



CREMEPA DEBATE CAOS NA SAÚDE

**AUTORIDADES
FORAM CHAMADAS
PARA RECEBER
SUGESTÕES E
TENTAR MINIMIZAR A
SITUAÇÃO PRECÁRIA
NA CAPITAL E EM
OUTRAS CIDADES
DO PARÁ**

Páginas 6 e 7



ENTREVISTA

HELENA BRÍGIDO FALA SOBRE A GRIPE A

Página 3

ELEIÇÕES CFM

CONHEÇA OS ESCOLHIDOS NO PARÁ E NO BRASIL

Página 9

Uma situação insustentável

A situação da saúde pública no Estado do Pará chega ao limite do tolerado pela sociedade. As manchetes diárias dos jornais fazem menção ao atendimento ou a falta de atendimento nas unidades de saúde e pronto-socorros do município de Belém, assim como do Estado.

A quem responsabilizar por esta situação? Parece que somente o médico, na condição de assistente ou de diretor, tem sido responsabilizado. Mas esta situação que já vem de longa data e que agora “explode” é, principalmente, de responsabilidade dos gestores.

A população que depende do SUS está desassistida, largada à própria sorte. Os médicos trabalhando em locais sem condições mínimas necessárias para um atendimento digno, com remuneração muito aquém do merecido ou com salários atrasados, vêm sendo cobrados pela população e responsabilizados pelas mortes e complicações dos pacientes. Geralmente, são os únicos responsabilizados pelo caos na saúde.

É mais do que chegado o momento das autoridades, os gestores públicos, demonstrarem respeito pela vida dessas pessoas que não tem outra alternativa se não a de recorrer ao atendimento público e aplicarem corretamente a verba destinada à saúde, aparelhando as unidades básicas e os pronto-socorros, contratando mais médicos e serviços hospitalares, melhorando a remuneração de forma justa, qualificando os profissionais e pa-

gando em dia aos que cotidianamente enfrentam situações tão adversas. Isso nem devia ser cobrado das autoridades, já que são questões básicas e essenciais quando se fala em saúde. Mas estamos no Pará...

É necessário que o Estado assumira seu papel, aplicando políticas públicas abrangentes, com investimentos em recursos humanos e equipamentos, visando a melhoria no perfil epidemiológico dos nossos municípios, e, conseqüentemente, diminuindo a necessidade da transferência dos pacientes para Belém, somente transferindo em casos realmente necessários e com suporte adequado para isso. Tais medidas diminuiriam a demanda dos pronto-socorros, para que estes possam cumprir seu papel de urgência e emergência, deixando de atuar como ambulatórios.

O Conselho Regional de Medicina está atento à situação da saúde pública no Estado do Pará e tem cobrado das autoridades de dos gestores, ações para remediar esta grave situação por que passa a população de Belém e do Pará. O CRM também vem contribuindo – com fiscalizações, discussões, proposições e resoluções - para que essas e outras mazelas sejam resolvidas e não apenas remediadas. Uma das contribuições a essas discussões em torno da saúde de Belém foi feita pelo Cremepa e é a nossa matéria central deste número. Leia matéria sobre a plenária especial às páginas 6 e 7 de nosso jornal. Por decisão da plenária ocorrida no dia 17/08/2009 o CRM-PA encaminhou aos Ministérios Públicos Estadual e



Ailson Braga

Eleição para conselheiros do CFM foi tranquila, mas muito disputada no Pará

Federal, um documento com pedido de providências para as condições de saúde no Estado do Pará. É mais uma cobrança de soluções para o problema que, para o CRM do Pará, não apresenta nenhuma mudança. Leia mais à página 9.

A gripe A, assunto que ocupa as manchetes do noticiário atual e traz muitas preocupações é tema de nossa entrevista, à página 3. A infectologista Helena Brígido fala sobre como os médicos devem agir diante dessa doença. À página 5, a memória da medicina no Pará volta em um artigo sobre o “Hospício dos Lázarus”, nome original do asilo criado para atender os hansenianos no Tucunduba (Guamá). José Maria de Castro Abreu Jr.

O diabetes gestacional é tema de artigo à página 8. Os médicos Albertino Bastos, Teiichi Oikawa e David

Bichara explicam porque os profissionais da medicina devem seguir novas regras para pedir exames para o diabetes gestacional. À página 9 o conselheiro Edson Yasojima fala da atuação do primeiro médico nissei nascido no Pará. As eleições para escolha dos novos representantes da classe médica, no Conselho Federal de Medicina (CFM), ocorridas nos dias 1 e 2 de julho, em todo o Brasil por meio do voto direto, são assunto de nossa página 10.

À página 11 temos três matérias importantes: o uso do jaleco por médicos deve seguir normas, já que é um equipamento de segurança, o novo Código de Processo Ético Profissional e o documento enviado pelo CRM-PA ao Ministério Público pedindo providências para o descaso dos gestores com a saúde.



Endereço: Avenida Generalíssimo Deodoro, 223. Fone: (091) 3204-4000 • Fax (091) 3204-4012 • CEP. 66.050-160 • Belém - Pará
atendimento@cremepa.org.br

Maria de Fátima Guimarães Couceiro
Presidente;
Joaquim Pereira Ramos
Vice-presidente;
Terezinha de Jesus de Oliveira Carvalho
1º secretário;

Paulo Sérgio Guzzo
2º secretário;
José Antonio Cordero da Silva
1º Tesoureiro
Jorge Wilson Tuma
2º Tesoureiro
Aristoteles Guilliold de Miranda
Corregedor
Tereza Cristina de Brito Azevedo
Vice-corregedor

Conselheiros:
EFETIVOS: Altino Mendes de Nóvoa Neto, Antonio Gonçalves Pinheiro, Antonio Jorge Ferreira da Silva, Amaury Braga Dantas, Aristoteles Guilliold de Miranda, Arthur da Costa Santos, Benedito Pedro Resque de Oliveira,

Edson Yuzur Yasojima, Francisco Ferreira de Souza Filho, Joaquim Pereira Ramos, José Antonio Cordero da Silva, Jorge Wilson Tuma, Marcus Vinicius Henriques Brito, Maria do Carmo Lima de Mendes Lobato, Maria de Fátima Guimarães Couceiro, Maria de Nazaré Paes Loureiro, Oscar Pereira Júnior, Paulo Sérgio Guzzo, Rosângela Brandão Monteiro, Terezinha de Jesus de Oliveira Carvalho
SUPLENTEs: Adelson Aparecido Pedrosa, Antonio Carlos Alves da Silva, Antonio Cerejo Ribeiro de Almeida, Benedito Paulo Bezerra, Carlos Alberto Vaz Conceição, Emanuel Conceição Resque de Oliveira, Fernando Augusto Fonseca Monteiro, Frederico José Correa Lobato, Ilcioni Gomes Pereira, José Roberto Tuma da Ponte, Lúcio Izan Puget Botelho, Luiz Abílio

da Silva Oliveira, Maria Cristina Vilhena C. Mendonça Rocha, Maria da Conceição Ferreira Pinto, Robson Tadachi Moraes de Oliveira, Rosa Maria Mesquita Milhomen da Costa, Rui Sérgio Monteiro de Barros, Teiichi Oikawa, Tereza Cristina de Brito Azevedo, Wilson Niwa.

Jornal CRM-PA
Jornalista responsável: Soraya Pessoa (MTb 1292)
Textos e reportagens: Ailson Braga
Projeto gráfico e editoração eletrônica: Soraya Pessoa e Hamilton Braga
Publicidade: 3204-4000
Periodicidade: bimestral
Tiragem: 6.000 exemplares
Distribuição: gratuita



HELENA BRÍGIDO

Gripe A preocupa médicos paraenses

A infectologista Helena Brígido fala sobre o vírus H1N1 e alerta aos médicos sobre a obrigatoriedade de notificação da doença. Ela diz que profissionais devem estar informados sobre a gripe.

