ARQUIVOS do Conselho Regional de Medicina do Paraná

v. 30 - n. 117 - Jan/Mar - 2013

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

MEMBROS NATOS

Duilton de Paola
Farid Sabbag
Luiz Carlos Sobania
Luiz Sallim Emed
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Hélcio 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 Proenço 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 Henrique
Dairton Luiz Legnani
Fábio Sinisgalli Romanelo Campos
Fernando Duglosz (Diretor)
Homero César Cordeiro
Manuel da Conceição Gameiro
Marcos Antônio Corpa
Rodrigo Seiga Romildo
Romildo Joaquim Souza

CASCAVEL
Amaury Cezar Jorge
André Pinto Montenegro (Diretor)
Cláudio Jundi Kimura
Hi Kyung Ann
Keithe 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 Toshimitso
Irno 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 Tomió Aoki
Cicero 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 Stegamann (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

PARANAVAÍ
Attílio 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
Gilmar Juliani Biscaia
José Renato Pederiva
Vanessa Bassetti Prochmann

PONTA GROSSA
Andre 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
Valdicir 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
Osvaldo 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

COMISSÕES
GESTÃO 2008/2013

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

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

Comissão de Licitação
Dr.ª Keti 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 Ibraim 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 M. Ribeiro Bessa
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Dr.ª Roseni Teresinha Florencio

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

Comissão Técnica em Transplante de Órgãos
Dr. Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador)
Dr. Carlos Eduardo Soares Silvado
Dr. Duilton de Paola
Dr. Julio César Wiederkehr
Dr.ª Maria Julia Camina Bugallo
Dr.ª Rossana Mariza Jacob

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 Vascular
Dr. Alexandre Gustavo Bley (coordenador)
Dr. Carlos José Gosalan
Dr. Dante Calmon de Araújo Goes Junior
Dr. Fabiano Luiz Erzinger
Dr. Marcio Miyamotto
Dr. Mario Martins

Câmara Técnica de Auditoria
Dr. Roberto Issamu Yosida (coordenador)
Dr. Marlus Volney de Morais
Dr. Moacir Pires Ramos
Dr.ª Liseglê Cengia
Dr.ª Ivana Roseira Gomes

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 Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador)
Dr. Antonio Carlos Valezi
Dr. Antonio Carlos Ligocki Campos
Dr. Eduardo José Brommelstroet 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 Clínica Médica
Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador)
Dr. Edison Paula Brum
Dr. Heitor João Lagos
Dr. Francisco Luiz Gomide Mafra Magalhães
Dr. Mário José Avais de Melo

Câmara Técnica de Coloproctologia
Dr.ª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi (coordenadora)
Dr. Antonio Sérgio Brenner
Dr. Eron Fabio Miranda
Dr.ª Maria Cristina Sartor
Dr. Rached Hajar Traya
Dr.ª Monica Koncke Fiuza Parolin

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 Radomisnki
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. M. 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 Nuclear
Dr. Luiz Sallim Emed (coordenador)
Dr. Airton Seiji Yamada
Dr. Ricardo de Hollanda
Dr. Juliano Julio Cerci

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 Radomisnki
Dr. Marcelo Bichels Leitão

Câmara Técnica de Medicina do Trabalho
Dr.ª Keti Stilyanos 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 Keti Stylianos Patsis (coordenadora)
Dr. Marcelo Mazza do Nascimento
Dr.ª Sandra Mara Oliver Martins Aguilar
Dr. Hélio Vida Cassi
Dr. Mauricio de Carvalho

Câmara Técnica de Neurocirurgia
Dr. Hélcio 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 Silvado
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 Felippe
Dr.ª Márcia de Fátima Sakr

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

Câmara Técnica de Oftalmologia
Dr. Mario Teruo Sato (coordenador)
Dr.ª Regina Maria Mansur Maida
Dr. Fernando Cesar Abib

Dr. Francisco Grupenmacher
Dr. Márcio Zaparolli

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.ª 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.ª Marilda Zauer Guimarães
Dr.ª Maria Letícia Fagundes
Dr.ª Mara Rejane Rodrigues Correa Segalla
Dr. Ricardo Del Segue VillasBoas

Câmara Técnica de Pneumologia e Tisiologia
Dr.ª Roseni Teresinha Florencio (coordenadora)
Dr.ª 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. M.Ribeiro Bessa (coordenador)
Dr. Sivan Mauer
Dr. Francis Mourão
Dr.ª 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.ª Irene Tomoko Nakano
Dr. Cesar Rodrigo Trippia

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

Câmara Técnica de Reprodução Assistida
Dr. Roberto Issamu Yosida (coordenador)
Dr.ª Ana Maria Silveira Machado de Moraes
Dr. Bruno Maurizio Grillo
Dr.ª Claudete Reggiani
Dr. Hélcio Bertolozzi Soares
Dr. José Eduardo de Siqueira

Câmara Técnica de Controle do Tabagismo
Dr. Wilmar Mendonça Guimarães (coordenador)
Dr.ª 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.ª 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

Ao substituir médicos, os estudantes também estão exercendo ilegalmente a Medicina (artigo 282 do Código Penal Brasileiro). A infração pode caracterizar ainda falsidade ideológica (artigo 299 do CPP).

DEPOIS NÃO DIGA QUE NÃO SABIA

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

ARQUIVOS do Conselho Regional de Medicina do Paraná	Curitiba	v. 30	n. 117	p. 1-84	Jan/Mar. 2013

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Cons. Ehrenfried Othmar Wittig (Coordenador)
Cons. Alexandre Gustavo Bley
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Hélcio 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, bioética, moral, Dever Médico, Direito Médico.

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 remissívo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home--Page 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)

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. 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 resproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

Referências – devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüêncial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Médicus. 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 Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em 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, 2013;30(117):1-84
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

ARTIGO

Medicina genética: desafios ao profissional médico no século XXI
Juliana Oliveira Nascimento 14

RESOLUÇÕES CFM

A organização de eventos médicos
Resolução n.º 2012/2013 40

Diagnóstico de anencefalia e a antecipação terapêutica do parto
Resolução n.º 1989/2012 47

Prescrição de antibiótico nas unidades hospitalares obedece normas emanadas da CCIH
Resolução n.º 1552/1999 51

Concessão de visto provisório fracionado para exercício temporário da Medicina
Resolução n.º 2011/2013 53

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde
Resolução n.º 1638/2002 55

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências
Resolução n.º 1658/2003 59

Atestados médicos e nova redação ao artigo 3.º da Resolução 1658/2002
Resolução n.º 1851/2008 64

PARECERES CRM-PR

Identificação do paciente em exames de imagem: laudos de laboratórios de análises clínicas emitidos pela internet e sem assinatura digital
Conselheiro Lutero Marques de Oliveira 67

Cobrança de material descartável
Conselheiro Roberto Issamu Yosida 71

Sibutramina: indicações, contraindicações e precauções
Monica De Biase Wright Kastrup 75

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Homeopata Dr. Waldemiro Pereira
Ehrenfried Othmar Wittig, Dannyellee Therezinha Zowtyi, Dicesar Waldemiro Pereira
..... 79

MEDICINA GENÉTICA: DESAFIOS AO PROFISSIONAL MÉDICO NO SÉCULO XXI*

Genetic medicine: challenges to the medicine professional in the 21st century

*Juliana Oliveira Nascimento***

Palavras-chave – *Medicina, bioética, dignidade da pessoa humana, engenharia genética, genoma, medicina preventiva.*

Keywords – *Medicine, bioethics, human dignity, genetic engineering, genome, preventive medicine.*

RESUMO

A sociedade contemporânea tem vivido uma revolução na área médica, uma corrida que não cessa em direção às novas tecnologias nas Biociências. O profissional médico, na atualidade, depara-se com uma sociedade mais informada e questionadora, uma sociedade da tecnologia da informação. A Bioética ganha rumos imprevisíveis, e a preocupação ética somada à regulamentação de novas técnicas de experimentação está se defrontando com novos desafios. A Engenharia Genética vive às portas de uma nova era, pronta para adentrar com força total nas intervenções em seres humanos.

*Trabalho participante do 20.º Concurso sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica, do Conselho Regional de Medicina do Paraná, edição de 2009 e que teme como tema central "O papel do médico na sociedade ocidental do século XXI". Classificado com menção honrosa.

** Juliana Oliveira de Oliveira, que usou na monografia o pseudônimo de "Hadassa Ester", é advogada e consultora jurídica, especialista em Direito do Trabalho e Direito Previdenciário.

INTRODUÇÃO

Primeiramente, abordar-se–á a Medicina pós-moderna ante a sociedade informatizada do século XXI, analisando-se na sequência a importância da formação de profissionais humanizados, com enfoque na relação médico-paciente.

Analisar-se-ão os novos desafios inerentes à Bioética diante de complexas tecnologias e da mudança de paradigmas da evolução da Medicina, ressaltando-se o papel do médico nesta fase.

Dando prosseguimento, o foco será a Bioética e suas relações com o

Biodireito, pela necessidade de normatização dos avanços das Biociências, como também sua ligação com o respeito à dignidade da pessoa humana e sua presença marcante em diversos documentos internacionais.

O tópico seguinte será dedicado ao estudo sobre a Genética, chave principal da evolução médica deste século; abrangendo a importância da racionalidade na utilização da Engenharia Genética em seres humanos, ressaltando que o uso inadequado poderá acarretar consequências incontroláveis em um futuro próximo.

Neste mesmo seguimento, estudar-se-á a Medicina Preditiva advinda da Genética como nova fase na área médica surgida posteriormente à Medicina Preventiva, salientando seus aspectos positivos e negativos. Ademais, ressaltar-se-á do ponto de vista jurídico o exame das Declarações norteadoras dos Estados membros da comunidade internacional, no que toca à proteção e regulamentação da Genética.

MEDICINA E SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

A sociedade se defronta com uma nova fase na área médica, em razão dos avanços científicos e das tecnologias inovadoras existentes atualmente, em prol da melhoria da qualidade de vida do homem. Diante desta etapa 'high tech'1, o médico é chamado a desempenhar papel fundamental na viabilização do desenvolvimento desta evolução, que parece não ter fim.

O médico do passado, conhecido por ser um "generalista", o famoso 'médico da família' está praticamente em extinção. Atualmente, cada médico possui sua especialidade e tal realidade faz parte da transformação na área das Biociências.

Contudo, não se deve observar a pessoa humana como somente constituída de

'partes': o coração, para os cardiologistas; a pele, para os dermatologistas etc.; mas se deve ter a visão do homem como um 'todo'.

Todavia, há de se levar em consideração que muitas alterações advieram também do progresso da sociedade, que evoluiu e possui uma concepção diversa da vida. Muito embora, a percepção da sociedade moderna diante da Medicina seja a mesma adotada pelos antigos, sob um determinado ponto de vista, todo homem vê o profissional médico como alguém preparado para salvar vidas e pronto para remediar enfermidades, atribuindo-lhe um papel quase divino... Assim, somente havendo diferenciação na modalidade de atendimento e na aplicação da melhor tecnologia disponível em favor da vida, o respeito devido ao médico e ao paciente permanecerá inalterado.

Ainda, mesmo com esta positiva perspectiva futurística, muitos pacientes se deparam, diversas vezes, não de forma generalizada, pois sempre há exceções, com profissionais menos humanistas e mais racionalistas. Tal constatação é evidente tanto na rede pública quanto na privada.

Elida Séguin trata a questão do distanciamento do médico –paciente como a tendência deste século de "socialização da Medicina", que se por um lado é excelente que os hipossuficientes tenham acesso à saúde através da atuação Poder

Público, por outro lado verifica-se que a arte de curar transformou-se em uma

> [...] atividade impessoal e distancia o médico do paciente, tornando a relação onde o Poder Público ocupa um vértice principal.[...] A impessoalidade da relação terapêutica acarreta o fim da confiança irrestrita que o doente depositava em seu clínico, passando a questionar suas decisões e as consequências dos procedimentos adotados. O médico Jean-François Lemaire denomina este processo de dessacralização da Medicina. Quando finda a fidúcia, surgem os Direitos.

A sociedade do século XXI é caracterizada pelas novas Tecnologias da Informação principalmente a 'on-line'. O homem moderno está mais informado, contudo acaba muita vezes ficando 'desinformado', parecendo até uma contradição, mas não é, pois são tantas comunicações, pontos de vistas diversos acerca de uma mesma área do conhecimento que gera até um certo 'tumulto informacional'. A internet tornou-se uma vasta 'biblioteca' para qualquer assunto, basta colocar algumas

'palavrinhas' em um site de busca e pronto, tudo a respeito deste ou daquele assunto surge em segundos...

Tal realidade também acontece na área médica, porque são tantos os tratamentos e pesquisas disponibilizados acerca de uma mesma doença, trazendo como consequência ao profissional, pacientes inseguros e mais questionadores.

Após a consulta, basta conferir na internet, o tratamento para aquela enfermidade, ou a melhor técnica cirúrgica para determinada cirurgia, com isto surgindo perguntas: O tratamento escolhido para mim, foi o mais adequado, é o melhor? E a técnica aplicada em minha cirurgia foi corretamente aplicada? Tais temores ocorrem, gerando uma verdadeira paranóia coletiva quanto ao 'erro médico'.

Sob este contexto ressalta Elida Séguin:

> O conhecimento humano mudou desde então, mas os preconceitos permaneceram, sendo certo que a possibilidade científica não é sinônimo de conveniência jurídica e ética. As ciências evoluíram cedendo lugar a uma relatividade das verdades científicas, que passam a ser relativas e temporais, criando um certo tipo de confusão no leigo que, atento às informações científicas publicadas em jornais, fica sem saber no que acreditar, pois desconhece o jargão científico a palavra – significativo - refere-se a uma baixa probabilidade estatística de um resultado encontrado.

