



**ARQUIVOS**  
do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**GESTÃO 2008/2013**  
**DIRETORIA 1º/02/2012 a 30/09/2013**

Presidente:	Cons.	Alexandre Gustavo Bley
Vice-Presidente:	Cons.	Maurício Marcondes Ribas
Secretário Geral:	Cons.	Hélcio Bertolozzi Soares
1ª. Secretária:	Consª.	Keti Stylianos Patsis
2ª. Secretária:	Consª.	Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
1º. Tesoureiro:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
2º. Tesoureiro:	Cons.	Clóvis Marcelo Corso
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
Corregedor-adjunto:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior

---

**CONSELHEIROS**

Alceu Fontana Pacheco Júnior	Luiz Antonio de Melo Costa ( <i>Umuarama</i> )
Alexandre Gustavo Bley	Luiz Jacintho Siqueira ( <i>Ponta Grossa</i> )
Ana Maria Silveira Machado de Moraes ( <i>Maringá</i> )	Luiz Sallim Emed
Arnaldo Lobo Miró	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Puppi Busetti Mori ( <i>Cascavel</i> )	Marco Antonio do Socorro M. Ribeiro Bessa
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marília Cristina Milano Campos
Clóvis Marcelo Corso	Mário Teruo Sato
Darley Rugeri Wollmann Júnior	Marta Vaz Dias de Souza Boger ( <i>Foz do Iguaçu</i> )
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Maurício Marcondes Ribas
Ehrenfried Othmar Wittig ( <i>indicado pela AMP</i> )	Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Monica De Biase Wright Kastrup
Gerson Zafalon Martins	Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Gustavo Justo Schulz	Paulo Roberto Mussi ( <i>Pato Branco</i> )
Hélcio Bertolozzi Soares	Raquele Rotta Burkiewicz ( <i>Falecida em 17/04/2010</i> )
Hélio Delle Donne Júnior ( <i>Guarapuava</i> )	Roberto Issamu Yosida
Joachim Graf	Romeu Bertol
José Carlos Amador ( <i>Maringá</i> )	Roseni Teresinha Florencio
José Clemente Linhares	Sérgio Maciel Molteni
Keti Stylianos Patsis	Vilson José Ferreira de Paula ( <i>indicado pela AMP</i> )
Lisete Rosa e Silva Benzoni ( <i>Londrina</i> )	Wilmar Mendonça Guimarães
Luis Fernando Rodrigues ( <i>Londrina - desligado em 30/10/2012</i> )	Zacarias Alves de Souza Filho

## **MEMBROS NATOS**

---

Duilton de Paola  
Farid Sabbag  
Luiz Carlos Sobania  
Luiz Sallim Emed  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Hécio Bertolozzi Soares  
Gerson Zafalon Martins  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha

## **DEPARTAMENTO JURÍDICO**

---

### **Consultor Jurídico**

Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

### **Assessores Jurídicos**

Adv. Afonso Proença Branco Filho  
Adv. Martim Afonso Palma

## **DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)**

---

### **Médicos fiscais de Curitiba**

Dr. Elísio Lopes Rodrigues  
Dr. Jun Hirabayashi

### **Médico fiscal do Interior**

Dr. Paulo César Aranda (Londrina)  
defep@crmpr.org.br

## **SECRETARIA**

---

Rua Victório Viezzer, 84 – Vista Alegre – Curitiba - Paraná – CEP 80810-340  
e-mail: crmpr@crmpr.org.br – Telefone: (41) 3240-4000 – Fax: (41) 3240-4001

## DELEGACIAS REGIONAIS GESTÃO 2008/2013

### APUCARANA

Adalberto Rocha Lobo  
Ângelo Yassushi Hayashi  
Artur Palu Neto (Diretor)  
Hélio Klyoshi Hossaka  
Jaime de Barros Silva Júnior  
Leonardo Marchi  
Pedro Elias Batista Gonçalves  
Pieker Fernando Migliorini

### CAMPO MOURÃO

Antônio Carlos Cardoso  
Carlos Roberto Henriques  
Dairton Luiz Legnani  
Fábio Sinigalli Romanelo Campos  
Fernando Duglosz (Diretor)  
Homero César Cordeiro  
Manuel da Conceição Gameiro  
Marcos Antônio Corpa  
Rodrigo Seiga Romildo  
Romildo Joaquim Souza

### CASCABEL

Amaury Cezar Jorge  
André Pinto Montenegro (Diretor)  
Cláudio Jundi Kimura  
Hi Kyung Ann  
Keith de Jesus Fontes  
Paulo César Militão da Silva  
Tomaz Massayuki Tanaka

### FRANCISCO BELTRÃO

Aryzone Mendes de Araújo Filho  
Cícero José Bezerra Lima  
Dib Mohamad Nabhan Junior  
Eduardo Katsusi Toshimitsu  
Imo Francisco Azzolini  
José Bortolas Neto (Diretor)  
Marcio Ramos Schenato  
Rubens Fernando Schirr  
Silvana Amaral Kolinski Vielmo  
Vicente de Albuquerque Maranhão Leal

### FOZ DO IGUAÇU

Alexandre Antônio de Camargo  
Francine Sberni  
Isidoro Antônio Villamayor Alvarez (Diretor)  
Jacilene de Souza Costa  
José Fernando Ferreira Alves  
Luiz Henrique Zaions  
Marco Aurélio Farinazzo  
Michel Cotait Júnior  
Rodrigo Lucas de Castilho Vieira  
Tomas Edson Andrade da Cunha

### GUARAPUAVA

Antônio Marcos Cabrera Garcia  
Arnaldo Tomiô Aoki  
Cícero Antônio Vicentin  
Francisco José Fernandes Alves  
Frederico Eduardo Warpechowski Virmond  
Jean Boutros Sater  
Lineu Domingos Carleto Júnior  
Marcos Hernandes Tenório Gomes  
Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

### LONDRINA

Ivan José Blume de Lima Domingues  
Jan Walter Stegmann (Diretor)  
João Henrique Steffen Júnior  
Mário Machado Júnior  
Naja Nabut  
Rosana Hashimoto

### MARINGÁ

Adriana Domingues Valadares  
Aldo Yoshissuke Taguchi  
Luiz Alberto Mello e Costa  
Márcio de Carvalho  
Marcos Victor Ferreira  
Natal Domingos Gianotto  
Raul Bendlin Filho (Diretor)  
Vicente Massaji Kira

### PARANAVÁ

Attilio Antônio Mendonça Accorsi  
Cleonir Mortiz Rakoski  
Hortensia Pereira Vicente Neves  
Jorge Luiz Pelisson  
Leila Maia  
Luís Francisco Costa  
Luiz Carlos Cerveira  
Marcelo Sebastião Reis Campos Silva (Diretor)

### PATO BRANCO

Ayrton Martin Maciozek  
Celito José Ceni  
Geraldo Sulzbach  
Gilberto José Lago de Almeida  
Gilmair Juliani Biscaia  
José Renato Pederiva  
Vanessa Bassetti Prochmann

### PONTA GROSSA

André Scartezini Marques  
Jeziel Gilson Nikosky (Diretor)  
Joelson Jose Gulin  
Ladislao Obrzut Neto  
Meierson Reque

Northon Arruda Hilgemberg  
Pedro Paulo Rankel  
Rubens Adao da Silva  
Viviane Cabral Luz da Silva

### SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Ari Orlandi  
Celso Aparecido Gomes de Oliveira  
Carlos Maria Luna Pastore  
José Mário Lemes  
Jorge Cendon Garrido  
Sérgio Bachtold  
Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

### TOLEDO

Eduardo Gomes  
Ely Brondi de Carvalho  
Fábio Scarpa e Silva  
Ivan Garcia  
José Afrânio Davidoff Júnior  
José Carlos Bosso  
José Maria Barreira Neto  
Roberto Simeão Roncato  
Sérgio Kazuo Akiyoshi  
Valdícir Fae

### UMUARAMA

Alexandre Thadeu Meyer  
Fernando Elias Mello da Silva  
Francisco Munoz Del Claro  
Guilherme Antônio Schmitt  
Jansen Rodrigues Ferreira  
João Jorge Hellú  
Juscélio de Andrade  
Mauro Acácio Garcia  
Oswaldo Martins de Queiroz Filho

### RIO NEGRO

Ana Helena Stolte  
Francisco Mário Zoccola  
Jacy Gomes  
Jonas De Mello Filho (Diretor)  
José Osni Ribeiro  
Leandro Gastim Leite  
Militino da Costa Júnior  
Richard Andrei Marquardt

### DELEGACIA DE DIVISAS UNIÃO DA VITÓRIA/PR – MAFRA/SC

Ayrton Rodrigues Martins  
Renato Hobi  
Cláudio de Melo

**EDITOR**

Ehrenfried Othmar Wittig

**CONSELHO EDITORIAL**

Cons. Ehrenfried Othmar Wittig (Coordenador)

Cons. Alexandre Gustavo Bley

Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Cons. Gerson Zafalon Martins

Conbs. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho

Cons. Hécio Bertolozzi Soares

Prof. João Manuel Cardoso Martins

Jornalista Hernani Vieira

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE  
MEDICINA DO PARANÁ**

Órgão oficial do CRMPR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

**CIRCULAÇÃO**

Edição Eletrônica

**CAPA**

Criação: Rodrigo Montanari Bento

**DIAGRAMAÇÃO**

Victória Romano

**ENDEREÇOS****CRMPR**

*Secretaria* Rua Victório Viezzer, 84  
Vista Alegre – 80810-340  
Curitiba – Paraná – Brasil

*E-mail*

*Protocolo/Geral*  
protocolo@crmpr.org.br

*Secretaria*  
secretaria@crmpr.org.br

*Setor Financeiro*  
financeiro@crmpr.org.br

*Diretoria*  
diretoria@crmpr.org.br

*Departamento Jurídico*  
dejur@crmpr.org.br

*Departamento de Fiscalização*  
defep@crmpr.org.br

*Departamento de Recursos Humanos*  
rh@crmpr.org.br

*Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos  
e Comissão de Qualificação Profissional*  
cqp@crmpr.org.br

*Comissão de Atualização Cadastral de E-mails*  
correio@crmpr.org.br

*Assessoria de Imprensa*  
imprensa@crmpr.org.br

*Biblioteca*  
biblioteca@crmpr.org.br

*Site* www.crmpr.org.br

*Postal* Caixa Postal 2208

*Telefone* 41 3240-4000

*Fax* 41 3240-4001

**CFM**

cfm@cfm.org.br

*Site* www.portalmedico@cfm.org.br

*E-mail* jornal@cfm.org.br

## ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### EDIÇÃO

---

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.

Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

### REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

---

O texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

### RESPONSABILIDADE

---

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento ou orientação do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são editados no formato digital desde 2011, estando todas as suas edições disponíveis para consultas no Portal ([www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br))

DEPOIS NÃO DIGA  
QUE NÃO SABIA

O exercício da Medicina antes de sua  
formatura é ilegal, proibida e um crime.

## NORMAS PARA OS AUTORES

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação, de analisar e sugerir modificações no artigo

**TEXTO** – pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições e artigos para publicação devem ser enviados ao editor, em arquivo word para [imprensa@crmpr.org.br](mailto:imprensa@crmpr.org.br). Os textos devem conter:

**Título** – sintético e preciso, em português e inglês.

**Autor(es)** – nome(s) e sobrenome(s).

**Resumo** – Breve descrição do trabalho em português, permitindo o entendimento do conteúdo abordado, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão, encima do texto.

**Palavras-chave, descritores e keywords** – devem ser colocadas abaixo do resumo em número máximo de 6 (seis) títulos, em português e inglês.

**Procedência** – O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço postal e eletrônico para correspondência do primeiro autor.