■ **Fale sobre o vírus H1N1.**

□ O vírus já existia em porcos e convivia harmonicamente com esses animais. Em algum momento houve a transmissão para as pessoas por meio daqueles que cuidavam dos animais e esse vírus sofreu uma mutação e fez com que esse vírus se tornasse virulento. Ou seja, que não causa apenas infecção, mas doença.

Por ser uma doença nova, desconhecida para o organismo humano, o vírus passou a causar sinais e sintomas e a partir daí houve uma propagação da doença. Originariamente veio do porco, mas o Centro de Controle de Doença dos EUA que dá denominação a novos microorganismo denominou o vírus de H1N1 devido à sua composição desse vírus, também conhecido como vírus da influenza A H1N1 ou gripe A; o que não podemos mais chamar de gripe suína. Que a imprensa chame, tudo bem, mas o profissional de saúde não pode chamar assim.

■ **Esse é um vírus que se transmite com muita facilidade?**

□ Sim. A doença se disseminou praticamente pelo mundo inteiro e precisava haver uma definição de caso atual. Então, paciente com tosse e febre – que não precisa ser medida, pode ser referida – artralgia, mialgia, cefaleia, dispneia etc. O paciente pode apresentar alterações respiratórias graves e vir a óbito.

A Sociedade Paraense de Infectologia, a Sociedade Paraense de Pediatria, o Conselho Regional de Medicina do Pará e a Secretaria de Saúde, a Sespa, fizeram um docu-

mento que está no site do CRM, atualizado periodicamente, para definição de caso, cuidados com resíduos, o que fazer com paciente em domicílio ou hospital, quando deve internar etc. Ou seja, todas as definições e cuidados que devem ser tomados pelos profissionais da Saúde.

A letalidade do vírus H1N1 é muito baixa. Mas é preocupante porque é um vírus novo e a vulnerabilidade é geral. Adultos, crianças, idosos, enfim, todos os grupos correm risco. Mas devemos ter cuidado com os imunodeprimidos: pacientes com câncer, com Aids, desnutridos. A letalidade está ligada à imunidade, mas também a quantidade de vírus etc.

■ **E como se dá a internação?**

□ A internação é somente para paciente grave. Temos uma recomendação para não usar o Oseltamivir, que é a medicação específica para a gripe, de forma indiscriminada. Não está liberado para farmácias, só para hospitais. A Sespa tem um trabalho muito bem feito, muito bem estruturado, capacita pessoal, tem uma ligação com o Hospital Barros Barreto tem uma ligação com o Instituto Evandro Chagas, que é um dos três laboratórios do Brasil capacitados a fazer o exame para detectar o H1N1, já que a coleta pode ser feita em qualquer laboratório capacitado para isso. Existem laboratórios no Brasil capacitados para o exame do H1N1, que são: Manguinhos, Adolfo Lutz e Evandro Chagas, do Instituto Evandro Chagas (IEC), em Belém. O IEC tem uma ligação es-

treita com o Hospital Barros Barreto e Sespa, mas a orientação principal que nós queremos passar é a seguinte: paciente com gripe, a sazonal, a “comum” ou a gripe A deve ser atendido em uma Unidade Básica de Saúde e a equipe tem de estar preparada para definir o caso.

■ **Como se dá a notificação?**

A LETALIDADE DO VÍRUS H1N1 É MUITO BAIXA. MAS É PREOCUPANTE PORQUE É UM VÍRUS NOVO E A VULNERABILIDADE É GERAL.

■ **Como o médico deve proceder?**

□ Quando ele atende um paciente que tem febre e tosse, além de outros sintomas, ele tem de avaliar epidemiologicamente se esse paciente tem risco se é um caso suspeito, se a Sespa precisa ser acionada para fazer a coleta do exame para encaminhar para o Barros Barreto ou para fazer internação domiciliar. O médico deve saber se o paciente viajou para locais onde há casos confirmados da doença, se sim, a Sespa é acionada – os telefones estão tanto no site do CRM como da Sespa – para que sejam tomadas as providências com relação a coleta do material e a conduta a ser feita nos três tipos de internação.

■ **Há cuidados na internação domiciliar?**

□ Sim. A Sespa acompanha todos os procedimentos de biossegurança para que o doente não transmita a gripe a parentes, amigos etc. A internação só está sendo realizada com a avaliação do Hospital Barros Barreto e somente em casos graves. A boa notícia é que a virulência do H1N1 não é tão alta como se imaginava. O que é grande é a capacidade do vírus ser transmitido. [Nota do editor: Até o fechamento desta edição, o número de casos confirmados de influenza A (H1N1) no Pará chegava a 49, de acordo com a coordenação estadual de Vigilância em Saúde. O Estado lidera a lista de ocorrências da doença na Região Norte.]

■ **E as pessoas que contraem a doença, como devem agir?**

□ Nós estamos notando uma falta de responsabilidade grande em algumas pessoas que estão contraindo a doença. A sintomatologia é, às vezes, menos intensa que um resfriado comum, que as pessoas acham que não têm de se isolar ou proteger as outras. Então, não tomam os cuidados devidos. Isso é muito sério. Queremos pedir à Sesma que atenda e referencie apenas os casos que estiverem dentro da definição de caso, que está exposto nos sites do CRM e da Sespa. Recomendamos para que as pessoas se vacinem contra a gripe. A vacina não protege contra a gripe A, mas quem está vacinado tem menos chance de contrair a gripe comum, fazendo com que caia o número de atendimentos nos postos de saúde e nos hospitais.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1899/2009

(Publicada no D.O.U. de 8 de julho de 2009, Seção I, p. 68)

Normatiza o procedimento do desagravo público dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, pela Lei nº 11.000, de 14 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que na legislação aplicada aos Conselhos de Medicina não há referência ao procedimento a ser adotado para que os médicos inscritos nos Conselhos de Medicina exerçam o direito ao desagravo público;

CONSIDERANDO ser necessário que haja norma disciplinando o procedimento do desagravo público para pautar os atos dos Conselhos de Medicina nesses procedimentos;

CONSIDERANDO a possibilidade de na área do direito público ser permitida a utilização da analogia para aplicar o texto de norma administrativa à espécie não prevista;

CONSIDERANDO por analogia às regras estabelecidas no Regulamento Geral da OAB

previsto na Lei nº 8.906, de 4 de julho de 1994 e no Regimento Interno da OAB que disciplina a questão do desagravo público;

CONSIDERANDO o decidido em Reunião Plenária de 17 de junho de 2009,

RESOLVE

Art. 1º O médico inscrito no Conselho Regional de Medicina – CRM, quando ofendido comprovadamente em razão do exercício profissional, inclusive em cargo ou função privativa de médico, terá direito ao desagravo público promovido pelo Conselho Regional competente de ofício ou a seu pedido.

Art. 2º A representação ou a proposta de desagravo apresentada ao Conselho Regional será distribuída a um Relator para proferir parecer.

§ 1º O relator, convencendo-se da existência de prova ou indício de ofensa relacionada ao exercício da profissão, ou de cargo do CRM, providenciará os esclarecimentos necessários à elucidação do episódio, propondo ao Presidente do Conselho Regional que solicite informações da pessoa ou autoridade apontada como ofensora.

§ 2º O relator poderá propor o arquivamento do pedido se a ofensa não estiver relacionada com o exercício profissional ou com as prerrogativas gerais do médico.

§ 3º Recebidas ou não as informações e convencendo-se da procedência da ofensa, o relator emitirá parecer, a ser submetido a Plenária do Conselho Regional de Medicina.

Art. 3º Recebido o parecer do Relator, o Presidente do Conselho Regional de Medicina o colocará em pauta na primeira sessão subsequente.

§ 1º Caso seja acolhido o parecer do Relator pelo Conselho Regional, será designada a sessão de desagravo, com ampla divulgação.

