



ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 32 - n. 125 - Jan/Mar - 2015



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

ARQUIVOS do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba

2015

v. 32

n. 125

p. 1-60

Jan/Mar

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

Victória Romano

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*
cq@crmpr.org.br

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

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

Afrânio Benedito Silva Bernardes

Alceu Fontana Pacheco Júnior

Alexandre Gustavo Bley (*licenciado em 26/03/14*)

Álvaro Vieira Moura

Carlos Roberto Goytacaz Rocha

Cecília Neves de Vasconcelos Krebs

Clóvis Marcelo Corso

Cristina Aranda Machado

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke

Fábio Luiz Ouriques

Fernando Cesar Abib

Gisele Cristine Schelle

Gláucia Maria Barbieri

Gustavo Justo Schulz (*licenciado em 30/04/14*)

Hélcio Bertolozzi Soares

Jan Walter Stegman

Jeziel Gilson Nikosky

José Carlos Amador

José Clemente Linhares

Julierme Lopes Melinger

Keti Stylianos Patsis

Lizete Rosa e Silva Benzoni

Lutero Marques de Oliveira

Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa

Marília Cristina Milano Campos de Camargo

Maurício Marcondes Ribas

Mauro Roberto Duarte Monteiro

Nazah Cherif Mohamad Youssef

Paulo Cesar Militão da Silva

Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta

Roberto Issamu Yosida

Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira

Tânia Maria Santos Pires Rodrigues

Teresa Cristina Gurgel do Amaral

Thadeu Brenny Filho

Viviana de Mello Guzzo Lemke

Wilmar Mendonça Guimarães

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 Proenço 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, 2015;32(125):1-60

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 Nicolllelli
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 Zaiinos
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 Sacilotto 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 Baldanzi
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

Carta ao Ministro da Educação
Antonio Celso Nunes Nassif..... 12

Atestado x Declaração. Qual a diferença?
Hermes de Freitas Barbosa..... 15

Há previsão legal que obrigue médico a emitir atestado para acompanhante?
Yanne Teles 17

Lição de vida
Carlos Alberto Moro 21

RECOMENDAÇÃO CFM

Protocolos para o reconhecimento precoce da sepse e conscientização de profissionais
CFM 23

RESOLUÇÃO CRM-PR

Responsabilidade ética de supervisores e tutores acadêmicos no “Mais Médicos”
CRM-PR 30

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PARECER CFM

Dermaticista não é profissão reconhecida no Brasil <i>José Fernando Maia Vinagre</i>	34
---	----

PARECERES CRM-PR

Condições para obtenção de título de especialista <i>Zacarias Alves de Souza Filho</i>	38
Equidade na aplicação do Protocolo de Manchester <i>Keti Stylianos Patsis</i>	42
Implantação de prontuário médico digital <i>Keti Stylianos Patsis</i>	48

MEMÓRIA

Dra. Wladyslawa Wolowska Mussi: Primeira Médica em Santa Catarina <i>Ehrenfried Othmar Wittig</i>	51
--	----

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Seja Doador - Museu de História da Medicina da AMP <i>Ehrenfried Othmar Wittig</i>	54
Rubem Antonio Nogueira de França - O segundo maior museu de óculos do Brasil <i>Ehrenfried Othmar Wittig</i>	56

CARTA AO MINISTRO DA EDUCAÇÃO

LETTER TO MINISTER OF EDUCATION

*Antonio Celso Nunes Nassif**

Palavras-chave – *Cursos de medicina, formação, ensino médico, comissão de especialistas.*

Keywords – *Courses of medicine, education, high school, committee of experts.*

“Há tantos burros mandando em homens de inteligência, que,
às vezes, fico pensando se a BURRICE é uma CIÊNCIA”.

RUY BARBOSA

Caro Ministro Renato Janine Ribeiro,

O ensino médico em nosso país foi atacado fortemente pelos seus antecessores do MEC e pelo Ministro da Saúde. Como se não bastasse a existência de muitos cursos de medicina abaixo da crítica, merecendo, senão o fechamento, pelo menos, uma intervenção para a correção das inúmeras deficiências existentes. A Portaria Ministerial n.543 de 4/9/2014 e o Edital de chamamento n.5 datado de 01/04/2015 selecionaram 61 municípios para criarem seus cursos de medicina por meio da rede privada. Seria interessante V.Exa. conhecer a lista completa desses municípios.

* Antonio Celso Nunes Nassif, 81, Doutor em medicina, professor Adjunto e Livre Docente da Universidade Federal do Paraná; foi Presidente da Associação Médica Brasileira (1987-1990 e 1995-1999); membro da Comissão de Especialistas do Ensino Médico do MEC.

Quem está mais interessado parece ser o ministro da Saúde Arthur Chioro cuja meta é abrir 11.447 mil vagas de graduação em medicina até 2017, e chegar a 600.000 médicos até 2026. Talvez pense em resolver o problema da saúde e do SUS, em especial, nas cidades mais afetadas, formando médicos nessas regiões. Nem com a vinda absurda de 11.450 profissionais cubanos conseguiu-se o que queria. Não se forma médico e “a toque de caixa” aumentando vagas ou criando novos cursos de medicina, como é o desejo dele. É preciso um projeto pedagógico sério, corpo docente qualificado, estrutura física adequada com respaldo de um hospital de ensino reconhecido pelo MEC.

Excelência, o Brasil está chegando a 204.000.000 de habitantes e tem 406.049 médicos ativos (2.14 médicos para cada 1.000 habitantes); 248 cursos de medicina, (uma escola para cada 82.319 habitantes), segundo país no “ranking” mundial, perdendo apenas para a Índia (381 cursos para uma população de 1.210.569.573 habitantes, ou seja, uma escola para cada 3.177.000 habitantes) o que significa cerca de quarenta vezes menos escolas de medicina que o Brasil!

O que vai acontecer com o ensino médico se essas escolas médicas forem implantadas de forma injustificáveis e atabalhoadas. Saltaremos de 248 para 309 cursos de medicina. Imaginando que cada novo curso tenha em média 90 vagas, então mais 5.490 novos médicos serão adicionados aos atuais 22.595 formando anuais, aumentando, assim, esse total para 28.085 novos médicos anualmente.

Onde serão encontrados tantos professores titulados (doutores ou mestres) e experientes? Como serão os contratos desse corpo docente para os novos cursos? E os salários? Quem garantirá que esses profissionais não sejam explorados pela rede privada? Quais serão o método e o projeto pedagógico? Quem impedirá que se crie a figura do “professor itinerante” com dois ou mais empregos para sobreviver? E o mais grave: hoje já são muitos os cursos que não conseguem ou não querem dar o Internado de 5º e 6º anos e os acadêmicos são obrigados com autorização do MEC, a realizá-los em outras Escolas ou até mesmo em outros Estados, sem a garantia do acompanhamento por meio de um coordenador qualificado.

Sempre que posso transcrevo trecho do Parecer N. SR-78, de 1988, do então Consultor Geral da República Saulo Ramos: *“A educação, direito de todos e dever do Estado, não pode ser transformada, sobretudo nos cursos superiores, em simulacro diplomado. A sociedade deseja médico que saiba medicina, que se tenha preparado cientificamente para cuidar da saúde do povo e que não seja, pela precariedade do ensino improvisado na*

industrialização de diplomas, uma ameaça à vida do paciente, assim como o advogado mal formado é ameaça ao patrimônio e à liberdade individual, e o engenheiro, sem curso sério, é candidato a construir obras que desabarão.”.

O CREMESP tem feito anualmente um exame, não obrigatório, aos formandos em IES do Estado de São Paulo. Em todos os exames foi triste ver os resultados: foram reprovados mais de 50% dos examinados, comprovando assim o despreparo desses futuros profissionais da medicina.

Por essa razão é urgente e imperioso que se crie, a exemplo da OAB, uma Lei que obrigue o recém-formado prestar um exame de proficiência que permitirá exercer a profissão somente quando aprovado. Atualmente, seu registro no CRM Estadual é o que basta para trabalhar como médico. Assim é que hoje se distribui incompetência, irresponsabilidade e descaso pela vida humana. Saulo Ramos nos alerta em seu parecer *“O simples diploma não cumpre esta finalidade, antes, seria um estelionato contra a sociedade e uma grave lesão à teologia constitucional”.*

Para não permitir o desabamento da estrutura do ensino brasileiro, com a criação de cursos de medicina sem os mínimos recursos, ou seja, sem hospital na região, sem corpo docente, sem estrutura mínima adequada. Por esses motivos é que apelamos a Vossa Excelência para que interfira nesse programa ainda em andamento, analisando a situação com uma visão diferente da simples análise documental, reinstituindo a visita in loco a infraestrutura local, a biblioteca, entrevistando o corpo docente, modificando o que mais entender necessário, evitando assim que o ensino da medicina seja completamente banalizado.

Permita-me uma sugestão construtiva e importante: que Vossa Excelência convoque os membros da Comissão de Especialistas do Ensino Médico do MEC, que era presidida pelo Prof. Dr. Adib Domingos Jatene, de saudosa memória, para uma reunião especial, onde poderá ouvir as opiniões de renomados e experientes professores de várias Universidades do país. Tenho a certeza de que será de muita utilidade para sua gestão frente ao MEC.

ATESTADO X DECLARAÇÃO. QUAL A DIFERENÇA?

ATTESTATION X DECLARATION. WHAT'S THE DIFFERENCE?

*Hermes de Freitas Barbosa**

Palavras-chave – *Declaração, atestado, comprovação, parecer, conteúdo.*

Keywords – *Declaration, certificate, proof, look, content.*

Muito se discute acerca da utilização dos termos Declaração e Atestado. Seriam termos que se referem ao mesmo documento? Ou seriam documentos totalmente diferentes? Vale lembrar que utilizamos os termos “Atestado de Óbito” e “Declaração de Óbito” como sinônimos. Seria possível emitir um atestado para comprovação de comparecimento à consulta? Para se ter uma ideia, a pesquisa de material bibliográfico produzido pelos conselhos regionais de medicina (pareceres e manuais) leva a diferentes conclusões sobre o assunto. Como se não bastasse, até em obras de Medicina Legal há controvérsias. Genival França defende que atestado é diferente de declaração dizendo que “No atestado, quem o firma, por ter fé de ofício, prova, reprova ou comprova. Na declaração exige-se apenas um relato de testemunho” (Direito Médico, p. 109). Já o Parecer Cremesp 51.739/2001,

* Médico pela Faculdade de Medicina de Ribeirão da USP (1997), com mestrado e doutorado em Ginecologia e Obstetrícia, e graduado em Direito pela Universidade Paulista (2008), professor-doutor no Departamento de Patologia e Medicina Legal da FMTP-USP, também membro colaborador da Comissão de Bioética, Biodireito e Biotecnologia da OAB (seccional de Ribeirão Preto). <http://www.hermesbarbosa.med.br/>

afirma que “Atestados Médicos e as Declarações Médicas visam atestar ou declarar situações diversas constatadas pelos profissionais. Assim, o que prevalece não é o título, atestado ou declaração, mas o conteúdo.” Diante do exposto, justifica-se uma análise mais acurada dos termos.

