CONTRATUALIZAÇÃO: Lei define direitos e obrigações das operadoras. Pág. 2, 3 e 29.

JORNAL DO CRM-PR

Informativo do Conselho Regional de Medicina do Paraná | Ano XIX • Nº 89 - Julho de 2014

A COPA E OS AVANÇOS DA MEDICINA ESPORTIVA

GRANDES EVENTOS ESPORTIVOS SERVEM COMO FATORES DE ESTÍMULO A ATIVIDADES FÍSICAS E HÁBITOS SAUDÁVEIS, ALÉM DE PROPAGAR CONHECIMENTOS MÉDICOS. OBRAS DE INFRAESTRUTURA TAMBÉM SERÃO USUFRUÍDAS PELA POPULAÇÃO. A EXPECTATIVA MAIOR, CONTUDO, É DE APÓS OS VULTOSOS GASTOS A SAÚDE DA POPULAÇÃO MEREÇA A ATENÇÃO QUE LHE É DEVIDA.

Sob o clima da Copa, a comemoração com a lei que vem aclarar a relação entre médicos e operadoras.

Enfim um golaço pela saúde!

A Copa do Mundo de Futebol toma conta do Brasil neste momento, com seus contrastes e humores, emoções e decepções. Ainda sob o clima da disputa esportiva, o golaço mesmo para classe médica foi marcado com a publicação, sem vetos, da Lei 13.003/2014, que tende a trazer disciplina e transparência na relação das operadoras de saúde com a rede prestadora de serviços. É vantagem no placar, mas a vitória será consolidada mesmo no efetivo cumprimento das normas, o que, pelo histórico de usos e costumes, sempre nos deixa desconfiados de que um "pênalti mandrake", acréscimos indevidos ou o tapetão possam interferir no resultado.

Sob a visão de legitimidade, as "regras são claras" na divisão de direitos e obrigações das partes envolvidas. E é sob este ângulo que devemos entender o resultado de uma mobilização de muitos anos dos médicos e que ganhou força quase ao término do "tempo regulamentar" de uma década de trâmite no Congresso Nacional. Foi preciso forte articulação política, a partir do CFM e dos Regionais, para impedir tentativa de descaracterização da essência da proposta. Em resumo, jogada ensaiada que resultou exitosa pelo espírito de união e persistência.

Para viger a partir da segunda quinzena de dezembro, uma das exigências da nova lei é a existência de contratos escritos entre as operadoras de planos de saúde e os profissionais de saúde, com descrição de todos os serviços contratados e previsão de índice e periodicidade anuais para reajuste dos valores dos serviços prestados. Por isso, também é imprescindível que, no momento da assinatura, o médico fique atento a cada item do contrato. Sob o novo ordenamento legal, que altera a Lei n.º 9.656/98, os planos de saúde estarão obrigados a substituir imediatamente médicos, laboratórios e hospitais que se descredenciarem.

O artigo 17 da Lei 9.656 ganhou a seguinte redação: "A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam inciso e parágrafo do art. 1.º da Lei, implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 dias de antecedência".

Neste segundo semestre, passado o clima de Copa do Mundo e prós e contras tentando colher seus dividendos políticos, o fato é que teremos pela frente importantes mobilizações em defesa da Medicina e da saúde de qualidade à população. Avizinhando a eleição majoritária de outubro, é de se esperar propaganda massiva sobre a melhor "saúde do mundo", que está aí ou está por vir. Como a que prega o Mais Médicos como solução para a principal demanda proposta pela sociedade, que é a saúde. Difícil engolir a propaganda oficial de que os aderentes ao programa são mais produtivos e resolutivos que nossos médicos.

No Paraná, os bolsistas somam 866, ante 21,6 mil médicos devidamente inscritos e sob os rigores dos compromissos éticos. Manusear números é exercício de praxe para muitos políticos embusteiros e sanitaristas de gabinete. Enfrentar a realidade da atenção à saúde é um desafio permanente àqueles que prestam e àqueles que necessitam dos serviços.

Maurício Marcondes Ribas
Presidente do CRM-PR

EXPEDIENTE
Jornal do CRM-PR *- Publicação oficial eletrônica do Conselho Regional de Medicina do Paraná*
CRM-PR - Presidente: Conselheiro Mauricio Marcondes Ribas / Vice-Presidente: Cons. Luiz Ernesto Pujol.
Gestora do Departamento de Comunicação e Imprensa (SECI): Consª Keti Stylianos Patsis, 1ª Secretária.
Editor Hernani Vieira / jornalistas assistentes: Bruna Diegoli Bertoli e Amália Dornellas.
Design/diagramação: Victória Romano | Fotografias: Albari Rosa e Bruna Bertoli

Se prevalecer a proteção ao cidadão, veremos inédito nocaute na política do lucro.

A lógica perversa das operadoras de saúde

Os empresários das operadoras de saúde suplementar podem ser chamados de mercadores de ilusões. O pior: daqueles nada confiáveis que se aproveitam da crise da saúde pública para gerar bons negócios. Afinal, diante da falta de vontade política do Governo de melhorar o atendimento, quem não estaria interessado em pagar pelo sonho de uma boa assistência?

Neste cenário próspero, as empresas fecham transações às toneladas. No entanto, depois dos compradores assinarem os contratos fica evidente que a realidade prometida, não raro, tem ares de pesadelo. Ano após ano, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) prova isso ao colocar o setor dos planos de saúde no topo do ranking de reclamações.

As queixas apontam abusos, descaso, indiferença, cobertura deficiente ou até inexistente: tudo aquilo que não se espera de uma empresa que oferece bem estar. Pelo jeito, para as operadoras vale tudo em nome do lucro, até sacrificar a saúde de quem nelas confiou.

Com os médicos e outros profissionais da saúde, prestadores de serviços dos quais dependem para seu "negócio" prosperar, também não agem com boa fé. De forma dissimulada, glosam procedimentos, fogem de acordos e evitam reajustar honorários, algo legítimo na relação estabelecida. O ganho fácil prevalece em detrimento da valorização do trabalho.

