação de procedimento por especialidade e passou a ser, principalmente nos procedimentos cirúrgicos, uma classificação por estruturas ou regiões anatômicas.

Então, aquela cirurgia de incontinência urinária realizada por ginecologistas ou realizada pelos urologistas, independentemente, é uma incontinência urinária que está, por exemplo, na estrutura da bexiga, no caso, quando se trata de acesso por este órgão.

Então, temos a CBHPM com toda a sua estruturação em cima de procedimentos hierarquizados conforme sua complexidade tecnológica, conforme a sua dificuldade.

Existe a estruturação de capítulo, grupo, subgrupo e códigos de serviço, mantendo oito dígitos para a estrutura da CBHPM.

Há agora uma nova forma de disposição, que é por porte de procedimentos.

Cada um tem o seu.

No caso, são 14 portes e três subportes.

Por isso, que nós temos de 1 A, B e C até 14 A, B, C. Com isso, temos um total de 42 portes e subportes. (ver tabela)

O procedimento de maior porte é o 14 C e o de menor porte, 1 A.

COMISSÃO NACIONAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS

COMUNICADO OFICIAL

-aos MÉDICOS E ÀS ENTIDADES CONTRATANTES QUE INTEGRAM O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Comissão Nacional de Honorários Médicos, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 1.673/03, comunica os valores relativos em moeda nacional dos 14 portes e subportes (A,B,C), bem como o da unidade de custo operacional (UCO), previstos na CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM), vigentes a partir de 1º de agosto de 2003, sendo admitida banda de 20%, para mais ou para menos, para fins de regionalização.

1) Portes dos Procedimentos Médicos:

PO1A	R\$ 8,00
PO1B	R\$ 16,00
PO1C	R\$ 24,00
PO2A	R\$ 32,00
PO2B	R\$ 42,00
PO2C	R\$ 50,00
PO3A	R\$ 69,00
PO3B	R\$ 88,00
PO3C	R\$ 100,00
PO4A	R\$ 120,00
PO4B	R\$ 132,00
PO4C	R\$ 148,00
PO5A	R\$ 160,00
PO5B	R\$ 172,00

PO5C	R\$ 184,00
PO6A	R\$ 200,00
PO6B	R\$ 220,00
PO6C	R\$ 240,00
PO7A	R\$ 260,00
PO7B	R\$ 280,00
PO7C	R\$ 340,00
PO8A	R\$ 368,00
PO8B	R\$ 384,00
PO8C	R\$ 408,00
PO9A	R\$ 436,00
PO9B	R\$ 476,00
PO9C	R\$ 524,00
P10A	R\$ 560,00

P10B	R\$ 608,00
P10C	R\$ 676,00
P11A	R\$ 716,00
P11B	R\$ 784,00
P11C	R\$ 860,00
P12A	R\$ 892,00
P12B	R\$ 960,00
P12C	R\$1.176,00
P13A	R\$1.292,00
P13B	R\$1.420,00
P13C	R\$1.570,00
P14A	R\$1.750,00
P14B	R\$1.900,00
P14C	R\$2.100,00

2) Unidade de Custo Operacional – UCO = R\$ 11,50

São Paulo, 1º de agosto de 2003

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Presidente

Temos também a existência do custo operacional e, para os procedimentos diagnósticos, a questão da estrutura.

Se for um procedimento laboratorial, há a parte da coleta, aquele tubo, a parte do ato da coleta pelo técnico, tudo isso, e também do laudo do exame.

Então, o custo operacional envolve insumos relacionados ao procedimento.

Com isso, nós temos a CBHPM desde a sua terceira edição.

A primeira e a segunda edições foram edições piloto, portanto, temos publicamente a terceira edição, em 2004, a quarta e a quinta edição.

É importante ressaltar a importância da quinta edição da CBHPM, porque ela foi um marco histórico, um trabalho árduo da Associação Médica, bastante presente junto à agência, fazendo com que a CBHPM fosse aceita para ser a base da TUSS, isto é, a base da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.

Por que isso foi um marco muito importante? Porque, até então, até 2008, as operadoras estavam utilizando seus próprios códigos e descrições e chamando-os de tabelas próprias.

Aí também a dificuldade, muitas vezes, de um médico pedir um procedimento e a operadora autorizar outro.

Havia uma falta de uniformidade.

Com o surgimento dessa terminologia, a ANS determinou a utilização obrigatória da TUSS para todas as operadoras.

Portanto, a ANS não acrescentou a obrigatoriedade da questão da valoração, mas da codificação e da descrição, sim, na forma da TUSS, que é uma terminologia unificada.

A base da TUSS é a quinta edição da CBHPM.

Foi, portanto, à época, necessário fazer o De/para, os procedimentos que estão em código e as descrições das antigas tabelas da AMB, até a descrição da CBHPM.

Portanto, houve um trabalho de se fazer um De/para entre as antigas tabelas.

Isto foi importante porque as operadoras têm internamente o uso das tabelas nas descrições antigas das tabelas da AMB-90 e 92.

Com isso, é lançada a quinta edição da CBHPM. É a base da TUSS da ANS.

Depois disso, tivemos CBHPM 2010, 2012.

Vale enfatizar que a CBHPM é editada a cada dois anos, em uma edição física, inclusive, e nos intervalos entre uma edição e outra, quando há revisão ou uma inclusão, uma exclusão, por meio de uma resolução normativa, a AMB publica no seu *site* as alterações entre uma edição e outra.

Desse modo, em 2020, tivemos a CBHPM 2020, com 4.446 procedimentos.

Vale notar que a TUSS da ANS, em agosto de 2021, em relação aos mesmos capítulos, de 1 a 4, tem 5.460 procedimentos.

Ainda a ANS, a TUSS, tem mais procedimentos do que a CBHPM.

Por que isto aconteceu? É importante destacar que, na criação da TUSS no final de 2008, valendo para 2009, todas as entidades

que já atuavam na saúde suplementar, mesmo que o procedimento não existisse na CBHPM, podiam pleitear a inclusão na TUSS.

Exemplos incluem alguns procedimentos que somente alguns hospitais e serviços realizavam, como é o caso de alguns exames laboratoriais realizados, por exemplo, à época, pelo Laboratório Fleury somente ou, então, pelo Einstein, quanto a exames de diagnose.

Esses procedimentos, por exemplo, foram incluídos porque já atendiam a saúde suplementar, porém não eram de cobertura obrigatória.

Por que não estavam na CBHPM? Não estavam na CBHPM porque muitas vezes aquele procedimento, de imagem ou laboratório, só existia em determinados serviços, como os exemplos abaixo:

40319202 - Pesquisa de alfa talassemia.

40319210 - Pesquisa de beta talassemia.

40901564 - Ecoencefalograma.

41101391 - RM artérias membros inferiores.

Para estar na CBHPM, é importante que o serviço, procedimento ou equipamento esteja disponível em todo o Brasil.

Quando a gente fala em todo o Brasil, seria, no mínimo, nas grandes regiões ou nas capitais de todas as Unidades Federativas.

Esse é o motivo pelo qual o procedimento 3D, por exemplo, de qualquer forma de imagem, não estava presente, por exemplo, à época na CBHPM.

Então, temos ainda procedimentos na TUSS em quantidade maior do que na CBHPM, e estamos trabalhando para que os procedimentos em TUSS e na CBHPM mantenham paridade.

Esta paridade, entre procedimentos da TUSS e da CBHPM, havia alguns anos de falta de pareamento.

Isto aconteceu porque as operadoras não estavam querendo colocar na TUSS procedimentos novos da CBHPM.

Por quê? Porque eles achavam que se os colocassem na TUSS, faria com que se tornassem uma cobertura obrigatória, quando, na realidade, o rol é um outro departamento, é uma outra discussão em outra diretoria.

A TUSS tem que contemplar todos os procedimentos realizados no Brasil, aqueles aceitos e realizados no Brasil, mesmo que não seja de cobertura obrigatória, mas que uma operadora, com uma cobertura mínima, pode, sim, dar aquela cobertura adicional para os seus beneficiários e segurados.

Então, com isto, a TUSS deve contemplar todos os procedimentos reconhecidos e aceitos naquela área, no caso, na área médica, os procedimentos, por exemplo, que estão na CBHPM.

Nós fizemos um trabalho para que a TUSS fosse devidamente atualizada.

Este processo tem demorado, mas, sem dúvida nenhuma, estamos no caminho, tanto que a TUSS de agosto de 2021 vem contemplando um número grande de atualização.

Temos procedimentos novos que foram incluídos em agosto de 2021, não só agosto de 2021.

Código do Termo	Termo	Descrição Detalhada	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
40404579	Identificação de anticorpos anti-eritrocitários a frio em gel		01/08/2021		31/10/2021
40503860	Captura/Amplificação e subsequente sequenciamento de regiões genômicas DE ATÉ 20 KILOBASES DE DNA TUMORAL PARA ANÁLISE DE MUTAÇÕES SOMÁTICAS por qualquer técnica de sequenciamento (Sanger ou qualquer forma de sequenciamento de nova geração – NGS)		01/08/2021		31/10/2021
40503879	Captura/Amplificação e subsequente sequenciamento de regiões genômicas DE 20 KILOBASES A 1 MEGABASE DE DNA TUMORAL PARA ANÁLISE DE MUTAÇÕES SOMÁTICAS por qualquer técnica de sequenciamento (Sanger ou qualquer forma de sequenciamento de nova geração – NGS)		01/08/2021		31/10/2021
40503887	Captura/Amplificação e subsequente sequenciamento de regiões genômicas DE 1 MEGABASE A 30 MEGABASES DE DNA TUMORAL PARA ANÁLISE DE MUTAÇÕES SOMÁTICAS por qualquer técnica de sequenciamento (Sanger ou qualquer forma de sequenciamento de nova geração – NGS)		01/08/2021		31/10/2021
40503895	Captura/Amplificação e subsequente sequenciamento de regiões genômicas DE MAIS DE 30 MEGABASES DE DNA TUMORAL PARA ANÁLISE DE MUTAÇÕES SOMÁTICAS por qualquer técnica de sequenciamento (Sanger ou qualquer forma de sequenciamento de nova geração – NGS); INCLUI EXOMA TUMORAL		01/08/2021		31/10/2021
40503909	Quantificação de proteína beta amiloide-42, no líquido cefalorraquidiano (LCR)		01/08/2021		31/10/2021
40503917	Quantificação de carga viral HIV-1 (HIV RNA) no líquido cefalorraquidiano (LCR)		01/08/2021		31/10/2021
40503925	Quantificação de proteína Tau-fosforilada, no líquido cefalorraquidiano (LCR)		01/08/2021		31/10/2021
40503933	Quantificação de proteína Tau-Total, no líquido cefalorraquidiano (LCR)		01/08/2021		31/10/2021
40503941	Deteção de anticorpo IgG anti-HIV-1/2 no líquido cefalorraquidiano (LCR)		01/08/2021		31/10/2021
40503950	Panel multiplex infeccioso no líquor - painel com até 25 agentes		01/08/2021		31/10/2021
40708136	PET CT neurológico com FDG		01/08/2021		31/10/2021
40710122	Tratamento de metástases ósseas com isótopos alfa emissor - por dia de atendimento (até o início do próximo ciclo - intervalo de 4 a 8 semanas)		01/08/2021		31/10/2021
40808319	Colocação de clips(s) pré-OT neoadjuvante em axila – cada lado (não inclui o exame de base)		01/08/2021		31/10/2021
40808327	Colocação de clips(s) pré-OT neoadjuvante em mama – cada lado (não inclui o exame de base)		01/08/2021		31/10/2021
40812162	Cone beam CT ou Tomografia Computadorizada em "Feixe Cônico" intra operatória		01/08/2021		31/10/2021
40814181	Ablação percutânea de tumor renal (qualquer método)		01/08/2021		31/10/2021
40814190	Embolização das artérias prostáticas, por vaso		01/08/2021		31/10/2021
40814203	Neurólise de plexo venoso pélvico por tomografia computadorizada		01/08/2021		31/10/2021
40814211	Radioembolização hepática		01/08/2021		31/10/2021
40814238	Termoablação para nódulos benignos de tireoide		01/08/2021		31/10/2021
40901777	Ecocardiograma transtorácico tridimensional		01/08/2021		31/10/2021
40901785	Ecocardiograma transtorácico bidimensional		01/08/2021		31/10/2021
40901807	Ecocardiograma transtorácico com STRAIN bidirecional (inclui transtorácico)		01/08/2021		31/10/2021
40901815	US - Orgão ou estrutura isolada com contraste microbolhas		01/08/2021		31/10/2021
40901831	Elastografia por onda de cisalhamento (shear wave) da próstata dirigida por ultrassonografia modo B		01/08/2021		31/10/2021
40901840	Elastografia por onda de cisalhamento (shear wave) de estrutura superficial dirigida por ultrassonografia modo B (mama ou cervical ou axila ou músculo ou tendão ou tireoide)		01/08/2021		31/10/2021
41301560	Campimetria blue-yellow (perimetria azul amarelo)		01/08/2021		31/10/2021
41502176	Biometria óptica		01/08/2021		31/10/2021
41502184	Tomografia por impedância elétrica do tórax		01/08/2021		31/10/2021
41502192	Titulação da PEEP incremental orientada por tomografia por impedância elétrica		01/08/2021		31/10/2021
41501306	Pernúcio pulmonar por tomografia por impedância elétrica		01/08/2021		31/10/2021
41501314	Angiografia de grande angular (AGA)		01/08/2021		31/10/2021
41501322	Angiotomografia ocular (ATO)		01/08/2021		31/10/2021
30807107	Tratamento ocular quimioterápico com anti-angiogênico (por sessão)		01/08/2021		31/08/2014
31303102	Histerectomia total - via abdominal		01/08/2021		15/10/2010

Nós temos aqui o segundo item, que foi incluído. Na verdade, a inclusão já havia acontecido.

Este segundo procedimento, que aparece como avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de dispositivo cardíaco, na realidade, já existe desde 2009, incluso na TUSS.

Porém, como houve uma adequação na TUSS, houve, então, aqui uma nova vigência para o procedimento, mas se percebe que a data de implantação já ocorreu lá em 2010.

Então, é importante colocar que a TUSS precisa ganhar o mesmo dinamismo que a CBHPM.

Quando se faz a revisão na CBHPM, de um termo, também preciso ver essa alteração refletida na TUSS.

Faço uma inclusão na CBHPM, preciso enxergar também na TUSS.

Se vai estar no rol ou não, isso é uma outra discussão, mas é importante estar na TUSS, porque o médico pode, e tem, o direito de negociar os procedimentos da sua área, da sua especialidade, e se aquela operadora tem um atendimento além do rol, o médico pode contratualizar.

Por isso, é importante ter o código TUSS.

A TUSS vigente, o padrão mais atualizado, está disponível no *site* da ANS.

Nós temos aqui a CBHPM desde a sua primeira edição até 2020, que aqui está em vigor.

Com isto, nós temos as revisões da CBHPM.

Essas revisões devem ser sempre por meio das sociedades de especialidades que fazem parte do conselho de especialidades da AMB.

É importante, então, que aquela sociedade faça sua revisão, peça a inclusão ou a exclusão de procedimentos, ou então a inclusão de itens de observação, solicitando também, muitas vezes, a revisão dos portes daquele procedimento.

Na revisão de portes e procedimentos, é importante o que se quer: vou manter aquele procedimento? Vou mudar a nomenclatura? Eu quero alterar algum termo? Quero criar um procedimento? Precisa-se saber como é que vamos fazer esta revisão e tomar o cuidado para não criar desdobramentos de procedimentos.

É essencial saber se são procedimentos sequenciais. É importante hoje. O mundo está ficando bastante complexo, então nós temos procedimentos sequenciais.

Até o próprio SUS reconhece procedimento principal, secundário e sequenciais.

São importantes também uma revisão e o alinhamento da CBHPM, cada vez mais com os termos e a descrição que temos também no SUS, porque os procedimentos, tecnicamente, precisam ser comparados e encontrados.

Nós não podemos ter uma terminologia muito diferente daquele mesmo procedimento no SUS e, por exemplo, na saúde suplementar.