§ 2º Na sessão de desagravo será lida pelo Presidente do Conselho Regional a nota a ser publicada na imprensa, encaminhada ao ofensor e às autoridades e registrada nos assentamentos do desagravado.

§ 3º O desagravo público apurado de ofício como defesa dos direitos e prerrogativas da medicina, não depende de concordância do ofendido nem pode por ele ser dispensado, devendo ser efetuado a exclusivo critério do Conselho.

Art. 4º Na hipótese do § 2º do artigo 2º, o ofendido poderá recorrer ao Conselho Federal

de Medicina, demonstrando que esse dispositivo não se aplica ao caso concreto.

§ 1º O recurso no Conselho Federal de Medicina será distribuído a um relator, que proferirá parecer pela manutenção do arquivamento ou pela aceitação do pedido.

§ 2º O parecer proferido pelo relator será apreciado em sessão plenária, podendo ser designada para esse fim específico.

§ 3º Uma vez reformada a decisão de arquivamento, os autos serão enviados para o CRM para dar prosseguimento ao feito.

Art. 5º Compete ao Conselho Federal de Medicina promover o desagravo público de Conselheiro Federal, quando ofendido no exercício das atribuições de seu cargo.

Parágrafo único. O rito de apuração dos casos previstos no caput deste artigo deverá ser semelhante ao adotado pelos Conselhos Regionais de Medicina, exceto no que se refere a recurso.

Brasília-DF, 17 de junho de 2009.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE (Presidente) e PEDRO PABLO MAGALHÃES CHACEL (Corregedor)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1901/2009

(Publicada no D.O.U. de 21 de julho de 2009, Seção I, p. 96)

Estabelece normas éticas para a esterilização cirúrgica masculina.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o regulamentado pela Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências;

CONSIDERANDO o direito reprodutivo fundamenta-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e propicia o exercício da paternidade responsável;

CONSIDERANDO que a vasectomia, nome técnico que designa a ligadura do canal deferente não é apenas um método de esterilização mas possui outras indicações, inclusive quando realizada a ligadura unilateralmente;

CONSIDERANDO que nos casos de esterilização masculina cirúrgica por vasectomia bilateral há necessidade de procedimentos e seguimentos especiais;

CONSIDERANDO que existe um contingente expressivo de homens que, arrependidos de ter feito a esterilização cirúrgica, procuram auxílio para reverter a situação;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 9 de julho de 2009,

RESOLVE

Art. 1º A esterilização masculina é um

conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

Art. 2º O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na Lei nº 9.263/96 de 12 de Janeiro de 1996 e somente 60 (sessenta) dias depois da manifestação de vontade.

Art. 3º A manifestação de vontade, bem como o procedimento realizado, devem estar devidamente registrados em prontuários.

Art. 4º O médico que se propõe a realizar um procedimento de esterilização masculina, deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

Art. 5º Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de julho de 2009.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE (Presidente) e LÍVIA BARROS GARÇÃO (Secretária-geral)

Exposição de motivos da RESOLUÇÃO CFM Nº 1.901/09

Segundo dados apresentados pela Sociedade Brasileira de Urologia, no Brasil 70% dos casais praticam algum método anticoncepcional. Em cerca de 40% dos casais as mulheres foram laqueadas, 20% usam pílulas anticoncepcionais e o restante DIU, etc. Neste processo, a participação masculina se faz por apenas 0,9% de homens submetidos a vasectomia e por apenas 1,8% que usam preservativo.

Os procedimentos para fins de esterilização masculina não eram abrangidos pelo rol da ANS, passando a ser, no entanto, com a

vigência da RN nº 167, a partir de 2 de abril de 2008.

Desta forma as operadoras de saúde suplementar que até então, não estavam obrigadas a dar cobertura a estes procedimentos, passaram, a partir dessa data, a ter que cobrir estes atos médicos, respeitando as leis em vigor no país referentes ao tema, isto é, a Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996 e seus complementos, que primeiramente regulamentou a realização da esterilização masculina no âmbito do SUS.

Até o presente momento, não havia a previsão da esterilização masculina no Sistema de Saúde Suplementar sendo utilizado, por analogia a vasectomia, procedimento esse que não contempla todos as exigências legalmente previstas. Entretanto, a vasectomia de forma isolada, vislumbra a prevenção e o tratamento de doenças epididimo-testiculares advindas por via canalicular, geralmente após cirurgias vesículo-prostáticas e não com a finalidade de proceder à esterilização masculina.

Considerar, portanto, a vasectomia como um procedimento equivalente a esterilização masculina não corresponde a realidade dos fatos. A gravidade das consequências e os desdobramentos legais que podem advir deste ato, são muitas, pois a Lei nº 9.263, por exemplo, em seu artigo 10, autoriza que, “homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar,

visando desencorajar a esterilização precoce, sejam submetidos a esterilização”.

Como se pode concluir pelo texto acima, até um adolescente de 18 anos com 2 filhos ou um homem de 26 anos sem filhos tem o direito, pela lei, de solicitar sua esterilização, o que pode ter graves implicações para o médico.

Não pode ser desconsiderado que a reversão da vasectomia é solicitada em 6% dos vasectomizados e que 17% se arrependem ao longo da vida por alterações psicológicas e emocionais.

Outra determinação da lei, ainda no mesmo artigo, é a latência de 60 dias entre a decisão da esterilização e o ato, que deverá ser usada para conscientização de vários métodos de contracepção, prevendo inclusive a possibilidade de atendimento multidisciplinar.

Acredita-se que este assunto tenha, assim, recebido uma abordagem muito simplista, tanto na forma de condução e cumprimento da lei, quanto na forma de ressarcimento profissional, pois a Lei nº 9.263 obriga ao cumprimento de inúmeros quesitos, exige do profissional uma responsabilidade enorme, inclusive prevendo sanções penais.

Sugere-se a resolução no sentido de classificar a “Esterilização cirúrgica masculina” ato mais complexo, único e diferente da simples vasectomia uni ou bilateral clássica, esta já relacionada nos vários rol de procedimentos de Tabelas e Classificações da AMB e ANS e que não deve ser usada como referência a este distinto e novo ato médico.

EDEVARD JOSÉ DE ARAÚJO (Coordenador da Comissão do Médico Jovem do CFM) e ANTONIO GONÇALVES PINHEIRO (Relator de vista)

A história do Asilo do Tucunduba

Pesquisador revela aspectos históricos sobre uma colônia de hansenianos

JOSÉ MARIA DE CASTRO ABREU JR.*

Quem circula pelo campus da UFPA, no Guamá, passa por um igarapé barrento – o Tucunduba. Poucos sabem que a cidade, sempre transitiva, remodelou completamente aquele espaço na procriação dos anos, na lembrando ali ter funcionado, por mais de um século, uma colônia para hansenianos, marco de uma época em que os sanitistas achavam que o isolamento dos doentes incuráveis era o suficiente para que as doenças desaparecessem.

A história do “Hospício dos Lázaros”, nome original do asilo, começa em 1746 com a fundação da “Fazenda do Tucunduba”, propriedade dos Mercedários, que ali estabeleceram plantações, um engenho e uma olaria, fornecedora de tijolos e telhas para a cidade. Mais tarde, a propriedade seria doada a Santa Casa.

No início do século XIX, seguindo preceitos médicos da época, a Santa Casa começou a planejar a criação de um local de isolamento para os hansenianos. Em 17 de outubro de 1804 foi feita uma petição ao Conde dos Arcos para a criação de uma loteria visando aquisição de fundos para um “hospício de lázaros”.