A sociedade encontra-se receosa diante de tantas manchetes sobre erros médicos de profissionais, às vezes despreparados. E os médicos verdadeiros e dedicados profissionais encontram-se acuados diante de tal circunstância, pois se dedicaram durante tantos anos de suas vidas estudando e continuam sempre buscando atualização, quase que diariamente, para se inteirarem dos novos procedimentos. Mas claro, que há os vulneráveis, sem escolha e sem uma educação consolidada, que confiam nos médicos que o Estado lhes proporciona independentemente de preferências pessoais, pois para eles não há modernidade nem questionamentos, porém somente uma luta pela sobrevivência.

A origem de algumas questões pautadas acima, se dá na formação inadequada de médicos durante a graduação, devido ao crescimento exorbitante de cursos de Medicina no País. Por receio destes profissionais, a população encontrasse insegura e acaba generalizando o descaso dispensado à saúde dos pacientes.

Esta realidade brasileira foi publicada pelo jornal Estado de São Paulo com informações disponibilizadas pelo próprio CREMESP- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. A reportagem de 2008, relatou que "dos 92.580 profissionais paulistas cadastrados, 47% (43.512) não têm título de especialização e estão capacitados para prestar apenas os atendimentos mais simples à população".

Ou seja, estão atendendo sem o conhecimento mínimo dado na especialização, ademais 56% dos recém - formados foram reprovados no exame realizado pelo CREMESP.

O Presidente do CREMESP ressaltou que:

> O ideal é que todos tivessem especialização, pois os seis anos de faculdade não são suficientes para dar conta do volume de conhecimento exigido dos médicos, mesmo para quem trabalha no primeiro atendimento e para o médico de família.

E acrescentou enfático:

> Para conseguir licença de especialista, o profissional que concluiu a graduação ainda passa por no mínimo dois anos de residência e, em algumas áreas, por até mais três anos de estudo, além de avaliação das sociedades de especialidades, como cardiologia, pediatria e ginecologia. Cada uma define os métodos de avaliação - provas, cursos práticos, seminários.

Ainda salientou o presidente da AMB – Associação Médica Brasileira, José Luiz Gomes do Amaral:

> Em nenhum país do mundo é possível praticar medicina de qualidade sem a plena especialização'''', [...] A formação na faculdade é apenas uma introdução à prática. Este índice (47%) é uma estatística assombrosa.'''' Amaral afirma que em países como EUA, Canadá e nações da Europa nenhum médico exerce a profissão sem o título.

Deste modo, o médico hodierno tem de ser versátil e procurar superar obstáculos, vencer as barreiras em sua profissão, como a conquista da confiança de seu paciente, para a retomada de um atendimento mais humano.

Não obstante, há um fato que tem atingido a classe médica, principalmente os profissionais sérios, qual seja, os salários, visto que a remuneração tem sido extremamente baixa, não condizendo com os anos de estudos despendidos; fazendo

com que muitos deles se encontrem fora dos hospitais, clínicas, ou consultórios, atuando em cargos mais burocráticos, como auditores, fiscais e peritos, em razão de salários mais atraentes. Ao utilizarem seus conhecimentos sem exercer plenamente o seu chamado profissional de 'cuidado', desperdiçam sua vocação e este fato representa um verdadeiro desafio, que necessita ser enfrentado pela sociedade contemporânea; pois, a vida, cujo valor é supremo, está nas mãos destes importantes profissionais.

Apesar de todos os entraves, deve-se levar em conta a ética da valorização da vida, em respeito à dignidade da pessoa humana. Ademais, os anos têm mostrado a cada dia que uma nova especialidade da Medicina tem ganhado força neste século, a Genética, impondo novos paradigmas ético-jurídicos. Sendo importante a formação adequada e a preparação de médicos nesta área, cuja especialidade ainda é escassa frente à demanda que está surgindo, o setor da saúde está precisando se adaptar às exigências deste tempo, e a Bioética vem perseguindo insistentemente objetivos que correspondam à problemática atual.

MEDICINA E BIOÉTICA: OS NOVOS DESAFIOS

A modernidade chegou, mas somente quando o profissional da Biomedicina vislumbrou o tratamento do 'homem' como ser humano, chegando à exaltação axiológica da vida, é que houve a necessidade de regular a experimentação e o cuidado em seres vivos, advindo a Bioética nos moldes em que é conhecida hoje.

Neste aspecto o médico, encontrava-se (e encontra-se) como o instrumentalizador da vida humana, diante da ligação tecnologia-natureza, conforme assevera José Eduardo Siqueira ao relatar que se vive na pós-modernidade, em que a

> [...] tecnociência é dotada de um poder quase ilimitado de exploração da natureza. Hoje, portanto, a tecnologia assumiu o caráter de um poder quase incontrolável, estando o Homo sapiens inteiramente subjugado ao homo faber. A relação entre ciência e técnica passou a ser dominante e o produto dessa união – a tecnociência – é dotado de poderes extraordinários.

Conforme analisa precitado o autor, muitas pesquisas produzidas pela "tecnociência" vão desencadeando conhecimentos sem reflexões éticas adequadas. "O conhecimento científico desenvolveu tecnologias refinadas para conhecer todos os objetivos possíveis, mas se tornou completamente alheio aos valores essenciais da humanidade".

Neste contexto, o conceito de homem se desmancha. "As subespecialidades médicas eliminaram a idéia de ser humano biopsicossocial em troca de pobres variáveis biológicas de diferentes enfermidades". Tal concepção faz com que a visão de saúde global construída pela OMS, de bem-estar físico mental e social, ligada diretamente ao modelo biopsicossocial, seja deixada de lado.

Mas fica evidente que não são todos os profissionais que agem desta forma, pois, como relata Francis Fukuyama [...] "há muitíssimas pessoas brilhantes, dedicadas, vigorosas, éticas e altruístas na comunidade dos cientistas pesquisadores e dos médicos que trabalham no campo da biomedicina". Muitas universidades preocupadas com a formação de seu acadêmico de Medicina já têm colocado em seus currículos o ensino deste modelo que envolve a Psicologia, vislumbrando uma Medicina mais ética e humana, na constituição de futuros "agentes transformadores".

Não obstante, como supracitado frequentemente se depara com profissionais que se esquecem que estão lidando com outras pessoas, outros seres humanos como o próprio médico ou cientista. Alguém que também detém uma vida e sentimentos, muito além de um 'conjunto de órgãos, tecidos e músculos'.

A evidente separação entre a evolução científica e a ética observada por Hans Jonas fez com que atentasse às novas diretrizes para determinar a responsabilidade das ações advindas das pesquisas, pois "a técnica moderna introduziu ações de magnitudes tão diferentes, com objetivo e consequências tão imprevisíveis, que os marcos da ética anterior já não podem mais contê-los". Sim, o conhecimento hodierno se faz tão perigoso, quando utilizado de forma errônea, somente focando os 'próprios interesses' de uma minoria, que pode mudar a realidade social.

Os avanços são inevitáveis, mas devem estar sempre voltados para a reflexão ética. Não se pode esquecer da Bioética como "Ponte para o futuro" apresentada por Van Rensselaer Potter, a inexistência dela como uma das bases essenciais para chegar ao outro lado (desta ponte), será como se faltasse um pedaço do caminho que poderia ocasionar resultados perigosos na busca de atalhos desconhecidos. Esta ponte deve permanecer de pé, firme e forte ao lado do progresso científico para a conquista de um êxito racional, pois se rompida poderá levar ao fracasso.

Como ressaltou Berlinguer "a velocidade com que se passa da pesquisa pura para a aplicada é hoje, tão alta que a permanência, mesmo que por breve tempo de erros ou fraudes, pode provocar catástrofes".

Desta forma, há de se considerar a Bioética como edificação das Biociências, firmada na Ética, combinando "humildade, responsabilidade e competência, que seja interdisciplinar e intercultural e que faça prevalecer o verdadeiro sentido da humanidade"16. Os percalços que a Medicina, a Ética e o Direito encontram usualmente sempre aparecem próximos ou mesmo envoltos nas relações sociais. Com a Bioética e necessidade de seus princípios terem força normativa vinculando a sociedade, os pesquisadores e o Estado, é que surgiu o Biodireito.

BIODIREITO

A denominação Biodireito tem sido a que recebeu maior acolhimento da doutrina jurídica, em razão da diversidade de nomenclaturas existentes em relação a este ramo do Direito.

Para Maria da Glória Colucci, pode-se conceituá-lo como:

> O Biodireito tutela a vida humana como totalidade biológica, psicológica e espiritual, enquanto bem jurídico inviolável e indisponível, desde a sua geração até a sua extinção, face à evolução das Biociências e os conflitos éticos da pós-modernidade17.

Conforme relata Elida Séguin, toda esta evolução médica trouxe uma perspectiva diferente além da relação médico-paciente já conhecida. O ordenamento atual corrobora para a constatação da "defasagem temporal entre a formulação legal e o desenvolvimento científico, o ordenamento se torna indefinido, por vezes conflitante e omisso"18.

A responsabilidade social da Medicina e do Direito é inegável, ao passar dos anos as Biociências tem mostrado que se caminha para uma sociedade altamente tecnicista, que provavelmente trará o "Direito pós- moderno" como relatado por Wolf

Paul19. E ainda um direito de quarta geração, posto que as pesquisas biológicas poderão trazer ao conhecimento do patrimônio genético de cada pessoa inúmeros questionamentos de ordem jurídica.

No Brasil, embora os profissionais das Biociências se depararem com legislações como a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que abrange várias diretrizes sobre as pesquisas em seres humanos, pretendendo resguardar

a dignidade humana, prevendo entre as suas disposições, que na realização dos procedimentos, a máxima da honra humana deve ser preservada.

Por intermédio do consentimento livre e esclarecido do indivíduo que anuir com as pesquisas, assegura-se a privacidade e a confidencialidade, protegendo a imagem e a vida das pessoas envolvidas, bem como as informações que possam vir a prejudicá-las, para que não sejam estigmatizadas na sociedade.

Acrescenta ainda a Resolução, quanto aos riscos e benefícios, e que se deve sempre ter como referência o bem-estar do paciente, de forma que o conhecimento gerado para "entender, prevenir ou aliviar um problema"20 venha oportunizar ao sujeito, e futuramente à coletividade, que vivencia a mesma situação, uma melhoria na qualidade de vida. E se, porventura, a investigação não vier a beneficiar o indivíduo se resguardará a previsibilidade das condições suportáveis por este "considerando sua situação física, psicológica, social e educacional"21. Ainda há muito que se discutir e normatizar, pois os avanços não param.

Com isto vê-se que a ligação deste 'tripé', Ética, Direito e Medicina, está conectada ao desafio do século XXI, qual seja equilibrar na balança o desenvolvimento científico e a dignidade humana.

MEDICINA, DIREITOS HUMANOS E SUAS REGULAMENTAÇÕES

A dignidade da pessoa humana constitui fundamento da sociedade e do

Estado, na qual, nenhuma conduta que venha reduzir a "pessoa humana à condição de coisa" 22, retirando desta a sua dignidade e o seu direito a uma vida digna será admissível. Essa inadmissibilidade, conforme dispõe Dalmo Abreu Dallari, vale tanto para as ações governamentais, ações individuais ou coletivas, como também para os casos de criação e aplicação de tecnologia, e para qualquer outra atividade exercida no campo da ciência.

O princípio da dignidade da pessoa humana refere-se à pessoa humana em sua autodeterminação, servindo de alicerce à relação terapêutica, ao consentimento e a sua disponibilidade a qualquer tratamento para promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Segundo Dalmo Abreu Dallari a vida tem valor primordial para toda a humanidade, pois sem a qual a pessoa humana não existe, sendo relevante "o respeito à origem, à conservação e à extinção da vida" 23.

Atentando ao homem em sua dignidade a ONU – Organização das Nações Unidas, já preocupada com as investigações científicas, no ano de 1975 elaborou a Declaração sobre a Utilização do Progresso Científico e Tecnológico no Interesse da Paz e em Benefício da Humanidade. Conforme Elida Séguin, tal Documento apresentou aos Estados a proposta de acesso a todos os povos dos benefícios das Biociências e da Tecnologia, incumbindo-lhes também o dever de proteção, tanto social quanto material das possíveis consequências negativas do uso errôneo dos avanços científicos e tecnológicos.

Além deste documento, outros foram propostos observando as mesmas diretrizes, tais como: Código Internacional de Ética Médica, que foi "Adotado pela 3ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Londres, Inglaterra, em outubro de 1949 e emendado pela 22ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Sydney, Austrália, em agosto de 1968 e pela 35º Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Veneza, Itália, em outubro de 1963"24. Este Código envolve diretrizes com relação à atuação do médico, seus deveres para com os pacientes e para com os seus colegas.

A Declaração de Nuremberg de outubro de 1946, firmada na cidade de Nüremberg na Alemanha, foi adotada pela Associação Médica Mundial regulando o consentimento voluntário do paciente, frente aos tratamentos e experimentos a serem nele realizados. Trazendo, a Declaração, já em seu art. 1º, que a permissão voluntária do indivíduo é incontestavelmente necessária, como também enfatizando a exigência de proteção à vida do ser humano.