Além disso, quando fazemos a avaliação dos pontos, qual é o porte que eu devo ter no procedimento, eu devo usar uma métrica.

A métrica é uma composição de pontos.

Essa métrica foi revista em 2017, principalmente por conta da Ortopedia, que tem mais de 600 procedimentos na CBHPM.

A Sociedade de Ortopedia fez esse conjunto para fazer a revisão. Então, é um alinhamento de regras.

O material foi mostrado rapidamente e colocado à disposição dos interessados.

A parte de necessidade de formação do profissional, o preparo pré-operatório do paciente, a questão do ato operatório, o tempo da duração do ato.

Naturalmente, o tempo muda conforme a especialidade.

Na área oftalmológica, por exemplo, menor tempo é mais importante, muitas vezes, do que uma cirurgia que vai demorar mais tempo.

Vale ressaltar aqui que essa questão de tempo é relativa a cada ato e especialidade.

Temos a questão do risco transoperatório, dos cuidados hospitalares. No caso da composição dos pontos, é importante colocar a questão, a chance de complicações em processos judiciais.

Porque existe uma coisa chamada expectativa do paciente. Hoje, quando a gente discute, por exemplo, cirurgia de próstata, é muito importante o cuidado, porque existe a expectativa, muitas vezes, do paciente com aquela técnica, dele não ter problemas do lado sexual.

É muito importante essa avaliação quando se faz a composição dos pontos.

A questão também da radiação, ou, então, outras formas que também podem ser adequadas na forma de composição de pontos.

Com isso, nós temos uma pontuação, que tem vários níveis. Por fim, nós temos aqui com tantos pontos qual que é o porte. Nós chegamos aos principais pontos aqui.

A gente não chega nos portes 14, em que estão os procedimentos, por exemplo, de transplante, os procedimentos mais complexos e até multidisciplinares, mais de uma equipe.



Metodologia para alteração de Portes na CBHPM

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia



REVISÃO DE PROCEDIMENTOS

1. Avaliação dos procedimentos da tabela:

- Manter;
- Manter e mudar nomenclatura;
- Suprimir;
- Criar.

2. Coalizão de procedimentos para evitar “desdobramento óbvio de ato cirúrgico”;

3. Cirurgias complementares no mesmo campo;

4. Cirurgias complementares por outro acesso.

SISTEMA DE PONTUAÇÃO GERAL PARA EQUIVALÊNCIA COM OUTRAS ESPECIALIDADES

NÍVEIS E PONTOS POR NÍVEIS

COMPOSIÇÃO DOS PONTOS

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

1. Necessidade de formação do profissional e de curva de aprendizado;
2. Preparo pré-operatório, avaliação, mensurações etc;
3. Preparo do ato operatório – posicionamento complexo do paciente ou de aparelhos e da liberação pelo anestesiolista;
4. Tempo médio de duração do ato cirúrgico puro (da incisão ao término da sutura);
5. Risco transoperatório do ato;
6. Cuidados hospitalares subsequentes;
7. Cuidados pós-operatórios fora do hospital, abrangidos pelo ato;
8. Chances de complicações e processos judiciais;
9. Exposição a radiações.

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

1. Necessidade de formação do profissional e dependente de curva de aprendizado:

Baixa – 4; Média - 6; Alta - 8.

2. Preparo pré-operatório, avaliação, mensurações etc:

- Baixa complexidade – ambulatorial - 3;
- Média complexidade – necessidade de avaliação prévia, clínica ou de outra especialidade - 4;
- Alta complexidade - necessidade de internação prévia de mais de um dia, avaliação clínica e/ou outros, demorada e que possam influenciar nas decisões de técnica - 5.

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

3 - Preparo do ato operatório – posicionamento complexo do paciente ou de aparelhos e liberação pelo anestesiolista:

- Meia hora - 2;
- De meia hora a uma hora - 4;
- Mais de uma hora - 5.

4 - Tempo médio de duração do ato cirúrgico puro (da incisão ao término da sutura):

- Menos de uma hora - 1;
- Até duas horas - 2;
- Até quatro horas - 4;
- Mais de quatro horas - 8.

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

5 - Risco transoperatório do ato:

- Baixo – baixo risco de complicações - **2**;
- Médio – médio risco de complicações - **4**;
- Alto – alto risco de complicações - **8**.

6 - Cuidados hospitalares subsequentes:

- Nenhum – alta automática dentro das primeiras 12 horas - **1**;
- Simples – necessitando avaliação e curativo; alta no primeiro dia pós-operatório - **2**;

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

- De média complexidade – sujeito à necessidade de cuidados nos dias subsequentes de natureza mais elaborada – curativos, troca de imobilização, ajustes de aparelhos; necessita cuidados de enfermagem e aprendizado de atitudes a ser tomadas ou feitas do ponto de vista doméstico; avaliação clínica necessária - **3**;
- De alta complexidade – necessitará de cuidados especiais de enfermagem e acompanhamento clínico; curativos, troca de imobilização, ajustes de aparelhos demandando cuidados que ultrapassem uma hora nesta atividade, inclusive UTI - **4**.

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

7 - Cuidados pós-operatórios fora do hospital abrangidos pelo ato:

- Visitas ao consultório para: curativo simples, retirada de sutura, avaliação final e alta dentro de um mês - **1**;
- Visitas ao consultório para: curativo simples, retirada de sutura e avaliações múltiplas por um mês - **2**;
- Visitas ao consultório para: curativo simples, retirada de sutura e avaliações múltiplas (mais de um mês) - **4**.

8 - Chance de complicações e processos judiciais

- Baixa - **1**;
- Média - **2**;
- Alta - **4**.

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

9 – Exposição a radiações:

- De 01 a 06 incidências - **2**;
- De 07 a 16 incidências – **3**;
- De 17 ou mais - **4**.

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

TIPO	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
O ATO	15			46
Formação do profissional	4	6	8	
Preparo pré-operatório	3	4	5	
Preparo do ato operatório	2	4	5	
Duração do ato cirúrgico	1	2	4	8
Risco transoperatório	2	4	8	
Cuidados hospitalares subsequentes	1	2	3	4
Cuidados pós-operatórios fora do hospital	1	2	4	
Chance de complicações e processos judiciais	1	2	4	

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

TIPO	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
O ATO				
Formação do profissional	2	3	4	
Preparo preoperatório	3	4	5	
Preparo do ato operatório	2	4	5	
Duração do ato cirúrgico	1	2	4	8
Risco transoperatório	2	4	8	
Cuidados hospitalares subsequentes	1	2	3	4
Cuidados pós-operatórios fora do hospital	1	2	4	
Chance de complicações e processos judiciais	1	2	4	
Exposição a radiações	2	3	4	

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

COMPOSIÇÃO DE PONTOS

Pontos	CBHPM
14	3A
15	3B
16	3C
17	4A
18	4B
19	4C
20	5A
21	5B
22	5C
23	6A
24	6B

Pontos	CBHPM
25	6C
26	7A
27	7B
28	7C
29	8A
30	8B
31	8C
32	9A
33	9B
34	9C
35	10A

Pontos	CBHPM
36	10B
37	10C
38	11A
39	11B
40	11C
41	12A
42	12B
43	12C
44	13A
45	13B
46	13C

Fonte: SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Então só para exemplificar, alguém pode perguntar: "mas eu não estou vendo o 14 A, o 14 C", lembramos que naquela pontuação estão os procedimentos de mais alta complexidade, como os transplantes.

Essa é a sistemática de pontuação.

Em relação à valoração dos portes, é importante mencionar que, a partir de 2018, houve uma proposta de fazer a revisão do valor atribuído ao porte.

Vale ressaltar que a primeira curva é a curva de ascensão original, que está muito alinhada como era a curva de valoração do CH, a quantidade de CH por procedimentos.

As partes em que temos os portes 8 A, 9 até o 10 são os procedimentos de média complexidade, que demoram para ter a sua valoração aumentada.

O que aconteceu com esta proposta? Foi feita, então, uma correção em três faixas.

Mas esta correção não deve ser adotada pura e simplesmente.

Por quê? Se percebermos, em alguns pontos, tem uma correção para além de 100%, a valoração mais do que dobrou.

Nesta nova valoração, esta curva em amarelo, os valores servem para negociações muito específicas, que estão surgindo.

Pagamento por performance. Pagamento por DRG.

Eu vou pagar um pacote diferenciado, então preciso estar imaginando que vão reduzir.

Não teremos, por exemplo, procedimentos sequenciais, então tenho que focar no procedimento principal e ali eu posso encontrar a valoração no porte do principal, uma valoração na curva amarela.

É importante ressaltar que essa curva amarela não é uma proposta de valoração na forma simples como ela está hoje, porque, naturalmente, isso vai levar a uma inflação por conta desse aumento em alguns pontos mais de 100%.

Este é o estado atual.

COMUNICADO OFICIAL CBHPM

Em resposta às consultas advindas de inúmeros associados da nossa entidade, a respeito da defasagem que a inflação acarretou aos custos dos serviços médicos, a Associação Médica Brasileira encaminhou o assunto à Comissão de Economia Médica para que fosse realizada uma análise autônoma da questão, no período de outubro/2019-setembro/2020.

Serve o presente para comunicar que aquela Comissão concluiu pela adoção do INPC/IBGE do período, que corresponde ao índice de 3,89% associados aos devidos ajustes para a correção da curva de ascensão (faixa 5) dos valores referenciais dos serviços médicos, resultando em **diferentes percentuais de reajustes nos Portes de Procedimentos**.

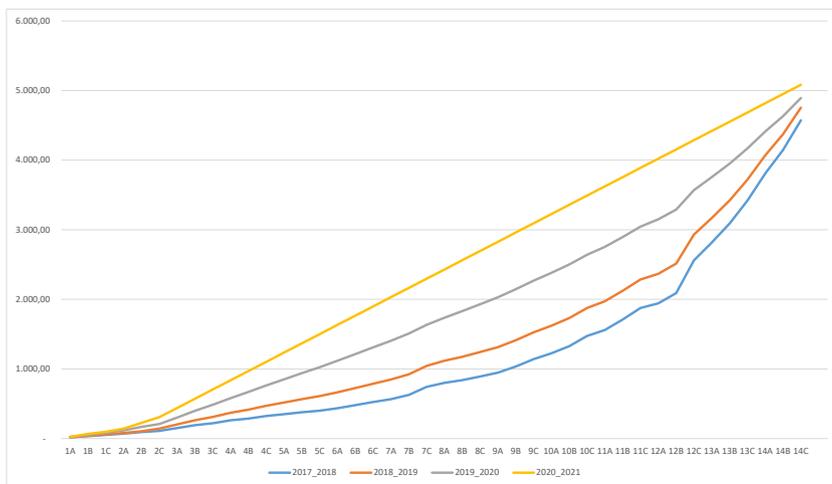
Diante disso, tal percentual de reajuste pode ser adotado como referencial, a partir de outubro de 2020, para a CBHPM em vigência.

Quanto a unidade de Custo Operacional fica estabelecida 1 UCO = R\$ 21,89.

São Paulo, 18 de outubro de 2020.

1A	R\$	24,37	5C	R\$	1.500,63	10B	R\$	3.358,00
1B	R\$	67,32	6A	R\$	1.633,30	10C	R\$	3.490,67
1C	R\$	96,43	6B	R\$	1.765,97	11A	R\$	3.623,34
2A	R\$	142,90	6C	R\$	1.898,64	11B	R\$	3.756,00
2B	R\$	224,90	7A	R\$	2.031,31	11C	R\$	3.888,67
2C	R\$	306,61	7B	R\$	2.163,98	12A	R\$	4.021,34
3A	R\$	439,28	7C	R\$	2.296,65	12B	R\$	4.154,01
3B	R\$	571,95	8A	R\$	2.429,32	12C	R\$	4.286,68
3C	R\$	704,62	8B	R\$	2.561,98	13A	R\$	4.419,35
4A	R\$	837,29	8C	R\$	2.694,65	13B	R\$	4.552,02
4B	R\$	969,96	9A	R\$	2.827,32	13C	R\$	4.684,69
4C	R\$	1.102,63	9B	R\$	2.959,99	14A	R\$	4.817,36
5A	R\$	1.235,29	9C	R\$	3.092,66	14B	R\$	4.950,03
5B	R\$	1.367,96	10A	R\$	3.225,33	14C	R\$	5.082,69

UCO = R\$ 21,89



A revisão da valoração dos portes acontece todos os anos pelo INPC dos valores dos portes e, no caso dos anos de 2018, 2019 e 2020, houve um aumento para além do INPC, que foi a correção da curva.

Tema: **Remuneração Médica no SUS**

Presidente da mesa: Akira Ishida

Moderador: Agnaldo Lopes da Silva Filho

Palestrante: Marun David Cury

Não me julgo diretor de entidade, julgo-me um soldado que defende o interesse do segmento médico, e gostaria de convidar todos os colegas médicos que também se tornem soldados em defesa dos problemas que a classe médica enfrenta.

A Constituição Federal garante ao cidadão brasileiro a Saúde como um direito e um dever do Estado e disponibiliza o acesso universal e igualitário às ações dos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Brasil gasta aproximadamente R\$ 3,83 por dia em cada doente que usa o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2019, houve um gasto de R\$ 1.398,53 por cada pessoa que procurou o SUS.

Esse valor foi dividido entre os governos federal, estadual, municipal.

O SUS é financiado com os impostos que o cidadão paga no decorrer do ano.

Esses recursos vêm exclusivamente de três esferas de governo, o que foi contemplado com a lei complementar nº 141.

Esta lei apresenta a obrigação de destinar tudo o que é arrecadado em ações de saúde: para a esfera federal, 10% da arrecadação dos impostos; para a estadual, 12%; e para a municipal, 15%.

Mas o que se verifica hoje em dia é que, na realidade, um grande número de municípios no Brasil destina praticamente 30% da arrecadação para dar atendimento ao cidadão dentro do SUS.

O recurso federal aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescentado do percentual relativo de variação do produto interno bruto.

Com essa nova determinação na lei do teto, esse aporte tem sido cada vez menor, então encontram-se problemas de subfinanciamento, o que acaba colocando restrições para uma garantia de cobertura universal e integral às pessoas que procuram o SUS.

Em 2019, nós tivemos um aporte, um orçamento federal na saúde, de 122 bilhões de reais.

Em 2020, por causa da pandemia, houve um aporte de 160,9 bilhões. Em 2021, 125,8 bilhões.

Os gastos do Governo com a pandemia chegam a 38 bilhões.

A população brasileira constatou que, quando há injeção de recursos, o SUS é uma estrutura extremamente eficiente, tanto que ele ‘carregou praticamente nas costas’ todo o atendimento durante a pandemia, com milhares de internações e cuidados à população que foi acometida pela pandemia.

Existem conceitos diferentes dos realizados em redes públicas e privadas.

Os valores variam aí de acordo com cada município, especialização do profissional e tipo de procedimento.

A tabela do SUS contém não só honorários médicos, há também uma parte referente a procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais.

Ela descreve e prevê valores e remuneração para cerca de 4.600 procedimentos médicos, desde atendimentos ambulatoriais até cirurgias mais complexas, como transplantes.

O valor desses procedimentos é subdividido em atendimento hospitalar, serviços profissionais, hospitalares, terapêuticos e de diagnóstico.

Então, na realidade, o SUS paga para as estruturas um pacote, o qual inclui todos esses itens e os honorários médicos.

A valorização leva em consideração também a taxa de permanência, de quanto tempo que a pessoa usa aquele serviço e assim por diante.

O sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais, que é o SIGTAP, é um ambiente por *web*, ou seja, um ambiente virtual, e é um instrumento de gestão que permite o acesso à tabela de procedimentos do SUS e o acompanhamento das alterações de cada competência.

Permite consultar também procedimentos de acordo com grupo, subgrupo, forma de organização, se é um hospital terciário, se o hospital é habilitado, se aquele serviço é habilitado para desenvolver certo trabalho, se a habilitação é plena, se ela é parcial.

Além disso, apresenta o documento de publicação, com sua data de publicação e a competência, bem como o mês, a validade da tabela e por aí adiante.

