



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



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**GESTÃO 2013/2018**  
**DIRETORIA - 01/10/2013 a 31/05/2015**

Presidente:	Cons.	Mauricio Marcondes Ribas
Vice-Presidente:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
Secretário Geral:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
1ª Secretária:	Cons <sup>a</sup> .	Keti Stylianos Patsis
2ª Secretária:	Cons <sup>a</sup> .	Cecília Neves de Vasconcelos Krebs
1º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
2º Tesoureiro:	Cons.	Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
1ª Corregedora:	Cons <sup>a</sup> .	Gláucia Maria Barbieri
2ª Corregedora:	Cons <sup>a</sup> .	Regina Celi Passagnolo Sergio Piazzetta

**CONSELHEIROS**

---

Adônis Nasr	José Clemente Linhares
Afrânio Benedito Silva Bernardes	Julierme Lopes Melinger
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Keti Stylianos Patsis
Alexandre Gustavo Bley	Lizete Rosa e Silva Benzoni
Álvaro Vieira Moura	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa
Cecília Neves de Vasconcelos Krebs	Marília Cristina Milano Campos de Camargo
Clóvis Marcelo Corso	Maurício Marcondes Ribas
Cristina Aranda Machado	Mauro Roberto Duarte Monteiro
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Nazah Cherif Mohamad Youssef
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Paulo Cesar Militão da Silva
Fábio Luiz Ouriques	Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta
Fernando Cesar Abib	Roberto Issamu Yosida
Gisele Cristine Schelle	Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira
Gláucia Maria Barbieri	Tânia Maria Santos Pires Rodrigues
Gustavo Justo Schulz	Teresa Cristina Gurgel do Amaral
Hélcio Bertolozzi Soares	Thadeu Brenny Filho
Jan Walter Stegman	Viviana de Mello Guzzo Lemke
Jeziel Gilson Nikosky	Wilmar Mendonça Guimarães
José Carlos Amador	Zacarias Alves de Souza Filho

## **MEMBROS NATOS**

---

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

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

---

### **Gestor**

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

### **Médicos fiscais de Curitiba**

Dr. Elísio Lopes Rodrigues  
Dr. Jun Hirabayashi  
Dra. Teresa Ribeiro de Andrade Oliveira

### **Médico fiscal do Interior**

Dr. Paulo César Aranda (Londrina)

## **DEPARTAMENTO JURÍDICO**

---

### **Consultor Jurídico**

Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

### **Assessores Jurídicos**

Adv. Afonso Proença Branco Filho  
Adv. Martim Afonso Palma

## **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

### APUCARANA

Artur Palú Neto (Diretor)  
Eduardo Henrique Felipe de Paula (Vice-Diretor)  
Leonardo Marchi (Secretário)  
Ângelo Yassushi Hayashi  
Jaime de Barros Silva Júnior  
Pedro Elias Batista Gonçalves  
Pieker Fernando Migliorini  
Ribamar Leonildo Maroneze  
Sérgio Seidi Uchida

### CAMPO MOURÃO

Fernando Dlugosz (Diretor)  
Fábio Sinisgalli Romanello Campos (Vice-Diretor)  
Homero Cesar Cordeiro (Secretário)  
Artur Andrade  
Carlos Roberto Henrique  
Dairton Luiz Legnani  
Manuel da Conceição Gameiro  
Rodrigo Seiga  
Romildo Joaquim Souza

### CASCATEL

Keith De Jesus Fontes (Diretor)  
Roberto Augusto Fernandes Machado (Vice-Diretor)  
Karin Erdmann (Secretária)  
Amaury Cesar Jorge  
André Pinto Montenegro  
Antonio Carlos de Andrade Soares  
Hi Kyung Ann  
Joanito Soltoski  
Juliana Gerhardt  
Pedro Paulo Verona Pérsio

### FOZ DO IGUAÇU

Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)  
Alexandre Antonio De Camargo (Vice-Diretor)  
Jacilene De Souza Costa (Secretária)  
Andre Ricco  
Eduardo Hassan  
Isidoro Antonio Villamayor Alvarez

Jose Fernando Ferreira Alves  
Luiz Henrique Zaians  
Marco Aurélio Farinazzo  
Tomas Edson Andrade da Cunha

### FRANCISCO BELTRÃO

Eduardo Katsusi Toshimitsu (Diretor)  
Marcio Ramos Schenato (Vice-Diretor)  
Cícero José Bezerra Lima (Secretária)  
Aryzone Mendes de Araujo Filho  
Badwan Abdel Jaber  
Irno Francisco Azzolini  
José Bortolas Neto  
Rubens Fernando Schirr  
Silvana Amaral Kolinski Vielmó  
Vicente de Albuquerque Maranhão Leall

### GUARAPUAVA

Rita de Cassia Ribeiro Penha Arruda (Diretora)  
Antonio França de Araújo (Vice-Diretor)  
Mariana Saciloto Cramer (Secretária)  
Anderson Vinicius Kugler Fadel  
Antonio Marcos Cabrera Garcia  
David Livingstone Alves Figueiredo  
Francisco José Fernandes Alves  
Frederico Eduardo Waperchovski Virmond  
Frederico Guilherme Keche Virmond Neto  
Gabriel Odebrecht Massaro

### LONDRINA

Alcindo Cerci Neto (Diretor)  
João Henrique Steffen Júnior (Vice-Diretor)  
Ivan José Blume de Lima Domingues (Secretário)  
Antonio Caetano de Paula  
Fabio Ferreira Lehmann  
Fatima Mitsie Chibana Soares  
Ivan Pozzi  
Luiza Kazuko Moriya  
Mário Machado Júnior  
Naja Nabut

## **MARINGÁ**

Vicente Massaji Kira (Diretor)  
Ana Maria S. Machado de Moraes (Vice-Diretora)  
Katia Hitomi Nakamura (Secretária)  
Cesar Helbel  
Luiz Alberto Mello e Costa  
Manuel Duarte Gilberto  
Marcio de Carvalho  
Mariane Arns  
Paulo Roberto Aranha Torres  
Raul Gil Von Puttkammer Rodriguez

## **PARANAÍ**

Leila Maia (Diretora)  
Hortência Pereira Vicente Neves (Vice-Diretora)  
Attílio Antonio Mendonça Accorsi (Secretária)  
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto  
Bruno Eduardo de Camargo  
Cleonir Moritz Rakoski  
Custodio Fernandes  
Ludovico da Cunha Blasczyk  
Luiz Carlos Cerveira  
Rubens Costa Monteiro Filho

## **PATO BRANCO**

Vanessa Bassetti Prochmann Esber (Diretora)  
Pedro Soveral Bortot (Vice-Diretor)  
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)  
Abdul Sebastião Pholman  
Artemio Juraci Cardoso da Silva  
Elisabeth Ostapiv Correa  
Geraldo Sulzbach  
Gilberto Lago de Almeida  
José Renato Pederiva  
Ricardo Antonio Hoppen

## **PONTA GROSSA**

Rubens Adão da Silva (Diretora)  
Ladislao Obrzut Neto (Vice-Diretor)  
Northon Arruda Hilgenberg (Secretário)  
Adalberto Riccardo Baldanzi  
André Scartezini Marques  
Joelson José Gulin  
Luiz Jacintho Siqueira

Meirerson Reque  
Pedro Paulo Rankel  
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro

## **RIO NEGRO**

Leandro Gastim Leite (Diretor)  
Ana Helena Stolte (Vice-Diretora)  
Jacy Gomes (Secretário)  
Helton Boettcher  
Jonas de Mello Filho  
Militino da Costa Júnior

## **SANTO ANTÔNIO DA PLATINA**

Celso Aparecido Gomes de Oliveira (Diretor)  
Jose Mario Lemes (Vice-Diretor)  
Sergio Bachtold (Secretário)  
Carlos Maria Luna Pastore  
José Roberto Boselli Junior  
Patricia Roberta de Vicente  
Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves  
Sulaiman El Taail  
Walter Kiyoshi Iamamoto

## **TOLEDO**

Jose Afrânio Davidoff Junior (Diretor)  
Ivan Garcia (Vice-Diretor)  
Glaucio Luciano Bressanim (Secretário)  
Eduardo Gomes  
José Maria Barreira Neto  
Milton Miguel Romeiro Berbicz  
Nilson Fabris  
Valdicir Faé

## **UMUARAMA**

Alexandre Thadeu Meyer (Diretor)  
Sandra Mara Oliver Martins Aguiar (Vice-Diretora)  
Augusto Legnani Neto (Secretário)  
Antonio Francisco Ruaro  
Edson Morel  
Fabiano Correa Salvador  
Juscélio de Andrade  
Mauro Acácio Garcia  
Osvaldo Martins de Queiroz Filho  
Silvio Roberto Correa

**EDITOR**

Ehrenfried Othmar Wittig

**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

**TRADUÇÃO**

Cristiane Medeiros Vianna

**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*  
cq@crmpr.org.br

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

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

*Biblioteca*  
biblioteca@crmpr.org.br

*Site* www.crmpr.org.br

*Postal* Caixa Postal 2208

*Telefone* 41 3240-4000

*Fax* 41 3240-4001

**CFM**

cfm@cfm.org.br

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

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

# ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

## EDIÇÃO

---

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

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

## REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

---

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

## RESPONSABILIDADE

---

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento ou orientação do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são editados no formato digital desde 2011, estando todas as suas edições disponíveis para consultas no Portal ([www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br))

## NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

## ÍNDICE REMISSIVO

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

## ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

## FICHA CATALOGRÁFICA

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

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2014;31(121):1-96

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 ESPECIAL

Privatização do Sistema Único de Saúde - qual o futuro dos princípios da equidade, universalidade e integralidade?

*Kamila Alves* ..... 12

As boas práticas da ANS

*Aloísio Tibiriçá Miranda* ..... 36

A vocação escravagista

*José Carlos Amador* ..... 38

Sobre a Resolução CFM 2.061/2013

*João Anastácio Dias* ..... 40

### RESOLUÇÕES CFM

Nova redação das normas orientadoras e reguladoras para especialidades médicas e área de atuação

*Resolução CFM nº 2.068/2013* ..... 43

Prescrição da pretensão punitiva e o novo Código de Processo Ético-Profissional

*Resolução CFM nº 2.066/2013* ..... 72

### RESOLUÇÕES CRM-PR

Convocação dos conselheiros suplentes

*Resolução CRM-PR n.º 193/2013* ..... 74

## **PARECERES CFM**

Impedimento de uso de terapia “alternativa” na prática médica

*Dalvélio de Paiva Madruga* ..... 76

Participação de profissionais estranhos ao ato médico em perícia judicial

*José Albertino de Souza* ..... 80

## **PARECERES CRM-PR**

Medicina do trabalho: validade de exame médico e contestação de nexos técnico epidemiológico previdenciário

*Keti Stylianos Patsis* ..... 84

Preenchimento de formulários de benefício para pacientes com necessidades especiais

*Keti Stylianos Patsis* ..... 87

Exame médico ocupacional e atestados de saúde ocupacional

*Keti Stylianos Patsis* ..... 91

## **MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**

Professor de gerações de médicos

*Ehrenfried Othmar Wittig* ..... 94

## PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - QUAL O FUTURO DOS PRINCÍPIOS DA EQUIDADE, UNIVERSALIDADE E INTEGRALIDADE?\*

PRIVATIZATION OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM - WHAT IS THE FUTURE  
FOR THE PRINCIPLES OF EQUITY, UNIVERSALITY AND INTEGRALITY?

*Kamila Alves\**

**Palavras-chave** – *SUS, Constituição Federal, equidade, universalidade integralidade, privatização.*

**Keywords** – *SUS (Sistema Único de Saúde = Brazilian Public Health System), Federal Constitution, equity, universality, integrity, privatization.*

### RESUMO

Este artigo trata dos princípios constitucionais de equidade, universalidade e integralidade e sua relação com a estrutura do Sistema Único de Saúde brasileiro, que está vivenciando uma fase crítica. Diante de incentivos fiscais ao mercado da saúde suplementar, onde imperam as operadoras de planos de saúde, debate-se o futuro dos princípios norteadores do SUS, que estão fundamentados na Constituição Federal da República, promulgada em 1988. A Carta Magna, lei maior deste país, tem sido deixada de lado mediante medidas absurdas que vêm sendo propostas pelo Governo Federal. A precarização do SUS tem relação direta com o abandono dos princípios constitucionais e a tentativa de privatização camuflada do Sistema Único de Saúde.

---

\*Acadêmica de Enfermagem, residente em Curitiba. Trabalho premiado em segundo lugar no 24º Concurso Anual de Monografias sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica do CRM-PR, que teve como tema "Privatização da Saúde Pública - Qual o futuro dos princípios da equidade, universalidade e integralidade do SUS.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde, idealizado pela Constituição Federal de 1988, vive um momento agonizante. Recursos longe do ideal são sufocados pela facilidade de benefícios que o mercado da saúde suplementar tem tido nos últimos tempos. O que deveria ser uma obrigação constitucional do Estado – garantir acesso igualitário à saúde para todos os cidadãos, direito este que deve ser precedido dos princípios de equidade, universalidade e integralidade – está se tornando lentamente uma privatização camuflada.

A Constituição da República, lei maior deste país, tem sido deixada de lado mediante a onda de medidas absurdas que vêm sendo propostas pelo Governo Federal. A recente mobilização nacional da classe médica trouxe para a pauta de discussões a precarização do SUS e está apontando o gargalo do caos da saúde pública brasileira. Tais assuntos estão diretamente ligados com o tema deste artigo e serão explanados a seguir.

Inicialmente, se fará uma explanação sobre o direito à saúde à luz da Constituição Federal. Também se apontará definições e aplicações dos princípios norteadores do SUS: equidade, universalidade e integralidade. Na sequência, será debatido o futuro desses princípios diante do conflito armado pelos governantes entre o público e privado, quais aspectos rondam esse entrave e o que esperar da saúde pública nesse contexto de privatização a passos não tão lentos assim.

## 1. SAÚDE, UM DIREITO UNIVERSAL DE TODOS OS BRASILEIROS

### 1.1 O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 prevê um conjunto de direitos chamados de “direitos sociais”. A base para esses direitos é a igualdade entre os cidadãos. O direito à saúde faz parte desse grupo e promover a saúde da população passou a ser dever do Estado com a promulgação da Carta Magna. Conforme aponta o artigo 196 da Constituição Federal,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

De acordo com a classificação da eficácia das normas constitucionais<sup>1</sup>, o direito à saúde é de eficácia plena, ou seja, é de aplicação imediata. Em outras palavras, pode e deve ser cobrado do Estado, pois é um direito fundamental à população, a cada indivíduo.

Sem saúde não é possível ter condições de vida digna. Por isso, é dever do Estado, pois os impostos pagos pela população devem ser revertidos em benefício aos cidadãos. Sendo assim, a partir do dinheiro público, o Estado deve criar condições e oferecer estrutura para que o povo tenha acesso à saúde. Isso se torna realidade através da criação de unidades de atendimento à saúde básica, hospitais de referência, campanhas de vacinação, aquisição de medicamentos para disponibilizar a população, entre outras medidas. Ressaltando o disposto no artigo 196 da Constituição Federal, o acesso à saúde deve ser garantido “mediante políticas sociais e econômicas” e através do “acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação”.

