

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

v. 34 - n. 134 - Abr/Jun - 2017



**CRM-PR**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

## 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.

### EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

### JORNALISTA RESPONSÁVEL

Hernani Vieira (Sindijor 816)

### JORNALISTA ASSISTENTE

Bruna Bertoli Diegoli

### ASSISTENTE

Flávio Seigi Kuzuoka

### DIAGRAMAÇÃO

Victória Romano

### TRADUÇÃO

Lizandra Pezoti

### CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

### CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica

## ENDEREÇOS

### CRM-PR

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

### E-mail

*Protocolo/Geral*

[protocolo@crmpr.org.br](mailto:protocolo@crmpr.org.br)

*Secretaria*

[secretaria@crmpr.org.br](mailto:secretaria@crmpr.org.br)

*Setor Financeiro*

[financeiro@crmpr.org.br](mailto:financeiro@crmpr.org.br)

*Diretoria*

[diretoria@crmpr.org.br](mailto:diretoria@crmpr.org.br)

*Departamento Jurídico*

[dejur@crmpr.org.br](mailto:dejur@crmpr.org.br)

*Departamento de Fiscalização*

[defep@crmpr.org.br](mailto:defep@crmpr.org.br)

*Departamento de Recursos Humanos*

[rh@crmpr.org.br](mailto:rh@crmpr.org.br)

*Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos*

*e Comissão de Qualificação Profissional*

[cqp@crmpr.org.br](mailto:cqp@crmpr.org.br)

*Comissão de Atualização Cadastral de E-mails*

[correio@crmpr.org.br](mailto:correio@crmpr.org.br)

*Assessoria de Imprensa*

[imprensa@crmpr.org.br](mailto:imprensa@crmpr.org.br)

[comunicacao@crmpr.org.br](mailto:comunicacao@crmpr.org.br)

*Biblioteca*

[biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)

### Site

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

### Postal

Caixa Postal 2208

### Telefone

41 3240-4000

### Fax

41 3240-4001

### CFM

[cfm@cfm.org.br](mailto:cfm@cfm.org.br)

### Site

[www.portalmedico@cfm.org.br](http://www.portalmedico@cfm.org.br)

### E-mail

[jornal@cfm.org.br](mailto:jornal@cfm.org.br)

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

GESTÃO 2013/2018

DIRETORIA - 01/02/2017 a 30/09/2018

Presidente:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
Vice-Presidente:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
Secretário-Geral:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
1º Secretário:	Cons.	Carlos Roberto Naufel Junior
2º Secretário:	Cons.	Mauro Roberto Duarte Monteiro
1º Tesoureiro:	Cons.	José Clemente Linhares
2º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
Corregedor-Geral:	Cons.	Maurício Marcondes Ribas
1º Corregedor:	Cons.	Álvaro Vieira Moura
2º Corregedor:	Cons.	Fábio Luiz Ouriques

## CONSELHEIROS

---

Adônis Nasr	José Clemente Linhares
Afrânio Benedito Silva Bernardes	Julierme Lopes Melinger
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Keti Stylianos Patsis
Alexandre Gustavo Bley ( <i>licenciado em 26/03/14</i> )	Lizete Rosa e Silva Benzoni
Álvaro Vieira Moura	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa
Cecília Neves de Vasconcelos Krebs	Marília Cristina Milano Campos de Camargo
Clóvis Marcelo Corso	Maurício Marcondes Ribas
Cristina Aranda Machado	Mauro Roberto Duarte Monteiro
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Nazah Cherif Mohamad Youssef
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Paulo Cesar Militão da Silva
Fábio Luiz Ouriques	Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta
Fernando Cesar Abib	Roberto Issamu Yosida
Gisele Cristine Schelle	Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira
Gláucia Maria Barbieri	Tânia Maria Santos Pires Rodrigues
Gustavo Justo Schulz	Teresa Cristina Gurgel do Amaral
Hélcio Bertolozzi Soares	Thadeu Brenny Filho
Jan Walter Stegman	Viviana de Mello Guzzo Lemke
Jeziel Gilson Nikosky	Wilmar Mendonça Guimarães
José Carlos Amador	Zacarias Alves de Souza Filho

## **MEMBROS NATOS**

---

Duilton de Paola  
Farid Sabbag  
Luiz Carlos Sobânia  
Luiz Sallim Emed  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Hélcio Bertolozzi Soares  
Gerson Zafalon Martins  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Alexandre Gustavo Bley  
Maurício Marcondes Ribas  
Luiz Ernesto Pujol

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

---

### **Gestor**

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

### **Médicos fiscais de Curitiba**

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

### **Médico fiscal do Interior**

Dr. Paulo César Aranda (Londrina)

## **DEPARTAMENTO JURÍDICO**

---

### **Consultor Jurídico**

Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

### **Assessores Jurídicos**

Adv. Afonso Proença Branco Filho  
Adv. Martim Afonso Palma

## **SECRETARIA**

---

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

# ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

## EDIÇÃO

---

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

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

## REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

---

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

## RESPONSABILIDADE

---

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

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

## NORMAS PARA OS AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

## ÍNDICE REMISSIVO

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

## ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

## FICHA CATALOGRÁFICA

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

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2017;34(134):57-112

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)  
Osmar Yoshiyuki Sigueoka (Vice-Diretor)  
Sérgio Seidi Uchida (Secretário)  
Leonardo Marchi  
Pedro Elias Batista Gonçalves  
Pieker Fernando Migliorini  
Ribamar Leonildo Maroneze

### CAMPO MOURÃO

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

### CASCADEL

Roberto Augusto Fernandes Machado (Diretor)  
Pedro Paulo Verona Pérsio (Vice-Diretor)  
Karin Erdmann (Secretária)  
Amaury Cesar Jorge  
André Pinto Montenegro  
Antônio Carlos de Andrade Soares  
Fábio Scarpa e Silva  
Juliana Gerhardt  
Keith de Jesus Fontes

### FOZ DO IGUAÇU

Pablo Zanatta (Diretor)  
Luiz Henrique Zaios (Vice-Diretor)  
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Secretária)  
Elba Virgínia Benítez Agüero  
Eduardo Hassan  
Isidoro Antônio Villamayor Alvarez  
Jacilene de Souza Costa  
Luiz Cláudio Casagrande  
Marco Aurélio Farinazzo  
Victor Emmanuel Evangelista Da Silva

### FRANCISCO BELTRÃO

Irno Francisco Azzolini (Diretor)  
Vicente de Albuquerque Maranhão Leal  
(Vice-Diretor)  
Badwan Abdel Jaber (Secretário)  
Aryzone Mendes de Araujo Filho  
Cícero José Bezerra Lima  
José Bortolas Neto  
Márcio Ramos Schenato  
Mary Angela Sabadin  
Rubens Fernando Schirr

### GUARAPUAVA

Frederico G. Keche Virmond Neto (Diretor)  
Antônio Marcos Cabrera Garcia (Vice-Diretor)  
Décio Yvan Sanches Filho (Secretário)  
Amélia Cristina Araújo  
Anderson Vinícius Kugler Fadel  
Gabriel Odebrecht Massaro  
Letícia Domingos  
Mariana Saciloto Cramer  
Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

### LONDRINA

Fátima Mitsie Chibana Soares (Diretora)  
Alcindo Cerci Neto (Vice-Diretor)  
Ivan José Blume de Lima Domingues  
(Secretário)  
Antônio Caetano de Paula  
Fábio Ferreira Lehmann  
João Henrique Steffen Júnior  
Luiza Kazuko Moriya  
Mário Machado Júnior  
Naja Nabut  
Pedro Humberto Perin Leite

### MARINGÁ

Márcio de Carvalho (Diretor)  
Luiz Alberto Mello e Costa (Vice-Diretor)  
Fabiola Menegoti Tasca (Secretária)  
Ana Maria S. Machado de Moraes  
Cesar Helbel  
Enio Teixeira Molina Filho  
Kátia Hitomi Nakamura  
Paulo Roberto Aranha Torres  
Vicente Massaji Kira

### **PARANAÍ**

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

### **PATO BRANCO**

Pedro Soveral Bortot (Diretor)  
José Renato Pederiva (Vice-Diretor)  
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)  
Elisabeth Ostapiv Correa  
Fernando Gortz  
Geraldo Sulzbach  
Giancarlo Bergamini Vannucchi  
Ivaí Saião Aranha Falcão de Azevedo  
Marciano Baldissera  
Vanessa Bassetti Prochmann Esber

### **PONTA GROSSA**

Tatiana Menezes Garcia Cordeiro (Diretora)  
Northon Arruda Hilgenberg (Vice-Diretor)  
Ladislao Obrzut Neto (Secretário)  
Gisele Cuzzuol Pedrini  
Luiz Jacintho Siqueira  
Meierson Reque  
Pedro Paulo Rankel  
Victor Mauro

### **REGIÃO METROPOLITANA E LITORAL**

Marcelo Henrique de Almeida (Diretor)  
Arare Gonçalves Cordeiro Júnior (Vice-Diretor)  
Bruno Bertoli Esmanhoto (Secretário)  
Evandro Antonio Sbalcheiro Mariot  
Filipe Carlos Caron  
José Antônio Ferreira Martins

### **RIO NEGRO / MAFRA (SC)**

Cláudio Veiga Lopes (Diretor)  
Helton Boettcher (Vice-Diretor)  
Anderson Aurélio de Almeida (Secretário)

Aroldo Greschechen Junior  
Jacy Gomes  
Jonas de Mello Filho  
Leandro Gastim Leite

### **SANTO ANTÔNIO DA PLATINA**

Hélio Renato Lechinewski (Diretor)  
Carlos Roberto Bertoni (Vice-Diretor)  
Elenir Aparecida Dóles Godoy (Secretária)  
Celso Aparecido Gomes de Oliveira  
Elizabeth Candido da Lozzo  
José Mário Lemes  
Sergio Bachtold

### **TOLEDO**

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

### **UMUARAMA**

Sandra Mara Oliver Martins Aguilar (Diretora)  
Augusto Legnani Neto (Vice-Diretor)  
Fabiano Correa Salvador (Secretário)  
Alexandre Thadeu Meyer  
Antônio Francisco Ruaro  
Deraldo Mancini  
Edson Morel  
Juscélio de Andrade  
Osvaldo Martins de Queiroz Filho  
Silvio Roberto Correa

### **PORTO UNIÃO (SC) / UNIÃO DA VITÓRIA**

Ayrton Rodrigues Martins (Diretor)  
Renato Hobi (Secretário)  
Plínio Leonel Jakimiu  
Daniel Thadeo Sens

## SUMÁRIO

### ARTIGOS ESPECIAIS

Uma viagem pela filosofia oriental: Ibn Sina, o grande Avicena  
*Jomar Giostri* ..... 68

O SUS como prioridade  
*Donizetti Dimer Giamberardino Filho* ..... 75

Depressão: vamos conversar?  
*Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa* ..... 77

### RESOLUÇÃO CFM

Eleição dos Conselhos de Medicina para gestão 2018/2023  
*CFM* ..... 80

Doença incapacitante: atualizadas regras para o exercício da medicina  
*CFM* ..... 84

### PARECER CFM

Admissão ao trabalho de pessoas com deficiência. Avaliação clínica para homologação  
*José Albertino Souza* ..... 91

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

---

## **PARECER CRM-PR**

Legalidade do plantão de sobreaviso em anesthesiologia

*Clovis Marcelo Corso* ..... 95

Atestado para óbito em domicílio - responsabilidade

*José Clemente Linhares* ..... 99

Atendimento de Matriciamento na Atenção Primária

*Tania Maria Santos Pires* ..... 101

Atendimento obstétrico na atenção primária por não especialista.