Semanticamente, de um modo geral, não há diferenças entre Atestado e Declaração. O dicionário Aulete, por exemplo, traz como possíveis definições para o verbete “atestado”: “Declaração escrita e assinada que uma pessoa devidamente qualificada faz sobre a verdade de um fato, e que serve como documento atestatório; CERTIDÃO; CERTIFICADO; DECLARAÇÃO”. Para o verbete “atestar”, pode-se encontrar a definição “fornecer prova escrita, documento, testemunho oficial que comprove a verdade”. Além disso, traz como uma das definições para o verbete “declaração”: “2. Aquilo que se declara. 3. Afirmção verbal ou escrita sobre algo, esp. ainda não revelado.” Nota-se, portanto, que declarar e atestar são sinônimos. Façamos a seguinte análise: qual seria a diferença entre um médico emitir um documento intitulado “Declaração”, onde fizesse constar os dizeres “Declaro, a pedido e para fins escolares, que Ana da Silva esteve em consulta médica no dia de hoje, da 08h às 9:00h.”, e outro emitir um documento intitulado “Atestado”, com os dizeres: “Atesto, para fins escolares, que que Ana da Silva esteve em consulta médica no dia de hoje, da 08h às 9:00h.”? Pode-se dizer com segurança que, do ponto de vista prático, a diferença é nenhuma, uma vez que o médico se compromete com as informações prestadas. Além disso, percebe-se claramente que “a ‘declaração de comparecimento’ nada mais é que um atestado de que o paciente compareceu a uma consulta médica” (Parecer Cremesp 75.909/2001). Assim, alinhamo-nos ao que diz o Parecer Cremesp 51.739/01, uma vez que não há subsídio legal que ampare essa suposta diferença (entre atestado e declaração).

Por fim, cabe ressaltar que, cotidianamente, o documento “Atestado” é o utilizado para recomendar afastamento no trabalho ou na escola, ou para atestar condições de saúde, atribuições que somente cabem ao profissional médico. Assim, não se justifica o uso do termo “Declaração” para nomear este tipo de documento. Entretanto, para a comprovação de que o paciente ou acompanhante esteve presente em determinado ato médico, o que não implica necessariamente em dispensa do trabalho, o médico poderá emitir um atestado ou uma declaração, uma vez que, conforme já exposto, o que importa é o conteúdo do documento. Vale dizer também que declarações de comparecimento também podem ser emitidas por profissionais não médicos.

HÁ PREVISÃO LEGAL QUE OBRIGUE MÉDICO A EMITIR ATESTADO PARA ACOMPANHANTE?

NO LEGAL PROVISION REQUIRING MEDICAL CERTIFICATE TO BE ISSUED TO DATE?

*Yanne Teles**

Palavras-chave – *Atestado médico, acompanhante, código de ética, Estatuto da Criança e do Adolescente, Constituição Federal.*

Keywords – *Medical certificate, companion, code of ethics, the Child and Adolescent, Federal Constitution.*

O médico não tem a obrigação de emitir atestado de acompanhamento, embora tenha o dever de atestar o estado de saúde da paciente e se existe a necessidade de acompanhante.

Além de atender pacientes e realizar inúmeros procedimentos clínicos, faz parte da rotina dos médicos disponibilizarem documentos como os atestados médicos.

O Código de Ética Médica em seu art. 91 diz que é vedado ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por representante legal.

O atestado médico é um documento onde se materializa a constatação de um fato médico e suas possíveis conseqüências. Como ato preparatório à emissão do atestado, o médico deve proceder aos exames necessários, buscando as justificativas

* Advogada e Professora no curso de Direito da Faculdade dos Guararapes (FG), especialista em Direito Público.

correspondentes à medida. O atestado médico torna-se assim um documento redigido que presta-se a afirmar a veracidade de fatos médicos ou a existência de obrigações. Destina-se a reproduzir, com idoneidade, as conclusões relativas ao ato médico praticado.

Para entendermos melhor se tem o Médico obrigação legal na emissão do atestado de acompanhante, vejamos primeiro o significado da palavra “atestar” e em seguida a diferença de cada tipo de atestado.

Segundo o dicionário da língua portuguesa Michaelis, o termo quer dizer “certificar por escrito; testemunhar, testificar; demonstrar, provar”. Seria esta a função do atestado.

ATESTADO MÉDICO é um documento que esclarece o estado de saúde do paciente. E além de ter esta finalidade é também à garantia de que o médico praticou determinado ato profissional.

ATESTADO DE COMPARECIMENTO é emitido nos casos em que o médico julgar que o paciente não tem necessidade de afastar-se do trabalho e tão somente a necessidade de justificar ao seu empregador o período em que se ausentou do expediente. Não tem validade como atestado médico.

Vejamos então que, diferentemente do atestado médico, que contém informações sobre a capacidade do empregado e por quanto tempo ele ficou internado, o atestado de comparecimento apresenta a mera informação de que o empregado esteve presente num determinado lugar e hora para fazer a consulta.

ATESTADO PARA ACOMPANHANTE (CID 10 Z76.3 – pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente): esse tipo de atestado é para que os responsáveis legais por um paciente afastem-se de seus trabalhos para dar a assistência necessária. É facultativo, não existe lei que obrigue o médico a emitir.

O art. 1º, da Resolução CFM nº 1851/2008, que alterou o art. 3º da Resolução anterior do Conselho Federal de Medicina diz o seguinte:

“Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

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

Isto é uma **obrigação do médico**, especificar o tempo em que o trabalhador deverá ficar fora de suas atividades para que se recupere plenamente.

O médico só atesta aquilo que ele tem diploma e autorização legal pra atestar: patologia, além da simples presença de pessoas no seu consultório para justificar faltas em serviço de pacientes e seus acompanhantes em razão de consultas.

Em outras palavras, foge da competência do médico dispor em atestado sobre qualquer coisa que não esteja relacionada sobre a doença/patologia do seu paciente, ou sobre a simples presença de alguém em seu consultório em certo dia e horário para consultar-se.

No caso do atestado médico para acompanhante não há previsão legal que obrigue a emissão desse tipo de atestado.

Não existe lei que obrigue os médicos a emitirem documentos que interfiram em relações que são eminentemente trabalhistas.

Então como fica a situação do empregado que precisa acompanhar filho menor hospitalizado. Ou um idoso em tratamento médico?

O judiciário, em algumas situações tem reconhecido o direito de ausência remunerada do trabalhador para acompanhamento de tratamento de filho menor, buscando fundamento na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 227 da Constituição Federal. “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. E também no art. 4º, da Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Dispõe o Estatuto da Criança e Adolescente que é dever do tutor, pai, mãe ou responsável dar assistência aos filhos, e ainda que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Prontamente no Estatuto do Idoso, em seu artigo 16, elucida que: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão

de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”.

O Estatuto é cristalino ao dispor que o idoso tem direito a um acompanhante quando em situação de hospitalização. E que este acompanhante não precisa, necessariamente, ser um membro da família.

Por conseguinte encontramos no Estatuto do Idoso e no Estatuto da Criança e adolescente, somente o reconhecimento da necessidade do acompanhante.

Então concluímos que o médico não tem a obrigação de emitir atestado de acompanhamento, embora tenha o dever de atestar o estado de saúde da paciente e se existe a necessidade de acompanhante.

Contudo, não se reconhece a obrigação de atestar a permanência da pessoa que está acompanhando o doente, e sim a necessidade deste em ter alguém para acompanhá-lo.

Em casos que deparamos com estas situações, onde o médico se nega a emitir, apelamos para sensibilidade deste profissional, esperando um procedimento de caráter humanístico.

“A vontade de se preparar tem que ser maior do que a de vencer.”

LIÇÃO DE VIDA

LIFE LESSON

Carlos Alberto Moro*

Palavras-chave – *Lição, jogos, sorte, satisfação.*

Keywords – *Lesson, games, luck, satisfaction.*

Num contrassenso de difícil compreensão, num país em que o jogo é proibido, existem jogos “oficiais” de que todos podem participar.

Quina, Super Sena, Lotomania e Mega Sena, entre outros, semanalmente são buscado por quantos almejam ser bafejados pela sorte dos números.

Não constituo exceção e na expectativa de que um dia a minha vez chegará, de há muito que venho jogando nos mesmos palpites, utilizando-me para tanto dos préstimos de um “Office Boy”, autorizado a gastar, a cada semana, um máximo de R\$ 10,00, nos números sempre repetidos, de minha preferência.

E um dia, a minha vez quase chegou.

* Advogado e Consultor Jurídico da Associação Médica do Paraná, ex- Secretário Estadual de Educação, ex- Secretário Estadual de Trabalho e ex-vereador de Curitiba.

Dos seis números apostados, acertei cinco em cheio, e no último deles deu o 15, quando eu tinha o 10. Tivesse acertado o segundo algarismo do último número e ganharia a bagatela de R\$ 13 milhões, o que certamente me faria um homem rico no campo material.

Comentei o fato com o garoto encarregado de fazer as apostas. Disse-lhe que, por muito pouco, ele não passara a ter um patrão milionário, indagando qual seria o seu maior sonho que, então, eu teria condições de realizar. Disse-me que o seu sonho era possuir um “Escort Vermelho XR3”, que, pelos cálculos que fiz, poderia ser adquirido com os juros de uma dia, fosse eu o feliz ganhador daquela bolada.

No mesmo dia, abordei o pintor que terminava o serviço nas paredes externas de meu escritório. Repeti a mesma conversa e disse-lhe: “Arno, se eu tivesse ganho, qualquer que fosse o sonho, ele seria por mim realizado.

Pigarreou, e do alto da escada sobre a qual trabalhava, disse-me:

– O senhor me daria mesmo o que eu pedisse?

E com meu assentimento, confidenciou-me que o seu grande sonho era possuir uma escada, porque aquela com a qual trabalhava era emprestada de um seu cunhado.

De se ver, quão limitados eram os seus horizontes e com quão pouco se contentaria e ficaria feliz. Respondi-lhe que ao sonho do “office-boy” não me seria possível corresponder, mas ao dele sim.

