



ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

2014; 31(124):208-256



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

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

Órgão oficial do CRM/PR, 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

Marivone Silveira de Souza

TRADUÇÃO

Cristiane Medeiros Vianna

ENDEREÇOS**CRM-PR**

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

E-mail

Protocolo/Geral
protocolo@crmpr.org.br

Secretaria
secretaria@crmpr.org.br

Setor Financeiro
financeiro@crmpr.org.br

Diretoria
diretoria@crmpr.org.br

Departamento Jurídico
dejur@crmpr.org.br

Departamento de Fiscalização
defep@crmpr.org.br

Departamento de Recursos Humanos
rh@crmpr.org.br

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

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

Assessoria de Imprensa
imprensa@crmpr.org.br

Biblioteca
biblioteca@crmpr.org.br

Site www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208

Telefone 41 3240-4000

Fax 41 3240-4001

CFM cfm@cfm.org.br

Site www.portalmedico@cfm.org.br

E-mail jornal@cfm.org.br

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 ^a .	Keti Stylianos Patsis
2ª Secretária:	Cons ^a .	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 ^a .	Gláucia Maria Barbieri
2ª Corregedora:	Cons ^a .	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 (<i>licenciado em 26/03/14</i>)	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 (<i>licenciado em 30/04/14</i>)	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
Dr. Wellington Yschizaki

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

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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

RESPONSABILIDADE

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

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

NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

Título – sintético e preciso, em português e inglês.

Autor(es) – nome(s) e sobrenome(s).

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

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

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

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

Ilustrações (Fotos e Gráficos) – em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou 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 Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 3240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2014;31(124):208-256

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

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

CASCADEL

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

CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ

Bruno Bertoli Esmanhoto (Diretor)
José Antonio Ferreira Martins (Vice-Diretor)
Marcelo Henrique de Almeida (Secretário)
Arare Gonçalves Cordeiro Júnior
Guilherme Mattioli Nicollelli
Filipe Carlos Caron

FOZ DO IGUAÇU

Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)
Alexandre Antonio De Camargo (Vice-Diretor)
Jacilene De Souza Costa (Secretária)
André 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 Vielmo
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)
Atílio Antonio Mendonça Accorsi (Secretária)
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto
Bruno Eduardo de Camargo
Cleonir Moritz Rakoski
Custodio Fernandes
Ludovico da Cunha Blasczyk
Luiz Carlos Cerqueira
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 Balदान
André Scartezini Marques
Joelson José Gulin

Luiz Jacintho Siqueira
Meierson 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
Hélio Renato Lechinewski
José Roberto Boselli Junior
Patricia Roberta de Vicente
Silvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves
Sulaiman El Tauil
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
Valdir 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
Oswaldo Martins de Queiroz Filho
Silvio Roberto Correa

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

Paraná gasta em média R\$ 0,70 ao dia na saúde de cada habitante
Conselho Federal de Medicina..... 208

Programa "Mais Médicos"
Casa Civil..... 211

RESOLUÇÃO CFM

Resolução CFM nº 2.071/2014
Julgamento e aprovação da prestação de contas do CFM/2013..... 226

Resolução CFM nº 2.072/2014
Proibido o trabalho de médicos em hospitais, sem inscrição
no CRM e CFM..... 229

Resolução CFM nº 2.069/2014
Padronização e identificação dos médicos..... 232

RESOLUÇÃO CRM-PR

Resolução CRM-PR nº 192/2014
Delegacia Regional Metropolitana de Curitiba
e Litoral do Paraná..... 235

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PARECERES CRM-PR

Parecer CRM-PR nº 2446/2014

Atos médicos e as especialidades relacionadas que podem ser realizadas

Lutero Marques de Oliveira 238

Parecer CRM-PR nº 2433/2014

Consulta pediátrica de encaixe. Cobrança de honorários

Donizetti Dimer Giamberardino Filho..... 241

Parecer CRM-PR nº 2441/2014

Responsabilidade por pronto atendimento de recém-nato após a alta

Luiz Ernesto Pujol 246

ÍNDICE REMISSIVO

Índice Remissivo 2014

Números 121 a 124

Ehrenfried Othmar Wittig 248

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

O Pulmão de aço

Ehrenfried Othmar Wittig 254

PARANÁ GASTA EM MÉDIA R\$ 0,70 AO DIA NA SAÚDE DE CADA HABITANTE

PARANÁ SPENDS AN AVERAGE OF R\$ 0.70,00 A DAY
WITH THE HEALTH OF EACH HABITANT

CFM*

Palavras-chave – Paraná, gasto, médio, habitante, saúde.

Keywords – *Paraná, spending, average, habitant, health.*

RESUMO

Levantamento do CFM avalia gasto per capita em saúde pública das metrópoles do país. Valor coloca estado do Paraná em 22º lugar no ranking dos estados.

Um gasto de R\$ 0,70 por dia em saúde. Este é o valor que foi aplicado no Sistema Único de Saúde (SUS), por pessoa, com os recursos próprios do governo do estado do Paraná e os transferidos pela União em 2013. O dado coloca o estado em 22º lugar no ranking de gasto público per capita em saúde, segundo um levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM). Ao todo, cada paranaense custa em média R\$ 253,52 ao ano para os cofres públicos. O valor representa apenas 12% do que os beneficiários de plano de saúde gastam por ano para ter acesso à assistência suplementar.

* Conselho Federal de Medicina (Assessoria de Imprensa).

A análise do CFM considerou as despesas apresentadas pelos gestores à Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda, por meio de Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO). O montante agrega todas as despesas na chamada “função saúde”, destinada à cobertura das ações de aperfeiçoamento do SUS. Boa parte desse dinheiro é usada para o pagamento de funcionários, dentre outras despesas de custeio da máquina pública.

A comparação mostra que em geral os valores são insuficientes para melhorar indicadores de saúde em nível local. Neste estudo, as despesas em saúde foram cruzadas com Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), oferta de leitos para cada grupo de 800 habitantes, taxas de incidência de tuberculose e dengue, além da cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde da Família (ESF).

Ao longo de 2013, o estado do Paraná destinou efetivamente à saúde da população cerca de R\$ 2,8 bilhões. Para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, foram destinados R\$ 1,6 bilhão, o equivalente a 56% dos recursos. O restante foi distribuído entre as ações voltadas para a Administração Geral (R\$ 897,3 milhões), Suporte Profilático e Terapêutico (R\$ 198,4 milhões), dentre outras. Além da baixa aplicação dos recursos, a taxa de distribuição de leitos do SUS no estado – 1,25 por 800 habitantes – esta abaixo da média nacional (1,42/800), assim como a cobertura populacional de ESF (44,9%).

Ranking dos municípios – Entre os 10 municípios mais populosos do estado, a média do gasto em saúde por pessoa foi de R\$ 484,98 ao ano ou R\$ 1,35 ao dia, incluindo os recursos da prefeitura e os transferidos pelos governos federal e estadual. Londrina é a cidade com o melhor resultado no ranking, com gasto per capita de R\$ 2,01 ao dia, seguido por Foz do Iguaçu (R\$ 1,98/dia) e Curitiba (R\$ 1,86/dia). Na outra ponta, com os piores resultados, constam Colombo (R\$ 0,63/dia), Paranaguá (R\$ 0,73) e Guarapuava (R\$ 0,86). Confira aqui os gastos das cidades mais populosas do Paraná e seus principais indicadores de saúde.

Saúde não é prioridade – Para o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital, os indicadores de saúde e as condições de trabalho para os médicos nos municípios revelam como os valores gastos estão abaixo do ideal. “Como podemos ter uma saúde de qualidade para nossos pacientes e melhor infraestrutura de trabalho

para os profissionais do setor com tão pouco recurso? O pior de tudo isso é que, enquanto Estados e Municípios se esforçam para aplicar o mínimo previsto em lei, a União deixa de gastar, por dia, R\$ 22 milhões que deveriam ser destinados à saúde pública”, criticou o presidente ao relembrar um estudo do CFM, no qual aponta que, entre 2001 e 2012, o Ministério da Saúde deixou de aplicar quase R\$ 94 bilhões de seu orçamento previsto.

Além da má qualidade da gestão dos recursos, que tem impacto direto na assistência da população e na atuação dos profissionais, os representantes dos médicos acreditam que a saúde pública no Brasil não é uma prioridade de governo. “Recentemente, um grupo ligado aos planos de saúde mostrou que cada um dos 50,2 milhões de beneficiários de planos privados pagou, em média, R\$ 179,10 por mês para contar com a cobertura de seu plano em 2013. Isso representa cerca de R\$ 2.150,00 por ano – quase o dobro do que os governos pagam pelo direito à saúde pública”, ponderou Carlos Vital.

Comparação internacional – Em 2013, as despesas nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) atingiram a cifra de R\$ 220,9 bilhões no Brasil. Em média, foram gastos R\$ 3,05 ao dia em saúde, o equivalente a apenas R\$ 1.098,75 ao ano. As informações do CFM dialogam com dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (Estatísticas Sanitárias 2014), que, apesar de diferenças metodológicas, revelou que o Governo brasileiro tem uma participação aquém das suas necessidades e possibilidades no financiamento. Do grupo de países com modelos públicos de atendimento de acesso universal, o Brasil era, em 2011, o que tinha a menor participação do Estado (União, Estados e Municípios) no financiamento da saúde.

Segundo os cálculos da OMS, enquanto no Brasil o gasto público em saúde alcançava US\$ 512 por pessoa, na Inglaterra, por exemplo, o investimento público em saúde já era cinco vezes maior: US\$ 3.031. Em outros países de sistema universal de saúde, a regra é a mesma. França (US\$ 3.813), Alemanha (US\$ 3.819), Canadá (US\$ 3.982), Espanha (US\$ 2.175), Austrália (US\$ 4.052) e até a Argentina (US\$ 576) aplicam mais que o Brasil.