Responsabilidade profissional

*Julierme Lopes Mellinger* ..... 104

## **MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**

Virgínia Leite, enfermeira da FEB na Segunda Guerra

*Ehrenfried Othmar Wittig* ..... 109

## UMA VIAGEM PELA FILOSOFIA ORIENTAL: IBN SINA, O GRANDE AVICENA

A JOURNEY THROUGH EASTERN PHILOSOPHY: IBN SINA, THE GREAT AVICENNA

*Jomar Giostri \**

**Palavras-chave** – *Medicina, Oriente, Idade Média, ciência, conhecimento, filosofia, publicações.*

**Keywords** – *Medicine, Middle East, Middle Ages, science, knowledge, philosophy, publications.*

### INTRODUÇÃO

Após a queda do Império Romano do Ocidente, em 476, a Europa adentrava na Idade Média, uma época de profundas transformações e grande atraso, se compararmos com o grande progresso filosófico e cultural do mundo greco-romano. Muito embora permanecesse o Império Bizantino, baluarte cristão do leste europeu e Oriente Médio, foi graças ao Cristianismo e à Filosofia que a civilização ocidental deu seus primeiros passos rumo à Idade Moderna.

Enquanto muito pouco da Filosofia Grega chegava à Europa, graças a Boécio, que traduziu a “*Lógica*” de Aristóteles, as demais obras do grande filósofo eram traduzidas e aproveitadas pelos árabes, trazendo muita cultura e chamando a atenção de estudiosos islâmicos, que desenvolveram os ensinamentos de Platão

---

\* Médico inscrito no CRM-PR (5.077), membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, com título de especialista em Cirurgia Geral pelo CBC e pela Associação Médica Brasileira, e título de especialista em Medicina Legal pela Sociedade Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas

e Aristóteles, além de estudos referentes a diversas outras ciências, ainda desconhecidas dos europeus.

Estes conhecimentos eram incompatíveis com as ideias cristãs da época. Como sabemos, a obra de São Agostinho versava sobre o teocentrismo e a ideia da condução do Universo por Deus, sendo a existência humana a expressão do poder divino e a predestinação como forma inexorável da concepção da vida. A vontade de Deus determinava tudo e o ser humano não conseguia entender os princípios divinos e os desígnios de Deus. O máximo permitido era uma abordagem racionalista conforme o platonismo. Esta era a concepção cristã na Idade Média quando o Islamismo surgia no Médio Oriente no século VII.

Um pouco depois, no século X, aparecia o maior filósofo árabe de toda a Idade Média: Abu Ali at-Husain ibn Abdullah ibn Sina, o Avicena conforme era conhecido no ocidente. O médico oriental cuja fama se espalhou por todos os cantos do mundo. Seus trabalhos serviram como referência para a prática médica no ocidente até meados da primeira metade do século XVII.

## O MUNDO NA ÉPOCA DE AVICENA

Muito embora Avicena vivesse na Pérsia (hoje Irã), sua família era da cidade de Bukhara, hoje situada no Uzbequistão. A Pérsia estava dominada pela Dinastia Samânida, que após longo domínio árabe, da Dinastia Abássida, agora era independente e florescia magnificamente. Sua capital, Isfahan ou Ispahan, rivalizava com Bagdá, uma cidade adiantada e civilizada.

Avicena, além de filósofo, era médico e professava na Madrassa (Universidade de Ispahan). Possuía a universidade mais de 100.000 livros. A Pérsia, com tradição cultural desde a Dinastia Aquemênida (de Ciro, o grande, Dario, Xerxese seus descendentes), passou posteriormente por uma grande transformação quando Alexandre, o Grande, expandiu o helenismo através de todas as satrapias do império. Tornou-se parte do Império Selêucida após a morte de Alexandre e depois se recuperou unificando-se e se expandido com a Dinastia Sassânida.



Nesta época, rivalizou-se com o Império Romano e o Império de Palmyra, hoje muito comentado em razão da guerra civil na Síria. Com a expansão do Islã, a Pérsia foi conquistada pelos omíadas e depois pelos abássidas. Na época de Avicena, havia autonomia do Império Persa, sob o domínio dos samânidas.

Havia pouca comunicação nesse período entre o ocidente e o oriente. Uma viagem por terra entre a Europa e a Pérsia levava dois anos. Poder-se-ia viajar acompanhando o Rio Danúbio desde Augsburg até a Bulgária, na estrada conhecida como Estrada de Carlos Magno, atravessando o Estreito de Dardanelos e chegando a Constantinopla.

Havia também a Via Egnacia, antiga estrada romana que atravessava os Bálcãs, que seria muito utilizada pelos exércitos cruzados. Depois se pegava a Estrada Real, construída pelos persas aquemênidas, passando por Antioquia, Alepo, Palmyra e Bagdá até Ispahan, a capital da Pérsia. Quem quisesse ir à China para praticar o comércio, seguia pela Rota da Seda, tal como Marco Polo fez, no século XIII. Atravessando Taklamakan a sudoeste do Deserto de Gobi, evitando o Himalaia ao sul, dirigindo-se rumo ao norte à Beijing, Nankin e Hangzhou. Para o comércio com a Índia, prosseguir-se-ia para Hormuz, em direção à Karachi, atingindo o coração do Indo.

Na Europa, muito atrasada em comparação com o mundo islâmico, o papa era o símbolo da autoridade máxima. Na França, mudava-se a dinastia Carolíngia para a dos Capetos; a Inglaterra vivia em guerras constantes. Se não eram dinamarqueses lutando com anglo-saxões, eram normandos contra os últimos. A França estava dividida entre condados e ducados, assim como os Países Baixos e a Sacro Império Romano-Germânico, que incluía todo o norte da Itália. O poder papal estava consolidado em Roma, embora os normandos dominassem o sul da península e algumas cidades mostravam sua importância como Gênova, Milão, Florença e Veneza.

O sul da Espanha estava Ocupado pelos árabes desde o século VIII, quando o General Tarik derrotou Rodrigo, o último rei visigodo. A expansão muçulmana foi contida por Carlos Martel, avô de Carlos Magno, sem que deixassem contribuições notáveis. As cidades de posse dos árabes floresciam, como Córdoba, na época a cidade mais populosa da Europa.

No século XI, Córdoba já possuía iluminação pública, que só chegaria a Londres 700 anos depois. Muitas universidades foram fundadas e as bibliotecas continham



Nota de 20 somoni (moeda do Tadjiquistão), ilustrada com um retrato de Avicena

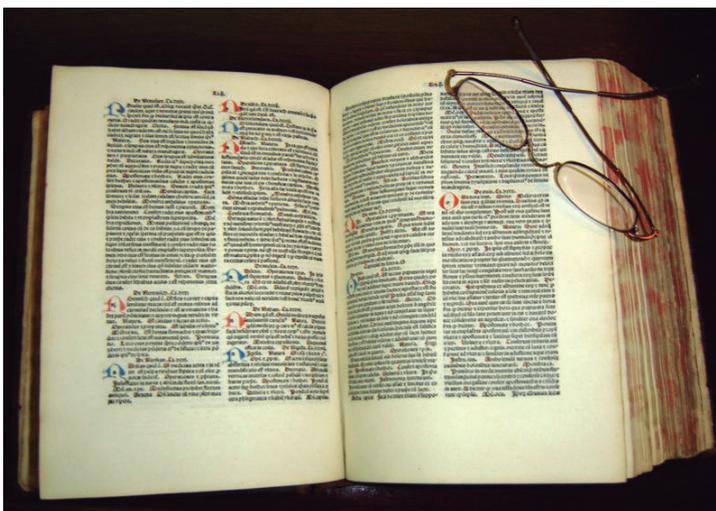
inúmeras obras sobre Filosofia, Astronomia e Matemática. Averróis, outro grande filósofo árabe, que foi influenciado pelo pensamento de Avicena, nasceu e viveu grande parte de sua vida em Córdoba. Havia ainda certa paz no mundo àquela época, principalmente entre o ocidente e o oriente. Muito embora houvesse discordâncias religiosas entre as religiões monoteístas, judaica, cristã e muçulmana, os peregrinos cristãos podiam livremente circular pela Terra Santa, com o beneplácito dos árabes.

Quando os turcos seljúcidas tomaram Jerusalém em 1071, tornou-se insuportável para os peregrinos cristãos, que eram maltratados e impedidos de professar sua fé. Além do que, a violência era extrema; muitos cristãos eram executados, juntamente com judeus. Neste momento, o Papa Urbano II exortou aos cristãos do mundo até então conhecido, que combatessem aos infiéis e libertassem a Terra Santa, dando origem às Cruzadas.

### **ABU ALI AT - HUSAIN IBN ABDULLAH IBN SINA, O AVICENA**

Avicena nasceu em 980, na cidade de Bukhara, hoje no Uzbequistão. Desde cedo mostrou aptidão com as leis e, aos 10 anos de idade, já havia memorizado todo alcorão. Aos 18 anos, sabia todo o conhecimento do mundo oriental, matemática e ciências. Conhecia também toda a Suna (caminho trilhado pelo Profeta, feitos, dizeres e aprovações de Maomé).