**Tabelas** – em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda.

**Ilustrações (Fotos e Gráficos)** – em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

**Referências** – devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

**Artigos** – autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final após os nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

**Livros** – autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

**Resumo(s)** – autor(es), título seguido de abstract. Periódico, ano, volume, página(s) inicial-final. Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

**Capítulo do livro** – autor(es). título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

Exemplo: Werneck LC, Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq Neuropsiquiatr 1985; 43:281-295.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

## ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 3240-4000.



## ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

## FICHA CATALOGRÁFICA

**"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"**

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2012;29(115):121-188

Trimestral

1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 2238-2070

ABNT

---

## SUMÁRIO

### RESOLUÇÕES CFM

#### Funções do Diretor Clínico

*Resolução CFM n.º 1493/1998* ..... 132

#### Código de Processo Ético-Profissional

*Resolução CFM n.º 1897/2009* ..... 135

#### Novo Código de Processo Ético-Profissional - 2009

*Capítulos, Seções e Artigos* ..... 137

#### Normas processuais que regulamentam as sindicâncias, processos e o rito nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina

*Resolução CFM n.º 1897/2009* ..... 152

#### Normas para emissão de pareceres

*Resolução CFM n.º 1892/2009* ..... 154

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

---

## **PARECERES CRM-PR**

Câmeras filmadoras de monitoramento dentro e fora da unidade hospitalar

*Conselheiro Lutero Marques de Oliveira* ..... 158

Atestado médico para afastamento do trabalho

*Conselheira Keti Stylianos Patsis* ..... 162

## **PARECERES CFM**

Aconselhamento e assessoramento genético na procriação não depende só do médico

*Conselheiro Gerson Zafalon Martins* ..... 165

Chefia dos serviços médicos deve ser exercida por médicos devidamente habilitados

*Cons. Hermann Alexandre Vivacqua Von Tiesenhausen* ..... 172

## **MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**

Flâmula e bandeira

*Ehrenfried Othmar Wittig* ..... 183

## FUNÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO

### FUNCTIONS OF CLINICAL DIRECTOR

*Conselho Federal de Medicina*

**Palavras-chave** – *Diretor clínico, função, providências prévias, médico assistente responsável, pacientes hospitalizados, cirurgia eletiva, médico auxiliar substituto imediato.*

**Keywords** – Clinical Director, function, previous measures, responsible physician, hospital patients, elective surgery, doctor assistant immediate replacement.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

**CONSIDERANDO** a necessidade presente de situar e definir nos exatos e devidos termos a responsabilidade do médico com relação às internações hospitalares;

**CONSIDERANDO** que os pacientes internados, em instituições hospitalares não podem ser assistidos apenas pelos médicos plantonistas cujas atribuições devem ficar voltadas para situações não rotineiras;

**CONSIDERANDO** que a responsabilidade médica permanece individual para com o doente, em quaisquer tipos de organização de assistência médica;

**CONSIDERANDO** que é direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta;

**CONSIDERANDO** que o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que o Diretor Técnico é o principal responsável pelos atos médicos praticados no âmbito das organizações hospitalares ou de assistência médica;

**CONSIDERANDO** que o artigo 12 do Decreto nº 44.045/58 e a Lei nº 6.839/80 estabeleceram que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

**CONSIDERANDO** que o artigo 11 da Resolução CFM nº 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento que a ele ficaram subordinados hierarquicamente;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária de 15 de maio de 1998.

## **RESOLVE:**

1 - Determinar ao Diretor-Clinico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

2 - Determinar que nas cirurgias eletivas o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive, quanto a necessidade de ter como auxiliar outro médico que possa substituí-lo em seu impedimento.

3 - Revogam-se as disposições em contrário.

4 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 15 de maio de 1998.

WALDIR PAIVA MESQUITA

*Presidente*

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

*2º Secretário*

---

Resolução CFM n.º 1493/1998

Resolução aprovada

Sessão Plenária de 15/05/1998.

Publicada no D.O.U. de 20.5.98, Seção I, Página 106.

**DEPOIS NÃO DIGA  
QUE NÃO SABIA**

A perda do carimbo médico pessoal deve ser comunicada por escrito ao CRM-PR, à Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e, em Boletim de Ocorrência, em qualquer delegacia

## CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

ETHICAL AND PROFESSIONAL PROCESS CODE

*Conselho Federal de Medicina*

**Palavras-chave** – *Novo código, processo ético-profissional, revoga Resolução CFM n.º 1617, normas processuais, rito de julgamento, sindicâncias.*

**Keywords** – *New code, ethical and professional process, repealing Resolution CFM n. 1617, procedural rules, trial rituals, investigations.*

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, modificado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis nº 6.838, de 29 de outubro de 1980, e Lei 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

**CONSIDERANDO** que as normas do Processo Ético-Profissional devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

**CONSIDERANDO** as propostas formuladas pelos Conselhos Regionais de Medicina para a elaboração de revisão do Código de Processo Ético-Profissional;

**CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e

trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

**CONSIDERANDO** o que ficou decidido na Sessão Plenária de 17 de abril de 2009,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Aprovar o Código de Processo Ético-Profissional anexo, que passa a fazer parte desta resolução.

§ 1º Tornar obrigatória a sua aplicação a todos os Conselhos de Medicina.

§ 2º As normas do novo Código são aplicadas de imediato aos processos ético-profissionais em trâmite, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

**Art. 2º** O presente Código entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM nº 1.617/2001 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 17 de abril de 2009.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE GARÇÃO

*Presidente*

LÍVIA BARROS

*Secretária-Geral*

---

Resolução CFM n.º 1897/2009

Revogação da resolução CFM n.º 1617/2001

Resolução aprovada em sessão plenária

Publicada no D.O.U. de 06/05/2009



# CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## NOVO CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL - 2009

### CAPÍTULO I

#### DO PROCESSO EM GERAL

#### Seção I

##### Das Disposições Gerais

**Art.1º** Os Processos Ético-Profissionais e as sindicâncias, nos Conselhos de Medicina, reger-se-ão por este Código e tramitarão em sigilo processual.

**Art.2º** A competência para apreciar e julgar infrações éticas será atribuída ao Conselho Regional de Medicina onde o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência.

§ 1º No caso de a infração ética ter sido cometida em local onde o médico não possua inscrição, a apuração dos fatos será realizada onde ocorreu o fato.

§ 2º A apreciação e o julgamento de infrações éticas de Conselheiros obedecerá às seguintes regras:

I - a sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu;

II - decidida a instauração de Processo Ético-Profissional a instrução ocorrerá no Conselho Regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de Medicina para desaforamento do julgamento.

**Art. 3º** O processo terá a forma de autos judiciais, com as peças anexadas por termo, e os despachos, pareceres e decisões serão exarados em ordem cronológica e numérica.

**Art. 4º** Os Presidentes dos Conselhos de Medicina poderão delegar aos Corregedores a designação, mediante o critério de distribuição ou sorteio, dos Conselheiros Sindicante, Instrutor, Relator e Revisor.

**Art. 5º** Os Conselhos de Medicina poderão ser compostos em Câmaras,

sendo obrigatória a existência de Câmara(s) de Julgamento de Sindicâncias.

## **Seção II** **Da Sindicância**

**Art. 6º** A sindicância será instaurada:

I - ex officio;

II - mediante denúncia por escrito ou tomada a termo, na qual conste o relato dos fatos e a identificação completa do denunciante;

III - pela Comissão de Ética Médica, Delegacia Regional ou Representação que tiver ciência do fato com supostos indícios de infração ética, devendo esta informar, de imediato, tal acontecimento ao Conselho Regional.

§ 1º As denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de Medicina somente serão recebidas quando devidamente assinadas e, se possível, documentadas.

§ 2º Não ocorrendo a hipótese do § 1º, caberá ao Conselheiro Corregedor fixar prazo de 10 (dez) dias para a complementação da denúncia.

§ 3º Uma vez não cumprido pelo denunciante o disposto no § 2º, caberá ao Conselheiro Corregedor, encaminhar a matéria à primeira sessão de Câmara, com despacho fundamentado.

**Art. 7º** Instaurada a sindicância, nos termos dos incisos I, II e III do art. 6º, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor nomeará um Sindicante para, no prazo de até 30 (trinta) dias, prorrogável a critério do Presidente ou Corregedor, apresentar relatório contendo a descrição dos fatos, circunstâncias em que ocorreram, identificação das partes e conclusão sobre a existência ou inexistência de indícios de infração ética.

**Art. 8º** Do julgamento do relatório da sindicância poderá resultar:

I - arquivamento fundamentado da denúncia ou baixa em diligência e/ou pedido de vista dos autos por 30 (trinta) dias;

II - homologação de procedimento de conciliação;

III - instauração do Processo Ético-Profissional.

**Parágrafo único.** Do termo de abertura do Processo Ético-Profissional constarão os fatos e a capitulação de indícios de delito ético.

**Art. 9º** A critério do Conselheiro Sindicante, será facultada a conciliação de denúncias de possível infração ao Código de Ética Médica, com a expressa concordância das partes, até o encerramento da sindicância.

§ 1º Realizada a audiência e aceito, pelas partes, o resultado da conciliação, o Conselheiro Sindicante elaborará relatório circunstanciado sobre o fato, para aprovação pela Câmara, com a respectiva homologação pelo Pleno do Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O procedimento de conciliação orientar-se-á pelos critérios de oralidade, simplicidade, informalidade e economia processual.

§ 3º Não caberá recurso no procedimento de conciliação, se aceito, pelas partes, o resultado da mesma.

§ 4º Resultando inexitosa a conciliação, a sindicância prosseguirá em seus termos.

§ 5º Não será facultada conciliação nos casos de lesão corporal ou morte.

§ 6º Na conciliação serão permitidos ajustamentos de conduta por meio de compromissos documentalmente assumidos pelas partes.

**Art. 10º** Na conciliação não será permitido acerto pecuniário.

## **CAPÍTULO II**

### **DO PROCESSO EM ESPÉCIE**

#### **Seção I**

#### **Da Instrução**

**Art. 11º** Decidida a instauração de Processo Ético-Profissional, o

Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor terá o prazo de 5 (cinco) dias para nomear o Conselheiro Instrutor, o qual terá 120 (cento e vinte dias) dias para instruir o processo.

§ 1º O prazo de instrução poderá ser prorrogado, quantas vezes for necessário, por solicitação motivada do Conselheiro Instrutor, a critério do Presidente ou do Conselheiro Corregedor do Conselho.

§ 2º Após a instauração de Processo Ético-Profissional, o mesmo não poderá ser arquivado por desistência das partes, exceto por óbito do denunciado, quando então será extinto o feito com a anexação da certidão de óbito.

§ 3º Durante a instrução, surgindo novos fatos ou evidências, o Instrutor poderá inserir outros artigos não previstos na capitulação inicial, garantido o contraditório e a ampla defesa, sendo remetida ao plenário para apreciação.

§ 4º Ocorrendo óbito do denunciante, o PEP seguirá ex officio, salvo se o cônjuge ou companheiro(a), ascendente, descendente ou colateral até 4º grau se habilitarem nos autos quando devidamente intimados para tal fim.

**Art. 12.** O Conselheiro Instrutor promoverá, ao denunciado, citação para apresentar defesa prévia no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de juntada do aviso de recebimento, assegurando-lhe vistas dos autos do processo na secretaria do Conselho ou fornecendo-lhe cópia da íntegra dos autos.

**Parágrafo único.** A citação deverá indicar os fatos considerados como possíveis infrações ao Código de Ética Médica e sua capitulação.

**Art. 13.** Se o denunciado não for encontrado, ou for declarado revel, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor designar-lhe-á um defensor dativo.

**Art. 14.** O (s) denunciante (s) será(ão) qualificado(s) e interrogado(s) sobre os fatos, as circunstâncias da suposta infração e as provas que possam indicar, tomando-se por termo suas declarações.

**Art. 15.** Os advogados das partes ou o defensor dativo não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e nas respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do Conselheiro Instrutor.

**Art. 16.** Antes de iniciar o interrogatório, o Conselheiro Instrutor cientificará ao denunciado que está desobrigado de responder às perguntas que lhe forem formuladas.

**Art. 17.** O denunciado será qualificado e, depois de cientificado da denúncia, interrogado sobre os fatos relacionados com a mesma, inclusive se conhece o denunciante e as testemunhas arroladas, e o que tem a alegar sobre os fatos.

**Art. 18.** Se houver mais de um denunciado, cada um será interrogado individualmente.

**Art. 19.** Consignar-se-ão as perguntas que o(s) depoente(s) deixar(em) de responder, juntamente com as razões de sua abstenção.

**Art. 20.** As partes poderão arrolar até 5 (cinco) testemunhas, em até 30 dias após a apresentação da defesa prévia.

§ 1º As perguntas das partes serão requeridas ao Conselheiro Instrutor, que, por sua vez, as formulará às testemunhas.

§ 2º Serão recusadas as perguntas que não tiverem estrita relação com o processo ou importarem em repetição de outra(s) já respondida(s).

**Art. 21.** A testemunha declarará seu nome, profissão, estado civil e residência bem como se é parente e em que grau de alguma das partes, ou quais suas relações com qualquer delas, e relatará o que souber, explicando, sempre, as razões de sua ciência.

**Parágrafo único.** A(s) testemunha(s) será(ão) inquirida(s) separadamente e sucessivamente, primeiro a(s) do(s) denunciante(s) e depois a(s) do(s) denunciado(s), providenciando-se que uma não ouça o depoimento das outras.

**Art. 22.** O Conselheiro Instrutor, quando julgar necessário, poderá

ouvir outras testemunhas, além das arroladas pelas partes, sempre fundamentando sua decisão.

**Art. 23.** O Conselheiro Instrutor não permitirá que as testemunhas manifestem suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

**Art. 24.** Os depoimentos serão reduzidos a termo e assinados pelos depoentes, pelas partes e pelo Conselheiro Instrutor.

**Art. 25.** A acareação será admitida entre denunciante, denunciado e testemunhas, sempre que suas declarações divergirem sobre fatos ou circunstâncias relevantes.