Assessoria de Imprensa

Conselho Federal de Medicina

(61) 3445-5940 - 28/08/2014

PROGRAMA "MAIS MÉDICOS"

"MORE DOCTORS" PROGRAM

*Casa Civil**

LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013

Institui o Programa "**Mais Médicos**", altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço,

* Conselho Federal de Medicina (Assessoria de Imprensa).

por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do

chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

- a) atenção básica;
- b) urgência e emergência;
- c) atenção psicossocial;
- d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto, respectivamente, no art. 56 e no inciso II do caput do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Lei.

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar

o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde.

S 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;

b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

CAPÍTULO III

DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes.

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e

II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:

- a) Genética Médica;
- b) Medicina do Tráfego;
- c) Medicina do Trabalho;
- d) Medicina Esportiva;
- e) Medicina Física e Reabilitação;
- f) Medicina Legal;
- g) Medicina Nuclear;
- h) Patologia; e
- i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

I - Medicina Interna (Clínica Médica);

II - Pediatria;

III - Ginecologia e Obstetrícia;
IV - Cirurgia Geral;
V - Psiquiatria;
VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§ 1º É instituída avaliação específica anual para os Programas de Residência Médica, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, pela CNRM.

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito

do sistema federal de ensino.

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato do Ministério da Educação, ouvidos a CNRM e o Ministério da Saúde.

SEÇÃO ÚNICA

Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde

Art. 12. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.

§ 1º O Contrato Organizativo poderá estabelecer:

I - garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica; e

II - outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

§ 2º No âmbito do Contrato Organizativo, caberão às autoridades mencionadas no caput, em acordo com a instituição de educação superior e os Programas de Residência Médica, designar médicos preceptores da rede de serviços de saúde e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de Medicina ou pelo Programa de Residência Médica.

§ 3º Os Ministérios da Educação e da Saúde coordenarão as ações necessárias para

assegurar a pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos.

Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos,

prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à sua aprovação nas avaliações periódicas.

§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

§ 4º As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo, e compreenderão o conteúdo específico do respectivo módulo, visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

§ 5º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os §§ 1º a 4º, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e

protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 3º A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº9.394, de 20 de dezembro de 1996.

§ 1º (VETADO).

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdiciona na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo CRM.

Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro,

incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os arts. 30, 31 e 33 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, ao disposto neste artigo.

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e

III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 20. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Parágrafo único. São ressalvados da obrigatoriedade de que trata o caput os médicos intercambistas:

I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou

II - filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 21. Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes

do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Lei e nas normas complementares:

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§ 1º Na hipótese do inciso III do caput, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 3º No caso de médico intercambista, o desligamento do Programa implicará o cancelamento do registro único no Ministério da Saúde e do registro de estrangeiro.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao CRM e ao Ministério da Justiça.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o art. 2º da Lei nº6.932, de 1981.

§ 3º A pontuação adicional de que trata o § 2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista no edital do processo seletivo referido no § 2º deste artigo.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

§ 5º Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 aos projetos e programas de que trata o caput.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. Para execução das ações previstas nesta Lei, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.

Art. 24. São transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, 117 (cento e dezessete) Funções Comissionadas Técnicas (FCTs), criadas pelo art. 58 da Medida Provisória nº 2.229-43, de 6 de setembro de 2001, do nível FCT-13, em 10 (dez) cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores (DAS), sendo 2 (dois) DAS-5 e 8 (oito) DAS-4.

Art. 25. São os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Lei.

Art. 26. São a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) autorizados a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Art. 27. Será concedida bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Integram as diretrizes gerais para o processo de avaliação de desempenho para fins de progressão e de promoção de que trata o § 4º do art. 12 da Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, a serem estabelecidas em ato do Ministério da Educação, o exercício profissional no SUS, na área de docência do professor, a preceptoria de que trata esta Lei e o exercício de atividade nos programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Com vistas a assegurar a universalização dos programas de residência médica prevista no art. 5º desta Lei, poderão ser adotadas medidas que ampliem

a formação de preceptores de residência médica.

Art. 28. Os médicos participantes e seus dependentes legais são isentos do pagamento das taxas e dos emolumentos previstos nos arts. 20, 33 e 131 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, e no Decreto-Lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985.

Art. 29. Para os efeitos do art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, os valores percebidos a título de bolsa previstos nesta Lei e na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, não caracterizam contraprestação de serviços.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§ 1º O quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos CRMs.

§ 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

Art. 31. Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 32. A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e de tutor acadêmico prevista nos incisos II e III do art. 15.

Art. 33. A Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 2º

.....

XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante integração ensino-serviço, respeitados os limites e as condições fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento,

Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

....." (NR)

"Art. 4º

.....
IV - 3 (três) anos, nos casos das alíneas "h" e "l" do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2º desta Lei;

.....
Parágrafo único.

.....
V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda 6 (seis) anos; e

....." (NR)

Art. 34. O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º, 4º e 5º:

"Art. 1º

.....
§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública." (NR)

Art. 35. As entidades ou as associações médicas que até a data de publicação desta Lei ofertam cursos de especialização não caracterizados como Residência Médica encaminharão as relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde, para os fins previstos no § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 22 de outubro de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

Aloizio Mercadante

Alexandre Rocha Santos Padilha

Miriam Belchior

Luís Inácio Lucena Adams

**JULGAMENTO E APROVAÇÃO DA PRESTAÇÃO
DE CONTAS DO CFM/2013**

THE TRIAL AND THE APPROVAL OF CFM/2013 ACCOUNTABILITY

CFM*

Palavras-chave – *Prestação de contas CFM/2013, julgamento, regularidade, instrução normativa CFM.*

Keywords – *Accountability of CFM/2013, trial, regularity, Normative Instruction, CFM.*

RESUMO

Julga a prestação de contas do Conselho Federal de Medicina pertinente ao exercício de 2013. **O Conselho Federal de Medicina**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011, e **CONSIDERANDO** as disposições contidas na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal; **CONSIDERANDO** as disposições contidas na Instrução Normativa nº 63, de 1 de setembro de 2010, do Tribunal de Contas da União; **CONSIDERANDO** as disposições contidas na Resolução CFM nº 2.053, de 10 de outubro de 2013, que

* Conselho Federal de Medicina.

estabelece normas e procedimentos para a tomada e prestação de contas dos Conselhos de Medicina; **CONSIDERANDO** o parecer de 14 de fevereiro de 2014, da Comissão de Tomada de Contas, pela aprovação das contas do Conselho Federal de Medicina; **CONSIDERANDO** o parecer de 28 de fevereiro de 2014, da Audilink & Cia. Auditores, pela aprovação das contas do Conselho Federal de Medicina; **CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada no dia 27 de março de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Julgar regular a prestação de contas do Conselho Federal de Medicina pertinente ao exercício de 2013.

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

Brasília-DF, 27 de março de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO
Tesoureiro

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.071/14 PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA EXERCÍCIO DE 2013 JUSTIFICATIVA

A prestação de contas anual é instituída pela Lei nº 4.320/64, no art. 78, pelas diretrizes do Decreto nº 200/67, no art. 26, e requerida pelo Tribunal de Contas da União por meio da Instrução Normativa nº 63, de 1 de setembro de 2010, alterada pela Instrução Normativa nº 72, de 15 de maio de 2013, e Decisão Normativa nº 127, de 15 de maio de 2013.

Portanto, conforme as especificações elencadas e as disposições contidas na

Resolução CFM nº 2.053, de 10 de outubro de 2013, segue a prestação de contas anual do Conselho Federal de Medicina pertinente ao exercício de 2013, enquadrada e demonstrada conforme as legislações supracitadas.

Brasília-DF, 27 de março de 2014.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Conselheiro relator

RESOLUÇÃO CFM nº. 2.071/2014.

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 27/03/2014.

Publicada no D.O.U. de 08/04/2014.

“Há quem diga que todas as noites são de sonhos...

Mas há também que diga que nem todas, só as de verão.

Mas, no fundo, isso não tem muita importância.

*O que interessa mesmo não são as noites em si,
são os sonhos.*

*Sonhos que o homem sonha sempre. Em todos os lugares,
em todas as épocas do ano, dormindo ou acordado.”*

William Shakespeare

**PROIBIDO O TRABALHO DE MÉDICOS EM
HOSPITAIS SEM INSCRIÇÃO NO CRM E CFM**

THE PROHIBITION OF THE MEDICAL WORK IN HOSPITALS,
WITHOUT THE REGISTRATION AT CRM AND CFM

CFM*

Palavras-chave – *Trabalho, proibido, médicos, hospitais, inscrição CRM.*

Keywords – *Forbidden work, doctors, hospitals, inscription, CRM.*

RESUMO

Veda o trabalho, em hospitais, de médicos sem inscrição no CRM da respectiva circunscrição. **O Conselho Federal de Medicina**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.391, de 19 de julho de 2009, e pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e **CONSIDERANDO** a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, e o Decreto nº 8.126, de 22 de outubro de 2013, que dispõe sobre os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos e médicos estrangeiros cursando pós-graduação no país, que vedam, por parte desses médicos, o exercício da Medicina fora das atividades do Projeto; **CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 1.342, de 16 de abril de 1991, que dispõe sobre as atribuições dos diretores técnicos e clínicos; **CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 1.627, de 6 de junho de 2003, que dispõe sobre as Comissões de Ética dos estabelecimentos de saúde; e

* Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO o Código de Ética Médica, que em seu art. 18 veda aos médicos desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los,

RESOLVE:

Art. 1º A prestação de serviços médicos em hospitais e demais instituições de saúde somente é permitida aos médicos que possuam inscrição definitiva ou regular perante o competente Conselho Regional de Medicina;

Parágrafo único. Aos diretores técnicos é vedado aceitar ou permitir o ingresso nos corpos clínicos de quaisquer hospitais, públicos ou privados, ainda que conveniados ao SUS – Sistema Único de Saúde, a internação de pacientes sob a responsabilidade de profissionais não inscritos nos Conselhos Regionais, nem mesmo nas urgências e emergências.