Era especialista também no “Hadith” ou “Hadice” (corpo de leis, lendas e histórias sobre a vida de Maomé), que constituem um exemplo moral para os muçulmanos. Dominava também o “Fiqh”, que é a jurisprudência islâmica. Foi o maior médico



de sua época, tanto no ocidente, como no oriente, conhecido como “Príncipe dos Médicos”. Sua fama percorreu o mundo. Escreveu sua obra magna *Al Qanun - O Cânone da Medicina*, com cerca de um milhão de palavras. Um compêndio completo sobre a arte de curar, diagnóstico e tratamento das doenças.

Era composto de cinco livros. O primeiro *Generalidades*, o segundo *Matéria Médica*, o terceiro *Doenças da cabeça aos pés*, o quarto *Doenças não específicas dos órgãos* e o quinto e último *Drogas Compostas*. Baseou-se no conhecimento prévio de Dioscórides e Galeno, médicos. O primeiro viveu na época de Nero e o segundo foi médico do Imperador Marco Aurélio e de seu filho Cômodo. Avicena. Viveu numa época em que no ocidente proliferavam os cirurgiões-barbeiros. Estes, não tinham conhecimento científico sobre as patologias. Também hospitais sem higiene, como o Hôtel Dieu, em Paris, aonde os doentes iam mais para morrer do que se curar. No mundo islâmico, os hospitais como o Maristan de Ispahan tinham higiene e a limpeza era fundamental. As amputações eram bem-sucedidas e os cotos cirúrgicos raramente inflamavam e supuravam. As cirurgias de guerra eram feitas como uma espécie de anestesia, chamada de esponja soporífera, constituída de haxixe, ópio e ervas aromáticas, tudo muito diferente da medicina ocidental, onde uma amputação era feita totalmente sem agentes soporíferos.

A orientação dos médicos de Avicena, quando o Exército Persa partia para uma campanha militar, era a organização de fossas sépticas e latrinas, de modo que o

acampamento não exalava o cheiro fétido, comum da aglomeração de homens se preparando para as batalhas, além de protegê-los de epidemias. O livro Cãnone da Medicina foi traduzido para o latim no século XIII e adotado por várias faculdades de Medicina da Europa. Foi o livro de Medicina utilizado nas Universidades de Montpellier e Louvain até 1650. Escreveu ainda obras sobre astronomia, alquimia, geografia, lógica, física e até poesia. Foi um polímata.

Avicena se definiu como um filósofo ao invés de teólogo do islamismo. Considerava a filosofia de Aristóteles fundamental e professava suas ideias, sem, entretanto contradizer as palavras do Profeta. Conseguiu reconciliar o neoplatonismo e as ideias de Plotino com o aristotelismo. Ou seja, ele integrou a Filosofia no Mundo Islâmico. O pensamento de Aristóteles influenciou Avicena no sentido de que o Universo sempre existiu. Foi um dos mais famosos dualistas na História da Filosofia: ele julgava que o corpo e a mente são substâncias distintas. Avicena concluiu que a mente não é destruída quando o corpo morre, mas que é imortal. De certa forma, foi combatido pelos muçulmanos ortodoxos, que acreditavam que o indivíduo inteiro corpo e alma ressuscitariam e desfrutariam das alegrias da vida após a morte.

No ensinamento de Avicena, a alma, separada do agente intelectual, é espiritual e imortal. A alma é uma agregadora das faculdades da percepção, e aperfeiçoadora do corpo na qual ela habita, sendo também sua organizadora. Distingue a percepção da forma e a percepção da intenção. Avicena influenciou muito o pensamento tomista de São Tomás de Aquino e sua obra é uma antecipação das ideias de Descartes, o mais famoso dualista do século XVII. São Tomas de Aquino, entretanto, defendeu uma interpretação diferente de Aristóteles, que achava que o universo estava sempre em constante mudança. O grande doutor da igreja acreditava no infinito como ponto de partida para explicar que o universo pode ter sempre existido. Na sua concepção, diferentemente de Avicena, imaginava que a mente e o corpo (alma e corpo) estão mais intimamente ligadas e que influenciou os pensadores e teólogos dos séculos XVI e XVII.

Avicena também influenciou Averróis, que viveu aproximadamente 100 anos depois. Dele é a citação de que a Filosofia e a Religião não são incompatíveis. Interessante é que os filósofos árabes organizaram um pensamento racional, que mais tarde seriam observados em Dante Alighieri, Descartes e alguns outros filósofos renascentistas.

---

\* Hakim: médico, sábio, em árabe.

## EPÍLOGO

Além de suas magníficas obras e mais de 40 trabalhos médicos, pouco chegou até nós sobre a vida de Avicena, o que se sabe foi transmitido pelo seu discípulo e cirurgião ortopedista Al Juzjani. Conta - se que o "hakim"\* possuía duas esposas, numa sociedade onde era permitido possuir um harém com quantas pudesse sustentar (e Avicena tinha posses, embora andasse em trajes muito simples). Em uma época onde havia intolerância religiosa, muito preconceito e ignorância, Avicena foi um oásis de sabedoria e iluminação.

Como era proibido realizar disseções humanas, haja vista que o islamismo punia com morte quem o praticasse, o médico filósofo realizava a aprendizagem de anatomia no porco, animal que possui órgãos internos muitos semelhantes aos humanos. Começou a apresentar sintomas compatíveis com câncer de intestino grosso no final de sua vida, mas mesmo doente ainda participou de uma última campanha militar como cirurgião de guerra do Xá da Pérsia. Morreu em 1037, na cidade de Hamadan, na Pérsia, com a idade de 57 anos. Alguns anos depois os turcos seljúcidas viriam a conquistar Ispahan e destruir o Império Persa, que só voltaria a se reerguer no século XVI, durante a Dinastia Safávida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BUCKINGHAM, W; BURNHAM, D; HILL,C; KING, P.J; MARENBOON, J; WEEKS, M;  
**O Livro da Filosofia**/Tradução Douglas Kim, São Paulo: Globo, 2011.

GORDON, NOAH; **O Físico**/Tradução de Thphysician. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

**Avicena**. Disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Avicena>, acesso em 24/05/2016.

## O SUS COMO PRIORIDADE

SUS AS A PRIORITY

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho \**

**Palavras-chave** – *Assistência, intercambista, diploma, epidemiologia, política pública.*

**Keywords** – *Assistance, exchange, diploma, epidemiology, public policy.*

A crítica ao Programa Mais Médicos é muitas vezes mal interpretada e confundida com preconceito em relação a profissionais estrangeiros. Não é o caso! Não há nenhum componente de discriminação na exigência de que a medicina no Brasil só possa ser exercida por médicos que tenham o diploma reconhecido (revalidado) por universidade brasileira. A contratação de médicos estrangeiros sem revalidação de seu diploma foi um remédio para o sintoma, e não para a doença, pois nunca pôs em pauta o problema central, que é a ausência de uma política pública efetiva para a fixação de domicílio do profissional nas regiões mais longínquas do país.

Como é notório, o principal país “exportador” de médicos, Cuba, está em retirada do país. Especula-se muito sobre os motivos, os quais passam pela elevação do dólar e pelo aumento do número de ações judiciais. A principal conclusão, de qualquer forma, é que mais uma vez não se desenvolveu planejamento de longo prazo para

---

\* Conselheiro do CRM-PR e conselheiro representante do Paraná no Conselho Federal de Medicina. Coordenador da Comissão Nacional Pró-SUS.

a saúde pública brasileira, preferindo-se remendos sempre questionáveis.

Uma das características mais marcantes do Mais Médicos é a qualificação do médico como espécie de intercambista ou bolsista, sendo sua contratação assumida diretamente pelo Governo Federal. A desoneração dos municípios na contratação dos profissionais produziu, naturalmente, a simpatia de muitos gestores municipais. Entretanto, a interrupção do convênio era previsível e o modelo adotado fadado ao insucesso justamente por não se tratar de um modelo de gestão em saúde, mas apenas de um projeto com impacto midiático e de absoluta fragilidade em seus fundamentos de sustentação.

O Brasil é hoje recordista mundial em número de escolas de Medicina, formando anualmente cerca de 25 mil médicos, sem que esse número consideravelmente alto seja acompanhado de uma política de interiorização do profissional. A principal porta de entrada é e tem de ser o Sistema Único de Saúde, na dimensão da atenção primária, quando 80% a 90% das necessidades da população podem ser atendidas. É inaceitável a terceirização do trabalho nesse âmbito, na medida em que o vínculo entre o médico e a população é crucial para se atingir os objetivos do próprio conceito de saúde, definido pela OMS como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como ausência de afecções e enfermidades.

Sendo assim, nada pode ser mais importante, no que se refere às políticas de saúde, que buscar, com apoio da sociedade civil, a efetiva organização e financiamento de um sistema universal representado pelo SUS. Um sistema capaz de atuar em rede hierarquizada, indo da atenção primária à medicina da mais alta complexidade. Para tanto, é fundamental que os trabalhadores em saúde, incluindo os médicos, não sejam contratados em caráter precário, mas que suas funções técnicas sejam independentes de políticos eleitos e que haja respeito por uma política de saúde fundamentada em dados epidemiológicos e sociais.

## DEPRESSÃO: VAMOS CONVERSAR?

DEPRESSION: LET'S TALK?

*Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa \**

**Palavras-chave** – *Depressão, incapacitação, suicídio, tratamento, campanha.*

**Keywords** – *Depression, incapacitation, suicide, treatment, campaign.*

A estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que, hoje, 350 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo, sendo em torno de 11 milhões no Brasil e 54 milhões na China. Houve um aumento de 20% de casos na última década, o que faz da depressão a maior causa de incapacitação no mundo. Reflete na queda da produtividade no trabalho, ocasionando alto custo global, desperdiçando cerca de um trilhão de dólares por ano.

No entanto, apesar da importância médica e social que esses números indicam, a depressão ainda é uma enfermidade envolta em preconceitos, desinformação e estigma. Mesmo entre médicos costuma-se ouvir que depressão não existe. “É tudo falta de força de vontade, acomodação de pessoa fraca ou mimada”. Procura-se uma fonte externa e, se não é encontrada (uma perda familiar, desemprego, doenças...), conclui-se que a pessoa não tem motivos para estar deprimida. Assim, deve ser forte e reagir. Claro, tal fato ainda é mais frequente se a depressão afeta um homem,

---

\* Conselheiro do CRM-PR e coordenador da Câmara Técnica de Psiquiatria, professor adjunto de Psiquiatria da UFPR, doutor em Psiquiatria e mestre em Filosofia e ex-presidente da Associação Paranaense de Psiquiatria.

para quem problemas emocionais não são coisa de “macho”. Isto afasta os homens da busca de ajuda profissional e do tratamento de que necessitam.