Nos últimos anos, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em parceria com outras entidades médicas, tem tentado romper com essa lógica e mostrar o quão perversas as operadoras são contra profissionais e pacientes. Em diferentes manifestações, fica evidente que estes dois elos– cada um à sua maneira – são vítimas do abuso do poder econômico.

Em 2013, os planos ficaram 8,73% mais caros, enquanto o IPCA foi de 5,91%. Desde julho de 1994, o aumento acumulado dos planos supera em mais de 200 pontos percentuais a alta desse Índice no período. Resultados nada desprezíveis para as 1084 operadoras em atividades, que deveriam atender 50,3 milhões de beneficiários de assistência médica padrão Fifa.

Contudo, o mais surpreendente é constatar que nesta arena, os empresários encontraram acolhida junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). É como se o juiz da final da Copa decidisse ouvir apenas os pleitos do time do seu coração. Essa distorção rompe com a lógica da regulação do segmento, que deveria se pautar pela defesa das partes mais vulneráveis – pacientes e profissionais – ante o empresariado.

Novos ventos podem mudar essa história. Com a aprovação do PL 6964/2010, o Congresso Nacional sinalizou que mesmo os políticos entendem ser a hora de colocar limites na farra das operadoras. Se a ANS não faz sua parte, os parlamentares fizeram a deles, estabelecendo critérios claros para os contratos firmados entre planos e prestadores de serviço.

Tudo agora está no papel e ganha força de lei pela sanção do Palácio do Planalto. Os ganhos serão gerais: pacientes terão melhor cobertura, médicos e profissionais contarão com mecanismos de reajuste de honorários e até o Governo faturará com o retorno do equilíbrio ao segmento.

Assim, se a lógica da proteção ao cidadão e ao trabalhador prevalecer, veremos, neste *round*, um inédito nocaute da cultura do lucro. Por outro lado, se após 10 anos de tramitação essa lei não ver a luz do dia, teremos a certeza de que os mercadores de ilusões têm mesmo muita influência. Esse impasse será revelador e mostrará quem realmente importa para quem está no Poder.

Roberto d'Avila *é presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM).*

A prorrogação do **Mais Médicos**

O ministro da Saúde, Arthur Chioro, entusiasmado com o que considera as "fantásticas avaliações" do Mais Médicos, certamente não percebeu que a possível prorrogação do programa, por ele anunciada em Genebra, vem demonstrar não o seu êxito, mas a falta de planejamento que o marcou desde o começo, como afirmam as entidades representativas dos médicos. E isso serve para deixar claro mais uma vez que o tratamento dado ao programa pelo governo é muito mais político do que técnico.

Ao implantar o programa no ano passado, o governo o apresentou como resposta a uma situação de emergência — a falta de médicos em regiões afastadas do interior e nas periferias de grandes cidades — e, por isso, limitou sua duração a três anos. Agora, "muito provavelmente", sua duração será estendida por mais três anos, até 2019. Não será uma prorrogação pura e simples — promete —, mas baseada em estudos sobre cada região do País. Assim, cada uma das cidades atendidas será avaliada antes que a decisão definitiva seja tomada.

A justificativa apresentada pelo ministro Chioro é de que o País precisa de mais tempo para formar os médicos necessários para atuar nas regiões hoje atendidas pelos 11,5 mil profissionais estrangeiros, quase todos cubanos. Completam o quadro de 14,1 mil médicos do programa 2,6 mil brasileiros, dos quais 1,4 mil formados aqui e 1,2 mil que estudaram, estavam e trabalhavam no exterior. A necessidade de substituir os estrangeiros por nacionais - tendo em vista o caráter emergencial e provisório do trabalho dos cubanos - levou o governo a tomar medidas especiais na área do ensino médico.

A principal delas é a prometida abertura de 11,4 mil vagas nos cursos de Medicina até 2017. Mas, como a formação de um médico pode levar de seis a nove anos, estava claro desde o início que, mesmo que todas aquelas vagas fossem efetivamente criadas, não haveria médicos brasileiros em número suficiente no prazo fixado para a duração do programa. As outras medidas tomadas para eliminar o déficit desses profissionais também não ajudam muito a resolver o problema.

Nem a possibilidade de fazer residência médica em outros locais além das grandes cidades. Nem a alteração do currículo para que 30% dos cursos estejam voltados para a formação em atendimento básico, pois é de profissionais com este perfil que as regiões carentes atendidas pelo programa precisam, segundo o governo.

As razões apresentadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB) para criticar a provável prorrogação do programa parecem bem mais sólidas do que as apresentadas por Chioro. Para o presidente da AMB, Florentino Cardoso, que bate forte no governo, a prorrogação expõe a falta de planejamento. "Mais uma vez", diz ele, "fica comprovado que não existe nenhuma política de recursos humanos. O Brasil continua improvisando em muita coisa. O governo está enganando a população, dizendo que vai resolver o problema da saúde." A seu ver, o que o setor precisa é de "recursos e uma gestão qualificada e acabar com a corrupção".

Em nota igualmente dura, o CFM toca em outros aspectos importantes do problema da saúde: "Em lugar de soluções desse tipo, o Estado deveria propor respostas efetivas para melhorar a assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)". E, "em vez de priorizar programas midiáticos", deveria cuidar de questões como o aumento de recursos orçamentários para o setor. De fato, o ponto principal da saúde pública no Brasil é o fortalecimento do SUS, que começa pela correção - há tanto tempo prometida e nunca feita - de sua tabela de procedimentos, cuja defasagem acarreta prejuízos que ameaçam levar à falência os hospitais filantrópicos a ele conveniados, com destaque para as Santas Casas. Eles são responsáveis por 45% dos atendimentos do SUS.

Para o governo pouco importa a força desses argumentos, porque seu principal interesse, no caso do Mais Médicos, está no efeito político e eleitoral do programa, como ficou evidente desde que ele foi lançado.

(Editorial do jornal O Estado de São Paulo).