A Declaração de Princípios Éticos dos Médicos do Mercosul foi elaborada e aprovada pela "Organização Pan-americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde, em Assunção no Paraguai, no dia 18 de março de 1996"26, o Documento abrange as questões de saúde, como direito indisponível e irrenunciável do homem, tendo como foco a promoção do bem-estar, envolvendo seus "direitos de cidadania, como direito à vida, liberdade, saúde e segurança pessoal". Estabeleceu que cabe ao profissional médico ter como meta a saúde do ser humano e o respeito, atuando com base no princípio da beneficência, devendo esquivar-se de tratamentos

cruéis; trabalhando outros princípios como os da autonomia e justiça, na saúde no indivíduo e perante a sociedade.

Já a Declaração de Manzanillo de 1996, revisada na cidade de Buenos Aires na Argentina no ano de 199827, abrange as questões do avanço da ciência no que tange à descoberta do genoma humano, abordando os benefícios que poderão ser conquistados por intermédio do mapeamento genético. Destaca que "é irrenunciável a participação dos povos Ibero-Latino-Americanos no debate internacional sobre o genoma humano, para que possam apresentar suas próprias perspectivas, problemas e necessidades". Ressalta o respeito à dignidade e integridade humana, mas fortalece, entre outros princípios protetivos que devem caminhar juntamente com o desenvolvimento científico, constantes nas principais Declarações pertinentes ao assunto, na "Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos da UNESCO como no Convênio sobre Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho da Europa".

A Declaração de Hamburgo "adotada pela 49ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, em Hamburgo, Alemanha, outubro de 1997"30, regula o apoio aos médicos, protegendo aqueles que se recusam a participar ou mesmo tolerar o uso de tratamentos cruéis e desumanos.

Tal Declaração elaborada pela Associação Médica Mundial, traz em sua estrutura a obrigação do médico humanizar-se, frente a situações nas quais muitas vezes pressionado, vê-se obrigado a cometer atos contrários, não condizentes com a sua função de salvar, preservar e restabelecer vidas. A Declaração resguarda-os, encorajando-os a não praticar "atos de tortura ou outras formas de tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante"31, em respeito aos direitos humanos, visto que, em certas ocasiões, por imposições de governos de muitos países, o médico encontra-se de 'mãos atadas' perante circunstâncias, cujo status de ser humano é meramente figurativo, pois a dignidade e o respeito já não existem, sendo forçados a cometerem atrocidades.

Quanto à Declaração de Tóquio, de outubro de 1975, observou as mesmas diretrizes de Hamburgo, apesar de ter surgindo antes desta, e foi também adotada pela Associação Médica Mundial em sua 29ª Assembléia Geral, realizada no Japão, só que a proibição do médico praticar a tortura dirigia-se aos detentos e prisioneiros32. O Documento também protegia os profissionais que se posicionavam contra os castigos desumanos.

A Declaração de Hamburgo II, adotada na mesma Assembléia da Declaração de Hamburgo comentada anteriormente, trata das questões da melhoria contínua da saúde, com o objetivo de promoção da saúde coletiva e otimização dos serviços.

Já a Resolução de Tel Aviv, adotada na cidade do mesmo nome em Israel, em Assembléia da Associação Médica Mundial em outubro de 199933, dispõe sobre a inclusão da ética médica e dos direitos humanos no currículo das Escolas de Medicina do Mundo, fazendo parte do trabalho e da cultura da profissão do médico, inclusive de sua história.

Por outro lado a Declaração de Helsinque VI, versa sobre os princípios éticos para pesquisas em seres humanos, adotada também em Assembléia, emendada pela última vez em Edimburgo, na Escócia em outubro de 2000. A Declaração foi elaborada como uma proposta de orientação aos médicos e demais pessoas que realizam pesquisa médica em seres humanos. No Brasil, foi regulada pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

O profissional médico é o efetivo utilizador das tecnologias no ser humano, por isto a importância de sua conscientização quanto à necessidade de uma Ética humanista, como um dos principais suportes que lhe é oferecido, diante de uma área ue a sociedade ainda não se definiu claramente e que surge com inúmeros obstáculos a serem superados, a Medicina Genética.

GENÉTICA

RAZOABILIDADE NO USO DA ENGENHARIA GENÉTICA

Entende-se por razoabilidade "o princípio que embasa toda ação ou omissão respaldada no equilíbrio, bom senso ou proporção; considerando os benefícios e prejuízos advindos da prática utilizada".

De todas as Biotecnologias a mais "revolucionária", nas palavras de Francys Fukuyama, é a Engenharia Genética. Já largamente utilizada nos setores agrícolas, se encontra diante do avanço mais iminente, o seu uso em seres humanos:

> A engenharia genética humana suscita da maneira mais direta a perspectiva de um novo tipo de eugenia, com todas as implicações morais que essa palavra carrega, e em última análise a possibilidade da modificação da natureza humana.

Mesmo diante do Projeto Genoma Humano, com a decodificação da sequência do DNA humano, a modificação de DNA humano ainda é repleta de ameaças preocupantes. Foram vivenciadas as clonagens de animais como a da ovelha Dolly em 1997, que não foi perfeita, mas permite entrever até aonde a Engenharia Genética chegará... A clonagem humana é cheia de percalços, pois o 'ser humano' é muito complexo, algumas experiências de clonagem poderiam trazer resultados desconhecidos, que estariam dentro da "lei das consequências involuntárias, pois [...] "um gene que afetasse a suscetibilidade particular de uma doença poderia ter conseqüências secundárias ou terciárias não reconhecidas na época em que o gene é artificialmente alterado, apenas para se manifestar anos ou mesmo uma geração mais tarde".

Outro futuro, não distante, será a intenção de seletividade das proles. Os geneticistas saberão qual o 'gene' da inteligência, altura, cor de cabelos, etc. Uma coisa é a extirpação de doenças hereditárias, tais como câncer, Alzheimer, etc, outra é a utilização somente para fins 'egocêntricos'. A razoabilidade se faz de extrema relevância no uso da Engenharia Genética, pois se for usada de forma inconveniente trará efeitos devastadores.

O filme Gatacca – A Experiência Genética de 1997 soube retratar muitíssimo bem a convivência com uma sociedade genética, que criara filhos 'perfeitos' geneticamente.

GATTACA: A EXPERIÊNCIA GENÉTICA

Com relação aos testes genéticos, o filme Gattaca, de ficção-científica relata "a história de uma sociedade que discriminava geneticamente as pessoas, tendo como ponto de partida a análise de seu DNA"39. Os indivíduos não eram escolhidos por capacidade, ou mesmo qualificação profissional, mas sim, por seus genes. Este filme expõe, claramente, os aspectos positivos e negativos da genética com a extirpação de doenças no ato da fertilização in vitro, entretanto, enfoca veementemente os aspectos negativos que causaram impactos na sociedade.

O filme conta a história de um garoto, Vincent Anton, que nasceu nos moldes naturais, sem escolha da perfeição genética por parte de seus pais. No dia de seu nascimento, entretanto, os médicos por intermédio de uma máquina de leitura do sangue, que apresentava a probabilidade de doenças, em percentuais, indicou que a criança poderia ter, futuramente, determinadas moléstias, que seriam, por exemplo, problemas no coração, depressão, entre outras.

Depois de ter esse filho, seus pais decidiram ter outro, contudo, por intermédio da fertilização in vitro pela qual poderiam escolher as características físicas, sexuais e intelectuais da criança de acordo com os próprios genes dos pais, de sorte que a criança sairia quase perfeita sem os defeitos genéticos dos genitores, ou seja, retirava-se a propensão de doenças futuras entre outras providências de acordo com o pedido dos interessados. Praticamente nascia uma criança perfeita. E com isto nasceu o irmão de Vincent, Anton, o único que fora digno de levar o nome do pai como primeiro nome. Em casa havia uma competição entre os irmãos e o pai de ambos demonstrava um afeto maior por Anton, por se desenvolver mais que Vincent, sempre havendo conflitos entre eles. Não obstante, mesmo sendo irmãos, um considerado filho de Deus e o outro filho da ciência, o filme demonstrou que o menos válido, ou melhor, como narra-se no filme o 'inválido geneticamente', Vincent, venceu por sua determinação e dedicação, inclusive ao irmão Anton, concebido nos moldes da quase perfeição.

O sonho de Vincent era ser astronauta e trabalhar na elite intelectual de Gattaca, mas com sua sequência genética seria impossível entrar lá, pois a princípio trabalhava apenas limpando o lugar. Somente conquistou uma vaga quando pegou as digitais e o DNA de outra pessoa perfeita, Jerome ex-nadador, que no entanto, devido a um acidente ficou com paraplegia, sendo estigmatizado pela sociedade a partir de então. Assim, Vincent utiliza-se dos códigos genéticos e torna-se Jerome, com isto conseguiu entrar para a elite, por usar a notável genética de Jerome requerida para o lugar. Não obstante, Vincent se passando por Jerome, era esplêndido em sua atuação intelectual nas tarefas por ele exercidas em Gattaca, mesmo sendo considerado um inválido para uma sociedade geneticista. Mas, como acreditava em seus sonhos e ideais e não deixou que seu DNA determinasse sua vida e lutou por isto, alcançou os objetivos desejados.

Naquela sociedade, aqueles que não possuíam a perfeição genética, considerados inválidos, eram chamados de filhos de Deus segregados da sociedade, não podiam

trabalhar em certos locais, a não ser em trabalhos como de limpeza, nada que exigisse cunho intelectual, porque em todos os testes era observada a capacidade da pessoa dependente de seu código genético. Para aquela sociedade, descrita no filme, tudo baseava-se no DNA, que continha o essencial sobre as pessoas, inclusive para conseguir um relacionamento afetivo. Certa parte do filme revela um lugar no qual mulheres iam e levavam os fios de cabelo, ou mesmo após terem beijado alguém, a saliva que ainda estava em seus lábios para realizarem testes genéticos com o intuito de verificarem se seus pretendentes eram homens com alto Q.I e com baixíssimos índices de doenças, ou seja, homens notáveis geneticamente.

E ainda assim mesmo entre os quase perfeitos geneticamente havia uma hierarquia, sendo uns melhores que outros, como demonstrado no filme.

Porém, algo foi deixado claro, sendo inclusive um slogan do filme "não há genética para o espírito humano"; ou seja, nem sempre a perfeição genético determinará o que um homem é ou será, pois o espírito não pode ser manipulado, advindo da personalidade individual, como ocorreu com Vincent.

A "perfeição genética" não está longe de ser uma realidade para a humanidade. Mas, se o geneticismo for criteriosamente regulado, com a proteção de dados genéticos etc., não ocorrendo conforme apresentado no filme, os benefícios das pesquisas à saúde humana são inevitáveis, como, por exemplo, na cura de doenças, tais como, o câncer ou mesmo com a prevenção antecipada da enfermidade descoberta por testes genéticos, por intermédio da Medicina Preditiva.

MEDICINA PREDITIVA: ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS

A Medicina Preditiva surge em meio às evoluções e revoluções trazidas à área médica, envolvendo o geneticismo, tão em voga nos últimos tempos e suas implicações éticas. Por isso, para melhor compreensão dos percalços trazidos por esta nova etapa, será examinada adiante a Bioética, sua história e seu papel fundamental concernente ao âmbito da ciência médica em relação à proteção dos direitos humanos.

A capacidade científica de permitir fazer predições sobre a possibilidade do

paciente vir a desenvolver algum tipo de doença em nível fenótipo40, tendo como base testes feitos através do DNA em nível genótipo é a essência da Medicina Preditiva. Sua proposta é oferecer o conhecimento prévio de uma doença cujo indivíduo já possua uma predisposição a tê-la, muitas vezes por questões de ordem genética familiar, e objetiva a verificação de qual seria a melhor forma de preveni-las ou amenizá-las.

A Medicina Preditiva pode acarretar uma carga significativa de potencial iatrogênico41, ao se antecipar ao tratamento de doenças hereditárias que ainda não se manifestaram, ocasionando seqüelas de natureza física, mental ou psicológica. No entanto, o uso da Medicina Preditiva trará indiscutíveis resultados positivos, ao mesmo tempo que efeitos negativos ao ser utilizada.

Trata-se de mais um avanço da Medicina, alcançado por intermédio de pesquisas e novas tecnologias. Mas, esta evolução na área médica, de significado relevante, tem sido analisada sob aspectos positivos e negativos.

Com relação aos aspectos positivos, há muitos benefícios trazidos pelo modelo preditivo, se observado por um ponto de vista totalmente prevencionista, pois este tem o condão de antever o aparecimento de doenças, sendo possível tratá-las antecipadamente; pelo prognóstico de doenças, principalmente aquelas cuja propensão de se ter é muito maior, devido a um histórico familiar, os testes preditivos poderão ser muito importantes, trazendo ao indivíduo, por meio do tratamento antecipado, uma melhor qualidade de vida, evitando que mais pessoas venham a desenvolver a doença, e se vier a apresentá-la, de forma mais amena.

Todavia, a Medicina Preditiva poderá ter aspectos negativos, quando é tratada sob a ótica de que pode comprometer a vida privada das pessoas, pela descoberta de informações, mediante testes de DNA, de que são portadoras, ou propensas a terem certas doenças, ocasionando, consequentemente, discriminações em seu meio social. Igualmente, os aspectos negativos da Medicina Preditiva sobressaem em algumas questões graves, quando o paciente obtém um "diagnóstico pré-sintomático"42 devido à constatação de que poderá ter problemas de ordem psicológica, tornando o indivíduo saudável em indivíduo doente. Nesta concepção, convivem com dois parâmetros, pois não são sadios pelo fato de seu gene conter a probabilidade de manifestação de uma doença, entretanto, ainda não são doentes pelo fato de que não houve a revelação da enfermidade, desta forma tais indivíduos tornam-se "doentes sadios"43, logo ficam na expectativa frustrada do surgimento

inesperado da doença, e por isso deixam de ter uma vida normal.