De modo geral, as pessoas permanecem sem diagnóstico e sem tratamento em quase metade dos casos nos países desenvolvidos, com o índice alcançando entre 80 e 90% nos países não desenvolvidos. Sob a ótica apenas econômica, estima-se que cada dólar investido em tratamento produza quatro dólares de lucro, por resultar em aumento da produtividade no trabalho e melhora na saúde.

A depressão não é apenas uma tristeza, uma melancolia ou irritação relacionada às frustrações do cotidiano – o time perder, o congestionamento do trânsito, a difícil situação econômica, a desavença familiar ou no trabalho. Ela pode acontecer em crianças, adolescentes, homens, mulheres e idosos. Não respeita idade, sexo, profissão, nível cultural e econômico.

Os sintomas são variados e com graduações diferentes. Apresenta-se como tristeza, sensação de vazio, desesperança, irritação e impaciência. Pode ser uma total falta de interesse e de prazer por tudo: família, trabalho, amigos, lazer, religião. A memória e a atenção estão afetados e o pensamento pode estar lento, pesado e é complicado raciocinar e tomar decisões, mesmo aquelas comuns, como que roupa vestir. As noites tornam-se intermináveis por uma insônia resistente. Ou os dias tornam-se inúteis devido a um sono incontrolável. O apetite fica desregulado, com correspondente perda ou ganho de peso. Pode haver uma sensação de inutilidade, cansaço ou falta de energia para tudo. Tomar um banho, além de desnecessário, equivale a um dos doze trabalhos de Hércules. Pode haver sensação de culpa, de falta de sentido em tudo e, para muitos, surge a vontade de morrer ou de pôr fim à vida e seu sofrimento profundo.

O que se entendia como um mero cansaço ou tédio de quem não tem problemas, obscurece o pensamento, os sentimentos, a vontade e a vitalidade do corpo. A família, os estudos e o trabalho ficam desinteressantes e desimportantes. A morte parece uma solução. Não é por acaso, portanto, que as taxas de suicídio são elevadas no panorama internacional. Em torno de 800 mil pessoas suicidam-se por ano ou um caso a cada 4 segundos. Os estudos apontam que entre 70% e 80% dessas pessoas nos países ricos e cerca da metade nos países pobres sofrem por transtornos mentais, em especial o transtorno depressivo. Ainda, a depressão aumenta o risco de outros transtornos, tais como dependência química, diabetes e doenças cardiovasculares, que também são importantes causas de mortalidade.

Atenta a esse flagelo, a OMS iniciou no Dia Mundial da Saúde (7 de abril) a campanha sobre a depressão. Definiu como lema “Depressão: vamos conversar?”. É uma iniciativa que busca incentivar a prevenção e a procura de tratamento para a doença. Auxiliará também na diminuição das sombras do preconceito e do estigma. Incentivará a procura por profissionais, em particular os psiquiatras, que podem oferecer tratamento adequado. Procurar um psiquiatra não significa que a pessoa esteja louca, como ainda se acredita no senso comum.

O objetivo da campanha é alertar a população de que a depressão é um grave problema real e que pode afetar qualquer pessoa, em qualquer fase da vida e ocasionar consequências funestas, se não diagnosticada e tratada. É claro que a campanha oferece um grande desafio aos países Brasil incluído para que ampliem os serviços públicos de atendimento psiquiátrico e de saúde mental. Que criem uma rede de tratamento com o acesso rápido e com profissionais de outras especialidades médicas e de saúde mental, altamente qualificados e treinados para o diagnóstico e tratamento precoce, e que possam encaminhar os casos mais graves e refratários para os especialistas.

Por ser uma doença complexa, que depende da interação de múltiplos fatores, como os genéticos, os familiares, os culturais, os históricos, os econômicos e os ambientais, o tratamento não é simples. Não basta receitar uma pílula da felicidade ou uma terapia mágica. O tratamento exige inúmeras intervenções que vão desde a oferta de melhores condições de vida, como transporte, segurança e educação. Somam-se medidas que visem a diminuição do estresse, a promoção da saúde e a prevenção das doenças, como diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo e outros transtornos mentais.

Uma abordagem correta, identificando em cada caso quais são os principais fatores determinantes e que métodos terapêuticos são mais adequados, podem resultar em significativa melhora e recuperação, permitindo o alívio do sofrimento das pessoas e das famílias afetadas.

Ao participar da campanha da OMS, precisamos compreender que uma doença grave e pouco comentada de modo correto, exige que a sociedade reconheça sua existência, respeite os doentes, enfrente as condições que dificultam seu diagnóstico e tratamento e promova a saúde como um bem maior.

Por isso, “depressão: vamos conversar?”

## **ELEIÇÃO DOS CONSELHOS DE MEDICINA PARA GESTÃO 2018/2023**

ELECTION OF THE MEDICAL COUNCILS FOR MANAGEMENT 2018/2023

CFM \*

**Palavras-chave** – *Conselheiros, eleição, representatividade, instruções, legislação.*

**Keywords** – *Counselors, election, representativeness, instructions, legislation.*

### **EMENTA**

Dispõe sobre as instruções para a eleição dos membros titulares e suplentes dos Conselhos Regionais de Medicina-Gestão 2018-2023.

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

**CONSIDERANDO** o princípio constitucional da anualidade eleitoral (art.16 da Constituição Federal/88), no qual a lei que alterar o processo eleitoral entra em vigor na data de sua publicação, não se aplicando, contudo, à eleição que ocorra até um ano de sua vigência;

---

\*Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO** a necessidade de preservar a probidade administrativa e a moralidade para o exercício do mandato de conselheiro regional de Medicina;

**CONSIDERANDO** que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina, pelo prestígio e pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente, nos termos do art. 2º da Lei nº 3.268/57;

**CONSIDERANDO** o disposto no Decreto nº 6.932, de 11 de agosto de 2009, que dispõe sobre a simplificação do atendimento público prestado ao cidadão, ratifica a dispensa do reconhecimento de firma em documentos produzidos no Brasil, institui a “Carta de Serviços ao Cidadão” e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** o disposto na Lei nº 6.681, de 16 de agosto de 1979, que dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** o disposto na Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980 Estatuto da Igualdade);

**CONSIDERANDO** o disposto no art. 18 da Resolução CFM nº 1.931, de 13 de outubro de 2009 (Código de Ética Médica);

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução CFM nº 2.145, de 27 de outubro de 2016 (Código de Processo Ético-Profissional);

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução CFM nº 1.625, de 11 de julho de 2001, que dispõe sobre o fornecimento de dados profissionais dos médicos;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em sessão plenária de 26 de abril de 2017,

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** – Aprovar as instruções para a eleição dos membros titulares e suplentes dos Conselhos Regionais de Medicina-Gestão 2018-2023.

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

**Art. 3º** – Revoga-se a Resolução CFM nº 1.993/12, publicada no D.O.U. de 25 junho de 2012, Seção I, p. 126 a 129 e as demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 26 de abril de 2017.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

*Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA

*Secretário-geral*

## INSTRUÇÕES PARA AS ELEIÇÕES DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA

### CAPÍTULO I

#### DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

**Art. 1º** – As eleições para conselheiros titulares e suplentes dos Conselhos Regionais de Medicina, em 2018, deverão obedecer às instruções aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina, observadas as disposições contidas na Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009.

**Art. 2º** – Serão eleitos 20 conselheiros titulares e 20 suplentes para cada Conselho Regional, nos termos do parágrafo único do art. 24 do Decreto nº 44.045/58.

**Art. 3º** – O mandato dos membros dos Conselhos Regionais de Medicina terá a duração de cinco anos e será meramente honorífico.

**Art. 4º** – O mandato dos novos membros dos Conselhos Regionais de Medicina terá início em 01/10/2018.

**Art. 5º** – As eleições serão realizadas por voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração.

**Art. 6º** – O voto será obrigatório para o médico que esteja em pleno gozo de seus direitos políticos e profissionais, inscrito principal e/ou secundariamente nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina. Será, contudo, facultativo para médicos com mais de 70 anos.

**§1º** – Será aplicada a multa prevista em lei para o médico que não votar, salvo causa justificada ou impedimento a ser declarado até 60 dias após o encerramento da eleição.

**§2º** – O médico inscrito em mais de um Conselho Regional deverá votar em pelo menos um deles.

**§3º** – O médico inscrito exclusivamente como médico militar, nos termos do art. 4º da Lei nº 6.681/79, estará impedido de votar e de ser votado.

**§4º** – O médico estrangeiro inscrito nos Conselhos Regionais de Medicina, nos termos do §2º do art. 14 da Constituição Federal, do art. 106, inciso VII e do art. 107, caput, da Lei nº 6.815/80, não poderá votar nem ser votado.

**§5º** – Será assegurado ao médico de nacionalidade portuguesa, regularmente inscrito nos Conselhos Regionais de Medicina nos termos do §1º do art. 12 da Constituição Federal e, ainda, conforme o Estatuto da Igualdade, direito de votar e de ser votado nas eleições de que trata esta resolução desde que não esteja privado dos direitos equivalentes em Portugal, que apresente documento de identidade e que comprove a aquisição de direitos políticos no Brasil.

**Art. 7º** – As eleições para conselheiros titulares e suplentes dos Conselhos Regionais de Medicina serão conduzidas por uma Comissão Regional Eleitoral designada pelo plenário do Conselho Regional de Medicina até 15 dias antes do início do prazo para registro das chapas eleitorais, conforme previsto no art. 15 desta resolução.

**§1º** – A Comissão Regional Eleitoral, sem nenhum grau de parentesco com os candidatos e/ou conselheiros, será composta por um presidente e dois secretários, selecionados entre os médicos regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina da jurisdição, devendo observar estritamente o disposto nesta Resolução. Constatada a existência de grau de parentesco de algum membro da Comissão, este deverá ser substituído.

**§2º** – Cada chapa eleitoral, por ocasião do respectivo registro, designará um representante e um substituto, regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina da jurisdição, para acompanhar os trabalhos da Comissão Eleitoral.

RESOLUÇÃO CFM nº 2.161/2017

Resolução aprovada na sessão plenária de 26 de abril de 2017.

Publicada no D.O.U. de 12 de jun de 2017, Seção I, p.289-295).