Cada vez mais exigidos e competitivos, atletas são sinônimo dos avanços biomédicos e tecnológicos.

Brasil sob cenário dos **maiores eventos esportivos mundiais**

A 20.ª edição da Copa do Mundo de Futebol no Brasil começou em 12 de junho e será encerrada em 13 de julho, envolvendo 32 seleções de países entre os 204 filiados à Fifa. São 12 as cidades-sedes – incluindo Curitiba (PR) – , nas quais foram direcionados vultosos investimentos nas arenas, infraestrutura e mobilidade, sob expectativa de render dividendos financeiros e políticos. Polêmicas à parte, com suas repercussões e protestos populares, o esporte mais popular do planeta – e também o preferido do nosso país – tende a fomentar o turismo e a lotar os estádios, sem contar que bilhões de pessoas estarão conectadas aos jogos pela tevê. Recorde-se que a disputa final na Copa da África do Sul, em 2010, teve 3,2 bilhões de pessoas acompanhando a transmissão da vitória da Espanha sobre a Holanda por 2 x 1.

Extracampo, equipes multidisciplinares continuarão a fazer uso de todo potencial de conhecimento e tecnologia para moldar a aptidão física à técnica dos atletas. As performances individuais tendem a mostrar a evolução biomédica que se constrói a cada evento sob o intervalo de quatro anos. A Copa de 70, no México, foi a primeira em que se permitiu a substituição de jogadores. O Brasil foi campeão sob respaldo de uma das equipes mais bem preparadas fisicamente, tendo seus atletas correndo em média 5 km por partida. Hoje, dependendo da posição, há jogadores se deslocando de 11 a 13 km em 90 minutos no Brasil, e até 15 em países europeus sob clima mais ameno. E além de resistentes, precisam ser cada vez mais velozes. De acordo com o ranking da Fifa, jogadores como o norueguês Mathis Bolly, do Fortuna Dusseldorf e que encabeça a lista, são tão rápidos quanto os mais afamados corredores de curta distância. Ainda no quesito velocidade, o atleta mais rápido do Mundial da África foi o mexicano Javier Hernández, o Chicarito, que acelerou a 32,15 km/h. No Mundial do Brasil, o costa-riquenho Júnior Diaz alcançou 33,8 km/h.

A Copa do Mundo de Futebol está sendo o primeiro grande teste sob o olhar do mundo esportivo mundial para o Brasil, que no segundo semestre de 2016 recebe os Jogos da XXXI Olimpíada e as Paralimpíadas. Os Jogos Olímpicos vão ocorrer no Rio de Janeiro de 5 a 21 de agosto, com abertura e encerramento no Estádio do Maracanã, e envolvendo 28 modalidades, duas a mais em relação aos Jogos Olímpicos de Verão de 2012 - foram incluídos pelo COI o golfe e o rugby sevens. As Paralimpíadas serão realizadas entre 7 e 18 de setembro. O maior evento esportivo do planeta deve contar com mais de 10.500 atletas de pelo menos 205 nações, o que enuncia a dimensão do contingente da retaguarda médica envolvida. Além disso, o Rio 2016 terá mais de 100 mil pessoas envolvidas na organização, incluindo 70 mil voluntários.

Romper o sedentarismo presente na população é o grande desafio médico para propagar saúde e bem-estar, desafogar leitos e reduzir custos. Eventos esportivos, como Copa do Mundo e Olimpíadas, podem ser fatores de incentivo.

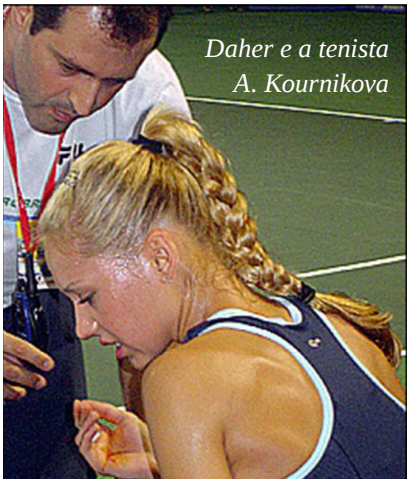
A **atividade física** como opção terapêutica

Os olhares do mundo se voltam para o Brasil como sede, neste ano e em 2016, de dois dos maiores eventos esportivos de representatividade das nações. Apesar da repercussão inerente, com mídia massiva e visibilidade dos desportos e dos atletas, a grande aposta da comunidade médica especializada reside na contribuição silenciosa ao processo de conscientização da sociedade nos cuidados com a saúde, o que inclui a aderência aos exercícios físicos equilibrados. A vida sedentária, que hoje alcança a maioria dos brasileiros, inclusive na faixa etária até os 30 anos, pode ser responsabilizada por 54% do risco de morte por infarto e por 50% do risco de morte por derrame cerebral – as principais causas de óbito no País. Está aí, portanto, uma realidade que desafia – e cobra – todos os expoentes da Medicina.

Prestes a completar o primeiro ano de mandato frente à Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte, Samir Salim Daher diz que competições como a Copa das Confederações da Fifa 2013, a Copa do Mundo de Futebol deste ano e ainda os Jogos Olímpicos (Rio 2016) "são furacões que vêm e vão embora", que deixam o seu legado, mas que há um "dever de casa" coletivo a ser feito progressivamente sob estímulo de profissionais e serviços de saúde, gestores públicos e privados e instituições de ensino. Uma das diretrizes fixadas pela Sociedade, aliás, se volta à medicina primária, tendo o exercício como opção terapêutica para melhor as condições de saúde. "Temos consciência de que este é um processo lento, de crescimento pausado, em etapas, que em algum momento esperamos obter o reforço da iniciativa privada, dos hospitais, das operadoras de saúde, de gestores de academias e das prefeituras", reforça Samir Daher.