Art. 2º É responsabilidade dos diretores técnicos das instituições hospitalares zelar pelo cumprimento dessa determinação, que decorre da lei vigente.

Art. 3º Os diretores clínicos e os integrantes das Comissões de Ética das mesmas instituições devem denunciar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer fatos que impliquem descumprimento desta resolução.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de março de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.072/14

De acordo com o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de

Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Por força da inscrição perante o Conselho Regional de Medicina, o médico passa a ter seus serviços profissionais fiscalizados pelos Conselhos Regionais de Medicina, o que proporciona segurança para a população que necessita procurar assistência médica.

Somente aos médicos devidamente inscritos nos Conselhos de Medicina é aplicável o inciso VI do Capítulo II do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09), segundo o qual é direito dos médicos 'internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos, com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

Por sua vez, o diretor técnico é o principal responsável pelo funcionamento do estabelecimento de saúde, tendo, obrigatoriamente, sob sua responsabilidade, a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos hospitalares.

Cabe ao diretor técnico assegurar o cumprimento dos princípios éticos no estabelecimento de saúde, devendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.

Dentre essas disposições legais e normativas cabe ao diretor técnico controlar que apenas os médicos regularmente inscritos nos Conselhos de Medicina prestem serviços médicos no estabelecimento de saúde sob sua responsabilidade, sob pena de responder perante o Conselho Regional de Medicina, sem prejuízo à apuração penal ou civil.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Conselheiro relator

RESOLUÇÃO CFM nº.2072/2014

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 27/03/2014.

Publicada no D.O.U., de 08/04/2014.

PADRONIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS MÉDICOS

THE STANDARDIZATION AND THE IDENTIFICATION OF DOCTORS

CFM*

Palavras-chave – *Padronização, identificação, médico, estabelecimento de saúde, placas.*

Keywords – *Patronization, identification, doctor, health establishment, graphic cards.*

RESUMO

Padroniza a identificação dos médicos (em placas, impressos, batas ou vestimentas e/ou crachás) nos estabelecimentos de assistência médica ou de hospitalização (serviços de saúde), públicos e privados, em todo o território nacional. **O Conselho Federal de Medicina**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e,

CONSIDERANDO que todos aqueles que necessitam de assistência à saúde precisam identificar o profissional a quem estão se dirigindo nos

* Conselho Federal de Medicina.

estabelecimentos de assistência médica, de hospitalização ou qualquer outro onde, de forma direta ou indireta, o médico protagoniza atos de sua competência;

CONSIDERANDO que a Lei nº 8.080/90 e demais instrumentos normativos do Sistema Único de Saúde respeitam o contido no artigo 5º da Constituição Federal em seu inciso XIII, que prevê a formação de profissões construídas por saberes distintos e consequentes responsabilidades civis, penais e administrativas;

CONSIDERANDO que o art. 6º da Lei nº 12.842/13 determina que “A denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da Federação”;

CONSIDERANDO, finalmente, o aprovado na sessão plenária de 30 de janeiro de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º É dever do médico(a) em todo o território nacional, quando em serviço em seus locais de trabalho, se identificar como MÉDICO, em tipo maiúsculo, quando detentor apenas da graduação e, quando especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, acrescer o nome de sua ESPECIALIDADE, também em tipo maiúsculo.

Art. 2º É facultado ao médico(a), em todo o território nacional, utilizar antecedendo seu nome a palavra DOUTOR(A) ou sua abreviatura, conforme o consagrado pelo direito consuetudinário.

Art. 3º Esta resolução aplica-se a todos os documentos médicos, placas de identificação, bolsos ou mangas em batas ou roupas que utilize como fardamento de trabalho, além de crachás e carimbos, ou qualquer outro dispositivo que seja utilizado para sua identificação profissional.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

Brasília, 30 de janeiro de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

RESOLUÇÃO CFM nº.2069/2014

Resolução aprovada na Sessão Plenária de 30/01/2014.

Publicada no D.O.U., de 29/04/2014.

10 mandamentos do residente*

- 1** A residência médica é o momento de aprendizado e deve ser bem aproveitado.
- 2** O treinamento em serviço sob supervisão é a chave do sucesso da residência médica.
- 3** Anote diariamente suas prioridades profissionais, deixando para outro momento aquelas que não forem essenciais.
- 4** Enquanto estiver na residência, dedique-se apenas a esta etapa, especialmente no primeiro ano, evitando outros compromissos.
- 5** O primeiro ano de residência é o mais difícil e estressante. Assumir plantões fora pode prejudica-lo.
- 6** Não sobrecarregue sua agenda. O treinamento é estressante e exige foco na carreira.
- 7** Tenha conhecimento sobre seus direitos e deveres. Procure a Comissão de Residência Médica (Coreme) ou organização similar.
- 8** Troque informações com outros residentes mais experientes, preceptores e professores. Eles poderão auxiliá-lo nas dificuldades que encontrar.
- 9** Alimentação saudável e atividades físicas ajudam a diminuir o estresse durante a residência médica.
- 10** Caso esteja se sentindo cansado, estressado ou com outros problemas emocionais, procure ajuda profissional no próprio hospital em que atua.

* Adaptado dos mandamentos da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

**DELEGACIA REGIONAL METROPOLITANA DE
CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ**

CURITIBA AND PARANA COASTLINE
METROPOLITAN REGIONAL PRECINCT

CRM-PR*

Palavras-chave – *Delegacia, regional, metropolitana, Curitiba, litoral.*

Keywords – *Precinct, regional, metropolitan, Curitiba, coastline.*

RESUMO

Dispõe sobre a criação da Delegacia Regional Metropolitana de Curitiba e Litoral do Paraná. O **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1.º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e **CONSIDERANDO** a necessidade de descentralização das ações do CRM-PR para apoio administrativo aos médicos e maior acesso da sociedade; **CONSIDERANDO** que as Delegacias Regionais atuam em estreita obediência às normas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, constituindo em instância descentralizada capaz de promover a aproximação dos serviços de saúde, dos médicos e da sociedade; **CONSIDERANDO** a

*Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Resolução CRM-PR n.º 181/2011; **CONSIDERANDO** o decidido em Reunião de Diretoria n.º 1264.^a, realizada em 21 de outubro de 2013; **CONSIDERANDO** o decidido em Sessão Planária n.º 3359.^a, realizada em 21 de outubro de 2013.

RESOLVE:

Artigo 1.º - Criar a Delegacia Regional Metropolitana de Curitiba e Litoral do Paraná, com sede administrativa neste Conselho Regional de Medicina.

Artigo 2.º Essa Delegacia abrange os seguintes municípios: Lapa, Quitandinha, Mandirituba, Agudos do Sul, Tijucas do Sul, São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande, Araucária, Contenda, Balsa Nova, Campo Largo, Campo Magro, Itaperuçu, Piraquara, Pinhais, Quatro Barras, Campina Grande do Sul, Colombo, Almirante Tamandaré, Rio Branco do Sul, Bocaiúva do Sul, Tunas do Paraná, Cerro Azul, Adrianópolis, Doutor Ulysses, bem como, os municípios de Paranaguá, Antonina, Morretes, Guaraqueçaba, Pontal do Paraná, Matinhos e Guaratuba.

Artigo 3.º - Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria do CRM-PR.

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

Curitiba, 09 de dezembro de 2013.

MAURÍCIO MARCONDES RIBAS

Presidente

WILMAR MENDONÇA GUIMARÃES

Secretário-Geral

FUNDAMENTAÇÃO

Ao longo dos anos, o crescimento populacional do Paraná aumentou consideravelmente. Atualmente, a sua população estimada no ano de 2013 é de 10.997.465 habitantes, distribuídos em 399 municípios, sendo que a região metropolitana de Curitiba engloba 26 municípios, com uma população de 1.528.525 habitantes e a região do litoral engloba 07 municípios, com uma população de 281.270 habitantes, conforme dados do IBGE e o Conselho Regional de Medicina do Estado conta com 20.908 médicos ativos, dos quais 10.755 em Curitiba e região metropolitana e 257 no litoral paranaense.

Frente ao grande volume de serviços e atividades, o Conselho tem procurado soluções que facilitem a vida profissional do médico, bem como ampliar a sua atuação fiscalizadora.

Nesse sentido, o CRM pretende, com a criação da Regional Metropolitana de Curitiba e Litoral do Paraná, tornar sua estrutura mais abrangente, nomeando em alguns municípios dessas regiões, 10 representantes, ao qual se deve reportar, inicialmente se lhes aprover, tanto o médico residente da região, como a população respectiva.

Por outro lado, seria por demais oneroso, num primeiro momento, que o Conselho mantivesse sede nestes municípios, o que determina, portanto, que os Delegados nomeados se reportem sempre a este Conselho, onde inclusive funcionará o departamento específico para atender suas reivindicações, bem como receber eventuais denúncias, no cumprimento de suas funções.

É, também, uma maneira dos Delegados conviverem com as questões institucionais do Conselho e, assim, preparados para participarem como futuros conselheiros.

RESOLUÇÃO CRM-PR nº. 192/2014.

Resolução aprovada na Reunião de Diretoria nº 1271, de 09/12/2013.

Publicada no DIOE-Comesc nº 9111, 20/12/2013.