## DOENÇA INCAPACITANTE: ATUALIZADAS REGRAS PARA O EXERCÍCIO DA MEDICINA

DISABLING DISEASE: UPDATED RULES FOR THE PRACTICE OF MEDICINE

CFM \*

**Palavras-chave** – *Médico, incapacitação, perícia, exercício da Medicina.*

**Keywords** – *Doctor, incapacitation, expertise, practice of Medicine.*

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em 3 de agosto de 2017, no Diário Oficial da União, a Resolução n.º 2.164/2017, que atualiza as regras para apuração de doença incapacitante, parcial ou total, para o exercício da Medicina. “O médico que apresentar suspeita de ser portador de doença incapacitante não pode ser relegado à sua própria sorte, devendo ser objeto de averiguação por seus pares de modo a ser resguardado da má prática médica involuntária”, explica o relator da resolução e corregedor-geral do CFM, José Maia Vinagre.

De acordo com o CFM, o objetivo é proteger o médico e a sociedade instaurando um procedimento de investigação correto e justo, que possibilite a realização de provas e contraprovas, além da manifestação plena do médico periciado. A norma prevê a avaliação da capacidade do médico de continuar a exercer a profissão de forma digna e técnica, integral ou parcialmente.

---

\*Conselho Federal de Medicina.

“A apuração de doença incapacitante para o exercício profissional não é um procedimento punitivo, mas sim de proteção. Há situações em que, infelizmente, o estado de saúde do médico não mais lhe permite praticar a medicina de maneira segura para si e para seus pacientes, ensejando a atuação do órgão fiscalizador para que, mediante procedimento administrativo com obediência ao contraditório e à ampla defesa, possam ser impostos os limites necessários”, ressalta o corregedor-geral.

Já em vigor, a Resolução nº 2.164/2017 atribui aos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) a responsabilidade de apurar, por meio de perícia médica, a existência de doença incapacitante. A atualização do procedimento, antes disciplinado pela Resolução CFM nº 1.990/2012, respeita o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) vigente – que prevê a suspensão do PEP quando houver fundada suspeita de doença incapacitante.

O procedimento tramita no CRM sob sigilo processual, onde é julgado pelo pleno, cabendo recurso às câmaras do Conselho Federal de Medicina. Em casos de indicação de suspensão total permanente do exercício da medicina, a competência de julgamento é do pleno do Conselho Federal de Medicina.

## **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.164/2017**

### **EMENTA**

Regulamenta o procedimento administrativo para apuração de doença incapacitante, parcial ou total, para o exercício da medicina e revoga a Resolução CFM nº 1.990/2012, publicada no D.O.U. de 11 de junho de 2012, seção I, p. 103.

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, respectiva e posteriormente alterado pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

**CONSIDERANDO** o disposto no inciso I das disposições gerais do Código de Ética Médica (CEM) aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, publicada em 24 de setembro de 2009;

**CONSIDERANDO** a necessidade de regulamentar o procedimento administrativo previsto no artigo 17, inciso V, § 6º e no § 4º do artigo 33, todos da Resolução CFM nº 2.145/2016 (Código de Processo Ético-Profissional –CPEP), para os casos de

indício de doença incapacitante para o exercício da medicina;

**CONSIDERANDO** a possibilidade de interdição cautelar do exercício da medicina nos termos da seção V do capítulo I, da Resolução CFM nº 2.145/2016;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em sessão plenária de 23 de junho de 2017;

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** – Cabe ao Conselho Regional de Medicina (CRM) apurar, por intermédio de procedimento administrativo, a existência de doença incapacitante, parcial ou total, para o exercício da medicina.

**Parágrafo único.** O procedimento administrativo para apuração de doença incapacitante, por meio de junta médica designada pelo Conselho Regional de Medicina, tramitará em sigilo processual.

**Art. 2º** – O procedimento administrativo será instaurado por despacho do presidente ou do corregedor do CRM, que nomeará um conselheiro instrutor responsável pela condução e relatoria do feito.

**§1º** – O médico periciando será citado e intimado a se manifestar sobre o mérito da apuração no prazo de 10 (dez) dias, momento em que deverá juntar aos autos toda a documentação pertinente à sua manifestação.

**§2º** – Não sendo localizado o médico no endereço constante em seu registro no CRM, será devidamente citado por edital público, sem que haja qualquer referência quanto aos motivos que ensejaram a respectiva publicação.

**§3º** – Na ausência da manifestação prevista no § 1º, será declarada a revelia do periciando e a indicação de um defensor dativo para que possa realizar a respectiva manifestação.

**§4º** – Quando houver suspeita de que a eventual doença incapacitante a ser apurada seja de natureza mental, deverá ser intimado o representante legal para exercer a função de curador no procedimento.

**§5º** – Após a apresentação da manifestação, será designada perícia médica no periciando para avaliação quanto a eventual doença incapacitante do exercício profissional.

**§6º** – O presidente do Conselho Regional designará a junta médico-pericial.

**§7º** – Designada perícia médica, o periciando será intimado para, no prazo de 10 (dez) dias, se for de seu interesse, indicar assistente técnico e formular quesitos.

**§8º** – Não comparecendo o periciando ao ato pericial, o conselheiro instrutor poderá designar a realização de perícia indireta.

**§9º** – O conselheiro instrutor formulará os quesitos que entender necessários ao pleno esclarecimento dos fatos.

**§10** – A perícia médica deverá atender aos requisitos mínimos previstos no Anexo I da presente Resolução.

**Art. 3º** – Realizada a perícia médica, direta ou indireta, o conselheiro instrutor avaliará as provas constantes dos autos, podendo determinar outras diligências eventualmente necessárias para a completa averiguação quanto à possível doença incapacitante ao exercício da medicina.

**Parágrafo único.** O conselheiro instrutor designará audiência de instrução para depoimento pessoal do médico periciando, salvo quando, motivadamente, for inviável.

**Art. 4º** – Encerrada a fase instrutória, será concedido prazo de 30 (trinta) dias corridos ao médico periciando para que apresente suas alegações finais.

**Parágrafo único.** Expirado este prazo, o conselheiro instrutor elaborará relatório conclusivo, com base nos elementos colhidos no curso da instrução e, principalmente, no laudo pericial, a fim de que seja encaminhado à sessão plenária para deliberação.

**Art. 5º** – O plenário do Conselho Regional de Medicina, em sessão sigilosa, apreciará o relatório conclusivo, podendo resultar nas seguintes possibilidades:

I – Suspensão do procedimento administrativo;

II – Arquivamento;

III – Suspensão parcial temporária do exercício da medicina;

IV – Suspensão parcial permanente do exercício da medicina;

V – Suspensão total temporária do exercício da medicina;

VI – Suspensão total permanente do exercício da medicina.

**§1º** – O relatório conclusivo que propõe a suspensão do procedimento administrativo, na forma do inciso I deste artigo, deverá ser precedido de parecer da assessoria jurídica quanto aos efeitos jurídicos em relação à eventual sindicância ou Processo Ético-Profissional (PEP), que tenha sido instaurado contra o médico periciando.

**§2º** – Na hipótese do inciso I deste artigo, a plenária poderá decidir pela realização de exames periódicos no médico periciando pelo prazo máximo e improrrogável de até 2 (dois) anos ininterruptos. Expirado este prazo, o procedimento administrativo será submetido a nova apreciação, mas não poderá mais ser suspenso.

**§3º** – Quando arquivado, na forma do inciso II deste artigo, o procedimento administrativo poderá ser reaberto a qualquer momento caso surjam novos elementos referentes à possível doença incapacitante anteriormente averiguada.

**§4º** – A decisão que suspender parcialmente o exercício da medicina, na forma dos incisos III e IV deste artigo, deverá prever, de maneira fundamentada, os limites quanto a sua extensão, se temporária ou permanente, e prática, no que se refere às áreas da medicina autorizadas ou restritas, bem como os eventuais métodos de avaliação periódica do médico suspenso.

**§5º** – A decisão de suspensão total do exercício da medicina, na forma dos incisos V e VI deste artigo, deverá fixar os limites quanto a sua extensão, se temporária ou permanente, bem como eventuais métodos de controle e acompanhamento da evolução da doença, se necessário for.

**Art. 6º** – Da decisão do Conselho Regional de Medicina, na forma do artigo 5º, caberá recurso para uma das câmaras do Conselho Federal de Medicina no prazo de 15 (quinze) dias, sem efeito suspensivo, a contar da data da juntada aos autos da intimação da respectiva decisão, salvo na hipótese do inciso VI (suspensão total permanente do exercício da medicina), cuja competência será do pleno do CFM.

**Parágrafo único.** Na hipótese de haver PEP instaurado em face do médico periciando e que esteja suspenso, na forma do § 6º do art. 17 e do § 4º do art. 33 do CPEP (Resolução CFM nº 2.145/2016), poderá ter o seu processamento retomado após parecer favorável da assessoria jurídica.

**Art. 7º** – Recebido o recurso no CFM, o corregedor o remeterá à Coordenação Jurídica (Cojur) para exame de admissibilidade e emissão de Nota Técnica (NT) no prazo de 15 dias, caso seja arguida alguma preliminar processual.

**§1º** – Com ou sem NT, o recurso será imediatamente distribuído a um conselheiro-relator, que terá 30 (trinta) dias para elaborar seu relatório e voto, devendo ser pautado para julgamento na sessão plenária subsequente. § 2º. Se necessário, a câmara ou pleno poderão aprovar a realização de diligências, com a baixa dos autos ao conselho de origem para cumprimento no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável pelo mesmo prazo uma única vez.

**Art. 8º** – A sessão de julgamento no Conselho Federal de Medicina seguirá o rito previsto na seção IV do capítulo II do CPEP.

**Art. 9º** – O Conselho Regional de Medicina, mediante decisão fundamentada, poderá interditar cautelarmente o médico periciado, observando-se o rito previsto na seção V do capítulo I do CPEP (Resolução CFM nº 2.145/2016), sem prejuízo quanto ao regular prosseguimento do procedimento administrativo.

**Art. 10** – Os prazos constantes da presente Resolução são corridos e passam a fluir a partir da juntada aos autos do respectivo comprovante de recebimento da intimação ou da respectiva publicação no Diário Oficial.

**Art. 11** – Os procedimentos administrativos regulamentados por intermédio da presente Resolução tramitarão ex officio.

**Art. 12** – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente a Resolução CFM nº 1.990/2012, publicada no D.O.U. de 11 de junho de 2012, seção I, p. 103.