**Art. 26.** Se o intimado sendo denunciante, denunciado, salvo revel, ou testemunha, for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às infrações previstas no Código de Ética Médica.

**Art. 27.** Se o intimado, sendo denunciante ou testemunha, não for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas em Lei.

**Art. 28.** Concluída a instrução, será aberto o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação das razões finais, primeiramente ao(s) denunciante(s) e, em seguida, ao(s) denunciado(s), com prazo comum entre mais de um denunciante e entre mais de um denunciado.

**Parágrafo único.** Estando todas as partes presentes à última audiência, poderão ser intimadas pessoalmente para apresentação de razões finais, devendo ser registrada em ata, passando a correr dali os respectivos prazos.

**Art. 29.** Após a apresentação das alegações finais e análise do parecer processual da Assessoria Jurídica, o Conselheiro Instrutor proferirá relatório circunstanciado que será encaminhado ao Presidente ou ao Corregedor do Conselho Regional de Medicina.

**Parágrafo único.** Até a data da Sessão de julgamento, o Conselheiro Corregedor, verificando a existência de qualquer vício ou irregularidade, poderá intervir nos autos e, por meio de despacho fundamentado, determinar a realização de atos a serem executados.

## **Seção II**

### **Do Julgamento**

**Art. 30.** O Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor, após o recebimento do processo, devidamente instruído, terá o prazo de 10 (dez) dias para designar o Conselheiro Relator e o Revisor, os quais ficarão responsáveis pela elaboração de relatórios a serem entregues em 60 (sessenta) e 30 (trinta) dias, respectivamente, podendo ser prorrogados, quantas vezes for necessário, por motivo justificado e a critério do Presidente ou Corregedor do Conselho.

§ 1º O Relator e o Revisor poderão, dentro dos prazos acima estabelecidos, solicitar ao Presidente ou ao Conselheiro Corregedor que remeta os autos ao Conselheiro Instrutor para novas diligências, indicando quais as providências cabíveis e estabelecendo o prazo para cumprimento da requisição.

§ 2º O Conselheiro Instrutor poderá ser designado Conselheiro Relator ou Revisor.

**Art. 31.** Recebidos os relatórios do Relator e Revisor, o Presidente ou o Conselheiro Corregedor determinará a inclusão do processo na pauta de julgamento.

**Art. 32.** As partes serão intimadas da data de julgamento com a antecedência mínima de 10 (dez) dias.

**Art. 33.** Na abertura da sessão de julgamento, as partes e seus representantes e/ou seus representantes legais, após as exposições efetuadas pelo Relator e Revisor, vedada qualquer manifestação de voto, o Presidente da Sessão dará a palavra, sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e ao(s) denunciado(s), pelo tempo improrrogável de 10 (dez) minutos, para sustentação oral.

**Parágrafo único.** Feita a sustentação oral, os Conselheiros poderão solicitar esclarecimentos sobre o processo ao Relator, Revisor e, por intermédio do Presidente da Sessão de julgamento, às partes.

**Art. 34.** Após os esclarecimentos, discussão e decisão das preliminares

e discussão dos fatos, vedada qualquer manifestação de voto conclusivo pelos Conselheiros, será concedido o tempo final de 5 (cinco) minutos sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e denunciado(s) e/ou seus representantes legais, para novas manifestações orais.

**Art. 35.** Após a manifestação final das partes, o Presidente da Sessão de julgamento, dará, pela ordem, a palavra aos Conselheiros que a solicitarem, para:

I - requerer vista dos autos do processo, apresentando-o com relatório de vista em até 30 (trinta) dias, para novo julgamento, não sendo necessária a participação do mesmo número e dos mesmos Conselheiros que participaram da sessão anterior;

II - requerer a conversão dos autos do processo em diligência, com aprovação da maioria dos Conselheiros presentes no plenário ou câmara, caso em que determinará as providências que devam ser tomadas pelo Conselheiro Instrutor, no prazo de 60 (sessenta) dias prorrogáveis, ao qual remeterá o processo, retornando os autos ao Presidente ou Corregedor para pautar novo julgamento.

**Art. 36.** No julgamento, após a votação das preliminares, quando houver, os votos serão apresentados pelos Conselheiros Relator e Revisor de forma integral, oral e seqüencial, quanto ao mérito, capitulação e apenação, seguidos da manifestação de voto, voto divergente quando houver e, ao final, pelos demais Conselheiros.

§ 1º O Presidente da sessão votará, na forma estabelecida no Regimento Interno de cada Conselho.

§ 2º O Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei, não poderá abster-se de votar, exceto quando estiver presente como observador.

§ 3º Quando houver divergência nos votos no tocante à penalidade deve ser votada inicialmente a aplicação da pena de cassação, em seguida, penalidade pública ou confidencial, conforme o caso específico.

§ 4º A votação deverá ser colhida individualmente de cada conselheiro em todos os julgamentos.



**Art. 37.** Proferidos os votos, o Presidente anunciará o resultado do julgamento, designando para redigir o acórdão o Relator ou o Revisor e; se estes forem vencidos, a redação caberá ao Conselheiro que propôs o voto vencedor.

**Art. 38.** As partes e seus procuradores e o defensor dativo serão intimados da decisão nos termos do art. 67 deste Código.

**Art. 39.** O julgamento far-se-á a portas fechadas, sendo permitida apenas a presença das partes e seus procuradores, Assessoria Jurídica dos Conselhos de Medicina, Corregedores e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar nos Conselhos de Medicina necessários para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica, até o encerramento da sessão.

**Art. 40.** As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais são as previstas em Lei.

### **CAPÍTULO III DOS IMPEDIMENTOS**

**Art. 41.** É impedido de atuar em Processo Ético-Profissional e na sindicância o Conselheiro que:

I - tenha interesse direto ou indireto na matéria;

II - tenha participado como perito, testemunha ou representante, ou se tais situações ocorrem quanto ao cônjuge, companheiro ou parente e afins até o terceiro grau;

III - esteja litigando, judicial ou administrativamente, com o interessado ou respectivo cônjuge ou companheiro(a).

IV - Tenha relação de parentesco, quais sejam: cônjuge ou companheiro, ascendentes, descendentes e colaterais até 4º grau com o advogado da parte.

**Art. 42.** O Conselheiro que incorrer em impedimento deve comunicar o fato ao Presidente do Conselho, abstenendo-se de atuar.

## **CAPÍTULO IV**

### **DAS NULIDADES**

**Art. 43.** Nenhum ato será declarado nulo, se da nulidade não resultar prejuízo para as partes.

**Art. 44.** A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

I - por suspeição argüida contra membros do Conselho, sendo apreciada na sessão de julgamento e acolhida pelo Plenário;

II - por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.

**Art. 45.** Nenhuma das partes poderá argüir nulidade a que haja dado causa, para a qual tenham concorrido ou referente à formalidade cuja observância só à parte contrária interesse.

**Art. 46.** Não será declarada nulidade de ato processual que não houver influído na apuração da verdade substancial ou na decisão da causa.

**Art. 47.** As nulidades considerar-se-ão sanadas:

I - se não forem argüidas em tempo oportuno;

II - se, praticado por outra forma, o ato atingir suas finalidades;

III - se a parte, ainda que tacitamente, aceitar seus efeitos.

**Art. 48.** Os atos cuja nulidade não for sanada na forma do art. 47 serão renovados ou retificados.

**Parágrafo único.** Declarada a nulidade de um ato, considerar-se-ão nulos todos os atos dele derivados.

**Art. 49.** A nulidade dos atos deve ser alegada na primeira oportunidade em que couber à parte falar nos autos, sob pena de preclusão.

## **CAPÍTULO V DOS RECURSOS**

### **Seção I Disposições Gerais**

**Art. 50.** Caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias:

I - às Câmaras de Sindicância do Conselho Federal de Medicina, das decisões de arquivamento proferidas pelas Câmaras de Sindicância dos Conselhos Regionais;

II - ao Pleno do Conselho Regional, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras, onde houver;

III - às Câmaras do Conselho Federal de Medicina, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por unanimidade, pelas Câmaras dos Conselhos Regionais ou das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria ou unanimidade, pelo Pleno dos Conselhos Regionais;

IV - ao Pleno do Conselho Federal de Medicina, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras do CFM ou das decisões de cassação do exercício profissional proferidas pelos Conselhos Regionais.

V - ao Pleno do Conselho Regional, ex officio, das decisões de cassação do exercício profissional proferida pelas Câmaras.

§ 1º Os recursos terão efeito suspensivo, podendo ocorrer o agravamento da pena, se interposto recurso pelo denunciante.

§ 2º Considera-se unanimidade a concordância de todos os conselheiros quanto ao mérito.

**Art. 51.** Após o recebimento do recurso, a outra parte será intimada para, querendo, apresentar as contra-razões, no prazo de 30 (trinta) dias.

## **Seção II**

### **Da Revisão do Processo**

**Art. 52.** Caberá a revisão do Processo Ético-Profissional condenatório, pelo Conselho Federal de Medicina, a qualquer tempo, contado da publicação do acórdão.

**Parágrafo único.** A revisão do processo disciplinar findo será admitida quando se descobrirem novas provas que possam inocentar o médico condenado ou por condenação baseada em falsa prova.

**Art. 53.** Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do médico.

**Parágrafo único.** Da revisão do Processo Ético-Profissional não poderá resultar agravamento de penalidade.

**Art. 54.** O pedido de revisão do Processo Ético-Profissional transitado em julgado será dirigido ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, que nomeará um Conselheiro Relator para elaboração de relatório, o qual será apresentado ao Pleno para análise e julgamento das novas provas apresentadas pelo médico condenado.

§ 1º No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas prescritas no Capítulo II do presente Código.

§ 2º O pedido de revisão não terá efeito suspensivo.

**Art. 55.** São partes legítimas para a revisão:

I – o profissional punido, pessoalmente ou por intermédio de procurador habilitado;

II – o cônjuge ou companheiro(a), descendente, ascendente e irmã(o), em caso de falecimento do condenado;

III – o curador, se interdito.

**Parágrafo único.** Quando, no curso da revisão, falecer o profissional requerente, será ele substituído por qualquer das pessoas referidas no inciso II, ou nomeado curador para a defesa, quando nenhum substituto se apresentar no prazo de 60 (sessenta) dias.

**Art. 56.** Julgando procedente a revisão, o Conselho Federal de Medicina poderá anular o Processo Ético-Profissional, alterar a capitulação, reduzindo a pena ou absolver o profissional punido.

## **CAPÍTULO VI DA EXECUÇÃO**

**Art. 57.** Transitada em julgado a decisão e, no caso de recurso, publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para execução.

**Art. 58.** As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina serão processadas na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo as penalidades anotadas no prontuário do médico infrator.

§ 1º As penas públicas serão publicadas no Diário Oficial, em jornal de grande circulação, em jornal local onde o médico exerce suas funções e nos jornais ou boletins dos Conselhos.

§ 2º No caso de cassação do exercício profissional e da suspensão por 30 (trinta) dias, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

## **CAPÍTULO VII DA REABILITAÇÃO**

**Art. 59.** Decorridos 5 (cinco) anos após o cumprimento da pena e sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, poderá o médico requerer sua reabilitação ao Conselho Regional de Medicina onde está inscrito, com a retirada de seu prontuário dos apontamentos referentes a condenações anteriores.

§ 1º Exclui-se da concessão do benefício do caput deste artigo o médico punido com a pena de cassação do exercício profissional.

§ 2º Quando a sanção disciplinar resultar da prática de crime, o pedido de reabilitação depende, também, da correspondente reabilitação criminal.

## **CAPÍTULO VIII DA PRESCRIÇÃO**

**Art. 60.** A punibilidade por falta ética sujeita a Processo Ético-Profissional prescreve em 5 (cinco) anos, contados a partir da data do conhecimento do fato pelo Conselho Regional de Medicina.

**Art. 61.** São causas de interrupção de prazo prescricional:

I - o conhecimento expresso ou a citação do denunciado, inclusive por meio de edital;

II - a apresentação de defesa prévia;

III - a decisão condenatória recorrível;

IV - qualquer ato inequívoco, que importe apuração dos fatos.

**Art. 62.** Todo processo disciplinar paralisado há mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado ex-officio ou sob requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

**Art. 63.** A execução da pena aplicada prescreverá em 5 (cinco) anos, tendo como termo inicial a data da publicação do acórdão.

**Art. 64.** Quando o fato objeto do Processo Ético-Profissional também constituir crime, a prescrição reger-se-á pelo prazo previsto na lei penal.

**Art. 65.** Deferida a medida judicial de suspensão da apuração ética, o prazo prescricional fica suspenso até a revogação da medida, quando o prazo voltar a fluir.

## **CAPÍTULO IX**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 66.** Aos Conselheiros Corregedor, Sindicante ou Instrutor caberá prover todos os atos que julgarem necessários à conclusão e elucidação do fato, devendo requerer ou requisitar a órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, da União, dos Estados, dos Municípios, do Distrito Federal e de Instituições privadas, quaisquer documentos peças ou informações necessários à instrução de sindicâncias ou Processos Ético-Profissionais.