Além dos diversos tipos de discriminações que poderá vir a padecer, como por exemplo, para conseguir um emprego. Cabem aqui, várias objeções a serem consideradas sobre o livre exercício dos exames... Será que um empregador, não de forma generalizada, ao realizar os exames admissionais, poderá solicitar que tais testes sejam incluídos no ato da admissão de seus funcionários, sem o conhecimento e consentimento dos mesmos? Com o intuito de livrar-se, para não vir a arcar com o ônus de admitir um empregado que poderá daqui alguns meses ou mesmo anos vir a sofrer algum tipo de doença genética familiar, como câncer, por exemplo? É conhecido que tal conduta é totalmente proibida, e se porventura for provada acarretará ao empregador o pagamento de indenização ao trabalhador, entretanto esse tipo de atitude é de difícil fiscalização. Pois, algumas empresas já se utilizam de uma "discriminação patológica"44 na ocasião da contratação de seus funcionários pelo exame médico, para a verificação se o trabalhador não tem nenhuma doença considerada grave, tais como HIV, LER, entre outras, e desta forma segregando os indivíduos que poderiam ser aptos ao trabalho. Devido a este tipo de situação, que possui reflexos desde os tempos passados, ressalta Luciano Dalvi:

> A União Européia elaborou em 16 de março de 1989, a Resolução Problemas éticos e jurídicos da manipulação genética, a qual menciona em seus preceitos 13 a 18, a proibição da seleção de trabalhadores segundo critérios genéticos, a proibição dos reconhecimentos médicos sistemáticos, e por último, a proibição das investigações genéticas prévias à contratação dos trabalhadores.

Não obstante, a estigmatização genética é proibida pela UNESCO em sua Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, conforme previsto no art. 6º:

> Nenhum indivíduo deve ser submetido a discriminação com base em características genéticas, que vise violar ou que tenha como efeito a violação de direitos humanos, de liberdades fundamentais e da dignidade humana.

Muitas dessas situações desagradáveis poderão ser vivenciadas pelo indivíduo desnecessariamente, pois algumas moléstias diagnosticadas pelo exame preditivo podem ou não se desenvolver, levando-o à segregação, passando por situações humilhantes, apenas pela "ameaça" de vir a contrair tais doenças.

Um exemplo dessas situações repugnantes é o que ocorre no Reino Unido, que permite a utilização de testes genéticos nas empresas de seguro de vida ou de assistência à saúde, com o intuito de vir a identificarem as pessoas portadoras de doenças, podendo, inclusive, negar-lhes cobertura ou onerando-as com o aumento nos valores que serão pagos. As pessoas que realizam os respectivos testes, conforme relata o chefe do "Comitê de Genética e Seguros do Departamento de Saúde", Jonh Durant, não têm a obrigação de apresentar os resultados dos exames, contudo as seguradoras possuem o direito de recusar a cobertura de quem não vier a revelar os resultados47. O acontecimento citado que virou notícia no Reino Unido em 2000, contraria a Resolução nº 3 de 1992, realizada pelo Conselho da Europa, verdadeiramente amparadora no que diz respeito aos abusos das seguradoras e operadoras de planos de saúde. Conforme salienta Luciano Dalvi, os artigos 19 e 29 preveem a proibição das seguradoras de evocarem direitos para a realização de exames genéticos, para a celebração de contrato de seguro; como também as empresas de seguro não poderão pedir qualquer informação de ordem genética.

Em posição contrária a das companhias, Elio Screccia relata que mesmo no viés da predisposição genética de uma enfermidade, em data futura, deverá haver cobertura pelos seguros de vida e planos de saúde por se tratar de um fato bem relevante de que eles têm o dever de assumir os riscos e não de excluí-los49.

Nos dias atuais, com a evolução da área médica e com as técnicas revolucionárias conquistadas pelos cientistas da Engenharia Genética adveio o Projeto Genoma Humano (Hugo-Human Genome Organization)50 que abre perspectivas para a melhoria da saúde dos indivíduos, contudo devendo resguardálos, de qualquer tipo de discriminação genética.

Segundo Celeste Leite dos Santos Pereira Gomes e Sandra Sordi, "a importância da descoberta do genoma humano reside na possibilidade de personalizar a Medicina, ou seja realizar tratamentos que se baseiam em um conhecimento mais detalhado da fisiologia de cada pessoa,"51 por intermédio de seu código genético. Não obstante, os cientistas reforçam a idéia que os genes interatuam com o ambiente, e com isto o conceito imaculado do "determinismo genético"52 é incerto.

Ainda, salienta Elida Séguin, acerca da importância da utilização da Medicina Genômica pelo Judiciário, com o objetivo de colaborar no esclarecimento de delitos, "em ações de estado quando se determinará o sexo da pessoa e sua filiação"53,

bem como em outras situações nas quais a Medicina atua, fazendo com que haja também uma evolução na Medicina Legal.

Contudo, evidencia-se a necessidade de, em se tratando não somente de geneticismo, salvaguardar a totalidade, o respeito à vida, à dignidade da pessoa humana, à igualdade, à liberdade, a não discriminação, à intimidade, etc.,54 que são inestimáveis. E para se observar tais princípios fundamentais, a predição médica diretamente conexa ao genoma humano, deve ser cautelosa, não obstante, é de extrema importância, e os benefícios trazidos serão de grande valia para o aprimoramento de tecnologias em prol do bem-estar da vida do homem.

Não se pode descartar o uso benéfico da Medicina Genética quando vislumbrada como opção para os pais que possuem enfermidades hereditárias e que desejem gerar filhos sem problemas em razão da análise da genética familiar. Mas jamais, com a intenção de terem filhos 'superdotados' e perfeitos fisicamente. Um caso positivo do uso desta tecnologia surpreendeu o mundo em dezembro de 2008, quando uma mãe recorreu à genética para ter sua filha, após ver três gerações de sua família, que possuem alterações no gene BRCA1 relativo ao câncer de mama, apresentarem tumores. Além da mãe, o pai também era portador do gene. Sem a intervenção genética, a filha poderia ter de 50% a 80% chances de desenvolver a doença se nascesse pelos métodos normais. Mas, com a reprodução assistida, a pequena britânica nascida no hospital do University College está livre de desenvolver câncer de ovário ou de mama56. Com isto "cerca de mil bebês nasceram até agora se beneficiando deste método de seleção genética para eliminar a carga genética de outras doenças, como a fibrose cística ou a doença de Huntington".

Cabe ressaltar que tais tecnologias devem ser disponibilizadas para os menos favorecidos também, vindo a se cumprir o estabelecido na Declaração sobre a Utilização do Progresso Científico e Tecnológico no Interesse da Paz e em Benefício da Humanidade, já abordada. Assim, todos envolvidos, Estado e profissionais, poderão cumprir seu papel fundamental ante a sociedade, trabalhando pelo desenvolvimento e cumprindo com a oitava meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Por isso, a manipulação genética requer cuidados. Com a finalidade de proteção de dados genéticos, três Documentos recentes foram adotados em Conferências realizadas pela UNESCO, como se examinará.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DO GENOMA HUMANO E DOS DIREITOS HUMANOS

O Documento foi adotado na 29ª sessão da Conferência Geral da UNESCO, que ocorreu entre 21 de outubro a 12 de novembro de 1997; tendo como escopo o

Genoma Humano em face do respeito à dignidade da pessoa humana, e do indivíduo, não o reduzindo aos seus caracteres genéticos, não obstante considerando sua "diversidade" e individualidade; conforme previsão do art. 3° da Declaração:

> O genoma humano, evolutivo por natureza, é sujeito a mutações. Contém potencialidades expressadas de formas diversas conforme o ambiente natural e social de cada indivíduo, incluindo seu estado se saúde, condições de vida, nutrição e educação.

Ressalta o respeito a todo ser humano cuja vida não há valor que possa exprimir a importância, com a previsão do art. 4° do documento: "o genoma humano em seu estado natural não deve ser objeto de transações financeiras".

Além de estabelecer no art. 6° que ninguém poderá sofrer discriminações por sua genética, para que não sejam infringidos os direitos humanos e as liberdades fundamentais.

E ainda há previsões acerca dos princípios da Bioética (como o art. 5°), a autonomia (do qual advém o consentimento livre e informado), a beneficência, a não maleficência e a justiça, todos em respeito aos direitos humanos; como se atenta da previsão do arts. 9º e 10:

> Art. 9° Visando a proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, limitações aos princípios do consentimento e da confidencialidade somente poderão ser determinadas pela legislação por razões consideradas imperativas no âmbito do direito internacional público e da legislação internacional sobre direitos humanos.
>
> Art.10 Nenhuma pesquisa e suas aplicações relacionadas ao genoma humano, particularmente, nos campos da biologia, da genética e da medicina, deve prevalecer sobre o respeito aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e a dignidade humana dos indivíduos, ou quando for aplicável, de grupos humanos61.

Nesta perspectiva, o papel do Estado é respeitar e promover a "solidariedade com os indivíduos e os grupos populacionais"62 que se encontram nas condições de vulneráveis, ou mesmo atingidos por alguma enfermidade ou deficiências de origem genética. Ainda, cabendo aos Estados estimular as pesquisas para "identificação, prevenção e tratamento de doenças causadas ou influenciadas por fatores genéticos, particularmente as raras, bem como doenças endêmicas, que afetam grande parte da população mundial".

DECLARAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE OS DADOS GENÉTICOS HUMANOS

A Declaração foi aprovada na 32ª sessão Geral da Unesco em 16 de outubro de 2003 em proteção aos dados genéticos humanos, que advém das novas descobertas da Medicina e do sequenciamento do genoma humano. Vindo a dar continuação à Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos, tendo como objetivo

> [...] garantir o respeito da dignidade humana e a proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais em matéria de recolha, tratamento, utilização e conservação de dados genéticos humanos, em conformidade com os imperativos de igualdade, justiça e solidariedade.

A temática genética é tão séria que na própria Declaração em seu prefácio é enfatizada a indispensabilidade da adoção do Documento, relatando inclusive dificuldades enfrentadas na sua preparação; que ocorreu no ano de 2001, na época em que as diversas áreas envolvidas, tanto o sistema médico, quanto o jurídico , bem como as opiniões **"estavam pouco preparados para as novas questões éticas suscitadas pelas descobertas relativas ao gene"**65. Destarte, a Declaração chegou para "fornecer orientações práticas de ação que vão permitir pensar e dominar melhor as profundas alterações introduzidas pela revolução genética".

No âmbito da Medicina e do Direito, para proteção dos direitos humanos e das liberdades e garantias fundamentais, ambos se deparam com a possibilidade da descoberta de dados genéticos dos indivíduos: na área médica relacionados com questões de saúde, e na área jurídica com a regulamentação para proteção desses dados de forma que as pessoas que possuam alguma doença de origem genética não tenham sua intimidade e de sua família exposta vindo a sofrer discriminações.

Como é previsto na Declaração:

> Reconhecendo ainda que os dados genéticos humanos têm uma especificidade resultante do seu caráter sensível e podem indicar predisposições genéticas dos indivíduos e que essa capacidade indicativa pode ser mais ampla do que sugerem as avaliações feitas no momento em que os dados são recolhidos; que esses dados podem ter um impacto significativo sobre a família, incluindo a descendência, ao longo de várias gerações, e em certos casos sobre todo o grupo envolvido; que podem conter informações cuja importância não é necessariamente conhecida no momento em que são colhidas as amostras biológicas e que podem assumir importância cultural para pessoas ou grupos.

Como estipula o Documento, todos os dados devem ser protegidos sendo confidenciais, tantos os genéticos68 quanto os proteómicos69.

A Declaração tem papel importantíssimo internacionalmente, por ter como intuito ser um instrumento norteador aos Estados, para que estes, por intermédio dos princípios ali definidos, sejam auxiliados "na formulação da sua legislação e das suas políticas sobre estas questões; e servir de base para a recomendação de boas práticas nestes domínios, para uso das instituições e indivíduos interessados."70.

Desta forma, não se pode olvidar que a proteção dos dados genéticos compreende a atuação das Medicinas: Curativa, Preventiva e Preditiva.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

Foi aprovada unanimemente por 191 países presentes na Conferência Geral da UNESCO realizada em Paris. A Declaração trata sobre a Bioética, levando em consideração não somente a área da saúde, mas, ressaltando aspectos em conjunto: "sanitário, social e ambiental"71. A perspectiva mais abrangente foi defendida pelo Brasil e consolidada efetivamente na Declaração, pois as nações desenvolvidas sustentavam a concepção de um Documento que se restringisse à Bioética somente nos campos da Biomedicina e Biotecnologia. Conforme asseverou Volnei Garrafa:

> O teor da Declaração muda profundamente a agenda da bioética do Século XXI, democratizando-a e tornando-a mais aplicada e comprometida com

> as populações vulneráveis, as mais necessitadas. O Brasil e a América Latina mostraram ao mundo uma participação acadêmica, atualizada e ao mesmo tempo militante nos temas da bioética, com resultados práticos e concretos, como é o caso da presente Declaração, mais um instrumento à disposição da democracia no sentido do aperfeiçoamento da cidadania e dos direitos humanos universais.

O propósito do Documento é vislumbrar a ética sobre a perspectiva da Medicina, das Ciências da Vida e das tecnologias associadas, quando aplicadas em seres humanos. Neste contexto se insere a futurística 'Engenharia Genética Humana'. O objetivo primordial da Declaração é concebido sempre visualizando a máxima da dignidade da pessoa humana e da proteção dos Direitos Humanos.