Comprei-lhe, ao depois, uma escada (R\$ 93,00). Vi seus olhos brilhando de satisfação e percebi o carinho com que suas mãos calosas alisavam a madeira dos degraus.

Contemplamo-nos por alguns momentos, compartilhando de uma grande alegria. Ele, pela escada que agora lhe pertencia, e eu, pela lição de vida que me permitiu vivenciar!

PROTOSCOLOS PARA O RECONHECIMENTO PRECOCE DA SEPSE E CONSCIENTIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS

PROTOCOLS FOR EARLY RECOGNITION OF SEPSIS AND AWARENESS PROFESSIONALS

CFM*

Palavras-chave – *Atendimento, protocolos, sepse, imunissupressores, doenças crônicas, infecções graves, mortalidade.*

Keywords – *Care, protocols, sepsis, immunosuppressants, chronic diseases, serious infections, mortality.*

O Conselho Federal de Medicina (CFM) orienta que em todos os níveis de atendimento à saúde (de unidades básicas de saúde a unidades de terapia intensiva) sejam estabelecidos protocolos assistenciais visando o reconhecimento precoce e a pronta instituição das medidas iniciais de tratamento aos pacientes com sepse, também conhecida como infecção generalizada - de alta mortalidade no país, principal causa de morte nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), e a principal geradora de custos nos setores público e privado.

A diretriz está na **Recomendação 6/2014**, publicada no dia 16 de abril de 2015, que, entre outras providências, sugere ainda a capacitação dos médicos para o enfrentamento deste problema cada vez mais incidente - devido ao aumento da população idosa e do número de pacientes imunossuprimidos ou portadores de doenças crônicas, criando uma população suscetível para o desenvolvimento de infecções graves.

* Conselho Federal de Medicina.

O documento ressalta que “qualquer processo infeccioso pode evoluir para gravidade, caracterizando o quadro de sepse, sepse grave ou choque séptico” e que a sepse é a principal causa de internação em unidades de terapia intensiva, com custos elevados de tratamento e alta mortalidade – matando uma em cada quatro pessoas (frequentemente mais).

ALTA MORTALIDADE

O Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS), que contribuiu para a elaboração da recomendação, concluiu recentemente um estudo, que ajuda a dar a dimensão do problema no Brasil. O trabalho, denominado SPREAD (Sepsis Prevalence Assessment Database), consistiu na avaliação, em um único dia, de 229 UTI em vários estados, abrangendo 794 pacientes.

Os números pontuam a relevância do problema. Foi constatado que 29,6% dos leitos estavam ocupados por doentes com sepse grave ou com choque séptico. Desses pacientes, 55,7% morreram. A mortalidade na região Sudeste foi de 51,2%; no Centro-Oeste, 70%; Nordeste, 58,3%; Sul, 57,8% e Norte, 57,4%. O índice de letalidade está muito acima do registrado em outros países. Na França essa taxa é de 30% e, nos Estados Unidos, 29%.

O SPREAD mostrou que são fatores ligados ao aumento da mortalidade são a limitação de recursos básicos, a gravidade do paciente, e a demora na administração da primeira dose de antibióticos.

DIAGNÓSTICO DIFÍCIL ATRASA TRATAMENTO

Como os sintomas da sepse são comuns a várias outras doenças, o diagnóstico pode demorar e, conseqüentemente, a aplicação do antibiótico e a possível cura. “Existe um problema de falta de conhecimento sobre a sepse, pois como os sintomas são inespecíficos, é difícil identificar os sinais de alerta e tratar a infecção no tempo certo, por isso é tão necessário a participação em cursos e a adesão dos hospitais aos protocolos”, afirma a vice-presidente do ILAS, intensivista Flávia Machado.

Apesar de a sepse atacar com mais frequência pacientes hospitalizados, em cerca de 30% a 50% dos casos a infecção é adquirida na comunidade e o paciente é internado já em estado grave. Isso sugere o desconhecimento do público em geral sobre a gravidade da doença. Pesquisa nacional realizada ano passado pelo ILAS

— em parceria com o Instituto Datafolha — mostrou que de 2.126 entrevistados, apenas 140 (6,6%) tinham ouvido o termo sepse, sendo que dessas, só 56 a identificaram corretamente como uma resposta grave do organismo a uma infecção.

Até pouco tempo, a maior parte dos pacientes com sepse morria. Recentemente, com a melhoria dos cuidados hospitalares e a adoção de medidas — muitas delas simples — capazes de reduzir a incidência da doença, esse número tem se reduzido. Nesse sentido, a recomendação do CFM se coloca como mais um estímulo e um meio para aumentar a percepção sobre a gravidade da sepse, tanto entre profissionais como entre instituições de saúde, comunidade científica e inclusive leigos, estimulando a implementação de ações de enfrentamento ao problema.

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 6/2014

Recomendar que em todos os níveis de atendimento à saúde sejam estabelecidos protocolos assistenciais para o reconhecimento precoce e o tratamento de pacientes com sepse; a capacitação dos médicos para o enfrentamento deste problema; e a promoção de campanhas de conscientização do público leigo, entre outras providências.

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, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e pelo Decreto nº 6821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que qualquer processo infeccioso pode evoluir para gravidade, caracterizando o quadro de sepse, sepse grave ou choque séptico;

CONSIDERANDO que complicações infecciosas ocorrem numa ampla gama de especialidades médicas;

CONSIDERANDO a elevada incidência de sepse e sua grande prevalência em instituições de saúde, sendo a principal causa de internação em unidades de terapia intensiva;

CONSIDERANDO a alta mortalidade a ela associada e os dados epidemiológicos brasileiros que apontam para mortalidade acima da esperada para os padrões de desenvolvimento de nosso país;

CONSIDERANDO os elevados custos para seu tratamento;

CONSIDERANDO que existem diretrizes para seu tratamento bem estabelecidas, amparadas por diversas sociedades médicas nacionais e internacionais;

CONSIDERANDO que há claras evidências na literatura científica mostrando que a implementação de protocolos para seu reconhecimento precoce pela equipe de saúde e a pronta instituição das medidas iniciais está associada à redução de mortalidade;

CONSIDERANDO que a sepse pode ocorrer em qualquer ambiente, da comunidade ou em serviços de assistência a saúde e, portanto, o atendimento aos pacientes deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a para um serviço de maior complexidade;

CONSIDERANDO que para reverter a realidade brasileira de alta mortalidade é necessária a ação conjunta de gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde,

RECOMENDA-SE:

Art. 1º Em todos os níveis de atendimento à saúde (unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, serviços de urgência e emergência, unidades de internação regulares e unidades de terapia intensiva) deve-se estabelecer protocolos assistenciais visando o reconhecimento precoce e a pronta instituição das medidas iniciais de tratamento aos pacientes com sepse;

Art. 2º Todos os médicos devem se capacitar para o reconhecimento dos sinais de gravidade presentes em pacientes com síndromes infecciosas, suspeitas ou confirmadas, de modo a encaminhá-los para o diagnóstico e tratamento adequado;

Art. 3º As instâncias governamentais pertinentes devem promover campanhas de conscientização do público leigo, além de desenvolver instrumentos para capacitação dos profissionais de saúde e prover condições de infraestrutura para o atendimento a esses pacientes.

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

Brasília, 30 de setembro de 2014.

ROBERTO LUIZ D'AVILA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RECOMENDAÇÃO CFM Nº 6/2014

A sepse vem adquirindo crescente importância, devido ao aumento de sua incidência. Essa incidência crescente está relacionada a diversos fatores, entre eles o aumento da população idosa e do número de pacientes imunossuprimidos ou portadores de doenças crônicas, criando uma população suscetível para o desenvolvimento de infecções graves.

Além disso, a melhoria no atendimento ao trauma, levando a melhor sobrevivência após o insulto inicial, e o melhor manejo de pacientes graves fazem com que as complicações infecciosas também aumentem. O crescimento da resistência bacteriana também é um fator contribuinte. Os números reais não são conhecidos e as estimativas atuais são, provavelmente, subestimadas.

Há estimativas, baseadas em estudos populacionais americanos, de que haja 300 casos/100 mil habitantes a cada ano. A transposição dessa estimativa para o Brasil resulta em aproximadamente 600 mil novos casos a cada ano. O aumento da incidência e a progressiva gravidade desses pacientes fazem com que os custos de tratamento também se elevem. Existem diversos estudos estimando os custos associados ao tratamento da sepse entre US\$26 a US\$38 mil nos Estados Unidos. No Brasil, uma avaliação estimou esses custos em US\$9,632 [13].

Os dados sobre letalidade apontam para diferenças importantes entre países desenvolvidos e países com recursos limitados. Dados recentes mostram mortalidade de 18% na Austrália e taxas entre 15 e 30% nos Estados Unidos [5]. Por outro lado, casuísticas infelizmente pequenas e pouco representativas mostraram letalidade tão elevada quanto 80 a 90% em países com recursos limitados, como Paquistão, Turquia e Tailândia.

No Brasil, mostrou-se que a sepse foi identificada como uma das causas de óbito em 16,5% dos atestados emitidos em 2010, identificando-se mais de 250 mil óbitos naquele ano [18]. Alguns estudos de caráter multicêntrico em nosso país também apontam para uma elevada mortalidade, variando entre 35 a 47% para sepse grave e 52 a 65% para choque séptico.

Um estudo multicêntrico internacional apontou para diferença importante de letalidade entre outros países do mundo (49,6%) e o Brasil (67,4%). O banco de dados do Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), com mais de 22 mil pacientes, mostra letalidade de 46%, com diferença significativa de letalidade entre instituições

ligadas ao SUS (58,5%) e aquelas ligadas à saúde suplementar (34,5%). Além disso, chama a atenção a elevada letalidade entre pacientes provenientes dos serviços de urgência e emergência da rede SUS (58,7%), em comparação com os dados da rede de saúde suplementar (27,5%).

Recentemente, foi conduzido o estudo SPREAD ainda não publicado. Uma amostra aleatória de 229 UTIs brasileiras mostrou prevalência de 29,6%.

Isso demonstra a pesada carga que a sepse representa para o Brasil, em termos de recursos alocados, incluindo disponibilidade de leitos. Além disso, a letalidade global foi de 55%. Como já mencionado, essa letalidade está muito acima da reportada em países desenvolvidos.

Esses fatos justificam o planejamento de ações voltadas à redução dessa mortalidade. Face ao problema representado pela elevada incidência, altos custos e mortalidade, o principal desafio dos prestadores de serviço à saúde é implementar, de forma institucionalmente gerenciada, programas que levem à beira do leito as melhores evidências científicas disponíveis, visando garantir a melhor prática assistencial. Estudos prévios, em outros países e no Brasil, mostraram que a efetiva implementação de protocolos assistenciais gerenciados é capaz de melhorar a evolução desses pacientes.