Brasília, DF, 23 de junho de 2017.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

*Presidente*

HENRIQUE BATISTA E SILVA

*Secretário-geral*

## **ANEXO I DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.164/2017**

(traz o Roteiro básico do Relatório Pericial – essenciais. Pode ser conferido no Portal do CFM)

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.164/2017

À semelhança do que ocorre no âmbito da justiça criminal e à luz do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o médico que apresentar suspeita de ser portador de doença incapacitante não pode ser relegado à sua própria sorte, devendo ser objeto de averiguação por seus pares de modo a ser protegido da má-prática médica involuntária.

A apuração de doença incapacitante para o exercício profissional não é um procedimento punitivo, mas sim de proteção do próprio médico e da sociedade, tendo por objetivo principal avaliar a capacidade do médico para que continue a exercer sua profissão de forma digna e técnica, ainda que de maneira parcial.

Por outro lado, há situações em que, infelizmente, o estado de saúde do médico não mais lhe permite praticar a medicina de maneira segura para si e para seus pacientes, ensejando a atuação do órgão fiscalizador para que, mediante procedimento administrativo com obediência ao contraditório e à ampla defesa, possam ser impostos os limites necessários.

Com o advento do novo Código de Processo Ético-Profissional, promulgado na Resolução CFM nº 2.145/2016, que prevê a suspensão do PEP quando houver fundada suspeita de doença incapacitante, faz-se necessária a atualização das normas previstas na Resolução CFM nº 1.990/2012, principalmente para garantir ao médico um procedimento de investigação correto e justo, que lhe possibilite a realização das devidas provas e contraprovas e, ainda, sua manifestação plena.

JOSÉ FERNANDO MAIA VINAGRE

*Conselheiro relator*

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.164/2017

Resolução aprovada na sessão plenária de 23 de junho de 2017.

Publicada no D.O.U. em 03 ago. 2017, Seção I, p. 216).

## **ADMISSÃO AO TRABALHO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA HOMOLOGAÇÃO**

NONONON ADMISSION TO THE WORK OF PEOPLE WITH  
DISABILITIES. CLINICAL EVALUATION FOR HOMOLOGATION

*José Albertino Souza \**

**Palavras-chave** – *Laudo, trabalhador, junta médica, saúde ocupacional, legislação.*

**Keywords** – *Report, worker, medical committee, occupational health, legislation.*

### **EMENTA**

Para a homologação de laudos médicos na admissão ao trabalho de pessoas com deficiência (PCD), para preenchimento das vagas previstas no artigo 93 da Lei nº 8.213/1991, faz-se necessária a avaliação clínica do trabalhador pelo médico ou junta médica responsável pela homologação.

### **DA CONSULTA**

Médica, gerente de saúde ocupacional de organização bancária e coordenadora do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), solicita parecer “quanto ao desempenho de atividades de homologação de laudos clínicos por médicos do trabalho que realizam suporte a áreas de gestão de pessoas”. Faz este questionamento “em função da não previsão do assunto no CEM”, com a finalidade de manter o processo de forma ética.

---

\*Conselheiro relator do CFM.

A consulente esclarece que essas atividades se destinam a validar tecnicamente o laudo recebido para definição de situações administrativas, como homologação de processos de enquadramento de PCD (pessoa com deficiência) nos critérios legais do Decreto 3.298/1999 e 5.296/2004 para preenchimento das vagas previstas no Art. 93 da Lei 8.213/1991.

A médica reforça: “Esclarecemos que a responsabilidade do diagnóstico e da identificação das restrições funcionais apresentadas cabe aos médicos examinadores dos candidatos, não cabendo aos médicos homologadores estabelecer diagnóstico, realizar prescrições ou condutas clínicas, mas, tão somente, identificar ou não a conformidade legal dos dados documentados nos laudos com os critérios legais/normativos; sendo garantido também aos médicos homologadores o direito de solicitar outros pareceres especializados e/ou convocar o candidato, caso existam dúvidas.”

E finaliza: “Acrescentamos que essas atividades otimizam o processo da inclusão e acesso das pessoas com deficiência – PCD ao trabalho, evitam deslocamentos e estadia em ambientes diversos de sua residência, bem como a exposição aos riscos deles provenientes. Vale destacar, também, que equivalem à supervisão/ auditoria de processos, sendo atividade de praxe em instituições com organização hierárquica de processos.”

## **DO PARECER**

Entendo que a atividade médica relatada pela consulente, com o objetivo de identificar ou não a conformidade legal dos dados documentados nos laudos com os critérios legais/normativos”, é uma forma de perícia administrativa. As vedações ao médico no exercício da auditoria ou perícia médica estão definidas nos artigos 92 a 98 do capítulo XI do Código de Ética Médica. O artigo 92 veda ao médico “assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.”

A Resolução CFM nº 1.488/1998, que dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador, estabelece que:

Art. 3º - Aos médicos que trabalham em empresas, independentemente de sua especialidade, é atribuição:

[...]

II - avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação;

Art. 4º - São deveres dos médicos de empresa que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade:

[...]

II - promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências para o trabalho, desde que este não as agrave ou ponha em risco sua vida;

A Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho (NR-7) estabelece que:

7.3.2. Compete ao médico coordenador:

a) realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1. ou encarregar os mesmos a profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional, bem como o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador da empresa a ser examinado.

[...]

7.4.1. O PCMSO deve incluir, entre outros a realização obrigatória dos exames médicos:

- a) admissional;
- b) periódico;
- c) de retorno ao trabalho;
- d) de natureza da função;
- e) demissional.

7.4.2. Os exames de que trata o item 7.4.1. compreendem:

a) avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental.

Acerca da homologação de documentos médicos, o Conselho Federal de Medicina, por meio do Parecer CFM nº 18/2006, assim se manifestou: "Os atestados médicos só podem ser homologados quando o médico perito e/ou membro de junta médica examinar diretamente o paciente, sob pena de infração aos postulados éticos da profissão".

## DA CONCLUSÃO

Diante do exposto, considero que para a homologação de laudos médicos para admissão ao trabalho de pessoas com deficiência para preenchimento das vagas previstas no artigo 93 da Lei nº 8.213/1991, faz-se necessária a avaliação clínica do trabalhador pelo médico ou junta médica responsável pela homologação.

É o parecer, SMJ.

Brasília, DF, 28 de julho de 2017.

JOSÉ ALBERTINO SOUZA  
*Conselheiro relator*

PARECER CFM nº 31/2017

Processo-consulta nº 19/2015

Parecer Aprovado

Sessão Plenária de 28 de julho de 2017-08-14

## **LEGALIDADE DO PLANTÃO DE SOBREVISO EM ANESTESIOLOGIA**

LEGALITY OF THE SURVEY PLANT OF ANESTHESIOLOGY

*Clovis Marcelo Corso \**

**Palavras-chave** – *Anestesiista, escala de plantão, emergência, pronto-socorro, plantão a distância.*

**Keywords** – *Anesthetist, on-call scale, emergency, emergency room, remote shift.*

### **EMENTA**

Plantão médico, Pronto-Socorro, Cirurgias de emergência , Plantão presencial, Anestesia, Escala de plantão, Plantão a distância, Condições de trabalho médico.

### **CONSULTA**

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Grupo de Anestesiologia de uma organização formulou consulta com o seguinte teor:

“O Grupo de Anestesiologia vem respeitosamente, por intermédio desta, expor os seguintes fatos: Os mesmos prestam serviços para organização, englobando Hospital Regional, o qual é responsável pelo atendimento SUS e, dessa forma, é referência para a nossa região do Paraná, englobando 28 municípios. Portanto,

---

\*Conselheiro Parecerista do CRM-PR.

assim nos tornamos referência para um número populacional de 280 mil habitantes desta região. Com toda essa extensão, a organização trabalha com plantões presenciais, bem como com plantões de sobreaviso. Assim, o Grupo de Anestesiologia vem, através desta, solicitar que a respeitável Assessoria Jurídica desse egrégio Órgão Conselho Regional de Medicina do PR elabore parecer sobre a legalidade do plantão de sobreaviso para a Anestesiologia e onde o mesmo cabe, para que possamos tomar as providências e devidas adequações junto à diretoria do hospital.

Levando-se em consideração que os serviços são prestados em um hospital que tem plantão presencial de Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria, que é responsável pelo atendimento de gestantes de alto risco e alta complexidade para toda região. Bem como, plantão presencial para médico do Pronto-Socorro e Unidade de Terapia Intensiva Adulta. O que ocorre é que o serviço de Anestesiologia vem sendo prestado das duas formas: presencial das 07h às 19h de segunda a sexta-feira, das 07h às 15h aos sábados e nos demais períodos, noturno, sábados no período da tarde, domingos e feriados em formato de sobreaviso.

Porém, com a quantidade de atendimentos que são chamados, o sobreaviso está perdendo seu caráter, transformando-se em presencial. Podemos ter uma visualização melhor desse quadro analisando os números, tirando por base os últimos seis meses, em todos eles, o atendimento de sobreaviso ultrapassou 10% do atendimento presencial, como exemplo o mês de agosto/16 foram 84% de atendimento no horário presencial e 17% no horário de sobreaviso. Se levarmos em consideração que esses 17% correspondem a 81 procedimentos, sem fazer grandes cálculos, temos pelo menos quase três atendimentos de sobreaviso/dia onde o mesmo perde seu principal caráter de ser esporadicamente passando a ser presencial.

Em pesquisas em nossa legislação ética, encontramos vários pareceres, como um do brilhante professor Genival Veloso de França, onde exemplifica alguns serviços que não podem trabalhar com “plantões a distância”, como Obstetrícia, Trauma ou Medicina Intensiva. “Coisa diferente é o elenco de especialistas credenciado para completar o diagnóstico ou a terapêutica nas ocorrências fortuitas, pois seria impossível manterem-se, num mesmo plantão, duas ou três dezenas de facultativos capazes de atender um, ou outro caso isoladamente. Certas especialidades como, Otorrino, oftalmologia ou Neurologia podem ser solicitadas a darem sua contribuição complementar. Todavia, este não é o modelo, verbi gratia, para Anestesiologia”.

(Processo-Consulta CFM nº 137/2006 PC/CFM/Nº 09/2003), RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95, RESOLVE: Artigo 1º “Os estabelecimentos de Prontos-Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. “Artigo 2º A equipe médica do Pronto-Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas: - Anestesiologia; - Clínica Médica; - Pediatria; - Cirurgia Geral; - Ortopedia”. Dessa forma, mediante os fatos expostos, solicitamos desse Órgão um parecer quanto à questão apresentada”.