Serviço universal e igualitário significa que todos que necessitam devem ter acesso. Ainda, o sistema deve ser integral, garantindo ao usuário tudo o que necessita. A partir da determinação criada no artigo 196 (acesso universal à saúde), a Constituição da República traz a criação do Sistema Único de Saúde no artigo 198, que também se refere à fonte dos recursos para manutenção desse sistema, no caso, os impostos, conforme a seguir:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um **sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - **atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;**

---

1 O jurista José Afonso da Silva dividiu as normas constitucionais em três tipos para definir a efetividade de cada uma delas. São elas: de eficácia plena, de eficácia contida e de eficácia limitada. Essa divisão é a mais utilizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e pelos autores de Direito no país. Nas palavras de Ricardo Russell Brandão Cavalcanti (2011), as normas de eficácia plena são aquelas com aplicação imediata, “independentemente de regulamentação posterior, não estando passíveis de terem os seus efeitos restringidos posteriormente, conforme as palavras de José Afonso da Silva, são as normas que criam situações subjetivas de vantagem ou de vínculo, desde logo exigíveis”. Já as normas de eficácia contida, apesar de também terem eficácia plena, “estão passíveis de serem restringidas pela atuação do legislador infraconstitucional”. Por fim, as normas de eficácia limitada são aquelas que não têm aplicação imediata, pois há necessidade da existência de uma norma infraconstitucional possibilitando a sua aplicação.

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) [...]. (BRASIL, 1988, grifos do autor).

A partir da Constituição, entende-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de garantir o direito do povo à saúde previsto dois artigos antes. Ou seja, faz parte da responsabilidade do Estado mantê-lo em pleno funcionamento, em cumprimento à determinação da Carta Magna.

Garantir o direito à saúde também é trabalhar na prevenção. No artigo 198, parágrafo quarto, a Constituição Federal autoriza a admissão de agentes comunitários de saúde, que devem atuar no adiantamento dos problemas de saúde da população, combatendo antecipadamente as endemias, conforme o texto da lei determina: "Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público [...]" (Brasil, 1988). Dessa forma, entende-se que a concepção do SUS vai além da disponibilização de estrutura física, como hospitais e postos de saúde para manutenção da saúde.

    pessoas para os equipamentos públicos de saúde quando necessário. Desta forma, organizado com o objetivo de proteger, o SUS deve promover e recuperar a saúde de todos os brasileiros, independente de onde moram, se trabalham e quais os seus sintomas. Infelizmente este sistema ainda não está completamente organizado e ainda existem muitas falhas, no entanto, seus direitos estão garantidos e devem ser cobrados para que sejam cumpridos. (USP, 2013).

Conforme sugere o Guia de Direitos criado pelo Núcleo de Estudos da Violência da USP (2013), em palavras práticas, qualquer cidadão brasileiro, baseado no direito que a Constituição da República lhe concede, deve ter acesso, entre outros itens: a ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da sua saúde; a medicamentos para qualquer tratamento médico; a atendimento ambulatorial prestado em tempo digno e hábil a fim de evitar prejuízo maior à saúde; a mecanismos ágeis para facilitar a marcação de consultas eletivas e exames; a centrais de vagas que facilitem a internação hospitalar evitando o agravamento de doenças ou surgimento de complicações, como em caso de gestantes que não encontram leitos disponíveis e iniciam uma peregrinação por hospitais da cidade; atendimento digno, com atenção e respeito, de forma personalizada e contínua,

em local e ambiente limpo e seguro; a informações precisas sobre os serviços de saúde disponíveis em sua região.

O Sistema Único de Saúde é a materialização do direito constitucional à saúde e assume, em sua criação, os princípios da equidade, universalidade e integralidade. Assim, em tese, é um sistema “capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral” (TEIXEIRA, 2011).

## 1.2 OS PRINCÍPIOS DA EQUIDADE, UNIVERSALIDADE E INTEGRALIDADE APLICADOS AO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

### 1.2.1 O princípio da equidade

A noção do princípio da equidade tem por diretriz diminuir as diferenças sociais, proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais, caracterizando um princípio de justiça social. Ao estabelecer como dever do Estado garantir acesso à saúde universal e igualitário a todos os brasileiros, conforme preceitua o artigo 196, a Constituição Federal está afirmando o princípio da igualdade, porém, sem abordar a possibilidade das diferenças. A palavra equidade em si significa “disposição para reconhecer imparcialmente o direito de cada qual”, conforme aponta o Dicionário Michaelis. Na aplicação em saúde, o princípio da equidade determina a garantia do direito à saúde para cada indivíduo, de acordo com sua individualidade. Sendo assim, o reconhecimento da existência de desigualdade entre as pessoas é o ponto de partida da noção deste princípio e essas desigualdades precisam ser superadas para que todos possam ser tratados da mesma forma. No campo da saúde, as desigualdades sociais se apresentam diante do adoecer e do morrer. Dessa maneira, é dever do Estado garantir condições de vida e saúde proporcionais para todos.

A “igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” está no rol dos princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). A lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, registra, no artigo segundo, que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

Apesar de falar de igualdade, até então, a palavra equidade ainda não havia aparecido nos textos legislativos referentes à saúde. O princípio da equidade surge em uma época contemporânea, já associado aos direitos das minorias, introduzindo as diferenças no espaço público da cidadania, até então dominado pela excelência da igualdade. Refletindo sobre a diversidade da sociedade, percebe-se que o pressuposto da igualdade por si só não é suficiente para garantir o atendimento de todas as necessidades da população. De acordo com Sposati (1999 in ESCOREL, 2009), “a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”.

Dessa forma, diferentemente da igualdade, que prevê um tratamento igualitário em todos os aspectos, a equidade considera, em sua definição, que as pessoas são diferentes e possuem necessidades diferentes. Tal compreensão tem sua base no pensamento marxista de tratamento conforme a capacidade e necessidade de cada um, trazendo então um parâmetro heterogêneo na análise da igualdade para todos.

Complementando esse aspecto, do ponto de vista constitucional, vale destacar a interpretação da igualdade material na Carta Magna. De antemão, entende-se por princípio da igualdade formal a norma constitucional prevista no artigo quinto, que diz: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]” (BRASIL, 1988). Ao tratar a todos com igualdade, entende-se, juridicamente, que pode haver injustiças: como tratar ricos e pobres da mesma forma, por exemplo. Respondendo a esse questionamento, a própria Constituição resolve essa diferença ao registrar a necessidade de eliminar as desigualdades sociais, como erradicar a miséria, por exemplo. Neste diapasão, surge a igualdade material, determinando que os desiguais sejam tratados na medida de suas desigualdades. Assim, os menos favorecidos devem receber proteção jurídica especial, a fim de diminuir o abismo da desigualdade. Dessa forma, pode-se inferir que o SUS deveria receber mais investimentos nas localidades onde há mais necessidade. Os recursos deveriam ser distribuídos de forma desigual, a fim de estabelecer uma homogeneidade no tratamento oferecido em qualquer região do país. Sendo assim, pode-se compreender o princípio da equidade na saúde como uma forma de colocar em prática a igualdade material.

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente

oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 in ESCOREL, 2009).

A aplicação do conceito de equidade na saúde precisa ser visto como um processo contínuo, sempre em transformação de acordo com o alcance de resultados. Analisando de forma conotativa, se determinado objetivo no atendimento à saúde da população de determinado local foi alcançado (construir um hospital em uma localidade que necessita, por exemplo), há uma modificação na aplicação prática da equidade para aquele contexto, pois se estabeleceu um parâmetro de igualdade ao oferecer ao povo um hospital, que também existe em uma localidade de referência.

No contexto de saúde, o princípio da equidade pode ser aplicado em duas vertentes. São elas: a condição de saúde e o acesso e utilização dos serviços de saúde. No ponto das condições de saúde, analisa-se a distribuição dos riscos de doença e de morte em grupos populacionais.

Embora variações biológicas [...] determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda as originadas de causas externas. Para alguns autores, essa é a dimensão mais importante da equidade em saúde [...]. (ESCOREL, 2009).

Quando o aspecto em análise é o acesso e utilização dos serviços públicos de saúde observa-se forte influência social nos variados graus de complexidade em necessidade de saúde de acordo com o contexto do indivíduo. Dessa forma,

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar

o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais. (TRAVASSOS; CASTRO, 2008 in ESCOREL, 2009).

Nesse contexto, entende-se que o desenvolvimento de políticas públicas e a distribuição de recursos na saúde pública devem levar em consideração a diferença social e econômica da população de acordo com as variações das regiões geográficas do país. Planejar políticas públicas sob o filtro da equidade é colocar em prática o princípio constitucional da igualdade.

### 1.2.2 O princípio da universalidade

O princípio da universalidade estabelece que os serviços sociais que asseguram a saúde da população devem ser acessíveis a todos os cidadãos. Sendo assim, o serviço público de saúde deve dispor de todos os recursos necessários para alcançar a todos os brasileiros. No inciso II do artigo 198 da Constituição está registrado que ações e serviços públicos em saúde devem seguir a diretriz de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Como já dito, o SUS é a concretização do princípio da universalidade. O artigo 196 da Constituição traz a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade de promover a saúde e proteger todos os cidadãos contra os riscos à saúde e assegurar sua assistência em caso de doença. Cabe ao Estado universalizar as ações que irão garantir a promoção da saúde a todo cidadão. Para que haja universalização, é necessário estender todos os serviços a todos os indivíduos, sem exceção. O Estado só estará cumprindo efetivamente esse mandamento constitucional se for capaz de alcançar cada brasileiro.

A Carta Magna estabelece a saúde como um direito de todos os brasileiros, logo, entende-se a necessidade de aplicação imediata do princípio da universalidade, que caracteriza a saúde como um direito de cidadania, pois é definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Neste sentido, a universalidade abrange “a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a

toda população brasileira” (PONTES; CESSO; OLIVEIRA; GOMES, 2009).

Destaca-se que o princípio de equidade se caracteriza como um desdobramento da ideia de universalidade, assegurando a consideração das diferenças entre os diversos grupos de indivíduos e, assim, alocando recursos onde as carências são maiores, a partir de uma característica redistributiva. Com a instituição do princípio de universalidade, todas as pessoas passaram a ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde, antes restritos aos indivíduos segurados à previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada. (PONTES; CESSO; OLIVEIRA; GOMES, 2009).

Ainda, conforme já apontado, o artigo quinto da Constituição prevê a universalidade nas políticas públicas de saúde e requer que a prestação de serviço público de saúde alcance a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país, que são titulares de direitos fundamentais sociais, dentre os quais se insere o direito à saúde, previsto no artigo sexto. Além disso, o princípio também consta no artigo 194, que dispõe sobre a universalidade da cobertura e do atendimento pela seguridade social.

Por fim, também é importante destacar que no âmbito jurídico brasileiro a universalidade também está relacionada à gratuidade no acesso aos serviços, que deve ser praticável através das políticas públicas do Sistema Único de Saúde, fomentadas pela União, estados e municípios.

### 1.2.3 O princípio da integralidade

A integralidade destina-se a estabelecer as ações direcionadas à materialização da saúde como direito de cada brasileiro e como um serviço que deve ser prestado pelo Estado. Pontes et al (2009) afirma que o princípio da integralidade caracteriza-se “como princípio que atribui à população o direito de atendimento de forma plena em função das suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas nos três níveis de assistência”. Ainda, de acordo com Pinheiro (2009), como definição legal e institucional a integralidade “é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema”.

Assim sendo, o conceito de integralidade está ligado às ações realizadas para a promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência aos doentes. É a sistematização do conjunto de práticas desenvolvidas para o enfrentamento das necessidades de

saúde. O artigo 198 da Constituição traz informações referentes a esse princípio:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Quando o legislador incluiu a expressão “atendimento integral” tinha por objetivo chamar a atenção para a compreensão do princípio da integralidade, atentando para o afastamento de atitudes fragmentadas no atendimento, assim como para a “coordenação dos diversos serviços médicos, assistenciais e sociais, sem esquecer da organização administrativa e da cooperação entre as diversas esferas de ação governamental envolvidas no desenvolvimento do sistema único de saúde” (RIOS, 2008). Desta forma, a integralidade busca a racionalização do sistema de serviço, de modo hierarquizado, buscando articular ações de baixa, média e alta complexidade, bem como humanizar os serviços e as ações do SUS.

Sendo assim, ser um sistema integral significa dispor de infraestrutura adequada para atender a um modelo de atenção à saúde integral, universal e equânime. A integralidade contempla a estrutura para compor o conjunto de ações para a promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência adequada à saúde.

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. (TEIXEIRA, 2011).

Para melhorar a gestão do Sistema Único de Saúde e atender ao princípio da integralidade, foram adotadas outras características, como descentralização da gestão dos recursos, a regionalização e hierarquização das unidades de

produção de serviços e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas.

A integralidade pode ser encontrada também na ação do médico durante o atendimento, quando busca reconhecer a demanda do paciente. O princípio ainda pode ser encontrado no uso das técnicas de prevenção. Em outro sentido, a integralidade pode ser vista no modo de organizar as práticas em saúde, “superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde”, de modo a aproveitar as demandas para prevenção de riscos para a saúde e para o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade (PINHEIRO, 2009). A busca pela integralidade deve implicar no planejamento da gestão em saúde cuja construção de novas práticas resulte em transformações no cotidiano das pessoas que precisam ser assistidas e dos profissionais que assistem.

Em um sentido mais amplo, Pinheiro (2009) afirma que o princípio da integralidade, na prática, pode ser concebido como “uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”. É a ação concreta de um fazer coletivo em prol da manutenção da saúde da população.

## 2. O ERRO DO INCENTIVO PÚBLICO À SAÚDE SUPLEMENTAR

Apesar de instituir como dever do Estado a manutenção da saúde da população, a Constituição Federal, em seu artigo 199, afirma que a assistência à saúde também é livre à iniciativa privada. Porém, o texto da lei traz alguns limites e os parágrafos primeiro, segundo e terceiro, do mesmo artigo, trazem esclarecimentos quanto à sua associação ao serviço público, conforme a seguir:

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - **As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.**

§ 2º - **É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.**

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. (BRASIL, 1988, grifos do autor).

Configura-se um equívoco dar subsídios fiscais às operadoras de planos de saúde em detrimento à saúde pública. Se o Sistema Único de Saúde brasileiro hoje estivesse operando com estrutura admirável não haveria dificuldades na aceitação de tal apoio. Entretanto, não é essa a realidade. Os representantes do Governo gabam-se da tecnologia de ponta oferecida pelo SUS em situações que envolvem tratamentos raros e de alto custo, muitas vezes indisponíveis na rede privada. Mas, não é a maioria da população que depende desses tratamentos. Há excesso de zelo de um lado e precariedade do outro, que mais necessita.

Antes de entender o porquê desses subsídios fiscais, como pano de fundo, observam-se os sucessivos erros cometidos pelo Governo Federal ao lidar com as políticas públicas para a saúde. É sabida e notória a batalha travada entre a classe médica brasileira e o Governo Federal, que afirma uma suposta falta de médicos nos lugares mais longínquos ou periféricos, e com essa justificativa tenta resolver o problema do caos na saúde pública com medidas apressadas que visam apenas uma satisfação ao eleitor (e não ao cidadão). No outro lado da corda estão as entidades médicas com o apoio da classe, afirmando bravamente que o problema está na falta generalizada de estrutura nesses postos de trabalho. Afirmam que o médico não está no interior, na periferia dos grandes centros e regiões metropolitanas devido à falta de condições mínimas e dignas de trabalho.

Em entrevista ao jornal Folha de Londrina, no dia 30 de junho, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR), Alexandre Gustavo Bley, afirmou que o governo não quer discutir a realidade. Para ele, o governo deveria discutir a estrutura do sistema de saúde brasileiro como um todo, inclusive pautando a falta de carreira para o profissional médico no sistema público de saúde. (Cabe ressaltar que tal ausência também interfere na qualidade da saúde pública oferecida aos cidadãos, tendo relação direta com o direito à saúde e com a responsabilidade do Estado de supri-lo adequadamente).

A falta de médicos nas localidades apontadas como precárias pelo governo é consequência da má distribuição dos profissionais, que se concentram nos grandes centros onde há melhores relações de trabalho e possibilidades de consolidação da carreira.