O SIGTAP permite consultar também procedimentos de acordo com as características totais de cada procedimento.

O tipo de financiamento, o instrumento de registro, o valor, a classificação brasileira de ocupação, o CID, o serviço e a classificação, se é hospitalar, ambulatorial ou de enfermagem, as habilitações e se o serviço é habilitado para realizar aquele procedimento.

Se não for, ele não vai receber.

Há ainda os incrementos financeiros e também a complexidade, se é baixa, se é alta.

Antes o médico recebia a remuneração médica no SUS pelo código 7, então o médico fazia os procedimentos e tinha um rendimento bastante interessante.

Ele era muito valorizado.

Mas aí acabou-se com o código 7.

Antes a remuneração ia direto para o médico que executava aquele procedimento e tinha uma tabela, que era bastante interessante para o profissional.

Hoje, depois do término, os profissionais passaram a ser remunerados indiretamente através de assalariamento, valores que se diferem de acordo com município, especialização e procedimentos realizados pelos médicos do SUS.

Então, na realidade, o médico virou escravo das estruturas e tem vários modelos de assalariamento, nos serviços público, federal, municipal e estadual.

Há também concurso, contratações temporárias, terceirizações, licitações de serviços, equipes às vezes são contratadas e organizações sociais que são contratadas baseadas em pacotes fechados.

Os valores diferem muito de acordo com a possibilidade de cada município, especialização do profissional e procedimentos feitos pelos médicos do SUS.

Isso é um grande problema que o médico está enfrentando, porque, muitas vezes, o que acontece é uma corrupção intensa dentro desses sistemas, já que hoje esse serviço, ou a maior parte dele, é terceirizada.

Muitas vezes, essa empresa que foi contratada nessa terceirização não é nem da cidade, nem do estado onde o médico está desenvolvendo a sua atividade, e aquele hospital é contemplado com essa terceirização.

Fica muito difícil

O médico realmente fica escravo dessa estrutura. O assalariamento também não contempla CLT. Atualmente, todos os médicos estão pejotizados.

Todos têm uma empresa, essa é a exigência que o segmento faz.

Inclusive, fugindo dessa pejotização, existe o esquema de contratar sociedades por cota de participação.

Desse modo, a instituição que contrata fica, teoricamente, protegida de eventuais problemas trabalhistas, mas o médico fica em uma situação precarizada.

O piso salarial que a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) preconiza hoje é de R\$ 16.106,38 por 20 horas semanais, mas não é isso que se pratica no mercado.

Isso aí é uma recomendação, não tem força de lei, então fica-se ao bel prazer dos municípios, estados, das estruturas que são terceirizadas e contratadas para desenvolver esse trabalho.

Os cuidados que a gente precisa ter é em relação exatamente a isso.

Existe uma precarização de vínculo, uma falta de um plano de carreira e de cargos, salários, sobrecarga de trabalho.

Alguns médicos estão trabalhando mais do que 64 horas semanais, provocando um estresse violento e uma insalubridade médica muito grande, uma insalubridade mental muito grande.

Falta de condição técnica, às vezes.

Às vezes, um médico é contratado e inserido em uma estrutura, sem condição de trabalho, com uma sobrecarga enorme.

Também acontece de um local em que havia um trabalho de três, quatro médicos, hoje é colocado um médico apenas para fazer o trabalho de três, quatro, e também o médico não é pago por insalubridade.

Tema: **Remuneração médica na iniciativa privada**

Presidente da mesa: Akira Ishida

Moderador: Agnaldo Lopes da Silva Filho

Palestrante: Luiz Carlos Von Bahten

Primeiramente, gostaria de citar um problema gravíssimo que vejo dentro da remuneração médica na iniciativa privada.

A temerária pejetização da Medicina e a relevante preocupação de que este fato deixa o indivíduo, médico, pessoa física, vinculado ao código do consumidor, e este ser um novo viés no parâmetro da nossa carreira médica.

Por que é importante chamar a atenção a respeito disso? Quando nós falamos do código do consumidor, devemos nos lembrar de que ele tem uma responsabilidade objetiva.

O consumidor é uma pessoa física ou jurídica que adquire e utiliza qualquer serviço, enquanto que o fornecedor é uma pessoa física ou jurídica que desenvolve uma atividade de prestação de serviço.

Quando você tenta levar o código do consumidor para dentro da profissão médica, obviamente ele não existe, porque a relação médico-paciente é subjetiva.

Toda e qualquer discussão de uma relação médico-paciente se faz de modo que seja apurada uma verificação de culpa, isto é, deve ser instalada uma demanda ao Conselho Federal de Medicina e apurada uma relação de negligência, imprudência ou imperícia.

Nós estamos, desta forma, regrados pelo nosso Código de Ética. E é, portanto, necessário que sejam infringidos estes ordenamentos para a instalação da culpa do médico.

Hoje, as empresas ou os grandes hospitais nos contratam “pejotizando” as nossas vidas profissionais. Essa “pejotização” faz com que ocorra uma diminuição da segurança do prestador e de quem recebe o serviço.

Por quê? Enquanto pessoas físicas, somos protegidos pelo nosso Código de Ética.

Se fizermos o nosso trabalho, de forma ética sem os erros de negligência, imperícia ou imprudência, estaremos protegidos e poderemos trabalhar de forma correta.

Quando atuamos como pessoas jurídicas, mesmo individuais, não estamos mais vinculados pelo nosso Código Ética, e a nossa relação é de responsabilidade objetiva, isto é, quando nós somos pejotizados, a nossa responsabilidade independe de culpa.

Portanto, o jovem médico que se “pejotiza” para poder trabalhar tanto de uma forma privada como pública, está correndo um risco muito grande de ser processado, inclusive pelo código do consumidor.

Você sabe como surgiram as tabelas de honorários médicos? Você já jogou algum jogo sem saber as regras? Quais seriam as suas chances reais de se sair bem? Qual a importância prática de conhecer essa história?

O principal é conhecer as particularidades da evolução do nosso sistema de saúde e o mercado aonde você está inserido.

Quer conhecer um pouco desta história? Em 1934, ocorreu o marco da previdência, gerando uma poupança a ser utilizada.

Entretanto, a mesma constituição permitiu uma abertura para a assistência à saúde no âmbito privado, no qual essas instituições privadas participariam para complementar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Isso ocorreria mediante um contrato entre convênio e pacientes e, de preferência, entre entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, ou seja, a nossa constituição permitiu o surgimento do que é chamado atualmente de saúde suplementar.

Em pouco tempo, o Brasil já se tornava um dos países com um dos maiores sistemas de saúde privada do mundo.

E com respeito à remuneração médica, como ela foi praticada? Qual é o modelo de remuneração mais comum usado pelas operadoras de saúde?

Chama-se *Fee For Service*, no qual, quanto mais se produz, mais se ganha, funcionando como uma verdadeira conta aberta entre prestadores e fontes pagadoras, valendo os valores e as referências de pagamentos acordados entre ambos.

Isso mesmo, quanto mais fizer, maior será sua remuneração.

Então, se eu operar mais e por vezes com indicações cirúrgicas questionáveis, ganho mais? Bingo, acertou em cheio.

Então, este modelo pode privilegiar mais os profissionais com mais intercorrências e reoperações, ou, pior, induzir até procedimentos desnecessários?

Infelizmente, sim.

Entretanto, devemos sempre levar em conta que o modelo *Fee For Service* premia por uma meritocracia, ou seja, quem trabalha mais e atende o maior número de assegurados, garantindo assim o atendimento de todos.

Obviamente, como qualquer modelo de remuneração, tem suas vantagens e desvantagens.

Por isso, devemos sempre tê-lo como base para o desenvolvimento de novos modelos.

Segundo o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, 19% dos custos médicos são frutos de fraudes e desperdícios, caracterizando-se uma perda de cerca de 27,8 bilhões de reais por ano.

Entretanto, vale também ressaltar que parte dessas supostas fraudes ocorrem por um desconhecimento médico de como aplicar as regras de seus contratos na hora de realizar as suas cobranças.

Por isso, não é tão simples assim compreendermos como somos remunerados.

Neste período, operadoras de saúde e seguradoras ainda estavam em uma fase embrionária, sendo a atividade médica essencialmente privada, com o profissional cobrando diretamente de seus pacientes.

Neste período, houve uma pressão por parte da Associação Paulista de Medicina (APM) para um valor justo de remuneração médica quando fossem atendidos pacientes oriundos da seguridade social.

Como todas as cobranças sempre foram pagas diretamente pelos pacientes, o paciente da seguridade social deveria buscar o seu devido reembolso junto à previdência.

Na tentativa de se padronizar o valor deste ressarcimento, a APM foi pressionada a desenvolver uma tabela de valores que servisse de referência para organizar essas cobranças de pacientes provenientes da seguridade social.

Tudo isso acabou gerando a primeira tabela de serviços e honorários médicos.

Desde o princípio, essa tabela de referência trouxe um grande desafio.

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, a diferença entre os serviços de vários estados da União sempre foi gigantesca.

Buscando garantir esta unificação, criou-se a Unidade de Serviço da Previdência Social (Unips).

Chegou-se à conclusão de que o valor deste índice deveria ser fixado em um vigésimo do valor do salário-mínimo praticado pelo estado mais rico da União, o estado de São Paulo.

A primeira Unidade de Serviço Médico criada passou a valer em 1962, o equivalente a 100 cruzeiros.

O recolhimento tríplice gerava uma poupança, a qual poderia ser utilizada pelo funcionário como ressarcimento quando este realizasse um tratamento médico.

Os honorários médicos continuavam sendo pagos em caráter privado e vindo diretamente dos pacientes.

Apesar de ser uma ideia bastante inovadora, os valores praticados de reembolso eram muito aquém daqueles cobrados.

Durante a década de 1960, iniciou-se uma organização de fontes pagadoras privadas para serviços médicos.

Essas instituições passaram a considerar que esta tabela poderia ser a referência de pagamento dos honorários médicos àqueles médicos que se afiliassem a essas estruturas.

Isso, obviamente, causou uma indignação e oposição dos médicos, pois aquilo que existia como valor mínimo de referência para reembolso de despesas médicas passou a ser valor de contratação médica.

Em um prazo curto, empresas e intermediadores de saúde e autogestão estabeleceram uma rede de médicos credenciados, que se submetiam a uma remuneração com base na tabela da seguridade social, ou seja, infelizmente nós médicos acabamos aceitando aquilo que foi considerado como valor mínimo a ser o valor de contrato por parte destas fontes pagadoras.

Indignados com a baixa remuneração, uma assembleia geral e extraordinária foi convocada no Centro Médico de Ribeirão Preto em 1966, e resolveu-se criar uma tabela própria dos médicos em relação aos seus valores de honorários.

Com o conhecimento da criação da tabela mínima de honorários, imediatamente a AMB e a APM foram comunicadas e, pela primeira vez, o movimento médico liderado por médicos criou uma tabela, despertando na AMB e APM a necessidade de reestruturação e organização em uma abrangência nacional de referência de cobrança de honorários, pois as intermediadoras começavam a aparecer por todo o país.

Assim, em abril de 1967, a APM em associação com a AMB criaram a primeira tabela de honorários médicos que entraria em vigor em 1º de maio do mesmo ano.

Desta forma, todos os atos médicos passam a ter uma tabela específica para ordenar os valores de pagamentos dos serviços prestados.

Os médicos continuariam a atender em caráter privado e de livre escolha pelos pacientes e esta tabela de referência seria a base de cálculo para as intermediadoras calcularem o valor de ressarcimento aos seus associados.

Porém, o mais triste vem agora: devido à desunião da classe médica, alguns médicos acabaram aceitando contratos para trabalharem diretamente para essas intermediadoras, recebendo o valor estabelecido naquelas tabelas como a remuneração dos serviços prestados.

Aquilo que foi idealizado para ser uma referência de remuneração de reembolso para os pacientes conveniados, passou a ser um valor contratado para médicos credenciados.

Agora podemos ter uma ideia do porquê a precificação dos honorários médicos ficou tão abaixo daquilo que estávamos acostumados a receber.

A ausência de conhecimento comercial e administrativo acabou induzindo esses profissionais a valorizarem nessas tabelas aqueles procedimentos que mais realizavam, dando pouca importância aos que não faziam parte da sua rotina profissional.

Obviamente, isso gerou uma grande assimetria na valorização dos procedimentos dentro da tabela de referência produzida.

Com o aumento da competitividade de mercado e a possibilidade de se valorizar aquilo que se tinha muito mais experiência, alguns procedimentos foram pouco valorizados em detrimento de outros.

Mais uma vez, infelizmente, a ausência de conhecimento administrativo e de gestão por nossa parte acabou interferindo diretamente na valoração dos procedimentos médicos.

A ideia original sempre foi de balizar o ressarcimento, não de ser a base de contratação médica.

Frente a todas essas assimetrias existentes nessa primeira tabela de referência criada, fizeram-se necessárias várias revisões, mas, infelizmente, o problema se repetiu, pois essas eram realizadas segundo a alternância das várias sociedades de especialidades no comando.

Além disso, tal reajuste era feito mais uma vez para atender às necessidades de determinados grupos que seguiam o mesmo padrão.

Tivemos várias revisões ao longo dos anos.

Especificamente em 1978, fez-se necessária a criação de um coeficiente de honorários médicos, o famoso CH.

Sua criação se fez necessária pela disparada na taxa nominal de inflação e o modelo, basicamente, funcionava assim: os professores titulares viviam das suas clínicas privadas, pouco importando-se com as operadoras e os planos de saúde.

Médicos em formação, apesar da pouca experiência, cuidavam da população, adquirindo seu conhecimento e experiência médica, obviamente almejando terem algum dia as mesmas clínicas privadas que os seus professores, mas sem nenhuma informação ou conhecimento quanto à sua remuneração.

Médicos privados apontavam os valores e recebimentos dos seus honorários diretamente com os seus pacientes, sendo que, muitas vezes, esses pacientes tinham as suas respectivas tabelas de reembolso.

Entretanto, as fontes pagadoras usavam essas tabelas não como referências de reembolso, mas como um teto máximo de pagamento para os seus contratados.

Nesse instante, o médico tornou-se refém de um sistema de remuneração.

Surgiu, então, a Tabela de Referência AMB-90, um marco histórico, mas que, infelizmente, mantinha as mesmas distorções de valoração que ocorreram desde o princípio da sua criação.

Como vimos, todas essas distorções foram sacramentadas com o coeficiente de honorários, que passava a ser negociado entre as fontes pagadoras e os médicos, o que poderia gerar remunerações ainda menores.

Em 1996, extinguiu-se a referência AMB e criou-se a Lista de Procedimentos Médicos, a famosa LPM.

Apesar da decisão da AMB extinguir a referência baseada em CHs, nenhuma operadora acatou esta decisão na época.

Para piorar a situação, as próprias cooperativas médicas também não quiseram migrar para as listas de procedimentos.

Em 2000, o Conselho Federal de Medicina, juntamente com a AMB e as Sociedades Médicas de Especialidades uniram-se para trabalharem conjuntamente e corrigirem as distorções que haviam sido criadas.

O objetivo maior era justamente trabalhar nas divergências entre as especialidades.

Para tanto, estas entidades contrataram a FIPE e a FEA da USP para estruturarem um cálculo baseado em fatores de risco, tempo de capacitação, insumos e qualquer fator que potencialmente interferisse na atividade proposta.

Daí surgiu a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, a famosa CBHPM.

Deixávamos, então, de ter tabelas e passávamos a ter uma classificação de procedimentos médicos.

Esta classificação, ao invés de distribuir os procedimentos por especialidades, passou a adotar os procedimentos por região anatômica, trazendo, assim, uma unificação entre as especialidades, sendo que a valoração desses procedimentos passou a ser expressa em portes cirúrgicos, que são precificados nos valores de moeda corrente.

As fontes pagadoras mais uma vez não concordaram em aderir a essa classificação, por essa nova precificação, de alguma maneira, recompor as perdas sofridas pelos médicos nos períodos de inflação e hiperinflação.

Mais uma vez, o que parecia um sonho, tornou-se um pesadelo.