As novas diretrizes da Campanha de Sobrevivência à Sepse recomendam fortemente que todas as instituições tenham estratégias para a detecção de pacientes com sepse e tentem instituir programas de melhoria da qualidade de atendimento baseados em indicadores bem definidos. No Brasil, já foi demonstrado que esse tipo de intervenção associou-se com redução de mortalidade (55% para 26%) e de custos. Os custos de internação de um paciente reduziram-se de US\$29,3 mil para US\$17,5 mil.

Há diversas razões para essa elevada mortalidade. Existem deficiências no atendimento primário à saúde, tendo como consequência uma população menos saudável, com doenças crônicas mal controladas e medidas inadequadas para prevenção de doenças, como cuidados sanitários e vacinação. Por outro lado, a falta de infraestrutura na rede hospitalar (principalmente nos setores de urgência e emergência) e o número inadequado de profissionais para atendimento também são fatores relevantes.

Um dos fatores fundamentais para o atraso no atendimento a esses pacientes é o desconhecimento entre os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, sobre os sinais de alerta de gravidade associados a quadros infecciosos, fazendo com que esses pacientes sejam reconhecidos tardiamente. Há limitação de recursos básicos em muitas instituições brasileiras ao mesmo tempo em que os processos são inadequados, fazendo com que as medidas iniciais de tratamento, muitas vezes, não sejam adequadamente executadas.

Outra potencial razão é o desconhecimento do público leigo a respeito dos sinais de alerta e da potencial gravidade associada a processos infecciosos. Esse desconhecimento, aliado à dificuldade de acesso aos sistemas de urgência e emergência brasileiros, faz com que haja retardo na procura de auxílio.

Há, basicamente, três frentes de atuação para que o cenário da sepse no Brasil se altere. A primeira, no campo da ciência, procurando conhecer melhor a doença e suas consequências. A segunda frente se refere a ações políticas visando aumentar a atenção do governo, em suas esferas federal, estadual e municipal, para a gravidade do problema. A última diz respeito a ações voltadas para aumentar a percepção sobre a gravidade da sepse, tanto entre profissionais e instituições de saúde como entre leigos.

Na terceira frente, o aumento da percepção sobre a gravidade da sepse é fundamental entre os médicos de todas as especialidades, para que a detecção seja precoce e o paciente possa ser adequadamente encaminhado para os serviços onde os cuidados possam ser prestados. Nesse sentido, estratégias de divulgação entre a classe médica são fundamentais para que a situação possa ser controlada.

DESIRÉ CARLOS CALLEGARI

Conselheiro relator

RESOLUÇÃO CFM nº 6/2014.

Resolução aprovada

RESPONSABILIDADE ÉTICA DE SUPERVISORES E TUTORES ACADÊMICOS NO “MAIS MÉDICOS”

ETHICAL RESPONSIBILITY OF SUPERVISORS AND ACADEMIC TUTORS IN MORE DOCTORS

CRM-PR*

Palavras-chave – *Programa Mais Médicos, intercambistas, supervisores, tutores, responsabilidade ética, exercício da Medicina.*

Keywords – *Program More Doctors, exchange students, supervisors, tutors, ethical responsibility, practice of medicine.*

RESUMO

Disciplina a responsabilidade ética dos médicos supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”. O **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ**, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e; **CONSIDERANDO** a Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o “Programa Mais Médicos”; **CONSIDERANDO** que o art. 15 da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, define que integram o “Projeto Mais Médicos para o Brasil” o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado; o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica; **CONSIDERANDO** que o art. 16 da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, estabelece que o médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do “Projeto Mais Médicos

*Conselho Regional de Medicina do Paraná.

para o Brasil”; **CONSIDERANDO** que a Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013 não retira a competência legal dos Conselhos Regionais de Medicina para fiscalizar a conduta ética dos médicos supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, bem como para conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem; **CONSIDERANDO** que a Portaria Interministerial n.º 1.369, de 08 de julho de 2013, declara em seu art. 2.º que o “Projeto Mais Médicos para o Brasil” tem a finalidade de aperfeiçoar médicos em relação à atenção básica à saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial, mediante a integração ensino-serviço; **CONSIDERANDO** que a Resolução CFM n.º 1.832/2008, a qual dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira, reforça que os atos médicos decorrentes do aprendizado, somente, poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob a supervisão direta de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que assumirão a responsabilidade ética solidária pelos mesmos; **CONSIDERANDO** o disposto no Capítulo XII da Resolução CFM n.º 1.931/2009, que estabelece normas éticas sobre ensino e pesquisa médica; **CONSIDERANDO** o que consta no Código de Ética Médica - Resolução CFM n.º 1.931/2009, a qual define como infrações éticas: causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência; delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica; deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente; deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal; atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado, entre outras normas de conduta; **CONSIDERANDO** que a Resolução CFM n.º 1.494/98 que disciplina a autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros, quando convidados por universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas, implicando no cumprimento, perante o Conselho Regional de Medicina, de uma série de obrigações, sobretudo de assunção formal de responsabilidade pelos atos médicos praticados por parte do diretor técnico da instituição;

RESOLVE:

Art. 1º Os médicos supervisores e tutores acadêmicos que atuam no “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, deverão, no prazo de 15 (quinze) dias, informar e comprovar perante o CRM-PR:

- a) o ato administrativo de nomeação para o cargo de supervisor ou tutor acadêmico;
- b) os nomes dos intercambistas que estão sob sua responsabilidade no âmbito do Programa;
- c) o domicílio no qual exercem suas atividades profissionais, bem como o domicílio profissional dos intercambistas sob sua responsabilidade;
- d) os planos de preceptoria e tutoria acadêmica, ambos necessários para o aperfeiçoamento profissional e o aprendizado do intercambista, na medida em que a atuação deste se restringe às atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- e) a forma/método de implementação do plano;
- f) as horas diárias destinadas ao exercício da atividade, inclusive devendo ser informado se a supervisão e tutoria acadêmica ocorrem à distância ou de modo presencial;
- g) a Declaração Oficial da (s) Prefeitura (s) Municipal (is), atestando os locais, onde o médico supervisor e o tutor acadêmico exercem suas atividades, bem como os respectivos intercambistas.

Art. 2º Os médicos preceptores e tutores acadêmicos, diante da responsabilidade ética compartilhada que possuem em relação aos atos médicos dos intercambistas, e tendo o “Projeto Mais Médicos Para o Brasil” o objetivo de formação, atuação supervisionada e ensino, detêm - respectivamente - a obrigação ética de exercerem a supervisão profissional contínua e permanente e orientação acadêmica em relação aos atos médicos praticados.

Art. 3º A responsabilidade ética compartilhada poderá implicar a eventual responsabilização dos médicos supervisores e tutores acadêmicos por infrações éticas cometidas pelos intercambistas, a ser apurada no âmbito do CRM-PR, conforme as circunstâncias do caso concreto, caso deixem de observar os deveres da supervisão profissional contínua e permanente, e a orientação acadêmica em relação aos atos médicos praticados.

Parágrafo Único. A responsabilidade ética dos médicos supervisores e tutores

acadêmicos abrange os atos comissivos praticados por esses no exercício das suas funções.

Art. 4º Os médicos supervisores e tutores acadêmicos são obrigados eticamente a orientar os intercambistas que somente estão autorizados a atuar dentro das atividades restritas do “Projeto Mais Médicos Para o Brasil”, que englobam, exclusivamente, a atenção básica à saúde e que as atividades por eles exercidas detêm natureza acadêmica, com o objetivo de aprendizagem, pesquisa e extensão, não podendo exercer a Medicina, em hipótese alguma, fora do Programa.

Parágrafo Único. Este dever ético contempla o de fiscalização, devendo os médicos supervisores e tutores acadêmicos comunicar ao CRM-PR, ao Ministério Público Federal e ao Ministério da Saúde qualquer atuação dos intercambistas que ultrapasse os limites disciplinados pela Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Art. 5º O descumprimento das determinações, bem como das obrigações éticas disciplinadas por esta Resolução, ou de qualquer norma ética eventualmente incidente, poderá implicar a responsabilização dos médicos supervisores e tutores acadêmicos a ser apurada, conforme o caso concreto, no âmbito do CRM-PR, dentro de suas atribuições legais.

Art. 6º Tomando ciência o CRM-PR de possível ilícito ético que, em tese, configure crime, infração administrativa ou civil, oficiará o Ministério Público Federal, o Ministério Público Estadual e o Ministério da Saúde, para apurar, dentro de suas respectivas competências, as responsabilidades dos intercambistas, médicos supervisores e tutores acadêmicos e administradores Municipais, Estaduais e Federais.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Curitiba, 15 de dezembro de 2014.

CONS. MAURICIO MARCONDES RIBAS

CONS. CARLOS ROBERTO GOYTACAZ ROCHA

Presidente gestor do DEFEP

RESOLUÇÃO CRM-PR nº 196/2014

Resolução aprovada na Sessão Plenária n.º 3704.ª de 15/12/2014.

Publicado no DIOE – Comércio, Indústria e Serviços n.º 9362, de 30/12/2014.

DERMATICISTA NÃO É PROFISSÃO RECONHECIDA NO BRASIL

DERMATICISTA NOT RECOGNIZED PROFESSION IN BRAZIL

*José Fernando Maia Vinagre**

Palavras-chave – *Dermaticista, profissão, procedimentos invasivos, ato médico.*

Keywords – *Dermaticista, profession, invasive procedures, medical act.*

DA CONSULTA

O **Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás** (Cremego) envia ao CFM solicitação de esclarecimento e posicionamento quanto à profissão de dermatomicista e faz três perguntas:

1. Qual é a posição do Conselho Regional de Medicina sobre a profissão dermatomicista?
2. O Conselho está tomando alguma medida com relação aos dermatomicistas?
3. Qual a orientação para quem quer se submeter a tratamentos estéticos invasivos?

DO PARECER

O parecer anteriormente elaborado pela Câmara Técnica de Dermatologia foi apresentado à plenária e, por decisão desta, foi encaminhado para parecer do Setor Jurídico, cujo teor transcrevo abaixo. Trata-se de Processo Consulta do Conselho

*Conselheiro parecerista do CFM.

Regional de Medicina do Estado de Goiás. Após a apresentação da minuta do parecer a respeito do assunto, o processo veio ao Setor Jurídico para análise jurídica.

Ab initio, de acordo com a temática apresentada, deve-se esclarecer que **procedimentos invasivos** são aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno.