Em 1810, o Senado da Câmara de Belém recomendou a Santa Casa que estabelecesse um lazareto em Tucunduba. Quatro anos depois, com recursos próprios, foi iniciada a adaptação de um telheiro na antiga olaria para construir um abrigo aos leprosos. A autorização do príncipe regente para a loteria sairia somente em 1815. No ano seguinte, o “Asylo do Tucunduba” era inaugurado com a internação de cinco pacientes. Suas condições Arthur Vianna assim escreveu: “Não se visou a hygiene, nem se attendeu as condições de conforto que um estabelecimento destinado a reclusão de infeccionados devia offerer; ficou

aberto, devassado, offerecendo múltiplas saídas aos enfermos, impossibilitando por completo a fiscalização; a promiscuidade de homens e mulheres deu como era de esperar de constituir-se o asylo em verdadeira colônia de lázaros, onde a reprodução da espécie implicou em infalível reprodução da moléstia por hereditariedade”.

Em 1820, o asilo abrigava 38 enfermos; três anos depois esse número era de 61, sendo frequentes as reclamações contra a má alimentação fornecida pela Santa Casa. A irmandade, buscando aumentar a arrecadação de fundos para a manutenção do leprosário, colocaria caixas de esmolas nas igrejas de Belém com os dizeres: “Esmola para os doentes do Tucunduba”, prática que permaneceria até o início do século XX.

Os anos passavam e situação do Tucunduba não melhorava. Em relatório de 1838, o Marechal Soares de Andréa descreve o local como impróprio para a função, mal situado dado sua proximidade a cidade, fazendo com que muitos doentes fugissem para Belém clandestinamente. Geraldo José de Abreu, provedor da Santa Casa em 1848, menciona a “desordem na distribuição de alimentos, da falta de vigilância, dando origem a constantes fugas de doentes, homens que não se conformam com a sorte (...). O guarda não tem nenhum meio a sua disposição para reprimir estas e outras turbulências; em suma vivem sem ordem”. Também que “alli costuma apparecer um Hespanhol a traficar a troco de bebidas tudo que os enfermos podem vender; assim como pretas a comprarem as fructas de suas colheitas e estou informado que são vendidas aos habitantes das cidades”.

A reação dos pacientes pode ser compreendida, não apenas pela escassez de alimentos e pela péssima qualidade das edificações, (o alojamento feminino, por exemplo, não possuía uma janela sequer), mas também pelo temor dos arriscados



Prédio do Hospício dos Lázaros, que ficava às margens do Tucunduba, no bairro do Guamá

experimentalismos terapêuticos, já que a título de cura da lepra, as autoridades estimulavam o convívio com pacientes infectados com varíola baseando-se em um conceito do difundido na época que aquele que adquirisse varíola ficaria curado da lepra. Caso sobrevivessem a tudo isso, os pacientes ainda tinham que conviver com os gritos de loucos que ali também eram jogados. Em 1882 havia trinta pacientes, sendo vinte homens e dez mulheres, “amontoados em sete cellas imundas”.

Embora em pleno ciclo da borraça, quando a Santa Casa ganhou sua nova sede na rua Oliveira Belo, além de outras unidades hospitalares, como um Hospício (posteriormente Juliano Moreira) e o Hospital Domingos Freire, a lepra era totalmente negligenciada. O médico Isidoro Azevedo Ribeiro descreveria o local em 1898 como “um arraial de horrores” onde “cento e tantos infelizes alli vegetavam”.

O século XX chegaria, o ciclo do látex terminaria e o Governador Lauro Sodré citaria em relatório de 1919: “Alastra-se entre nós, de forma assustadora, a lepra”, enquanto o Tucunduba permanecia um “hospital defeituosíssimo, sem possuir os requisitos necessários, tem sua lotação completa”, o que na época correspondia a 235 pacientes.

Em 4 de janeiro de 1920, com toda a pompa, Lauro Sodré lançaria a pedra fundamental de um novo le-

prosário situado próximo do antigo. A planta, grandiosa, previa entre outras coisas posto policial, casa de máquinas, hospital para homens, hospital para mulheres, capela e posto médico. Porém como é comum até hoje, em se tratando de obras públicas, o novo leprosário jamais passou da pedra fundamental.

Mais de um século depois de sua fundação, alguns aspectos perduravam no Tucunduba, além da sua reinante precariedade. O médico Heráclides de Souza Araújo, chefe do serviço de profilaxia da lepra no Pará, em 1922 ainda refere-se às escapadas dos pacientes: “Actualmente há leprosos no Tucunduba que tem suas amásias na cidade e de lá sahem a noite para se encontrarem com ellas, regressando ao Asylo quando querem. Conheço naquelle estabelecimento um leproso, em estado bastante adeantado, que tem uma amante – mulher sadia – (...) com quem se encontra quase todas as noites na casa della”.

Mas o “Hospício dos Lázaros” já estava com seus dias contados; seria substituído pela colônia do Prata, em Marituba, que dava seus primeiros passos. A lepra, embora conhecida ainda hoje em boa parte do mundo por este nome, no Brasil passaria a ser chamada de Hanseníase, provando que em nosso país a melhor forma de erradicar uma doença é mudar seu nome.

*Médico Patologista

Plenária debate caos na saúde

Crempa promove evento e oferece sugestões para melhorias no setor da saúde do Estado

Entender o que está acontecendo na saúde do Pará, o motivo do caos instalado nesse setor e dar sugestões para uma melhoria tanto no atendimento à população como nas condições de trabalho dos médicos. Estes foram os principais objetivos da Plenária Extraordinária promovida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA) no dia 17 de junho, às 19 horas, no auditório do CRM-PA. A preocupação do CRM também se deu devido à proximidade do mês de julho – tradicional mês de férias e do veraneio paraense – e do aumento de queixas da população em relação aos atendimentos nos plantões em unidades de saúde e nos hospitais de pron-

tos-socorros da 14 de Março e do Guamá. “A cada ano, no mês de julho, os jornais estampam a falta de médicos nos plantões. O médico sempre é o culpado de tudo. Mas achamos que não é bem assim. A estrutura toda está comprometida, mas o médico – como está na ponta dessa estrutura, é o que recebe toda a culpabilidade”, observou Maria de Fátima Couceiro, presidente do CRM-PA.

Apesar dos convites enviados a todos os hospitais públicos, às secretarias de Saúde do Estado (Sespa) e Municipal de Belém (Sesma), ao Ministério Público e às entidades médicas, a falta de diversos setores foi sentida. “O Ministério Público é muito zeloso em cobrar providências das entidades médicas e dos hospitais”, observou

Fátima Couceiro. Ela também destacou a falta da Sespa e do Hospital Ofir Loyola: “Isso inviabiliza uma série de discussões que poderíamos ter. A ausência da Sespa revela outras ausências do Estado também”, disse. “É lamentável a ausência da Sespa em um encontro como este”, disse a conselheira do Crempa Rosângela Monteiro.

Cobranças - De acordo com a presidente do Conselho de Medicina, a plenária não teve como intuito o de “sabatinar” nenhuma autoridade do setor de saúde, mas o de observar a situação do médico e do paciente, e propor sugestões para melhorar a vida de pacientes que dependem do SUS e dos profissionais da medicina “A intenção do CRM do Pará é a de ajudar; se colocar à disposição para a busca de soluções dos problemas na área da saúde. Não estamos aqui para criticar ninguém, mas para saber o que pode ser feito”, afirmou a presidente do Crempa. Segundo Fátima Couceiro, os pacientes que dependem do Sistema Único de Saúde estão desassistidos no Estado do Pará e, em especial, na cidade de Belém.

“As pessoas não têm recursos, não sabem onde procurar atendimento. O sistema público está deficiente. É o caos que vem se instalado e culminou, agora em 2009, em vários setores. Não só no atendimento, mas também em setores como o Instituto Médico Legal (IML)”, opinou.