Ressaltaram, ainda, as entrelinhas do Documento que a saúde não depende somente do desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas, mas também de fatores "psico-sociais e culturais", ou seja, a saúde como um completo bemestar, físico mental e social. Todavia, a Declaração reconhece a importância das pesquisas e os benefícios do progresso científico e tecnológico, além da necessidade de acesso equitativo aos benefícios resultantes dos avanços conquistados.

CONCLUSÃO

Diante desta nova realidade uma coisa é certa, os novos médicos estarão em face de uma Medicina totalmente voltada para a Genética, em todas as áreas. Por isso, a importância da formação de profissionais conscientes, éticos e humanos. Ademais, esta especialidade como já dito, terá que ser ainda mais difundida, pois, fica evidenciado que o Brasil ainda é carente de médicos especializados em Genética, principalmente, agora quando a rede pública começou a disponibilizar exames e atendimentos com geneticistas. Além do que exames genéticos já foram incluídos no Rol de procedimentos da ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar, que fiscaliza os planos privados de assistência à saúde; ou seja, a demanda já aumentou e a tendência é o seu crescimento.

Não há como escapar. A evolução chegou e veio para ficar, não se tratando só de uma tendência, não durando apenas uma estação, mas se fazendo necessária para tanto uma adaptação do tripé - Ética, Medicina e Direito - em prol de uma sociedade justa e igualitária, que respeita a dignidade da pessoa humana e busca

o bem-estar de todos. Neste cenário, o profissional médico é um dos principais pilares na construção de uma Medicina ética, em que a Genética aliada à alta tecnologia representam a esperança de todos.

REFERÊNCIAS

ARANDA, Fernanda.; GRANDIN, Felipe. 47% dos médicos não têm especialização. Estado de São Paulo. 13 fev. 2008. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20080213/not_imp123732,0.php>. Acesso em: 18 ago.2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996.

COLUCCI. Maria da Glória. Aproximação ao Conceito de Biodireito. Notas de aula. UNICURITIBA, Curitiba, 7 mar, 2008.

Engenharia Genética. Conceito de Razoabilidade. Notas de aula. UNICURITIBA, Curitiba, 26 ago. 2008.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Bioética e Direitos Humanos. In: COSTA, Sérgio Tibiapina Ferreira.; OSELVA, Gabriel.; GARRAFA, Volnei (coord.). Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

DALVI, Luciano. Curso Avançado de Biodireito. Doutrina, legislação e Jurisprudência. Florianópolis: Conceito Editorial: 2008.

DECLARAÇÃO DE HAMBURGO. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/06hamburgo.html>. Acesso em 25 ago. 2008.

DECLARAÇÃO DE MANZANILLO. Disponível em : <http://www.ghente.org/doc_juridicos/decila.htm>. Acesso em : 25 ago. 2008.

Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-%20htm/documentos/dec_int_dados_Gen_hum.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2008.

DECLARAÇÃO DO MILÊNIO. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm/>. Acesso em: 30 ago. 2009.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em:

<http://www.sbbioetica.org.br/destaque/146180PODeclara%E7%E3oR.pdf>. Acesso em: 30 de ago. 2009.

Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos.
Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20 %20htm/documentos/dec_uni_gen_hum_dire_hum.pdf>. Acesso em: 09 set. 2008.

DICIONÁRIO COMPLETO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Folha da Tarde. São Paulo: Melhoramentos, 1994.

DINIZ, Maria Helena. O estado atual do Biodireito. São Paulo: Saraiva, 2001.

FRANÇA, Genival Veloso de. Medicina Legal. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora
Guanabara Koogan, 2004.

FUKUYAMA. Francys. Nosso Futuro Pós-Humano: conseqüências da evolução da biotecnologia. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

GATTACA - A experiência genética. Direção: Andrew Niccol. Produção: Danny
DeVito, Michael Shamberg e Stacey Sher. Intérpretes: Ethan Hawke, Uma Thurman, Gore Vidal, Xander Berkeley, Jayne Brook, Elias Koteas, Maya Rudolph, Una Damon, Elizabeth Dennehy, Blair Underwood, Mason Gamble, Vincent Nielson, Chad Christ, William Lee Scott, Clarence Graham, Alan Arkin. Columbia Pictures. 1997. 112. min.

GOMES,Celeste dos Santos Pereira; SORDI, Sandra. Aspectos atuais do Projeto Genoma Humano. In: SANTOS. Maria Celeste Leite (organizadora). Biodireito: Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

MARCO. Mario Alfredo de. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2009.

PENA, Sérgio Danilo J. e Azevêdo, Eliane S. O projeto Genoma Humano e a
Medicina Preditiva: Avanços técnicos e dilemas éticos. In: COSTA, Sérgio Tibiapina Ferreira. OSELVA, Gabriel. GARRAFA, Volnei (coord.). Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998

SÉGUIN, Elida. Biodireito. 4.ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris.2005.

SELECIONADA, bebê nasce na Inglaterra sem gene para câncer de mama.
Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u488217.shtml>. Acesso em : 09 jan. 2009.

SIQUEIRA. José Eduardo. Bioética, Meio Ambiente e Vida Humana. Revista Brasileira de Bioética.vol.1 n. 3. 2005.

SILVA Reinaldo Pereira e. Introdução ao biodireito: investigações políticosjurídicas sobre o estudo da concepção humana. São Paulo: LTr, 2002.

SCHWARTZ, Germano André Doerderlein. Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2001.

A ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS MÉDICOS

The organization of medical events

* *CFM*

Palavras-chave – *Organização, eventos médicos, disciplina, infraestrutura, diretor técnico, médico estrangeiro.*

Keywords – *Organization, medical events, discipline, infrastructure, technical director, foreigner doctor.*

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

> CONSIDERANDO que o Brasil sedia grande número de eventos artísticos, desportivos e sociais internacionais, com comparecimento de numerosas delegações estrangeiras;
>
> CONSIDERANDO ser necessário oferecer, com clareza, regras para a presença de atuação dos médicos componentes das delegações participantes destes eventos;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que estas delegações internacionais trazem profissionais médicos para atender seus artistas, atletas, técnicos, dirigentes e funcionários;

CONSIDERANDO que cabe aos Conselhos de Medicina a autorização para o exercício profissional médico no país;

CONSIDERANDO que o médico em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da medicina;

CONSIDERANDO que o principal objetivo da medicina é o bem-estar das pessoas;

CONSIDERANDO o art. 16 do Estatuto do Torcedor (Lei no 10.671, de 15 de maio de 2003), que obriga à entidade responsável pela organização da competição disponibilizar um médico e dois enfermeiros-padrão para cada dez mil torcedores presentes; bem como uma ambulância para cada dez mil torcedores presentes, e comunicar previamente à autoridade de saúde a realização do evento;

CONSIDERANDO que estes fundamentos legais se aplicam a qualquer evento onde haja densidade de pessoas suficiente para justificar o risco de vida;

CONSIDERANDO, ainda, os termos do Estatuto dos Estrangeiros (Lei no 6.815/80), da Lei nº 9.615, de 24 de março de 1998 (Lei Pelé) e das resoluções CFM nos 1.494/98, 1.651/02, 1.833/08 e 1.948/10, e demais normas disciplinadoras de Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 22 de fevereiro de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º Toda entidade nacional, regional ou local, organizadora de eventos artísticos, sociais, competições e/ou treinamentos desportivos, que necessite garantir assistência médica dentre seus dispositivos de segurança, deverá ter serviço médico próprio ou terceirizado inscrito no Conselho Regional de Medicina, com seu diretor técnico médico e corpo clínico definido.

§ 1º Quando esta entidade promover ou patrocinar evento fora da base territorial onde o serviço médico está inscrito, deverá fazer inscrição provisória no CRM da jurisdição onde ocorrerá o evento, tantos quantos sejam os estados.

§ 2º O referido registro deverá ter um prazo de validade compatível com a duração da competição, não podendo exceder 90 dias contínuos ou fracionados dentro de um mesmo exercício fiscal.

§ 3º É facultada a contratação de médicos locais, devendo os mesmos estar em condição de regularidade com o CRM local, apontando sempre um diretor técnico médico responsável pelo serviço.

§ 4º Da inscrição no Conselho Regional será emitida uma Certidão de Anotação de Responsável Técnico (Cart), que será o documento hábil para apresentação às autoridades com vistas a comprovar sua regularidade perante os Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 2º Quando se tratar de evento internacional, o diretor técnico médico da entidade organizadora nacional ou regional deverá apresentar ao CRM, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias, a solicitação de autorização especial para os médicos estrangeiros.

Parágrafo único – A solicitação deverá estar acompanhada de listagem da equipe de médicos estrangeiros e cópia do diploma de cada um, expedido pelo país de origem e chancelado pelo órgão regulador da medicina daquele país.

Art. 3º Ao médico estrangeiro que se encontra com visto de turista, trânsito ou temporário é vedado o exercício de atividade remunerada.

Art. 4º O médico estrangeiro somente poderá prestar assistência médica aos membros integrantes de sua delegação. Para outras delegações, apenas em casos emergenciais.

§ 1º Excetua-se desta exigência o médico estrangeiro que, mediante notificação prévia, receber autorização para prestar assistência a outras delegações, no número máximo de mais duas, fato que deve ser comunicado à autoridade organizadora, e desta ao Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O médico estrangeiro prescreverá especialidades farmacêuticas para estas delegações quando trazidas consigo e, de acordo com o rol

apresentado previamente à Anvisa, exclusivamente dentro do ambiente destinado às delegações e competições.

§ 3º Na falta desses medicamentos, ou necessitando de outras especialidades farmacêuticas não trazidas, sua prescrição deverá ser homologada por médico local.

§ 4º As solicitações de exames complementares necessários à elucidação diagnóstica deverão ser homologadas por médico local.

§ 5º É vedado ao médico estrangeiro a execução de procedimentos invasivos de natureza cirúrgica.

Art. 5º O médico estrangeiro poderá acompanhar o atendimento de membros de sua delegação, respeitando os limites do art. 4º desta resolução.

Parágrafo único. Em caso de discordância de conduta prevalecerá a opinião indicada pelo médico local.

Art. 6º A assistência médica ao público obedecerá ao roteiro de fiscalização, em anexo, em obediência ao disposto no Estatuto do Torcedor, devendo compreender:

I - posto médico em ambiente físico fixo ou de campanha;

II - sua distribuição geográfica deverá obedecer aos critérios de segurança previstos pela organização;

III - um consultório para cada médico presente no ambiente, no caso de opção por organizar a assistência em mais de um espaço geográfico;

IV - sala para procedimentos médicos e de enfermagem;

V - macas acolchoadas, distribuídas, cada par, em ambientes físicos diferentes, até o máximo de seis, sendo duas para procedimentos de estabilização e transporte por ambulância e quatro para outros procedimentos e observação;

VI - materiais e insumos para primeiros socorros e suporte à vida;

VII - material de expediente para registros em prontuário, para cada paciente, atestações, prescrições e encaminhamentos;

VIII - ambulância USA (unidade de suporte avançado), com conhecimento

prévio da rota de fuga e hospital de destino.

§ 1º A definição do número de equipes médicas deverá ser informada ao Conselho Regional de Medicina com antecedência de 15 (quinze) dias e deverá utilizar, para sua determinação, o número de ingressos ou convites colocados à disposição do público.

§ 2º Os postos médicos, bem como outras instalações médicas de quaisquer naturezas, tanto quanto as ambulâncias, sejam de que porte for, colocadas à disposição do público, atletas e membros das delegações quer em eventos nacionais ou internacionais, devem ser inspecionadas pelo Conselho Regional de Medicina antes da emissão da Cart.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 22 de fevereiro de 2013.

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

Resolução CFM n.º 2012/2013
Resolução aprovada
Sessão plenária de 22/02/2013
Publicada no D.O.U. de 16 de março de 2013, Seção I, p. 113-4

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.012/13

Com base em minuta elaborada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), apresentada durante o II Fórum da Câmara Técnica da Medicina do Esporte em 27 de novembro de 2012, que a considerou instrumento básico para ser apreciado pela Câmara Técnica de Medicina do Esporte e Exercício, apresentamos esta proposta destacando que a mesma chega ao pleno com a devida chancela daquele fórum, no qual estiveram presentes dezenas de médicos da especialidade e instituições interessadas nesta área, como o Comitê Olímpico Internacional (COI) e o Comitê Olímpico Brasileiro (COB), além da Confederação Brasileira de Futebol (CBF).

Em 22 de janeiro de 2013, a câmara técnica acima informada aprimora a proposta oriunda do Cremerj, definindo a rotina do trabalho médico em delegações desportivas e outros eventos, oriundas de países estrangeiros, nos moldes do que se pratica internacionalmente, conforme informações do COI/COB e CBF, interessados neste disciplinamento por conta das diversas competições desportivas que ocorrerão no Brasil entre 2013 e 2016.

Também influenciaram este estudo e definição os diversos eventos com grande densidade de público, como a Jornada Mundial da Juventude no Rio de Janeiro, previsto para julho próximo, bem como outros com igual densidade de público, conforme previsão dos organizadores e das autoridades públicas.

Se faz imperativo disciplinar tanto o ato dos médicos estrangeiros junto aos Conselhos de Medicina quanto uma infraestrutura médica para a assistência a expectadores, por ser competência dos Conselhos de Medicina fiscalizar o exercício da medicina no Brasil, e tal atuação deve defender o interesse do grande público, não só o da medicina.