Durante a onda de protestos que tomou as ruas do Brasil, o Governo anunciou medidas descabidas justificando a necessidade de dar um retorno ao clamor da população que foi às ruas. Conforme afirmou Alexandre Gustavo Bley ao repórter da Folha de Londrina,

O governo tentou desviar o foco ao não discutir a estrutura da saúde do País. Colocou como se a culpa do Sistema Único de Saúde (SUS) não funcionar fosse do médico. Ou seja, a falta de médicos está fazendo com que o SUS não funcione. A proposta de trazer profissionais de fora do Brasil está gerando uma revolta muito grande e não só da classe médica, mas da própria população. Os pacientes que chegam ao consultório comentam com a gente. Então essa é uma preocupação que a gente tem porque não adianta ficar trazendo profissional, ainda mais da forma que o governo quer. O que precisamos é discutir um pouco mais a fundo o que a gente pensa e quer em matéria de saúde. E acredito que esta discussão o governo não quer ter, porque vai terminar percebendo que é necessário um aporte maior de recursos. E é tudo que ele não quer no momento. (JR, 2013).

Outro ponto analisado pelo presidente do Conselho Regional de Medicina nesta entrevista foi o argumento do Governo da falta de médicos no país. Sobre isso, ele afirmou que

O que a gente verifica, na realidade, é uma má distribuição dos profissionais. É muito precipitado o governo afirmar isso, baseado nos números de outros países. O governo colocou um número mágico de 2,5 médicos por mil habitantes, sendo que hoje já estamos com praticamente dois por mil habitantes e chegaremos aos 2,5 nos próximos anos, naturalmente. O que precisamos é criar um programa de interiorização, com uma estrutura melhor e também uma valorização através da carreira para os profissionais. Só depois de tudo isso é que se pode analisar e afirmar se realmente faltam médicos. (JR, 2013).

Para o governo, o caos na saúde resume-se na falta de profissionais médicos. Não se fala em falta de investimentos e estruturas precárias. A ausência visível de investimento no Sistema Único de Saúde é assunto que passa longe dos discursos da Presidente da República. E não é complicado de se resolver. Alexandre Bley apontou em linhas gerais qual deve ser o caminho percorrido pelo Estado para reestruturar as condições de acesso universal ao SUS.

Na realidade tem que haver uma reestruturação baseada no número populacional e na regionalização da saúde, não tenha dúvida. Será que toda cidade tem que ter um hospital? Tem cidades em que verificamos unidades com 10, 15 leitos, e que não se sustentam. O que temos que ter é um acesso integral à atenção básica. Temos que ampliar a rede em todo o País e, de forma regionalizada, de acordo com os nichos populacionais. Espalhar as unidades 24 horas, que deveriam ser mais bem aparelhadas, com equipamentos de raio-X, exames laboratoriais, entre outros. Só a partir desse momento é que se teria uma rede referenciada de hospitais, onde os moradores daquela região sabem quais estão à disposição. Assim o médico não precisaria ficar no telefone para tentar achar uma vaga, como acontece agora. Nesse exato momento da entrevista com certeza tem um médico tentando buscar vaga para alguém. Temos que acabar com isso. A população precisa de muito mais respeito em relação à sua saúde. Se nós não atuarmos neste campo, não vejo uma saída para a saúde deste País. Se você analisar o mapa de distribuição de médicos é o mesmo mapa da distribuição de hospitais, da concentração das redes de diagnóstico e de onde se concentra o maior nível de desenvolvimento. A medicina não se faz mais com estetoscópio e um aparelho de pressão que o médico carregava na malinha e ia até a casa das pessoas. Esta medicina preventiva tem que ser estimulada através da atenção básica, com incrementos de tecnologia que o povo merece. (JR, 2013).

Não é dedicando incentivo fiscal à rede privada de saúde, estimulando a população a sacrificar sua renda aderindo a um plano de saúde, que o acesso à saúde será resolvido. A Carta Magna, lei maior do Estado Brasileiro, prega a universalidade. Porém, as medidas tomadas pelo Governo Federal mostram o acesso universal à saúde não é sua preocupação. A Emenda Constitucional 29, que trata dos valores mínimos a serem aplicados na saúde, foi regulamentada em janeiro, porém, de forma sórdida. O propósito da EC 29 era trazer uma divisão tripartite dos custos do SUS. Os municípios deveriam arcar com 15%, os estados com 12% e a União deveria garantir ao menos 10% de sua receita bruta para a saúde. Não foi o que ocorreu na sanção da Emenda. A Presidente da República vetou a parte que tratava dos 10% da União, desonerando o governo federal de tal investimento. Esse veto custou quase 30 bilhões a menos no orçamento da saúde pública. Tal medida afeta diretamente o acesso da população à saúde. Como exemplo disso, Alexandre

Gustavo Bley citou a situação crítica do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

É complicado falar em saúde num país continental como o Brasil e num sistema que prega a universalidade, e não ter dinheiro. O Hospital de Clínicas da UFPR (Universidade Federal do Paraná), aqui em Curitiba, por exemplo, está morrendo. Está sofrendo um processo de morte por sufocamento porque o governo federal não abre mais concurso. Não estão conseguindo repor funcionários e profissionais. Não há novos concursos e a verba está diminuindo. O hospital está encolhendo. Os leitos estão sendo pouco utilizados porque não há profissionais para tocar o serviço. A verdade é que o governo tem que encarar a saúde como prioridade, existem questões que são essenciais, que fazem parte da dignidade humana. O direito à vida e, conseqüentemente, à saúde, é essencial e o governo não pode brincar com isso. Tem que existir projetos de Estado e não de governos. Ou seja, definir como vai funcionar a saúde deste País, independentemente de partido (JR, 2013).

Sem investimento decente não é possível fazer saúde de qualidade e acessível a todos, respeitando os princípios norteadores do SUS. Ao impedir que mais recursos sejam disponibilizados para a saúde pública o governo assume o ônus de não cumprir preceitos básicos da Constituição da República. Ainda, ao impedir que a população das localidades mais longínquas e carentes tenham as mesmas condições de acesso à saúde dos que moram nos grandes centros fere uma norma constitucional, um direito fundamental, conforme visto no capítulo que trata do princípio da equidade.

Voltando ao artigo 199 da Constituição, citado anteriormente, a lei é clara ao afirmar que o sistema privado de saúde deve ser complementar ao sistema público. Dessa forma, como pode o Estado abrir mão de um investimento decente no Sistema Único de Saúde impedindo que milhares de pessoas não tenham garantido o seu direito universal, equânime e integral à saúde? Ao declarar ajuda aos planos de saúde deixa claro seu objetivo de desonerar a saúde pública, poupando indiscriminadamente recursos da União, jogando a responsabilidade da saúde para entidades privadas que ofertam planos de saúde a baixos custos que, por sua vez, precarizam a mão de obra do profissional de saúde prestador de serviço. Isso, reitera-se, é privatização. É uma avalanche para a assistência à saúde no país. Hospitais conveniados abarrotados. Meses para se conseguir consultas eletivas.

Prazos e regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) descumpridos. Consumidor (cidadão com direito a um sistema público de saúde integral, universal e igualitário) descontente, doente, morrendo nas filas de espera. Tais medidas enfraquecem ainda mais a rede pública e ignoram os princípios constitucionais.

Ainda, o Governo estimula a classe média a aderir aos planos de saúde e esquece que precisa assistir os mais necessitados com base no princípio da equidade. É preciso agir rápido e reestruturar o SUS com urgência. Conforme afirmou o presidente do CRM-PR à rádio Banda B, em entrevista no dia 3 de julho de 2013, “a saúde brasileira não está na UTI porque faltam vagas” (RIBEIRO; BARREIRO, 2013). Conforme bem descreveu Teixeira (2011), para que o cidadão possa gozar plenamente de seu direito à saúde é necessário superar algumas barreiras econômicas, sociais e culturais que se interpõem entre os usuários e o sistema de serviços de saúde. Destaca-se que cabe ao Estado providenciar a solução para o rompimento dessas barreiras, cumprindo assim o que determina a Carta Magna.

Do ponto de vista econômico, ainda que a população não precise pagar diretamente pelos serviços (o financiamento é assegurado pelo Estado, mediante a utilização de fundos públicos), não se pode negar que a enorme parcela da população pobre, que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico ou habitam a periferia das grandes cidades, não dispõem de condições mínimas de acesso aos serviços, às vezes até porque não tem como pagar o transporte necessário para chegar a uma unidade de saúde. Por outro lado, o Estado precisa dispor de um volume de recursos financeiros capaz de ser investido na ampliação da infra-estrutura do sistema, isto é, na construção e reforma de unidades de saúde, na compra de equipamentos e insumos, na contratação e pagamento de pessoal qualificado a trabalhar na produção de ações e serviços de saúde de distintas naturezas e graus de complexidade. (TEIXEIRA, 2011).

Para garantir a universalização, integralidade e equidade no Sistema Único de Saúde a União precisa garantir um financiamento adequado do sistema bem como gerir com eficiência, como determina a lei, os recursos para a manutenção e ampliação da rede, erradicando as desigualdades de acesso em todo o país. Mas não é este o cenário que a população brasileira tem visto.

Diante do exposto e alcançando de fato o objeto central desta análise, "Privatização do Sistema Único de Saúde - Qual o futuro dos princípios da equidade,

universalidade e integralidade?", pode-se inferir claramente que a manutenção dos princípios constitucionais não é a prioridade (e nem a vontade) do Governo Federal. Contrariando as obrigações e responsabilidades impostas pela Lei Maior deste país, o governo vem insistindo na desoneração do Sistema Único de Saúde – instituído pela Constituição da República – e descumprindo sua função de arcar com o financiamento da saúde pública, dever este imposto pela Carta Magna.

Tem sido notória a tendência dos governantes de delegar cada vez mais atribuições do Estado à iniciativa privada, após inúmeras promessas não cumpridas de melhorias na rede pública. Tal iniciativa – incentivos fiscais aos planos de saúde – não trouxe melhorias aos novos usuários, que estão enfrentando na fila dos planos de saúde dificuldades de acesso aos serviços semelhantes às existentes no SUS. Porém, a única diferença: a conta vem no final do mês. Isso é sinônimo de privatização.

O SUS tinha tudo para ser um sonho bom para os brasileiros. Mas, onde foi parar o projeto constitucional de uma cobertura assistencial de saúde pública universal, equânime e integral para todos os brasileiros, garantido na Constituição? A fonte de recursos não esgotou. Os cidadãos continuam pagando seus impostos. Falta gestão e vontade de se fazer política de verdade, e não “politicagem”. Para Ana Maria Costa et al (2013), o sonho ideal do SUS previa que

ao mesmo tempo que os cidadãos deveriam financiar o sistema por meio de impostos, de acordo com a capacidade contributiva, poderiam acessá-lo conforme a necessidade de saúde, não em função da possibilidade de pagar ou da inserção no mercado formal de trabalho. No sonho de tantos, inscrito na Constituição brasileira, o SUS seria a expressão de solidariedade que une todos os brasileiros, ricos e pobres, sadios e doentes, moradores dos centros e dos grotões, em resposta coletiva ao essencial do ser humano, a saúde.

Mas, o sonho constitucional está sucumbindo às pressões de privatização de todos os lados. Há 25 anos no papel, na prática o SUS nunca alcançou suas metas constitucionais plenamente e agora está sendo sufocado pelas operadoras de saúde que disputam a ascensão da “classe média” (irreal) criada pelo governo.

A privatização da saúde sempre foi escamoteada no país, o que contribuiu para a demora de uma definição clara sobre o lugar que a coletividade deve confiar ao setor privado. Durante a redemocratização, no processo

constituente, a plataforma conservadora dos grupos empresariais privados foi confrontada com a agenda reformista do movimento sanitário. Prevaleceu a concepção da relevância pública da saúde, mas o rótulo do “privado complementar” passou a abrigar segmentos empresariais de distintas naturezas e competências. (Costa *et al*, 2013).

A derrota da Emenda 29 provou que o Estado está se eximindo de sua responsabilidade de garantir acesso universal a saúde. Os princípios constitucionais estão se esvaindo. O SUS resiste bravamente no campo de batalha, disputando recursos públicos e desviando-se de interesses privados. A Constituição foi promulgada em 1988. São 25 anos de história. Duas décadas e meia é tempo suficiente para estruturar um sistema acessível a todos os cidadãos de forma universal, igualitária e integral. Porém, no país em que se cumpre mandato e não se planeja a longo prazo, saúde pública virou sinônimo de campanha eleitoral, enquanto deveria ser administrada como de fato é, uma obrigação constitucional. O que esperar dos governantes nesse cenário? Ana Maria Costa *et al* (2013) cita o exemplo da cidade de São Paulo, que foi entregue em grande parte à iniciativa privada. No final de 2012 a rede municipal de saúde apresentava uma fila de mais de 660 mil pedidos de consultas, exames e cirurgias. Em contrapartida, “60% dos paulistanos sofrem nas mãos de planos de saúde excludentes e de uma rede privada em colapso, saturada e incapaz de prestar bom atendimento”. Curitiba e outras cidades não estão longe do colapso da metrópole. E é nesse cenário que o investimento público na saúde encolhe a cada dia e na outra mão os planos de saúde incham cada vez mais.

O impasse consiste na inversão entre necessidades de saúde e uso do fundo público. O Brasil tem um sistema público universal, mas são privados, em sua maior parte, os recursos alocados na saúde. Há uma desconexão entre os valores igualitários formais e as práticas sociais concretas de apropriação dos recursos assistenciais, um cenário totalmente incompatível com a efetivação de políticas de saúde universais. Enquanto nos países europeus e até mesmo nos Estados Unidos a parcela pública dos gastos com saúde só aumenta, no Brasil assiste-se ao crescimento das despesas privadas na medida da intensificação de incentivos à privatização. (COSTA *et al*, 2013).

O pano de fundo da negação dos novos recursos federais para a saúde através da Emenda 29 não foi muito agradável e já sinalizava as intenções do governo de privatização disfarçada. Discussões sobre a volta do CPMF para a saúde e denúncias de corrupção tornaram o clima ainda mais desfavorável para aumento

de gastos públicos. Mas saúde não pode esperar, e mais uma vez ficou fora da lista de prioridades do governo. Foram 12 anos de tramitação para chegar ao fim da peregrinação no Congresso Nacional derrotada. Foi nesse contexto que em março de 2013 a presidente reuniu-se com ministros e operadoras de planos de saúde para tratar das polêmicas desonerações fiscais e concessão de subsídios às operadoras, objetivando expandir o mercado da saúde suplementar no Brasil. O mesmo governo que não aprovou a destinação de 10% do orçamento da União para a saúde, o que seria no mínimo obrigação constitucional, negocia expansão do mercado privado. Aqui vale retomar o texto do artigo 199 da Carta Magna, parágrafo primeiro, que diz: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde”, e o parágrafo segundo, que determina: “É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”.

Tais planos que surgem na onda da classe média emergente não apresentam comprometimento algum com os preceitos constitucionais de promoção da saúde. O pontapé para o colapso final do SUS foi dado pela União. Pacotes de plano de saúde privado imperdíveis surgem no momento em que o investimento público está minguando, “no lastro da evolução do consumo e renda de estratos mais pobres da população”. Porém, esses planos “não resistirão a tensões macroeconômicas e não se alinharão a um sistema de saúde comprometido com a promoção da saúde, com a atenção primária, com os atuais desafios demográficos e epidemiológicos (nossos novos velhos e doentes), e com a incorporação e o uso racional de tecnologias”. (COSTA et al, 2013). O único interesse é o lucro. Enquanto isso, o Estado deveria garantir a execução de medidas políticas sociais e econômicas que visem o acesso universal e igualitário à saúde.