ATOS MÉDICOS E AS ESPECIALIDADES RELACIONADAS QUE PODEM SER REALIZADAS

THE MEDICAL ACTS AND THE RELATED SPECIALTIES THAT CAN BE DONE

*Lutero Marques de Oliveira**

Palavras-chave – *Especialidades, atos médicos, áreas de atuação.*

Keywords – *Specialties, medical acts, acting areas.*

Ementa: Especialidades médicas – áreas de atuação

CONSULTA

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

“Venho respeitosamente solicitar a esta instituição o esclarecimento de quais atos médicos as especialidades, abaixo relacionadas, possam realizar. Estas informações serão importantes para a X de X devido a uma denúncia, feita por um colega da angiorradiologia intervencionista contra colegas da cirurgia vascular periférica. Podendo implicar no futuro uma ação judicial contra a X X. 1) Angiorradiologia e Radiologia Intervencionista: Quais os atos médicos podem ser realizados por exemplo: aneurismas torácicos, de aorta abdominal e periféricos. Lembrando que estes procedimentos temos que realizar o ato cirúrgico de dissecação das artérias íleo-femorais para introdução das

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

endoproteses; Consultas clínicas na área de angiologia e cirurgia vascular; Auxiliar em cirurgias venosas(varizes) e arteriais periféricas. 2) Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista: Quais os atos médicos podem ser realizados por exemplo: aneurismas torácicos, de aorta abdominal e periféricos. Lembrando que estes procedimentos temos que realizar o ato cirúrgico de dissecação das artérias íleo-femorais para introdução das endoproteses; Realização de intervenções (angioplastia) periféricas; Angioplastias com colocação de stent periférico; Angioplastias carotídeas e intracranianas. 3) O Angiorradiologista e Radiologista Intervencionista poderão auxiliar as cirurgias de varizes, arteriais e endovasculares?”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

No caso em questão, devemos levar em consideração duas situações, o direito legal do médico e a sua responsabilidade ético-profissional.

De acordo com o Artigo n.º 17 da Lei n.º 3268/1957, “os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade”. Portanto, do ponto de vista legal, o médico após obter seu diploma registrado pelo Ministério da Educação e Cultura, e a devida inscrição no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, poderá atuar e propagar em qualquer ramo ou especialidade da medicina.

Com a evolução da medicina, principalmente na área de diagnóstico e de cirurgias minimamente invasivas, essas novas técnicas exigem do médico habilidades específicas, cujo aprendizado e domínio não ocorrem durante a sua formação médica, mas sim na fase de sua especialização que no caso da medicina corresponde à Residência Médica.

O médico tem o compromisso ético-profissional, de acordo com o Código de Ética Médica, informar ao paciente e à população ter ou não a habilidade necessária para realizar aquele procedimento médico. Dessa forma, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM n.º 1634/2002, aprovou convênio celebrado entre o Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica, instituindo a Comissão Mista de Especialidades, CME, para reconhecimento de Especialidades Médicas e Áreas de Atuação, e

também como serem obtidos, através de programa de Residência Médica ou concurso pelas Sociedades de Especialidades Médicas devidamente filiadas à Associação Médica Brasileira.

Do ponto de vista legal, qualquer médico pode atuar na área da Angiorradiologia, Radiologia Intervencionista, Hemodinâmica ou Cardiologia Intervencionista, conforme solicitação de esclarecimento do consulente a esse Conselho, para procedimentos de diagnóstico, de tratamento e de consultas médicas, de distúrbios vasculares, no entanto do ponto de vista ético-profissional, a divulgação com relação a procedimentos nas artérias coronárias, o médico deverá ser possuidor de Título de Especialista em Cardiologia ou Título de Especialista em Pediatria mais Certificado de Área de Atuação em Cardiologia Pediátrica mais o Certificado de Área de Atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Para os demais vasos, sejam artérias ou veias, centrais ou periféricas, o médico deverá ser possuidor de: Título de Especialista Diagnóstico por Imagem Atuação Exclusiva: Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia; Título de Especialista em Angiologia ou Título de Especialista em Cirurgia Vascular ou Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem mais Certificado de Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular; Título de Especialista em Angiologia ou Título de Especialista em Cirurgia Vascular ou Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem mais Certificado de Área de Atuação em Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 03 de fevereiro de 2014.

LUTERO MARQUES DE OLIVEIRA

Cons. Parecerista

Processo-Consulta n.º 28/2014

Parecer CRM-PR n.º 2446/2014

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3427, de 03/02/2014 - CÂM I

CONSULTA PEDIÁTRICA DE ENCAIXE. COBRANÇA DE HONORÁRIOS

THE PEDIATRIC CONSULTATION OF FITTING - CHARGING FEES

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho**

Palavras-chave – *Consulta de encaixe, pediatria, convênios, emergência.*

Keywords – *Consultation of fitting, pediatricist, agreements, emergency.*

DA CONSULTA

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

“Venho por meio desta, solicitar uma orientação de como devo proceder em meu consultório. Sou pediatra, atendo em consultório particular todos os dias e disponibilizo, em média, 60 horários de consultas por semana para planos de saúde/convênios médicos. Atendo, em média, 240 crianças ao mês, por planos de saúde. O que acontece é que por se tratar de pediatria, as crianças adoecem com uma frequência elevada, necessitando de consultas recorrentes ao longo do mês e muitas vezes, minha agenda não dispõe de horários imediatos para atender a procura de consultas de emergência. Quando ocorre alguma intercorrência de saúde, a família do paciente não quer ir ao pronto-socorro, porque entende que eu sendo a pediatra da criança, devo atendê-la no momento de que mais precisa, que seria na doença aguda. O que é difícil que eles entendam, é que, como citado, nem sempre tenho disponibilidade imediata de horário e que o convênio médico

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

não paga ao profissional consultas de encaixe no intervalo menor de 30 dias. Apesar de alguns convênios relatarem que existe a segunda consulta para pediatria, a grande maioria destas consultas ainda são glosadas. Para tentar resolver este problema, que tem me incomodado muito nos últimos tempos, pensei em propor "horário de encaixe" destinados a consultas de emergência. Desta forma, eu manteria a disponibilidade de consultas eletivas destinadas aos convênios, porém estaria criando novos horários especiais para consultas de emergência. Sei que esta atitude exige que eu aumente a minha carga horária no consultório, isto é, vou trabalhar mais e no meu entendimento, seria justo cobrar a parte, mesmo porque os convênios não reconheceriam a importância deste atendimento, muito menos não valorizariam o meu trabalho adicional e, é claro, não me pagariam por isto. Minha sugestão seria avisar os paciente que a partir da data "XXX" (a ser estudada), para os atendimentos de emergência ("encaixes") será cobrando o valor "XXX" (a ser decidido). Sei dos problemas que isto pode acarretar e das reclamações que serão geradas aos convênios, por isso, quero me adiantar e me informar do que posso fazer para tratar desta situação da melhor forma possível. A minha ideia é ajudar o paciente no momento de uma doença aguda, com este atendimento especial, mas sem ser prejudicada também. Quero que o paciente entenda que isto é uma sugestão e que caso ele não concorde, nada impede que o paciente se dirija ao pronto socorro e seja atendido pelo pediatra de plantão, sem nenhum custo adicional. Quero ainda deixar bem claro que vou manter horário que já é destinado aos convênios e vou aumentar a carga horária para disponibilizar mais horários para consultas de emergência."

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O presente parecer diz respeito à agenda de consultório, propondo a criação de horários de encaixe para consultas de emergência, com a consequente cobrança de honorários.

A consulente em sua solicitação, esclarece ser pediatra e disponibiliza horários de consulta para operadoras de saúde, em média de 60 h por semana.

Relata que as famílias a procuram com doenças agudas em seus filhos e que nem sempre tem disponibilidade imediata de horário, acrescido de que consultas de encaixe no intervalo menor de 30 dias não são pagas pela operadora de saúde.

Propõe a criação de novos horários especiais para consultas de emergência em "horários de encaixe", com aumento da carga horária de trabalho. A consulente sugere avisar previamente aos responsáveis de seus pacientes que a partir de

determinada data, os atendimentos nos “horários de encaixe” seriam cobrados os honorários pertinentes. Esclarece que não havendo concordância com o pagamento, o mesmo pode se dirigir ao serviço de Pronto Atendimento.

Considerações

A relação médico paciente/familiares vem sofrendo transformações impostas por gestores de saúde e pela apatia e passividade dos profissionais médicos. A presença das intermediadoras de serviços de saúde influe e impõe regras que afetam diretamente esta relação.

A relação médico paciente/familiares é um fenômeno social complexo e pressupõe além de requisitos técnicos, uma relação de confiança, um contrato mesmo que tácito, entre o profissional médico e seu paciente, uma relação assimétrica, pela grande diferença de conhecimento na área de cuidados de saúde. Em se tratando de pediatria, onde o profissional médico mantém relação de confiança com os responsáveis do paciente, a complexidade cresce, assim como diminui a aceitação para procurar outro médico em situações de urgências.

O contrato que rege as normas éticas da relação médico paciente está previsto no código de ética médica, quando seus postulados e demais resoluções complementares orientam a postura profissional do médico.

Mas o atual cenário exhibe duas outras modalidades de contrato, a dizer: O contrato da operadora de saúde e o médico e o contrato da operadora e seus usuários.

Em referência a relação contratual entre as operadoras de saúde e o médico podemos dividir inicialmente em duas grandes modalidades: Os médicos que pertencem à rede própria da operadora de saúde, seja na categoria de contratos por CLT ou na categoria de médico cooperado. Nesta situação os médicos seguem a legislação trabalhista, em relação à carga horária e número de consultas ou na situação de cooperativa médica seguem o regimento específico apurado em assembleia correspondente.