Sabendo da previsão legal que exige a presença de um médico e duas enfermeiras-padrão para cada 10.000 espectadores, é impreterível definir as condições de trabalho dos médicos e onde se processará o atendimento médico, bem como os recursos que devem existir nesse ambiente para garantir uma assistência de qualidade. Como a fiscalização do exercício da medicina é competência exclusiva dos Conselhos de Medicina, é imperativo ao CFM definir o que deve ser cobrado para a segurança do trabalho dos médicos.

Não basta apenas estabelecer a obrigatoriedade da presença de um médico e dois enfermeiros para assistir à intercorrência em eventos para cada dez mil espectadores, há que se definir que estrutura deverá ser oferecida aos médicos para que o ato desta profissão seja seguro e beneficie a comunidade.

Em razão desta constatação e por entender que compete ao Conselho Federal de Medicina definir o que é seguro para os atos propedêuticos e terapêuticos da profissão, estabelecemos o roteiro a ser seguido em todo o território nacional, fiscalizado in loco pelos Conselhos Regionais de Medicina, adotando com tal medida uma padronização a ser aplicada indistintamente para entes públicos, privados e filantrópicos, como padrão para todos os espaços onde ocorram quaisquer eventos previstos nesta resolução.

Tais definições foram construídas com o Grupo de Trabalho do Departamento de Fiscalização, que prevê modalidades distintas de intervenções médicas. Portanto, cada estabelecimento, quer fixo e de ocupação permanente, quer de campanha, armado apenas enquanto da duração do evento, deve contar com o apoio das especialidades médicas envolvidas em cada uma das modalidades de assistência em medicina.

Anexo, veiculamos o roteiro previsto para esta modalidade de estabelecimento, que deve estar preparada para tratar de uma simples cefaleia a quedas, fraturas, embriaguez e outras ocorrências possíveis de se prever em locais com grande concentração de público e emoções passíveis de exaltação.
Este é um instrumento efetivo de segurança do ato médico, elaborado por especialistas, e um reclamo da medicina para garantir à população uma boa qualidade de assistência.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI
Conselheiro Relator

DIAGNÓSTICO DE ANENCEFALIA E A ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO

Anencephaly diagnosis and the therapeutic antecipation of delivery

* *CFM*

Palavras-chave – *Parto, anencefalia, diagnóstico, antecipação, interrupção.*

Keywords – *Childbirth, anencephaly, diagnosis, anticipation, interruption.*

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

CONSIDERANDO o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90, republicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173);

CONSIDERANDO que o Supremo Tribunal Federal julgou procedente a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, de 17 de junho de 2004 (ADPF-54), e declarou a constitucionalidade da antecipação terapêutica do parto nos casos de gestação de feto anencéfalo, o que não caracteriza o aborto tipificado nos artigos 124, 126 e 128 (incisos I e II) do Código Penal, nem se confunde com ele;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que o pressuposto fático desse julgamento é o diagnóstico médico inequívoco de anencefalia;

CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para o diagnóstico de anencefalia;

CONSIDERANDO que o diagnóstico de anencefalia é realizado por meio de exame ultrassonográfico;

CONSIDERANDO que é da exclusiva competência do médico a execução e a interpretação do exame ultrassonográfico em seres humanos, bem como a emissão do respectivo laudo, nos termos da Resolução CFM nº 1.361/92, de 9 de dezembro de 1992 (Publicada no D.O.U. de 14 de dezembro de 1992, Seção I, p. 17.186);

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo a eles zelar e trabalhar, com todos os meios a seu alcance, pelo prestígio e bom conceito da profissão e pelo perfeito desempenho ético dos profissionais que exercem a Medicina legalmente;

CONSIDERANDO que a meta de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e com o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO o artigo 1º, inciso III da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o artigo 5º, inciso III da Constituição Federal, segundo o qual ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO o teor da exposição de motivos que acompanha esta resolução;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 10 de maio de 2012,

RESOLVE:

Art. 1º Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.

Art. 2º O diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª (décima segunda) semana de gestação e deve conter:

I – duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável;

II – laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.

Art. 3º Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir:

§1º É direito da gestante solicitar a realização de junta médica ou buscar outra opinião sobre o diagnóstico.

§2º Ante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de:

I – manter a gravidez;

II – interromper imediatamente a gravidez, independente do tempo de gestação, ou adiar essa decisão para outro momento.

§3º Qualquer que seja a decisão da gestante, o médico deve informá-la das consequências, incluindo os riscos decorrentes ou associados de cada uma.

§4º Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, ser-lhe-á assegurada assistência médica pré-natal compatível com o diagnóstico.

§5º Tanto a gestante que optar pela manutenção da gravidez quanto a que optar por sua interrupção receberão, se assim o desejarem, assistência de equipe multiprofissional nos locais onde houver disponibilidade.

§6º A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos.

Art. 4º Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal.

Parágrafo único. A ata, as fotografias e o laudo do exame referido no artigo 2º desta resolução integrarão o prontuário da paciente.

Art. 5º Realizada a antecipação terapêutica do parto, o médico deve informar à paciente os riscos de recorrência da anencefalia e referenciá-la para programas de planejamento familiar com assistência à contracepção, enquanto essa for necessária, e à preconcepção, quando for livremente desejada, garantindo-se, sempre, o direito de opção da mulher.

Parágrafo único. A paciente deve ser informada expressamente que a assistência preconcepcional tem por objetivo reduzir a recorrência da anencefalia.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de maio de 2012

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

Resolução CFM 19892012
Resolução aprovada
Sessão Plenária de 10/05/2012
Publicada no D.O.U. de 14 de maio de 2012, Seção I, p. 308 e 309

PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NAS UNIDADES HOSPITALARES OBEDECE NORMAS EMANADAS DA CCIH

Prescribing antibiotics in hospitals obey CCIH rules

* *CFM*

Palavras-chave – *Antibióticos, prescrição, hospitais, normas, CCIH.*

Keywords – *Antibiotic prescribing, hospital standards, CCIH.*

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e regido pela Lei nº 9.649, de 27.05.1998 e,

CONSIDERANDO a regulamentação baixada pela Portaria 2.616/GM/MS, de 12.05.98 (D.O.U - 13.05.98), a qual expede diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares em todo o território nacional para pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado;

CONSIDERANDO que consta aposto à Portaria 2.616/GM/MS atribuição de competência às CCIH a implantação de Sistema de Vigilância Epidemiológica, além de adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares;

CONSIDERANDO o disposto no Artigo 81 do Código de Ética Médica que ressalta na autonomia médica, as situações de indiscutível importância para o paciente;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO Parecer nº 32/99, aprovado em 23.07.99, pelo CFM, cuja ementa traduz que não configura ilícito ético a exigência de preenchimento de ficha para liberação de antibióticos pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), cuja operacionalização de liberação deverá ser adequada e quaisquer desvios comunicados ao Diretor Clínico do hospital;

CONSIDERANDO o aprovado em Sessão Plenária de 20 de agosto de 1999,

RESOLVE:

Art. 1º - A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH.

Art. 2º - As rotinas técnico-operacionais constantes nas normas estabelecidas pela CCIH para a liberação e utilização dos antibióticos devem ser ágeis e baseadas em protocolos científicos.

Parágrafo 1º - Os protocolos científicos não se subordinam a fatores de ordem econômica.

Parágrafo 2º - É ético o critério que condiciona a liberação de antibióticos pela CCIH à solicitação justificada e firmada por escrito.

Art. 3º - Os Diretores Clínico e Técnico da instituição no âmbito de suas competências são os responsáveis pela viabilização e otimização das rotinas técnico-operacionais para liberação dos antibióticos.

Brasília-DF, 20 de agosto de 1999.

WALDIR PAIVA MESQUITA
Presidente

ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO
Secretário-geral

Resolução CFM n.º 1552/1999
Resolução aprovada
Sessão Plenária de 20/08/1999
Publicada no D.O.U. Seç. I, nº 179, de 17-09-99, p.39.

CONCESSÃO DE VISTO PROVISÓRIO FRACIONADO PARA EXERCÍCIO TEMPORÁRIO DA MEDICINA

Grant of provisional and fractioned visa for temporary exercise of medicine

* *CFM*

Palavras-chave – *Visto provisório, temporário, fracionado; medicina.*

Keywords – *Provisional, temporary, fractioned, medicine.*

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

> CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e a fiscalização do exercício da medicina;
>
> CONSIDERANDO o papel institucional fiscalizatório dos Conselhos de Medicina, lastreado no poder de polícia que lhes foi legalmente outorgado;
>
> CONSIDERANDO o disposto no § 2º do artigo 18 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que determina "Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição";

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.651, de 6 de novembro de 2002, que adota o Manual de procedimentos administrativos para os Conselhos de Medicina e dá outras providências;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 22 de fevereiro de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º - Alterar o caput do artigo 2º da Resolução CFM nº 1.948, de 6 de julho de 2010, que passa a ter a seguinte redação:

"Art. 2º Aos médicos peritos, auditores, integrantes de equipes de transplante, equipes desportivas, ou aqueles que se deslocam temporariamente acompanhando eventos artísticos e sociais, e integrantes de equipes médicas de ajuda humanitária em caráter beneficente, pertencentes a entes públicos, empresas de âmbito nacional ou ainda aqueles contratados como assistentes técnicos em perícias cíveis e criminais, de modo temporário e excepcional, poderá ser concedido o visto provisório de forma fracionada, respeitado o período total de 90 (noventa) dias em um mesmo ano."

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 22 de fevereiro de 2013.

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

Resolução CFM n.º 2011/2013
Resolução aprovada
Sessão Plenária de 22/02/2013
Publicada no D.O.U. de 7 de março de 2013, Seção I, p. 159.

DEFINE PRONTUÁRIO MÉDICO E TORNA OBRIGATÓRIA A CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Defines medical records and makes it mandatory the creation of a committee for medical records reviews in health institutions

* *CFM*

Palavras-chave – *Prontuário, comissão de revisão de prontuário, revisão, definição, documento, comissão de ética médica.*

Keywords – *Medical records, commission for records review, review, define, document, committee of medical ethics.*

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do

* Conselho Federal de Medicina

tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de

Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-geral

Resolução CFM n.º 1638/2002
Resolução aprovada
Sessão Plenária de 10/07/2002
Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5

DEPOIS NÃO DIGA QUE NÃO SABIA

Os estudantes de Medicina não estão aptos ou autorizados, mesmo que nos últimos períodos de graduação, a exercer a Medicina sem a supervisão e responsabilidade de um médico.

NORMATIZA A EMISSÃO DE ATESTADOS MÉDICOS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

Regulates the issuance of sick leave note and offers other kind of actions

* *CFM*

Palavras-chave – *Atestado médico, normatização, emissão, ato médico, honorários, texto, observação de conteúdo.*

Keywords – *Sick leave note, regulation, issue, doctor's procedure, fees, text, viewing content.*

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados ao atestado médico;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua a Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, no parágrafo 2º de seu artigo 6º, referindo-se à comprovação de doença;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO o que determina a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, acerca de licença - para tratamento de saúde, licença à gestante, licença-paternidade, licença por acidente em serviço e licença por motivo de doença em pessoa da família;

CONSIDERANDO o definido no Decreto nº 3.048/99, alterado pelos Decretos nºs 3.112/99 e 3.265/99, que aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências;

CONSIDERANDO os artigos 38, 44, 45 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o artigo 8º do Código de Ética Médica determina que o médico não pode submeter-se a restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros, está sujeito às penas da lei;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO que somente os médicos e odontólogos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nºs 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 e resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás, Amazonas, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13.12.2002

RESOLVE:

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Redação anterior: Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

a. especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;

b. estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

c. registrar os dados de maneira legível;

d. identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as conseqüências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina. (Redação dada pela Resolução CFM nº 1851/2008);

Art. 4º É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1º Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

Art. 5º Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art. 6º Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de

afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do caput do artigo.

§ 2º O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§ 3º O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§ 4º Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 7º O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art. 8º Revogam-se as Resoluções CFM nºs. 982/79, 1.484/97 e 1.548/99, e as demais disposições em contrário.

Art. 9º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de dezembro de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-geral

Resolução CFM n.º 1658/2003
Resolução aprovada
Sessão Plenária de 13/12/2003

ATUALIZA A NORMATIZAÇÃO DA EMISSÃO DE ATESTADOS MÉDICOS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

UPDATES THE REGULATORY OF SICK LEAVE NOTE ISSUANCE AND OFFERS OTHER KIND OF ACTIONS

* *CFM*

Palavras-chave – *Atestado médico, nova redação, nova resolução CFM nº 1.658/2002, resolução CFM nº 1.851/2008 reformada.*

Keywords – *Sick leave note, new writing, reformulated resolution CFM nº 1.658/2002, resolution CFM nº 1.851/2008.*

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera a Lei nº 3.268/57 e

CONSIDERANDO que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médicos e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários;

CONSIDERANDO que o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de

* Conselho Federal de Medicina

avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais freqüente é a habilitação a um benefício por incapacidade;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 5/08, de 18 de abril de 2008;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 14 de agosto de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as conseqüências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como:

aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina."

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de agosto de 2008.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LIVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-geral

Resolução CFM n.º 1.851/2008
Resolução aprovada
Sessão Plenária de 14/08/2008
Publicada no D.O.U. de 18 de agosto de 2008

DEPOIS NÃO DIGA QUE NÃO SABIA

Os responsáveis técnicos e gestores médicos que contratam estudantes para exercer a função de médico incorrem em infração ao artigo 2.º do Capítulo III do Código de Ética Médica, que fixa "delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica", e/ou ao artigo 10, que veda ao médico "acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos".