De acordo com Ana Maria Costa et al (2013), a cobertura privada suplementar “jamais será uniforme e continuada”, por vários motivos, entre eles:

Há diferenças abissais entre os produtos vendidos; a pessoa sai do emprego que garantia o plano; há exclusão pecuniária (idosos e doentes são expulsos porque gastam muito com saúde); há rescisão de contratos que não interessam mais às operadoras; e a agência reguladora, capturada pelo mercado que deveria controlar, faz vistas grossas ao crescimento dos planos de baixo preço (com rede restrita de prestadores) e planos “falsos coletivos” (contratados por pessoa jurídica, a partir de duas pessoas, e que escapam da regulamentação e ofertam serviços ruins).

Possuir uma carteira de plano de saúde privado sempre foi sinônimo de status. Logo, possuir um plano de saúde tornou-se prova de ascensão social. Agora, com a precariedade em expansão no SUS – afastando ainda mais os brasileiros do atendimento público – o povo está correndo de braços abertos para o tão sonhado plano de saúde, que mais parece um pesadelo, de fato. “Jogar fermento com dinheiro público no desordenado mercado de planos de saúde pode render votos e cai bem com o discurso de que o SUS para todos é inviável e com a avaliação negativa de parte da sociedade, divorciada do sistema público”.

O Estado brinca com antigos argumentos de que o orçamento está estourado, não tem mais o que fazer, é necessário criar novos impostos. Assim, o cidadão torna-se refém de um plano privado, enquanto a Constituição garante acesso universal à saúde como direito fundamental, que parece ter sido esquecido pelos governantes. Essa lógica esquenta o mercado privado de assistência e empobrece ainda mais o financiamento do serviço público de saúde. Nesse raciocínio, se a maior parte dos brasileiros possui plano de saúde privado não é necessário dedicar esforços para o financiamento do SUS. Essas constatações levam à conclusão de que possivelmente os preceitos da Constituição, objeto desta reflexão, serão deixados de lado, mesmo que em passos lentos, para dar lugar à privatização do sistema de saúde público do Brasil.

Nesse diapasão, traça-se um futuro incerto. O jogo iniciou. O país está diante de um choque: direitos de cidadania e proposta indecorosa de ampliação da cobertura privada de saúde. O interesse é eleitoral e financeiro. Desonera-se o orçamento da União em troca de votos gerados pelo fácil acesso aos planos. O brasileiro está cansado de sofrer com o sucateamento do SUS. Prefere pagar a mensalidade e ter direito de reclamar porque está pagando, afinal não é paciente, é consumidor. No SUS é só paciente. Reclamar um direito constitucional no Procon não adianta muito.

Trata-se de uma falsa representação, segundo a qual o mercado é portador do progresso e das inovações tecnológicas e o sistema público não passa de um apanágio do atraso. Ao longo do tempo essa inclinação ideológica produziu uma ideia síntese: o sistema universal de saúde é impossível, e seus defensores, uns românticos desatualizados. Com os requerimentos do moderno individualismo, se não incomodarem, esses sonhadores devem ser tratados com condescendência, por serviços prestados no passado. (COSTA et al, 2013).

Em um contexto de subfinanciamento vivenciado há anos e empurrado com a “barriga” mandato após mandato, aos olhos do eleitor talvez a privatização seja o melhor caminho. Porém, o Estado não pode delegar ao mercado privado tal obrigação constitucional onerando o cidadão. Mas o sonho de se ver os princípios norteadores do SUS concretizados só poderá acontecer se houver investimento de verdade. Enquanto houver subfinanciamento e maquiagem a saúde suplementar vai ganhando espaço. Enquanto isso, em um futuro muito próximo, a privatização está às portas aguardando a chegada dos princípios da equidade, universalidade e integralidade. E assim, podem rasgar a Carta Magna. Os brasileiros não precisam mais dela.

## CONCLUSÃO

Conforme amplamente debatido, as decisões do Governo Federal demonstram claramente um esvaziamento do financiamento adequado para a saúde pública, que assim caminha para a privatização. A atual mobilização da classe médica em todo o país tem trazido à tona uma discussão mais profunda, que vai além dos absurdos anunciados recentemente pela presidente da República como solução para o caos no setor. O SUS está pedindo socorro e a solução deveria ter sido implementada há muito tempo: reestruturação do Sistema Único de Saúde, investimento adequado, aplicação eficiente dos recursos, carreira de estado para os profissionais da saúde, estrutura física, condições dignas de trabalho, entre outros aspectos pontuais. Somente a reestruturação do SUS tornaria possível a concretização efetiva dos princípios norteadores do SUS: equidade, universalidade e integralidade.

O SUS precisa de aporte financeiro adequado, investimentos em estrutura, em insumos e em profissionais de saúde qualificados, precisa assumir um modelo de gestão eficiente. Enquanto isso não é realidade, o mercado da saúde suplementar cresce com subsídios públicos e incentivos fiscais. O investimento no setor privado supera o público. Aos olhos da Constituição isso não deveria ocorrer.

É inaceitável ver o sistema público de saúde desfalecer enquanto a isenção fiscal beneficia hospitais privados que não atendem pelo SUS, por exemplo. Enquanto isso, o Estado deveria garantir que o SUS seja universal (atendendo a todos sem distinção e gratuitamente, independente do poder aquisitivo ou de contribuição para a Previdência Social), integral (a saúde do indivíduo não pode ser racionalizada,

deve ser tratada integralmente, com tratamentos e medidas preventivas) e equânime (oferecendo recursos de acordo com a necessidade de cada indivíduo).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2011 o Brasil gastou US\$ 477 per capita em saúde<sup>2</sup>. Menos do que o Uruguai (US\$ 817,8) e Argentina (US\$ 869,4), e quase seis vezes menos do que o Reino Unido (US\$ 2.747). Se falta dinheiro no SUS é porque esse recurso está indo para algum outro lugar – para a saúde privada, por meio da renúncia fiscal. Ainda em 2011, de acordo com um estudo do IPEA, o governo deixou de arrecadar praticamente 16 bilhões de reais por dedução no imposto de renda e desoneração fiscal da indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos. Esse valor é o equivalente a 22,5% do gasto público federal em saúde, que deixaram de ser investidos no SUS, indo parar no setor privado. Em contrapartida, entre 2003 e 2011, o faturamento do mercado dos planos de saúde quase dobrou e o lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia acima da inflação.

Sem pretensões pessimistas, mas o que se enxerga nesse cenário é a morte lenta e dolorosa de uma obrigação constitucional, mas que não tem valor na terra onde as leis “não pegam”.

---

2 Números apresentados na conclusão deste artigo estão disponíveis no link <http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/eliane-brum/noticia/2013/07/ser-bdoutorb-e-mais-facil-do-que-se-tornar-bmedicob.html>.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal: Brasília, 2012.
- BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 5 jun 2013.
- CAVALCANTI, Ricardo Russell Brandão. Da eficácia das normas constitucionais. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 86, mar 2011. Disponível em <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9194](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9194)>. Acesso em: 10 jun 2013.
- COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. **Onde foi parar o sonho do SUS?**. Le Monde Diplomatique Brasil. Ed. abril 2013. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1395>>. Acesso em 2 jun 2013.
- ESCOREL, Sarah. **Equidade em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>>. Acesso em: 5 jun 2013.
- JR, Rubens Chueire. **Desvio de foco - "Governo não discute estrutura da saúde", afirma Alexandre Gustavo Bley**. Folha de Londrina. Disponível em: <[http://www.folhawe.com.br/?id\\_folha=2-1--3880-20130630](http://www.folhawe.com.br/?id_folha=2-1--3880-20130630)>. Acesso em: 30 jun 2013.
- PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 7 jun 2013.
- PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Esc. Anna Nery: Rev Enferm.** 2009, v.13, n. 3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun 2013.
- RIBEIRO, Felipe; BARREIRO, Geovane. **"A saúde brasileira não está na UTI porque faltam vagas"**, ironiza presidente do CRM. Portal Rádio Banda B. Disponível em: <<http://www.bandab.com.br/jornalismo/a-saude-nao-esta-na-uti-porque-faltam-vagas-afirma-presidente-do-conselho-regional-de-medina>>. Acesso em 28 jun 2013.
- RIOS, Roger Raupp. Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos. 2008. Disponível em: <[http://www.cebes.org.br/.../Direito\\_\\_sade\\_universalidade\\_integralidade.doc%E2%80%8E](http://www.cebes.org.br/.../Direito__sade_universalidade_integralidade.doc%E2%80%8E)>. Acesso em 5 jun 2013.
- TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 7 jun 2013.
- USP. **Guia de Direitos**. Disponível em: <[http://www.guiadireitos.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10&Itemid=31](http://www.guiadireitos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=31)>. Acesso em: 10 jun 2013.

---

3 Estudo disponível no link [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/130528\\_notatecnicadiest05.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/130528_notatecnicadiest05.pdf)

## AS BOAS PRÁTICAS DA ANS

THE GOOD PRACTICES OF ANS

*Aloísio Tibiriçá Miranda\**

**Palavras-chave** – *Planos de saúde, médicos, agência reguladora, contratualização, reajustes.*

**Keywords** – *Health plans, physicians, regulatory agency, contracting, adjustments.*

A representação médica de vários estados brasileiros, seguindo o bom exemplo do Rio de Janeiro e a partir da retomada da Mobilização Nacional em 2010 pelas entidades nacionais, tem acumulado ganhos reais e avanços em relação aos planos de saúde. Isto se deu de forma nítida onde houve, além das mobilizações, um processo de negociação real com as operadoras, muitas vezes com conflitos e paralisações, através dos movimentos de reivindicação dos médicos. Esta é a realidade. Sem mobilização e negociação, como regra geral, não há conquistas. A tudo isso assiste a ANS de forma passiva ou insuficiente, apesar de sua missão legal de regular a relação das operadoras com os prestadores médicos, como reza o artigo 3 da lei 9961/2000.

Fazia-se necessário implantar um novo patamar de segurança jurídica dentro de um processo civilizatório nessa relação e minimizar os conflitos que têm sido a única forma de avanço nas negociações de honorários. Assim, em 25/04/2012, no exitoso Dia Nacional de Alerta aos Planos de Saúde, as entidades médicas nacionais entregam oficialmente na ANS uma Proposta de nova Contratualização para o setor. A Norma então em vigor (RN 71/2004) estava superada e se mostrou totalmente insuficiente para dirimir os conflitos no setor. Por isso era necessária uma nova RN.

---

\* 2º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Eis que a Agencia Reguladora anuncia amplamente suas prioridades para o biênio 2013/2014 e, dentre essas, tem destaque como item 3 o “Relacionamento entre operadoras e prestadores”. Muito bem então. Esperava-se o acolhimento e a discussão das propostas entregues pelos médicos. Não foi o que aconteceu. Como se diz, de onde menos se espera é que não vem nada mesmo - o novo presidente André Longo de Melo assumiu há um ano, mas, infelizmente, parece que a ANS continua a mesma, ou pior em relação aos médicos.

No dia 30 de dezembro de 2013, a ANS coloca em Consulta Pública de nº 54 o que ela chama de “Boas Práticas entre operadoras e prestadores” como resposta à nova Contratualização, ignorando todos os 15 itens entregues pelos médicos em 25/04/2012 (<http://bit.ly/1cQAAYu>) e mudando totalmente o foco para a denominada “qualidade assistencial”, esta que constava como outro item nas prioridades (Agenda Regulatória) já citado ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Mais grave. Além de mudar o escopo temático, não atende aos interesses dos médicos, que seriam parte essencial da questão. Assim:

1 - Cria-se, pela nova regra, relatório de auditoria, contratada pelas próprias operadoras para fiscalizar os contratos em vigor com os médicos e hospitais!

2 - Cria-se cláusula contratual de mediação e arbitragem extrajudicial de controvérsias, impedindo, se for criada uma câmara arbitral conforme a legislação, o recurso do médico ou de suas entidades na justiça, no momento em que a justiça do trabalho, por decisão do TST, considera a relação entre médicos e planos de saúde como sendo de trabalho, podendo haver julgamento pelos tribunais da justiça do trabalho em relação aos abusos e falta de reajustes por parte das operadoras.

3 - Ressuscita-se o pagamento “por qualidade” ou performance, que foi anunciado amplamente em 09/07/2010, e que mereceu forte repúdio, sendo, a época, considerado potencialmente antiético e beneficiando, na visão do CFM, apenas as operadoras.

Mais uma vez, sente-se a forte influência, direta ou indireta, dos planos de saúde no curso dos acontecimentos na ANS. Apesar da cautela devida com noticiários da imprensa, em 10/03/2013 a Folha de São Paulo constatava que “Executivos alternam cargos em operadoras de saúde com posições na ANS”. Tudo indica que este, entre outros, foi o caso do Sr. Elano Figueiredo que teve sua saída da direção da ANS recomendada pela própria Comissão de Ética da Presidência da República, o que ocorreu em agosto de 2013.

## A VOCAÇÃO ESCRAVAGISTA

THE SLAVERY VOCATION

*José Carlos Amador\**

**Palavras-chave** – *Escravidão, condições de trabalho, medicina, cubanos, Mais Médicos.*

**Keywords** – *Slavery, working conditions, medicine, Cubans, More Doctors (a Brazilian government program).*

O Brasil foi o último país a acabar com a escravidão, isso já no século XIX, agora, no século XXI, estamos retomando-a. Os senhores de escravos, não são mais os proprietários de engenhos, mas sim, um governo ditatorial que não reconhece direitos e leis e que no afã de se manter no poder, usa a estrutura de governo para impor a sociedade brasileira um tipo de medicina duvidosa.

Compra escravos não mais do continente africano, mas sim, da ilha de Cuba, a compra é feita diretamente via família Castro. Uma ditadura muito pior do que a situação que nossos escravos enfrentaram há 2 séculos, pois os antigos escravos, quando conseguiam fugir, tinham como objetivo retornar à pátria africana, hoje, nossos escravos modernos, querem tudo, menos retornar aos seus senhores feudais “os irmãos Castro”.

Não existe falta de médicos, temos até em excesso, o que falta é infraestrutura para manter esse profissional nesses locais. É a mesma situação que enfrentamos

---

\*Pediatria, Professor da UEM e Conselheiro do CRM-PR.

em relação aos portos e aeroportos no Brasil, não é por falta de rios, mar e área física que falta esses serviços, o que falta é infraestrutura e vontade política para resolver essa situação.

Recentemente a imprensa divulgou que em nossa região faltam delegados em vários municípios, portanto, além desse profissional, faltam médicos, bioquímicos, engenheiros e principalmente professores. Aliás, a falta de professores no Brasil em geral, é uma situação catastrófica, muito pior que a maioria dos países subdesenvolvidos.

Esse governo e os que antecederam nunca deram a mínima para a educação, fazem apologia da anti-cultura “para que estudar, se é possível atingir o emprego mais cobiçado do país mesmo sem educação e cultura”. Nossos professores recebem salários ridículos, não são valorizados pelo governo, estimulando a sociedade menos atenta a essa discrepância a tratá-los com desprezo. Hoje, nossos professores não são respeitados nem pelas crianças, são agredidos física e moralmente pelos adolescentes.

Não há de se duvidar que estamos formando novos ditadores do tipo Castro, pichadores, incendiários de ônibus, assassinos e todo os demais tipos de baderneiros. Pois nossos adolescentes não conhecem os preceitos humanitários e legais; os preceitos éticos e morais não lhes são passados, tanto pela ausência cada vez maior no lar da mãe que tem que trabalhar, bem como pela falta de professores motivados, a solução é procurar a rua e os BBB(s) da vida, onde a esperteza não conhece limites morais e éticos.

Os bens sucedidos terão contas em paraísos fiscais, poderão carregar dólares na cueca e se forem presos, os amigos os socorrerão com dinheiros conseguidos de maneira duvidosa e estarão presentes nas colunas sociais. Os maus sucedidos serão estatísticas nas páginas policiais.