Ela ressaltou que o médico é o elo que está na ponta do sistema e que recebe a maior carga de cobranças. “O médico que atende o sistema público ganha pouco, corre risco de sofrer assalto quando vai ao posto no qual trabalha, atua em hospitais sem condições de atender dignamente o paciente, enfrenta a falta de material para curativos, cirurgias, para exames médicos e a falta de remédios. O médico está com sua autoestima muito baixa”, opinou Couceiro. Fátima Couceiro fez questão de ressaltar que a questão da segurança é uma das que mais têm atingido aos médicos. Ela relatou que são frequentes as queixas dos médicos que são roubados e assaltados quando vão aos seus locais de trabalho em bairros da periferia da capital. “Há relatos de

PLENÁRIA NÃO TEVE COMO INTUITO A “SABATINA”, MAS PROPOR SUGESTÕES PARA MELHORAR A VIDA DE PACIENTES E DE MÉDICOS

assaltos dentro das unidades de saúde, com invasões de bandidos que fazem uma ‘limpeza’ em médicos, enfermeiros e usuários dessas unidades. É claro que sem a garantia de uma segurança mínima os médicos estão assustados”, opinou Fátima Couceiro.

A presença do secretário municipal de Saúde em exercício, José do Egito, foi aplaudida pelos presentes.



Plenária especial ofereceu sugestões para tentar mudar caos na saúde do Pará

Fotos: Alison Braga

saúde no Pará

Ele ouviu as sugestões, participou ativamente das discussões e garantiu que os plantões do mês julho serão fiscalizados e pagos pela Sesma. “Havia um problema de pagamento de plantões. Uma dívida de cerca de R\$ 150 mil está sendo paga para plantões ocorridos desde setembro de 2008”, informou José do Egito à plenária.

Medidas - Entre as diversas discussões ocorridas e sugestões feitas na plenária extraordinária, os médicos e representantes de entidades médicas abordaram o atendimento básico, o desafogamento dos PSMs de Belém; a forma como se deu a passagem da gestão plena na saúde do Estado para o município no ano de 2003 e seus reflexos no caos atual; os acertos e erros do Programa Saúde da Família (PSF) em Belém, Ananindeua e Marituba; a criação de hospitais de retaguarda (como o que a Sesma quer criar no Palacete Faciola); a construção de Unidades de Pronto Atendimento (as chamadas UPAs); a cobrança por parte das entidades médicas em todos os níveis (municipal, estadual e federal) para que interesses políticos deixem de interferir na execução e criação de políticas públicas de saúde e a possibilidade de participação de médicos da Sesma em cursos e seminários em Educação Continuada promovidos pelo CRM.

“Esse estreitamento de relações com o CRM do Pará é importante para encontramos soluções para a saúde de Belém”, opinou José do Egito, da Sesma. “O que vimos aqui é que há muitos planos a longo prazo, mas para o momento de crise atual, não se vê soluções emergenciais enquanto essas obras e planos mais para o futuro não se realizam”, observou Fátima Couceiro. Ela ressaltou, porém, que a intenção da Sesma de resolver a questão dos plantões em julho já um sinal de que a reunião teve resultado. “O CRM continuará em seu papel de fiscalizar a boa prática médica e colaborar para que ela ocorra”, disse Maria de Fátima Couceiro.

Hospitais - Uma das sugestões discutidas no evento realizado no CRM-PA foi a volta dos atendimentos pelo SUS – especialmente os de

urgência/emergência – por parte dos hospitais privados. A conselheira Rosângela Monteiro foi uma das que lembraram que antes havia hospitais da rede privada que atendiam aos pacientes que ali chegavam, o que ajudava a desafogar os PSM da 14 de Março. “Mas isso acabou. O município podia retomar esse tipo de ação”, sugeriu Rosângela Monteiro. O secretário em exercício da Sesma, José do Egito, respondeu à conselheira Rosângela Monteiro que a compra de leitos foi tentada e que os hospitais privados aceitam os pacientes. “Mas o que ocorre é uma escolha nos atendimentos. O que não dá lucro para os hospitais privados não é aceito e é encaminhado ao PSM”, disse José do Egito.

A falta de providências fez com que o Cremepa tomasse outra atitude. Enviou documento aos Ministérios Públicos Federal e Estadual, exigindo providências para que a situação atual mude e que os MPS atuem – dentro de suas prerrogativas – nesse sentido. (Leia mais sobre este documento à página 9).



“A intenção do CRM do Pará é a de ajudar; se colocar à disposição para a busca de soluções dos problemas na área da saúde”

Fátima Couceiro, presidente do CRM-PA

“Esse estreitamento de relações com o CRM do Pará é importante para encontramos soluções para a saúde de Belém”

José do Egito, representante da Sesma.



Conselheiros e diretores de hospitais públicos foram chamados para o debate

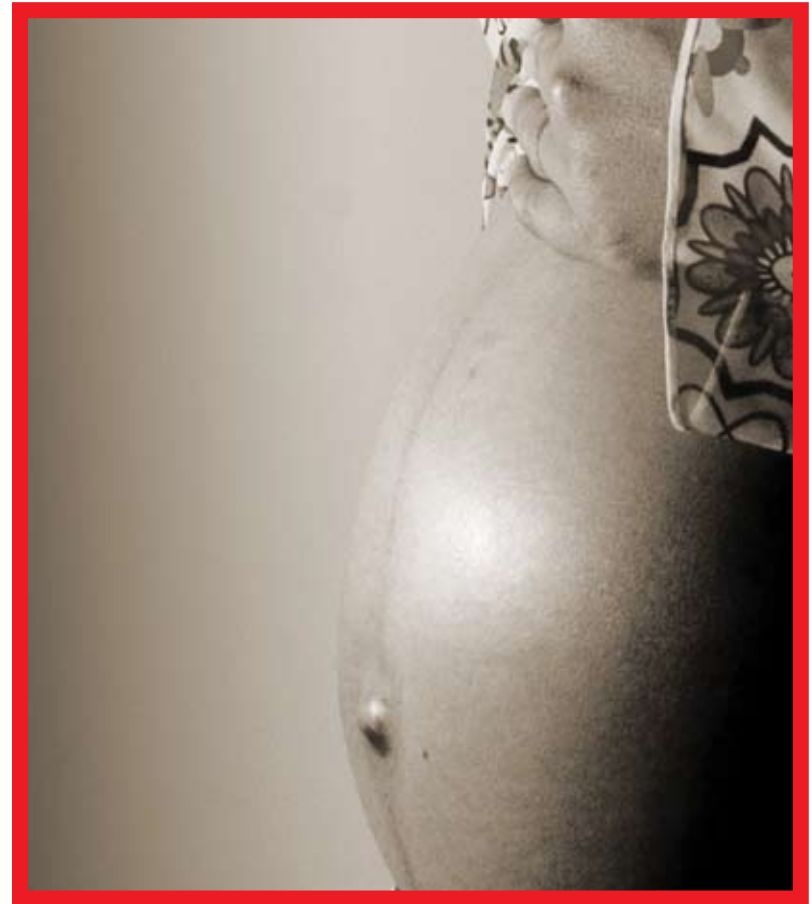
Exames ganham padronização

Médicos devem seguir novas regras para pedir exames de diabetes gestacional

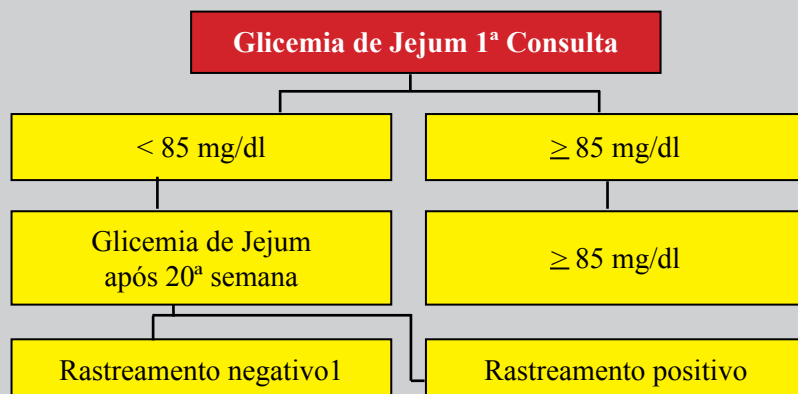
A Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Regional Pará, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Regional Pará e a Associação Paraense de Ginecologia e Obstetrícia, realizaram no dia 21 de outubro de 2008, o “Workshop Paraense Sobre Diabetes Gestacional”, com objetivo de se obter a padronização da solicitação dos respectivos exames, recomendando ao final:

1. Dados Clínicos: O médico ao solicitar o exame para Rastreamento* ou para o Diagnóstico do Diabetes Gestacional** deverá informar nos dados clínicos a condição de grávida, bem como o período de gestação em semanas.