O CADE, Conselho de Defesa da Atividade Econômica, acusou a AMB de promover a formação de um cartel dos médicos para exercerem as suas atividades.

Este fato impediu a incorporação desta classificação em 2003, permanecendo assim até 2009.

Neste ano, provou-se a ausência de formação de qualquer cartel junto ao CADE e, frente a isso, algumas fontes pagadoras incorporaram essa classificação para a remuneração de seus profissionais, sendo que a própria CBHPM já sofreu várias alterações ao longo dos anos.

Entretanto, somente em 2010, após o término do processo do CADE, ganhou-se força para a contratação desta classificação.

No entanto, a parte mais triste é que a falta de conhecimento geral do médico em todos esses temas e especificamente daquilo que se refere à sua remuneração faz com que ainda, atualmente, alguns médicos continuem trabalhando e aceitando a sua remuneração pela referência AMB-90 ou 92.

Agora podemos compreender a razão de nós, médicos, sempre desconfiarmos das fontes pagadoras e daquela sensação de estarmos sempre sendo lesados.

Na verdade, não adianta chorarmos o leite derramado, mas devemos compreender o porquê de termos chegado até aqui, e principalmente como poderemos melhorar a nossa realidade.

Conferência: Perspectivas da Saúde no Brasil — 2021 como divisor de águas

Presidente da mesa: Luciano Gonçalves de Souza Carvalho

Conferencista: Eleuses Vieira de Paiva

Nós estamos discutindo quais perspectivas temos para a medicina, para a Saúde em 2022.

Eu acredito que, para falarmos em 2022, seria bom fazermos uma retrospectiva.

O que nós assistimos nestes últimos dois anos? Qual realidade nós vimos no Brasil em termos de saúde pública e privada e em nível mundial? Eu acho que nenhum de nós, se olhasse para cinco anos atrás, estaria preparado para aquilo a que nós assistimos nestes últimos 18 meses, do ponto de vista de saúde, do ponto de vista sanitário, econômico e até humanitário.

Eu acho “catástrofe” uma palavra um pouco forte, porque quase vivemos uma catástrofe não nacional, mas mundial de algo que certamente deixa uma lição para todos nós: não estávamos preparados para enfrentar o que enfrentamos.

Eu acredito que nenhum de nós estava preparado, e não era só o Brasil, não, eu acho que o mundo não estava preparado.

A humanidade já viveu momentos semelhantes, como o da peste negra e da gripe espanhola, lá atrás, e H1N1, mais recentemente.

Não sei se com a mesma intensidade, mas temos um dado novo, totalmente diferente das outras epidemias, pandemias que já vivenciamos: agora o mundo é digital, a velocidade da informação

caminha muito mais rapidamente e leva às pessoas informações boas e ruins, confundindo-as, algumas vezes, e essa velocidade de informação trouxe uma demanda totalmente diferente da que vimos anteriormente.

E não é só a velocidade da informação, a velocidade também é de disseminação do vírus.

Hoje alguém toma café da manhã na América do Norte e o chá da tarde na Inglaterra, almoça no Brasil e janta na Flórida (EUA).

Também a transmissão do vírus foi galopante em relação ao que houve no passado.

Com isso aprendemos uma coisa: o mundo, não só o Brasil, não estava preparado para os bloqueios sanitários.

O problema atingiu o planeta.

O primeiro bloqueio sanitário a que nós assistimos, logo nas primeiras informações da pandemia, foi na China.

Depois vimos pela televisão, ao vivo, o momento difícil vivido pela Europa, principalmente pela Itália.

No Brasil, infelizmente, acho que o mais grave para nós é que, com toda a demanda que tínhamos, ainda vivemos um momento político, isso foi o mais triste.

Junto com a maior crise sanitária que todos presenciamos, havia uma crise, uma discussão ideológica.

Existia o grupo que via a pandemia de uma forma, tentando tirar algum proveito dela, porque fazia oposição ao governo, e havia o grupo pró-governo, que tinha outra interpretação.

Então, no meio de uma cena dantesca, de uma crise sanitária, nós vimos também uma crise política.

Com muito bom senso e sem partidarismo, quando imaginávamos que todo mundo estaria procurando a ciência, evidências científicas para direcionar os trabalhos, para caminharmos unidos, isso acabava em segundo plano, porque as *fake news* e os meios de comunicação trabalhavam de forma a provocar no mundo todo uma crise psicológica, deixando a população global muito preocupada, em pânico.

Isso foi muito ruim.

Eu acredito que essa é uma das lições que nós aprendemos e não devemos jamais repetir.

No próprio Ministério da Saúde, os ministros que começavam a caminhar bem, do ponto de vista sanitário, em determinado momento, vimos que também poderiam ter um ganho político, e algumas pessoas, em vez de discutir política de saúde, resolveram fazer política na saúde para ter algum benefício.

Isso, para mim, ficou muito claro.

Noutro dia, numa conferência em que discutíamos como aglutinar alguns setores do estado de São Paulo, eu disse que é muito cômodo falarmos que o governo errou nesse momento, é muito fácil também colocar a culpa só em um, só que é muito simplista isso.

Eu acho que nós precisamos, no mínimo, ter humildade para avaliar o todo.

Transferir responsabilidade é cômodo, só que nós não avançamos.

Eu tenho defendido a teoria de que todos nós erramos, todos perdemos uma grande chance de consolidar ainda mais o Sistema Único de Saúde (SUS).

Isso tanto é verdade, que a vacinação foi feita com muita velocidade, ela chegou a todos os cantos do território.

Aliás, somos um dos poucos países com enorme capilaridade para vacinar sua população, algo que em outros não foi possível, pois não tinham a mesma opção nem a mesma estrutura.

Na maior crise sanitária que vivemos, à qual a sociedade assistia perplexa, nós perdemos uma grande oportunidade de estar mais próximos da sociedade.

Nas mídias sociais, todo mundo se arvorou em infectologista, médico, virologista, alguns nem sequer tinham aberto um livro de medicina ou de infectologia na vida.

Eu vi alguns governadores que ocupavam diariamente, a mídia social, os meios de comunicação para atacar ou provocar pânico na sociedade.

Inclusive um governador cuja fala nos levava a pensar: deve ser um pesquisador, um cientista.

O pior de tudo, para nós, que somos do meio, era que 50% podíamos retirar, porque não estava acrescentando nada.

Essa crise com certeza levou a um grande aprendizado para todos nós: precisamos ter mais unidade, pensar mais no todo e menos na questão pessoal, pensar mais no envolvimento das pessoas.

Eu acho muito fácil ter acompanhado isso pela mídia e dizer que fulano errou, que a estratégia montada não foi adequada, que não adotaria as mesmas condutas.

Os colegas de São Paulo, tanto da capital quanto do interior, com os quais tenho mais contato, dizem: “Para nós, foi muito difícil a crise, por causa da extrema insegurança que existia, porque o que se criou foi uma insegurança generalizada, insegurança para quem tratava, porque não estava seguro do que prescrevia, e para quem recebia o tratamento, que também estava cheio de incertezas e inseguranças”.

Fui procurado, há não muito tempo, por uma paciente, por causa da polêmica sobre alguns tratamentos preconizados há um ano, um ano e meio, que me falava: “Doutor, eu fui tratada dessa e dessa forma, acho que eu não melhorei tão rápido porque o tratamento não foi adequado, porque hoje já não estão utilizando isso.”

Eu tentei expor para ela — e falo isso aonde tenho ido — que os protocolos foram alterados, sim, e essa é a forma de fazer medicina.

Por que os protocolos foram alterados? Porque novos conhecimentos surgiram e, quando você tem novos conhecimentos, novas evidências científicas, começa a incorporar essas novas evidências, esses novos conhecimentos ao tratamento e à prática médica.

É dessa forma que a nossa profissão se comporta.

É uma ciência hipocrática, baseada na observação e nas evidências científicas.

Não significa que aqueles tratamentos anteriores foram inadequados, porque, naquela época, era o nível de informação que tínhamos para atender melhor nosso paciente.

Toda essa crise sanitária que nós vivemos, eu tenho reclamado muito aonde vou, que aos colegas, principalmente, aos heróis anônimos, tem-se dado muito pouco espaço, pouco se tem falado sobre eles.

Eu queria relatar para vocês, agora ainda mais: eu pensei, quando vi uma comissão parlamentar de inquérito (CPI) sobre a covid-19, que se daria oportunidade para todos os atores que participaram desse momento difícil falarem que nós estamos adquirindo experiência para não repetir as experiências negativas.

Mas na realidade, não é isso.

Eu quero falar dos colegas que estavam na frente de batalha, relatar dois casos.

O primeiro é de um colega gestor, do interior do estado de São Paulo, secretário municipal de saúde, que me relata muito emocionado um momento que ele viveu.

“Aqui, no interior do estado de São Paulo — e acredito que no Brasil inteiro —, nós tivemos a primeira onda de covid, e a superamos relativamente bem, depois veio a segunda, provocada pela variante chamada P1.

Essa P1, para nós, foi da maior gravidade, ela foi responsável pela explosão de casos e por um colapso no sistema de saúde, em que o aparelho montado para receber esses pacientes não era suficiente, a estrutura não era adequada e, somado a isso, o número de profissionais contaminados, os quais nós fomos perdendo.”

Foi uma estratégia muito difícil, um momento muito difícil. Como me contava, esse gestor procurava um médico, à noite, pois faltava profissional, então ligou para um médico da sua equipe que lhe falou: “Doutor, eu saí agora do plantão, eu estou há 36 horas sem dormir”.

Estava de plantão em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 36 horas de plantão direto, com pouco tempo até para as refeições.

Conforto médico

O médico não tinha tempo.

“Eu estou muito cansado, não dá para retornar, mas o senhor me faz uma gentileza: me deixe dormir oito horas, e eu volto para a linha de frente’.

Depois que ele falou isso, eu até desisti, e falei: esse aí não vai voltar. Fui procurar outro para cobrir o plantão.

Para minha surpresa, oito horas depois, recebi a notícia da UPA: ‘Doutor fulano voltou, já está no plantão novamente’”.

Ele falou: “Sabe o que foi triste? Não foi ele voltar e mostrar aquilo tudo, é que três dias depois ele estava contaminado, cinco dias depois, estava intubado, passou 35 ou 38 dias intubado.

Graças a Deus, ele é um daqueles que saíram com sequelas, mas saíram”.

Vemos esses médicos da linha de frente lutando.

Outro dia, na Faculdade de Medicina, discutindo com os profissionais a estratégia montada no hospital-escola, uma enfermeira me relatou algo que me marcou muito, ela falou: “Doutor, aqui, no Hospital Universitário, enfermeiros e demais profissionais da saúde, nós nos sentimos em uma guerra”.

Nunca tinha visto uma analogia desse tipo.

“Doutor, sabe aqueles filmes em que os soldados estão na trincheira, e quando dão a ordem, todo mundo se levanta para avançar um pouco, e tem à frente a artilharia do inimigo? A gente vai de encontro a toda a artilharia do inimigo, às balas que vêm.

É a sensação que a gente tinha, doutor.

Todo dia que a gente pegava um plantão, a gente sabia que estava se levantando da trincheira e que não tinha tiro, não tinha bala, doutor, então todos sabíamos que em algum momento o vírus ia nos atingir”.

Na nossa região, nós perdemos dezenas de colegas.

Centenas de profissionais de saúde, que estavam na linha de frente — é isso que me marca muito —, eles sabiam que seriam contaminados, nunca tiveram dúvida disso.

E nos perguntamos: por que eles não deixaram o trabalho, se sabiam que seriam contaminados, que havia esse risco? Porque eles nunca abandonaram seus pacientes.

Essa enfermeira me falou: “Doutor, quando eu penso em falar que vou pedir desligamento da unidade de covid do Hospital Universitário, eu olho para aqueles pacientes apavorados, com falta de ar, olhando para a gente, pedindo socorro, e não consigo abandonar a linha de frente”.

Eu acho que isso marcou muito quem estava na linha de frente, quem teve contato com colegas da linha de frente.

Além disso, eu acho que esses profissionais tiveram pouquíssimas respostas da sociedade, dos meios políticos para externar suas dificuldades e por se expor.

Estava eu noutro dia em uma roda como esta, em mídia social, falando com empresários e advogados, e quando eu fiz um relato igual a este que faço para vocês, um empresário falou: “Mas esses profissionais também foram muito bem pagos, porque eles sabiam do risco que estavam correndo”.

Eu posso afirmar para vocês que ninguém teve salário aumentado 200, 300, 400 vezes.

O valor do plantão, em momento algum, aumentou.

Esses profissionais fizeram, realmente, por compromisso que têm com a sociedade, com a medicina, com seus pacientes, e eu acho que as nossas entidades médicas é que deveriam levar para a sociedade essa discussão.

Não é possível, com todos esses equívocos, do ponto de vista tanto político quanto pessoal, haver pessoas tentando ocupar a mídia, enquanto outras colocavam a vida em risco para tentar resolver o problema daqueles que tinham competência de fazê-lo, ou pelo menos estar ao seu lado, mas não estiveram.

Eu acho que esse é um dos ensinamentos que ficam para nós.

No próximo ano, que nós possamos enxergar proximamente um mundo melhor.

É no que eu acredito.

Quando penso no ano que vem, em 2022, eu penso que será um ano meio explosivo.

Infelizmente, em 2022, vamos ter eleições no Brasil. Imaginem vocês o seguinte cenário: recuperar a economia combalida por uma crise sanitária global sem precedente tendo como pano de fundo um processo eleitoral.

Nós sabemos como é um ano eleitoral, mas eu estou partindo da premissa de que no próximo ano estaremos superando a pandemia.

Eu acredito que ela vai estar sob controle, até porque hoje essa é a realidade que estamos vivendo.

Pode nos dar alguma insegurança? Pode.

Nós imaginávamos estar superando a pandemia, e vivemos a segunda onda da P1, que foi extremamente grave, a Europa vivendo a terceira onda dessa nova cepa, chamada Delta.

Parece-me que no Brasil também essa variante tem feito vítimas, inclusive eu soube, conversando com algumas pessoas sobre a pandemia de covid, que um lado do interior de São Paulo que, dos casos ocorridos na região noroeste do estado, 78% são da variante Delta.

Porém, mesmo sabendo que essa é a variante que mais tem contaminado pessoas, ela está sob controle.

O número de internações diminuiu, assim como o número de contaminados, isso te leva a crer que nós estamos tendo uma velocidade de transmissão menor, porque há menor velocidade de transmissão e menor circulação desse vírus hoje no nosso meio.

Com certeza, todos receamos que nas mutações do vírus, alguma cepa esteja surgindo, mas acreditem: com diminuição da velocidade de contaminação, de transmissão, inclusive em nosso meio.

Creio que esse cenário não vai ocorrer, e vamos ter, em 2022, um ano de superação.

Se esse cenário for real, por outro lado — e acho que disso ninguém duvida —, outras doenças continuam existindo.

Não é que no momento nós temos única e exclusivamente covid, porque as outras doenças deixaram de existir, isso não é verdadeiro, as outras continuam, e nós sabemos que, quando discutimos prevenção, parando dois anos, praticamente — se não paramos, diminuimos muito —, e se todos nós apostamos no diagnóstico

precoce, porque sabemos ser esse o caminho, também sabemos que ficamos para trás.

Se não temos diagnóstico precoce, também não temos tratamento.

Os pacientes oncológicos, na maioria das vezes, ou não tiveram esse estadiamento adequado ou aqueles que não fizeram *follow up* de acompanhamento, também neste momento de pandemia ausentaram-se.

Estou falando isso tudo porque, se isso está ocorrendo, eu não tenho dúvida de que teremos um grande impacto no ano que vem, a conta vai chegar.

Estava vendo alguns dados interessantes da nossa região de alguns tratamentos corriqueiros, na rede pública e também no nosso sistema Unimed, como o número de Papanicolau.

Observamos redução de mais de 85% no número desses exames feitos dia, por mês em relação a três anos atrás.

No caso de mamografia, o número é semelhante: queda de mais de 83%.