A situação da médica e escrava cubana Ramona, já era totalmente previsto, o que eu nunca imaginaria é que um país como o nosso fosse dar suporte para tamanho crime. Essa situação tende a se agravar, já que é grande o número de escravos que tem abandonado as algemas do programa ou sistema escravocrata “Mais Médicos” tende a crescer cada vez mais, e a fuga não é para o país de origem, mas sim, por um lugar onde possam ser tratados como um simples ser humano e não como escravos.

## SOBRE A RESOLUÇÃO CFM 2.061/2013

ABOUT THE CFM 2.061/2013 RESOLUTION

*João Anastácio Dias\**

**Palavras-chave** – *Médico do trabalho, registro, resolução, título de especialista, propaganda.*

**Keywords** – *Physician, record, specialist title, propaganda.*

Foi publicada recentemente a Resolução CFM 2.061/2013, que trata do registro de especialidade de Médicos do Trabalho cadastrados em livros específicos até 15/4/1989.

Esta Resolução trata de um assunto que estava de certa forma pendente, referente aos Médicos do Trabalho que atuam na especialidade desde épocas anteriores a 15 de abril de 1989. Importante observar que houve um tempo em que os médicos que tinham a Carteira de Médico do Trabalho emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego recebiam no Conselho Regional de Medicina do Estado a Anotação em Livro Próprio como médico do trabalho. Não era registrado como Especialista.

Portanto, esta Resolução é específica e em nada modifica os registros já realizados nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) antes ou depois dessa data, uma dúvida frequente entre muitos médicos. A Resolução CFM 2061/2013 veio pacificar este assunto e não interfere na situação de quem já está registrado no respectivo Conselho Regional de Medicina.

---

\*Diretor de Título de Especialista da Associação Nacional de Medicina do Trabalho.

É interessante observar que a data de 15 de abril de 1989 está baseada na Resolução CFM 1.286/89, que reconheceu, para fins de registro nos CRMs, a validade dos Títulos de Especialista conferidos pela Associação Médica Brasileira (AMB). Posteriormente, foi firmado o Convênio entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica, através da Resolução CFM 1.634/2002, criando a Comissão Mista de Especialidades, atualmente vigente, com normas determinadas pela Resolução 2.068/2013.

Paralelamente, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) publicou a Portaria MTE Nº 25 de 27 de junho de 1989, a qual determinava que o exercício das atividades de Médico do Trabalho dependia de registro no CRM.

Esta Portaria foi revogada pela Portaria MTE nº 11, de 17 de setembro de 1990, que passou a definir o Médico do Trabalho como o médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidades ou faculdades que mantenham curso de graduação em Medicina, como atualmente indica o inciso b do item 4.4.1 da NR-04 da Portaria MTE 3.214/78.

Na 73ª Reunião Ordinária da CTPP, realizada em 18 e 19 de junho de 2013, foi aprovada a proposta de alteração do item 4.4.1 da NR-04, que passa a ter a seguinte redação: “Os profissionais integrantes do SESMT devem possuir formação e registro profissional em conformidade com o disposto na regulamentação da profissão e nos instrumentos normativos emitidos pelo respectivo Conselho Profissional, quando existente”. Este texto ainda aguarda publicação em Portaria.

Aproveitamos para mencionar que está em vigor a Resolução CFM 2.007/2013, que dispõe sobre a exigência de Título de Especialista para ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados. Em instituições destinadas ao exercício de uma única especialidade, como é o caso dos SESMT e Empresas de Assessoria e Consultoria em Medicina do Trabalho, o diretor técnico deve ter Título de Especialista registrado no CRM.

Finalmente, há a Resolução CFM 1.974/2011, que estabelece os critérios de

divulgação, propaganda, anúncios, publicidade ou a comunicação ao público por qualquer meio de divulgação de atividade profissional na área da Medicina. O médico só pode divulgar especialidade devidamente registrada no CRM.

Ou seja, estamos vivenciando durante todos esses anos o amadurecimento das especialidades médicas no Brasil e, no caso da Medicina do Trabalho, sua construção, seu reconhecimento e seu fortalecimento. É neste sentido que a Resolução CFM 2.061/2013 representa mais uma etapa superada, resolvendo a questão dos registros anteriores a 15 de abril de 1989.

Constata-se também a importância do Título de Especialista em Medicina do Trabalho, cuja valorização é uma realidade presente nos dias atuais, bem como confere a plenitude do reconhecimento e qualificação como médico especialista.

## NOVA REDAÇÃO DAS NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS PARA ESPECIALIDADES MÉDICAS E ÁREA DE ATUAÇÃO

NEW EDITING OF GUIDELINES AND REGULATORY STANDARDS  
FOR MEDICAL SPECIALTIES AND AREA OF EXPERTISE

\* CFM

**Palavras-chave** – *Título de especialista, especialidades médicas, área de atuação, normas orientadoras e reguladoras, titulações e certificações, nova redação.*

**Keywords** – *Specialist title, medical specialties, practice area, guidelines and regulatory standards, titles and certifications, new editing.*

### RESUMO

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Reafirma critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista. São relacionadas 53 especialidades e 54 áreas de atuação, agora com a inclusão da Medicina Paliativa.

---

\* Conselho Federal de Medicina

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 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 convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com vistas a estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista;

**CONSIDERANDO** o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº 1.634/02, de 11 de abril de 2004, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

**CONSIDERANDO** a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 2.005/12, de 9 de novembro de 2012;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em reunião plenária de 13 de dezembro de 2013,

## RESOLVE:

**Art. 1º** Aprovar a nova redação das normas orientadoras e reguladoras e do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12.

**Art. 2º** Revogam-se todas as disposições em contrário.

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília - DF, 13 de dezembro de 2012.

ROBERTO LUIZ D'AVILA  
*Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA  
*Secretário-geral*

## ANEXO II

### CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM

#### RELATÓRIO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES CFM/AMB/CNRM

A Comissão Mista de Especialidades (CME), no uso das atribuições que lhe confere o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista, aprova o novo relatório que modifica o Anexo II da Resolução nº 1.785/06 - do qual fazem parte os seguintes itens: 1) Normas orientadoras e reguladoras; 2) Relação das especialidades reconhecidas; 3) Relação das áreas de atuação reconhecidas; 4) Titulações e certificações de especialidades médicas e 5) Certificados de áreas de atuação.

#### 1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS

- a) O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação;
- b) A CME não reconhecerá especialidade médica com tempo de formação inferior a dois anos e área de atuação com tempo de formação inferior a um ano;
- c) A CNRM somente autorizará programas de Residência Médica nas especialidades e áreas de atuação listadas nos itens 2 e 3 deste relatório;
- d) As áreas de atuação previstas pela CME e listadas no item 3 terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e/ou CNRM;
- e) O tempo de formação de especialidade médica ou área de atuação, tanto para a CNRM como para a AMB, será o previsto neste relatório, respeitados os pré-requisitos necessários;
- f) Cabe à CNRM autorizar e disciplinar ano opcional com o mesmo nome dos programas de Residência Médica, para complementação da formação, mediante solicitação da instituição e com a devida justificativa e comprovação da capacidade e necessidade de sua implantação;

- g) A AMB emitirá apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME;
- h) Em seus editais de concurso para título de especialista ou certificado de área de atuação, a AMB deverá observar o tempo mínimo de formação na especialidade ou área de atuação constante neste relatório;
- i) A área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente poderá ser criada após consenso entre as respectivas associações;
- j) A extinção de qualquer área de atuação só poderá ser efetivada pela CME, após pedido fundamentado;
- k) Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais associações serão únicos e sob a responsabilidade da AMB;
- l) Os conselhos regionais de medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela CME;
- m) Os registros, junto aos CRMs, obedecerão aos seguintes critérios: 1) Os documentos emitidos pela CNRM ou AMB, prévios à Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos, deverão preservar, no registro, a denominação original; 2) Os documentos emitidos após a Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos serão registrados de acordo com a denominação vigente no ato do registro. Se sofrerem alteração de especialidade para área de atuação, serão registrados por analogia;
- n) Quando solicitada pelo médico, a AMB, por intermédio das associações de especialidade, deverá atualizar a anterior denominação dos títulos ou certificados para a nomenclatura vigente, cabendo aos CRMs promoverem idêntica alteração nos registros existentes;
- o) As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs;
- p) O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e duas áreas de atuação;
- q) É proibida aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham o reconhecimento da CME;
- r) A AMB, no seu âmbito, deverá preservar o direito à certificação em área de atuação para as associações que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Citopatologia, Endoscopia Digestiva,

Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica;

s) Todas as demais áreas de atuação receberão certificação, no âmbito da AMB, via associações de especialidade;

t) As associações de especialidade ou de áreas de atuação reconhecidas ficam obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB;

u) A CNRM terá o prazo de dois anos para realizar a adaptação dos programas de Residência Médica em andamento, de acordo com as mudanças determinadas pela resolução que disciplina a matéria.

v) A AMB em seus editais de titulação ou certificação, deverá prever a participação de médicos que não realizaram programas de especialização ou residência médica. Nestes casos, poderá exigir comprovação de atuação na área do dobro do tempo de formação, ficando vedada a cobrança de cumprimento de cursos ou treinamentos adicionais.

## **2) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS**

1. Acupuntura
2. Alergia e Imunologia
3. Anestesiologia
4. Angiologia
5. Cancerologia
6. Cardiologia
7. Cirurgia Cardiovascular
8. Cirurgia da Mão
9. Cirurgia de Cabeça e Pescoço
10. Cirurgia do Aparelho Digestivo
11. Cirurgia Geral
12. Cirurgia Pediátrica
13. Cirurgia Plástica
14. Cirurgia Torácica
15. Cirurgia Vascular
16. Clínica Médica
17. Coloproctologia

18. Dermatologia
19. Endocrinologia e Metabologia
20. Endoscopia
21. Gastroenterologia
22. Genética Médica
23. Geriatria
24. Ginecologia e Obstetrícia
25. Hematologia e Hemoterapia
26. Homeopatia
27. Infectologia
28. Mastologia
29. Medicina de Família e Comunidade
30. Medicina do Trabalho
31. Medicina de Tráfego
32. Medicina Esportiva
33. Medicina Física e Reabilitação
34. Medicina Intensiva
35. Medicina Legal e Perícia Médica
36. Medicina Nuclear
37. Medicina Preventiva e Social
38. Nefrologia
39. Neurocirurgia
40. Neurologia
41. Nutrologia
42. Oftalmologia
43. Ortopedia e Traumatologia
44. Otorrinolaringologia
45. Patologia
46. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
47. Pediatria
48. Pneumologia
49. Psiquiatria
50. Radiologia e Diagnóstico por Imagem
51. Radioterapia
52. Reumatologia
53. Urologia

### **3) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS**

1. Administração em Saúde
2. Alergia e Imunologia Pediátrica
3. Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular
4. Atendimento ao Queimado
5. Cardiologia Pediátrica
6. Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial
7. Cirurgia do Trauma
8. Cirurgia Videolaparoscópica
9. Citopatologia
10. Densitometria Óssea
11. Dor
12. Ecocardiografia
13. Ecografia Vascular com Doppler
14. Eletrofisiologia Clínica Invasiva
15. Endocrinologia Pediátrica
16. Endoscopia Digestiva
17. Endoscopia Ginecológica
18. Endoscopia Respiratória
19. Ergometria
20. Foniatria
21. Gastroenterologia Pediátrica
22. Hansenologia
23. Hematologia e Hemoterapia Pediátrica
24. Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
25. Hepatologia
26. Infectologia Hospitalar
27. Infectologia Pediátrica
28. Mamografia
29. Medicina de Urgência
30. Medicina do Adolescente
31. Medicina do Sono
32. Medicina Fetal
33. Medicina Intensiva Pediátrica
34. Medicina Paliativa

35. Medicina Tropical
36. Nefrologia Pediátrica
37. Neonatologia
38. Neurofisiologia Clínica
39. Neurologia Pediátrica
40. Neurorradiologia
41. Nutrição Parenteral e Enteral
42. Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica
43. Nutrologia Pediátrica
44. Pneumologia Pediátrica
45. Psicogeriatrics
46. Psicoterapia
47. Psiquiatria da Infância e Adolescência
48. Psiquiatria Forense
49. Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia
50. Reumatologia Pediátrica
51. Sexologia
52. Toxicologia Médica
53. Transplante de Medula Óssea
54. Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia

#### **4) TITULAÇÕES E CERTIFICAÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

- Título de especialista em ACUPUNTURA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Acupuntura

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Médico de Acupuntura

- Título de especialista em ALERGIA E IMUNOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Alergia e Imunopatologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia

- Título de especialista em ANESTESIOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Anestesiologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Anestesiologia

- Título de especialista em ANGIOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Angiologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

- Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CLÍNICA Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Clinica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia

- Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CIRÚRGICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Cirúrgica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia

- Título de especialista em CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Pediátrica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cancerologia

- Título de especialista em CARDIOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cardiologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia

- Título de especialista em CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Formação: 4 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

- Título de especialista em CIRURGIA DA MÃO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão

- Título de especialista em CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

- Título de especialista em CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva

- Título de especialista em CIRURGIA GERAL

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgiões

- Título de especialista em CIRURGIA PEDIÁTRICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

- Título de especialista em CIRURGIA PLÁSTICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

- Título de especialista em CIRURGIA TORÁCICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Torácica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica

- Título de especialista em CIRURGIA VASCULAR

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

- Título de especialista em CLÍNICA MÉDICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Clínica Médica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Clínica Médica

- Título de especialista em COLOPROCTOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Coloproctologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Coloproctologia

- Título de especialista em DERMATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Dermatologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Dermatologia

- Título de especialista em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

- Título de especialista em ENDOSCOPIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Endoscopia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

- Título de especialista em GASTROENTEROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Gastroenterologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira de Gastroenterologia

- Título de especialista em GENÉTICA MÉDICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Genética Médica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Genética Médica

- Título de especialista em GERIATRIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Geriatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

- Título de especialista em GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

- Título de especialista em HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Hematologia e Hemoterapia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

- Título de especialista em HOMEOPATIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Homeopatia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Médica Homeopática Brasileira

- Título de especialista em INFECTOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Infectologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia

- Título de especialista em MASTOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Mastologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Mastologia

- Título de especialista em MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
Formação: 2 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
  
- Título de especialista em MEDICINA DO TRABALHO  
Formação: 2 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Nacional de Medicina do Trabalho
  
- Título de especialista em MEDICINA DE TRÁFEGO  
Formação: 2 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Tráfego  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Medicina de Tráfego
  
- Título de especialista em MEDICINA ESPORTIVA  
Formação: 2 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Esportiva  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e Esporte
  
- Título de especialista em MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO  
Formação: 3 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
  
- Título de especialista em MEDICINA INTENSIVA  
Formação: 2 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação de Medicina Intensiva Brasileira
  
- Título de especialista em MEDICINA LEGAL E PERÍCIA MÉDICA  
Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Legal e Perícia Médica  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas

- Título de especialista em MEDICINA NUCLEAR

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Nuclear

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

- Título de especialista em MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social

AMB: Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde

- Título de especialista em NEFROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Nefrologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nefrologia

- Título de especialista em NEUROCIURGIA

Formação: 5 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Neurocirurgia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

- Título de especialista em NEUROLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Neurologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Academia Brasileira de Neurologia

- Título de especialista em NUTROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Nutrologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Nutrologia

- Título de especialista em OFTALMOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Oftalmologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Conselho Brasileiro de Oftalmologia

- Título de especialista em ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

- Título de especialista em OTORRINOLARINGOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico - Facial

- Título de especialista em PATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Patologia

- Título de especialista em PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial

- Título de especialista em PEDIATRIA

Formação: 2 anos CNRM: Programa de Residência Médica em Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria

- Título de especialista em PNEUMOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Pneumologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