O segundo grupo seriam os médicos que estabelecem contratos com as operadoras de saúde, pactuando suas cláusulas de responsabilidade, onde deve estar explícito a carga horária disponível, o local de atendimento e o recebimento de honorários médicos. Não deve ser um contrato de adesão e sim um contrato não abusivo, entre duas partes, a operadora de saúde contratante e o médico contratado. Assim, alterações contratuais devem ser objeto de acordo prévio entre as

partes, não havendo êxito na conciliação, poderá ocorrer cessação deste contrato.

Já em referência a relação contratual entre as operadoras de saúde contratadas e os usuários contratantes, as mesmas são mediadas pela agência nacional de saúde suplementar (ANSS), as únicas deste contexto baseadas no código do consumidor. Os usuários contratam serviços da intermediadora operadora de saúde para terem atendimento em saúde. Os contratos (produtos) são firmados baseados na capacidade instalada contratada pela operadora de saúde suprir a demanda originada pelo número de usuários contratantes.

Nas situações de dificuldade de agenda aos usuários, a operadora de saúde deve ser questionada em relação a sua capacidade instalada, este papel é da competência da ANSS e da lei do consumidor. Vale a ressaltar ainda os usuários que contratam operadoras de saúde seguradoras, onde estes usuários tem a liberdade de procurar o médico de sua escolha e ressarcir as despesas na seguradora. Neste sentido, já existe jurisprudência também para ressarcimento aos usuários de operadoras de saúde não seguradoras, mas existe limitação dos valores ressarcidos vinculados a parâmetros de valor, apontados em contrato.

Em termos breves, tentamos delinear esta relação triangular: 1) o paciente contratante mantém interface com o médico e a sua operadora de saúde contratada; o médico contratado mantém interface com o paciente (usuário) e a operadora de saúde; a operadora de saúde contratada pelo usuário é contratante do médico.

Se a relação médico paciente já era socialmente complexa, a mesma foi agravada pela sociedade mercantil e de consumo, quando pactuações administrativas conflitam com postulados éticos.

CONCLUSÃO

A consulta apresenta objetividade, mas o contexto onde ocorre suscita amplos aspectos de análise, assim as respostas devem ser normativas, orientadoras, mas sem a concretude do sim ou não.

A relação médico paciente familiares a ser regida pelo CEM preconiza a valorização da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, onde as deliberações devem ter respeito à vida e a dignidade humana, valorizando o trabalho do médico, mas sem fazer da profissão instrumento da mercantilização.

A relação contratual entre as operadoras de saúde e os médicos contratados

deve prever entre as partes os valores dos serviços prestados, assim como consulta com intervalo de tempo mais reduzido e motivações diferentes. A pactuação de cobrança complementar pode estar prevista em contrato, como citado, em relação à segunda ou terceira consulta do mês, pode estar vinculado à disponibilidade de horário contratado ou outros, mas não vinculada à condição de emergência, pois se trata de momentos onde o paciente está mais fragilizado em sua necessidade.

A relação contratual entre as operadoras de saúde contratada e os usuários é regida pela ANSS, a qual normatiza todos os planos, chamados produtos, disponíveis para aquisição.

Neste sentido, percebe-se que a relação ética é regida pelo CEM, a relação das operadoras de saúde e usuários pela ANSS, e a relação entre a operadora de saúde e o médico está prevista em contrato administrativo, de prestação de serviços onde o médico não deve ser objeto de adesão e sim um polo ativo que pactua cláusulas no seu exercício profissional. Nesta linha entende-se que alterações contratuais da operadora de saúde contratante e os médicos contratados não devem ser realizados com os usuários e sim previamente com a operadora de saúde. Caso não haja concordância contratual, os usuários que contrataram a operadora de saúde podem optar se continuaram sua relação com o médico ou não, pois a contratação de serviços médicos por uma operadora de saúde impõe intervenção na agenda do consultório do médico, e este deve defender sua autonomia profissional, celebrando contratos equânimes entre as partes.

O caminho das indagações da consulente está na revisão de seus contratos com as operadoras de saúde.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 14 de janeiro de 2014.

DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO
Cons. Parecerista

Processo-Consulta n.º 38/2014

Parecer CRM-PR n.º 2433/2014

Parecer Aprovado

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

RESPONSABILIDADE POR PRONTO ATENDIMENTO DE RECEM-NATO APÓS A ALTA

THE RESPONSIBILITY FOR READY SERVICE OF NEWBORN
AFTER BEING LIBERATED FROM THE HOSPITAL

*Luiz Ernesto Pujol**

Palavras-chave – *Responsabilidade, pronto atendimento, recém-nato, após alta, maternidade/hospital, Estatuto da Criança.*

Keywords – *Responsability, ready service, newborn, maternity/hospital, Statute of children.*

Ementa: Atendimento, após alta, de recém-nato em Maternidade que não dispõe de serviço de pronto-atendimento.

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, a Sr.^a XXX, formula consulta com o seguinte teor:

“Paciente obstétrica, atendida em maternidade particular, atendimento este realizado através do convênio contratado para atendimento obstétrico, dá a luz a RN, que após 15 dias da alta procura atendimento pediátrico. A quem este deve se dirigir para o atendimento, visto que a entidade onde foi concebido o recém nato não possui atendimento pediátrico? Existe responsabilidade da entidade hospitalar neste caso?”

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em resposta ao seu questionamento temos a informá-la que não existe nenhuma determinação legal ou deste Conselho Medicina a respeito do assunto (atendimento, após alta, de recém-nato em Maternidade que não dispõe de serviço de pronto-atendimento).

É do nosso conhecimento a procura de atendimento de recém-natos doentes na Maternidade que nasceram em decorrência da desinformação dos pais ou responsáveis, quando da alta, de que esses atendimentos devem ser efetuados em outro local (consultórios ou locais determinados e indicados ao atendimento) frente à indisponibilidade do Serviço de Pronto-Atendimento no local do nascimento. Além dessa informação há que disponibilizar minuciosa descrição, na Carteira de Saúde, dos dados referentes ao pré-natal, condições de nascimento e eventuais intercorrências no período de permanência da criança na Maternidade, com isso facilitando o raciocínio no atendimento por pediatra de outro serviço.

Essas informações evitarão a perpetuação da procura em Hospitais e Maternidades que não disponibilizaram profissionais aos atendimentos de urgência-emergência em neonatologia ou pediatria e, a responsabilização legal e ética constante no Estatuto da Criança e do Adolescente que delega essa função primordialmente ao Poder Público (letra b do Parágrafo Único no Art. 4.º do ECA) mas também a Serviços de relevância pública (como o são as casas hospitalares em geral).

Recomenda-se, no entanto, que situações excepcionalmente graves e de risco de vida de um recém-nascido, sejam atendidas por qualquer neonatologista ou pediatra presente no local de procura de assistência, descaracterizando omissão de socorro e suas consequências jurídicas, éticas e humanitárias.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 20 de janeiro de 2014.

LUIZ ERNESTO PUJOL

Cons. Parecerista

Processo-Consulta n.º 08/2014

Parecer CRM-PR n.º 2441/2014

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3422, de 20/01/2014 - CÂM II

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS
E AUTORES.**

NÚMEROS 121 A 124/2014

OBSERVAÇÕES

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou e-mail à biblioteca;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8 - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 9 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-PR.