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Resolução do Conselho Federal de Medicina de número 1451/95, ainda vigente, determina que os estabelecimentos de Prontos-Socorros que atendem “situações de urgência e emergência” devem ter em sua equipe médica a presença obrigatória “in loco” de profissionais das seguintes áreas: Anestesiologia, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ortopedia. Segundo as informações prestadas, pelo médico consulente, o atendimento médico oferecido pela organização pode ser considerado como referencial para casos de urgências e emergências e, portanto se enquadraria na modalidade de um Pronto- Socorro.

## **CONCLUSÃO**

Em se confirmando o caráter de “Pronto-Socorro”, no rol de serviços de saúde prestados pela organização, não há de se questionar a obrigatoriedade da presença do anestesista em tempo integral no hospital. Desta forma, objetivando regularizar a relação de trabalho a ser estabelecida, entre o estabelecimento hospitalar e a equipe de médicos plantonistas, considerando todos os detalhes que essa relação envolve, é necessário que se estabeleça um contrato entre as partes, instrumento legal, no qual ficam definidas situações essenciais dessa relação, como a forma

como a instituição irá acomodar a presença dos médicos, no horário de plantão, a escala de trabalho dos plantonistas, as rotinas de trabalho e outras situações inerentes ao atendimento da população, incluindo também a forma através da qual os médicos plantonistas serão remunerados.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 05 de junho de 2017.

CONS. CLOVIS MARCELO CORSO

*Parecerista*

PARECER Nº 2579/2017 - CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4481, de 05/06/2017.

## ATESTADO PARA ÓBITO EM DOMICÍLIO - RESPONSABILIDADE

ATTESTATION FOR HOUSEHOLD LAW - RESPONSIBILITY

*José Clemente Linhares \**

**Palavras-chave** – *Atestado de óbito, domicílio, declaração, responsabilidade, morte natural, verificação.*

**Keywords** – *Attestation of death, domicile, declaration, responsibility, natural death, verification.*

### EMENTA

Atestado de Óbito, Óbito em domicílio, Declaração de Óbito, Responsabilidade pela emissão da Declaração de Óbito.

### CONSULTA

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

“Quando um paciente tem óbito em domicílio, sem assistência médica, é atendido por um serviço de ambulância que comprova o óbito, mas não fornece o atestado, a família comparecendo a um serviço de emergência somente com esse papel do atendimento, podemos fornecer o atestado com o CID R98 (morte sem assistência), registrando em ficha de emergência o nome e o CRM do médico que atendeu em domicílio ou somente pode ser realizado o atestado de óbito, se trouxerem o corpo até o hospital?”

---

\*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A morte do paciente ocorre sem uma causa definida ou sem assistência médica. Duas situações podem existir, a morte ocorre, em local provido de Serviço de Verificação de Óbito (SVO), ou ele pode não existir.

A função do SVO é a determinação das causas de morte naturais, ou seja, sem sinais de violência ou causa externa, nesse último caso, cabe ao Instituto Médico Legal (IML) fornecer a Declaração de Óbito. Portanto, não deve existir confusão entre essas duas instituições, no SVO, as necropsias são feitas por médicos patologistas, enquanto no IML, são realizadas por médicos legistas.

Em locais onde não existe o SVO, o médico poderá preencher a Declaração de Óbito, devendo salientar que foi natural ou sem sinais externos de violência, acrescentando tratar-se de morte sem assistência médica. Uma consulta ao “site” do Instituto Médico Legal de Curitiba (<http://www.iml.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=4>), em 19 de junho de 2017, mostra a disponibilidade do Serviço de Verificação de Óbitos, naquela instituição.

É imprescindível a correta identificação do falecido e as condições da morte para a emissão da Declaração de Óbito.

O artigo 83 do Código de Ética Médica (CEM) veda expressamente ao médico atestar óbito, quando não o tenha verificado, pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao falecido, exceção feita quando o fizer na condição de plantonista, substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

## CONCLUSÃO

Isto posto, entendo que, tanto pelo aspecto ético, como pelo aspecto da segurança profissional e da comunidade, não pode o médico emitir Declaração de Óbito, sem verificá-lo pessoalmente.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 19 de junho de 2017.

CONS. JOSÉ CLEMENTE LINHARES  
*Parecerista*

PARECER Nº 2581/2017 - CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4491, de 19/06/2017.

## **ATENDIMENTO DE MATRICIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PRIMARY CARE MATRIZING ATTENDANCE

*Tania Maria Santos Pires \**

**Palavras-chave** – *Atendimento, matriciamento, prontuário, atenção primária, registro.*

**Keywords** – *Attendance, matriciamento, medical record, primary care, registry.*

### **EMENTA**

Registro em prontuário em atendimento de Matriciamento na Atenção Primária. O registro deve ser realizado no prontuário do paciente, descrevendo a orientação fornecida pelo médico matriciado. Em caso de atendimento compartilhado, o registro se dará como de habitual, em qualquer consulta, e assinado pelos dois médicos.

### **CONSULTA**

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

“Trabalho como médica matriciadora em município paranaense. Dentre as estratégias preconizadas de atendimento pelo SUS estão orientações de manejo, aos

---

\*Conselheira parecerista do CRM-PR.

profissionais médicos da Atenção Básica, inclusive por via telefônica. Esse tipo de ação está descrita no Guia Prático de Matriciamento do Ministério da Saúde, conforme anexo. Gostaria de saber como devem ser realizados esses registros, visto que, em alguns casos, o médico matriciador não tem contato direto com o paciente”.

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

O Matriciamento é uma estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de apoiar o médico generalista. Esses profissionais têm um grande escopo de atuação e, em alguns momentos, se deparam com situações, nas quais a análise de um especialista pode, adequadamente, orientar a tomada de decisão.

Considerando que o maior foco de atuação da APS é a condição crônica e um dos mais importantes princípios da APS é a Longitudinalidade da atenção, o paciente deve permanecer no monitoramento da APS, mesmo quando for encaminhado para outro ponto da rede de atenção. Neste aspecto, entende-se como muito importante o papel do matriciador da APS. O Matriciamento evita que o paciente seja encaminhado para o especialista focal apenas para afastar uma suspeita diagnóstica, discute os casos com médico generalista, atuando como segunda opinião próxima, procedimento de consulta compartilhada e regulação de filas da especialidade, podendo também fazer parte do Sistema Telessaúde.

## **CONCLUSÃO**

No caso do registro, este deve ser feito diretamente no prontuário do paciente, deixando claros: a ação que foi realizada, como também os questionamentos e o histórico clínico do médico que solicitou o Matriciamento. Na maior parte das vezes, a atuação do matriciador não acontece no atendimento ao paciente, mas sim no apoio ao médico que assiste o paciente. Portanto, o médico matriciador deve registrar, no prontuário do paciente, que se trata de atendimento de apoio ao médico assistente do paciente, os dados que lhe foram repassados pelo médico assistente, os diagnósticos apontados e o produto do Matriciamento, com as orientações. A mesma atitude deve ser seguida, quando houver o contato por telefone, deixando claro que se tratou de uma orientação dada ao médico assistente do paciente por telefone, em tal dia e em tal hora.

No momento de atendimento compartilhado, o registro deve ser feito e assinado por ambos os médicos que atenderam o paciente, ou seja, o matriciador e o matriciado.

Quanto à responsabilidade, é importante lembrar que a orientação do matriciador, quando na ausência do paciente, baseia-se na história que lhe foi passada pelo médico matriciado. Porém, se a história não for suficiente em dados para emitir uma opinião, ou se não houver meios de serem enviados exames ou laudos, ou se por qualquer motivo, os dados não forem suficientes para uma adequada orientação, o matriciador deve agendar o atendimento do paciente em compartilhamento com o médico matriciado, assistente do paciente.

Em qualquer situação, é fundamental que se registre, no prontuário do paciente, qualquer que seja a modalidade de apoio matricial, deixando claro tratar-se de Matriciamento ao médico assistente na APS. Ressalto que é o médico assistente, o responsável pelas condutas e pelos planos de ação aplicados ao paciente, exceto quando o matriciador atende em conjunto, na modalidade de consulta compartilhada.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 12 de junho 2017.

CONS<sup>a</sup> TÂNIA MARIA SANTOS PIRES

*Parecerista*

PARECER Nº 2580/2017 CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4486, de 12/06/2017.

## **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR NÃO ESPECIALISTA. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL**

OBSTETRIC ATTENTION AT PRIMARY CARE BY NON-  
SPECIALIST. PROFESSIONAL RESPONSIBILITY

*Julierme Lopes Mellinger \**

**Palavras-chave** – *Obstetrícia, especialidade, atenção primária, responsabilidade, serviços médicos.*

**Keywords** – *Obstetrics, specialty, primary care, responsibility, medical services.*

### **EMENTA**

Acompanhamento de gestante de risco por médico generalista da Atenção Primária, diante da indisponibilidade de Serviço de Obstetrícia.

### **CONSULTA**

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

“Fui contratada via processo seletivo para assumir ESF como médica de atenção primária, pela Prefeitura de município paranaense. Após a saída do médico obstetra da cidade, a Secretaria impôs que eu acompanhasse as gestantes de alto risco. O manual do Estado do PR diz que elas devem ser identificadas pelo médico da atenção primária e referenciadas ao especialista para o seguimento. Como devo

---

\*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

prosseguir neste caso? Se eu acompanhar as mesmas, posso ser responsabilizada legalmente ou se me negar também? ”

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Trata o parecer de consulta sobre como proceder de maneira mais adequada o médico da Estratégia Saúde da Família ao ser-lhe determinado pelo gestor acompanhar gestantes de alto risco, devido à indisponibilidade de médico obstetra no município.

A Lei 12.842 de 2013, que rege o exercício da Medicina, não prevê restrições ao graduado quanto à sua prática profissional, possibilitando-lhe o pleno exercício da Medicina independentemente de possuir ou não título de especialidade específica. Entretanto, conforme o Parecer 2455/2014 CRM-PR, tem-se ciência de que o conhecimento na área médica com o passar do tempo se expandiu, tornando este conhecimento universal impraticável. Com isto, surgiram as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação em Medicina, devidamente reconhecidas, segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1845/2008, em convênio com a Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica, para melhor qualificação técnica do médico em determinada área em detrimento de outras.