- Título de especialista em PSQUIATRIA  
Formação: 3 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Psiquiatria  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria
- Título de especialista em RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
Formação: 3 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Título de especialista em DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - atuação exclusiva: ULTRASSONOGRAFIA GERAL  
Formação: 2 anos  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Título de especialista em DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - atuação exclusiva: RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA  
Formação: 2 anos  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Título de especialista em RADIOTERAPIA  
Formação: 3 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Radioterapia  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Radioterapia
- Título de especialista em REUMATOLOGIA  
Formação: 2 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Reumatologia  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Reumatologia
- Título de especialista em UROLOGIA  
Formação: 3 anos  
CNRM: Programa de Residência Médica em Urologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Urologia

## **5) CERTIFICADOS DE ÁREAS DE ATUAÇÃO**

### **• ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em qualquer Programa de Residência Médica (PRM)

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Administração em Saúde

Requisito: Título de especialista da AMB (Teamb)

### **• ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA**

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Alergia e Imunologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB

Requisitos: Teamb em Alergia e Imunologia Teamb em Pediatria

### **• ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Cirurgia Vascul ar ou Angiologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul ar

Requisitos: Teamb em Angiologia Teamb em Cirurgia Vascul ar Teamb em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

### **• ATENDIMENTO AO QUEIMADO**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Plástica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Requisito: Teamb em Cirurgia Plástica

### **• CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA**

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade

Brasileira de Pediatria

Requisitos: Teamb em Cardiologia Teamb em Pediatria

- CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica ou Otorrinolaringologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Requisitos: Teamb em Cirurgia de Cabeça e Pescoço Teamb em Cirurgia Plástica Teamb em Otorrinolaringologia

- CIRURGIA DO TRAUMA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Requisito: Teamb em Cirurgia Geral

- CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva/Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Requisitos: Teamb em Cirurgia do Aparelho Digestivo Teamb em Cirurgia Geral

- CITOPATOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Patologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Citopatologia Requisito: Teamb em Patologia

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

Formação: 1 ano CNRM: Opcional em PRM em Endocrinologia e Metabologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Nuclear, Ortopedia e Traumatologia ou Reumatologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia

e Diagnóstico por Imagem Requisitos: Teamb em Endocrinologia e Metabologia  
Teamb em Ginecologia e Obstetrícia Teamb em Medicina Nuclear Teamb em  
Ortopedia e Traumatologia Teamb em Reumatologia

- DOR

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Acupuntura, Anestesiologia, Clínica Médica, Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia ou Reumatologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Médico de Acupuntura/Sociedade Brasileira de Anestesiologia/Sociedade Brasileira de Clínica Médica/Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação/Sociedade Brasileira de Neurocirurgia/Academia Brasileira de Neurologia/Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia/Sociedade Brasileira de Reumatologia

Requisitos: Teamb em Acupuntura Teamb em Anestesiologia Teamb em Clínica Médica Teamb em Medicina Física e Reabilitação Teamb em Neurocirurgia Teamb em Neurologia Teamb em Ortopedia Teamb em Reumatologia

- ECOCARDIOGRAFIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisitos: Teamb em Cardiologia Teamb em Pediatria + certificado de atuação em Cardiologia Pediátrica

- ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia, Cirurgia Vascular ou Angiologia AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Requisitos: Teamb em Angiologia Teamb em Cardiologia + certificado de atuação em Ecocardiografia Teamb em Cirurgia Vascular Teamb em Diagnóstico por Imagem: atuação exclusiva Ultrassonografia Geral Teamb em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

- ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisito: Teamb em Cardiologia

• ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional e m PRM em Endocrinologia e Metabologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: Teamb em Endocrinologia e Metabologia Teamb em Pediatria

• ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Endoscopia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Coloproctologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Requisitos: Teamb em Cirurgia do Aparelho Digestivo Teamb em Cirurgia Geral  
Teamb em Coloproctologia Teamb em Endoscopia Teamb em Gastroenterologia

• ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: Teamb em Ginecologia e Obstetrícia

• ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Torácica, Endoscopia ou Pneumologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica

Requisitos: Teamb em Cirurgia Torácica Teamb em Endoscopia Teamb em Pneumologia

• ERGOMETRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisito: Teamb em Cardiologia

- FONIATRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Otorrinolaringologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Requisito: Teamb em Otorrinolaringologia

- GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Gastroenterologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira de Gastroenterologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: Teamb em Gastroenterologia Teamb em Pediatria

- HANSENOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica, Dermatologia, Infectologia, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade ou Neurologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hansenologia

Requisitos: Teamb em Clínica Médica - Teamb em Dermatologia - Teamb em Infectologia - Teamb em Medicina de Família e Comunidade - Teamb em Medicina Preventiva e Social - Teamb em Neurologia

- HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Hematologia e Hemoterapia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: Teamb em Hematologia e Hemoterapia - Teamb em Pediatria

- HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cardiologia  
Requisitos: Teamb em Cardiologia - Teamb em Pediatria + certificado de atuação em Cardiologia Pediátrica

- HEPATOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica, Gastroenterologia ou Infectologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hepatologia

Requisitos: Teamb em Clínica Médica - Teamb em Gastroenterologia - Teamb em Infectologia

- INFECTOLOGIA HOSPITALAR

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Infectologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia

Requisito: Teamb em Infectologia

- INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Infectologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: Teamb em Infectologia - Teamb em Pediatria

- MAMOGRAFIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia ou Mastologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia/Sociedade Brasileira de Mastologia

Requisitos: Teamb em Diagnóstico por Imagem / atuação exclusiva: Ultrassonografia Geral - Teamb em Ginecologia e Obstetrícia - Teamb em Mastologia

- MEDICINA DE URGÊNCIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Requisito: Teamb em Clínica Médica

- **MEDICINA DO ADOLESCENTE**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisito: Teamb em Pediatria

- **MEDICINA DO SONO**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Otorrinolaringologia, Pneumologia, Neurologia ou Psiquiatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Academia Brasileira de Neurologia/Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Sociedade Brasileira de Psiquiatria/Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Requisitos: Teamb em Neurologia - Teamb em Otorrinolaringologia - Teamb em Pneumologia - Teamb em Psiquiatria - Teamb em Clínica Médica

- **MEDICINA FETAL**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito : Teamb em Ginecologia e Obstetrícia

- **MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Medicina Intensiva ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Brasileira de Pediatria - Requisitos: Teamb em Medicina Intensiva Teamb em Pediatria

- **MEDICINA PALIATIVA**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Anestesiologia, Cancerologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Medicina Intensiva  
AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Anestesiologia/Sociedade Brasileira de Cancerologia/Sociedade Brasileira de Clínica Médica/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Associação de Medicina Intensiva Brasileira

Requisitos: Teamb em Anestesiologia - Teamb em Cancerologia - Teamb em Clínica Médica - Teamb em Geriatria - Teamb em Medicina de Família e Comunidade - Teamb em Pediatria - Teamb em Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Teamb em Medicina Intensiva

- **MEDICINA TROPICAL**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Infectologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Infectologia

Requisito: Teamb em Infectologia

- **NEFROLOGIA PEDIÁTRICA**

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Nefrologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nefrologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: Teamb em Nefrologia - Teamb em Pediatria

- **NEONATOLOGIA**

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisito: Teamb em Pediatria

- **NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Medicina Física e Reabilitação, Neurologia ou Neurocirurgia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica  
Requisitos: Teamb em Medicina Física e Reabilitação Teamb em Neurocirurgia  
Teamb em Neurologia Teamb em Pediatria + certificado de atuação em Neuro-  
logia Pediátrica

• NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Neurologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Academia Brasileira de Neurologia/Sociedade  
Brasileira de Pediatria

Requisitos: Teamb em Neurologia Teamb em Pediatria

• NEURORRADIOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Neurologia  
ou Neurocirurgia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico  
por Imagem Requisitos: Teamb em Neurocirurgia Teamb em Neurologia Teamb  
em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

• NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia, Pediatria, Medicina Intensiva, Cirurgia  
do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral  
e Enteral

Requisitos: Teamb em Cirurgia do Aparelho Digestivo - Teamb em Cirurgia Geral  
Teamb em Gastroenterologia - Teamb em Medicina Intensiva - Teamb em Nutro-  
logia - Teamb em Pediatria

• NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade  
Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral

Requisitos: Teamb em Nutrologia Teamb em Pediatria

- NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria/Associação Brasileira de Nutrologia

Requisitos: Teamb em Nutrologia - Teamb em Pediatria

- PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Pediatria ou Pneumologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Requisitos: Teamb em Pediatria - Teamb em Pneumologia

- PSICOGERIATRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria

AMB: Concurso do Convênio AM B/Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: Teamb em Psiquiatria

- PSICOTERAPIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: Teamb em Psiquiatria

- PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: Teamb em Psiquiatria

- PSIQUIATRIA FORENSE

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: Teamb em Psiquiatria

- **RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Angiologia, Cirurgia Vascular ou Radiologia e Diagnóstico por Imagem

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Requisitos: Teamb em Angiologia - Teamb em Cirurgia Vascular - Teamb em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

- **REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA**

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Reumatologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Reumatologia

Requisitos: Teamb em Pediatria - Teamb em Reumatologia

- **SEXOLOGIA** Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: Teamb em Ginecologia e Obstetrícia

- **TOXICOLOGIA MÉDICA**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica ou Medicina Intensiva ou Pediatria ou Pneumologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Clínica Médica/ Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Requisitos: Teamb em Clínica Médica Teamb em Medicina Intensiva Teamb em Pediatria Teamb em Pneumologia

- **TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Hematologia e Hemoterapia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

Requisito: Teamb em Hematologia e Hemoterapia

• **ULTRASSONOGRRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: Teamb em Ginecologia e Obstetrícia

» Obs.: a Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.

---

## **ANEXO III**

### **DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES**

- 1) Os pedidos de criação ou extensão de especialidade ou área de atuação, externos à CME, deverão ser originários da associação brasileira da respectiva área, instruídos com a devida justificativa e apreciação prévia da diretoria da AMB.
- 2) As solicitações para a criação de área de atuação deverão ser obrigatoriamente acompanhadas dos pré-requisitos necessários.
- 3) A Comissão Mista de Especialidades não analisará pedido de criação de área de atuação com programa inferior a um ano e carga horária inferior a 2.880 horas.
- 4) A apreciação inicial poderá decidir por convocação das respectivas associações de especialidade para comparecimento em reunião da CME, para exposição oral e sustentação documental, se necessário.
- 5) A CME designará relator e revisor para a emissão de pareceres conclusivos a serem apreciados em reunião plenária da Comissão.
- 6) As propostas recusadas pela Comissão Mista de Especialidades só poderão ser reapresentadas para nova avaliação após cinco anos.

7) Só constarão do relatório anual da Comissão Mista de Especialidades as propostas que derem entrada até o último dia útil do mês de abril de cada ano. 8) A Comissão Mista de Especialidades emitirá, anualmente, um relatório aos convenientes, cujo prazo limite é o último dia útil do mês de setembro.

9) A Comissão Mista de Especialidades poderá, a seu critério, emitir recomendações e normativas sobre suas atividades.

### **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.068/13**

De acordo com o convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, em 11 de abril de 2002, nos termos da Resolução CFM nº 1.634/02, a Comissão Mista de Especialidades foi instituída com a finalidade de reconhecer as especialidades médicas e as áreas de atuação. Ficou também estabelecido que outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades.

Assim sendo, atendendo as solicitações de associações de especialidade e em conformidade com a deliberação da Comissão Mista, é anualmente realizada a revisão das especialidades médicas reconhecidas, bem como das áreas de atuação, podendo ser reconhecidas novas especialidades/áreas de atuação ou excluídas outras. Dessa forma, de acordo com o trabalho realizado pela Comissão no decorrer do ano de 2013, foram realizadas as seguintes modificações:

**Especialidades médicas:** Apenas a especialidade CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CIRÚRGICA teve seu tempo de formação alterado para três anos.

**Áreas de atuação – modificações:** A área de atuação MEDICINA PALIATIVA foi também estendida para médicos especialistas em Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina Intensiva. A área de atuação em MEDICINA DO SONO foi também estendida para especialistas em Clínica Médica.

ALDEMIR HUMBERTO SOARES

*Comissão Mista de Especialidades.*

Resolução CFM nº 2.068/2013

Resolução aprovada na Reunião Plenária de 13/12/2014

Publicada no D.O.U. de 03 de janeiro de 2014, Seção I, p. 76.

## PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO PUNITIVA E O NOVO CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

PRESCRIPTION OF EXEMPLARY CLAIM AND THE NEW CODE  
OF ETHICAL AND PROFESSIONAL PROCESS

\* CFM

**Palavras-chave** – *Código de Processo Ético-Profissional, norma processual, atualização, prescrição punitiva, assessoria jurídica.*

**Keywords** – *Code of Ethical and Professional Process, procedural rule, update, punitive prescription, legal advice.*

### RESUMO

Altera o item “I” da Resolução CFM nº 1.587/99, que passa a ter a seguinte redação: “Determinar ao conselheiro corregedor que submeta os autos do processo ético-profissional à apreciação da Presidência do CFM, após a Assessoria Jurídica ter opinado pela ocorrência da prescrição da pretensão punitiva, disciplinada nos artigos 52 a 56 da Resolução CFM nº 2.023/13 (Código de Processo Ético-Profissional).”

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelos decretos nº 44.045/58 e 6.821/09 e alterada pela Lei nº 11.000/04, e

**CONSIDERANDO** que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e a fiscalização do exercício da medicina;

**CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e

---

\* Conselho Federal de Medicina

pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em sessão plenária de 6 de novembro de 2013,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Alterar o item "I" da Resolução CFM nº 1.587/99, publicada em 22 de novembro de 1999, que passa a ter a seguinte redação:

I - Determinar ao conselheiro corregedor que submeta os autos do processo ético-profissional à apreciação da Presidência do Conselho Federal de Medicina, após a Assessoria Jurídica ter opinado pela ocorrência da prescrição da pretensão punitiva, disciplinada nos artigos 52 a 56 da Resolução CFM nº 2.023/13(Código de Processo Ético-Profissional).

**Art. 2º** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga os dispositivos em contrário.

Brasília-DF, 13 de dezembro de 2013.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

*Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA

*Secretário-geral*

**EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.066/13**

A presente alteração da norma processual faz-se necessária para assegurar a perfeita identificação dos dispositivos do Código de Processo Ético-Profissional a que se faz referência, evitando-se, assim, qualquer interpretação dúbia quanto à necessidade do conselheiro corregedor submeter os autos do processo ético-profissional ao presidente do CFM depois de a Assessoria Jurídica ter opinado pela ocorrência da prescrição da pretensão punitiva, pois após a edição da Resolução CFM nº 2.023/13 a matéria relativa à prescrição restou definida nos arts. 52 a 56.

Brasília-DF, 13 de dezembro de 2013.

JOSÉ FERNANDO MAIA VINAGRE

Resolução CFM nº 2.066/2013

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 06/11/2013.

Publicada no DOU de 03/02/2014, Seção I, p. 76.

## **CONVOCAÇÃO DOS CONSELHEIROS SUPLENTES**

CONVOCACTION OF SUBSTITUTING COUNSELORS

CRM-PR\*

**Palavras-chave** – *Prerrogativas, equiparação, convocação, conselheiros suplentes, atividades.*

**Keywords** – *Prerogatives, equating, convocation, substituting counselors, activities.*

### **CONSULTA**

Com o objetivo de dar continuidade e eficiência dos serviços públicos prestados pelo CRM-PR, mormente com o aumento significativo do número de denúncias e processos disciplinares, foram convocados os conselheiros suplentes para cumprir as mesmas prerrogativas e deveres dos conselheiros efetivos, até o término da atual gestão, em 30 de setembro de 2018. Tal prerrogativa está amparada pela legislação vigente.

O Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1.º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, e

---

\*Conselheira parecerista do CRM-PR.