Atualmente, há lei federal que regula a prática de tais procedimentos, qual seja a Lei nº 12.842/13, denominada de lei do ato médico, a qual estabelece que a prática de tal atividade é privativa de profissional médico.

Nesse contexto, há que se ressaltar que na lei do ato médico **não** existe diferença entre procedimentos invasivos ou minimamente invasivos.

Nos termos da lei, o fato de ser minimamente invasivo não torna o ato legal ou menos invasivo. Assim, sendo o ato invasivo é um ato privativo do médico, sendo vedada a sua prática por profissionais de outras profissões que não tenham lei própria autorizadora.

Assim, é possível concluir que somente o médico é o profissional habilitado, por lei, para a realização de “indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias”.

O problema é que na ausência de lei específica, criou-se uma cultura, incitada pelas demais profissões da área da saúde, de que na inexistência de lei específica, qualquer profissional poderia realizar os atos que a Lei nº 12.842/13 estabeleceu como sendo exclusivo da medicina.

Salta aos olhos entendimentos flagrantemente imparciais e redondamente equivocados e tendenciosos no sentido de que procedimentos “minimamente” invasivos podem ser praticados por biomédicos, fisioterapeutas, e, agora, os supostos “dermatologistas”. Insista-se que esse entendimento, além de antijurídico, é tendencioso e facilmente contraposto, com base no texto legal que aprovou o ato médico no Brasil.

Outra conclusão que deve obrigatoriamente ser ressaltada é que o simples fato de algumas atividades não terem sido arroladas como privativas de médicos não autorizam, automaticamente, outros profissionais a realizá-las.

A Administração Pública deve obediência ao princípio da legalidade (Art. 37, CF/88) e, nessa ótica, somente é permitida a cada um dos profissionais integrante de

profissões regulamentadas a realização de atos prévia e expressamente autorizados em lei, formal e materialmente aprovada pelo Poder Legislativo Federal, não podendo uma simples norma administrativa (resolução) avançar nesse campo específico.

Ademais, deve-se esclarecer que não existe a denominada profissão de “dermatologista”, não há no cenário jurídico nacional qualquer norma legal que regulamente tal atividade, razão pela qual sugerimos a alteração da nomenclatura profissão. Ao se referir aos “dermatologistas”, por não existir qualquer regulamentação a respeito desta ocupação, substituir “profissão” por “ofício” ou “ocupação”, tendo em vista que, em regra, as profissões requerem competências especializadas e formais, que se costumam adquirir com uma formação universitária ou profissional. Os ofícios, no entanto, consistem em atividades informais ou cuja aprendizagem consiste na prática.

Em relação ao segundo questionamento, sugerimos o envio do processo de consulta ao Ministério Público Federal sob a forma de denúncia, para que este apure a atuação das entidades que disponibilizam os cursos de dermatologistas, pois elas estão infringindo o disposto na Lei nº 12.842/2013, ao oferecerem programa de treinamento que contém tratamentos invasivos.

Além disso, os atos praticados pelas pessoas que se submetem a tais cursos, bem como por seus tutores que não forem médicos, poderão, em tese, ser considerados como exercício ilegal da medicina, eis que sua atuação inexoravelmente redundará na prática de indicação ou execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou **estéticos**, conduta esta limitada aos profissionais médicos com regular registro perante os Conselhos de Medicina, conforme disposição legal. É o que nos parece.

CONCLUSÃO

Pela consulta formulada, foi autorizada pós-graduação em estética no IBECO pela Secretaria Estadual de Educação de São Paulo. O IBECO criou o “IBECO online”, com o exclusivo curso de Dermatologista, que tem uma especialização em estética facial e corporal, com 360 horas/aula, ao custo de R\$ 3.500 e o seguinte conteúdo programático: Fototerapia – Laser/LED; Eletroterapia aplicada à estética; Pré e pós em cirurgia plástica; Peelings químicos; Patologias que envolvem a estética corporal; Cosmetologia; Histologia e fisiologia da pele; Patologias dermatológicas em estética facial; Nutrição, estética e saúde; Anatomia e fisiologia humana; e Metodologia da pesquisa.

A criação do referido curso não dá qualquer reconhecimento à profissão de dermatologista, conforme exposto no parecer do Setor Jurídico.

RESPONDENDO AOS QUESITOS FORMULADOS NA CONSULTA:

1) Qual é a posição do Conselho Regional de Medicina sobre a profissão Dermatologista?

O Conselho Federal Medicina é contrário a denominação de “dermatologista”, por confundir com a prática médica em dermatologia. A ocupação de dermatologista não é profissão regulamentada. É um título exclusivo e registrado por uma escola técnica que atua em estética facial/corporal, pré e pós-operatório e, portanto, ninguém pode se intitular dermatologista.

2) O Conselho está tomando alguma medida com relação aos dermatologistas?

Também conforme o parecer do setor jurídico, o Conselho Federal de Medicina deve enviar a questão ao Ministério Público Federal, sob a forma de denúncia, para que se apure a atuação das entidades que disponibilizam os cursos de dermatologistas e também uma notificação extrajudicial ao IBECO.

3) Qual a orientação para quem quer se submeter a tratamentos estéticos invasivos?

Conforme previsto na Lei nº 12.842/13, em seu art. 4º, “são atividades privativas do médico: III - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias”.

Portanto, os tratamentos estéticos invasivos devem ser feitos por médicos e é essa a orientação do Conselho Federal de Medicina à sociedade.

Este é o parecer, s.m.j.

Brasília-DF, 23 de janeiro de 2015

JOSÉ FERNANDO MAIA VINAGRE

Conselheiro relator

Processo-Consulta n.º 5/15

Parecer CFM aprovado em 23 de janeiro de 2015.

CONDIÇÕES PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

CONDITIONS FOR OBTAINING THE TITLE OF SPECIALIST

*Zacarias Alves de Souza Filho**

Palavras-chave – *Título de especialista, critérios, publicidade, concurso público.*

Keywords – *Specialist, criteria, advertising, public tender.*

DA CONSULTA

O Conselho Regional de Medicina do Paraná recebeu consulta com o seguinte teor:

"Pelo presente apresentamos questionamentos sobre o exercício da profissão de Médico com especialidade/área de atuação registrada e não registrada no Conselho Regional de Medicina, tendo em vista estarmos iniciando a elaboração de um edital de seleção para admissão de profissionais médicos especialistas, através de concurso público. Além das dúvidas a seguir, salientamos que estas dúvidas e outras que possam surgir advêm da possibilidade adotarmos critérios de desempate ou para eliminação de profissionais que não satisfaçam as exigências legais quando da elaboração do edital de seleção através de concurso público."

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Este Conselho Regional de Medicina recebeu correspondência referente à elaboração de edital de seleção para admissão de profissionais médicos especialistas, através de concurso público e em atenção aos questionamentos dos Consulentes temos a aduzir sobre os questionamentos:

1. Para contratar um médico especialista podemos exigir o diploma de médico, o título de especialidade, o registro no conselho profissional juntamente com a certidão de regularidade atualizada? Caso o profissional aprovado não tenha a especialidade e/ou área de atuação registrada no conselho ele pode exercer a referida especialidade? Por exemplo, o médico está registrado no conselho, e na consulta no site aparece sem especialidade registrada, porém o profissional apresenta um ou mais títulos emitido por instituição de ensino, associação médica ou sociedade de especialidade. Estes documentos são válidos para o exercício da especialidade?

Resposta: É absolutamente necessária a apresentação de diploma de médico, o título de especialidade registrada no CRM e o registro profissional neste Conselho.

Os Conselhos Regionais de Medicina não exigem que um médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da medicina, podendo exercê-la em sua plenitude nas mais diversas áreas e segundo a Resolução do CFM n.º 1701/2003, desde que não as propague ou anuncie, sem estar realmente nelas registrado como especialista. Os documentos acima citados não são válidos para registro de especialidade, exceto o Título de Especialista, obtido por concurso em sociedade de especialidade ou Residência Médica credenciada pela CNRM e reconhecida pelo MEC.

2. Podem ser aceitos certificados de Residência na especialidade, sub-especialidade ou especialidade afim à principal, emitido por hospital, escola, institutos, associações médicas ou sociedades de especialistas?

Resposta: A Residência médica que concede direito ao registro de Título de Especialista, sendo a única para este fim é a credenciada e com funcionamento autorizado pela Comissão Nacional de Residência Médica CNRM, reconhecida pelo MEC.

3. Qual a validade perante o Conselho Regional de Medicina do certificado de estágio em residência na especialidade para o exercício regular da profissão como médico especialista?

Resposta: Certificado de estágio em Residência na especialidade não confere o direito ao registro de especialidade. Como já referido, o médico pode exercer amplamente a profissão, porém não terá direito de divulgar, por nenhum meio, qualquer especialidade não obtida legalmente.

4. Em consulta realizada no site do CRM-PR verificamos que alguns médicos “conceituados como especialistas” muitas vezes não tem a especialidade ou área de atuação registrada no referido conselho. A ausência do registro pode impedir o exercício da especialidade médica, caso o profissional possua certificados emitidos por entidades, associações ou sociedades médicas?

Resposta: O exercício de toda e qualquer especialidade médica ou área de atuação é livre para todo profissional médico, contudo a sua divulgação, por qualquer forma, somente poderá ser realizada após o devido registro no Conselho Regional de Medicina.

5. Existe algum rol de especialidades principais e suas especialidades afins que permitem o exercício profissional como médico na especialidade principal. Por exemplo, clínica médica ou clínica geral, cirurgia geral ou cirurgia específica, gastroenterologia ou endoscopia, ou colonoscopia, ou ultrassonografia diagnóstica e terapêutica do aparelho digestivo, radiologia ou ultrassonografia ou exames de imagem, neurologia ou eletroencefalografia; cardiologia ou ecocardiografia ou eletrocardiografia ou testes ergométricos?

Resposta: O Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação. A Comissão Mista de Especialidades não reconhecerá especialidade médica com tempo de formação inferior a dois anos e área de atuação com tempo de formação inferior a um ano. O reconhecimento das especialidades médicas e áreas de atuação firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica reconhece as Especialidades e Áreas de Atuação inseridas na Resolução CFM n.º 2068/2013.

6. Onde encontramos legislação para satisfazer estas e outras possíveis consultas relativas à profissão do médico e do especialista?

Resposta: Na legislação de apoio/referência abaixo indicada:

Resolução CFM n.º 2068/2013;

Resolução CFM n.º 1634/2002;

Parecer CFM n.º 21/2010;

Parecer CRM-PR n.º 2211/2010;

Parecer CRM-PR n.º 1775/2006;

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 29 de outubro de 2014.