2. O Rastreamento será realizado com a glicemia de jejum, o que está de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde e da Atualização Brasileira Sobre Diabetes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006).



RASTREAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL*



1 Quando há fatores de risco recomenda-se a repetição do rastreamento no terceiro trimestre

3. O Diagnóstico do Diabetes Gestacional será realizado também de acordo com a Atualização Brasileira Sobre Diabetes Gestacional (2006).

- O médico deverá solicitar:

Teste de Tolerância a Glicose (TTG) 75g.

- O Laboratório realizará:

- a) a glicemia de jejum, e
- b) 2 horas após 75g de glicose anidra.

FLUXOGRAMA PROPOSTO PELA ATUALIZAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DIABETES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2006)

Os médicos que preferirem continuar utilizando a curva com três horas deverão solicitar: TTG 100g.

Neste caso, o Laboratório realizará as dosagens nos tempos abaixo, utilizando como pontos de corte os propostos por Carpenter & Coustan.

- Jejum - 95mg/dl
- 1 hora - 180mg/dl
- 2 horas - 155mg/dl
- 3 horas - 140mg/dl
- Considera-se o teste alterado quando dois ou mais valores estiverem acima dos pontos de corte

Os médicos que ainda preferirem realizar o rastreamento com 50g de

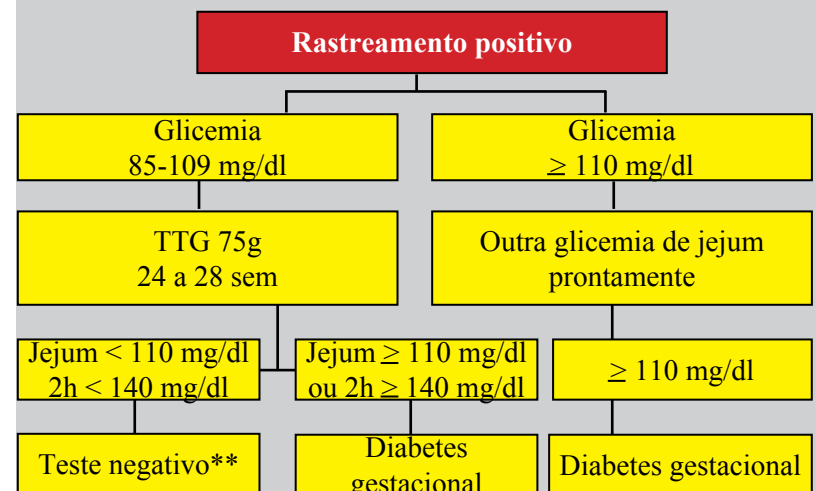
glicose deverão solicitar: TTG 50g
Neste caso, o Laboratório realizará o exame em jejum e após uma hora

- Testes positivos:
Jejum 85mg/dl
1 hora 140 mg/dl

Devem ser abandonadas as seguintes nomenclaturas: Curva glicêmica, Curva glicêmica simplificada, TOTG e TTOG

Dr. Albertino Bastos (APGO), Dr. Teiichi Oikawa (Endocrinologia) e Dr. David Bichara (Patologia Clínica)

DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL**



Comunidade japonesa homenageia o médico Henrique Takeshi Oti

Trabalho e atuação são reconhecidos como pioneiros junto à comunidade nipo-brasileira no Pará

CONSELHEIRO EDSON YUZUR YASOJIMA

A comunidade nipo-brasileira está em festa. Neste ano de 2009, o Estado do Pará está completando seu 80º Aniversário da Imigração Japonesa na Amazônia.

Desde que desembarcaram do navio Manila Maru, no porto de Belém, os primeiros imigrantes nipônicos (43 famílias e nove solteiros), após enfrentar contrastes culturais, integraram-se à sociedade brasileira, cujo progresso e bem-estar têm prestado valiosa influência para os dois povos em vários setores, tanto do cotidiano



Dr. Oti ganha homenagem por sua atuação

como no setor sócio-econômico da nossa sociedade.

Hoje, passados 80 anos, em sua quarta geração de nipônicos, seus descendentes são parte integrante do povo brasileiro, sem, entretanto, esquecer dos seus laços com seus antepassados; o senso de disciplina, de organização e detalhista que se fundiu com o espírito criativo, empreendedor, alegre e batalhador do povo paraense.

A comunidade Nikkei paraense se congratula nessa festividade que une os dois povos há 80 anos e, para marcar o evento através das Comemorações do 80º Aniversário da Imigração Japonesa na Amazônia, será realizada, entre os dias 16 e 19 de setembro, a feira de amostras da cultura japonesa, o Amazônia Matsuri.

Neste espírito de comemoração homenageamos o primeiro médico descendente de japonês, filho de imigrantes, nascido na Amazônia, mais precisamente na cidade de Parintins – Amazonas, no dia 28 de Janeiro de 1941, Henrique Takeshi Oti, formado pela Universidade Federal do Pará em 1967, e registrado sob o número 655 no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará.

Filho de Sakae Oti e Tuneko Oti iniciou seus estudos em Belterra, continuou em Santarém de 1949 a 1956 até vir para Belém em 1957 e terminando o científico no Colégio Moderno em 1961. cursou Medicina na UFPA de 1961 a 1967. Realizou a pós-graduação no National Câncer Center Hospital em Tóquio Japão de 1968 a 1970.

Retornou ao Brasil em 1971 para então iniciar suas atividades no



Henrique Takeshi Oti, Eliza Hiroko Iwashita e o conselheiro Edson Yuzur Yasojima. Durante a inauguração da Ala Henrique Oti no Hospital Amazônia, onde funciona o ambulatório do serviço de cirurgia geral, oftalmologia, reumatologia e a endoscopia digestiva.

Hospital Amazônia da Beneficência Nipo Brasileira da Amazônia. Nesta ocasião trouxe consigo o primeiro endoscópio que seria usado na cidade de Belém do Pará. Iniciou seus trabalhos no pequeno prédio do Hospital Amazônia da Beneficência Nipo Brasileira da Amazônia juntamente com mais dois outros médicos, realizando endoscopias digestivas e cirurgias abdominais, assim como atividades no Instituto Ofir Loyola e Hospital Barros Barreto, onde realizava as endoscopias respiratórias. Recentemente, em 12 de dezembro de 2008, foi homenageado pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva – Capítulo Pará, com placa de honra como pioneiro da endoscopia no Estado do Pará.

É especialista em Cancerologia e Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cancerologia desde 1971. Realizou até hoje mais de vinte mil endoscopias digestivas e respiratórias e atua também na área cirúrgica com mais de 200 cirurgias por ano.

É médico endoscopista do Instituto Ofir Loyola, foi médico da Secretaria de Estado de Saúde Pública, médico broncoscopista do Hospital

Barros Barreto. Pertence hoje ao grupo de cirurgia e endoscopia do Hospital Amazônia, ou seja, a Inecad (Instituto de Nutrição, Endoscopia e Cirurgia do Aparelho Digestivo) e Endonikkei (endoscopia), onde atua como cirurgião e endoscopista.

No ano de 2007, foi também homenageado pelas empresas Inecad, Endonikkei e Oftalmazônia com a inauguração da Ala Dr. Henrique Takeshi Oti no 2º andar do Hospital Amazônia.