CADASTRO DOS PROFISSIONAIS

"Podemos dizer que hoje, sob a expectativa médica, estamos preparados para atender quaisquer demandas sob reflexo de grandes eventos esportivos em situações normais, quer no suporte e orientação aos profissionais das delegações, quer na atenção ao fluxo de turistas, que exige adequações com vacinação, alimentação, fuso horário etc. Também o estádio de competitividade dos atletas locais, já em condições de equilíbrio com as forças tradicionais, não deixam dúvida de estarem bem assistidos no âmbito das especialidades que se associam à Medicina do Exercício e do Esporte, como Ortopedia, Cardiologia e Fisiatria", manifesta Samir Daher, do alto de sua experiência com diversas modalidades esportivas, com destaque o vínculo com a Seleção Brasileira de Handebol, que o alçou à direção médica do Comitê Olímpico Internacional e representante do Conti-



Daher e a tenista A. Kournikova

nente na Federação Internacional.

O presidente assinala que dentre os esforços de momento da Sociedade está o cadastramento de profissionais que atuam na Medicina do Exercício e do Esporte e em uma dezena de outras especialidades singulares com constante trânsito nos eventos de atualização do conhecimento. "Calculamos ter, hoje, 900 médicos do Esporte. Porém, este número chega a 3 mil entre os que interagem com a especialidade e tende a triplicar se considerarmos os núcleos de atividades afins nas quase 240 escolas médicas", explica Samir Daher, lembrando que embora seja uma das mais antigas que se têm notícia e que a sociedade no País foi fundada há mais de meio século, a especialidade somente ganhou corpo nos últimos anos. A residência (de três anos) foi criada em 2005, começando com a FMUSP, Unifesp e Universidade de Caxias do Sul, e aos poucos despertando atenção de escolas médicas de outras regiões. Cursos de pós-graduação, para candidatos à titulação, melhoram o cenário das ainda – poucas vagas da especialidade entre as 12 mil ofertadas no ingresso à residência.

O dirigente da Sociedade enxerga com entusiasmo os efeitos a advir do 26.º Congresso Brasileiro de Medicina do Exercício e do Esporte, a ser realizado de 21 a 23 de agosto. É a primeira edição em Minas e com expectativa de se chegar a mil participantes

Estudo

EXERCÍCIO, UM 'SENHOR' REMÉDIO

Idosos que praticam exercícios físicos regularmente procuram menos atendimento médico que os sedentários, o que significa também evitar ocupação de leitos hospitalares e procedimentos de maior complexidade. Em suma, além dos benefícios à saúde, contribuem para a desoneração do sistema de saúde, seja ele público ou privado. Esta é a essência de estudo coordenado por Samir Salim Daher com pacientes do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), onde 60% dos pacientes internados são da terceira idade.

Para o estudo, foram selecionados pacientes com idade média de 79 anos para serem avaliados durante quase um ano. Um grupo de 48 idosos que adotaram rotina de atividades físicas reduziu em 35% a procura de atendimento em relação aos 44 que se mantiveram em condição sedentária. Além disso, 45% dos que se submeteram ao regime de ginástica desistiram de procedimentos cirúrgicos por se sentirem reabilitadas, como a aposentada Lourdes Pimentel Buti, de 81 anos e que esperou os últimos 10 na fila da cirurgia ortopédica de artrose para seus dois joelhos. "Perdi um pouco de peso e minhas pernas ficaram mais fortes e, por isso, percebi que não tinha mais necessidade de fazer a operação", resume.

Coordenador de atividade física do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe), de São Paulo, que tem 1,5 milhão de usuários, Samir Daher exalta o quanto a prevenção pode ajudar outras pessoas que necessitam de atendimento médico. Assim, o estudo vem em reforço ao planejamento da Sociedade em suas ações que, nos próximos meses, buscará identificar os profissionais atuantes em clubes de futebol, confederações esportivas, universidades e secretarias estaduais e também municipais de saúde e esporte das principais capitais. A ideia é tê-los juntamente com as especialidades "vizinhas" da Medicina do Esporte como agentes multiplicadores no processo preventivo e de estímulo às atividades físicos, que numa etapa intermediária será propagada na estrutura de serviços de saúde e, numa seguinte, viriam campanhas educativas de alcance da sociedade de forma geral.

No contexto, faz questão de frisar, estão os portadores de necessidades especiais que, graças à atenção e os avanços tecnológicos e dos tratamentos, experimentaram na última década importante ascensão na qualidade competitiva e de bem-estar. Samir Daher vê como muito importante a influência de otimismo e perseverança trazidos pelos nossos atletas paralímpicos.

– entre palestrantes e congressistas –, como indica Samir Daher, elogiando o engajamento da universidade federal daquele estado. Ele diz que a versão de 2015, que volta a São Paulo, sede da SBMEE, já está sendo planejada e espera, até lá, grandes avanços em parcerias e ações educativas, que têm importante braço na reformulação do portal, no trabalho nas redes sociais e nos informativos eletrônicos e impressos. A estes meios soma-se a Revista Médica Brasileira do Esporte (RBME), indexada na Web Of Science (ISI), SciELO, LILACS e SIRC-Sportdiscu. Lançada em 1995 com periodicidade trimestral, a revista passou a bimestral em 1999.

No "trecho" há 22 anos, Samir Daher tem convicção de que a nova geração de especialistas da área está chegando com muito entusiasmo e conhecimento, citando como exemplo a parceria com um jovem profissional que atuou ao seu lado, recentemente, no Brasil Open de Tênis. "Fiquei surpreso positivamente com a visão global e maturidade apresentadas". Para ele, o que se projeta é uma carreira cada vez mais promissora.

Destaca que, pela primeira vez, instaurou-se concurso público (no Iamspe) tendo o título de Medicina Esportiva como pré-requisito, o que pressupõe ser outro elemento a impulsionar a especialidade, a exemplo do engajamento que se espera das prefeituras na aposta de melhor atenção à saúde, elevando o potencial desportivo entre os mais jovens e minorando os agravos de doenças nos mais idosos, já que várias delas podem ser tratadas de maneira concumitante.