**Art. 67.** A citação e notificações serão feitas às partes e aos seus advogados:

I - por carta registrada, com Aviso de Recebimento;

II - pessoalmente, quando frustrada a realização do inciso anterior;

III - por edital, publicado uma única vez, no Diário Oficial e em jornal local de grande circulação, quando a parte não for encontrada;

IV - por Carta Precatória, no caso das partes e testemunhas encontrarem-se fora da jurisdição do Conselho, e através dos procedimentos pertinentes, se no exterior.

**Art. 68.** Os prazos contarão, obrigatoriamente, a partir da data da juntada aos autos, da comprovação do recebimento da citação, intimações e notificações, inclusive da juntada das cartas precatórias.

**Art. 69.** As gravações, para serem admitidas nos autos, deverão estar acompanhadas da sua transcrição, devidamente rubricada pela parte interessada.

**Art. 70.** Aos Processos Ético-Profissionais em trâmite, aplicar-se-á, de imediato, o novo Código, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

**Art. 71.** Este Código entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM nº 1.617/2001 e as demais disposições em contrário.

## NORMAS QUE REGULAMENTAM AS SINDICÂNCIAS, PROCESSOS E O RITO NOS CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE MEDICINA

REGULATIONS GOVERNING INVESTIGATIONS, RITUALS AND PROCESSES  
IN FEDERAL AND REGIONAL COUNCILS OF MEDICINE

*Conselho Federal de Medicina*

**Palavras-chave** – *Normas processuais, sindicâncias e rito nos Conselhos, revogação.*

**Keywords** – *Procedural rules, investigations and rituals in the Councils, revocation.*

### EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.897/09

Vivemos em um estado democrático de direito obediente aos preceitos constitucionais, em primeiro lugar, e aos demais dispositivos legais que seguem a hierarquia clássica da Pirâmide de Kelsen, que é definida como 1) Constituição Federal; 2) Leis complementares; 3) Leis ordinárias; 4) Decretos e Súmulas e 5) Portarias e outras peças de legislação.

Desta forma qualquer edição de norma administrativa deve estar inserida dentro desse contexto hierárquico-normativo.



O CFM, como autarquia federal responsável pela fiscalização técnica e ética da medicina, está adstrito ao princípio da legalidade objetiva, que permite a realização de atos prévia e expressamente previstos em lei.

Nesse sentido, buscou o CFM direcionar o Código de Processo Ético-Profissional dentro dos mandamentos constitucionais e da legislação vigente.

Para isso, o CFM munuiu-se das propostas formuladas pelos Conselhos Regionais de Medicina e seus respectivos corpos jurídicos e corretores, além da colaboração de várias outras pessoas interessadas na área do direito médico.

É certo que toda a norma processual já nasce desatualizada, tendo em vista o cada dia mais comum e mutante avanço do ordenamento jurídico em sua essência, ou seja, na realidade social que envolve todos os cidadãos.

Ocorre que a busca por uma celeridade e efetividade mais presentes nos processos disciplinares em trâmite perante os Conselhos de Medicina deve sempre se pautar por bases constitucionais e legais que garantam maior possibilidade de defesa possível ao acusado.

Assim, as novidades inseridas nesta revisão processual buscam uma maior efetividade da atividade judicante dos Conselhos de Medicina, com respeito ao devido processo legal, à ampla defesa e ao contraditório, princípios erigidos na Constituição da República como garantia individuais fundamentais.

PEDRO PABLO MAGALHÃES CHACEL

*Conselheiro Parecerista*

---

Resolução CFM n.º 1897/2009

Publicado no DOU de 06/05/2012

Revoga a resolução CFM n.º 1617/2001

## NORMAS PARA EMISSÃO DE PARECERES

STANDARDS FOR ISSUANCE OF OPINIONS

*Conselho Federal de Medicina*

**Palavras-chave** – *Resolução CFM n.º 1892, pareceres, normas, emissão, revogação, consultas, diretor responsável, departamento, especialidades, processos.*

**Keywords** – *Resolution CFM n.º 1892, opinion, standards, issuance, revocation, consultations, director in charge, department, specialty, processes.*

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe conferem a 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 44.405, de 19 de julho de 1958, e,

**CONSIDERANDO** que a Lei nº 3.268/57 e o Decreto nº 44.045/58 conferem atribuições de deliberação sobre as questões ou consultas submetidas aos Conselhos de Medicina,

**CONSIDERANDO** que cabe aos Conselhos de Medicina zelar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina, por adequadas condições de trabalho, pela valorização do profissional

médico e pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente e de acordo com os preceitos do Código de Ética Médica vigente,

**CONSIDERANDO** a crescente demanda de consultas dirigidas ao Conselho Federal de Medicina sobre os temas médicos mais variados,

**CONSIDERANDO** que o atual sistema de distribuição de processos-consulta conforme determina a Resolução CFM nº 1.769/05 não mais atende às necessidades do Conselho Federal de Medicina,

**CONSIDERANDO** a necessidade de dirimir as dúvidas que por ventura o profissional médico venha a ter para o exercício de sua profissão,

**CONSIDERANDO** que a atuação dos Conselhos de Medicina abrange o trabalho individual e institucional público e privado, inclusive toda a hierarquia médica da instituição que preste, direta ou indiretamente, assistência à saúde,

**CONSIDERANDO** que cabe ao Conselho Federal de Medicina tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais de Medicina, e dirimi-las;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 16 de janeiro de 2009, resolve:

**Art. 1º** Os protocolos do Conselho Federal de Medicina referentes a consultas e pedidos de pareceres deverão ser encaminhados ao diretor responsável pelo Departamento de Processos-Consulta, para triagem.

**Art. 2º** O Conselho Federal de Medicina atenderá preferencialmente às solicitações de pareceres-consulta oriundas de órgãos federais dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, Conselhos Regionais de Medicina, sociedades médicas e outras entidades de caráter nacional, bem como dos conselheiros federais.

**Parágrafo único.** As consultas efetivadas pelos Conselhos Regionais, quando envolverem matéria jurídica, deverão ser acompanhadas de prévia manifestação do respectivo Setor Jurídico.

**Art. 3º** As solicitação de pareceres por parte de pessoas físicas serão

analisadas pelo diretor responsável pelo Departamento de Processos-Consulta que determinará pelos seus encaminhamentos.

§ 1º Caso a consulta seja de interesse regional, o consulente será orientado a se dirigir-se ao Conselho Regional de Medicina de seu estado.

§ 2º Caso a consulta seja de relevância e de interesse nacional, será designado um Conselheiro relator para emitir parecer.

**Art. 4º** Os pedidos de pareceres serão distribuídos pelo diretor responsável pelo Departamento de Processos-Consulta, obedecendo o rodízio entre os conselheiros, exceto quando se tratar de assunto específico da área de conhecimento do Conselheiro.

§ 1º Em casos de comprovada necessidade, Conselheiros Federais suplentes poderão ser requisitados para a elaboração de pareceres - consulta.

§ 2º Em temas que necessitem conhecimentos especializados, os conselheiros poderão contar com a contribuição de Comissão ou Câmara Técnica do Conselho Federal de Medicina ou, ainda, de sociedades médicas ou de médicos reconhecidos como autoridades naquela área de conhecimento.

**Art. 5º** Os relatores designados terão até 30 (trinta) dias, a contar do recebimento, para devolver o processo-consulta, com seu relatório, ao Departamento de Processo-Consulta, salvo se a prorrogação for necessária, comprovada e autorizada pelo diretor responsável por esse Departamento.

**Parágrafo único.** Em caso de recusa por parte do conselheiro relator designado, este deverá manifestar-se por escrito justificando o motivo que o impede para relatoria do processo.

**Art. 6º** Os processos-consultas serão pautados para a Plenária subsequente à sua devolução ao Departamento de Processo-Consulta, de acordo com a disponibilidade da pauta.

**Art. 7º** Os pedidos de vista são pautados para a Plenária subsequente à sua solicitação.

**Parágrafo único.** Caso o pedido de vista não seja apresentado no prazo estipulado no caput deste artigo, este será desconsiderado devendo ser apreciado o relatório do conselheiro parecerista de origem.

**Art. 8º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.769/05 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 16 de janeiro de 2009.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

*Presidente do Conselho*

LÍVIA BARROS GARÇÃO

*Secretária-Geral*

---

Resolução CFM N.º 1892/2009.

Revoga resolução 1769/2005

Publicada no D.O.U. de 13/02/2009, Seção I, p. 168

## CÂMERAS FILMADORAS DE MONITORAMENTO DENTRO E FORA DA UNIDADE HOSPITALAR

CAMCORDERS MONITORING UNIT INSIDE AND OUTSIDE THE HOSPITAL

*Lutero Marques de Oliveira \**

**Palavras-chave** – *Câmeras filmadoras de segurança, monitoramento hospitalar, não ofensa aos trabalhadores, leis municipais, locais públicos de circulação, sigilo profissional, controle, fundamentos..*

**Keywords** – *security cameras camcorders, hospital monitoring, no offense to workers, municipal laws, public places of circulation, doctor's confidence, control, basis.*

### CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

*“Venho através dessa, solicitar informações a respeito de instalação de câmaras filmadoras dentro da unidade hospitalar com abrangências nos corredores e na entrada do mezanino do plantão médico, também o consultório médico, sendo este somente*

---

\* Conselheiro parecerista CRM-PR

*uma parte, sendo quase toda a parte de área de circulação de paciente, médico e de enfermagem, esta sendo monitorada com câmaras que fazem a captação de imagem que remete para o monitor que está instalado na mesa do diretor administrativo, me dirijo a vossa senhoria para informação e orientação se isto é legal – explicação, é ilegal – explicação. Relato também que as câmeras filmadoras abrangendo o estacionamento médico para verificar a hora que o médico chega e sai do hospital”.*

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

No Brasil não existe uma legislação federal específica regulamentando o uso de câmaras de vigilância. Na área Trabalhista, o Tribunal Superior do Trabalho já se posicionou que as câmaras de segurança não ofendem a intimidade e a privacidade dos trabalhadores, não podendo, porém, ser instaladas em locais que causem a violação da intimidade dos empregados, como banheiros, cantinas e refeitórios, pois os mesmos se situam dentro do poder de comando do empregador, por ser o empregado um trabalhador subordinado e sujeito ao poder de direção de seu empregador, com controle de marcação de ponto e obediência a normas e regulamentos da empresa, tendo o empregador o poder de disciplinar com advertência, suspensão e demissão.

Quanto a locais públicos e de circulação, a regulamentação de instalação de câmaras de segurança, é determinada segundo leis municipais e estaduais, sendo aplicadas em estacionamentos, salas de espera, corredores de instituições de saúde, etc. Portanto, há necessidade de adequação à Lei Municipal ou Estadual da jurisdição onde se encontra o estabelecimento de saúde. Em todas, há unanimidade quanto à indicação de que o local está sendo filmado.

Com relação à atividade médica, há de se frisar que a pedra angular da assistência médica é a relação médico paciente, e deve ser encarada como sagrada tanto pelo médico como pelas instituições de saúde, e isso implica na preservação da autonomia do médico e do sigilo profissional. A máxima de que cada caso é um caso e que não existem doenças e sim doentes jogam fortemente a favor da autonomia do médico e do respeito ao paciente.

Dentre os vários atributos do médico, a dedicação, a disponibilidade, o afeto e o respeito para com o paciente são primordiais, e é aqui que o Conselho Federal de Medicina assume um importante papel na defesa dessa autonomia e desse respeito com a elaboração do Código de Ética Médica, bem como com a supervisão do seu cumprimento. Vejamos o que nos diz:

Quanto à autonomia do médico;

### **Capítulo I, Princípios Fundamentais**

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Quanto ao sigilo profissional;

### **Capítulo I, Princípios Fundamentais**

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

### **Capítulo IX, Sigilo Profissional**

É vedado ao médico:

**Art. 73.** Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Ainda, a Constituição Federal, Artigo 5º inciso X, bem como o Código Civil, em seus artigos 11, 17 e 20, dispõe sobre a Inviolabilidade a Intimidade e a Vida Privada e os Direitos da Personalidade aí incluídos o Direito à Intimidade e o Direito ao Sigilo.

Concluindo, a utilização de câmaras de segurança no estacionamento médico, bem como no mezanino do plantão médico é legal, se a intenção for dar maior segurança, porém tais imagens não devem ser utilizadas para constranger o



médico. A utilização de câmaras de segurança dentro do consultório médico, por ser uma área privativa, é ilegal e antiética, pois não preserva a intimidade do paciente nem o sigilo profissional.

É o parecer.

Curitiba, 18 de dezembro de 2011.

LUTERO MARQUES DE OLIVEIRA

*Cons. Parecerista*

---

Processo-consulta CRM-PR n.º 063/2011

Parecer n.º 2361/2012

Parecer aprovado

Sessão plenária n.º 2884, de 16/01/2012, cam.