Pacientes de controle de diabetes, hipertensão, também a maioria está evitando procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ir ao consultório, por medo de ser contaminada.

Tomando só duas vertentes muito significativas de causa e impacto no setor da saúde, uma delas são as doenças cardiovasculares, em que as intervenções, o diagnóstico precoce e o tratamento sabemos que são extremamente importantes, nós trabalharemos muito com pacientes sequelados.

Do ponto de vista oncológico, em que os estadiamentos no mínimo não foram adequados.

Também os *follow ups* não estão sendo feitos.

Nós sabemos que nisso tudo teremos agravamento.

E, do ponto de vista populacional, de saúde, eu acho que teremos dois grandes comprometimentos: um relacionado aos pacientes.

Os indicadores de saúde em 2022 e 2023, provavelmente, conterão dados importantes e, com eles, o aumento do custo, porque teremos mais pacientes em estado grave.

Certamente, o custo tanto do setor público como do privado vai ser elevado, isso é natural.

No setor público, nós já estamos vendo no dia a dia, já se observam as filas, elas começam a se formar — ou aumentar —, e mesmo em período de pandemia, as pessoas estão procurando atendimento, mas sem aglomeração.

Uma informação relevante do noroeste do estado de São Paulo, conforme alguns gestores, é o prazo para colocar em dia o nosso sistema: dois anos, principalmente quanto ao tratamento oncológico e cirúrgico.

Nós sabemos que vamos ter filas.

Precisamos, neste momento, criar estratégias para referências, prioridades de atendimento, aporte de recurso para o sistema.

Nós sabemos que a demanda vai aumentar, portanto precisamos adequar o sistema para atender a essa demanda, e isso envolve custos.

E eu acho que este é outro aprendizado da pandemia: só recurso financeiro não resolve o problema, até porque o aporte de recurso que nós tivemos não foi pequeno, mesmo assim, as coisas não aconteceram como esperávamos.

Então sabemos que ainda temos que caminhar, avançar ainda mais na gestão, principalmente no diálogo envolvendo os três entes públicos: município, estado e União.

Nós sabemos que vamos precisar de aporte de recursos e precisamos caminhar com uma estratégia muito bem montada para atender, acolher essas pessoas sem criar uma discussão sobre a demanda represada.

A demanda de represados é muito grande.

Também temos outra demanda, a dos pacientes sequelados pela covid.

Algumas coisas já aprendemos, outras estamos aprendendo com a covid, com as doenças vasculares em geral.

Algumas pessoas infectadas pelo coronavírus, mas sem muita gravidade, deverão ser acompanhadas, então vamos aprender muito ainda com elas.

No setor privado, é diferente, e me preocupam algumas coisas.

Se analisarmos — estou falando principalmente para médicos — de maneira geral, durante a pandemia, o número de “atendimentos não covid” teve queda acentuada, chegou a praticamente zero.

Nos nossos consultórios, os colegas com os quais nos relacionamos, a maioria diz ter queda de 40, 50, 60, até 70%.

Se os consultórios estavam vazios, automaticamente, isso se refletia nos laboratórios, é algo que se também diminuiu muito.

Também diminuiu muito o número de pacientes que os procuravam.

Os hospitais também, eles direcionaram muito dos seus atendimentos para a covid, inclusive, os grandes hospitais privados da capital de São Paulo.

A outra demanda é de cirurgias eletivas, que praticamente zerou no período da pandemia, principalmente pela nossa preocupação, pois não sabíamos se esses pacientes poderiam ser contaminados, se o bloqueio sanitário dentro do hospital estava adequado.

Assim, as eletivas praticamente chegaram a zero.

Então, nós tivemos, nesse momento, os colegas com redução significativa no número de atendimentos, assim como os prestadores de serviço.

A rede hospitalar registrou queda também, porque, de maneira geral, de 15 a 20% dos atendimentos são de urgência e emergência, e 80% de cirurgias eletivas.

Ou seja, 80% dos pacientes praticamente desapareceram da estrutura hospitalar, com isso a queda na receita dessas instituições foi muito grande.

Se olharmos isso, vamos ver algo interessante: a receita das operadoras de saúde se mantém estável, mas sua despesa reduziu-se muito.

Se o gasto reduz muito, é uma operação muito clara: eu mantenho receita e diminuo gasto, assim aumenta a lucratividade dessa empresa.

E essas empresas trabalharam durante o período de pandemia com uma lucratividade muito alta, disso eu acredito que não haja nenhuma dúvida.

Nós temos mais dados do sistema Unimed, que é mais transparente, e como a maioria de nós somos cooperados, temos acesso a eles.

No sistema Unimed, aqui no interior do estado, nesses quase dois anos, a sobra de recurso foi muito grande, inclusive de distribuição entre os cooperados, no que eu não vejo nenhum problema, acho ótimo, quem está no sistema privado tem os riscos e os benefícios.

O que me preocupa um pouco é que, no período imediatamente depois da covid, vamos ter aumento de demanda, até porque temos uma parte inteira represada, isso é óbvio.

Que vamos ter aumento de despesa, eu também acho óbvio. Estou falando isso porque alguns planos de saúde, algumas operadoras paulistas — e acredito que têm feito isso no Brasil — têm reduzido o honorário médico.

Inclusive uma delas comprou hospitais e postos de saúde em Ribeirão Preto, Campinas, São José do Rio Preto, no Paraná e em Santa Catarina, e vem crescendo.

Ela reduz unilateralmente em 20% o honorário médico, simplesmente chama os profissionais da área da saúde, de uma rede hospitalar e fala: “Estamos vivendo uma crise, temos que ser passivos a uma redução unilateral de 20%”.

O que eu julgo como absurdo, porque, quando a sobra era muito grande, não foi pactuada com os colegas, agora aquelas pessoas se

dedicaram, foram para a linha de frente, são os grandes heróis anônimos, praticamente são esquecidas.

Eu me lembro bem de que, quando a Associação Médica Brasileira (AMB) tinha amplo acesso à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma coisa era clara: redução de honorários não podia ser feita unilateralmente.

Será que hoje pode? Será que as operadoras estão sendo fiscalizadas pela ANS? Essas são as minhas perguntas.

Será que elas podem pressionar: ou você reduz o seu honorário ou eu o descredencio? O descredenciamento pode ser feito de maneira unilateral? Eu não tenho nada, absolutamente nada contra quem atua com operadora de saúde, só acho que deve existir o mínimo de respeito entre as partes.

Eu me preocupo muito com o fato de que, neste momento, grandes grupos, cada vez mais, hipertrofiem-se no setor privado de saúde, enquanto os pequenos estejam desaparecendo.

Algum problema? Não.

Eu acho que nós temos que ser a favor da eficiência, nós temos que ser a favor da competência.

Se essas pessoas são mais competentes, sem problema nenhum. Só tenho certeza de que a ANS tem de fiscalizar melhor isso. Saúde envolve paciente, envolve perspectiva de cura.

Esses grupos econômicos têm que entender que saúde é diferente.

Eu fico pasmo! Da mesma forma que havia, durante a pandemia, aquelas pessoas que acessavam as mídias sociais e passavam a ser especialistas em saúde pública, especialistas em virologia sem

nunca ter aberto um livro de saúde, de medicina, agora existem pessoas à frente dessas operadoras de saúde, como economistas, que não entendem absolutamente nada de saúde, nunca viram saúde, e estipulam índices de lucros, dizendo: “Precisamos ter um ebtida de 35%, portanto, tudo que for além disso é cortado.

Eu acredito que a ANS tem obrigação de fiscalizar isso.

Ressalto que nada tenho contra o fato de essas pessoas operarem, até existe capital estrangeiro nesses empreendimentos, e não tenho nada contra isso também, mas que essas pessoas venham até lá e entendam que saúde é diferente.

Saúde lida com vida e também com morte, portanto, exige qualidade de assistência, atenção, e isso precisa ser feito com muita responsabilidade.

Não pode existir só o viés econômico.

O viés econômico é importante? Sim, sem dúvida nenhuma, mas tem de vir atrelado à garantia de assistência adequada, de responsabilidade, de acolhimento do paciente.

Eu acho que esse é um grande desafio, principalmente porque eu estou vendo como essas pessoas estão vorazes hoje no mercado.

Eu acho que as nossas entidades têm o dever de aproveitar este momento, junto com os setores público e privado, principalmente a ANS, e pautar esses temas no futuro.

Eu acredito que nós, sociedade médica deste país, esperamos, e com certeza teremos, tanto por parte da nossa AMB como do Conselho Federal de Medicina, uma pauta a favor não só dos médicos, mas principalmente da sociedade.

Creio ser isso que nós esperamos.

Infelizmente, não vimos muito essa responsabilidade nos últimos 18, 20 meses, tanto dos gestores públicos quanto dos privados.

Com uma cobrança adequada, um diálogo adequado, possivelmente conseguimos levar esperança para todos.

Eu acredito muito que tenha sido um aprendizado, e esse aprendizado sirva para enfrentarmos problemas futuros.

Eu vou lembrar algo que o professor Adib Jatene já até nos falava: no coração, temos que levar a bondade, e essa bondade é que nos dá a visão de um futuro melhor.

Sábado, 2 de outubro de 2021

Período da tarde

PARTICIPANTES/PALESTRANTES

Ademar José de Oliveira Paes Jr

Clóvis Francisco Constantino

Donizetti Giambernardino Filho

Florisval Meinão

José Fernando Macedo

Jurandir Marcondes Filho

Martim Afonso Palma

Maurício Marcondes Ribas

Nerlan Tadeu Gonçalves de Carvalho

Renato Azevedo Júnior

Conferência: O futuro do associativismo médico

Presidente da mesa: Nerlan Tadeu Gonçalves de Carvalho

Conferencista: Florisval Meinão

Coube a mim falar sobre o futuro do associativismo médico.

Realmente é um grande desafio, pois o futuro é incerto e com grande frequência as previsões não se concretizam.

Mas vamos tentar projetar algo e dar algumas sugestões com base um pouco naquilo que foi observado no passado.

O Dr. José Luiz Gomes do Amaral fez uma apresentação muito rica da história da AMB, expondo sua trajetória.

Eu diria que hoje a entidade vive um paradoxo.

Ela se enfraqueceu nos últimos anos em virtude da redução do seu quadro associativo, porém sua importância é crescente na sociedade pela força na representação dos médicos brasileiros.

O associativismo como um todo tem por volta de duzentos mil associados, a maioria migrou das federadas para as sociedades de especialidade.

As federadas se enfraqueceram, enquanto as sociedades de especialidade se fortaleceram.

Esse é um grande desafio que hoje a nova AMB enfrenta, e este tema será uma das prioridades da atual diretoria, ou seja, recuperar a harmonia do associativismo tanto do lado das federadas como das sociedades de especialidade.

Considero que a AMB tem uma grande importância na sociedade, e vou tentar, neste curto espaço de tempo, colocar algumas propostas para que não se cometam os equívocos do passado e para que ela possa, daqui por diante, crescer, que é o desejo de todos nós.

A primeira proposta a ser apresentada é a necessidade de mudança dos estatutos da AMB.

Não é razoável que um processo eleitoral passe por três etapas, iniciando-se com a votação dos associados e depois ser submetido a duas instâncias “julgadoras”: o conselho deliberativo e a assembleia de delegados, que podem alterar esse resultado em total desrespeito ao desejo manifestado pelos associados.

Na minha opinião, a chapa vitoriosa deve assumir a diretoria da entidade, pois essa foi a decisão dos associados.

Dessa forma, a minha primeira proposta é que se modifique o estatuto, em especial no capítulo das eleições, para que não se repita aquilo que aconteceu em 2017, quando a diretoria eleita não conseguiu assumir.

Agora eu vou abordar as questões que mostram a importância do associativismo para a sociedade como um todo, nas políticas públicas de saúde, enfim, a inserção do médico nesse contexto, pois a AMB é seu legítimo representante na sociedade.

Uma das tarefas mais importantes por ela desempenhadas é o processo de defesa profissional.

Hoje nós tivemos uma mesa muito rica em que se debateram profundamente as questões que envolvem o papel da defesa profissional da AMB.

Na verdade, o médico hoje trabalha em condições muito precárias no Sistema Único de Saúde (SUS), com contratos que não respeitam a legislação trabalhista.

Na iniciativa privada, nos planos de saúde, os honorários são muito baixos e com reajustes anuais que não repõem os índices inflacionários, acumulando ao longo dos anos enorme defasagem.

Este é um tema que deve ser objeto de preocupação constante da diretoria: ter um departamento de defesa profissional forte e atuante, articulando-se com as federadas e sociedades de especialidade no sentido de defender o interesse dos médicos no mercado de trabalho.

A AMB deve atuar fortemente na formação do médico, criticando a abertura indiscriminada de escolas médicas, analisando a qualidade das existentes e pautando, em conjunto com as autoridades um processo de avaliação eficiente da qualidade da formação do médico em nosso país.

Cabe à AMB, juntamente com as sociedades de especialidade interferir para garantir qualidade nos programas de residência médica.

Todo esse processo, que envolve a formação do médico e a sua inserção no mercado de trabalho, deve ser objeto constante das instâncias científicas e de defesa profissional da AMB, e ser preocupação constante das futuras diretorias.

Considero também de grande importância ampliar e implementar cada vez mais o Projeto Diretrizes como um instrumento valioso para orientar os médicos quanto às boas práticas clínicas.

Nos últimos anos, esse projeto caminhou muito lentamente, e deve ser considerado uma prioridade para o futuro.

Uma demonstração da sua importância é a utilização pelo [Poder] Judiciário ao julgar processos nos quais se apontam possíveis erros profissionais.

O departamento científico da AMB, que congrega todas as sociedades de especialidade, tem um valor de enorme relevância. Como exemplo cito que, na atual pandemia de covid-19, várias sociedades de especialidade ligadas à AMB, envolvidas com essa doença, criaram um instrumento valioso, que é um comitê extraordinário para acompanhar a covid-19.

Esse comitê produziu várias recomendações e diretrizes, as quais foram de grande valor para os médicos que atuam na linha de frente para orientar população com relação àquilo que tem ou não reconhecimento científico.

Valorizar cada vez mais o departamento científico da AMB deve ser uma preocupação constante.

O Dr. César já falou sobre o título de especialista.

No meu ponto de vista, esse é um grande patrimônio da AMB.

Um decreto-lei de 2015, do governo federal, fortaleceu ainda mais o papel da AMB na definição de quem é ou não especialista em determinada área.

De acordo com esse decreto, “[...] o título de especialista é aquele concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da AMB, ou pelos programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica”.

Esse decreto é muito importante, pois confere à AMB o *status* de detentora do direito de conceder o título de especialista, ou seja, de definir quem é ou não especialista em nosso país.

Esta é uma conquista inestimável da nossa confederada.

E esse mesmo decreto estabeleceu a comissão mista de especialidades, vinculada ao Conselho Federal de Medicina (CFM), à qual cabe definir, por consenso, quais são as especialidades médicas do Brasil, e a Portaria CFM nº 1, de 22 de julho de 2016, diz que o Conselho, a AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica reconhecerão as mesmas áreas de atuação.

Ou seja, a AMB tem assento no fórum que determina a criação ou não de uma especialidade.

Isso é de uma importância também inestimável.

E para complementar, as especialidades médicas e a área de atuação, aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades, terão a sua certificação sob responsabilidade da AMB ou da Comissão Nacional de Residência Médica.

Assim sendo, a AMB tem hoje um papel muito importante em nosso sistema de saúde, principalmente na área de especialização profissional.

Hoje o título de especialista é reconhecido, os principais hospitais o exigem para credenciar médicos em seu corpo clínico.

Planos de saúde também o exigem para o processo de credenciamento e, finalmente, decisões judiciais valorizam muito o título de especialista no julgamento de processos que envolvem a atividade do médico.

É nossa sugestão uma forte e contínua campanha de valorização do título de especialista pela sociedade.

Alertamos que várias instituições oferecem cursos apenas teóricos e que já tentaram, inclusive na justiça, conferir o *status* de especialistas para seus alunos.

Essa é uma batalha constante, e a campanha de valorização será um instrumento valioso para que a sociedade veja o título de especialista como diferencial da formação do médico.