O que é

MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE

A Federação Internacional de Medicina do Esporte (FIMS), com 110 países filiados e cerca de 250 mil médicos especialistas em todo o mundo, adotou em 1977 a seguinte definição: "É uma especialidade que inclui segmentos teóricos e práticos da medicina com o objetivo de investigar a influência do exercício, do treinamento e do esporte sobre as pessoas sadias ou doentes, com a finalidade de prevenir, tratar e reabilitar". Em resumo, ocupa-se não só a atletas de alto nível, mas, também, pessoas não atletas que procuram utilizar a atividade física como meio de melhorar sua saúde. A Sociedade Brasileira, com outra nomenclatura (federação), foi fundada no dia 18 de novembro de 1962, em São Paulo.

Perfil

SAMIR SALIM DAHER

Filho de imigrantes libaneses, ele nasceu em São Paulo, onde se graduou em Medicina em 1992, fazendo residência em ortopedia e traumatologia pelo HSPE e, em paralelo, MBA em gestão de executivo de negócios, "para entender mais a cabeça do empresário", como diz. Na sequência, fez pós-graduação na USP em Medicina do Esporte, com direito a período complementar de estudos em Toronto (Canadá). É coordenador de atividade física do Centro de Promoção e Proteção à Saúde/Prevenir, do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe). Foi convidado a participar da Regional de São Paulo da SBME em 1999, onde ocupou várias funções diretoras, incluindo a presidência de 2004 a 2008. Está na Sociedade Brasileira desde 2005, tendo sido empossado na presidência em 18 de maio de 2013. Deve deixar a o cargo ao final do primeiro semestre de 2015, sucedido pelo Dr. Daniel Arkader Kopiler, do Rio de Janeiro, já previamente eleito para acompanhar todo processo administrativo da instituição. Além do vínculo com Seleção Brasileira de Handebol, Samir já teve passagem como médico do São Caetano (futebol), há 12 anos participa como diretor médico do Brasil Open de Tênis (ATP) e há oito da Maratona Internacional de São Paulo.

SERVIÇO:

Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte
www.portal.medicinadoesporte.org.br/

Revista Brasileira de Medicina do Esporte
revista@medicinadoesporte.org.br

A medicina impõe respeito no **mundo do futebol**

A medicina do futebol no Brasil tem diversos marcos históricos, do início da profissionalização, nos tempos românticos, aos dias de hoje, em que a prática esportiva extrapolou o estado da arte para se tornar, também, científica. O divisor mais recente, e certamente o mais importante nos últimos anos, é a instituição, em 2010, da Comissão Nacional de Médicos do Futebol, criada por renomados profissionais da área no âmbito da Confederação Brasileira de Futebol.

O primeiro presidente da CNMF/CBF é também o mais importante médico do futebol brasileiro, não fosse ele o responsável por colocar em campo, sem lesões ou riscos, os craques que tentarão o hexacampeonato mundial pela Seleção Brasileira.

José Luiz Runco, 59 anos, é o principal responsável pelo projeto de reunir numa entidade independente os médicos de todos os clubes profissionais do Brasil. O time de Runco é respeitável. Seu vice é o ortopedista Edilson Thiele, também da CBF, ex-Atlético Paranaense e atuante no Hospital Vita, um dos dois hospitais da Copa de Curitiba. Outros cinco médicos compõem a comissão: Joaquim Grava, do Corinthians; Michael Simoni, ex-Fluminense; Serafim Borges, do Flamengo; Rodrigo Lasmar, filho do ex-médico da Seleção Neylor Lasmar, ambos do Atlético Mineiro; e Maeterlink Mendes, do América de Natal.

Mas não se pense que o trabalho é facilitado pelo fato de a comissão ser formada unicamente por médicos e todos serem encontrados com facilidade em seus clubes. “A grande dificuldade é justamente com os clubes,”, resume José Luiz Runco em seu consultório na Barra da Tijuca.

Cadastro produzido pela CBF aponta a existência de mais de 29 mil clubes de futebol no país, com 2,1 milhões de jogadores cadastrados e 11,2 milhões não cadastrados. Números mais triviais demonstram a existência de 27 campeonatos estaduais (mais o do Distrito Federal) em quatro divisões. São cerca de 5 mil jogos profissionais por ano, período em que se disputam mais de cem competições.

A Comissão Nacional de Médicos do Futebol não pode, obviamente, abarcar todo esse universo do futebol brasileiro. A primeira etapa do trabalho, ainda em desenvolvimento, é reunir os médicos de todos os clubes brasileiros da primeira à terceira divisões.

O objetivo mais desafiador, segundo José Luiz Runco, é criar e manter ativo, em todo o país, um prontuário eletrônico para cada atleta profissional. Parece simples: um chip engastado num cartão conterá todas as informações sobre seu portador, da data de nascimento e tipo sanguíneo a

exames realizados e eventuais intervenções cirúrgicas a que tenha sido submetido.

Segundo Runco, esse histórico, com o perfil de saúde do atleta, deverá ser documento importante também no âmbito da Conmebol, a Confederação Sul-Americana de Futebol, e da própria Fifa.

Edilson Thiele, de seu lado, lembra que o prontuário de qualquer paciente é de propriedade dele, e isso acontecerá também com o dos jogadores. "Para onde for, o atleta levará seu prontuário eletrônico, um documento que facilitará em muito sua carreira e levará economia aos clubes", assinala. "Basta sabermos quando custa um exame mais sofisticado, que o jogador acaba fazendo mais de uma vez, em cada clube por onde passa."

O cartão com chip está, ainda, em fase de desenvolvimento, com a área de TI da CBF, mas não há pressa na comissão. Há várias metas a atingir, das quais a primeira e base das demais, sem dúvida, é a integração dos profissionais de todo o país. "A troca de opiniões e ideias é fundamental para essa integração e até para a sistematização do formulário", diz José Luiz Runco.

Médicos de todos os clubes da Primeira e Segunda divisões já participam desse entendimento. Já foram realizados quatro encontros nacionais, o mais recente deles em Natal, em abril de 2013. Haverá outros, apesar da inexistência de orçamento próprio da Associação Nacional de Médicos do Futebol. Por enquanto, revela José Luiz Runco, tais eventos contam com a simpatia da própria CBF e a ajuda de seus parceiros e dos estados onde se realizam.