Receberá também neste ano, mais precisamente no dia 18 de setembro de 2009 no Centro de Convenções do Hangar, uma homenagem do Ministério das Relações Exteriores do Governo Japonês, o Título de Comendador, pelos relevantes serviços médicos prestados não só na comunidade nipônica, mas também na comunidade local.

Tem dois filhos médicos Henrique Kenji que atua na especialidade de Radiologia em São Luis – Maranhão e André Takashi que é cirurgião do aparelho digestivo, cirurgião bariátrico e endoscopista, realiza suas atividades no Hospital Amazônia juntamente com seu pai.

Jaleco exige uso racional

É frequente encontrar-
mos médicos que, após
saírem de seus locais de
trabalho ou até mesmo
antes de irem trabalhar,
usam seus jalecos em supermerca-
dos, locadoras de vídeo, lanchone-
tes e outros locais.

De acordo com o Ministério
do Trabalho, NR 6, da Portaria nº
3.214, considera-se como Equi-
pamento de Proteção Individual –
EPI, todo dispositivo de uso indivi-
dual destinado à proteção de riscos
suscetíveis de ameaçar a segurança
e a saúde no trabalho. Entre as rou-
pas de proteção estão incluídos os
jalecos. Também a OMS e a Anvisa
recomendam que a utilização des-

sa peça se restrinja aos ambientes
adequados. O uso do jaleco fora do
ambiente adequado aumenta o risco
de infecção cruzada entre os profis-
sionais e o paciente e vice-versa,
tornando-os mais vulneráveis às
infecções.

O jaleco consiste numa proteção
ao corpo e à vestimenta do profis-
sional da área de saúde, ajudando a
prevenir eventuais contaminações.
Ao se retirar do ambiente de tra-
balho, o profissional deve também
desvestir o jaleco, evitando conta-
minações do ambiente de trabalho
para a rua. Logo, o melhor a ser fei-
to é usar o bom senso e, quando não
estiver trabalhando, deixar o jaleco
no seu devido lugar. No cabide!



Conselho pede apoio ao MP

A inércia dos gestores públicos
em relação aos caos instaurado na
saúde no Estado do Pará é uma pre-
ocupação constante do Conselho
Regional de Medicina (leia matéria
sobre o assunto nesta edição, pág.
6 e 7). Por decisão da plenária de
17/08/2009 o CRM-PA encaminhou
ao MP Estadual e Federal documento
com pedido de providências para as
condições de saúde no Estado do Pa-
rá. O CRM vem tentando, dentro de
suas prerrogativas, cobrar soluções
para o problema, embora não observe
nenhuma mudança.

No documento, o corpo de Conse-
lheiros do Cremepa ressalta que nos
últimos anos a qualidade dos serviços
públicos na área da saúde no Pará vem
decaindo vertiginosamente, “ao pon-
to de praticamente vivermos situação
insustentável, com prejuízos incomen-
suráveis para a população, sendo ma-
téria diária nos noticiários e demons-
trando que o estado encontra-se numa
situação extremamente grave”. Ainda

segundo o documento é notória a falta
de investimentos, a má aplicação dos
recursos, a falta de uma política públi-
ca englobando os três setores gover-
namentais. Isso tudo acaba por passar
para a sociedade uma “imagem de
inércia e inoperância” dos gestores do
setor. “A sociedade precisa de ações
imediatas e medidas concretas, sem
o que caminharemos todos para a in-
viabilidade do processo”, afirmam os
conselheiros no documento.

O CRM-PA reforça a necessida-
de da atenção especial do Ministério
Público para uma ação imediata junto
aos governantes paraenses. A ideia é
a de que se possa apoiar a sociedade,
para que esta tenha acesso aos direitos
garantidos constitucionalmente, além
de fazer os que vivem no Pará sair
deste desagradável estado de penúria
sanitária. O documento pede ainda
para que “voltemos a ser reconheci-
dos como uma sociedade responsável
e evoluída em todos os sentidos, situ-
ação que historicamente ocupamos.”

CPEP

Mais transparência e ética

As partes envolvidas em sindicâncias de processos
éticos profissionais – médicos e advogados - junto ao
Conselho Regional de Medicina agora contam com mais
uma ferramenta de consulta sobre o andamento dessas
demandas. Já se encontra no site do CRM/PA (www.cremepa.org.br) um link (médicos/serviços/acompanha-
mento de processos) no qual poderá ser consultado o
andamento das sindicâncias dos processos éticos pro-
fissionais. Além de garantir maior transparência isso
facilita que a parte interessada, o advogado ou o médico,
verifique o andamento do processo, acelerando a trami-
tação.

Também se encontra no site o novo Código de Pro-
cesso Ético Profissional (CPEP), publicado no Diário
Oficial da União em 06/05/2009, através da Resolução
CFM 1.897/2009. O CPEP é um importante instrumento
para o trâmite
das sindicân-
cias e proces-
sos éticos pro-
fissionais nos
CRMs, e que
servirá para
acelerar o an-
damento dos
processos.



Pará tem eleição tranquila

Mesmo sem problemas, a disputa entre as duas chapas foi muito intensa

As eleições para escolha dos novos representantes da classe médica, no Conselho Federal de Medicina (CFM), aconteceram em todo o Brasil nos dias 1 e 2 de julho, por meio do voto direto. No Pará, as eleições ocorreram na sede em Belém e nas delegacias (Castanhal, Marabá, Santarém e Altamira). Mil novecentos e dezenove (1.919) médicos votaram presencialmente e 1.052 votaram por correspondência. A Chapa 1 recebeu 1.349 votos. A Chapa 2 recebeu 1.525 votos. Foram registrados ainda 67 votos nulos e 31 votos em branco.

Cada estado da Federação e o Distrito Federal elegeu um conselheiro federal efetivo e um conselheiro federal suplente. O mandato dos novos membros do CFM terá a duração de 5 (cinco) anos e se iniciará em outubro de 2009, com término em setembro de 2014.

No Pará, a eleição ocorreu de for-

ma tranquila, mas foi muito disputada. Apenas 176 votos, em um universo de 2.971 médicos votantes, separaram a chapa vencedora da derrotada. A vencedora foi a Chapa 2 – Trabalho e Competência, encabeçada pelo médico Antônio Gonçalves Pinheiro e tendo como suplente Waldir Cardoso. “A eleição no Pará foi muito boa para a categoria médica que pode avaliar bons candidatos e suas propostas”, opinou Antônio Pinheiro.

Ele informou que as propostas da Chapa 2 foram as seguintes: continuar o trabalho que foi reconhecido pelos médicos como produtivo e considerado pelas instituições médicas como de resultado visível.

“Trazer para a discussão uma grande união em torno das crises da saúde e da atividade médica. Sensibilizar o médico jovem para a atividade de luta por nossa profissão, deles é o futuro, que já se apresenta com som-



Os militantes da Chapa Trabalho e Competência estavam empolgados no dia da eleição

bras. Em suma, produzir bem mais que discursos inflamados e repetitivos, com muito trabalho e competên-

cia”, disse Pinheiro. O mandato dos conselheiros federais terá a duração de cinco anos.