## ATESTADO MÉDICO PARA AFASTAMENTO DO TRABALHO

SICK LEAVE

*Keti Stylianos Patsis \**

**Palavras-chave** – *Receita, atestado, finalidade, afastamento do trabalho, validade, médico-legal, perícia, conjuntivite.*

**Keywords** – *doctor's prescription, sick leave certificate, purpose, work absenteeism, validity, medico-legal expertise, conjunctivitis.*

### CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

“Solicitação: qual a validade médico-legal e pericial de uma receita emitida por médico especialista e é apresentada por servidor municipal para justificar afastamento do trabalho por conjuntivite não especificada (h10.9), com cinco dias de atestado em criança de 1 ano e receita emitida a lápis, em unidade de saúde do mesmo município, com trat. inespec.?(dexametas.tóp.+s.f.tópico), para cuidados do mesmo que não poderia então ir à creche. O atestado emitido normalmente por pediatra a caneta. Justificativa: Faço Medicina do Trabalho e atuo como Perito Médico Oficial de uma Prefeitura da Região Metropolitana de Curitiba e os pedidos de afastamento para cuidados de familiares doentes

---

\*Conselheira parecerista do CRM-PR.

previstos na CLT e no Estatuto Municipal chegam por processos com os documentos anexados, e esta situação para mim é inusitada. Questiono se há nexos, pois minha especialidade original é GO e não consta nada como infecto-contagioso nem comprometimento do estado geral da criança. Além disso: sob perícia sem identificação não é passível de ser periciado; documento não original ou não autenticado por órgão competente não é passível; determinados profissionais não justificam ausência para abono de falta no emprego pela CLT; e do ponto de vista ético e pericial? Como deve ser encarada essa receita? Levo em conta a prescrição, considerando que a caligrafia, receituário, data, carimbo, assinatura, são os mesmos ou desconsidero como se não fosse passível de perícia e considero apenas o atestado com o CID, que é de 17/05/11 e a criança já melhorou e autorizo os cinco dias? Há que notificar a Prefeitura, o RH, o Conselho de Ética do CRM ou conversar com o colega em função de uma receita com essas características? Ou devo omitir-me? Neste caso, emitirei no processo parecer provisório ao administrativo e também solicitando orientação ao jurídico, que, aliás, de deficiências na área previdenciária, trabalhista e médica, mas principalmente ética, e só irei emitir parecer final se com orientação do Conselho. Do contrário, extrapolando prazos, deixarei a critério das áreas administrativas e procuradoria jurídica.

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Perícia médica é o ato médico realizado por determinação administrativa, policial ou judicial, para verificação de fatos que necessitem de conhecimento médico.

O consulente se declara Médico do Trabalho e Ginecologista, atuando como Perito Médico Oficial de uma Prefeitura da Região Metropolitana de Curitiba e relata que nesta função deve analisar os pedidos de afastamento para cuidados de familiares doentes conforme previsto na CLT e no Estatuto Municipal.

O caso exposto nesta consulta não é de perícia médica para verificação de necessidade de afastamento da servidora municipal, mas sim, em função de conjuntivite em seu filho menor, que não seria aceito na creche, durante o período em que fosse portador de doença infectocontagiosa.

Cabe ao médico perito analisar e concluir sobre a adequação e verossimilhança

dos documentos médicos apresentados pelo periciando e, caso suspeite de qualquer irregularidade, entrar em contato com o médico identificado como emissor do documento ou solicitar maiores esclarecimentos, por escrito, através do periciando.

Não há obrigatoriedade de o médico perito aceitar as recomendações do médico assistente, podendo divergir quanto ao número de dias de afastamento, desde que se baseie em dados verificados ao exame médico presencial. Caso suspeite, embasado em relevante motivo, que existe conivência por parte do médico para beneficiar o ilícito, o médico perito tem a obrigação de denunciar este fato ao Conselho Regional de Medicina onde aquele profissional está registrado.”

É o parecer.

Curitiba, 22 de fevereiro de 2012.

KETI STYLIANOS PATSIS

*Conselheira Parecerista*

## REFERÊNCIAS

Arq. Cons. Region. Med. do PR. Lei 605/49. Decreto 27.04849.

Arq. Cons. Region. Med. do PR 2011. 28 (111) 219-221.

Arq. Cons. Region. Med. do PR 2011. 28 (111) 140-141.

---

Processo consulta CRM-pr n.º 047/2011

Parecer CRM-pr n.º 2366/2012

Parecer aprovado

Sessão Plenária n.º 2905, de 27/02/2012 - CÂMARA I

## **ACONSELHAMENTO E ACESSORAMENTO GENÉTICO NA PROcriação NÃO DEPENDE SÓ DO MÉDICO**

ADVISORY AND GENETIC COUNSELING IN BREEDING  
DOES NOT ONLY DEPEND ON THE DOCTOR

*Gerson Zafalon Martins \**

**Palavras-chave** – *Aconselhamento, assessoramento, genética, procriação, Câmara Técnica de Bioética, confiança, Resolução CNS n.º 340104.*

**Keywords** – *counseling, monitoring, genetics, breeding, Technical Chamber of Bioethics, confidence, CNS Resolution n.º 340104.*

### **DA CONSULTA**

Trata-se de consulta encaminhada por médico acerca de questionamento sobre aconselhamento/assessoramento genético.

Em razão de tal solicitação, e para aprofundamento do entendimento da demanda, a Câmara Técnica de Bioética foi instada a emitir parecer, o qual, após analisado, adoto em seu inteiro teor:

---

• Conselheiro parecerista do CFM.

## PARTE EXPOSITIVA

A Câmara Técnica de Bioética recebeu da Presidência do Conselho Federal de Medicina pedido de parecer acerca de consulta encaminhada por um médico que solicita orientações sobre aconselhamento/assessoramento genético pertinente a conduta proposta pelo médico ante uma menor com 40 dias de idade, portadora de extensa aplasia do couro cabeludo (cúrtis marmorata congênita). No caso, a médica assistente deseja mapear geneticamente a família com o objetivo de identificar "quem não deveria procriar".

A aplasia cutânea congênita, descrita inicialmente por Cordon em 1767, representa entidade clínica de ocorrência rara. Caracteriza-se pela ausência de pele ao nascimento, acometendo, na maioria das vezes, pequenas áreas do couro cabeludo. Em algumas ocasiões, pode apresentar-se como falhas cutâneas de largas dimensões, afetando qualquer região do corpo.

Existem opções de tratamento que, há muito tempo, vêm sendo apresentadas por vários autores, dependendo do tipo e extensão da lesão (Stringa 5, Pellerano G, Bustin Z, 1985). Lesões pequenas, acometendo apenas a pele e tecido subcutâneo, são deixadas para cicatrização por segunda intenção, que ocorre de forma muito rápida. Para lesões maiores, especialmente aquelas que acometem tecidos mais profundos, e quando existe a exposição de órgãos nobres, estaria indicado o tratamento cirúrgico por meio de uso de retalhos locais. Recentemente, a terapia gênica surge como a alternativa mais promissora para o tratamento dessas doenças.

## ACONSELHAMENTO OU ACESSORAMENTO GENÉTICO

Aconselhamento genético é a atividade de fornecer informações a respeito do risco de recorrência de doenças genéticas para pacientes e familiares, devendo ser o mais não diretivo possível. Entende-se por não diretivo o aconselhamento no qual o profissional se mantém imparcial frente às informações e decisões que serão tomadas. No entanto, não há consenso para a utilização do termo "aconselhamento., que pode ser substituído por assessoramento. O professor Juan-Ramón Lacadena (2003, p. 390) apresenta a seguinte justificativa para esta mudança: o termo .aconselhamento. pode ter conotação diretiva, enquanto

"assessoramento. possui um significado mais neutro, que visa oferecer as informações para a tomada de decisão por parte do interessado.

## FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA

A história do pensamento ético do último terço do século XX caracteriza-se pelo crescente interesse na solução dos problemas de ordem individual e coletiva que preocupam as pessoas e a humanidade no seu dia a dia (Clotet, 1993).

As doenças genéticas eram incuráveis, mas hoje algumas já contam com tratamentos disponíveis. Em determinados casos, existem genes que aumentam os fatores de risco para outras doenças. Alguns estudos apontam que 33% das internações pediátricas têm problemas genéticos associados (Goldim e Matté, 2001). No entanto, segundo esses autores, essas doenças trazem consigo alguns dilemas éticos que devem ser discutidos.

É eticamente adequado diagnosticar doenças sem cura? É eticamente adequado testar indivíduos portadores assintomáticos, com risco apenas para a prole e, em caso positivo, aconselhá-los a abster-se da procriação?

Estamos vivendo a era da medicina preditiva, que estabelece a futurologia clínica e, nesse sentido, a ética passa a ser o fiel da balança, tendo em vista que, se bem utilizada, a investigação genética trará grandes benefícios. Mas também pode ocorrer o contrário, principalmente no modelo de sociedade estética onde os considerados feios ou com defeitos tendem a ser rejeitados ou eliminados (eugenia).

O determinismo genético, por sua vez, denota a ideia de que os traços humanos, sob a influência dos genes, são totalmente fixos em sua caracterização fenotípica e pouco afetados por mudanças no ambiente físico e social. Em outras palavras, os traços atribuídos aos genes não estariam sujeitos a mudanças externas (Lewontin et al, 1984).

O determinismo genético foi uma ideologia das classes dominantes durante o século XIX e primeira metade do século XX. Essa abordagem pseudocientífica ofereceu a base intelectual para a discriminação racial e marginalização de grupos pobres e privados de direitos, além de estigmatizar portadores de deficiência e violar direitos reprodutivos (Kevles, 1995).

Dezenas de milhares de esterilizações forçadas de pessoas rotuladas como "pobres" e "débeis mentais", ou de vítimas do alcoolismo, epilepsia ou outras doenças, ocorreram nos Estados Unidos nos anos 20 e começo dos 30. Tais ações eram sempre justificadas por concepções errôneas de determinismo genético (Reilly, 1991).

Nas décadas de 50 e 60, a genética médica desenvolveu uma disciplina clínica com novo paradigma, no qual, enquanto os fatores genéticos em dada doença iam sendo estudados, reconhecia-se a importância do ambiente na interação com o conjunto genético. Ao mesmo tempo, a noção de que as pessoas possuem o direito de fazer escolhas, após terem sido devidamente informadas sobre sua saúde e reprodução, prenunciava o desenvolvimento da bioética moderna.

Dentro do campo da genética médica reconheceu-se o exercício do direito de que os pacientes fossem adequadamente informados e aconselhados sobre as diferentes opções disponíveis para se lidar com as condições e riscos genéticos. Assim, nascia o campo do aconselhamento genético, com o objetivo de possibilitar aos pacientes a tomada de decisões com base em informações mais sólidas. Sob esse novo paradigma, evitava-se a tentação de os profissionais de saúde tomarem decisões por seus pacientes, enquanto estes recebiam informações adequadas para poder decidir sobre maneiras de prevenir condições genéticas, incluindo as relacionadas à reprodução.

Devemos também considerar o direito à informação individual sobre a realidade do próprio genoma, feita pelo médico, que possibilitará o melhor conhecimento da pessoa para sua decisão em benefício dela própria e de sua família. O assessoramento genético permitirá ao indivíduo compreender melhor a doença, seu tratamento, sua evolução e transmissão com a finalidade de tomar a melhor decisão (Lacadena, 2003, p. 391).

Em paralelo, conforme antiga recomendação do Nuttield Council on Bioethics (1993), não apenas indivíduos, mas também as famílias, podem ser ajudadas por meio da informação correta sobre problemas genéticos. Martinez (1994) enfatizou que a informação deveria ser obrigatória sempre que existir uma suspeita razoável de doença de origem genética.

No que diz respeito à informação, pela vinculação que a mesma tem com a autonomia, é conveniente observar que, devido ao princípio da autonomia e



por causa da dignidade da pessoa e do seu direito à intimidade, não deve ser obrigatória a revelação de suas anomalias genéticas, principalmente se esta manifestar o desejo de não saber, conforme orienta a Declaração sobre o Genoma Humano e Direitos Humanos da Unesco (1997). Por causa do princípio da autonomia e do direito à intimidade, no que se refere aos dados do próprio genoma, a pessoa tem o direito de guardá-los para si ou de comunicá-los, bem como o direito de ser informado sobre esses mesmos dados ou de se recusar a ser informado.

Naturalmente, irão surgir casos conflitantes, mas é sabido que o conflito é inevitável no mundo da ética.

Nesse sentido, a Declaração da Associação Médica Mundial sobre a Genética e a Medicina (2005) traz alguns esclarecimentos práticos aos médicos que realizam o assessoramento genético. Primeiramente, o art. 16 orienta que a informação a ser prestada deve ocorrer sem diretivas e o direito de o indivíduo negar-se a ser examinado deve ser respeitado. Em caso de planejamento conceptivo, o art. 17 orienta que a assessoria do médico deve contemplar todas as possibilidades de prevenção e terapêutica. No entanto, ao mesmo tempo que as informações precisam ser as mais completas possíveis, não podem influenciar a livre decisão do interessado.