José Luiz Runco, em palestra a colegas médicos.

"O Brasil é um país muito grande e precisamos ir devagar, passo a passo, pois existem muitas diferenças regionais a superar", afirma o médico da Seleção Brasileira. Por enquanto, à exceção do Estado de São Paulo, nem comissões estaduais existem. A rigor, segue-se o que é possível cumprir no dia a dia, ainda distante do chamado Padrão Fifa.

Este, por enquanto, ainda é um sonho para os médicos dos clubes brasileiros. Primeiro, que haja três profissionais por clube, não importa a divisão em que se encontre. Em jogo, como na Copa, um médico e três brigadistas de cada lado do campo. Ou, se não isso, um médico neutro – coberto por brigadistas – para dirimir dúvidas e até tomar decisões relativas à saúde do jogador em campo, como ilustra Edilson Thiele.

Nos últimos meses, a Comissão Nacional de Médicos do Futebol da CBF experimentou uma desaceleração estratégica em suas atividades, tanto por conta da Copa do Mundo quando por mudanças que a entidade está promovendo, desde o ano passado, em sua estrutura e funcionamento. Mas não há nada que faça pensar que a comissão será desativada ou, na mesma toada, José Luiz Runco deixe a Seleção Brasileira por conta própria. Entrevista recente, publicada num portal de notícias, deu a entender que ele já está cansado e que é hora de passar a bola para os mais novos. Mas não é bem isso, assinala.

"Basicamente, não depende de mim", diz Runco. "É a instituição que pode querer mudar." Pode até ser, dependendo do resultado da Copa, como aconteceu depois da torneio de 1998, na França, quando o Brasil foi derrotado pelos donos da casa. Houve mudanças e Runco substituiu Lídio Toledo no comando da equipe médica da CBF. Luiz Felipe Scolari assumiu o posto de Mário Jorge Lobo Zagallo. Quatro anos depois, José Luiz Runco comemorava o pentacampeonato ao lado de Felipão e dos jogadores.

"São 16 anos com a Seleção, atendendo diretamente nossos jogadores, viajando com a equipe, assumindo uma série de compromissos e até lidando, ainda que indiretamente, com as paixões do torcedores", avalia José Luiz Runco. "Vou aguardar a postura que a CBF vai tomar depois da Copa, seja qual for o resultado. O médico é altamente respeitado na CBF, e estando eu lá ou não, isso pelo menos não muda."

Ex-presidente da Federação Internacional de Medicina do Esporte fala sobre passaporte biológico e o Código Mundial Antidoping a viger em janeiro de 2015.

A luta contra o **doping** nos esportes

Quando se fala no nome de Eduardo Henrique De Rose, a associação com o doping é imediata. Afinal, esse gaúcho nascido em 8 de agosto de 1942, formado na primeira turma da Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, é pioneiro no Brasil na pesquisa e prevenção do inimigo histórico do esporte. Doutor em educação física (Universidade de Colônia) e medicina (La Sapienza, Roma), De Rose dedicou ao tema a maior parte de sua carreira e é graças a sua contribuição que a medicina esportiva brasileira está entre as melhores do mundo.

Dono de extenso currículo, De Rose integra várias entidades médicas e esportivas brasileiras e estrangeiras. Só para citar algumas, ele é membro do Conselho de Fundação da Agência Mundial Antidoping (Wada) e da Comissão Médica do Comitê Olímpico Internacional (COI) – Grupo de Jogo. Presidiu a Federação Internacional de Medicina do Esporte (Fims) e é presidente honorário da Confederação Pan-Americana de Medicina do Esporte (Copamede). Professor de medicina do esporte da UFRGS e professor visitante de várias universidades mundo afora, Henrique Eduardo De Rose integra o conselho editorial de várias revistas científicas.

Eduardo Henrique De Rose é casado desde 1967 com Regina Celi. Tem três filhos e três netos. Filho de lateral direito do Grêmio dos tempos do amadorismo, foi médico do clube de 1968 a 1978. A família é tradicionalmente gremista – menos pelo filho mais velho, que inventou de torcer pelo Inter.

Confira entrevista realizada no final de março com o Dr. De Rose.

JORNAL DO CRM-PR — O sr. integra a Comissão Médica do COB há 35 anos. O doping continua na ordem do dia. É verdadeira a máxima segundo a qual a prevenção e a repressão avançam porque o doping sempre está um pouco à frente?

Eduardo Henrique De Rose — O doping está na ordem do dia desde os Jogos Olímpicos posteriores à II Guerra Mundial. A luta contra o doping começou em 1967, ao ser criada a Comissão Médica do COI e a lista de substâncias, inicialmente de quatro, foi crescendo exponencialmente após os Jogos Olímpicos de Seul. Depois da criação da Agência Mundial Antidoping, em 2000, houve não só um aprimoramento da legislação como um desenvolvimento científico muito grande. Essa é a verdadeira razão da prevenção através da informação e da educação, e a repressão, feita por um controle bastante evoluído. A razão das dificuldades que se enfrenta no Brasil é que, em nosso meio, o controle de doping está cerca de 20 anos atrasado, por não usarmos todos os recursos disponíveis ou simplesmente não fazermos controles por falta de recursos das confederações brasileiras.

Qual o tipo de atleta mais sujeito a dopar-se (por vontade própria ou de seu técnico): o de ponta, já consagrado, ou o iniciante?

A tentação do doping ocorre em todos os níveis, e eu acredito que no mundo profissional de hoje nenhum atleta de nível se dopa sozinho, embora isso possa ocorrer com o atleta iniciante, no mais das vezes por desconhecimento da regra do que intencionalmente.

Como se desenvolve o esforço da Comissão Médica do COB e das confederações a ele ligadas – como a CBAt – para prevenir essa prática?