**CONSIDERANDO** a publicação do Decreto 6.821, de 14/04/ 2009, que altera o Decreto 44.045, de 19/07/1958, que aprova o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei 3.268, de 30/09/1957;

**CONSIDERANDO** o crescente trabalho desta Autarquia, tendo em vista a quantidade de profissionais e pessoas jurídicas registradas em seus quadros;

**CONSIDERANDO** o aumento do número de denúncias e processos disciplinares que tramitam nesta instituição a justificar a necessidade de serviços prestados pelos Conselheiros Suplentes para a continuidade e eficiência dos serviços públicos a serem prestados pelo CRM-PR até o dia 30/09/2018.

#### **RESOLVE:**

**Artigo 1º** - Ficam convocados os Conselheiros Suplentes eleitos até o dia 30/09/2018, para o exercício de atividades necessárias ao funcionamento deste Conselho, nos termos do §2º do art. 24 do Decreto 44.045/58, com a alteração feita pelo Decreto 6.821/2009.

**Art. 2º** - Os Conselheiros Suplentes terão as mesmas prerrogativas e deveres dos Conselheiros Efetivos, atuando de acordo com a necessidade da prestação dos serviços em atendimento aos princípios da continuidade dos serviços públicos e da eficiência na prestação destes serviços.

**Art. 3º** - Esta Resolução terá vigência até o dia 30/09 /2018.

**Art. 4º** - Esta Resolução entra em vigor a partir da data da sua publicação.

Curitiba, 09 de dezembro de 2013.

**CONSELHEIRO MAURICIO MARCONDES RIBAS**

*Presidente*

Resolução CRM-PR n.º 193 /2013

Resolução Aprovada na Reunião Plenária de Diretoria n.º 1271, de 09/12/2013, e  
Aprovada em Sessão Plenária n.º 3407, de 09/12/2013.

Publicada no DIOE - Comércio Indústria e Serviços n.º 9111, de 20/12/2013, p.66.

## IMPEDIMENTO DE USO DE TERAPIA “ALTERNATIVA” NA PRÁTICA MÉDICA

PREVENTION OF USING “ALTERNATIVE” THERAPY IN MEDICAL PRACTICE

*Dalvélio de Paiva Madruga\**

**Palavras-chave** – *Medicina alternativa, ilícito penal, infração sanitária, terapia natural, reiki, fitoterapia, homeoterapia.*

**Keywords** – *Alternative medicine, criminal offense, health violation, natural therapy, reiki, herbal medicine, homeotherapy.*

### CONSULTA

A Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, por meio do parlamentar presidente da Comissão de Saúde, solicita parecer técnico a respeito do Projeto de Lei n.º 3/2011, que versa sobre a criação dos serviços de acupuntura, homeoterapia, reiki, fitoterapia, musicoterapia e técnicas orientais de terapia corporal nas unidades de saúde e nos hospitais mantidos pelo poder público ou a ele conveniados.

### DO MÉRITO

Sobre a propositura, o autor apresenta suas justificativas sem nenhum estudo metodológico e convincente, apenas com o objetivo de alcançar um determinado segmento da população que busca alternativas para doenças, muitas de envolvimento emocional. Ressalte-se que há no CFM a Comissão Mista de Especialidade (CME) e a Comissão de Novos Procedimentos em Medicina. Anualmente, a CME atualiza sua resolução, disciplinando especialidades e áreas de atuações.

---

\*Conselheiro relator do CFM.

Com relação ao proposto, reiki, homeoterapia, musicoterapia e técnicas orientais de terapia corporal não estão relacionados entre as especialidades reconhecidas pela referida Comissão.

Quanto aos novos procedimentos em medicina, a Resolução CFM n.º 1982/12 define os critérios para apreciação. É mister ressaltar que a Portaria n.º 971, de 3 de maio de 2006, do Ministério da Saúde, a prova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Segundo esta portaria, o campo das práticas integrativas e complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a ampliação do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Uma das práticas mencionada é a fitoterapia.

A fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações.

Outra “terapia” citada, o reiki, é uma técnica ou método baseado em princípios utilizados no Japão na primeira parte do século passado, baseado em princípios da medicina tradicional chinesa e em técnicas de transferência de energia, como o Chi Kung.

Em sua justificativa, o deputado refere a homeoterapia, depois expressa homeopatia, mas em se tratando de práticas alternativas o interesse deve ser HEMOTERAPIA. A hemoterapia consiste no emprego terapêutico do sangue, que pode

ser transfundido com seus componentes (hemocomponentes) e derivados (hemoderivados).

Os componente sanguíneos (hemocomponentes), obtidos através de processos físicos, são: concentrado de hemácias, plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas e crioprecipitado. Os derivados sanguíneos (hemoderivados), fabricados mediante a industrialização do plasma, são: albumina, imunoglobulinas e fatores da coagulação (Fator VII, Fator VIII, Fator IX, além dos complexos protombínicos).

Os principais hemocomponentes utilizados na terapia transfusional são: concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. Não se deve usar plasma normal (sem os fatores de coagulação) para a transfusão, ficando seu uso restrito à indústria.

Os hemoderivados mais usados são: albumina, imunoglobina, preparados hemofílicos (fator VIII e fator IX ).

A Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia e as câmaras técnicas de Hematologia e Hemoterapia dos Conselhos Regionais de Medicina expressam posicionamento claramente contrário a esse método. Ademais, a hemoterapia encontra-se normatizada na RDC n.º 153/04, da Anvisa, na qual não consta respaldo legítimo para tal procedimento. A sua aplicação, por conseguinte, se caracteriza como infração sanitária, devendo os que a praticam serem denunciados para a autoridade sanitária e Conselho Regional de Medicina.

Esses procedimentos baseados em terapia natural e terapia oriental são os quais se pratica o que se denomina medicina alternativa, que tem diferentes nomes: medicina não convencional, medicina complementar, práticas integrativas, terapia holística. Nesta habilidade estão incluídos métodos de massagem, tratamento de doenças baseados em dietas, termoterapia, massoterapia etc. Exclui-se dessas listas as práticas antes reconhecidas como alternativas, mas que hoje são reconhecidas como especialidade médica, que são a acupuntura e homeopatia.

## CONCLUSÃO

Com base em vários pareceres dos Regionais de Medicina (CRM-CE 32/08, CRM-PR 1.874/07, CRM-BA 36/08) e do Conselho Federal de Medicina (CFM 1.499/80, 1.999/12, 2.005/12), a prática da chamada medicina alternativa, sob

as mais diferentes denominações, não tem respaldo quer na literatura médica mundial quer na comunidade científica acreditada, não existindo comprovação de sua eficácia/ segurança, podendo constituir-se em dano irreparável e permanente para patologias, exigindo pronta e correta intervenção.

A prática da medicina alternativa constitui ilícito penal tipificado no artigo 284 do Código Penal. A proibição de tais práticas tidas como medicina alternativa, que possam ser caracterizadas por exercício ilegal e charlatanismo, foge da alçada dos Conselhos de Medicina, cabendo à Vigilância Sanitária e à Polícia tomar as devidas medidas preconizadas pela lei.

Em resposta ao consulente, tais práticas, com exceção da ACUPUNTURA, especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e de acordo com “*ato médico stricto sensu*”, não são consideradas práticas médicas.

É o parecer. SMJ.

Brasília, DF, 29 de novembro de 2013.

DALVÉLIO DE PAIVA MADRUGA  
*Conselheiro relator*

PARECER CFM nº 33/13.

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 35/13.

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 29/11/2013.

## PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS ESTRANHOS AO ATO MÉDICO EM PERÍCIA JUDICIAL

PARTICIPATION OF PROFESSIONALS WHO ARE NOT PART  
OF THE MEDICAL ACT IN FORENSIC EXPERTISE

*José Albertino de Souza\**

**Palavras-chave** – *Perícia médica judicial, autonomia, médico perito, assistente técnico, impedimentos, Código de Ética Médica, sigilo médico.*

**Keywords** – *Forensic medical expertise, autonomy, medical expert, assistant, impediments, Code of Medical Ethics, medical confidentiality.*

### CONSULTA

O Sindicato dos Médicos de Niterói e Região, por meio de seu presidente, solicita parecer sobre as seguintes questões:

1. A Resolução CFM 1.940/10 continua prevalecendo? No seu artigo 12 houve novas modificações?
2. Se advogados podem participar de ato médico pericial judicial?
3. Se engenheiro e enfermeiro do Trabalho podem participar de ato médico pericial judicial?
4. Se o médico que trata, prescreve, fornece declaração da doença etc pode participar como assistente técnico do seu paciente em perícia judicial?

---

\*Conselheiro relator do CFM.

## DO PARECER

As perguntas formuladas pelo consulente albergam basicamente as questões relacionadas à participação de médico como assistente técnico nos casos judiciais que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos, e a participação de advogados ou outros profissionais no ato médico pericial judicial. A Resolução CFM nº 1.940/10 altera o inciso III do artigo 10 da Resolução CFM nº 1.488/98, que dispõe sobre as normas específicas para médicos que atendam o trabalhador e só contém dois artigos. Pelo visto, o consulente deve ter se reportado ao artigo 12 da Resolução CFM nº 1.488/98.

O artigo 12 da Resolução CFM nº 1.488/98 foi alterado pela Resolução CFM nº 2.015/13, retirando a expressão “ou assistentes técnicos”, passando a vigorar com a seguinte redação: “Art. 12. O médico de empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do serviço especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem atuar como peritos judiciais, securitários ou previdenciários nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados)”.

Na exposição de motivos para justificar sua alteração, o conselheiro-relator da supracitada resolução assim se manifestou: “Em face de frequentes demandas judiciais questionando o art. 12 da Resolução CFM nº 1.488/98, que proíbe a atuação de médicos de empresa em processos judiciais como assistentes técnicos, com a determinação de que tal proibição nesse sentido viola o art. 422 do Código de Processo Civil, uma vez que os assistentes técnicos são de confiança da parte e não se sujeitam a impedimento ou suspeição, torna-se necessário excluir a expressão “ou assistentes técnicos” do corpo do art. 12 da citada resolução, com redação determinada pela Resolução CFM nº 1.810/06.”

Embora não haja mais vedação para que atuem como assistentes técnicos nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos, estes devem ficar atentos, quando houver relação médico-paciente, para o que estabelece o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09) no capítulo que trata do sigilo profissional. É vedado ao médico: Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas

ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade. A Lei nº 12.842/13, que dispõe sobre o exercício da Medicina, estabelece que: “Art. 4º São atividades privativas do médico (XII) realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular.”

A perícia médica é ato privativo de profissional que exerce a Medicina, regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina onde atua, excetuados os exames laboratoriais definidos na lei. Os médicos que podem participar do ato pericial, quais sejam, o perito oficial e assistentes técnicos das partes, devem estar devidamente designados nos autos judiciais.

O Parecer CFM nº 9/06, da lavra do conselheiro Roberto Luiz d’Avila, define que: “O exame médico-pericial é um ato médico. Como tal, por envolver a interação entre o médico e o periciando, deve o médico perito agir com plena autonomia, decidindo pela presença ou não de pessoas estranhas ao atendimento efetuado, sendo obrigatórias a preservação da intimidade do paciente (...)”.

No bojo deste parecer, o conselheiro argumenta: “(...) a intimidade do ser humano deve ser sempre respeitada. O pudor também. Se a presença de outras pessoas, aqui incluídos os procuradores, sindicalistas, representantes patronais, puder, de qualquer forma, constranger a pessoa a ser submetida a exame, é dever inalienável do médico perito exigir a privacidade do ato”.

## **RESPOSTAS AOS QUESITOS**

1. A Resolução CFM 1.940/10 continua prevalecendo? No seu artigo 12 houve novas modificações?

Resposta: A Resolução CFM nº 1.940/10 tem somente dois artigos. O artigo 12 da Resolução CFM nº 1.488/98 foi alterado pela Resolução CFM nº 2.015/13, retirando a expressão “ou assistentes técnicos”.

2. Se advogados podem participar de ato médico pericial judicial?

Resposta: A perícia médica é ato privativo de profissional que exerce a Medicina. O médico perito tem plena autonomia para decidir pela presença ou não de pessoas estranhas ao ato médico pericial.

3. Se engenheiro e enfermeiro do Trabalho podem participar de ato médico pericial judicial?

Resposta: Idem ao quesito anterior.

4. Se o médico que trata, prescreve, fornece declaração da doença etc. pode participar como assistente técnico do seu paciente em perícia judicial?

Resposta: O médico assistente de paciente, quando por este solicitado para atuar como assistente técnico em caso judicial, não está sujeito a impedimentos ou suspeições.

É o parecer. SMJ.

Brasília, DF, 29 de novembro de 2013.

JOSÉ ALBERTINO SOUZA  
*Conselheiro relator*

Parecer CFM n.º 31/13.

Processo-Consulta CFM n.º 37/11.

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 29/11/2013.

**MEDICINA DO TRABALHO: VALIDADE DE EXAME  
MÉDICO E CONTESTAÇÃO DE NEXO TÉCNICO  
EPIDEMIOLÓGICO PREVIDENCIÁRIO**

OCCUPATIONAL MEDICINE: DATE OF MEDICAL EXAMINATION AND  
PLEA OF OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ACT (OSHA)

*Keti Stylianos Patsis\**

**Palavras-chave** – *Medicina do Trabalho, Exame médico, Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, sigilo médico, prontuário.*

**Keywords** – *Occupational Medicine, Medical Exam, Occupational safety and Health Act (OSHA), doctor's confidentiality, medical report.*

**CONSULTA**

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

*“Os parágrafos sétimo, oitavo, e nono do artigo 337 do Decreto 6.042/2007 estabelecem que a empresa pode requerer ao INSS a não aplicação do NTEP, ao caso concreto mediante a demonstração de inexistência de correspondente nexos causal entre o trabalho e o agravo. O Médico do Trabalho da empresa poderá realizar a contestação do benefício acidentário caso discorde do nexos causal. Considerando isto, existe algum impedimento do médico da empresa utilizar as informações do prontuário, registros médicos, atestados, laudos de exames complementares, enfim todos os subsídios disponíveis que demonstrem a inexistência de nexos, sem a autorização prévia do empregado? Como deveria ser protocolada a contestação junto ao INSS respeitando o sigilo médico? Supondo que o INSS conceda o NTEP e o médico do trabalho concorde com o nexos causal e não conteste o beneficiário acidentário, ficaria a empresa desobrigada em emitir a CAT para este empregado? Justificativa: Solicito um posicionamento do Conselho referente a contestação do NTEP junto ao INSS e o risco de quebra do sigilo médico.”*

---

\*Conselheira parecerista do CRM-PR.

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Há três maneiras de o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) estabelecer nexo entre trabalho e doenças: 1. Através da Comunicação de Acidente de Trabalho; 2. Através do anexo II do Decreto 3048/99, que relaciona os agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsto no artigo 20 da Lei 8.213 de 1991; e 3. Através do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), que é o resultado do cruzamento das tabelas da Classificação Internacional de Doenças (CID) com a da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE).

Neste caso, o nexo entre doença e trabalho é estabelecido estatisticamente quando a incidência de determinada doença tiver sido maior num grupo de trabalhadores, do que em outros, num período de tempo. Ocorre que a correlação entre doença e trabalho utilizada pelo INSS para estabelecer o nexo epidemiológico é muito baixa e permite que alguns nexos causais equivocados sejam estabelecidos, como por exemplo, a caracterização de diabetes mellitus em trabalhadores de empresas de captação, tratamento e distribuição de água, ou de alcoolismo em trabalhadores de empresas de locação de mão de obra, como doenças ocupacionais, causadas ou agravadas por fatores presentes na atividade laboral.