Também já foi abordado pelo nosso presidente, Dr. Cesar, a questão da atualização do título de especialista.

Entendo que não faz sentido alguém que tem um título de especialista obtido há quarenta anos não ter que atualizá-lo.

Os principais países, de primeiro mundo, em especial, tratam essa questão com muita seriedade; o médico precisa se atualizar constante e continuamente.

Esse é um tema que deve ser encaminhado pela AMB.

Outro instrumento de grande importância é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Esse tema já foi hoje abordado pela Dra.

Miyuki [Goto], que discorreu sobre a maneira como tem sido tratado do ponto de vista técnico.

Quero lembrar que, em 2009, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) adotou como referência de nomenclatura e codificação na saúde suplementar.

Nessa época, conseguimos demonstrar a importância de utilizá-la como referencial, o que fez da AMB uma entidade de grande

importância na introdução de novos procedimentos no âmbito da saúde suplementar.

Fica clara a importância do associativismo em nosso sistema de saúde, por meio de todo esse elenco de atuações e responsabilidades que a AMB assume com a sociedade como um todo.

Devemos reconhecer que a nossa confederada tem hoje alguma fragilidade em virtude do não crescimento do seu quadro associativo, essa é uma tarefa que precisa ser enfrentada.

As regras estatutárias, segundo as quais todos os associados das federadas e das sociedades de especialidade sejam associados da AMB, não têm sido observadas, e esse tema deve ser tratado como prioridade para o fortalecimento da entidade.

Finalmente, é preciso criar instrumentos para que os médicos recém-formados percebam a importância do associativismo e, no futuro, participem ativamente dele.

Talvez criar departamentos específicos para estudantes, residentes e recém-formados seja um caminho promissor.

Dr. Nerlan Tadeu Gonçalves de Carvalho: Dr. Florisval, apenas a título de complementação e fazendo uma pergunta: aqui, na Associação Médica do Paraná, nós fizemos um levantamento das diversas gerações e constatamos que temos a geração dos nascidos entre 1946 e 1994, considerada a geração *baby boomer*, e aqui, no Paraná, essa geração representa 8,25% dos nossos associados.

Já aquela geração chamada X, dos nascidos entre 1965 e 1980, representa 2,8% dos nossos associados.

Porém a geração Y, que envolve os nascidos entre 1981 e 1996, que estariam no período médico jovem, representam apenas 0,2% dos nossos associados no estado.

Nós, como entidade, estamos sofrendo um processo de envelhecimento diante desses dados, e a pergunta que eu deixo é: o que fazer para atrair o novo associado, o jovem, para oxigenar a entidade e dar a ela continuidade?

Dr. Florisval Meinão: Essa é uma tônica que acontece praticamente em todas as federadas.

Foram feitas várias reuniões com todas elas, das quais você também participou, e praticamente todos reclamam dessa mesma questão.

Eu penso que várias iniciativas têm sido tomadas no sentido de trazê-los, mas é algo realmente muito difícil.

Na Associação Paulista de Medicina, estamos trabalhando, inclusive com uma pesquisa em curso, para conhecer a expectativa dos médicos jovens com relação ao associativismo.

Essa pesquisa deve encerrar-se nos próximos dias, a partir daí nós vamos fazer um plano-piloto para uma população, digamos assim, reduzida de médicos para avaliarmos a possibilidade de implementar serviços que possam atrair os médicos jovens.

Eu penso que, pelo conteúdo científico, que hoje fica quase restrito às sociedades de especialidade, os médicos jovens tenham com elas maior vínculo.

É preciso encontrar formas de atraí-los.

Implementar atividades científicas, como congressos de acadêmicos, talvez seja uma boa alternativa.

De qualquer forma, este é hoje o grande desafio: trazer o médico jovem para as federadas e para a AMB.

No *chat* do evento, um comentário a respeito do título de especialista, em que o nosso colega médico fala que não deveria ser cancelado.

O Dr. Cesar Fernandes já tratou desse assunto, destacando a importância da recertificação mediante a frequência em eventos, e não a obtenção de novo título.

Na verdade, não seria cancelado, e sim recertificado, por meio da participação em congressos, cursos, atualizações.

Finalizando, saliento que a AMB é a única entidade capaz de atuar na defesa do médico, pois não tem amarras com outras instituições e é a única a lutar pela dignidade do trabalho médico e, claro, infelizmente não é compreendida, ou não é vista como tal, diminuindo-se assim sua importância.

Então nós temos de lutar pelo associativismo, porque somente assim seremos fortes.

Tema: **Relação médico-paciente: autonomia médica**

Presidente da mesa: Maurício Marcondes Ribas

Moderador: Clóvis Francisco Constantino

Palestrante: Donizzete Dimer Giamberardino Filho

Nós vamos trazer apenas alguns conceitos que todos os senhores conhecem, que norteiam a autonomia como princípio ético, como princípio biótico, algumas questões muito mais reflexivas do que conclusivas.

A medicina pertence à sociedade e à cultura dessa sociedade, e o principal valor da nossa profissão foi, é e ainda será, apesar de toda a tecnologia, a relação médico-paciente, ou seja, todos esses valores se constroem pela interpessoalidade.

Sabemos que a doença é um fenômeno e que um sujeito acometido por uma está fragilizado e projeta no outro, buscando ajuda, ele tem uma situação de vulnerabilidade e expectativas que variam conforme seu grau de discernimento e conhecimento.

Portanto, essa relação interpessoal com o médico tem uma hierarquia, mas nós temos que manter a autonomia de ambas as partes.

E essa comunicação é muito mais que a palavra, ela é cheia de observações, de toques, cheiros, posturas, pequenos movimentos, como todos os senhores conhecem.

Isso é a nossa semiologia, isso é a medicina que nós defendemos.

Trazemos como questões conceituais a ética, mas qual é o conceito de ética? É um instrumento, uma ferramenta para darmos

um rumo para as nossas posturas morais, e ela leva então a essa reflexão crítica, e cada um tem a sua consciência moral, que deve estar dentro dos parâmetros da sociedade organizada.

Então o que é a ética médica? É um conjunto de princípios morais e tomada de decisão dentro da medicina e das políticas de saúde e de cada situação que se apresenta, de uma investigação diagnóstica ou proposta terapêutica.

E dentro desse pluralismo, nós temos muitas correntes, dentre elas, a deontológica.

O nosso código de ética é deontológico, ele tem muitas redações, nós temos muitas condutas de prudência, de que você nunca pode prejudicar o outro, que você sempre tem de fazer o bem, enfim todos esses princípios norteiam o fazer da nossa profissão.

Aqui nós trouxemos então uma palavra de [Immanuel] Kant, o filósofo, aconselhando-nos a nunca mentir.

Todas as pessoas têm que ser tratadas de uma forma só, e essa ação, para elas, é algo imperativo, categórico, por isso tem de ser feita dessa forma.

E os nossos deveres são muitas vezes tomadas de decisão, mas todas as nossas tomadas de decisão têm de ser o melhor para o nosso paciente.

Então esse imperativo de dever da beneficência é muito importante.

Aqui trazemos os quatro princípios clássicos, existem outros, mas desses autores, Beauchamp e Childress, então da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça distributiva, nós vamos falar mais sobre autonomia, vamos passar rapidamente pela

maleficência, que é não prejudicar ninguém, aquele nosso juramento que todos nós conhecemos, e a beneficência é tentar fazer o bem.

E esse fazer o bem é muito mais que a prescrição do medicamento, ele envolve uma relação pessoal, e neste momento, acho que esse assunto está muito em voga, então é um dever tentar promover o bem, pelo menos o bem do próximo.

Aqui abordamos então a não maleficência.

Muitas vezes, nós passamos orientações, prescrições que têm certa inequidade, mas com uma representação do nosso paciente, de ajuda e apoio, isso é possível? É possível, mas nós temos de nos basear principalmente em terapêuticas científicas.

E principalmente dentro da não maleficência, não prejudicar, nunca causar dano, nunca causar sofrimento, não incapacitar, quer dizer, você não pode atrapalhar, você deve sempre ajudar.

Aqui, dentro da não maleficência, é óbvio que você pode ter consequências, então pode haver danos, o que é classificado como negligência, imprudência, os conflitos que temos com a terminalidade.

Muitas vezes, na terminalidade, você tem o tratamento opcional ou o não tratamento, que são tomadas de decisão muito difíceis em relação à autonomia, certo? Ou não começar a tratar ou retirar o tratamento também são tomadas de decisão que pertencem ao médico e ao paciente sempre.

E a ortotanásia, que nós defendemos.

Neste momento, nós temos que lembrar do nosso país, da mistanásia, quando um sistema de saúde já era colapsado na pré-pandemia.

Tivemos todas essas situações adversas com alta mortalidade, sem um tratamento reconhecido específico.

Aqui a beneficência seria uma obrigação de ajuda, proteger e defender direito dos outros ou prevenir-se contra a ocorrência de danos, quer dizer, a previsibilidade faz parte de uma condição, isto é, remover condições que ofereçam risco, ajudar os incapacitados e nunca ser omissos.

Eu quero dizer que sempre lembro os principais deveres no médico, do ato médico, como dever de atualização, o dever do conhecimento, o dever da diligência, que tem de usar todos os seus meios, o dever da informação em linguagem adequada ao seu paciente.

O quarto seria o dever de não exagerar em terapêuticas ou procedimentos diagnósticos, e o que agora está se impondo até com maior peso por lei: o dever de sigilo, de proteção de dados.

Ainda dentro da beneficência, o próprio paternalismo, algo muito comum até o século passado, está presente ainda, e muitas vezes se impõe para evitar o dano.

Ele se justifica sempre para o benefício do outro, até porque a autonomia do outro, pelo menos em nosso país, tem limites da sua consciência do dano e seu prejuízo.

Exemplo: testemunhas de Jeová.

No nosso país, a autonomia em risco de vida tem sua relatividade, e o médico tem o dever de salvar a vida desse paciente em circunstâncias em que ele não tenha um termo, um testamento vital, uma situação de irreversibilidade.

Em situações de tratamento como [de paciente] testemunha de Jeová, isso é sempre polêmico, e continuará sendo.

Aqui é algo clássico, que é o que mais representa na constituição americana, de que os direitos do cidadão, direito à propriedade, à sua liberdade propriamente dita só podem ser alterados por uma inquestionável legislação superior.

Então eu acho que, diante da liberdade das pessoas, autonomia é algo importante.

Aqui trouxemos, como princípio, o reconhecimento e o estabelecimento da autodeterminação, [a necessidade de] avaliar principalmente a legitimidade dessas opiniões e dessas opções, e que a autonomia anda de mãos dadas com a informação.

Se você não tem uma informação adequada, você não exerce sua autonomia.

Você precisa colocar isso de forma clara na balança, na sua tomada de decisão, além, é óbvio, do respeito à confidencialidade, isso é basilar na relação médico-paciente.

Lembrando que a informação é do paciente, ele é proprietário dela, nós somos somente seus guardiões.

Kant destaca que a decisão é autônoma se houver racionalidade, e isso tem de estar claro.

Mill, mais moderno, fala que a decisão é autônoma para se expressar.

Aí caímos no aspecto do que é ato racional, e como você define que uma pessoa praticou um ato racional? É uma pergunta de difícil resposta.

A consequência da autonomia, dessa formalização, é o consentimento informado, portanto é necessário, que para que qualquer pessoa exerça autonomia, ter informação, e para procedimentos que ponham em risco exatamente a mesma coisa, que é o que aconteceu, muito se discute com esse polêmico parecer 4, mas que prevê o consentimento individualizado.

Nós temos obrigação com a informação, ter a percepção de que esse doente compreendeu e respeitar a vontade dele ou de seu representante legal, e repito: desde que você não tenha dentro da legislação brasileira alguns impeditivos.

Dentro de uma concordância de terminalidade, não temos problemas, mas em situações agudas ou como já descritas, deve-se ter muito cuidado.

Aqui temos então os limites, e as pessoas confundem autonomia, como se para ela não houvesse limite; o nosso limite está no outro.

Então, se você vai entrar na autonomia do outro, tem de pensar em alguma coisa.

Ou seja, é fundamental em qualquer decisão médica com prescrição de medicação *off label*, compassiva, ter muito claro que há um limite de dados, porque, se ela oferecer risco de malefícios, isso tem que ser informado [ao paciente] e tem de haver o seu consentimento.

Autonomia do princípio do paternalismo, que para nós, pediatras, é muito comum.

No século passado, dizia-se: eu sei o que é melhor para o seu filho, a senhora vai ver isso, esse é o exemplo.

Mas a autonomia é sempre para proteção do nosso paciente.

A autonomia pode ser da pessoa capaz ou do seu representante legal, então é possível uma pessoa substituir a outra, isso é algo previsto legalmente.

Nos Estados Unidos, isso já está num patamar mais avançado que nós, lá eles levam essa autonomia com mais relevância que nós.

Na nossa cultura ainda se espera uma concordância em situações de tratamento fora de possibilidade terapêutica ou com limites, para que não se faça uma obstinação terapêutica, mas ainda a simples decisão autônoma do paciente, pela nossa legislação, a dificuldade de cumprimento.

Aqui estão os níveis de julgamento trazidos dos Estados Unidos. Lá se classificam todos os representantes, o que no nosso país ainda é muito discutível, mas temos que respeitar é aquela pessoa que convive, aquela pessoa da intimidade desse paciente que no momento não está sendo capaz de se manifestar.

Nós já temos o testamento vital e esse documento serve muito para a família tomar uma decisão junto com a sua equipe médica em momento difícil.

Agora, o consentimento, volto a esse contexto de consultoria.

Os doentes podem manter o direito a veto a certos tratamentos, desde que não haja risco iminente de morte, e esse direito a veto, ele tem que ser considerado, a fim de saber se é inútil, se é justo, nós temos que ponderar muito o benefício do paciente.

E se entendermos que isso é para o seu benefício, nós temos que buscar a família, os seus próprios pacientes, discutir o tratamento a pedido.

A autonomia do paciente tem seu limite também, é recíproca, pois quando o médico vai atender, ele assume total responsabilidade pelas consequências da não maleficência que isso possa causar.

E isso não é uma questão de poder, é sim uma questão de beneficência e de autonomia, considerando o limite do outro.

Edmund Pellegrino é um doutor em bioética de Washington (EUA), ele define a relação médico-paciente como uma equação moral marcada pela reciprocidade de ambas as obrigações, tanto do lado do paciente quanto do médico, de forma equilibrada, e que ambos busquem o bem um do outro e respeitem suas autonomias.

Esse é um conceito clássico, quase irretocável, acredito.

Aqui apresentamos Gregory falando sobre autonomia do paciente.

Todos os homens têm direito de decidir quando se trata da sua saúde e da sua vida.

Todo ser humano é autônomo, e o enfermo também o é.

A emancipação do paciente vem numa crescente.

Mas afirmo: é preciso ter noção do seu grau de informação.

Para o espanhol Diego Gracia, o consentimento informado é a aceitação racional de uma intervenção médica ou a escolha de tratamentos entre as alternativas possíveis para determinada situação, e para assumir esse consentimento, o paciente deve reunir condições e dispor de todas as informações suficientes, compreendê-las,

encontrar-se livre para decidir de acordo com os próprios valores e ter capacidade plena para fazê-lo.

Relativismo moral existe, mas a capacidade de crítica da razão não é relativa, o relativismo moral tem o pluralismo como valor, então essas duas frases trazem toda a complexidade de uma tomada de decisão diante de uma dificuldade, diante da possibilidade de um tratamento que não existe, em que nós temos que pôr todos os nossos valores e toda a capacidade de direito individual e direito coletivo em prática.

Por fim, reforçando a importância da relação médico-paciente, afirmo: quando nós perdemos a relação, nós perdemos a profissão.

Tema:
**Responsabilidade médica *versus*
influências da justiça na saúde**

Presidente da mesa: Maurício Marcondes Ribas

Moderador: Clóvis Francisco Constantino

Palestrante: Martim Afonso Palma

O CRM e o CFM serão palco, doravante, com o fim da pandemia, de intensas discussões acerca da autonomia, que está dentro dos princípios da bioética, princípios esses estabelecidos por Beauchamp e Childress em 1979, em Wisconsin (EUA).