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Alves, Kamila					Atlântido Barba Cortes				
Monografia	121	12	31	2014	1929 Interno na Santa Casa	121	94	31	2014
Anencefalia					1934 Graduação em Medicina-UFRPR	121	94	31	2014
Aborto	123	160	31	2014	Acervo pessoal de livros	121	94	31	2014
Aspectos médicos	123	160	31	2014	Associação Médica do Paraná	121	94	31	2014
Bioética	123	160	31	2014	Casado com Maria C. Faria Cortes				
Direito	123	160	31	2014	por 76 anos	121	94	31	2014
Arquivos do Conselho Regional de					Clinica Médica do Curso de Medicina	121	94	31	2014
Medicina do Paraná					Concurso para catedrático em				
Números 121 a 124/2014	124	248	31	2014	Clínica Médica	121	94	31	2014
Arquivo médico					Conselheiro do CRM-PR há 56 anos	121	94	31	2014
Desativação	123	188	31	2014	Diretor da Faculdade de Medicina	121	94	31	2014
Diretor	123	188	31	2014	Disciplinado e pontual	121	94	31	2014
Falecimento	123	188	31	2014	Doação ao Museu de História da				
Fichário médico	123	188	31	2014	Medicina	121	94	31	2014
Perda	123	188	31	2014	Em 1948 classificou-se em 1º lugar	121	94	31	2014
Processo Consulta nº 07/14	123	188	31	2014	Esposa falecida um mês após	121	94	31	2014
Publicação	123	188	31	2014	Faleceu em 10/04/14 com 102 anos	121	94	31	2014
Resolução CRM-PR nº 41/92	123	188	31	2014	Homenageado com medalha				
Artigo Especial					Esforço de Guerra	121	94	31	2014
Paraná gasta em média R\$ 0,70 ao dia					Homenageado por 17 turmas	121	94	31	2014
na saúde de cada habitante	124	208	31	2014	Hospital de Clínicas da UFPR	121	94	31	2014
Atestado médico					Médico do Exército Brasileiro	121	94	31	2014
Atividade esportiva	123	197	31	2014	Presidente da Assoc. Méd.do PR	121	94	31	2014
Atividade física	123	197	31	2014	Presidente Soc. Bras. Endocrinologia	121	94	31	2014
Ato médico	123	197	31	2014	Reitor temporário da UFPR	121	94	31	2014
Responsabilidade	123	197	31	2014					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Atos Médicos e as Especialidades					Doenças raras				
Relacionados que podem ser realizadas					Alto custo	123	173	31	2014
Área de atuação	124	238	31	2014	Centros especializados	123	173	31	2014
Ato médico	124	238	31	2014	Dia internacional	123	173	31	2014
Especialidades	124	238	31	2014	Natan Monsorez	123	173	31	2014
Autoprescrição medicamentosa					Sem medicação	123	173	31	2014
Carimbo na receita	122	129	31	2014	Ehrenfried Othmar Wittig				
Ferreira, Pedro Eduardo Nader	122	129	31	2014	Artigo	121	94	31	2014
Medicamento autoprescritos	122	129	31	2014	Artigo	122	154	31	2014
Pedro Eduardo N. Ferreira	122	129	31	2014	Artigo	123	200	31	2014
Receita e o carimbo	122	129	31	2014	Artigo	124	205	31	2014
Boas Práticas Médicas					Ensino Médico				
Agência Reguladora	121	36	31	2014	Diretris curricular	122	112	31	2014
ANS	121	36	31	2014	Docência exclusividade médica	122	127	31	2014
Contratualização	121	36	31	2014	Ensino Médico Brasileiro	122	112	31	2014
Honorários	121	36	31	2014	Exercício da medicina				
Planos de saúde	121	36	31	2014	[Lei nº 12.842/2013]	122	127	31	2014
Carlos Alberto Moro					Falha no ensino	122	112	31	2014
Classificação	123	175	31	2014	Figueiras, Marco Aurélio S.	122	112	31	2014
Conto	123	175	31	2014	Formação acadêmica	122	127	31	2014
Documentos	123	175	31	2014	Função médica delegada	122	127	31	2014
Expedicionária	123	175	31	2014	História e ensino médico	122	112	31	2014
Normativas nº 2070/14	123	175	31	2014	Marco Aurélio S. Figueiras	122	112	31	2014
Resolução CFM nº 2070/14	123	175	31	2014	Parecer CFM nº 1/2014	122	127	31	2014
Revogação CFM nº 1892/09	123	175	31	2014	Prerrogativa médica	122	127	31	2014
Concurso - Ética - 24º Concurso					Prescrição médica	122	112	31	2014
Precarização da Saúde Pública	121	12	31	2014	Reforma de ensino	122	112	31	2014
Trabalho premiado 24º Concurso	121	12	31	2014	Supervisão exclusividade médica	122	127	31	2014
Conselheiros Suplentes convocados					Equidade				
Conselheiros efetivos continuidade	121	74	31	2014	Carta Magna	121	12	31	2014
Convocação de suplentes	121	74	31	2014	Constituição Federal	121	12	31	2014
Resolução CRM-PR nº 193/2013	121	74	31	2014	Direito Social	121	12	31	2014
Suplentes - convocação de conselheiros	121	74	31	2014	Direito Universal	121	12	31	2014
Consulta pediátrica de encaixe					Integralidade	121	12	31	2014
Cobrança de honorários					Precarização (SUS)	121	12	31	2014
Consulta	124	241	31	2014	Saúde	121	12	31	2014
Contrato	124	241	31	2014	Sociais (Direitos)	121	12	31	2014
Convênios	124	241	31	2014	SUS - precarização	121	12	31	2014
Emergência	124	241	31	2014	Universalidade	121	12	31	2014
Encaixe	124	241	31	2014	Especialidades				
Horário	124	241	31	2014	Comissão de Especialidade	121	43	31	2014
Operadoras de Saúde	124	241	31	2014	Comissão de Áreas de atuação	121	43	31	2014
Pediatria	124	241	31	2014	Comissão Mista de Especialidades	121	43	31	2014
Cortes, Atlântido Borba					Convênio AMB/CFM/CNRM 2002	121	43	31	2014
Artigo	121	94	31	2014	Especialidades (outras)				
Delegacia Regional Metropolitana de					CFM nº 1694/2002	121	43	31	2014
Abrangência	124	235	31	2014	Especialidades (anexo II)				
Criação	124	235	31	2014	CFM nº 2005/2012	121	43	31	2014
Curitiba	124	235	31	2014	Medicina paliativa	121	43	31	2014
Curitiba e Litoral do Paraná					Resolução CFM nº 2068/2013	121	43	31	2014
Delegacia Regional	124	235	31	2014	Exame Médico Ocupacional				
Litoral	124	235	31	2014	Agravado decorrente	121	91	31	2014
Metropolitana	124	235	31	2014	Apto com restrição	121	91	31	2014
Dia Nacional de Alerta					Apto com restrição definitiva	121	91	31	2014
Auditoria	121	36	31	2014	Atestado médico de afastamento	121	91	31	2014
Boas práticas médicas (Planos)	121	36	31	2014	Atestado de Saúde Ocupacional-ASO	121	91	31	2014
Comissão de Ética (Presidente da República)	121	36	31	2014	Critérios de afastamento	121	91	31	2014
Consulta pública	121	36	31	2014	Inapto	121	91	31	2014
Ética (Presidente da República)	121	36	31	2014	Inato temporário	121	91	31	2014
Negociação de honorários (SUS)	121	36	31	2014	Inconcluso	121	91	31	2014
Pagamento por qualidade	121	36	31	2014	Ketli Stylianos Patsis	121	91	31	2014
Planos de saúde (contratualização)	121	36	31	2014	Lesão incapacitante	121	91	31	2014
Qualidade assistencial	121	36	31	2014	Médico do Trabalho	121	91	31	2014
					Normas Regulamentadoras	121	91	31	2014