Confira os novos conselheiros federais de todo o Brasil

■ **Acre:** Chapa 1 – Renato Moreira Fonseca (efetivo) e Luiz Carlos Beyruth Borges (suplente)

■ **Alagoas:** Chapa 2 – Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (efetivo) e Alceu José Peixoto Pimentel (suplente)

■ **Amapá:** Chapa 2 – Maria das Graças Creão Salgado (efetivo) e Dilson Ferreira da Silva (suplente)

■ **Amazonas:** Chapa 2 – Experiência Conselhal – Júlio Rufino Torres (efetivo) e Ademar Carlos Augusto (suplente)

■ **Bahia:** Chapa 1 – Dignidade Médica – Jecé Freitas Brandão (efetivo) e Celci de Lima Xavier Nunes (suplente)

■ **Ceará:** Chapa 1 – José Albertino Souza (efetivo) e Lúcio Flávio Gonzaga Silva (suplente)

■ **Distrito Federal:** Chapa 3 – José Antonio Ribeiro Filho (efetivo) e Elias Fernando Miziara (su-

plente)

■ **Espírito Santo:** Chapa 2 – Celso Murad (efetivo) e Jailson Luiz Tótola (suplente)

■ **Goiás:** Chapa 1 – Cacilda Pedrosa de Oliveira (efetiva) e Aldair Novato Silva (suplente)

■ **Maranhão:** Chapa 1 – União e Trabalho – Abdon José Murad Neto (efetivo) e Antônio de Pádua Silva Sousa (suplente)

■ **Mato Grosso:** Chapa 2 – Ética, Experiência e Trabalho – José Fernando Maia Vinagre (efetivo) e Alberto Carvalho de Almeida

■ **Mato Grosso do Sul:** Chapa 1 – Mauro Luiz de Britto Ribeiro (efetivo) e Ana Maria Vieira Rizzo (suplente)

■ **Minas Gerais:** Chapa 2 – Hermann Alexandre Vicacqua von Tiesenhausen (efetivo) e Alexandre de Menezes Rodrigues (suplente)

■ **Pará:** Chapa 2 – Trabalho e

Competência – Antônio Gonçalves Pinheiro (efetivo) e Waldir Araújo Cardoso (suplente)

■ **Paraíba:** Chapa 1 – Dedicacão e Experiência – Dalvélio de Paiva Madruga (efetivo) e Norberto José da Silva Neto (suplente)

■ **Pernambuco:** Chapa 1 (Ética e Compromisso) – Carlos Vital e André Longo

■ **Paraná:** Chapa 1 (Integração) – Gerson Zafalon Martins e Lisete Rosa e Silva Benzoni

■ **Piauí:** Chapa 1 – Luiz Nódgi Nogueira Filho (efetivo) e Wilton Mendes da Silva (suplente)

■ **Rio de Janeiro:** Chapa 1 – Causa Médica – Aloísio Tibiriçá Miranda (efetivo) e Makhoul Moussallem (suplente)

■ **Rio Grande do Norte:** Chapa 2 – Rubens dos Santos Silva (efetivo) e Jeancarlo Fernandes Cavalcante (suplente)

■ **Rio Grande do Sul:** Chapa 1 – Cláudio Franzen (efetivo) e Antônio Ayub (suplente)

■ **Rondônia:** Chapa 1 – Ética e Trabalho – José Hiran da Silva Gallo (efetivo) e Manuel Lopes Lamego (suplente)

■ **Roraima:** Chapa 2 – Paulo Ernesto Coelho de Oliveira (efetivo) e Mauro Shosuka Asato (suplente)

■ **Santa Catarina:** Chapa 1 – Roberto Luiz d’Ávila (efetivo) e Marta Rinaldi Muller (suplente)

■ **São Paulo:** Chapa 1 – Compromisso com os médicos – Desiré Carlos Calegari (efetivo) e Renato Franço Filho (suplente)

■ **Sergipe:** Chapa 1 – Henrique Batista e Silva (efetivo) e Glória Tereza Lima Barreto (suplente)

■ **Tocantins:** Chapa 1 – Medicina e Ética – Frederico Henrique de Melo (Efetivo) e Pedro Eduardo Nader Ferreira (suplente)

Recadastramento: aviso aos médicos!

Muitos médicos que preencheram o formulário de recadastramento até o momento não compareceram ao CRM para coleta de foto, assinatura e documentação. Informamos que a nova carteira só poderá ser confeccionada após comparecimento ao CRM para coleta dos documentos acima citados.

No site do CRM-PA (www.cremepa.org.br) há um link com o nome dos médicos que ainda não compareceram ao CRM trazendo sua documenta-

ção. Caso seu nome conste nessa lista, procure o CRM para entrega da documentação e coleta de foto e assinatura. Mais informações: (91) 3204-4007 - setor de atendimento de pessoa física.

Quem ainda não iniciou o processo de recadastramento pode fazê-lo também na página do CRM-PA. Mas ratificamos que o recadastramento on-line é apenas uma parte do processo, já que é necessário que o médico compareça ao CRM para fazer a foto, assinar a carteira e apresentar documentos.



Hanseníase: esta causa pode ser sua

A hanseníase é uma doença infecciosa de elevada ocorrência no País. Na Amazônia, onde as condições de vida da população nem sempre coincidem com as ideais previstas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) os casos da doença alcançam altos índices de prevalência, acometendo inclusive adolescentes e crianças.

O 64º Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia, que ocorre em Belém, no período de 5 a 9 de setembro de 2009, também ganha ações de respon-

sabilidade social para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos da nossa região. Para isso, a comissão organizadora do evento promove no dia 2 de setembro, no auditório do Colégio Ideal, o seminário educativo “Hanseníase: Esta causa pode ser sua”. A ação será em dois turnos: pela manhã, as palestras serão voltadas para os profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF) da capital e de alguns municípios do interior; e à tarde, aos médicos e acadêmicos de medicina da UFPA, Uepa e Cesupa.

CFM no Twitter

Está no ar o Twitter do Conselho Federal de Medicina (https://twitter.com/Medicina_CFM). Uma forma ágil e fácil de comunicação com o seu Conselho. Lá o internauta poderá acompanhar as principais notícias sobre saúde e o CFM.

Gripe A: protocolo

Está no site do CRM-PA (www.cremepa.org.br) o “Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Manejo Clínico da Influenza”, norma técnica da Sesp. O documento é dirigido exclusivamente a médicos e nele se encontram condutas e procedimentos caso o médico se depare com um caso suspeito ou confirmado da gripe A (H1N1).

CTASP aprova projeto que regulamenta o ato médico

Mais uma vitória para a categoria médica. A Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados aprovou no último dia 20 de agosto o substitutivo do deputado Edinho Bez ao Projeto de Lei 7.703/06, chamado de “Ato Médico”, que define as atividades privativas dos médicos.

A proposta, já aprovada no Senado Federal, chegou à Câmara após negociações que definiram um núcleo de atividades privativas para médicos: o diagnóstico de doenças

e a prescrição terapêutica.

Durante a reunião, houve um debate exaustivo com as outras categorias médicas que pediram, mais uma vez, mudanças no projeto. Para atender as demais categorias, o deputado Edinho Bez e as entidades médicas negociaram duas alterações no substitutivo. “Foram 1 ano e 3 meses de negociação. Atendi todas as categorias da área da saúde e discuti cada ponto do projeto. Cada um precisou ceder um ponto. Agora faremos mais essas duas alterações que não alteram a proposta dos mé-

dicos”, ponderou Bez.

O vice-presidente do CFM e coordenador da Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico, Roberto d’Ávila, comemorou a aprovação e lembrou que os médicos respeitam todas as categorias da saúde: “fizemos a questão de chamar as outras profissões para o debate, mesmo sabendo que jamais participamos da regulamentação delas”, disse d’Ávila.

O vice-presidente salientou que diagnóstico e tratamento de doenças são privativos do médico “não por uma questão corporativa, mas

em benefício da população”.

Para o deputado Eleuses Paiva, o projeto contribui para que profissionais competentes e bem qualificados prestem uma melhor assistência à saúde no país.

O projeto deverá ser apreciado por outras comissões, como a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Se aprovado, será apreciado ainda pelo Senado, e só então seguirá para sanção presidencial. (Fonte: Nathália Siqueira -CFM)

PARA USO DOS CORREIOS - Motivo da devolução

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se | <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente | <input type="checkbox"/> Recusado | <input type="checkbox"/> Falecido |
| <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado | <input type="checkbox"/> Não Procurado | <input type="checkbox"/> Outro _____ |