CONS. ZACARIAS ALVES DE SOUZA FILHO

Conselheiro Parecerista

Processo-Consulta n.º 49/2014

Parecer CRM-PR n.º 2483/2014

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 3661.ª de 10/11/2014.

EQUIDADE NA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

FAIRNESS IN THE APPLICATION OF MANCHESTER PROTOCOL

*Keti Stylianos Patsis**

Palavras-chave – *Serviços de urgência e emergência, estratificação de risco, fluxo-grama, protocolos.*

Keywords – *Urgent and emergency services, risk stratification, flowchart, protocols.*

CONSULTA

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

“Solicito através deste o parecer do Conselho Regional de Medicina sobre a não utilização do protocolo de estratificação de risco em urgência e emergência (protocolo de Manchester), implantado pela Secretaria Municipal de Saúde, na Unidade de Pronto Atendimento Albert Sabin (UPA X) de forma universal.

Há aproximadamente 2 anos foi implantado pela prefeitura o protocolo de Manchester para a triagem (pré-avaliação) dos pacientes admitidos na unidade. Este protocolo contempla todas as enfermidades baseando-se nas queixas do paciente, e os organiza, classifica, em cores, do mais grave ao sem gravidade; e correlaciona esta estratificação ao tempo médio para seu atendimento.

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

Resumidamente, o protocolo é organizado em fluxogramas, que partem da queixa principal do paciente e permitem avaliar a presença de sintomas ou sinais de gravidade para que o paciente seja enquadrado dentro de uma determinada cor. Consequentemente o atendimento médico é determinado pelo risco do paciente (urgentes e muito urgentes em sala de emergência, pouco urgentes e sem urgência em consultórios nas UPAs, ou até em forma eletiva na UBS).

Existem fluxogramas para as mais diversas queixas, cefaleia, dor lombar, sangramento vaginal, corpo estranho... enfim, para os mais variados problemas, existe um fluxograma!

Dentre estes fluxogramas, há alguns específicos para o atendimento de pacientes vítimas de trauma (queda, agressão, queimadura, corpo estranho, trauma cranioencefálico, trauma toracoabdominal, trauma maior e até situações com múltiplas vítimas). Especificamente nesses fluxogramas não há qualquer especificação sobre o tempo de trauma para que ele seja considerado uma urgência, ou muito menos para que de acordo com seu tempo de trauma para que ele seja considerado uma urgência, ou muito menos para que de acordo com seu tempo o paciente seja dispensado da avaliação de risco! (fotocópia dos fluxogramas em anexo).

Contudo diz-se que há na UPA X um “protocolo da unidade” que determina que os pacientes vítimas de qualquer tipo de trauma com menos de 24 horas de evolução não precisam ser avaliados pelo protocolo de Manchester, e devem ser encaminhados para atendimento no setor de emergência diretamente pelos auxiliares de enfermagem que ficam na recepção da unidade.

Há bastante tempo esse “protocolo da unidade” é repetido por todos, e nem a implementação pela Secretaria Municipal de Saúde parece ter sido suficiente para homogeneizar os atendimentos na unidade. Há bastante tempo também registro inúmeras reclamações e solicitações de revisão dessa conduta junto à coordenação, direção, autoridade sanitária, porém até o momento não obtive uma resposta coerente.

Acredito ser extremamente necessária a revisão dessa conduta, uma vez que ela dá margem para que muitos pacientes sem qualquer critério de gravidade (o que seria facilmente verificado através dos fluxogramas) seja atendidos de forma imediata; enquanto tantos outros aguardam na fila para atendimento. Questiono-me por que ser conveniente com uma conduta que, enquanto médica com atuação em

emergência, fere o princípio da equidade do SUS, fere o protocolo de Manchester (utilizado mundialmente por sua eficiência) e implica no atendimento imediato de pessoas sem qualquer gravidade antes mesmo daqueles, no mínimo, urgentes.

Se é sabido internacionalmente que a grande vantagem da triagem é separar casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes, e garantir o atendimento prioritário, imediato aos casos mais graves, por que então fechar os olhos para uma das maiores metodologias evolutivas no atendimento de urgência e emergência? Qual é o fator limitador para que um protocolo magnitude mundial; que sistematiza de forma clara os atendimentos; que permite gerir tarefas e atuar de forma mais correta, justa e responsável; e que respalda a decisão de atendimento dos profissionais da unidade seja aplicado de forma plena na UPA X?

Outro grande benefício da metodologia do protocolo e garantir a oferta de serviços nas urgências seja homogênea. Independente do horário, do dia da semana ou do profissional que esta de plantão, a instituição de saúde oferecera a mesma padronização de atendimento, priorizando a vida, atendendo de forma rápida casos mais graves, e não aqueles que tem menos de determinado tempo de evolução.

Há meses direciono esses questionamentos aos responsáveis, porém não obtive até o momento qualquer justificativa para que o procedimento “da unidade” seja este.

E insisto nesse questionamento por perceber que repetindo as condutas oferecidas pelo “protocolo da unidade” que não são respaldadas em qualquer local oficial, até legalmente, estou sendo forçada a ir contra os princípios éticos do SUS, principalmente o da equidade; além de que estou exposta a realizar atendimentos como emergência para pacientes que não são urgentes, antes de prestar atendimentos a pacientes que são urgentes!

O Manchester é rápido, objetivo e reproduzível. Tem alta precisão e trabalha com sintoma dentro de um padrão internacional. É científico!

Para reforçar outra exposição que se faz aos profissionais e aos pacientes realmente envolvidos em atendimento de risco: por muito mais de uma vez eu estava em atendimento de paciente grave (executando manobras de reanimação cardio-pulmonar, entubando, etc) e fui abordada por pacientes com entorse de tornozelo há 12 horas; ou com trauma direto em membro superior jogando futebol na noite anterior; ou com “cisco no olho”... pacientes esses que foram, como de “costume” encaminhados pela recepção para o setor de emergência, sem passar por qualquer

triagem, e entraram na sala da emergência para reclamar que seu atendimento estava demorando muito!

Portanto, não divulgar, não orientar a população sobre a triagem e trapaceia-la chega a ser algo absurdo! Faz parte da promoção à saúde a educação! Pergunto-me como promover a saúde, educar a população, se os próprios profissionais que atuam naquele que é o seguimento de maior impacto no atendimento a saúde não se comprometem com a execução correta das tarefas que podem salvar vidas?

Em vista da morosidade das competências imediatas, às quais já encaminhei diversas solicitações e questionamentos semelhantes a este; solicito então junto ao meu Conselho de classe, seu parecer sobre a legitimidade de minhas indagações; sobre a plausibilidade da aplicação integral do protocolo de Manchester; e se, sobre a ótica da ética médica, ser conveniente com a determinação de atender pacientes não graves antes de pacientes com alguma gravidade não é o mesmo que, de certa forma, omitir socorro, mesmo que indiretamente; ou sujeitar-se a uma situação de trabalho confrontante com princípios éticos e com bom-senso comum.”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Conforme o Parecer n.º 2136/2010 deste Conselho Regional de Medicina, “(...) Atualmente coexiste um sistema de saúde suplementar baseado na orientação liberal, atuando de acordo com as leis de livre mercado, que abrange cerca de 40 milhões de brasileiros, com um sistema público de saúde, o SUS, de orientação universalista e atendimento integral das necessidades de saúde. Esta é a fonte dos problemas atuais, uma vez que a demanda é imensamente maior que a capacidade que temos de ofertar os serviços de saúde necessários, baseando-se nos princípios de universalidade e equidade que regem o SUS. Mesmo porque, o SUS ainda é responsável pelo atendimento de boa parte da população assistida pela saúde suplementar, tendo como maior exemplo disto, as situações de trauma/acidentes. Portanto, é cristalina a necessidade de se reorganizar os processos de trabalho de modo a permitir um atendimento eficaz e resolutivo nas diferentes situações, tanto de agravos agudos como crônicos agudizados. Os serviços de urgência e emergência hospitalares existem para atender de forma rápida as situações de risco eminentes para a saúde. Diante disso, por óbvio, quanto mais grave for a situação clínica, mais rápido deve ser o atendimento. (...) A classificação de risco nada mais é que uma metodologia de trabalho cujo objetivo é estabelecer um tempo

de espera pela atenção médica e não de estabelecer diagnóstico. A proposta do Ministério da Saúde foi motivada pelo fato de muitos serviços de atendimento a urgências conviverem diariamente com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum na hora da chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo, às vezes, até a morte de pessoas pelo não-atendimento em tempo adequado”.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, também garante o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, informa o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares em local apropriado para isto e não na porta do pronto-socorro, promove o trabalho em equipe, dá melhores condições de trabalho para os profissionais, aumenta a satisfação dos usuários e, principalmente possibilita e instiga a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. É importante salientar que apenas a classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade de assistência. É preciso pactuar estes fluxos, tanto internos quanto externos, para viabilização do processo e tradução dos riscos na rede de atenção. O trabalho deve ser integrado com as redes básicas, que darão suporte para aqueles pacientes com queixas crônicas classificados como azul; e internamente o paciente classificado como vermelho, deve continuar sendo vermelho após o atendimento inicial, ou seja, na realização dos exames e avaliações que se façam necessárias para seu cuidado integral.

A classificação de risco vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil e utiliza diversos protocolos baseados na avaliação primária do paciente, já muito bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência. Deve se basear em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Ou seja, o médico precisa ser ouvido, para que o protocolo de classificação de risco funcione realmente como ferramenta de inclusão, que reorganize e garanta o atendimento de todos.

Em conclusão, para implantação do acolhimento e classificação de risco é necessário planejamento, pactuação interna dos fluxos e posteriormente pactuação externa, envolvendo principalmente a atenção básica. O Protocolo de Manchester é um, dentre vários existentes, que estabeleceu em 1997 fluxogramas de classificação de risco, devido à grande demanda na urgência, com finalidade de dinamizar

e dar resolutividade aos que procuram os serviços de urgência, às vezes até sem necessidade. Para benefício dos pacientes e respeitando a autonomia profissional de todas as classes envolvidas no processo de atendimento das urgências, partindo-se do pressuposto que todos querem o melhor para o paciente, é preciso que haja pactuações para tornar a classificação de risco uma verdadeira ferramenta de inclusão, com equidade e priorização dos verdadeiramente mais graves.

Para os Conselhos de Medicina “triar” é um ato médico baseado em sinais e sintomas que levam à presunção diagnóstica.