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Parecer CRM-PR nº 2438/2014	121	91	31	2014	Nexo epidemiológico	121	84	31	2014
Portaria nº 3214-GM	121	91	31	2014	Nexo previdenciário	121	84	31	2014
Responsabilidade	121	91	31	2014	Nexo Técnico	121	84	31	2014
Função					Nexo Técnico Epidemiológico				
Autarquia pública	122	108	31	2014	Previdenciário	121	84	31	2014
Autonomia	122	108	31	2014	Nexo trabalho e doença	121	84	31	2014
Callegari, Desiré Carlos	122	108	31	2014	Parecer CRM-PR nº 2440/2014	121	84	31	2014
Desiré Carlos Callegari	122	108	31	2014	Patsis, Keti Stylianos	121	84	31	2014
Fiscalização	122	108	31	2014	Perícia médica INSS	121	84	31	2014
Lei nº 8.268/57	122	108	31	2014	Prontuário médico	121	84	31	2014
Medida provisória nº 621/13	122	108	31	2014	Registros médicos	121	84	31	2014
Política pública	122	108	31	2014	Seguro Acidentes de Trabalho	121	84	31	2014
Prática médica	122	108	31	2014	Sigilo das informações	121	84	31	2014
Registro	122	108	31	2014	Validade do exame médico	121	84	31	2014
José Schweidson					Medicina Eleitoral				
Dermatologista	123	205	31	2014	Bolsistas	122	110	31	2014
Doação de livros	123	205	31	2014	Carência médica	122	110	31	2014
Ehrenfried Othmar Wittig	123	205	31	2014	Conselho Regional de Medicina	122	110	31	2014
Museu de História da Medicina	123	205	31	2014	Ferreira, Sidenei	122	110	31	2014
Professor UFPR	123	205	31	2014	Intercambistas	122	110	31	2014
Schweidson, José	123	205	31	2014	"Mais Médicos"	122	110	31	2014
Wittig, Ehrenfried Othmar	123	205	31	2014	Médicos estrangeiros	122	110	31	2014
Julgamento e aprovação da prestação de contas do CFM/2013					Médicos Cubanos	122	110	31	2014
CFM	124	226	31	2014	Política	122	110	31	2014
CFM/2013	124	226	31	2014	Programa "Mais Médicos"	122	110	31	2014
Instrução normativa	124	226	31	2014	Propaganda	122	110	31	2014
Julgamento	124	226	31	2014	Registro Médico	122	110	31	2014
Prestação de contas	124	226	31	2014	Responsabilidade	122	110	31	2014
Regularidade	124	226	31	2014	Revalida	122	110	31	2014
Kamila Alves					Sidenei Ferreira	122	110	31	2014
Monografia	121	12	31	2014	Médico do Trabalho				
Luiz Ernesto Pujol					Anúncios (CRM)	121	40	31	2014
Artigo	123	197	31	2014	Carteira de Médicos do Trabalho	121	40	31	2014
Mais Médicos					Com. Nac. Res. Med. do Min. Educ.	121	40	31	2014
Escravos cubanos	121	38	31	2014	Comissão Nacional Residência Médica CFM 1634/2002	121	40	31	2014
Sociedade Brasileira	121	38	31	2014	Comissão Mista de Especialidades Res. CFM 2068/2013	121	40	31	2014
Vocação Escravagista	121	38	31	2014	Comunicação (CRM)	121	40	31	2014
Manual de Vistoria Res. CFM 2.073/14					Divulgação (CRM)	121	40	31	2014
Departamento de fiscalização (CRM-PR)	122	120	31	2014	João Anastácio Dias	121	40	31	2014
Fiscalização (Manual de vistoria)	122	120	31	2014	Medicina do Trabalho (CRM)	121	40	31	2014
Nova redução (Manual de vistoria)	122	120	31	2014	Médico do Trabalho CRM/MTEM 1989	121	40	31	2014
Prontuário - Manual de vistoria	122	120	31	2014	Propaganda (CRM)	121	40	31	2014
Resolução CFM nº 2.073/14	122	120	31	2014	Publicidade (CRM)	121	40	31	2014
Serviços médicos	122	120	31	2014	Reconhecimento de Médico Especialista	121	40	31	2014
Vistoria-roteiro	122	120	31	2014	Registro de especialidades				
Vistoria/fiscalização (anexo II e grupos 1, 2, 3 e 4)	122	120	31	2014	Resolução CFM nº 2061/2013	121	40	31	2014
Medicina do trabalho					Registro de especialidades CRM	121	40	31	2014
Agentes Patogênicos	121	84	31	2014	Registro de especialidade CFM 1286/89	121	40	31	2014
Atestados e laudos	121	84	31	2014	Registro de especialidade AMB	121	40	31	2014
CAT- emissão	121	84	31	2014	Resol. CFM 1974/2011, critérios	121	40	31	2014
Classificação Nacional de Atividade Econômica	121	84	31	2014	Resol. de divulgação/propaganda/anúncios	121	40	31	2014
Comunicação do acidente	121	84	31	2014	Resol. publicidade, comunicação	121	40	31	2014
Contestação de nexos técnicos	121	84	31	2014	Resolução CFM nº 2061/2013	121	40	31	2014
Contestação do benefício	121	84	31	2014	Supervisor	121	40	31	2014
Emissão da CAT	121	84	31	2014	Título Especialista e cargo de Diretor Técnico	121	40	31	2014
Inexistência de nexos	121	84	31	2014	Título Especialista e cargo de Supervisor	121	40	31	2014
INSS - contestação	121	84	31	2014	Título Especialista e cargo de Chefe de Serv. Assist.	121	40	31	2014
Keti Stylianos Patsis	121	84	31	2014	Título Diretor Técnico Reg. CRM	121	40	31	2014
Lei nº 8213/1991	121	84	31	2014					
Locais de trabalho	121	84	31	2014					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Médico Perito (CFM nº 1931/09)					Parecer CRM-PR nº 2451/2014				
Ato médico	122	129	31	2014	A Federação de desporto pode exigir atestado?	122	150	31	2014
Auditoria médico-pericial	122	129	31	2014	Atestado médico e tempo de validade	122	150	31	2014
Fonseca, Renato Moreira	122	129	31	2014	Lenke, Viviana de Mello Guzzo	122	150	31	2014
Médico perito (Parecer CFM nº 09/06)	122	129	31	2014	Prática de desportos profissional ou não	122	150	31	2014
Paciente portando arma	122	129	31	2014	Viviana de Mello Guzzo Lenke	122	150	31	2014
Perito coagido	122	129	31	2014	Perícia Médica Judicial				
Perito é um julgador	122	129	31	2014	Advogado na perícia judicial	121	80	31	2014
Perito médico pericial	122	129	31	2014	Assistentes técnicos	121	80	31	2014
Portador de arma de fogo	122	129	31	2014	Ato privativo médico	121	80	31	2014
Recusa de perícia médica	122	129	31	2014	Conselheiro Relator	121	80	31	2014
Renato Moreira Fonseca	122	129	31	2014	Engenheiro e enfermeiro do trabalho	121	80	31	2014
Monografia - Ética Médica					José Albertino de Souza	121	80	31	2014
Trabalho premiado 24º Concurso	121	12	31	2014	Médico perito e autonomia	121	80	31	2014
Padronização e Identificação dos Médicos					Modificações no artigo 12 prevalece	121	80	31	2014
Identificação	124	232	31	2014	Parecer CFM nº 31/2013	121	80	31	2014
Médico	124	232	31	2014	Participantes estranhos ao ato médico	121	80	31	2014
Padronização	124	232	31	2014	Pessoas estranhas na perícia	121	80	31	2014
Placas	124	232	31	2014	Resolução CFM nº 1940/10 prevalece?	121	80	31	2014
Parecer CRM-PR nº 2462/2014					Resolução CFM nº 1810/06	121	80	31	2014
Células Tronco em Dermatologia	122	137	31	2014	Resolução CFM nº 1488/98	121	80	31	2014
Células tronco	122	137	31	2014	Resolução CFM nº 2015/13	121	80	31	2014
Dermatologia	122	137	31	2014	Resolução CFM nº 2015/13	121	80	31	2014
Estética	122	137	31	2014	Resolução médico-paciente	121	80	31	2014
Ewolda Von Rosen Seeling Stahlke	122	137	31	2014	Sigilo médico	121	80	31	2014
Regeneração	122	137	31	2014	Planejamento jurídico				
Stahlke, Ewolda Von Rosen Seeling	122	137	31	2014	Conflitos	122	115	31	2014
Parecer CRM-PR nº 2449/2013					Contratos	122	115	31	2014
Acesso a terapêutica da hanseníase	122	140	31	2014	Exercício da medicina	122	115	31	2014
Atendimento	122	140	31	2014	Legislação	122	115	31	2014
Hanseníase tipo I, II, III	122	140	31	2014	Pessoa jurídica	122	115	31	2014
Incapacidade	122	140	31	2014	Planos de saúde	122	115	31	2014
Manual de Hanseníase MS	122	140	31	2014	Prevenção jurídica	122	115	31	2014
Ministério da Saúde	122	140	31	2014	Riscos e prevenção	122	115	31	2014
Notificação compulsória	122	140	31	2014	Sociedade	122	115	31	2014
Portaria MS nº 3125/2010	122	140	31	2014	Plano de Saúde				
Portaria MS nº 594/2010	122	140	31	2014	Anti inflamatórios	123	190	31	2014
Resolução CFM nº 1780/2005	122	140	31	2014	Efeitos colaterais	123	190	31	2014
Saúde pública	122	140	31	2014	Estudo medial	123	190	31	2014
Serviço de Atenção integral a tipo I - III	122	140	31	2014	Hospitais	123	190	31	2014
Parecer CRM-PR nº 2439/2014					Lauda cirúrgico	123	190	31	2014
Acompanhamento pós acidentes	121	87	31	2014	Livre escolha	123	190	31	2014
Acompanhante e o benefício	121	87	31	2014	Medicamentos	123	190	31	2014
Benefícios do INSS	121	87	31	2014	Operadoras	123	190	31	2014
Benefícios públicos	121	87	31	2014	Roberto Issamu Yosida	123	190	31	2014
Continuidade do acompanhamento	121	87	31	2014	Usuários	123	190	31	2014
Direito de atestado	121	87	31	2014	Yosida, Roberto Issamu	123	190	31	2014
Formulário para benefícios	121	87	31	2014	Postos de Saúde				
Formulário oficial	121	87	31	2014	Ambulatórios (grupos)	122	117	31	2014
Formulários de benefícios	121	87	31	2014	Consultório (grupos)	122	117	31	2014
Keti Stylianos Patsis	121	87	31	2014	Fiscalização	122	117	31	2014
Medicina do Trabalho	121	87	31	2014	Manual de Vistoria (Resolução)	122	117	31	2014
"Minhas Casa, Minha Vida"	121	87	31	2014	Serviços médicos	122	117	31	2014
Necessidades especiais	121	87	31	2014	Uniformização	122	117	31	2014
Pacientes e necessidades especiais	121	87	31	2014	Precarização				
Pedido de Assistentes Sociais	121	87	31	2014	Artigo	123	197	31	2014
Pedido de Benefícios	121	87	31	2014	Princípios constitucionais	121	12	31	2014
Perito médico	121	87	31	2014	Princípios da equidade	121	12	31	2014
Preenchimento de atestado	121	87	31	2014	Princípios da integralidade	121	12	31	2014
Preenchimento de documento	121	87	31	2014	Princípios da universalidade	121	12	31	2014
Resolução CFM nº 1851/2008	121	87	31	2014	Princípios do SUS	121	12	31	2014
Resolução CFM nº 1658/2002	121	87	31	2014	Pujal, Luiz Ernesto				
Serviço de reabilitação e perícia	121	87	31	2014	SUS	121	12	31	2014
Sequelas neurológicas	121	87	31	2014					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Prescrição da Pretensão Punitiva					Operadora de Saúde e seus manuais	122	144	31	2014
Exposição de motivos CFM nº 2066/13	121	72	31	2014	Parecer CRM nº 2442/2014	122	144	31	2014
Pretensão punitiva - CFM nº 1587/99	121	72	31	2014	Protocolos, manuais, diretrizes	122	144	31	2014
Resolução CFM nº 1587/99	121	72	31	2014	Resolução CFM nº 1614/2001	122	144	31	2014
Resolução CFM nº 2023/13	121	72	31	2014	Todas as regras devem estar no contrato	122	144	31	2014
Programa "Mais Médicos"					Resolução CFM nº 2056/13				
Carência SUS	124	211	31	2014	Anestesia local	122	117	31	2014
Contrato OPMs	124	211	31	2014	"Arquivos" nº 120	122	117	31	2014
Coordenação	124	211	31	2014	CAPS	122	117	31	2014
Cubanos	124	211	31	2014	Comunidades terapêuticas (CAPS)	122	117	31	2014
Cursos de medicina	124	211	31	2014	Eletrcardiograma	122	117	31	2014
Estrangeiros	124	211	31	2014	Equipamentos básicos	122	117	31	2014
Intercambista	124	211	31	2014	Equipamento de consultório	122	117	31	2014
Lei nº 12.871/10/2013	124	211	31	2014	Exercício da medicina	122	117	31	2014
Limitações	124	211	31	2014	Maca	122	117	31	2014
Médicos	124	211	31	2014	Manual de vistoria	122	117	31	2014
Programa	124	211	31	2014	Manual de fiscalização	122	117	31	2014
Recursos humanos	124	211	31	2014	Prontuário e consultório	122	117	31	2014
Remuneração	124	211	31	2014	Regras de fiscalização	122	117	31	2014
Residência	124	211	31	2014	Resolução CFM nº 2,073/14	122	117	31	2014
Revalidação	124	211	31	2014	Teste ergométrico	122	117	31	2014
Proibido o trabalho de Médicos em hospitais, sem inscrição no CRM e CFM					Vistoria ambulatório	122	117	31	2014
CRM/CFM	124	229	31	2014	Vistoria consultório	122	117	31	2014
Hospitais	124	229	31	2014	Vistoria (manual)	122	117	31	2014
Médicos	124	229	31	2014	Resolução CFM nº 2.072/14				
Proibido	124	229	31	2014	Apuração Penal ou Civil	122	120	31	2014
Sem inscrição	124	229	31	2014	Denúncia dos diretores de hospitais	122	120	31	2014
Trabalho	124	229	31	2014	Diretor clínico e responsabilidade	122	120	31	2014
Reabilitação					Diretor técnico e responsabilidade	122	120	31	2014
Ehrenfried Othmar Wittig	123	200	31	2014	Internação de pacientes	122	120	31	2014
Fisioterapia	123	200	31	2014	Lei nº 3.268 (30/09/57) CFM	122	120	31	2014
Métodos de recuperação	123	200	31	2014	Obrigação de Diretor Clínico	122	120	31	2014
Neurofisiologia	123	200	31	2014	Obrigatório registro médico no CRM	122	120	31	2014
Neurologia	123	200	31	2014	Registros médicos no CRM	122	120	31	2014
Pediasuit/therasuit	123	200	31	2014	Resolução CFM nº 1.931/2009	122	120	31	2014
Técnicas reabilitadoras	123	200	31	2014	Serviço médico em hospitais	122	120	31	2014
Theratogs	123	200	31	2014	Serviço médico em instituições de saúde	122	120	31	2014
Wittig, Ehrenfried Othmar	123	200	31	2014	Sistema Médico de Saúde	122	120	31	2014
Receita Médica de 1927					Resolução CFM nº 2.069/14				
Amaral e Silva, Victor Ferreira do	122	154	31	2014	Cracha, carimbo, avental	122	125	31	2014
Associação Médica do Paraná	122	154	31	2014	Identificação em qualquer documento	122	125	31	2014
Doações ao museu	122	154	31	2014	Identificação do médico	122	125	31	2014
Ehrenfried Othmar Wittig	122	154	31	2014	Identificação como médico em atividade	122	125	31	2014
Museu de História da Medicina	122	154	31	2014	Identificação de especialidade em atividade	122	125	31	2014
Victor Ferreira do Amaral e Silva	122	154	31	2014	Responsabilidade por Pronto Atendimento de Recém-nato após alta				
Wittig, Ehrenfried Othmar	122	154	31	2014	Após alta	124	246	31	2014
Redação Especialidades Médicas					Estatuto da Criança	124	246	31	2014
Áreas de atuação	121	43	31	2014	Maternidade e hospital	124	246	31	2014
Atuação (áreas)	121	43	31	2014	Pronto atendimento	124	246	31	2014
Certificação	121	43	31	2014	Recém-nato	124	246	31	2014
Especialidades (títulos)	121	43	31	2014	Responsabilidade	124	246	31	2014
Nova redação - Especialidades	121	43	31	2014	Taxas de pagamento				
Nova Resolução CFM 2005/12	121	43	31	2014	Auxílio	123	181	31	2014
Orientação (áreas de atuação)	121	43	31	2014	Diárias	123	181	31	2014
Título de Especialidade Médica	121	43	31	2014	Pagamento	123	181	31	2014
Relação Contratual Hospital e Operadora					Verba indenizatória	123	181	31	2014
ANSS e contratos	122	144	31	2014	Terapia "Alternativa"				
A glosa de medicações	122	144	31	2014	Dalvílio de Paiva Madrugá	121	76	31	2014
Donizetti Dimer Gamberardino Filho	122	144	31	2014	Exercício ilegal e charlatanismo	121	76	31	2014
Gamberardino Fº, Donizetti Dimer	122	144	31	2014	Impedimento de uso terapias	121	76	31	2014
Não pode a operadora determinar	122	144	31	2014	Medicina Alternativa - pareceres contrários	121	76	31	2014
Operadora e a responsabilidade	122	144	31	2014					
Operadoras de Saúde/Hospital	122	144	31	2014					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Parecer CFM nº 33/13	121	76	31	2014	Escravos cubanos	121	38	31	2014
Pareceres contrários da Sociedade Hemoterapia, Hematologia, etc	121	76	31	2014	Exame de qualificação	121	38	31	2014
Projeto de Lei nº 3/2011 S.Paulo	121	76	31	2014	Exploração	121	38	31	2014
Serviços de Acupuntura, Hematologia Reiki	121	76	31	2014	Falta de médicos	121	38	31	2014
Serviços de Fisioterapia, Musicoterapia	121	76	31	2014	Faltam profissionais	121	38	31	2014
Terapias - Assembléia Legislativa SP	121	76	31	2014	"Mais Médicos"	121	38	31	2014
Técnicas orientais, etc	121	76	31	2014	Médicos insuficientes?	121	38	31	2014
RDC nº 153/04 - Anvisa	121	76	31	2014	Qualidade insuficiente	121	38	31	2014
Vigilância Sanitária Alternativa	121	76	31	2014	Qualidade médica	121	38	31	2014
Vocação Escravagista	121	38	31	2014	Remuneração - médico estrangeiro	121	38	31	2014
Brasil médico - explorador	121	38	31	2014	Sistema escravocata ("Mais Médicos")	121	38	31	2014
Cubana Dr ^o . Ramona	121	38	31	2014	Sociedade Brasileira	121	38	31	2014
Cubanos escravos	121	38	31	2014	Wittig, Ehrenfried Othmar	121	94	31	2014
Ditadura feudal	121	38	31	2014	Artigo	122	154	31	2014
Escravagista - governo	121	38	31	2014	Artigo	123	200	31	2014
					Artigo	124	205	31	2014