O COB, até a criação da Autoridade Brasileira de Controle de Doping, atuou nessa área seja na prevenção, seja na repressão, principalmente controlando as delegações brasileiras para jogos Sul-Americanos, Pan-Americanos e Olímpicos. Hoje em dia, dedica-se apenas à informação aos atletas das distintas confederações que integram as suas delegações. O trabalho de repressão, quando realizado, é feito pelas confederações brasileiras e,teoricamente, pela ABCD (Associação Brasileira de Controle de Dopagem).

A legislação esportiva, no que se refere à punição, é branda ou severa o bastante em sua opinião?

O novo Código Mundial Antidoping, aprovado na África do Sul no ano passado e que entra em vigor em 1.º de janeiro de 2015, é mais rigoroso com os atletas que efetivamente e conscientemente se dopam, e menos rigoroso com aqueles que se dopam por não ter conhecimento e sem a real intenção de aumentar o desempenho físico.

O dr. Rafael de Souza Trindade, da CBAt e novo integrante da Comissão Antidoping da Fifa, diz que a previsão de atenuantes, pela colaboração do atleta, numa espécie de "delação premiada", pode contribuir para a educação, a prevenção e punições mais realistas. O sr. concorda?

Existem vários elementos que podem atenuar a pena de um atleta e, efetivamente, a colaboração com as autoridades e a informação de quem o ajudou ou incentivou a dopar-se pode diminuir sua pena.

O que se pode esperar de uma competição como a Copa do Mundo em relação ao doping?

A Copa do Mundo de Futebol, historicamente, nunca apresentou mais do que um caso por torneio e, na maioria das vezes, nenhum caso. Penso que no Brasil não teremos nenhum caso positivo, embora isso seja apenas uma opinião pessoal e não algo baseado em ciência.

Atletas de altíssimo rendimento, milionários e de longa carreira, são mesmo confiáveis?

Quando se trabalha em doping, não se pode confiar nem desconfiar de nenhum atleta, seja ele rico e famoso, ou não. Todos os atletas, por principio, são iguais e submetidos aos mesmos controles, que evidentemente variam de esporte a esporte.

O sr. concorda que se procedam exames de sangue e urina a qualquer momento, mesmo em dias de descanso ao longo da Copa?

Os exames fora de competição podem ser realizados em qualquer dia e a qualquer hora, e eu concordo plenamentecom isso. O atleta deve saber que a qualquer momento pode ser testado, e isso é uma forma de desencorajar o uso de substâncias ou métodos que aumentam o desempenho físico.

A Comissão Médica da Fifa anunciou que vai montar um perfil biológico dos jogadores assim que se fizer o registro dos atletas que atuarão na Copa. Esse perfil poderá indicar, em caso de alteração, que o jogador pode ter ingerido substância proibida. Qual sua opinião sobre o método?

O método do passaporte biológico é um método consagrado pelo uso em diversas Federações Internacionais e que já foi responsável por varias violações da Regra do Antidoping (VRADs). Penso que a Fifa usará dois dos métodos que compõem esta técnica, que é o Passaporte Hematológico (sangue) e o Passaporte Esteroidal (urina), já instituídos e regulados pela Agência Mundial Antidoping.

Médicos que dopam seus atletas podem ser banidos do esporte a que se dedicam. Não deveriam ser, também, banidos da profissão ao menos em caso de reincidência?

É uma questão de jurisprudência. No esporte, apenas se pode sancionar um médico de atuar no esporte. Mas, evidentemente, os conselhos de classe podem ser acionados e o Conselho Federal de Medicina (ou os regionais de cada Estado) pode punir esse médico, se assim o entenderem.

Não é raro "atletas" de fim de semana tomarem substâncias dopantes para renderem melhor no esporte, notadamente nas peladas. Que conselhos o sr. dá a eles?

Penso que esses "atletas" de-

vem considerar que as substâncias dopantes são proibidas não apenas por aumentar o desempenho como também por prejudicar a saúde, fato que efetivamente ocorreu em muitos casos. Valerá a pena, para aumentar a massa muscular, ter problemas cardíacos, hepáticos, endócrinos, e osteoarticulares? As pessoas devem pensar duas vezes. O verdadeiro problema é o de falta de informação e de educação nesta área, e, principalmente, de ética.

Existe o doping "do bem", inofensivo? Café, guaraná em pó, por exemplo?

A cafeína já foi excluída da lista de doping, o que de certa forma libera o uso do guaraná e dos energéticos, mas o organismo termina por reagir ao seu uso costumeiro na forma de uma queda abrupta no desempenho físico e de um colapso.

Os conselhos de Medicina e de Educação Física fiscalizam a contento as academias?

Eles podem ajudar, mas esta é uma função da Anvisa.

O que o sr. pensa da terapia de reposição hormonal (TRT), tão usada e agora banida do MMA pela Comissão Atlética do Estado de Nevada (EUA)? É doping?

O TRT é um doping hormonal claro (uso de testosterona, que é um anabólico esteroide) e por isso é proibida pela Agência Mundial Antidoping e está sendo progressivamente proibida por ligas particulares como a do MMA.

Situações atenuantes e agravantes **estão mais claras**

O médico Rafael de Souza Trindade (foto) foi nomeado em novembro de 2013 como segundo integrante da Comissão Antidoping da Fifa. Ele veio se juntar ao colega Marco Aurélio Michelucci, que integrou a delegação brasileira nos Jogos Sul-Americanos de Santiago. Trindade, de 39 anos, formado pela Universidade Federal de Santa Catarina, não é um novato. Ele integra há vários anos a Comissão Antidoping da Confederação Brasileira de Atletismo (Conad) e já atuou na Comissão Médica/Antidoping da Associação Internacional das Federações de Atletismo.

O convite da Fifa se deu pelo trabalho de Trindade em experiências anteriores com o futebol, realizando exames antidoping na Seleção Brasileira e no Corinthians. Mas ele é humilde a ponto de comentar estar "pensando se foi a escolha mais adequada". Para Rafael de Souza Trindade, o início de seu trabalho como um dos dois únicos brasileiros na mais importante comissão antidoping do futebol mundial ainda é um aprendizado. Sua referência é o código da Agência Mundial Antidoping (entidade mantida com recursos de governos e do Comitê Olímpico Internacional), conhecido como Wada (The World Anti-Doping Code), que lista todas as substâncias proibidas.