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM EXAMES DE IMAGEM; LAUDOS DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS EMITIDOS PELA INTERNET E SEM ASSINATURA DIGITAL

Patient identification in image exams, reports of clinical laboratory analysis issued by the internet without digital signature

*Lutero Marques de Oliveira**

Palavras-chave – *Imagem, diagnóstico, documento, filme, Resolução CFM n.º 1638/2002, prontuário médico, laudo, internet, assinatura digital, trocas de dados.*

Keywords – *Image exams, diagnosis, document, film, resolution CFM n. º 1638/2002, medical records, report, internet, digital signature, data exchanges.*

CONSULTA

Trata-se de consulta encaminhada por um médico solicitando parecer deste Conselho sobre identificação do paciente em exames de imagem laudos de laboratórios de análises clínicas emitidos pela Internet, sem assinatura digital. Transcrevemos na íntegra sua solicitação:

"Após exaustivas buscas no CFM e em outros CRM(s), não consegui localizar Resolução ou Parecer que tenha um Protocolo que identifique o paciente no filme usado em exames de imagem: v.g. nome, data, número de seqüência, etc. Isto pode acarretar trocas de

* Conselheiro parecerista CRM-PR

laudos e ou cobranças repetidas.....Verifiquei também que alguns laboratórios de Análises Clínicas emitem laudos pela Internet sem assinatura digital e fora dela não consta nenhuma assinatura".

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Um documento é uma representação exterior de um fato, revelando o pensamento, a vontade ou dados adquiridos por daquele que o formulou.

Conforme dispõe o Dicionário Aurélio em sua atual versão, documento e prontuário são definidos como:

Documento: s.m. Título ou diploma que serve de prova: documento histórico. / Qualquer objeto ou fato que serve de prova, confirmação ou testemunho: documentos fotográficos. (grifei)

Prontuário: s.m. Lugar onde se arrecada qualquer coisa de que se venha a precisar. / Livro com a matéria resumida e de modo que facilmente se pode consultar; manual. / Bras. Ficha policial etc., com os antecedentes de uma pessoa. / Esses mesmos antecedentes. (grifei)

Com relação à primeira consulta, identificação do paciente no filme de imagem, a Resolução CFM Nº 1.638/2002 no seu artigo 1º, resolve: definir o prontuário médico

Como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Ainda a mesma resolução, no seu artigo 5º descreve: Compete a Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente..... (grifei)

No livro Posicionamento em Radiografia de Clark, de Louis Kreel, editora Manole, em qualquer de suas edições, transcrevemos o que está escrito no Prefácio: "Toda radiografia deve estar devidamente identificada com o nome do paciente, data do exame radiográfico ou número do hospital. É também absolutamente essencial

de que a identificação para o lado direito ou esquerdo esteja claramente visível na radiografia, e que corresponda com a requisição. Quando relevante a posição do paciente deve, também, ser indicada na radiografia, particularmente em ortostase, decúbito dorsal, decúbito lateral direito ou esquerdo, ou cabeça ou pés para baixo. Sem essas informações, pode se tornar impossível uma interpretação correta dos filmes". Os demais exames de imagem, que surgiram após os exames de radiografia convencional, devem seguir o mesmo princípio.

Logo, a identificação de um paciente, seja nome ou número do hospital, bem como a data da realização do exame, são dados obrigatórios que deverão estar fixados em um exame de imagem, de acordo com a resolução CFM 1.638/2002.

Quanto a segunda consulta: quando um documento for físico, ele é único, podendo ser no entanto reproduzido por diversos meios, sejam eles fotocópia, ou fotografia. Um documento eletrônico, criado a partir de uma seqüência de bits, deve ser sempre o mesmo assim como o documento físico. Porém, sem um sistema de segurança, ele pode ser alterado a qualquer momento tanto por fatores internos, falhas técnicas, como externos, atuação fraudulenta de estranhos, e com isso perde o conceito de documento original e de valor jurídico, como também o desconhecimento de quem formulou o documento.

Por isso, um documento eletrônico terá de ter a assinatura eletrônica do seu autor que poderá ser reconhecida pela figura de um Cibernotário, através do uso da Criptografia, tornando-se assim um documento original.

Além disso, para evitar a quebra do sigilo e da privacidade do paciente, conforme o Código de Ética Médica artigo 104, que diz: "é vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos", uma vez que qualquer dado de um paciente passa livremente pela rede da Internet, podendo ser interceptado por qualquer pessoa, é necessário tomar precauções técnicas como o uso da criptografia ou de servidores especiais, que barram a entrada de quem não está autorizado.

A Resolução CFM 1.821/2007 contempla esses dois aspectos, da manutenção da originalidade e da privacidade de um documento médico eletrônico, no seu artigo 3º onde resolve: Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informações identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses

sistemas atendam integralmente aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)" estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde.

Portanto, a assinatura digital atendendo obrigatoriamente a NGS2, é necessária em laudos emitidos por laboratórios de análise clínica pela Internet para: oficializar esse laudo, reconhecer quem é o autor desse laudo e respeitar a privacidade do paciente.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 08 de agosto de 2009.

LUTERO MARQUES DE OLIVEIRA
Conselheiro Parecerista

Processo-consulta CRM-PR n.º 079/2009
Parecer CRM-PR n.º 2088/2009
Parecer aprovado
Sessão Plenária n.º 2326, de 11/08/2009. CÂM. IV.

COBRANÇA DE MATERIAL MÉDICO DESCARTÁVEL

Charging for disposable medical material

*Roberto Issamu Yosida**

Palavras-chave – *Material descartável, Medicina, cobrança adicional, pagamento por reembolso, ginecologia, convênio, ética.*

Keywords – *Disposable material, Medicine, additional charges, reimbursement payment, gynecology, covenant, ethics.*

CONSULTA

Trata-se de consulta formulada por médica e encaminhada por e-mail, nos seguintes termos :

1. Procede a cobrança de material descartável (espéculo) à paciente, em consultório de ginecologia?

2. Procede a solicitação de reembolso deste material ao convênio?

3. Considera-se ético oferecer material descartável mediante pagamento, ou material reesterilizado sem cobrança adicional?

* Conselheiro parecerista CRM-PR

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Artigos do Código de Ética Médica relacionados ao tema:

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 65 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art. 89 - Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art. 95 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 98 - Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Art. 99 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.

O assunto há muito tempo acompanha a evolução dos crescentes custos operacionais dos consultórios médicos. Suscita também a discussão da justa remuneração dos honorários médicos. E aqui não se discute o mérito dos valores destes honorários.

Seguindo a observação dos usos e costumes dos ginecologistas, podemos asseverar que o material destinado ao exame ginecológico é parte integrante da consulta médica.

Tradicionalmente, estes materiais eram permanentes em inox e esterilizados para uso. O que implicava em custos operacionais consideráveis. Todavia, nunca foram

cobradas taxas ou materiais em separado nas consultas ginecológicas.

O mesmo se conclui de pinças, luvas, algodão, ácido acético, lugol, espátulas, escovas endocervicais, material para coleta/acondicionamento de citologia oncótica cérvico-vaginal e lubrificante para o toque vaginal. Também, o indispensável avental para exame e lençóis e sobrelençóis.

Com surgimento de materiais descartáveis de uso único para a mesma finalidade, eis que aventou-se a possibilidade de cobrança destes. Pois à época inicial seu custo era considerável e poucos aderiram ao seu uso. Com o passar do tempo, o custo tornou-se acessível e mais profissionais passaram a usá-los. A ponto de, em muitos casos, substituir totalmente aqueles materiais permanentes com vantagens.

Se não fosse esse o entendimento, poder-se-ia reivindicar a cobrança em separado de outros custos tais como: mesa ginecológica eletro-hidráulica, detector de batimentos cardiofetais, balança digital, antopômetro, computadores e outros. É de se ver que também foram inovações que substituíram equipamentos de mesma finalidade. Assim a fragmentação das cobranças tornaria a consulta uma miríade de itens componentes do custo da mesma.

Desta forma a simples cobrança, mesmo que opcional, macularia de maneira indelével o principal momento da relação médico-paciente. Tornando marcante o aspecto mercantil da cobrança e a circunstância inusitada em que esta ocorreria. Visto que a cobrança ocorreria momentos antes da consulta, durante ou após a mesma, causando inevitáveis situações de constrangimento e conflito.

Se não bastasse, oferecer descartáveis ou material de uso permanente esterilizado poderia ser interpretado como medida que discriminaria pacientes que podem pagar ou não. Além do que, poder-se-ia supor que o material esterilizado seria de qualidade inferior e que contaminações poderiam ocorrer. O que absolutamente não é verdade, desde que seguidos os procedimentos corretos de esterilização. Conforme já dito pelo Conselheiro Reinaldo Ayer de Oliveira em seu parecer 10.588 de 1996 do CRMSP.

Por óbvio, seria um ônus para a população que tem limitações econômicas. E ainda, contraria a prática da grande maioria dos ginecologistas.

A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, diagnóstico, prognóstico e prescrição terapêutica, caracterizando um ato médico completo. Claro está ser impossível a consulta ginecológica sem o uso do espéculo. O exame

ginecológico é parte integrante da consulta e os materiais usados no exame não devem ser cobrados ou ressarcidos.

Por certo haveria transtornos com notas fiscais e recibos solicitados pelas pacientes. Queixas junto aos órgãos de defesa do consumidor, Agência Nacional de Saúde Suplementar e ao Conselho de Medicina.

Há que se ressaltar que o investimento na qualidade do atendimento é prontamente percebido pelas pacientes. Motivo pelo qual, indiretamente haverá retorno ao médico.

Considerando o exposto, passo a responder aos quesitos:

1.Procede a cobrança de material descartável (espéculo) à paciente, em consultório de ginecologia?

R : Não.

2.Procede a solicitação de reembolso deste material ao convênio?

R : Não.

3.Considera-se ético oferecer material descartável mediante pagamento, ou material reesterilizado sem cobrança adicional?

R : Não.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 08 de junho de 2009.

ROBERTO ISSAMU YOSIDA
Conselheiro Parecerista

Processo-consulta CRM-PR n.º 062/2009
Parecer CRM-PR n.º 2074/2009
Parecer aprovado
Sessão Plenária de 08/06/2009. CÂM. III

SIBUTRAMINA: INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Sibutramine: indications, contraindications and precautions

*Monica De Biase Wright Kastrup**

Palavras-chave – *Paciente obeso, sibutramina, transtornos, tratamento simultâneo.*

Keywords – *Obese patient, sibutramine, disorders, concurrent treatment, indication, contraindication, precaution.*

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, médico formula consulta com o seguinte teor:

"Caso o paciente obeso em uso do medicamento sibutramina apresentar outras co-morbidades ou até mesmo outras patologias como HAS, Diabetes, transtorno de ansiedade, dislipidemia, transtorno de compulsão alimentar, déficit de algum nutriente como vitamina ou mineral posso tratar ao mesmo tempo estas doenças apresentadas pelo paciente ou devo interromper a sibutramina."

• Conselheira parecerista CRM-PR

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A sibutramina é a substância ativa de vários medicamentos para o tratamento da obesidade. Segundo a **RDC/ANVISA Nº 52/2011**, este medicamento se encontra em período de monitoramento do seu perfil de segurança para uso no Brasil.

O paciente deve informar ao médico prescritor toda e qualquer intercorrência clínica durante o seu uso e é de responsabilidade do médico notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por meio do sistema NOTIVISA, as suspeitas de efeitos adversos de que tome conhecimento, durante o tratamento com essa substância.

Este preâmbulo serve para demonstrar alguns dos cuidados oficialmente exigidos atualmente para se prescrever a sibutramina.

Ainda, fazendo parte das recentes recomendações da ANVISA, constam as seguintes providências:

As indicações e a eficácia dos medicamentos contendo sibutramina estão sujeitas às seguintes restrições:

a. A eficácia do tratamento da obesidade deve ser medida pela perda de peso de pelo menos 5% a 10% do peso corporal inicial, acompanhada da diminuição de parâmetros metabólicos considerados de risco da obesidade;

b. O medicamento deve ser usado como terapia adjuvante, como parte de um programa de gerenciamento de peso para pacientes obesos, com índice de massa corporal maior ou igual a 30 kg/m2, num prazo máximo de dois anos, devendo ser acompanhado por um programa de reeducação alimentar e atividade física compatível com as condições do usuário.

As **contra indicações** para sua prescrição são:

a. Índice de massa corporal menor que 30 Kg/m2;

b. Histórico de Diabetes Mellitus tipo 2, acrescido de pelo menos um fator de risco (i,é: hipertensão controlada com medicação, dislipidemia, prática atual de tabagismo, nefropatia diabética com evidência de microalbuminúria);

c. Histórico de doença arterial coronariana (angina, infarto do miocárdio anterior);

d. Hipertensão controlada inadequadamente, i.é, maior que 140/90.

e. Crianças e adolescentes até dezoito anos; pacientes com mais de 65 anos de idade;

f. Presença de transtornos alimentares, tais como bulimia e anorexia;

g. Uso concomitante de outros medicamentos de ação central para a redução do peso ou para o tratamento de transtornos psiquiátricos.

As **precauções** com o uso dos medicamentos contendo a sibutramina são as seguintes, exigência da mesma Resolução da ANVISA:

a. Considerando que a perda de peso nas quatro primeiras semanas de tratamento deve ser de, pelo menos, dois quilos (2Kg), os pacientes que não responderem adequadamente a esse quesito deverão ser descontinuados deste tratamento;

b. Deverá haver monitoração contínua da pressão arterial e da freqüência cardíaca,pois o uso da sibutramina altera tais parâmetros, o que pode determinar a descontinuidade do tratamento.