Como o estabelecimento de nexo entre doença e trabalho pode onerar as empresas, pelo aumento da alíquota do Seguro Acidente de Trabalho, é facultado a elas que contestem o nexo estabelecido pela Previdência Social, quando houver elementos para fazê-lo, sendo que estas contestações serão avaliadas pela perícia médica do INSS.

Ressalta-se que a prática adequada da Medicina do Trabalho impõe ao médico a necessidade de conhecer os locais de trabalho e os riscos ocupacionais existentes nas atividades que seus pacientes desempenham. Por outro lado, ao submeter os trabalhadores a exames ocupacionais, o médico do trabalho tem a oportunidade de detectar agravos à saúde, relacionados ou não às suas atividades laborais. Isto faz do especialista que atua na empresa um conhecedor privilegiado das condições de trabalho e da saúde do trabalhador.

Em relação ao sigilo das informações médicas, o Código de Ética Médica estabelece que o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei (artigo XI dos princípios fundamentais).

No capítulo IX, o ordenamento ético estabelece ser vedado ao médico:

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

**Art. 76** - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

## CONCLUSÃO

Uma vez caracterizado o nexo entre trabalho e doença, a emissão da CAT é desnecessária. Desde que baseado em justos motivos, se o médico do trabalho entender que o nexo estabelecido epidemiologicamente entre doença e trabalho pela perícia médica do INSS não corresponde à realidade, ele está autorizado a usar os elementos do prontuário médico para contestá-lo.

Tal autorização se baseia em dois motivos principais:

1º) A avaliação da contestação é feita obrigatória e exclusivamente por um perito médico no INSS, que também tem a obrigação de guardar sigilo sobre as informações do prontuário médico.

2º) As falhas existentes no NTEP levam ao estabelecimento de nexos bizarros que devem ser corrigidos e, muitas vezes os fatos anotados no prontuário médico são os que mais facilmente podem levar a esta necessária correção.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 14 de janeiro de 2014.

Cons.<sup>a</sup> KETI STYLIANOS PATSIS

*Conselheira parecerista*

PARECER CRM-PR n.º 2.440/2014.

Processo-Consulta n.º 22/2013.

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3.420, de 14/01/14 - CÂM III.

## PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS DE BENEFÍCIO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

COMPLETION OF BENEFIT FORMS FOR PATIENTS WITH SPECIAL NEEDS

*Keti Stylianos Patsis\**

**Palavras-chave** – *Pacientes com necessidades especiais, sequelas neurológicas, médico perito, atestado médico, competência, preenchimento de documentos, benefícios públicos.*

**Keywords** – *Patients with special needs, neurological sequel, medical expert, medical certificate, competence, completing documents, public benefits.*

### CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, profissional médico formula consulta com o seguinte teor:

“Solicito esclarecimento quanto ao preenchimento de formulários de benefício para pacientes com necessidades especiais. Justificativa. Como médico neurologista de unidade hospitalar, frequentemente sou solicitado pelas assistentes sociais a preencher alguns documentos para benefício de pacientes com sequelas neurológicas, abaixo descritos, porém em várias situações tenho dúvidas com relação a quem compete preenchê-los: eu, como médico assistente temporário enquanto o paciente se encontra em tratamento ambulatorial com tempo limitado (usualmente seis meses); o médico assistente original, que acompanha e deverá continuar acompanhando o paciente em outro serviço (os pacientes da unidade fazem acompanhamento no serviço de origem hospital onde foi inicialmente atendido – e possuem um médico assistente que dará a continuidade do acompanhamento mesmo após a alta ambulatorial); ou um perito médico (de trânsito, do trabalho outro perito)?

---

\*Conselheira parecerista do CRM-PR.

Situação 1: Devo preencher atestado/declaração para permitir a confecção de credencial para vagas especiais de estacionamento Urbs ou equivalente? Deve ser preenchido em formulário próprio a ser fornecido pela Urbs? Deve constar CID de diagnóstico? Ou o seu preenchimento é competência exclusiva de perito (médico especialista em trânsito do Detran/Ciretran?

Situação 2: Semelhante à anterior, porém visando benefício de isenção tarifária de transporte público (ônibus), inclusive metropolitano, para o paciente e, em alguns casos, para acompanhante. Em quais casos devemos solicitar o benefício para o acompanhante?

Situação 3: Mesmos questionamentos que as anteriores, porém visando o provimento de benefício para o programa da Cohab, especificamente o “Minha Casa, Minha Vida”.

Situação 4: Com o objetivo de conseguir benefício do INSS, este não deve ser após avaliação do Médico Perito do INSS? Até onde eu saiba, o requerente deve abrir processo no INSS para solicitar benefício e, na condição de médico assistente temporário, só devo fornecer dados por escrito para o colega perito daquela instituição mediante questionamentos por escrito. Isso procede?

Como os pacientes da unidade também fazem acompanhamento no serviço de origem e possuem um médico assistente que dará a continuidade do acompanhamento mesmo após a alta ambulatorial, não seria responsabilidade deste colega o preenchimento de declarações para o INSS?”

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atenção aos questionamentos do consultante, temos a aduzir que:

*“Situação 1: Devo preencher atestado/declaração para permitir a confecção de credencial para vagas especiais de estacionamento Urbs ou equivalente?”*

Sim, conforme o artigo 91 do Código de Ética Médica, que veda ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional, o médico que o atende no serviço de reabilitação deve elaborar o atestado quando solicitado pelo paciente. O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente.

*“Deve ser preenchido em formulário próprio a ser fornecido pela Urbs? Deve constar CID de diagnóstico?”*

Se for preciso preencher um formulário específico para que o paciente alcance seu direito, o médico deve fazê-lo para não deixar o paciente à mercê de sua própria sorte.

Quanto à colocação de CID, seguir o que determina as Resoluções do CFM n.º 1851/2008 e n.º 1658/2002.

*“Ou o seu preenchimento é competência exclusiva de perito (médico especialista em trânsito do Detran/Ciretran)?”*

Os médicos que acompanham o paciente devem preencher tal formulário, em relação à situação médica do paciente.

*“Situação 2: Semelhante à anterior, porém visando benefício de isenção tarifária de transporte público (ônibus), inclusive metropolitano, para o paciente e, em alguns casos, para acompanhante.”*

Em quais casos devemos solicitar o benefício para o acompanhante? Em todos os casos em que o paciente dependa de um acompanhante para se locomover, por motivos de ordem física ou mental.

*“Situação 3: Mesmos questionamentos que as anteriores, porém visando o provimento de benefício para o programa da Cohab, especificamente o Minha Casa, Minha Vida.”*

Conforme o artigo 91 do Código de Ética Médica, que veda ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal, conclui-se que o médico que o atende no serviço de reabilitação deve elaborar o atestado quando solicitado pelo paciente.

*“Situação 4: Com o objetivo de conseguir benefício do INSS, este não deve ser após avaliação do Médico Perito do INSS? Até onde eu saiba, o requerente deve abrir processo no INSS para solicitar benefício e, na condição de médico assistente temporário, só devo fornecer dados por escrito para o colega perito daquela instituição mediante questionamentos por escrito. Isso procede?”*

Não procede. O segurado do Instituto Nacional do Seguro Social, ao solicitar um Benefício por Incapacidade deverá passar por uma perícia médica, onde comprovará as alegações de incapacidade para o exercício profissional através de

atestados emitidos pelos médicos que o acompanham e dos resultados de exames já realizados. O Perito Médico Previdenciário poderá solicitar informações médicas complementares aos médicos que assistem o segurado, se entender necessário.

*“Como os pacientes da unidade também fazem acompanhamento no serviço de origem e possuem um médico assistente que dará a continuidade do acompanhamento mesmo após a alta ambulatorial, não seria responsabilidade deste colega o preenchimento de declarações para o INSS?”*

Ainda com base no artigo 91 do Código de Ética Médica, os dois médicos devem fornecer atestados, se solicitados pelo paciente. Note-se que quanto mais informações forem disponibilizadas ao Perito Médico Previdenciário, maiores serão as chances de a conclusão da perícia ser a adequada.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 14 de janeiro de 2014.

Cons.<sup>a</sup> KETI STYLIANOS PATSIS

*Conselheira parecerista*

PARECER CRM-PR n.º 2.439/2014.

Processo-Consulta n.º 22/2013.

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3.420, de 14/01/14 - CÂM III.

## EXAME MÉDICO OCUPACIONAL E ATESTADOS DE SAÚDE OCUPACIONAL

OCCUPATIONAL MEDICAL EXAMINATION AND CERTIFICATE OF OCCUPATIONAL HEALTH

*Keti Stylianos Patsis\**

**Palavras-chave** – *Exame médico ocupacional, atestado de saúde ocupacional, critérios, afastamento, aptidão, servidor público.*

**Keywords** – *Occupational medical examination, certificate of occupational health, criteria, work leave, aptitude, public servant.*

### CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, profissional médico formula consulta com o seguinte teor:

“Como médico registrado nesse CRM-PR e exercendo a função de gerente de medicina ocupacional de uma prefeitura municipal, solicito análise e parecer quanto aos questionamentos abaixo formulados.

A Portaria n.º 3214-GM, de 08/06/1978, instituiu as Normas Regulamentadoras. Prefeitura municipal, em razão da adoção do regime estatutário, está desobrigada da adoção do contido nas NR – Normas Regulamentadoras, dispondo de legislação própria, utilizando as referidas NRs como referência.

Ordem de serviço de 2008 estabelece critérios para os exames médico ocupacionais no âmbito da prefeitura. O item IV desta OS define os tipos de conclusão dos exames médicos ocupacionais, podendo apresentar as seguintes variáveis:

---

\*Conselheira parecerista do CRM-PR.

- Apto – nos servidores que não apresentem nenhuma contraindicação ou restrição para o seu desempenho laborativo.
- Apto com restrição – desde que o médico do trabalho especifique com máxima clareza o tipo de restrição atribuída ao servidor. O período máximo de restrição não deverá exceder a 180 dias.
- Apto com restrição definitiva – nos servidores que apresentem restrição definitiva para determinadas atividades em seu desempenho laborativo.
- Inapto temporário – no qual o médico do trabalho deverá especificar o período de tempo em que o servidor estará incapacitado para exercer o cargo ou atribuições ou área de atuação ou atividades. Este período não poderá exceder a 180 dias.
- Inconcluso – situação na qual o médico do trabalho se depara com a falta de informações para a conclusão do exame, pós 180 dias de prazo para que ocorra a entrega das informações solicitadas.
- Inapto – nos casos em que o servidor não apresenta condições para desempenho laborativo no cargo, ou atribuições, ou área de atuação ou atividades, que exercerá ou exerce ou exerceu.

Diante do exposto, solicito análise e parecer desse Conselho, sobre: Servidor convocado para ser submetido a Exame Médico Ocupacional apresentando a Conclusão de Inapto temporário. Neste caso, o médico do trabalho concluiu que o servidor encontra-se inapto temporariamente por 30 dias para exercer suas funções habituais. Efetua todas as anotações pertinentes no prontuário médico do paciente, fornece orientação pessoal ao servidor para que procure agendar avaliação imediata com seu médico assistente, obtendo atestado de afastamento a ser referendado na Perícia Médica da Prefeitura.

Todas estas informações constam do referido ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), que contém a assinatura do médico examinador e ciência do servidor.

Questões: I. Na eventualidade deste servidor no período de 30 dias citado no ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) ainda não tiver agendado avaliação com o médico assistente e vir a sofrer agravos à sua saúde ou mesmo vir a falecer. A. Este ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) pode ser considerado como Atestado Médico de afastamento? B. Se positiva a resposta ao item anterior, pode o médico do trabalho ser responsabilizado por algum agravo à saúde do servidor?''.

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atenção aos questionamentos do consulente, temos a aduzir que:

“A. Este ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) pode ser considerado como Atestado Médico de afastamento?”.

Resposta: Sim, o ASO que explicitamente afastou o servidor do trabalho é válido como justificativa de falta ao trabalho por motivo de saúde ou lesão.

“B. Se positiva a resposta ao item anterior, pode o médico do trabalho ser responsabilizado por algum agravo à saúde do servidor?”

Resposta: Tendo sido o servidor afastado de suas atividades, por impossibilidade de desempenhá-las, devido a problemas de saúde ou lesão incapacitante, não há que se falar em responsabilidade do médico do trabalho por agravo à sua saúde decorrente da atividade laboral, uma vez que dela o trabalhador estava afastado. Mesmo que o agravo seja decorrente do afastamento, não há tal responsabilidade, desde que a incapacidade para o trabalho tenha sido o motivo daquele afastamento.

É o parecer. SMJ.

Curitiba, 14 de janeiro de 2014.

Cons.<sup>a</sup> KETI STYLIANOS PATSIS

*Conselheira parecerista*

Parecer CRM-PR n.º 2.438/2014

Processo-Consulta n.º 24/2013

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3420, de 14/01/2014, CÂM III.

## PROFESSOR DE GERAÇÕES DE MÉDICOS

PROFESSOR OF GENERATIONS

*Ehrenfried Othmar Wittig\**



**Palavras-chave** – *Atlântido Borba Cortes, pioneiro, medicina, professor, fisiologia.*

**Keywords** – *Atlântido Borba Cortes, pioneer, medicine, professor, physiology.*

Quando Atlântido Borba Cortes começou a frequentar os corredores da Santa Casa de Misericórdia como acadêmico-interno, em 1929, Curitiba não lembrava em nada a grande metrópole de hoje. Anos mais tarde, em 1934, graduou-se em Medicina pela Universidade Federal do Paraná, começando em seguida a lecionar na mesma instituição. A UFPR era sua segunda casa. Além de professor, foi diretor da Faculdade de Medicina da Federal e, por indicação do Conselho da Universidade, chegou a ocupar a cadeira de reitor. Gerações de médicos formados pela UFPR foram alunos do Dr. Atlântido.

---

\*Professor. Diretor do Museu da História da Medicina da Associação Médica do Paraná

Ao mesmo tempo em que se dedicava à vida acadêmica, clinicava como endocrinologista especialista em diabetes. Seu currículo incluiu ainda a presidência da Associação Médica do Paraná e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, além de ter composto o primeiro quadro de conselheiros eleitos para o CRM-PR, há 56 anos. Foi, ainda, médico do Exército, recebendo a medalha Esforço de Guerra.

Fora das salas de aula e dos consultórios, Dr. Atlântido era um homem que gostava de viajar pelo mundo. Junto com a adorada esposa Mariquita, com quem ficou casado por mais de 76 anos, conheceu continentes inteiros, passando pelas Américas, Europa, África, chegando até ao Japão. Como lembrança de cada viagem, o casal trazia dezenas de fotografias.

Dos inúmeros locais que conheceu, três eram especiais: os Estados Unidos, país que o acolheu na década de 50 durante o tempo em que concluía um curso de pós-graduação; a romântica França; e a Itália, onde podia ficar mais perto da sede de sua religião. Católico, mesmo com a idade avançada, Atlântido e a esposa faziam questão de frequentar a igreja de Santa Terezinha, no Batel, localizada próximo do apartamento onde moravam.

Pontual e disciplinado, serviu como inspiração para centenas de médicos formados na UFPR, sendo homenageado por 17 turmas de formandos. Ensinar era um prazer para Atlântido, que só deixou as salas de aula após a aposentadoria compulsória. Faleceu no dia 10 de abril de 2014, aos 102 anos, e menos de um mês depois, no dia 29, sua esposa, Maria Constantina Faria Cortes, partiu para lhe fazer companhia.

Em 2011 o casal fez a doação de parte de seu acervo de livros, objetos e documentos, incluindo a tese “Alguns aspectos do bócio endêmico”, que em 1949 garantiu o primeiro lugar ao médico como Professor Catedrático de Clínica Médica. O acervo foi incorporado ao Museu da História da Medicina do Paraná.

Para doações e correspondências: Secretaria da AMP

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

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

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

Visite o Museu no site: [www.amp.org.br](http://www.amp.org.br)

ISSN 2238 - 2070

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

---