Especificamente quanto à discriminação genética, que possui interface relevante neste caso em análise, a Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos, da Unesco (2005), explicita em seu art. 6º que: “Ninguém será sujeito a discriminação baseada em características genéticas que vise infringir ou exerça o efeito de infringir os direitos humanos, as liberdades fundamentais ou a dignidade humana”.

Esta orientação foi inserida no Brasil por meio da Resolução CNS nº 340104, que faz várias recomendações: não discriminação genética (111.2), direito de livre escolha do indivíduo querer ou não ser informado dos resultados (111.4), aconselhamento genético (111.5) e manutenção do sigilo (111.11).

No âmbito da deontologia médica, a proibição à discriminação genética foi consolidada no recente Código de Ética Médica brasileiro como um Princípio Fundamental, o XXV, que diz: Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias {...} o médico zelará para que as pessoas não sejam

discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade. Ademais, com referência à Genética, o Capítulo 111, que versa sobre Responsabilidade Profissional, veda ao médico descumprir a legislação específica em manipulação e terapia gênica (art. 15), bem como as intervenções do genoma humano, exceto na terapia gênica (art.16).

Por todo o exposto, com base na literatura apresentada, as diretrizes traçadas para a área genética humana podem ser assim sintetizadas:

1. Toda informação genética é estritamente confidencial e deve respeitar a integridade, a privacidade, a proteção da pessoa, de sua imagem e a não estigmatização;
2. Ao paciente deve ser dada a possibilidade de, mediante consentimento livre e informado, manifestar se deseja ou não conhecer o resultado de seus exames de natureza genética, bem como se deseja ou não receber assistência genética;
3. O aconselhamento ou assessoramento genético deve ser o mais não diretivo possível, vale dizer, o médico não deve interferir no convencimento e na decisão do paciente;
4. Toda assistência genética, incluindo rastreamento, aconselhamento ou assessoramento e testagem, deve ser voluntária;
5. O diagnóstico pré-natal deve ser feito apenas por razões relevantes para a saúde do feto e somente para detectar condições genéticas e malformações fetais;
6. O rastreamento de recém-nascido para condições nas quais um tratamento precoce e disponível possa beneficiá-lo, poderá ser realizado após o prévio e expresso consentimento dos pais ou responsável legal;
7. A confidencialidade das informações genéticas admite relativização, a critério justificado do médico, no caso de existir elevado risco de dano a membros da família e as informações possam servir para minimizar ou evitar o dano;
8. A privacidade de um indivíduo deve ser protegida, particularmente, em razão de condicionamentos ou influências de autoridades, de instituições como empregadores, superiores militares, seguradoras, escolas, penitenciárias, entidades religiosas, comerciais, órgãos governamentais e outros.

## PARTE CONCLUSIVA

Ante o exposto, em resposta ao questionamento encaminhado pelo egrégio Conselho Federal de Medicina, a Câmara Técnica de Bioética concluiu que a decisão de não procriar, em caso de indivíduo(s) portador(es) de defeitos genéticos, não compete exclusivamente ao médico assistente, O médico participará do ato decisório prestando as informações necessárias, com base em fundamentos éticos e científicos, e da maneira menos diretiva possível. A partir desta exposição detalhada dos fatos e alternativas, os interessados (paciente, familiares) poderão manifestar seu desejo de aprofundar a investigação genética para identificar portadores, saber os resultados e receber o aconselhamento/assessoramento para a prevenção e o tratamento, se houver, Deve-se considerar, também, a evolução da medicina, pois o que é válido hoje pode não ser amanhã e vice e versa.

É o parecer.

Brasília-DF, 13 de julho de 2012

GERSON ZAFALON MARTINS  
*Conselheiro Parecerista CFM*

---

Processo-consulta CFM N.º 977/2012

Parecer CFM N.º 30/2012

Parecer aprovado

Sessão plenária de 13/07/2012.

## BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

Associação Médica Mundial. Declaração da Associação Médica Mundial sobre a genética e a medicina. Adotada pela Assembleia Geral de Santiago, Chile, 2005.

Clotet, J. Bioética como ética aplicada e genética. Revista Bioética, Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1993;1(1):13-9.

Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nO1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.

Foundation Banco Bilbao Vizcaya. Human genome project: ethics. In: Second Workshop on International Cooperation for the Human Genome Project. Madrid: Foundation BBV, 1992.

Frieden IJ. Aplasia cutis congenita: a clinical review and proposal for a classification. J Am Acad Dermatol 1986;14: 646-60.

Goldim J, Matte U. Bioética e genética. Texto elaborado em 9/1997 e atualizado em 23/9/2001. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/biogenrt.htm>. Acesso em 15/2/2012.

Lacadena JR. Genética y bioética. 2ª ed. Madrid: Comillas: Desclée de Brouwer, 2003.719 p.

Mannino FL, Jones KL, Benirschke K. Congenital skin defects and fetus papyraceus. J Pediatrics 1977;91:559-64.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nO340/04, 2004.

Nutiield Council on Bioethics. Genetic screening: ethical issues. London: Nutiield, 1993.

Stringa S, Pellerano G, Bustin Z. Aplasia cutis congenita. Commentary on 5 cases. Med Cut ILA 1985;13:321-6.

Unesco. Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos. Paris, 11 de novembro de 1997.

## CHEFIA DOS SERVIÇOS MÉDICOS DEVE SER EXERCIDA POR MÉDICOS DEVIDAMENTE HABILITADOS

POSITIONS OF MEDICAL LEADING SERVICES SHOULD BE  
PERFORMED BY DOCTORS DULY AUTHORIZED

*Hermann Alexandre Vivacqua Von Tiesenhausen\**

**Palavras-chave** – *Chefia de serviços, profissão regulamentada, competências legais, médicos habilitados, responsabilidade técnica de laboratório, assinar exames.*

**Keywords** – *Leading services, regulated profession, legal skills, qualified doctors, technical laboratory responsibility, signing exams.*

### CONSULTA

Trata-se de consulta formulada pelo Dr. XXX nos seguintes termos:

Tendo em vista as minhas perguntas ao Cremerj que não foram respondidas (na verdade, me responderam de forma evasiva), me encaminho ao egrégio Conselho Federal de Medicina para tentar obter as respostas aos meus questionamentos.

1. Um técnico de laboratório (nível médio) pode assinar exames laboratoriais?
2. Um técnico de laboratório (nível médio) pode chefiar um médico especialista

---

\*Conselheiro parecerista do CFM.

em Patologia Clínica? Medicina Laboratorial (não confundir com Anatomia Patológica).

3. Farmacêuticos, biomédicos e biólogos, profissionais que não fizeram Clínica Médica, podem chefiar um médico especialista em Patologia Clínica? Medicina Laboratorial (só para lembrar: 6 anos mais 3 de residência = 9 anos de formação).

4. O prof. dr. Raymundo Soares de Azevedo Neto, do Departamento de Patologia Clínica da FMUSP, define Patologia Clínica como uma especialidade médica e o especialista desempenha um papel voltado tanto para a relação com clínicos e cirurgiões como consultor destes médicos. Afirma ainda que os resultados de um laboratório clínico equivalem a laudos diagnósticos e é preciso verificar sua consistência antes de fazer a liberação para uso clínico porque aqueles resultados vão definir, na maioria das vezes, uma conduta pelo médico que os solicitou. Diante do exposto acima, pergunto se profissionais não médicos podem assinar um laudo médico? Podem ser consultores de médicos? Podem analisar um dado clínico de um exame requerido e interpretar os resultados para posterior liberação (de um laudo médico)?

5. Quem garante que os exames que estão sendo realizados nos laboratórios que não possuem médicos nos seus quadros estão sendo solicitados por médicos? Quem estará sujeito à Resolução no 185/02 do Cremerj, artigos 1.º e 2.º?

6. Que exames (discrimine cada um sem generalização) nutricionistas, enfermeiros psicólogos e fisioterapeutas podem solicitar? Obs: possui solicitações de exames feitas por estes profissionais (exceto fisioterapeutas) na rede municipal do RJ. Quem garante que não estão exercendo ilegalmente a Medicina?

7. O CFM não concorda que para impedir o avanço de outros profissionais da saúde sobre a Medicina é primordial a presença de um patologista clínico para barrar as solicitações de exames por profissionais não médicos e garantir o mercado de trabalho dos especialistas médicos (obstetra, endócrino etc.)

8. Como será o procedimento de um médico chefiado por não médicos quando ocorrer conflitos entre normas de Conselhos diferentes? O CFM concorda que (depois de nove anos de formação) nós sejamos chefiados por técnico de

laboratório, farmacêuticos, biomédicos e biólogos?

9. De acordo com a Resolução Cremerj no 185, art. 2o, como o CFM fiscalizará um laboratório que está recebendo exames sem requisição médica ou cuja requisição não foi solicitada por médico (já que não possuem médicos no serviço para questionar este procedimento)?

10. A Cientificalab assumiu os laboratórios do Estado do Rio de Janeiro. O CFM sabe quantos patologistas clínicos estão trabalhando neste laboratório?

11. Na edição de janeiro/fevereiro/2009, o Dr. Roberto d'Avila afirmou que o censo comum e a jurisprudência já entendem que compete ao médico o diagnóstico e tratamento das doenças e que o projeto do Ato Médico vem ratificar isso respeitando as competências de cada uma das 13 profissões da área da saúde. Onde é respeitada a competência da Patologia Clínica no projeto do Ato Médico? (art. IX, parágrafo 7).

12. Como o CFM define Patologia Clínica (especialidade reconhecida pelo CFM) e como a diferencia das análises clínicas (representadas por farmacêuticos, biólogos e biomédicos)? O CRM-RJ me respondeu que não reconhece as análises clínicas, não podendo compará-las à especialidade médica de Patologia Clínica. Como então pode comparar com a Anatomia Patológica (citopatologia) que está sendo invadida pelos farmacêuticos? Os optometristas, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas podem ter seu campo de atuação comparado com as especialidades médicas correspondentes (oftalmo, obstetra, psiquiatria, endócrino etc.) mas a única que não pode ser comparada, diferenciada e defendida pelos Conselhos é a Patologia Clínica. É isso?

13. Como fica a situação dos médicos (que estudaram 9 anos para se tornar especialistas) no mercado de trabalho, já que a especialidade não está sendo defendida pelo CFM? Terão de fazer residência em outra especialidade? O CFM está prevaricando?

14. Dr. Roberto d'Avila, em novembro de 2007, afirmou que chefia de setor médico deve ser exercida por médico. O laboratório de Patologia Clínica onde trabalham os médicos especialistas desta área é um setor médico?

15. Em janeiro de 2005, o jornal do CRM, na página 10, apresentou o artigo Manifesto das Associações Médicas que ressalta que diagnosticar significa

identificar a causa ou doença responsável pelos sinais ou sintomas de um paciente. Somente médicos investigam doenças... No laboratório de Patologia Clínica é possível investigar e diagnosticar uma doença?

16. O Código de Ética Médica (art. 30) diz que é vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica. A Resolução 1.718/04, art. 1o (notícia do jornal do CRM de outubro de 2005, pág. 14), diz que é vedado ao médico ensinar procedimentos a profissionais não médicos (por lei não podem aplicar tais ensinamentos na prática diária). No bioinforme do laboratório Sérgio Franco encontramos farmacêutico hematologista (?) chefe do setor de hematologia, Biomédica analista clínica (?) integrante da central de relacionamento médico (?), bióloga analista clínica (?) integrante da central de relacionamento médico, biólogo especialista em Patologia Clínica (?) integrante da central de relacionamento médico (?) O código de ética está sendo desrespeitado? Onde o CFM está atuando na defesa do mercado de trabalho dos especialistas médicos (Patologia Clínica, Hematologia etc.)? O CFM está prevaricando?

17. Nos congressos dos biólogos e farmacêuticos vejo palestras que são, no meu ponto de vista, assuntos exclusivos da área médica. Exemplos:

- Estudos de casos clínicos hematológicos
- Hanseníase: aspectos clínicos e diagnósticos
- O laboratório nas doenças adrenais
- Hiperaldosteronismo
- Tireoide: aspectos clínicos e diagnósticos
- Autoanticorpos na prática clínica
- Vitamina D e sua aplicação clínica etc. Nestes casos, colegas não estariam passando conhecimento clínico a profissionais não médicos?

18. Os exames laboratoriais não estão sujeitos a segredo profissional? Não é um laudo médico? Deixar que outros profissionais não obrigados ao compromisso do sigilo, não estaria infringindo o art. 108 do Código de Ética Médica?

19. Seção 11 - Da Saúde, o art. 196 (da Constituição Brasileira) diz que saúde é direito de todos. O Capítulo II dos direitos sociais da Constituição, no seu art.