Pois bem, trata-se dos princípios da autonomia, da justiça, da beneficência, e não da maleficência, tão em voga hoje, que os seus criadores Beauchamp e Childress tiveram essa visão tão sólida da medicina para estabelecê-los.

Mas o que eu vou falar como advogado não são coisas boas, eu vou falar da parte ruim da medicina, dessa interface entre medicina e direito, que acaba desaguando no Judiciário e resultando em indenizações e responsabilidades disciplinares desagradáveis para o médico que não está acostumado com esse tipo de responsabilidade.

Primeiramente, eu quero deixar claro que a responsabilidade médica é apurável em três esferas.

A esfera judicial, que é a responsabilidade financeira, a famosa restituição pelo chamado erro médico, que o Dr. Miguel Kifouri trouxe para o Brasil, ou seja, *la perda de una chance* (a perda de uma chance), o que não foi feito.

Essa é a parte judicial, que gera eventualmente ressarcimento financeiro.

A parte administrativa é aquela feita pelo CRM, com a qual tenho tanta familiaridade, que são as apurações daquilo que se esperava de um médico, e um médico com conhecimento razoável tomaria essa conduta? Sim ou não? Isso será avaliado do ponto de vista deontológico, chamado de deontológica médica, porque são princípios, caminhos mínimos que o médico tem que ter, porque se ele se desviar desse caminho mínimo, o Conselho de Medicina, que tem sua atuação não como vingança, mas como readequação de conduta, vai buscar restabelecimentos no caminho deontológico mínimo.

E o terceiro é aquele que chamamos de caminho criminal, a esfera criminal, por vezes, a atividade do médico deságua em uma responsabilidade criminal.

Sim, por exemplo, uma parturiente, cujo filho nasceu em óbito, vai à delegacia de polícia, lavra um boletim de ocorrência e irá deflagrar contra o médico uma ação criminal, ação esta que poderá resultar em reclusão, detenção, mas na maioria das vezes resulta naquelas situações de penas alternativas, em que o médico se compromete a oferecer cestas básicas, pintar o muro do Hospital, enfim as chamadas penas alternativas.

Dessas três searas de atuação, eu vou começar pela judicial, que é a mais ingrata, porque pesa no bolso do médico e, pela minha experiência profissional, posso dizer o seguinte: em todas as minhas atuações no Poder Judiciário — que não foram poucas — houve no polo ativo pessoas sob o manto da justiça gratuita.

Isso em uma ação de indenização por erro médico representa uma grande pecha no seguinte sentido: todas as ações judiciais no âmbito cível vão culminar em uma perícia.

E eu nunca vi uma perícia por menos de R\$ 8 mil.

Além disso, por vezes, os denunciante colocam no polo passivo mais de um médico e o hospital.

E um bom advogado vai requerer uma perícia, a qual custa R\$ 8 mil, R\$ 10 mil, R\$ 20 mil, já vi perícias de até R\$ 25 mil.

Na verdade, quem sucumbisse à ação é quem deveria arcar com essa despesa.

Mas o médico, angustiado, adianta o valor da perícia.

Então o que ocorre normalmente é esse custo ser dividido pelos médicos e o hospital, os quais figuram no polo passivo.

Vejam como é importante isso.

Por que eu estou falando disso? Porque na maioria das ações em que figurei, o denunciante era beneficiário da justiça gratuita, então, como ele não podia pagar a perícia — e ele tem direito à justiça, ao direito constitucional —, quem acaba pagando? O médico e o hospital.

Mesmo que seja julgado procedente, porque o beneficiário da justiça gratuita, ao final da ação, é condenado a pagar, mas o juiz coloca lá: “Não haverá pagamento nem de sucumbência nem de perícia enquanto perdurar a situação de miserabilidade”.

Por isso eu convoco os senhores a esta reflexão: toda ação judicial por erro médico já nasce com um ônus para quem é reclamado, por

mais que não haja nexos de causalidade entre a ética médica e a arte médica, entre o ato médico e o resultado desfavorável da ação.

Por vezes, numa histerectomia, acontece alguma coisa com a paciente, e não foi por força da atuação do médico, foi por força

da doença que a acometeu, mas só o ingresso da ação já significa um prejuízo pecuniário tanto para o médico como para o hospital.

Por isso fica essa reflexão do desequilíbrio da balança das ações que discutem o chamado erro médico.

Eu chamo de ação de responsabilidade, mas já ficou o jargão, inclusive existe quem até põe no cartão “Eu sou especialista em erro médico”.

Em verdade, não existe especialista em erro médico, seria a responsabilidade civil do médico.

Já nas ações de cunho administrativo, de cunho ético, que é o nosso dia a dia, meus e dos médicos conselheiros, que recebemos uma enxurrada delas, está crescendo assim, de forma vertiginosa, infelizmente, essa insatisfação.

O médico responde inicialmente a uma sindicância, que poderá ser arquivada ou resultar num processo disciplinar.

E os médicos que ligam no departamento jurídico nos perguntam: o que poderá acontecer comigo, que sou médico? Porque responder ao processo já é uma pena.

Pois bem, as sanções disciplinares estão previstas no artigo 22 da Lei nº 3. 268, de 30 de setembro de 1957, que diz: aquele médico que foi condenado disciplinarmente no viés ético poderá receber uma advertência confidencial em aviso reservado, uma censura confidencial em aviso reservado, e uma censura pública: suspensão do exercício profissional por até 30 dias e cassação do exercício profissional *ad referendum* do conselho federal de medicina.

E nós sempre falamos: é aqui que está a grande diferença. Porque uma censura confidencial e uma advertência confidencial se dão intramuros, é o conselho falando para o seu inscrito: sua conduta não foi correta, reveja o seu proceder.

Quando passamos por uma censura pública, qualquer paciente digita no Google o nome do médico e cai no portal do CRM, onde estará estipulada a censura, a qual é mantida por oito anos — a reabilitação desse profissional se dá em oito anos —, ou seja, quem fizer essa pesquisa saberá da apelação de censura pública a que o médico respondeu.

Muita gente pensa que isso não é nada, mas eu ousou dizer o contrário.

Imagine-se um anestesista numa cidade pequena, com censura pública ao seu nome disponível no Google, no portal do CRM, qual cirurgião vai ter liberdade de convidá-lo [para um procedimento]? Então uma censura pública, para um médico decente, para um médico coerente, é uma pecha, um ônus muito grande.

E no código de ética temos respectivamente, a suspensão do exercício profissional e a cassação do exercício profissional, que é a pena derradeira, aplicada quando o médico não reúne condições de exercer o sacerdócio da medicina.

Os exemplos claros são assédio sexual, e o médico não pode proceder assim, porque ele atende mulheres, crianças em ambiente fechado, e elas depositam nele sua confiança.

Esse é o exemplo de indivíduo que não pode ser médico, e obviamente vai ser cassado, e a cassação, por vezes, é discutida na justiça comum, inclusive já foi fixado pelo Supremo Tribunal Federal que, por não se tratar de cercear a liberdade de ir e vir, é uma pena perpétua.

Sim, a cassação é válida constitucionalmente falando, é como demitir um funcionário público, a demissão é para sempre.

Seria uma pena perpétua? Sim, é uma pena que não tem vedação constitucional da perpetuidade, porque não impede, não vai cercear a liberdade de ir e vir do agente, por essa razão as cassações do Conselho de Medicina permanecem hígdas perante a justiça comum.

Não foi uma, nem duas, nem cinco vezes, todas as cassações desaguam na justiça, e nós, no Conselho de Medicina, é que fazemos a defesa, e elas são mantidas pela justiça comum por se tratar de caso em que aquele agente não reúne condições para exercer a medicina.

Então vejam bem, temos aqui a apuração cível, a administrativa e, por fim, a responsabilidade criminal — peço desculpas por abordar esse assunto tão espinhoso.

Um exemplo disso é o de uma parturiente cujo filho nasce em óbito e vai à delegacia lavrar um boletim de ocorrência, por meio do qual o delegado de polícia angaria elementos.

Essa parte é muito interessante, porque não é muito difundida nos meios jurídicos e médicos.

O delegado de polícia não tem necessidade de agir com ampla defesa e contraditório, é como a sindicância no Conselho de Medicina, em que o sindicante pega os prontuários e diz: isso aqui já é elemento suficiente para eu instaurar um processo disciplinar, não preciso nem sequer dar vistas a quem quer que seja.

Assim é o delegado de polícia num inquérito que vai apurar o óbito do recém-nascido, ele não precisa notificar a defesa, ele vai apurar, angariar elementos para encaminhá-los ao Ministério Público.

Porque, na justiça criminal, é o Ministério Público que vai oferecer — ou não — a denúncia.

Olhe que interessante esse raciocínio, assim como no Conselho de Medicina é o conselheiro sindicante quem oferece — ou não — a denúncia, na justiça comum, é o delegado de polícia quem informa ao promotor de justiça, e este é que tem a titularidade de oferecer — ou não — a denúncia.

Por vezes, o promotor arquiva a denúncia oferecida, assim nem se instaura um processo criminal.

Pois bem, é digno de nota que esse arquivamento na justiça comum não contamina os processos disciplinares ou cíveis.

Nesse ponto, imperioso é mencionar que a única decisão da justiça que contamina as esferas administrativa e cível é aquela em que o juiz criminal nega a autoria, dizendo: o médico não cometeu o ato que gerou o óbito da criança, ou a negativa do fato: o parto no dia tal não ocorreu.

Quando temos essas decisões da justiça criminal, negativa de autoria e do fato, elas contaminam as outras esferas, ou seja, a administrativa, que é a nossa, o CRM, e a cível.

Significa dizer que um processo, quando é arquivado por negativa de autoria ou do fato, na justiça criminal, o juiz da instância cível tem de fazer o mesmo.

E no CRM, o conselheiro vai ter de fazer um despacho dizendo: estou arquivando este processo disciplinar porque na justiça criminal houve a negativa de autoria e a negativa da ocorrência do fato.

Perfeito! E, na minha experiência como advogado, eu tenho visto o promotor de justiça arquivar, porque na justiça criminal se apura o evento doloso.

E se não houve dolo, é uma culpa com intenção de fazê-lo.

Um exemplo disso é o caso do motorista bêbado que diz: eu não quis atropelar aquele pedestre.

Sim, mas você bebeu, por isso assumiu a culpa. Há um cunho penal a ser levantado.

Então, agora que eu fiz um desenho para os senhores das esferas cível, administrativa e penal, eu gostaria de voltar à esfera cível para dizer o seguinte: eu sou advogado em vários processos cíveis, eu tenho contato com muitos advogados, sou o criador da Comissão de Direito à Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), junto com Sílvio Guidi, portanto nós temos muito contato com esse tipo de ação.

E o que eu tenho visto também — e considero preocupante — é que a quase totalidade dessas ações tramita sob o manto da justiça gratuita.

Normalmente, quando se trata de uma ação de apuração de erro médico, em que o denunciante é um hipossuficiente, e por vezes muito pobre — perdoem-me ser claro aqui —, as decisões judiciais, como eu tenho visto, acabam fazendo um tipo de justiça social, mas no bolso do hospital, no bolso do convênio e no bolso dos médicos.

É uma situação preocupante, porque você comprova judicialmente que não houve nexo de causalidade entre a conduta do médico e

o evento danoso, mas o magistrado diz: em que pese isso, em que pese aquilo, condeno ao pagamento de R\$ 20 mil, R\$ 30 mil.

E vem um novo alerta aqui: esses R\$ 20 mil, R\$ 30 mil, no transcurso do processo, que não leva menos de oito, dez anos, viram R\$ 300 mil, R\$ 400 mil, R\$ 500 mil por força de correção monetária e juros aplicáveis à luz da legislação.

E os reclamados falam: quanto deu aquela açozinha? Poxa, infelizmente, foi um esquecimento de gaze, e pelo esquecimento dessa gaze, o juiz arbitrou em R\$ 15 mil a indenização, mas está em R\$ 1,2 milhão, porque já faz 20 anos que a ação está tramitando, e os médicos, desesperados, dizem: o que eu faço agora? Eu tenho o dever de denunciar esse evento, dever de informar aos senhores e alertá-los sobre isso, porque é o que tenho visto nas ações cíveis.

São situações em que não hánexo de causalidade, mas a justiça comum, em razão da hipossuficiência do autor da ação, condena médico, hospital e plano de saúde a ressarcirem danos que não ocorreram.

Eu trago essa angústia, pois é algo que vivo nos meus processos judiciais.

Acabei de receber uma decisão que condenou o município — não vou dizer seu nome aqui — a pagar R\$ 100 mil de indenização, e o magistrado, de forma estratégica, retirou os médicos do polo passivo porque, quando se trata de saúde pública, o agente é afastado e somente o ente vai arcar com a responsabilidade.

Eu vou tomar a liberdade de dizer o que aconteceu nesse caso: uma senhora com mais de 50 anos, tabagista, obesa, diabética, reclamava de dor no ombro, e os médicos, em prontuários, informaram:

eu dei Tandrilax, eu tratei essa dor, é uma dor muscular, fizemos exame físico, fizemos exames complementares.

E essa paciente foi a óbito.

E o que era? Era infarto agudo do miocárdio, mas havia como detectar isso numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em um posto de saúde? Ela falava: é uma dorzinha...

Cinco médicos a atenderam, e o município foi condenado a indenizar a família em R\$ 100 mil.

Pergunto aos senhores: foi uma indenização justa? Eu tenho convicção de que não foi, porque esse mesmo caso foi acordado perante o CRM e consta nos autos uma decisão de um conselho de medicina, de um colegiado, e o Conselho de Medicina do Paraná é um dos mais rigorosos.

Está lá uma decisão dizendo que não existe nexo de causalidade entre a conduta dos cinco médicos que atenderam essa paciente e o seu óbito, por quê? Porque quando você está numa UPA, você atende um desconhecido, não é aquele paciente que você tinha antigamente, que podia dizer: desse aqui, eu conheço até a filha, o marido; a senhora engordou, é melhor eu pedir um exame cardíaco.

Não, você atende um desconhecido.

Então fica o alerta desse caso em que cinco médicos atenderam essa desconhecida, a qual teve um infarto agudo do miocárdio, ainda assim o município foi condenado a indenizar a família em R\$ 100 mil, que corrigidos vão chegar, como eu acredito, a R\$ 1 milhão.

Quero deixar mais um alerta: um dos problemas que geram muitos processos disciplinares no CRM é a falta de comunicação.

É o caso do paciente que ingressou numa unidade de saúde, foi atendido por um profissional, porém este não informou corretamente a situação desse paciente ao colega ao qual transferiu o plantão, ou ainda do médico que solicitou um exame e não foi específico quanto à razão da solicitação.

Essa falta de comunicação acaba desaguando no CRM.

Eu nunca me esqueço do pedido de uma senhora de idade avançada que fez uma ultrassonografia transvaginal, porém ela era virgem.

O ultrassonografista, por sua vez, fez o procedimento, rompendo assim o hímen dessa senhora.

O que faltou? Faltou o médico que a acompanhava dizer ao colega: veja se é necessário, pois ela nunca teve relação sexual.

Não houve essa comunicação, e isso gerou um dano irreparável para a paciente.

Fica aqui um ensejo: é fundamental, num serviço de medicina, a comunicação clara entre os profissionais, ela evitará que desaguem no Poder Judiciário, nos conselhos de medicina, tantas e tantas ações pelo chamado erro médico.

Tema:
**Erro médico: a prevenção e a
defesa jurídica do médico**

Presidente da mesa: Maurício Marcondes Ribas

Moderador: Clóvis Francisco Constantino

Palestrante: Ademar José de Oliveira Paes Jr

Em relação à origem dos conflitos da relação médico-paciente, é preciso sempre — e nunca é demais — lembrar alguns deveres a serem observados pelo médico para evitar esses conflitos: o dever de ser ético, de conhecer o Código de Ética Médica.