É mais fácil tratar a morte como um fenômeno puramente biológico, mas a morte de seres humanos recusa simplificações dessa natureza. Aspectos institucionais, jurídicos, sociais, culturais e religiosos insistem em se intrometer e complicar a situação, ao reivindicar o direito de seus agentes interferirem.

INTEGRAÇÃO

O ideal é integrar o conhecimento científico, o saber jurídico e as sensibilidades huma e ética numa única abordagem. Quando se entende que a Medicina, a Justiça e a Economia têm suas ações a serviço do cidadão, ou seja, da pessoa como indivíduo e como membro de uma comunidade inserida na sociedade, depara-se no doente terminal um valor escondido: o respeito à sua autonomia. Essa pessoa e, particularmente, no caso de crianças ainda sem discernimento, sua família têm o direito de saber tudo a respeito de sua doença, o direito de tomar uma decisão, o direito de não ser abandonado, o direito a tratamento paliativo para amenizar seu sofrimento, o direito de não ser tratado como um mero objeto cuja vida pode ser encurtada ou prolongada segundo as conveniências da família ou das instituições. Estas são exigências humanas e éticas que procuram promover o bem-estar global da pessoa no final de vida e, conseqüentemente, sua saúde enquanto a morte não advém.

* Mário Roberto Hirschheimer é presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

O PULMÃO DE AÇO

STEEL LUNG

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Pulmão de aço, museu.*

Keywords – *Steel lung, museum.*

Inventado nos Estados Unidos em 1928, o pulmão de aço estava entre as primeiras importantes máquinas do suporte à vida. Consiste basicamente de uma câmara hermética conectada a uma bomba de ar.

A máquina foi originalmente concebida para ajudar as vítimas da inalação de gases. Mais tarde, os pulmões de aço se tornariam famosos por manter vivos os pacientes de polio-mielite. Em casos graves, quando a doença paralisava os músculos respiratórios, o pulmão de aço assegurava a respiração dos pacientes.

Um pulmão de aço ou ventilador de pressão negativa é um tipo de ventilador que permite a uma pessoa respirar em caso de paralisia dos músculos da respiração ou quando o esforço necessário para a respiração excede a capacidade dessa pessoa¹. A ventilação por pressão negativa foi praticamente substituída por meios de ventilação de pressão positiva, intubação ou ventilação bifásica.

Os animais, e em especial o homem, respira através de pressão negativa²: a caixa torácica expande-se e o diafragma contrai-se, alargando a cavidade torácica. Isto faz com que a pressão do ar no interior dos pulmões diminua para valores inferiores ao da atmosfera, fazendo com que o ar circule para o seu interior (inalação). Quando o diafragma relaxa, dá-se a situação inversa (exalação). Quando determinada pessoa perde total ou parcialmente a capacidade de controlar os músculos envolvidos no processo, a respiração torna-se difícil ou impossível.

Num pulmão de aço, o paciente é colocado numa câmara central cilíndrica em aço, selada por uma porta que permite o movimento da cabeça e pescoço. Existem bombas

* Diretor do "Museu de História da Medicina" da Associação Médica do Paraná. Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia do Curso de Medicina do Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná.

que controlam a circulação de ar que periodicamente aumentam e diminuem a pressão do ar no interior da câmara. Quando a pressão é inferior à dos pulmões, estes expandem-se e a pressão faz com que o ar exterior entre nos pulmões através das vias respiratórias do paciente. Quando a pressão aumenta para um valor superior à dos pulmões, acontece o inverso e o ar é forçado a sair. Desta forma, o pulmão de aço mimetiza o processo fisiológico da respiração.

Referências:

- 1 Infopédia. Pulmão de aço (<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/pulmao>)
- 2 Gas Exchange in Humans (<http://www.stemnet.nf.ca/~dpower/resp/exchange.htm>).
3. Wikipedia. arq. Cons. Reg. Med. Pr.



Fotografia do pulmão de aço doado pelo Sesa do Rio de Janeiro ao Museu de História da Medicina em 1990.



Fotografia do pulmão de aço restaurado nos USA.



Fotografia nos USA mostrando o problema que criava a poliomielite, com dificuldades respiratórias, antes da vacinação.

Para doações e correspondências: Secretaria da AMP

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

E-mail: amp@amp.org.br

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

Visite o Museu no site: www.amp.org.br

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