6o, diz que são direitos sociais a educação e a saúde. O Capítulo I dos direitos e deveres individuais e coletivos, no seu art. 5o, garante a inviolabilidade do direito à vida. O direito à saúde e à vida não estão sendo violados a partir do momento em que um profissional não médico passa a exercer uma função médica, na qual ele não está habilitado (pois não tem formação em Clínica Médica), pondo em risco a vida do paciente?

Concluo achando que o Conselho, ao abrir mão de uma especialidade médica, que é a Patologia Clínica, está comprometendo o diagnóstico (e o tratamento), que vai ser baseado em informações fornecidas por pessoas sem formação médica, com capacidade técnica de realizar e não interpretar os exames laboratoriais, pois para isto tem que ter formação clínica.

## PARTE CONCLUSIVA

Dr. R.A.C, especialista em Patologia Clínica, entende que suas perguntas não foram devidamente respondidas pelo Cremerj e acha que o Conselho, ao abrir mão de uma especialidade médica, que é a Patologia Clínica, está comprometendo o diagnóstico (e o tratamento), que vai ser baseado em informações fornecidas por pessoas sem formação médica, com capacidade técnica de realizar e não interpretar os exames laboratoriais, pois para isto deve possuir formação clínica.

A seguir, elabora vinte quesitos para os esclarecimentos das questões. Os questionamentos enunciados serão respondidos de forma ampla, objetivando esclarecer os vários itens.

O Decreto nº 20.931/32 regula e fiscaliza, no Brasil, o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, e estabelece penas, mas é uma legislação genérica que não define claramente as atribuições de cada profissão. No seu art. 28 define que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, **sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal (grifo nosso).**

Em paralelo, a Lei no 3.999/61, em seu art. 15, diz que os cargos ou funções de chefias de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei. Complementando, para melhor entendimento a Lei no 6.839/80, em seu art. 1º, diz que o registro de empresas e a anotação dos **profissionais legalmente habilitados**, delas encarregados, serão **obrigatórios nas entidades competentes para fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros** (*grifo nosso*).

Faz-se importante frisar a Resolução CFM no 1.342/91, que determina que a **prestação de assistência médica** nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, **no âmbito de suas respectivas atribuições**, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelo descumprimento dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo de apuração penal ou civil (*grifo nosso*).

É importante abordar o que disciplinam as leis que regulamentam cada profissão.

1 – A Lei no 3.820/60, que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, diz em seu art. 6º que são atribuições do Conselho Federal expedir as resoluções que se tornarem necessárias, para a fiel interpretação e execução da presente lei, bem como propor às autoridades competentes as modificações que se tornarem necessárias à regulamentação do exercício profissional, colaborar com elas na disciplina das matérias de ciência e técnica farmacêutica, ou nas que, de qualquer forma, digam respeito à atividade profissional, deliberar sobre questões oriundas do exercício de atividades afins às do farmacêutico, além de **ampliar o limite da competência do exercício profissional conforme o currículo escolar e expedir resoluções, definindo ou modificando atribuições ou competências dos profissionais da farmácia, conforme as necessidades futuras** (*grifo nosso*).

Diante dessa competência, foi emitida a Resolução CFF nº 296/96, normatizando o exercício das análises clínicas pelo farmacêutico bioquímico, dando aos mesmos competência para realizar exames reclamados pela clínica médica, nos moldes da lei, inclusive nos campos da toxicologia, citopatologia, hemoterapia e biologia molecular, em discordância ao que preceitua a Resolução CFM no 1.823/07.

Como resultado, a resolução CFF foi questionada judicialmente pelo CFM, sendo julgada a sua legitimidade em primeira instância na Justiça Federal, com sentença desfavorável ao CFM. Por outro lado, uma ação do Conselho Federal de Farmácia contra o Parecer CRM-MG no 3.795/09 julgou falta de legitimidade, adequação e interesse. Há uma carência de ação do CFF, em grau de recurso no TRF da 1.<sup>a</sup> Região (Processo no 2010.38.00.002011-0), ou seja, existem decisões judiciais que reconhecem ao farmacêutico a possibilidade de realizar exame citopatológico, porém nenhuma transitada em julgado.

2 - A Lei no 6.684/79, que regulamenta a profissão do biólogo e do biomédico em seus artigos 4º e 5º, diz que ao biomédico compete atuar em equipes de saúde, em nível tecnológico, nas atividades complementares de diagnóstico e sem prejuízo do exercício das mesmas atividades por outros profissionais igualmente habilitados, realizar serviços de radiografia, excluída a interpretação, atuar sob supervisão médica, em serviços de hemoterapia, de radiodiagnóstico e de outros para os quais esteja legalmente habilitado.

3 - A Lei no 8.234/91, que regulamenta a profissão do nutricionista, determina entre as suas atribuições a assistência e educação nutricional a sadios e enfermos, em instituições públicas e privadas, em consultório de nutrição e dietética, podendo também atuar na assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em nível de consultório de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

A Resolução CFN nº 380 estabelece as áreas de atuação do nutricionista. As Resoluções RDC Anvisa nos 283/00 e 171/06, a Portaria MS nº 2.414/98 e a Portaria MS no 698/02 dispõem sobre regulamento técnico para taxar requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral; regulamento técnico para funcionamento dos serviços de diálise; requisitos para funcionamento de instituições de longa permanência para idosos; requisitos para realização de internação em regime hospital-dia geriátrico e definição da estrutura e normas de atuação e regulamento técnico para funcionamento dos Bancos de Leite Humano, que depende de prescrição ou solicitação de médico ou nutricionista contendo o volume/horário diário e as necessidades do receptor.

4 - A Lei no 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da

Enfermagem e dá outras providências, estabelece em seu art. 11, inciso II, que compete ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde: (....)

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, (....) g) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, (....) j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto (....) i) Execução do parto sem distocia.

Assim, pode-se definir Patologia Clínica como a especialidade médica que executa e interpreta provas propedêuticas, aplicando técnicas químicas, físicas, fisicoquímicas, biológicas e morfológicas em pacientes ou, principalmente, em materiais biológicos, tendo como objetivo, isolado ou múltiplo, diagnosticar ou afastar doença, estagiar a fase evolutiva da moléstia, evidenciar o prognóstico, monitorar a terapêutica e verificar a presença de fatores de risco.

Diante do exposto, não compete ao técnico de laboratório (nível médio) assinar laudos laboratoriais, competência que não lhe dá a Lei no 3.820/60, exclusiva para profissional de nível superior, podendo o farmacêutico bioquímico chefiar unidades de sua área, pois está na sua competência legal.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado aos laboratórios de análises clínicas, chefiados por farmacêuticos e bioquímicos, pois sua fiscalização compete ao órgão de classe.

Quanto aos exames que podem ser solicitados por profissionais de saúde, estão contidos nas respectivas regulamentações.

Quanto à fiscalização de serviços médicos, compete aos Conselhos de Medicina fiscalizar os atos exercidos por médicos, atribuição estabelecida pela Lei no 3.268/57.

Aqui, não há como se discutir conflitos de competência, que são resolvidos no âmbito do Judiciário, nem tempo de formação acadêmica, cada qual com o seu tempo de acordo com sua grade curricular, pois as atribuições estão contidas nas regulamentações de cada profissão, diferentemente do que dizem o Decreto no 20.931/32 e a Lei no 3.999/61, nas quais os cargos de chefia de serviços médicos devem ser exercidos por médicos devidamente habilitados.

Em paralelo, o consulente confunde prevaricação, termo que certamente usa de forma inadequada e indelicada, ao querer esmagar o direito de outras profissões

com autoridade que não compete ao médico, não sendo característica da classe médica, pois afronta a Constituição Brasileira no seu art. 5º, parágrafo XIII, que diz ser livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.

Na mesma lógica, não é correto interpretar, à luz do citado art. 30 do Código de Ética Médica, que se está delegando a outros profissionais atos exclusivos da profissão médica, pois muitos não são exclusivos e de competência médica, ou seja, não são ato exclusivo do médico.

Com referência à questão do sigilo, este não é exclusivo de médicos ou de outros profissionais de saúde, já que obrigatoriamente está contido no dever do servidor público, nas suas atividades, e por ele respondem administrativamente e em todas as instâncias pela quebra do mesmo.

Quanto ao item 20, novamente se equivoca o consulente na interpretação da Constituição, pois, pelo contrário, constitucionalmente outros profissionais de saúde, no limite de sua competência, estão exercendo seus direitos de acordo com o artigo 5º da Constituição Brasileira.

Concluo afirmando que o exercício de profissão regulamentada, dentro de suas competências legais, não ultraja os atos exercidos por patologistas clínicos, ficando claro que a responsabilidade da chefia de serviços médicos é exclusiva de médicos devidamente habilitados na forma da lei.

Este é o parecer.

Brasília-DF, 15 de junho de 2012

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN

*Conselheiro Relator*

---

Processo-consulta CFM N.º 6249/2009

Parecer CFM N.º 25/2012

Parecer aprovado

Sessão plenária de 15/06/2012.

## FLÂMULA E BANDEIRA

STREAMER AND FLAG

*Ehrenfried Othmar Wittig \**

**Palavras-chave** – *História da Medicina, Museu de Medicina, Flâmula, Bandeira, Medicina, 1953*

**Keywords** – *History of Medicine, Museum of Medicine, Streamer, Medicine, 1953*

Bandeira e Flâmula têm características semelhantes. A diferença fundamental entre as duas é o formato e as dimensões padrão.

A Bandeira é semelhante a um retângulo, podendo ter inclinação, enquanto que a flâmula é uma pequena bandeira pontiaguda, lembrando um triângulo.

De forma geral, também o tamanho as diferencia, embora a bandeira possa ter um tamanho semelhante.

Ambas são destinadas a comemorações e festividades.

As flâmulas, embora com início em 1910, têm sua grande fase nas décadas de 50 a 70, perdendo terreno posteriormente. As escolas, os cursos universitários e clubes utilizavam como divulgação das atividades e de sua própria existência.

---

\* Diretor do “Museu de História da Medicina”, da Associação Médica do Paraná.  
Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia do curso de medicina do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

A Bandeirinha é estreita e comprida, retangular e terminada em bico. Pode ser feita de tecido, plástico ou papel. Era colocada em bicicletas, automóveis, embarcações, entidades, como adorno, ornamentação, comemorações, como símbolo, pendão, bandeira, às vezes pendentes ou com movimento.

Apresentamos uma rara peça com 60 anos, relacionada à comemoração da turma de Medicina da UFPR em 1953, homenageando como patrono o fundador da universidade, no ano da comemoração do Centenário da Emancipação Política do Paraná.



**Doação:** não identificada

**Ano:** 1953

**Material:** tecido colorido

**Dimensões:** base de 12 cm  
comprimento 21 cm

---

Para doações e correspondências: Secretaria da AMP

Telefone: (41) 3024-1415 | Fax: (41) 3242-4593

E-mail: [amp@amp.org.br](mailto:amp@amp.org.br)

Rua Cândido Xavier, 575 - 80240-280 - Curitiba/PR

Visite o Museu em nosso site: [www.amp.org.br](http://www.amp.org.br)

## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

### COMISSÕES GESTÃO 2008/2013

**Comissão de Tomada de Contas** Dr. Sérgio Maciel Molteni (coordenador) | Dr. Lutero Marques de Oliveira | Dr. Wilmar Mendonça Guimarães

**Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos** (CODAME) Dr.ª Ewalda von Rosen Seeling Stahlke (coordenadora) | Dr. Arnaldo Lobo Miró | [codame@crmpr.org.br](mailto:codame@crmpr.org.br)

**Comissão de Qualificação Profissional** Dr. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador) | Dr. Joachim Graf | Dr.ª Marília Cristina Milano Campos | [cqp@crmpr.org.br](mailto:cqp@crmpr.org.br)

**Comissão de Licitação** Dr.ª Ketí Stylianos Patsis (coordenadora) | Martim Afonso Palma (pregoeiro) | Bruno Roberto Michna (membro efetivo) | Suzana da Glória Francisquini (membro efetivo) | Lucia de Fátima Fernandes Waltrick (membro suplente)

**Comissão Parlamentar** Dr. Alexandre Gustavo Bley (coordenador) | Dr. Luiz Sallim Emed | Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho | Dr. Hélcio Bertolozzi Soares | Dr. Gerson Zafalon Martins | Dr. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho | Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

**Comissão de Qualificação Profissional (CQP) - Setor de Registro de Especialidades** Dr. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador) | Dr. Joachim Graf | Dr.ª Marília Cristina Milano Campos

**Comissão de Educação Médica Continuada** Dr.ª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi (coordenadora) | Dr. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa | Dr. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho | Dr.ª Roseni Teresinha Florencio

### CÂMARAS TÉCNICAS GESTÃO 2008/2013

**Câmara Técnica de Acupuntura** Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador) | Dr. Carlos Roberto Caron | Dr. Francisco Vairo | Dr. Mauro Carbonar | Dr. William Amorim de Almeida