A insegurança de um médico, na atuação de uma determinada área específica, para a qual não se considera habilitado tem de ser respeitada, uma vez que poderá responder ética e civilmente, caso cause danos a terceiros na prática da profissão. Nesta, podemos nos basear no que disciplina o Código de Ética Médica (CEM) em seu capítulo III quanto da responsabilidade profissional em seu artigo 1º: “Ser vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação de omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”.

Cabe ressaltar, no que tange à autoavaliação quanto à responsabilização que deve ou não o médico aceitar por atos decorrentes de sua prática, que conforme os itens VII e VIII do Capítulo I do Código de Ética Médica sobre Princípios Fundamentais têm-se que “O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”. Da mesma forma, não pode, “em nenhuma circunstância ou sob nenhum

pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”.

Tais ditames éticos devem ocorrer ainda em concordância com os itens II e III do mesmo Capítulo, os quais dispõem que “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” e que “Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho...”.

Assim, com vistas ao bem do paciente, o CEM prevê em seu Capítulo II, itens II, III e IX, que é direito do médico “Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente; apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição”.

Por fim, “É direito do médico recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais”. Nesse caso, também comunicará imediatamente sua decisão à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina.

Com base nos Princípios Fundamentais e nos direitos dos médicos citados, que guardam relação com o parecer solicitado, para fazermos a avaliação conclusiva, é importante atentarmos aos seguintes Artigos do Capítulo III do CEM, sobre responsabilidade profissional, nos quais:

**“É vedado ao médico”:**

**Art. 1º** “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”.

**Parágrafo único.** “A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida”.

**Art. 19.** “Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina”.

**Art. 33.** “Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo”.

**Art. 36.** “Abandonar paciente sob seus cuidados”.

§ 1º “Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder”.

## CONCLUSÃO

À luz das citações do CEM, apresentadas anteriormente, consideramos que o médico da Estratégia Saúde da Família deve manter o acompanhamento de suas gestantes de alto risco, tal qual já o faz para as grávidas de risco habitual e intermediário, em sendo o único médico disponível no local. Para todas, não pode se negar a prestar assistência em intercorrências de urgência e emergência, bem como na condução ambulatorial do pré-natal de risco. Nestas situações, quando configurados agravos com necessidade de avaliação e manejo obstétrico, no nível secundário ou terciário, nas redes de assistência à saúde, seja pública ou privada, o médico da atenção primária deve encaminhar a gestante a serviços especializados.

Se estes serviços não lhe são disponíveis, deve manejar as situações até onde seus conhecimentos científicos e habilidades técnicas enquanto médico generalista permitirem, comunicando seu diretor técnico sobre a falha no sistema de saúde, num contexto de cerceamento das ideais condições de condução de um pré-natal de risco pela indisponibilidade da Obstetrícia.

Ressalte-se que ao diretor técnico caberiam os esforços para garantir condições do desempenho ético-profissional da Medicina. Este comunicado, igualmente, deve ser endereçado ao CRM. O encaminhamento da paciente à Obstetrícia/Pré-Natal de Risco dar-se-á, mesmo sabendo o médico da Estratégia Saúde da Família que o referido serviço está indisponível, com ciência, pela gestante, de toda esta lida. Assim, o pré-natalista da Atenção Primária, de forma conjunta, corresponsabilizará

seu gestor e diretor técnico, quanto a possíveis desfechos negativos materno-fetais, pela inexistência de Referência para a Obstetrícia no local.

Quanto ao questionamento, se poderia a consulente ser responsabilizada legalmente, tanto pelo acompanhamento, como pela negativa da assistência ao pré-natal de risco no contexto explicado, do ponto de vista ético, acreditamos que as considerações já feitas contemplam a resposta. Vale lembrar que não há como avaliarmos se o fluxo de processo de trabalho sugerido eximirá o médico da ESF de possíveis infrações éticas. Para tal, há de se fazer análises pertinentes a dados factuais de casos clínicos ou feitos concretos, o que não foi o foco desta consulta.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 3 de julho 2017.

CONS. JULIERME LOPES MELLINGER

*Parecerista*

PARECER Nº 2584/2017 - CRM-PR

Aprovado e Homologado

Sessão Plenária nº 4504, de 03/07/2017.

## VIRGÍNIA LEITE, ENFERMEIRA DA FEB NA SEGUNDA GUERRA

VIRGINIA LEITE, FEB NURSE IN WORLD WAR II

*Ehrenfried Othmar Wittig\**

**Palavras-chave** – Segunda Guerra, enfermeira, voluntário, expedicionários, centenário.

**Keywords** – Second War, nurse, volunteer, expeditionary, centenary.

Natural de Irati (PR), onde nasceu em 1916, a professora Virgínia Leite tinha 29 anos de idade quando embarcou para uma Nápoles já em ruínas, na Itália, para atuar como enfermeira pela Força Expedicionária Brasileira (FEB) ao final da Segunda Guerra Mundial. Ela partiu para a missão juntamente com outras 72 brasileiras, sete delas suas colegas no curso de enfermagem realizado na Cruz Vermelha, em Curitiba: Maria Suarez, Acácia Cruz, Wanda Majewski, Edith Fanha, Jaci Cheves, Hilda Ribeiro e Guilhermina Gomes. Ela passou oito meses na Itália, entre 1944 e 1945 (neste período, mais de 25 mil soldados e oficiais da FEB combateram



*Virgínia Leite,  
com uniforme militar*

---

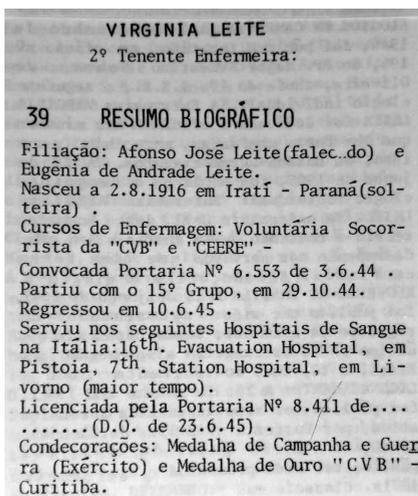
\* Diretor do Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná.

na Itália), auxiliando na atenção aos soldados brasileiros e de outras nacionalidades feridos em combate. Não chegou a atuar nas linhas avançadas, mas no cumprimento do dever ajudou a suavizar os temores dos combatentes e experimentou vividamente os terrores da guerra: “Eu não via, mas escutava os aviões alemães passando por cima do hospital. Dava dor no estômago”.

“Prestou serviços no 7º Hospital Geral de Livorno, porto de mar, e no 16º Hospital de Evacuação, em Pistoia, mais próximo da linha de frente. Lá atendeu centenas de feridos brasileiros e americanos, bem como a população local. Fez da sua profissão um ato de fé e humanismo, ajudou a aliviar a dor dos homens feridos e a acalantar os seus sofrimentos. Do retorno à pátria, buscou superar a si mesma, uma página virada na vida. Com o seu testemunho perante a geração atual, procurou mostrar com dignidade

o papel do soldado, uma homenagem sua pessoal aos mortos que tombaram nos campos de batalha”. O depoimento de Carmen Rigoni foi inserido no Portal da FEB no início de janeiro de 2012, logo após a morte de Virgínia, aos 95 anos. Era a última sobrevivente daquele grupo de enfermeiras voluntárias paranaenses (do grupo total de 73, quando ela faleceu ainda estava viva Dona Carlota Mello, residente em Belo Horizonte, MG). Foi sepultada no Cemitério do Água Verde, na Capital, com honras militares.

A professora ainda foi reformada pelo Exército e ganhou o cargo de 1.ª tenente, além de diversas medalhas, como uma com o símbolo da Força Expedicionária Brasileira (FEB), entregue a todos que estiveram em batalha, e a de Ana Néri, a primeira enfermeira brasileira (que esteve na Guerra do Paraguai). Virgínia foi uma das fundadoras da Legião Paranaense do Expedicionário e depois do próprio Museu,



em Curitiba, no ano de 1982, tendo percorrido várias regiões do País recolhendo peças e equipamentos que pertenceram à FEB. Numa ocasião, assustou a todos ao embarcar em um ônibus com uma arma. Teve de dar explicações. Não era para uso pessoal. A peça estava sendo levada para compor o acervo do museu da Casa do Expedicionário.

Numa entrevista dada três anos antes de falecer, ela contou como descobriu que a guerra tinha acabado, como reagiu e como foi a volta ao Brasil: “Nós estávamos no hospital. E lá, por duas vezes, vieram notícias falsas sobre o fim da guerra. Então vinha a notícia, nós ficávamos contentes. Mas de repente não era verdade e nós ficávamos tristes, lógico. E quando veio a notícia verdadeira foi um carnaval. A volta foi um sentimento de muita alegria. Ninguém faz ideia do que é uma guerra sem ter passado por ela”. Eu me readaptei bem, porque era professora e voltei a exercer a profissão. Mas logo que voltei, tive uma depressão muito grande e quando estava fazendo tratamento, caí, tive fratura de coluna e fui reformada”.

A depressão que ela se referiu a fez mudar-se de Irati para Curitiba, para procurar tratamento. Pouco depois, sofreu sério acidente ao cair no fosso de um elevador, fraturando três vértebras e passando nove meses internada em recuperação. Por essa razão aposentou-se por invalidez com pouco mais de 30 anos de idade. Foram quase duas décadas de dificuldades de locomoção, mas que não a impediram de desenvolver atividades da legião e do Museu do Expedicionário. Santa Leite, como era conhecida em sua cidade natal, recebia a visita de todos os comandantes que assumiam o Exército em Curitiba. Manteve memória lúcida até o fim da vida e gostava de conversar e mostrar seu acervo de fotos, especialmente os dos encontros pós-guerra.

No ano da morte de Virgínia, a Câmara Municipal de Curitiba aprovou projeto para nomear logradouro público em sua homenagem, enquanto enfermeira que se alistou voluntariamente para atuar no conflito mundial. No ano do centenário de seu nascimento, foram raras as lembranças para homenageá-la. Ela nunca casou. O irmão mais velho participou da Revolução de 24 e o outro da segunda revolução de 1930, aos quais surpreendeu quando decidiu deixar a pacata Irati. “Eu senti que precisava fazer alguma coisa para mudar o horror da guerra que acompanhávamos pelos jornais e pelo rádio. Era professora e sem saber ao certo o que vinha pela frente, me alistei no curso de enfermagem. Mandaram ficar com a mala pronta e eu fiquei”, recordou em bela reportagem publicada por Sarah Corazza, na revista Ideias, em maio de 2011.

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

---

ISSN 2238 - 2070