É inadequado que qualquer trauma seja considerado prioridade, mesmo que a intenção seja a de não se correr o risco de deixar pacientes potencialmente graves sem atendimento. Esta conselheira entende que a triagem, realizada por profissionais treinados deve classificar o risco, individualmente e para todos os paciente, sem que se lance mão do artifício de englobar todo o grupo de pacientes que sofreram trauma de qualquer natureza como emergência, pois isto pode não corresponder à realidade dos fatos, reconhecendo-se, no entanto, que não é ilícito atender como prioridade traumas com menos de 24 horas de evolução.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 24 de junho de 2014.

Cons.^a KETI STYLIANOS PATSIS

Conselheira Parecerista

Processo-Consulta nº 28/2014

Parecer CRM-PR nº 2446/2014

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 3427, de 03/02/2014 - CÂM I

IMPLANTAÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO DIGITAL

DIGITAL MEDICAL RECORDS DEPLOYMENT

*Keti Stylianos Patsis**

Palavras-chave – *Prontuário eletrônico, cartilha, informática em saúde, Resolução CFM nº 1821/2007.*

Keywords – *Electronic medical record booklet, health informatics, Resolution CFM nº 1821/2007.*

CONSULTA

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

“Como médico registrado neste CRM-PR, exercendo a função de gerente de Medicina Ocupacional de uma Prefeitura Municipal, solicito análise e parecer quanto aos questionamentos abaixo formulados: O Departamento de Saúde Ocupacional (RHSO) da Secretaria Municipal de Recursos Humanos de Prefeitura Municipal, com o objetivo de modernizar seus processos de trabalho nas áreas de Medicina do Trabalho e Perícia Médica, solicita orientações de como implantar o prontuário médico digital, atendendo aos requisitos legais para reconhecimento e validação deste sistema. O RHSO possui hoje um sistema informatizado cujo acesso se dá através de senha tanto dos médicos peritos quanto dos médicos do trabalho. Todas as informações ficam armazenadas em um

*Conselheira parecerista do CRM-PR.

único banco de dados. Os laudos emitidos pelo médico perito são impressos e assinados tanto pelo profissional médico como pelo servidor atendido. A mesma situação se repete em relação à Medicina do Trabalho, os ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) também são impressos e assinados tanto pelo profissional médico como pelo servidor atendido. O sistema de backup é gerenciado e controlado pelo Instituto X de Informática - ICI. Diante do exposto solicito informar:

1.Há possibilidade de manter os registros somente no banco de dados sem o documento impresso? 2.Como validar a legalidade do sistema em uso junto ao Conselho Federal de Medicina? 3.Quais os requisitos mínimos necessários?4.Há alguma resolução específica deste CRM ou mesmo CFM para o setor público quanto ao prontuário digital? 5.Demais orientações.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atendimento ao solicitado pelo consulente passamos a responder objetivamente aos questionamentos:

1. Há possibilidade de manter os registros somente no banco de dados sem o documento impresso?

Resposta: Segundo consta da Cartilha elaborada pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, com o aval do Conselho Federal de Medicina, “documento eletrônico pode ser entendido como a representação de um fato concretizada por meio de um computador e armazenado em formato específico (organização singular de bits e bytes), capaz de ser traduzido ou apreendido pelos sentidos mediante o emprego de programa (software) apropriado”. Certificado digital é um arquivo de computador que identifica uma pessoa física ou jurídica no mundo digital. Segundo o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI), o “certificado digital é um documento eletrônico que contém o nome, um número público exclusivo denominado chave pública e muitos outros dados que mostram quem somos para as pessoas e para os sistemas de informação. A chave pública serve para validar uma assinatura realizada em documentos eletrônicos.” O certificado digital tem diversas finalidades, tais como garantir a comunicação segura entre dois sistemas e criptografar o acesso a diversos websites. Serão considerados eletrônicos quando estes documentos forem elaborados e armazenados utilizando um sistema informatizado.

Para um prontuário sem papel, totalmente digital, é obrigatório o uso de certificação digital para assinatura dos prontuários e o programa deverá ter nível de garantia de segurança II.

2. Como validar a legalidade do sistema em uso junto ao Conselho Federal de Medicina?

Resposta: Segundo a Cartilha elaborada pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, com o aval do Conselho Federal de Medicina, para estar aderente com a Resolução CFM nº 1821/2007, deve-se ter um certificado digital padrão ICP-Brasil para assinar os prontuários no sistema e software com nível de garantia de segurança II. Só assim, é possível ter um prontuário sem papéis.

3. Quais os requisitos mínimos necessários?

Resposta: A Resolução CFM n.º 1821/2007, cuja cópia está sendo enviado com este parecer, estabelece as normas para a elaboração e guarda do prontuário eletrônico.

4. Há alguma resolução específica deste CRM ou mesmo CFM para o setor público quanto ao prontuário digital?

Resposta: Sim, a Resolução n.º 1821/2007 do CFM versa sobre este assunto.

5. Demais orientações;

Resposta: O prontuário eletrônico deve obedecer a Resolução n.º 1821/2007 do CFM e a Cartilha elaborada pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, com o aval do Conselho Federal de Medicina. Recomenda-se a leitura destes documentos com atenção.

É o parecer, S. M. J.

Curitiba, 12 de maio de 2014.

Cons.^a KETI STYLIANOS PATSIS
Conselheira Parecerista.

Parecer n.º 2463/2014
Processo-Consulta n.º 19/2014
Parecer Aprovado
Sessão Plenária n.º 3504, de 12/05/2014.



**DRA. WLADYSLAWA WOLOWSKA MUSSI:
PRIMEIRA MÉDICA EM SANTA CATARINA**

DRA. WLADYSLAWA WOLOWSKA MUSSI: FIRST FEMALE DOCTOR IN SANTA CATARINA

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Pioneira, Medicina, memória, acadêmica.*

Keywords – *Pioneer, Medicine, memory, academic.*

* Diretor do Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná; Professor Adjunto (apos) de Neurologia do curso de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Médico legista do Instituto Médico Legal do Paraná (apos).



A Dra. Wladyslawa Wolowska Mussi foi a primeira mulher a exercer a medicina em Santa Catarina. Nascida na Colônia Murici, na Grande Curitiba (PR), em 11 de agosto de 1910. Formou-se no curso de Medicina da Universidade do Paraná em 1932. Nesse período, o curso era uma entidade particular e a universidade mais antiga do Brasil, em exercício, desde 1912. Concluiu o curso com 23 anos de idade, em uma turma acadêmica com apenas duas mulheres e 18 homens. Foram alguns de seus colegas os Drs. Aristides Athayde Junior, João Alfredo Bley Zorning, Joaquim de Mattos Barreto, Augusto Colle e sua colega Ione Busse.

Era de tradicional família polonesa, por parte de pai, e brasileira, de mãe, a qual tinha também antecedentes polacos.

Wladyslawa, entre outras qualidades, era apreciadora especial pelo hábito diário da leitura.

Casou-se em 1933, com o Dr. Antonio Adilo Mussi, médico, político, nascido em Laguna (SC), em 1910, com descendência libanesa. Ambos foram colegas no curso de Medicina, ele formado em 1934.

Casados, foram morar e exercer a profissão em Laguna (SC), depois em Orleans (SC)



e posteriormente em Florianópolis, capital de Santa Catarina. Tiveram três filhos.

A Dra. Wladyslawa foi por 15 anos a única médica em Florianópolis. Dedicou-se, na profissão, ao exercício da Saúde Pública e à especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, até aos 70 anos.

A Dra. Wladyslawa faleceu em 14 de julho de 2012, prestes a completar os 102 anos de idade. O seu esposo, Dr. Antonio Mussi, tinha falecido mais de meio século antes, em 19 de março de 1959, aos 49 anos de idade.

No seu período profissional, foi voluntária e sócia-fundadora da Rede Feminina de Combate ao Câncer, integrante do Clube Soroptmista de Florianópolis e presidente da Legião Brasileira de Assistência, em Orleans (SC). Foi distinguida com título honorário da Academia Nacional de Medicina e titular da Cadeira nº 9 da Academia de Medicina de Santa Catarina.

Na sua comemoração de 100 anos de idade, recomendou aos amigos que desajassem presenteá-la, que oferecessem brinquedos, livros e jogos, para crianças, às quais seriam distribuídos.

A Dra. Wladyslawa, em seus primeiros anos de exercício médico, enfrentou o preconceito que a população feminina e masculina tinha em relação às primeiras médicas, quanto à credibilidade em suas competências, cuja solução o tempo demonstrou em suas qualidades, como pessoa, mulher, profissional médica de excepcional competência de amor ao próximo e de fazer parte da história da medicina.

Por suas especiais qualidades, foi sempre muito admirada e respeitada pelos catarinenses, com muito orgulho. Faleceu após sofrer queda em casa, em que fraturou os fêmures. Deixou três filhos, oito netos e três bisnetos.

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DA AMP

HISTORY MUSEUM OF MEDICINE, AMP

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Museu, história, evolução, doação, acervo.*

Keywords – *Museum, history, evolution, donation collection.*

Temos certeza de que você conhece sua antiga história e, que, todos nos preocupamos com nossas raízes físicas, emocionais, nossos antecedentes, nosso passado. Acredito que não, só nós, médicos, apreciamos conhecer a importância dos dados evolutivos históricos da medicina e pluralmente como elemento representativo da profissão médica.

O que faria você se hoje, seu paciente ou você pessoalmente, precisasse utilizar e não dispusesse de antibiótico, anti-inflamatório, anestésico, analgésico, anticonvulsivante, anti-hipertensivo, tranquilizante, cardiotônico, transplante, órtese, prótese, endoscopia, radiografia, antidepressivo, ressonância magnética, tomografia, cirurgia, vacinas etc. Isto já aconteceu antigamente! Como resolveria sem os dispor hoje?

Com certeza, estes benefícios não caíram do céu, mas, surgiram após muito esforço da tecnologia, pela aplicação de muitos recursos, ideias, criatividade e esforços anteriores.

Os médicos mais jovens, evidentemente, não conheceram como foi, como se fazia e conseguia exercer a medicina há 50, 60 ou mais anos. Mas, é importante saber que pessoas promoveram estes avanços, em medicamentos ou aparelhos.

A sociedade precisa preservar, manter, entender, restaurar, aprender e apreciar os promotores desta evolução dos materiais, das tecnologias, dos instrumentos, maquinarias da evolução do pensamento histórico. No mínimo, conhecer e homenagear estes ícones e elementos desenvolvedores da medicina, qualquer que seja seu setor, especialidade ou profissional.

* Diretor do Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná; Professor Adjunto (apos) de Neurologia do curso de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Médico legista do Instituto Médico Legal do Paraná (apos).