Nesses tempos, eu venho conversando muito com agentes do direito, empresas, e um termo muito presente em todas as discussões é ética, *compliance*.

E nós, médicos, temos a felicidade de ter um código de ética médica e compliance; e estar em conformidade para nós, médicos, é seguir o nosso Código de Ética Médica.

Quem lidera uma instituição exerce sua profissão, isso lhe proporciona mais clareza em relação ao que precisa seguir: dever de informar, agir com base na boa medicina, zelar pela documentação médica — e isso requer trabalho, requer tempo, mas não pode nunca ser desprezado — e de sigilo, especialmente em tempos de amplas discussões sobre a Lei Geral de Proteção de Dados.

Nós, médicos, já temos bastante tranquilidade em fazer o que fazemos desde os tempos de Hipócrates: manter sigilo em relação aos nossos doentes e nossos procedimentos.

E isso agora precisa ser adaptado às tecnologias disponíveis para armazenamento dessas informações.

Mas o princípio é norteador da nossa profissão, algo que não é tão simples em outras áreas de atuação na sociedade.

E essa relação médico-paciente é o cerne da prevenção, porque no centro de eventual litígio tem de estar a manutenção dessa boa relação, mas acredito que na maioria dos casos de consequência litigiosa tenha origem na quebra dessa sagrada relação de confiança, desse elo do médico com seu paciente.

E lembrando sempre que existem inúmeros princípios, poderíamos elencar aqui uma dezena ou mais deles, mas a confiança, a reciprocidade, a autoridade com empatia no momento em que você precisa exercer a autonomia, a compaixão, isso tudo é muito importante.

Alguns cuidados merecem mais atenção nessa relação interpessoal que deve ser criada, mesmo que por um período curto.

E é muito difícil você falar isso quando está discutindo questões que envolvem um pronto atendimento, uma emergência, um atendimento de ambulância, e assim por diante, mas sempre que possível tentar nutrir esse relacionamento, o preenchimento adequado e completo do prontuário, isso é essencial para o caso de uma alegação, muitas vezes, fora da realidade, fora do que verdadeiramente ocorreu.

É frequente em uma situação às vezes não litigiosa, uma situação corriqueira, na qual o paciente em uma consulta recebe informações com muita empatia, com muito cuidado por seu médico, mas ao sair do consultório, ele olha para o acompanhante e fala assim: “Eu não entendi tudo que ele falou, eu esqueci alguma coisa”.

Isso não é raro.

Então é necessário esse preenchimento adequado e completo, o qual serve até para se lembrar do que aconteceu, tanto para um lado quanto para o outro.

Lembro ainda a importância do termo de consentimento livre e esclarecido, quando necessário, para garantir ao médico proteção, além de uma documentação provando que as informações pertinentes foram passadas ao paciente.

Há que se lembrar também a necessidade de verificar e exigir boa organização do estabelecimento onde o médico atua, com disponibilidade de boas ferramentas de gestão.

Especialmente àqueles colegas que atuam em muitos locais, pede-se atenção a isso, pois é preciso saber se estão devidamente organizadas tais informações para o caso de eventualmente você precisar delas.

Essa boa organização, a disponibilidade de ferramentas de gestão, com agendamentos, horário, local onde foi atendido, se realmente foi registrado que você estava lá e que o paciente estava lá, porque existem trocas de plantão e, às vezes, o estabelecimento dá uma informação, e não era exatamente o médico que estava naquele momento, assim o médico acaba envolvido de maneira inadequada.

É nesse ambiente que nós vivemos hoje, em que os médicos essencialmente autônomos têm diminuído muito, o médico autônomo, o profissional liberal clássico, hoje está em extinção, a maioria trabalha como pessoas jurídicas.

E nós sabemos que as consequências para as empresas são diferentes.

Já muda quando é do público para o privado, e no âmbito privado, quando é individual e quando é empresa, muitas vezes, isso se modifica também.

Então, dentro das empresas, é muito importante registrar a conservação e a manutenção dos dados referentes aos pacientes e às condições de atendimento, por exemplo, se houve intercorrência, agressão, desrespeito, porque isso, às vezes, acontece.

Se não havia condições fora de controle, como falta de energia elétrica, alagamento provocado por uma tempestade, tantas coisas que precisam ser registradas, que podem influenciar o atendimento, como exames, prontuários, lembrando que esses prontuários precisam estar disponíveis por 20 anos.

Faz-se necessário ainda observar as condições de armazenamento desses dados, bem como o acesso a eles.

É preciso uma governança adequada, com as medidas técnicas, para garantia de sigilo médico à luz da Lei Geral de Proteção de Dados, o funcionamento adequado das estruturas hospitalares, as atividades de suporte, a organização interna, enfim o médico tem o seu papel, nós vivemos em um ambiente multidisciplinar, mas a responsabilidade maior é do médico.

E cabe a esse profissional também verificar se a estrutura, as atividades de suporte estão funcionando adequadamente, se o suporte está sendo cumprido a contento.

Lembremos que a pessoa jurídica permite estabelecer uma relação de consumo, permite estabelecer o princípio da inversão do ônus da prova, permite atribuir ao paciente o conceito de

hipossuficiência, ou seja, do consumidor em relação ao prestador, entre outros fatores.

Eu acho que é um capítulo à parte na prevenção da pessoa jurídica, especialmente quando o médico opta por essa modalidade de trabalho.

E nas formas mais comuns de conflitos envolvendo médicos que ensejam a defesa jurídica, nós temos os processos ético-disciplinares no âmbito dos conselhos e os processos judiciais cíveis, visando à indenização, e não podemos negar que, em relação a esse aspecto do direito, os processos indenizatórios aumentam, pois para muitos, quaisquer questões são objeto de solicitação de indenização.

Assim entramos muito no âmbito subjetivo do dano pessoal, do dano moral e outras questões

No caso de processos judiciais penais, que visam à condenação por crimes, situações mais graves ainda, não apenas a questão financeira pode ser afetada, mas a liberdade desse profissional também fica sob risco.

Uma breve revisão: estou aqui entre amplos conhecedores, mas apenas informando aos nossos colegas que os processos ético-disciplinares são instaurados mediante denúncia ou de ofício pelos conselhos regionais de medicina.

A tipificação dos delitos éticos previstos no Código de Ética Médica e o processamento à luz do Código de Processo Ético

Médicos passam pelas fases de sindicância, que envolvem a instauração de um processo, a decisão de recursos e a defesa escrita de forma prévia.

Depois é instaurado o processo ético-disciplinar, cujos principais meios são o esclarecimento dos fatos, a documentação médica, a oitiva de testemunhas e a perícia médica.

Já nos processos cíveis, que envolvem indenização, a instauração é perante o juízo competente, em geral com base em alegação de negligência, imprudência e imperícia, só relembrando conceitos clássicos.

Então contra o que precisamos nos prevenir? Contra a atitude omissiva, ou seja, não dar o cuidado devido ao seu doente antes, durante e após o seu atendimento; e contra a imperícia, que é não ter a habilidade necessária para determinados procedimentos.

Especialmente no Brasil, onde o médico tem ampla liberdade para exercer sua profissão, ele precisa ter essa autonomia, a qual, como muito bem conhecidas, tem seus limites, ou seja a habilidade necessária limita a autonomia de um colega para determinado procedimento, determinado atendimento.

E por último a defesa, a contestação jurídica e os meios de prova, como a documentação (prontuários, termos de consentimento livre e esclarecido e exames comprobatórios), a produção de uma perícia médica e a oitiva de testemunhas, técnicos.

Já em âmbito penal, é instaurado processo com base em denúncia oferecida pelo Ministério Público.

Lembremos que processos como esse costumam se alongar bastante por contestação jurídica.

E a exemplo dos processos cíveis, a documentação médica (prontuários, termos de consentimento e exames) é essencial, daí a importância de o profissional sempre registrar adequadamente

aquilo que está sendo feito, solicitar o termo de consentimento, os exames necessários para determinado diagnóstico, enfim documentar tudo de maneira adequada para evitar problemas.

Uma perícia médica pode ser necessária, e logicamente a oitiva de testemunhas e técnicos.

Algumas recomendações, dada a complexidade: é importante o advogado contratado para defesa ser familiarizado com o direito médico, porque existem inúmeros elementos específicos da prática médica.

Então o médico tem que acompanhar e subsidiar a defesa com documentos, argumentos técnicos, publicações científicas, interpretação do caso específico.

Sabemos que cada caso tem suas particularidades, inclusive a expressão “cada caso é um caso” faz parte da prática diária da medicina, mas é muito importante o médico prestar todos os esclarecimentos na elaboração da defesa e dedicar muito tempo a ela, mesmo naqueles casos que parecem ser óbvios ou que há obviedade de inexistência de culpa ou nexos.

Também é importante manter o sigilo e recomendar que este seja requerido nos casos de apreciação judicial, porque existem as questões legais envolvidas, e nós, médicos, vivemos de reputação também, a qual precisa ser protegida.

Então, em que pesem algumas situações, os casos beiram o absurdo, mas na maior parte deles, felizmente, as acusações acabam sendo por assimetria de conhecimento e expectativa às vezes inadequada em relação à capacidade da própria medicina de prover solução para determinada doença ou situação.

E há que se proteger a reputação do médico, então não há apenas o cuidado legal, nós temos que ter também o cuidado reputacional, proteger a reputação, ainda mais em tempos de redes sociais, em que o assassinato da reputação é algo quase banal.

Enfim é preciso agir de forma consciente de que as anotações no prontuário serão essenciais para defesa do médico — e isso não é de hoje —, e a tecnologia precisa nos ajudar a melhorar esse aspecto, e não criar mais dificuldade, exigindo mais tempo do médico.

Vemos certos prontuários muito complexos, em que se passa muito tempo digitando, registrando, isso é necessário, e nós contamos com a evolução tecnológica para conseguir melhores resultados.

Então eu trago aqui um resumo desse aspecto que considero essencial, mas de tudo que eu falei, a relação médico-paciente é sem dúvida o principal elemento de prevenção.

Nós temos inúmeras questões de processos de gestão e equilíbrio interdisciplinar nas instituições nas quais trabalhamos, e é importante haver equilíbrio e regularidade.

E reitero: a tecnologia é essencial para a medicina nos dias de hoje, mas nada é tão importante quanto a empatia, a relação de confiança que tem de ser construída entre médico e paciente.

Mesmo quando o atendimento é breve, quando acontece num pronto atendimento, numa emergência, numa ambulância de serviço de atendimento móvel, isso precisa ser construído, não pode ser ignorado, e uma conduta pessoal que permita abertura para essa relação é essencial.

Agradecimentos



ADEMAR JOSE DE OLIVEIRA PAES JR

Presidente da ACM.
Médico da Hospital Care - Clínica Imagem Florianópolis.



AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO

Professor titular da UFMG.
Presidente da Febrasgo.



AKIRA ISHIDA

Professor Titular da Universidade Federal de São Paulo.
Membro do corpo editorial da Revista Brasileira de Ortopedia.



ANTONIO JOSE GONÇALVES

Professor Titular – Livre Docente da Santa Casa de São Paulo.
Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP).



CESAR EDUARDO FERNANDES

Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).
Professor Titular da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC.



CLOVIS FRANCISCO CONSTANTINO

Professor de Ética Médica e Bioética - Medicina - UNISA.
Coordenador (Head) da Unidade de São Paulo da International Chair in Bioethics (World Medical Association Cooperation Centre) do Departamento dos Países de Língua Portuguesa.



DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO

Diretor técnico e chefe do Serviço de Nefrologia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe (Curitiba).
Professor de medicina da Faculdade Pequeno Príncipe (FPP).



ELEUSES VIEIRA DE PAIVA

Médico, professor universitário e político brasileiro, foi deputado federal por dois mandatos suplente por São Paulo.
Ex Presidente da AMB.



FABIO AUGUSTO DE CASTRO GUERRA

Presidente da AMMG (gestão 2020/2023).
Conselheiro efetivo do CRM MG.



FERNANDO SABIA TALLO

Médico da disciplina de Clínica Médica da UNIFESP-EPM.
Professor titular de Urgências e Emergências da EPCM.



FLORISVAL MEINÃO

Ex presidente da Associação Paulista de Medicina.
Atual Diretor Administrativo da Associação Paulista de Medicina.



GERSON JUNQUEIRA JR.

Presidente da Associação Médica do Rio Grande Do Sul - AMRIGS.
Conselheiro Titular do CREMERS (2021-2023).



GUIDO PALOMBA

Psiquiatra Forense.

Ex-presidente e Membro Emérito da Academia de Medicina de São Paulo.



IVAN CECCONELLO

Professor de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Membro da Comissão de Educação Médica da AMB.



JOÃO NEVES DE MEDEIROS

Presidente da Sociedade Mineira de Oftalmologia gestão 2021-2022.

Gestor do Centro de Oftalmologia do Hospital Evangélico de Belo Horizonte.



JOÃO SOBREIRA

Vice Presidente da APM.

Oftalmologista pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia -AMB.



JORGE CARLOS MACHADO CURI

Médico Cirurgião Assistente da Disciplina de Cirurgia do Trauma da FCM UNICAMP.

Diretor de Defesa Profissional da SMCC (Soc. Medicina e Cirurgia de Campinas).



JOSÉ EDUARDO LUTAIF DOLCI

Professor Titular de Otorrinolaringologia da FCMSCSP.

Reitor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – gestão 2021-2022.



JOSÉ FERNANDO MACEDO

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.



JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL

Presidente da Associação Paulista de Medicina (2020-2023).
Presidente da Academia de Medicina de São Paulo (2021-2023).



JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO

Professor Titular de Cirurgia da FEMPAR.
2º Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira.



LUCIANA RODRIGUES SILVA

Professora titular de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFBA.
1ª vice-presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).



LUCIANO GONÇALVES DE SOUZA CARVALHO

Especialista em Urologia - titular da Sociedade Brasileira de Urologia.
Diretor de assuntos parlamentares da AMB.



LUIZ CARLOS VON BAHTEN

Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.
Professor Titular de Clínica Cirurgia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



LUIZ HENRIQUE MANDETTA

Foi Ministro da Saúde do Brasil (2019-2020).
Liderou o STOP TB Partnership Board.



MARCOS GUTEMBERG FIALHO DA COSTA

Presidente da Federação Nacional dos Médicos.
Presidente do Sindicato dos Médicos do Distrito Federal
(SindMédico-DF) pelo quarto mandato.



MARIA RITA DE SOUZA MESQUITA

Mestrado e Doutorado pelo Departamento de Obstetrícia da
EPM/UNIFESP.
Diretora de Defesa Profissional da Associação de Obstetrícia e
Ginecologia do Estado de São Paulo - SOGESP.



MARTIM AFONSO PALMA

Membro do Tribunal de Ética da OAB-PR.
Assessor jurídico do CRM-PR.



MARUN DAVID CURY

Diretor de defesa profissional da APM desde 2012.
Diretor do SINDHOSP desde 2017.



MAURICIO MARCONDES RIBAS

Professor das disciplinas de Saúde da Criança, Pediatria e
Traumatologia da Fempar.
Diretor Clínico do Hospital Universitário Evangélico
Mackenzie de Curitiba (HUEM).



MIYUKI GOTO

Professora convidada da Fundação Getúlio Vargas nos Cursos de Auditoria e Gestão em Saúde do GVPEC.

Consultora Técnica da CBHPM Associação Médica Brasileira.



NERLAN TADEU GONÇALVES DE CARVALHO

Presidente da Associação Médica do Paraná.

Um dos criadores da Universidade Corporativa da AMP (Ucamp).



OGNEV MEIRELES COSAC

Membro Titular da Soc. Bra de Cirurgia Plástica (SBCP).

Atual Presidente da Associação Médica de Brasília.



RENATO AZEVEDO JÚNIOR

Vice Presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

Diretor Científico adjunto da Associação Paulista de Medicina.



ROQUE SALVADOR ANDRADE E SILVA

Vice-presidente Região Nordeste da Associação Médica Brasileira.

Fundador e 1º Presidente do Conselho Curador da FABAME.

PRODUÇÃO EDITORIAL



ZEPPELINI
PUBLISHERS