**Câmara Técnica de Alergia e Imunologia** Dr.ª Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke (coordenadora) | Dr.ª Elizabeth Maria Mercer Mourão | Dr. Gilberto Saciloto | Dr. Herberto Jose Chong Neto | Dr.ª Ana Paula Juliani



**Câmara Técnica de Anestesiologia** Dr. Clóvis Marcelo Corso (coordenador) | Dr. Fabiano Tadashi Shiohara | Dr. Ricardo Lopes da Silva | Dr.ª Beatriz Garcia Sluminsky

**Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascul**  
Dr. Alexandre Gustavo Bley (coordenador) | Dr. Carlos José Gosalan | Dr. Dante Calmon de Araújo Goes Junior | Dr. Fabiano Luiz Erzinger | Dr. Marcio Miyamoto | Dr. Mario Martins

**Câmara Técnica de Auditoria** Dr. Roberto Issarnu Yosida (coordenador) | Dr. Marlus Volney de Moraes | Dr. Moacir Pires Ramos | Dr.ª Lisegê Cengia | Dr.ª Ivana Roseira Gomes

**Comissão de Auditoria Médica e Hospitalar** Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador) | Dr. José Roberto Tebet | Dr.ª Lisegê Cengia | Dr. Paulo Mauricio Piá de Andrade | Dr. Luiz Henrique Furlan | Dr. Benno Kreisel | Dr.ª Tatiana Medeiros Neder

**Câmara Técnica de Medicina Nuclear** Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador) | Dr. Airtton Seiji Yamada | Dr. Ricardo de Hollanda | Dr. Juliano Julio Cerci

**Câmara Técnica de Cancerologia** Dr. José Clemente Linhares (coordenador) | Dr. Henrique Balloni | Dr. Nils Gunnar Skares | Dr. Vinicius Basso Preti | Dr.ª Denise Akemi Mashima

**Câmara Técnica de Cirurgia da Mão** Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha (coordenador) | Dr. Carlos Eduardo Saenz Pacheco | Dr. Celso Jugend | Dr. Eduardo Murilo Novak | Dr.ª Giana Silveira Giostri

**Câmara Técnica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**  
Dr.ª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi (coordenadora) | Dr. Alessandro Cury Ogata | Dr. David Livingstone Alves Figueiredo | Dr. Gilvani Azor de Oliveira e Cruz | Dr. Gyl Henrique Albrecht Ramos

**Câmara Técnica de Cirurgia Plástica** Dr. Arnaldo Lobo Miro (coordenador) | Dr. Rogério Augusto Camargo Scheibe | Dr. Rogério de Castro Bittencourt | Dr. Marcos Artigas Grillo | Dr. Renato Teixeira Pianowski

**Câmara Técnica de Cirurgia Torácica** Dr. Gustavo Justo Schulz (coordenador) | Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira | Dr. João Carlos Thomson | Dr. Paulo Cesar Buffara Boscardim | Dr. Sidon Mendes de Oliveira

**Câmara Técnica de Dermatologia** Dr.ª Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke (coordenadora) | Dr. Caio Cesar Silva de Castro | Dr.ª Eliane Tokars | Dr.ª Fabiane Andrade Mulinari Brenner | Dr.ª Michelle Cristine Tokarski

**Câmara Técnica de Endocrinologia e Metabologia**  
Dr.ª Monica De Biase Wright Kastrup (coordenadora) | Dr. André Gustavo Daher Vianna | Dr.ª Maria Augusta Karas Zella | Dr.ª Rosana Bento Radomiski | Dr. Vicente Florentino Castaldo Andrade

**Câmara Técnica de Endoscopia Digestiva** Dr. Joachim Graf (coordenador) | Dr. Flávio Heuta Ivano | Dr.ª Maria Cristina Sartor | Dr. Wanderlei da Rocha Carneiro Júnior | Dr.ª Paula Beatriz Moreira Salles

**Câmara Técnica de Gastroenterologia e Nutrição**  
Dr. Joachim Graf (coordenador) | Dr. Julio Cesar Pisani | Dr. Julio Cezar Uili Coelho | Dr. Odery Ramos Júnior | Dr. Luis Fernando Tullio

**Câmara Técnica de Genética Médica** Dr.ª Ana Maria Silveira Machado de Moraes (coordenadora) | Dr. Salmo Raskin | Dr. Rui Fernando Pilotto | Dr.ª Neiva Isabel Rodrigues Magdalena

**Câmara Técnica de Homeopatia** Dr. Marco Antonio do S. Marques Ribeiro Bessa (coordenador) | Dr. Jorge Ricardo dos Santos | Dr.ª Monika Wilhelm Issa | Dr. Fábio Ricardo dos Santos | Dr.ª Cláudia Mara Abdala

**Câmara Técnica de Infectologia** Dr. Alceu Fontana Pacheco Junior (coordenador) | Dr.ª Maria Terezinha Carneiro Leão | Dr. Jan Walter Stegmann | Dr.ª Flávia Julyana Pina Trench

**Câmara Técnica de Mastologia** Dr. José Clemente Linhares (coordenador) | Dr. Vinícius Milani Budel | Dr. Fábio Postiglione Mansani | Dr. Sérgio Bruno Bonatto Hatschbach

**Câmara Técnica de Medicamentos** Dr.ª Mônica De Biase Wright Kastrup (coordenadora) | Dr. Ehrenfried Othmar Wittig | Dr.ª Rosana Bento Radominsk | Dr. Henrique de Lacerda Suplicy | Dr. Helvo Slomp Junior | Representante do Conselho Regional de Farmácia | Representante da SESA/Vigilância Sanitária | Representante da Vigilância Sanitária Municipal

**Câmara Técnica de Medicina da Família e Comunidade** Dr. Romeu Bertol (coordenador) | Dr. Hamilton Lima Wagner | Dr. João Carlos Schneider | Dr. Pedro Iwam Perotta | Dr. Silvio Miranda | Dr.ª Tânia Maria Santos Pires | Dr. Vitor Moreschi Filho

**Câmara Técnica de Medicina de Tráfego** Dr. Luiz Jacintho Siqueira (coordenador) | Dr. Jack Szymanski | Dr.ª Ana Maria Kerr Saraiva Szymanski | Dr.ª Maria Isabel Rosa Griebeler

**Câmara Técnica de Medicina do Exercício e do Esporte** Dr. Paulo Roberto Mussi (coordenador) | Dr. Alexandre dos Santos Cabral | Dr. José Mauro R. Esposito | Dr.ª Rosana Bento Radominski | Dr. Marcelo Bichels Leitão

**Câmara Técnica de Medicina do Trabalho** Dr.ª Ketí Stylianos Patsis (coordenadora) | Dr. Osni de Melo Martins | Dr. Aurelino Mader Goncalves Filho | Dr. Luiz Eduardo dos Santos Filho | Dr.ª Letícia Bianca Schueler Pierri | Dr. Rui Bocchino Macedo

**Câmara Técnica de Medicina Física e Reabilitação** Dr. Romeu Bertol (coordenador) | Dr. Angelo Aparecido Sella | Dr.ª Ellen Mara Canesin Dal Molin | Dr. Vitor Eduardo Politzer Telles

**Câmara Técnica de Nefrologia** Dr.ª Ketí Stylianos Patsis (coordenadora) | Dr. Marcelo Mazza do Nascimento | Dr.ª Sandra Mara Oliver Martins Aguiar | Dr. Hélio Vida Cassi | Dr. Mauricio de Carvalho

**Câmara Técnica de Neurocirurgia** Dr. Hécio Bertolozzi Soares (coordenador) | Dr. Adelmo Ferreira | Dr. Antonio Carlos de Andrade Soares | Dr. Leo Fernando da Silva Ditzel | Dr. Luis Alencar Biurrum Borba

**Câmara Técnica de Neurologia** Dr. Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador) | Dr. Carlos Eduardo Soares Silvano | Dr.ª Mônica Koncke Fiuza Parolin | Dr. Cleverson De Macedo Gracia

**Câmara Técnica de Nutrologia** Dr. José Carlos Amador (coordenador) | Dr.ª Marcella Garcez Duarte | Dr.ª Wei Su Ing Tokikawa | Dr. João Gabriel Felipe | Dr.ª Márcia de Fátima Sakr

**Câmara Técnica de Obstetrícia e Ginecologia** Dr. Hécio Bertolozzi Soares (coordenador) | Dr. Denis José Nascimento | Dr. Fernando Cesar de Oliveira Junior | Dr. Narcizo Leopoldo Eduardo da Cunha Sobieray | Dr. Vinicius Pacheco Zanlorenzi

**Câmara Técnica de Oftalmologia** Dr. Mario Teruo Sato (coordenador) | Dr.ª Regina Maria Mansur Maida | Dr. Fernando Cesar Abib | Dr. Francisco Grupenmacher | Dr. Márcio Zapparoli

**Câmara Técnica de Ortopedia e Traumatologia** Dr. Sérgio Maciel Molteni (coordenador) | Dr. Mark Deeke | Dr. Mauro Jose Superti | Dr. Thiago Sampaio Busato | Dr. Luiz Antonio Cordeiro de Loyola

**Câmara Técnica de Otorrinolaringologia** Dr.<sup>a</sup> Roseni Teresinha Florencio (coordenadora) | Dr. Denilson Antonio Cavazzani Szkudlarek | Dr. Diego Augusto De Brito Malucelli | Dr. Eduardo Baptistella | Dr. Vinicius Ribas de Carvalho Duarte Fonseca

**Câmara Técnica de Pediatria** Dr. Wilmar Mendonça Guimarães (coordenador) | Dr. Luiz Ernesto Pujol | Dr. Tony Tannous Tahan | Dr. Marcos Parolim Ceccatto | Dr. Gilberto Pascolat

**Câmara Técnica de Perícias Médicas e Medicina Legal** Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha (coordenador) | Dr. Cláudio José Trezub | Dr. Fernando Saldanha Barros | Dr.<sup>a</sup> Marilda Zauer Guimarães | Dr.<sup>a</sup> Maria Letícia Fagundes | Dr.<sup>a</sup> Mara Rejane Rodrigues Correa Segalla | Dr. Ricardo Del Segue VillasBoas

**Câmara Técnica de Pneumologia e Tisiologia** Dr.<sup>a</sup> Roseni Teresinha Florencio (coordenadora) | Dr.<sup>a</sup> Debora Gapski Moreira | Dr. Carlos Eduardo do Valle Ribeiro | Dr. Roberto Piraja Moritz de Araujo | Dr. Roberto Nogueira Boscardin

**Câmara Técnica de Psiquiatria** Dr. Marco Antonio do S. Marques Ribeiro Bessa (coordenador) | Dr. Sivan Mauer | Dr. Francis Mourão | Dr.<sup>a</sup> Karla Cristina Kurquievicz Buccieri | Dr. Carlos Henrique Gonçalves Kayamori

**Câmara Técnica de Radiologia e Diagnóstico por Imagem** Dr. Lutero Marques de Oliveira (coordenador) | Dr. Alencar Gracino | Dr. Erasto de Melo Juliano | Dr.<sup>a</sup> Irene Tomoko Nakano | Dr. Cesar Rodrigo Trippia

**Câmara Técnica de Radioterapia** Dr. Lutero Marques de Oliveira (coordenador) | Dr.<sup>a</sup> Paula Régia Machado Soares Camargo | Dr. Gustavo Henrique Smaniotto | Dr. Carlos Pereira Neto | Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Euclides Galerani

**Câmara Técnica de Reprodução Assistida** Dr. Roberto Issamu Yosida (coordenador) | Dr. Bruno Maurizio Grillo | Dr.<sup>a</sup> Claudete Reggiani | Dr. Hécio Bertolozzi Soares | Dr. José Eduardo de Siqueira

**Câmara Técnica de Controle do Tabagismo** Dr. Wilmar Mendonça Guimarães (coordenador) | Dr.<sup>a</sup> Roseni Terezinha Florencio | Dr. Jonatas Reichert | Educadora Teresinha Jensen | Dr. Ruddy Cesar Facci | Dr. Saulo Carvalho Filho

**Câmara Técnica de Terapia Intensiva** Dr. Maurício Marcondes Ribas (coordenador) | Dr. Heitor João Lagos | Dr. Hipólito Carraro Junior | Dr.<sup>a</sup> Nazah Cherif Mohamad Youssef | Dr. Paulo Ramos David João

**Câmara Técnica de Urgência e Emergência** Dr. Gustavo Justo Schulz (coordenador) | Dr. Adonis Nasr | Dr. Carlos Roberto Naufel Junior | Dr. Fernando Faria Junior | Dr. Luiz Carlos Sobania | Dr. Luiz Carlos Von Bathen

**Câmara Técnica de Urologia** Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador) | Dr. José Antônio Caldeira | Dr. Thadeu Brenny Filho | Dr. Fábio Scarpa e Silva | Dr. Fernando Meyer

ISSN 2238 - 2070

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

---