O texto acima exposto é exigência da ANVISA para a prescrição das drogas contendo a sibutramina, sendo que sua observância é de efeito compulsório pelos médicos.

Os profissionais que não seguirem tais preceitos correm o risco de, na possibilidade do aparecimento de efeitos indesejáveis, serem processados ética e civilmente pelos pacientes que se sentirem prejudicados.

O uso criterioso, apenas em pacientes sem as contra indicações elencadas, não deve levar ao aumento de problemas cardiovasculares, conforme foi observado no estudo SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial) e que orientou as restrições determinadas pela ANVISA.

Desta forma, tendo por base as recomendações do Ministério da Saúde através da ANVISA e respondendo diretamente às perguntas do Dr. Danny temos a aduzir que:

1. O Diabetes associado a qualquer fator de risco e a apenas um, conforme as co-morbidades já elencadas no seu questionamento inicial, é uma contra indicação para a prescrição de sibutramina;

2. É claro que os problemas de saúde associados à obesidade devem ser tratados convenientemente, respeitando-se as restrições do uso da

sibutramina, devidamente relacionados na RDC/ANVISA já referida;

3. É conveniente reforçar que qualquer tratamento de pacientes obesos deve ser iniciado e acompanhado por mudança nos hábitos de vida, reeducação alimentar e programa de exercícios físicos compatível com as condições do paciente.

4. A existência de tratamento anterior para os transtornos emocionais elencados contra indica o uso da sibutramina;

5. Não esquecer que o tratamento não deve exceder dois anos de duração, nos casos em que seu uso for permitido e nas faixas etárias determinadas.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 18 de março de 2013.

MONICA DE BIASE WRIGHT KASTRUP
Conselheira Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR N.º 07/2013
Parecer CRM-PR n.º 2412 de 2013
Parecer aprovado
Reunião Plenária n.º 3215, de 25/03/2013 – CÂM. III

HOMEOPATA DR. WALDEMIRO PEREIRA

Dr. Waldemiro Pereira homeopathic doctor

*Ehrenfried O. Wittig**
*Dannyellee Therezinha Zowtyi***
*Dicesar Waldemiro Pereira****

Palavras-chave – *Homeopata, história, Waldemiro Pereira, pioneiro.*

Keywords – *Homeopathic doctor, history, Waldemiro Pereira, pioneer.*

Nasceu em 19 de fevereiro de 1914, em Cerro Azul, e faleceu em 7 de abril de 1972, em Curitiba, onde exerceu a Medicina e defendeu os princípios da homeopatia. Graduou-se pela Universidade do Paraná em 1954 e fez seus estudos de pós-graduação em homeopatia a distância. Participou de inúmeros eventos nacionais e internacionais ligados à especialidade e deixou legado nesta área no Paraná.

UM POUCO DA HISTÓRIA

Dr. Waldemiro Pereira. Médico homeopata brasileiro, nascido em 19 de fevereiro de 1914, na cidade paranaense de Cerro Azul. Foi casado com D. Maria Clara Caram Pereira, com quem teve três filhos, Idalbo, Dicesar e Washington.

*Diretor do Museu da História da Medicina da Associação Médica do Paraná
** Autora de trabalho biográfico na década de 1970 enquanto acadêmica do curso de Farmácia e Bioquímica da PUCPR.
*** Filho do Dr. Waldemiro Pereira, complemento do trabalho acadêmico original, com atualização em 2013.

Aos 10 anos de idade, mudou-se para Curitiba com os pais Cecília e Silvino Alves Pereira. Teve uma infância difícil, pois pertencia a uma família humilde com grandes dificuldades financeiras, o que o obrigou a trabalhar ainda criança em empregos como engraxate e jornaleiro, para auxiliar no sustento da família.

Aos 12 anos de idade foi trabalhar como office-boy de uma farmácia de homeopatia fundada por Duarte Domingos Veloso, em 1907, no Centro da Capital. Foi ali que teve os primeiros contatos com a homeopatia. De imediato encantou-se pelo modo e forma de cura que esta especialidade defende, como também com as técnicas de desenvolvimento dos remédios homeopáticos.

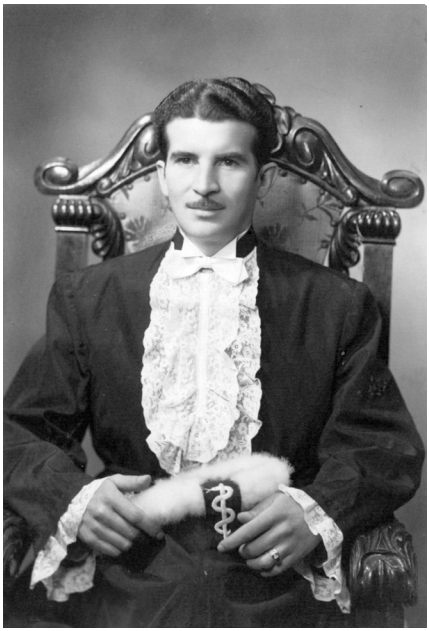
Esta atração por homeopatia aumentou ainda mais quando a mãe, Cecília, acometida por doença que lhe trazia muito sofrimento, recebeu tratamento satisfatório por um remédio homeopático. Assim, ele se dedicou a aprender o médico de tratamento baseado na energia vital do ser humano e, a cada aprendizado, mais crescia sua dedicação, interesse e seriedade por este ramo da Medicina.

Contudo, naquela época, a homeopatia não tinha muita credibilidade e era pouco conhecida perante a sociedade. Devido a isto, as poucas farmácias homeopáticas começaram a passar por crises financeiras, sendo desativada a que Waldemiro trabalhava. Isto, porém, não desanimou a sua convicção de trabalhar com a "arte" homeopática. Foi quando propôs à sua noiva que aceitasse o desafio de gerenciar com ele modesta farmácia e com várias dívidas pendentes, pertencente ao antigo patrão. Isto em 1933.

Os caminhos por eles trilhados seriam penosos e difíceis. Aos poucos foram superando as dificuldades, a empresa ganhou a denominação de Farmácia Nacional de Homeopatia, a clientela cresceu e permitiu-lhes casar.

Em 1944, com a necessidade de oferecer um melhor atendimento, resolveu prosseguir nos estudos, ingressando mais tarde no curso de Medicina da Universidade do Paraná. Nesta época, já se discutiam bastante as ideias e os princípios de Hahnemann, sendo até mesmo como acadêmico bastante questionado sobre a terapêutica homeopática, técnica desacreditada pelos professores, que restringiam a aceitação. O então estudante persistiu defendendo e lutando por suas ideias a respeito dos princípios técnicos. Formou-se médico em 1954, quando era diretor da faculdade o Prof. Antenor Phamphylo dos Santos. Fez pós-graduação no Centre Gomeopatique de France, recebendo suas matérias em francês, por

correspondência – espécie de EAD da época – e traduzia para si e para os colegas de especialidade.



Juntamente com os Drs. Nilo Cairo de Souza Knorr e Meceslau Szymanski, o Dr. Waldemiro formou importante grupo de estudos homeopáticos na década de 1940. Os membros reuniam regularmente na "Casa de Homeopatia Dr. Waldemiro Pereira", adquirida por ele em 1933. Antes, funcionava em sala da Federação Espírita na Rua Saldanha Marinho, passando depois para Praça Osório. Durante anos o médico atendeu gratuitamente pacientes carentes. Também teve intensa ação no meio futebolístico, tendo integrado o conselho fiscal da Federação paranaense de Futebol e o conselho deliberativo do Coritiba.

ASSOCIAÇÃO
HOMEOPÁTA
DR. WALDEMIRO PEREIRA

O Dr. Waldemiro Pereira foi um sustentáculo de homeopatia como especialidade médica. Faleceu em 1972, deixando legado à Medicina, com a existência da Farmácia Homeopática, da Clínica Homeopática Dr. Waldemiro Pereira, do Laboratório Industrial Homeopático e do Instituto de Homeopatia, com promoção de cursos profissionalizantes, produção farmotécnica e terapêutica homeopática. Teve muitos adeptos e, hoje, a Homeopatia Dr. Waldemiro Pereira é administrada por filhos e netos, que dão continuidade ao trabalho de seu idealizador e incentivador.

(Texto de trabalho de Dannyelle Therezinha Zowtyi, com atualização de Dicesar Waldemiro Pereira).

TEXTO DE APRESENTAÇÃO DO DR. WALDEMIRO PEREIRA

(Publicado na década de 1960, sob conceitos éticos e conhecimentos científicos do autor)

> *"A homeopatia é uma especialidade da Medicina a qual procura pelo seu método de cura, que se acha baseado no princípio enunciado pelo seu fundador – Dr. Samuel Hahnemann – e por ele mesmo exposto em seu livro Organon da Arte de Curar, que é Simila Similibus Curantur".*

Baseado nesta lei, que é o verdadeiro método de curar as diferentes doenças da humanidade, o médico tem elementos que o capacitam de pesquisar, se inteirando da perda de equilíbrio entre saúde e doença do semelhante.

Também pelo método de cura a homeopatia conduz o médico pelos segredos da delicadeza do ser humano e não procura apenas afastar os efeitos do estado psicológico do doente. Mas vai além, buscando ainda as causas futuras produzidas pela entidade nosológica, que determina multiplicidade de efeitos colaterais, que irão surgindo com o decorrer do tempo nos diferentes órgãos do paciente.

Para a homeopatia, curar um ser humano doente não consiste apenas em afastar sintomas que determinam a doença, mas tem o dever de eliminar a síndrome que compõe o quadro patológico. Com este procedimento, leva o médico a segurança e a certeza de haver de verdade conduzido seu paciente ao estado completo de restabelecimento da saúde.

O processo terapêutico desta doutrina médica torna obrigatório ao médico especialista fazer dois diagnósticos: primeiro, diagnosticar a doença, ou seu agente causal, para em seguida procurar o diagnóstico diferencial do medicamento que abrange o quadro clínico, o temperamento do indivíduo, a sua constituição biotipológica e o terreno.

O terreno é um dos pontos de muita importância para o médico homeopata, pois feita a sua identificação, pelo tipo de indivíduo, o seu temperamento e o passado herdado e mais as enfermidades ou doenças já sofridas pelo indivíduo, torna mais fácil a escolha do remédio, pois a matéria médica homeopática é exuberantemente rica para escolher o remédio que, inegavelmente, levará à cura do ser humano.

Nós insistimos sempre em dizer que o ser humano, e não o indivíduo ou o pacientem, por entendermos que o homem é um ser humano que difere em todos os seus aspectos do animal em geral. O homem é dotado de órgãos reguladores, glândulas altamente especializadas que somente o homem possui e, acima estas, está a inteligência, virtude que só a ele o Supremo Criador dos mundos concedeu. Portanto, o homem deve ser distinguido com a classificação de ser humano, por ser constituído por um corpo que há parte animal e outra subjetiva, constituída pelo espírito, o raciocínio e a inteligência.

É, portanto, na delicadeza deste mundo subjetivo, do ser humano, que a homeopatia tem a sua grandeza, por serem todos os medicamentos homeopáticos experimentados no homem são, e desta forma os experimentadores tiveram a oportunidade de expressar o que sentiram objetiva e subjetivamente. Este detalhe levou o Dr. Samuel Hahnemann a formular a sua sábia e privilegiada lei de curar, fundamentada na escolha certa do medicamento, ao que ele denominou "similimum". Isto é, o medicamento que abrange o maior número de sintomas, atende ao tipo do ser humano, não desprezando o passado do doente.

Sobre este aspecto de curar, muito se tem discutido; verdadeiras celeumas já foram levantadas e até hoje se discute a veracidade ou não desses princípios. O que não se pode negar, no entanto, é que verdadeiramente os doentes não são tratados pelo método de curar pela homeopatia, quando curados, e isto são em números indiscutivelmente elevados, ficam realmente com seu estado de saúde recuperado e não vêm mais a sofrer da mesma enfermidade, nem ficam com as doenças colaterais produzidas pelos medicamentos tomados. A recuperação do doente tratado pela homeopatia é completa. O doente sente que a saúde realmente volta integral e a sua disposição passa a ser completa.

Outro aspecto interessante é que a cura não é lenta, porém, suave e segura.

Isto porque a homeopatia tem o seu efeito instantâneo no organismo do ser humano, por estar o medicamento perfeitamente elaborado, não sendo necessário digestão, aproveitamento e eliminação da parte inaproveitável ao organismo. A ação terapêutica do medicamento homeopático se faz dinamicamente e não pela massa ou força poderosa de destruir o agente causador da doença. Esta forças poderosa de destruir o agente nosológico é evidente que também destrói as defesas dos órgãos importantes do corpo humano. Esta é a razão do doente tratado pela homeopatia, mesmo que atacado de doença aguda e grave; no seu restabelecimento não tem a chamada convalescença. O agente curativo da homeopatia não produz no organismo humano a perda da força vital.

Estas são as principais razões para aceitarmos a homeopatia como verdadeiro método de cura, considerando o mais racional, e que na verdade está de acordo com a natureza do homem.

Para doações ao museu e correspondências: Secretaria da AMP
Telefone: (41) 3024-1415 | Fax: (41) 3242-4593
E-mail: amp@amp.org.br | Rua Cândido Xavier, 575 – 80240-280 – Curitiba/PR
Visite o Museu em nosso site: www.amp.org.br

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina do Paraná

v. 30 - n. 117 - Jan/Mar - 2013