Se alguém: médico, familiar, historiador, colecionador, estudante, apreciador da ciência, das belas artes médicas e da tecnologia, dispuser de alguma peça, digna do nosso e teu Museu de História da Medicina, a Associação Médica do Paraná agradecerá receber e poder preservar em doação.

Qualquer objeto, peça, artigo, produto, exemplar, obra da área da saúde com cunho de ultrapassado: livro, aparelho, instrumento, fotografia, peça anatômica, medicamento, vestuário, mobiliário, fios cirúrgicos, óculos, frasco de farmácia, placa ou medalha de homenagem, romance escrito por médico ou sobre medicina, carteira profissional, propaganda, receituário, documento, diploma, enfim, qualquer destas e outras relíquias, com cunho de antigo ou ultrapassado, são bem-vindos.

Recordar é rever, reviver, relembrar, conhecer.

Contribuir para as novas gerações entenderem como já foi difícil, muito difícil, árduo, limitado, espinhoso e penoso o exercício da medicina.

Restaurar é também trazer à realidade passada, algo que esquecemos ou não tivemos oportunidade de conhecer, de ver, utilizar, ou seja, é um novo prazer cultural.

Preserve. Compartilhe. Colabore. Apoie a iniciativa. Todos nós somos responsáveis pela manutenção do patrimônio e beleza da medicina histórica.

Veja, em nosso site, alguns dos inúmeros exemplares do nosso belo acervo museológico em formação, para o qual esperamos que outros doadores possam contribuir com o acervo, sua preservação e enriquecimento. Ele é de toda a classe médica e da população, como um todo. Você pode contribuir. Já dispomos de 30 mil livros e 10 mil outras peças.

Agradecemos sua participação e de qualquer representante da nossa história, desta bela área de conhecimento humano. Não deixe para depois. Agora é o momento.

DR. JOÃO GONÇALVES BARACHO

Presidente da Associação Médica do Paraná.

DR. EHRENFRIED OTHMAR WITTIG

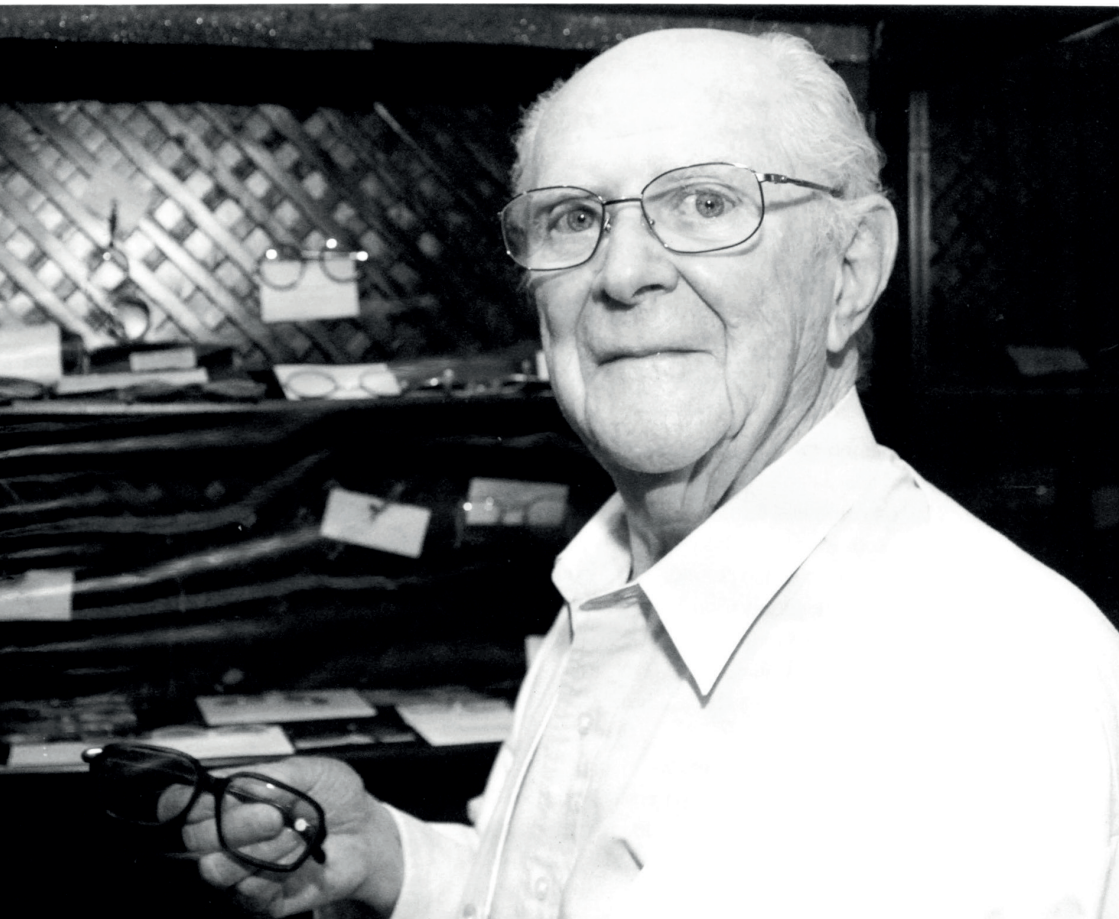
Diretor do Museu de História da Medicina da AMP.

Para doações ou contatos:

Secretaria -041 3024-1415

Site AMP - www.amp.org.br

e-mail- amp@amp.org.br



**RUBEM ANTONIO NOGUEIRA DE FRANÇA
O SEGUNDO MAIOR MUSEU DE ÓCULOS DO BRASIL**

RUBEM ANTONIO NOGUEIRA DE FRANÇA
THE SECOND LARGEST GLASSES MUSEUM IN BRAZIL

Palavras-chave – *Oftalmologia, história, coleção, curiosidades, óculos, livros.*

Keywords – *Ophthalmology, history, collection, curiosities, glasses, books.*

Formado em 1945, aos 21 anos de idade, no curso de Medicina da Universidade do Paraná, no período em que a instituição era ainda particular (é federal desde 1950), Rubem Antonio Nogueira de França fez curso de especialização em São Paulo e na Argentina, complementando sua formação e especialidade com a participação em inúmeros congressos no Brasil e no exterior.

Iniciou sua atividade como oftalmologista em 1947 e só a deixou em 2012, portanto, aos 67 anos de profissão. Até completar 90 anos ainda atendia pela manhã e à tarde em seu consultório da Rua Emiliano Pernetta, 10, no Centro de Curitiba.

Sua coleção de óculos se deu no início da década de 70, motivado pelo carinho para com a profissão e pela variedade de seu material de trabalho: os óculos. O exemplar de número um pertencia a seu cliente e amigo, o então governador Ney Braga, a quem pediu a doação de óculos usados. Recebeu prontamente o objeto, acompanhado de uma carta, na qual o político afirmava: “Tenho o maior prazer de oferecer ao amigo um dos primeiros óculos que me receitou e que muito me serviu. A feiura do aro foi culpa minha. Um grande abraço do Ney Braga”.

Seguiu-se então a doação de outro paciente, o Dr. David Carneiro, historiador, escritor, intelectual e positivista brasileiro, detentor, na época, do museu que levava seu nome na Rua Comendador Araújo, na capital paranaense. Na ocasião, recebeu dois exemplares do ilustre paranaense.

* Diretor do Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná, com dados extraídos da revista Jota Zero, de 2008.

Em 1974, houve uma apresentação da cantora Elisete Cardoso, no Clube curitibano, e lá foi ele solicitar os óculos da artista, conhecida com a “Divina”. Recebeu um espalhafatoso par de óculos de sol, com uma dedicatória muito simpática.

A ideia o entusiasmou com o recebimento de vários exemplares de outros pacientes ou não, a quem escrevia solicitando as doações. Artistas, colegas médicos, políticos, escritores e outros prontamente colaboraram.

O acervo possui óculos de vários presidentes do Brasil, como os ex-presidentes Café Filho, Nereu Ramos, Juscelino Kubitschek de Oliveira, Jânio Quadros, Emílio Garrastazu Médici e João Baptista Figueiredo. JK, aliás, lhe ofertou os óculos, chamando-o de colega, pois médico também era. Por sua vez, o presidente Jânio Quadros, com seu humor, frequente, além dos óculos enviou um bilhete com o seguinte texto: “Mando os óculos para o amigo colecionador. Pede-me pouco. Na política, quiseram-me arrancar os olhos”.

Também, fez pedido de doação, na época, ao Primeiro Ministro da Inglaterra, Edward Heath, mas não pôde ser atendido, pois o político alegou ter apenas um exemplar e necessitá-lo diariamente.

Uma das últimas solicitações feitas pelo médico colecionador, foi ao ex-presidente Luiz Inácio, o Lula, de quem jamais obteve qualquer resposta. Ainda assim, a coleção conta com mais de 200 óculos, além de livros raríssimos e antigos sobre oftalmologia.

Além da coleção relacionada à Oftalmologia, Rubem França possui em casa, na praia ou no sítio, acervos de outros objetos que arrebanhou ao longo dos anos, como chaveiros, abridores de garrafa, notas de papel moeda, suportes para copos de chope e rótulos de hotéis.

Como curiosidade interessante, ligando a coleção ao nome do colecionador é que RUBEM significa “filho da visão” ou “vês um filho de Deus”.

Hoje, aos 92 anos, ele está em casa, junto da família, que tanto quer bem. Como colecionador, entusiasmado desde o início de seu curso médico, muito bem soube entender a solicitação do “Museu de História da Medicina”, da Associação Médica do Paraná (AMP), feita há alguns anos. Assim, tão logo desfez seu consultório, ele realizou a doação de seu acervo para a AMP. Desta forma, o que era preservado em seu local de trabalho, agora poderá ser visto e apreciado pelos médicos ou interessados de todo o nosso Estado.

Deste modo, recebemos os óculos e aproximadamente 200 livros de Medicina, especialmente de Oftalmologia, pelos quais agradecemos. O mais antigo datado de 1860 - e o mais curioso par de óculos, inventado por avicultores, para serem colocados em galinhas, para que elas não enxergassem e machucassem as outras com seus bicos.

Seu acervo, feito sem compromisso e por prazer, só é superado pelo Museu Gioconda Gianinni, de São Paulo, capital, que conta com mais de 700 exemplares de óculos. Nossos agradecimentos ao Dr. Rubem e familiares.

“Temos todos nós, por ação ou omissão, estímulo ou incompreensão, responsabilidade dos fatos da história.”

TEOTÔNIO VILELA

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