Em meados de março, Rafael de Souza Trindade ainda não havia recebido missão e nem sequer alguma orientação sobre suas atividades na comissão da Fifa, mas ele sabe que o bom senso para "o esforço para orientar, antes de tudo". Segundo ele, existe um claro esforço no esporte brasileiro no sentido de levar essa orientação e atletas e comissões técnicas.

E atualmente, de acordo com o médico, situações atenuantes e agravantes deixam mais claras as regras do jogo. Caso típico é o de saltadora Maurren Maggi, que ficou de fora dos Jogos Pan-Americanos de Santo Domingo, em 2003, ao "cair" num exame antidoping. Encontrou-se em seu organismo a substância clostebol, considerada doping,

que era um dos compostos de um creme depilador que ela usara. Maurren foi severamente punida e só voltou a competir em 2006. Em 2008, como se sabe, conquistou a medalha de ouro no salto em distância na Olimpíada de Pequim.

A jornalista Luciana Ackermann, do Rio, resolveu, na época, acreditar na defesa da atleta e se submeteu ao mesmo ritual depilatório. Usou o mesmo creme e fez um antidoping – que acusou a presença do clostebol em seu organismo. A experiência foi usada como prova em julgamento na justiça desportiva brasileira, que a absolveu. Mas não foi o bastante na esfera internacional.

O caso de Maurren fundamenta muitas defesas de doping no esporte. Mas as chamadas situações agravantes, quando comprovada a má-fé do atleta (quando não também do treinador), acabam custando caro. Num caso assim o atleta pode pegar uma pena de oito anos de afastamento, o que significa quase um fim de carreira. "Mas preferimos sempre começar acreditando em sua palavra", diz Rafael de Souza Trindade. "Quando o atleta está disposto a colaborar temos uma situação parecida com a delação premiada e ele pode até ser beneficiado."

Já na Copa do Mundo do Brasil, um torneio com poucos jogos, dificilmente acontecerá uma situação em que o jogador seja apanhado, produza provas em sua defesa e volte a atuar. "O jogador, ainda mais do nível de Copa, é bem consciente e não vai se expor", acredita o médico Edilson Thiele, da Comissão de Médicos do Futebol da CBF.

PERFIL BIOLÓGICO

Se depender da Fifa, é melhor ninguém tentar enganar a Comissão Antidoping da qual Rafael de Souza Trindade e Marco Américo Michelucci fazem parte. Assim que saiu a convocação oficial das 32 seleções, os médicos escalados percorrem os países e colherão amostras de sangue e urina de todos os atletas. O objetivo e obter um perfil biológico prévio dos jogadores. Esse trabalho já tinha sido realizado com os jogadores das oito seleções que participaram da Copa das Confederações, em 2013, no Brasil.

Segundo o coordenador médico da Fifa, Jiri Dvorak, com base no perfil do atleta, será possível identificar alterações orgânicas que podem facilitar a identificação do doping. Quem fizer uso de substâncias ilícitas corre enorme risco de ser apanhado.

"Por sermos brasileiros, dificilmente atuaremos junto à Seleção, mas temos de estar preparados para entrar em ação em qualquer jogo da Copa", acredita Rafael de Souza Trindade. "E os jogadores devem estar conscientes de que poderão ser chamados para colher material a qualquer momento, depois de um jogo ou até num dia de descanso."

Fifa 11 pela saúde, **gol de placa**

O gol mais bonito da Copa do Mundo 2014 foi marcado, antes, no dia 5 de agosto de 2013, em Curitiba. A capital paranaense foi a primeira do país a receber o projeto "Fifa 11 pela Saúde", uma parceria com a CBF que visa a reunir crianças de escolas públicas para a prática do futebol com saúde e qualidade de vida. O programa, que teve a aderência do governo federal, dos estados e capitais, foi estendido às outras 11 cidades-sedes brasileiras, preparando sete mil estudantes de agosto a dezembro. O pontapé inicial foi dado. Agora é com os municípios.

A ideia original vem da Copa do Mundo de 2010, na África do Sul, de onde o programa foi levado aos países africanos Zimbábue, Quênia, Namíbia, Zâmbia e Gana. Daí foi para outros continentes, alcançando 19 nações. Na América Latina, Colômbia, no Mundial-Sub-20, e México, no Sub-17, foram os contemplados nessa etapa.

O projeto "Fifa 11 pela Saúde" tem como base 11 mensagens (o número é relativo ao dos jogadores de cada time) desenvolvidas para ligar momentos de um jogo com momentos da vida real, em que a saúde individual e a coletiva são o destaque. Para reforçar, jogadores de ponta do futebol

mundial, como Neymar, Messi, Marta e Cristiano Ronaldo, gravaram vídeos educativos dirigidos à garotada do mundo todo.

A meta da Fifa é ambiciosa: capacitar professores e garantir treinamento – e educação para o esporte e a saúde – a quatro milhões de crianças de todo o mundo até o final de 2015.

Curitiba foi escolhida por sua fama de cidade onde tudo funciona e porque, sem dúvida, valeu a forcinha do coordenador nacional do programa e vice-presidente da Comissão Nacional de Médicos do Futebol da CBF (CNMF/CBF), Edilson Thiele. "Tive a cumplicidade do governador Beto Richa e do prefeito Gustavo Fruet, que são meus pacientes", diz Thiele. "Pelo comprometimento deles com a causa e por eu ser daqui, com plenas condições de acompanhar tudo de perto, tinha certeza de que o projeto seria um sucesso."

E foi. O êxito começou com a escolha de professores, dois de cada unidade, todos da rede municipal de ensino de Curitiba, que receberam treinamento na PUC-PR e depois foram enviados a outras capitais na qualidade de multiplicadores. Na capital paranaense foram treinados 450 meninos e meninas de 11 a 12 anos, alunos de 15 escolas integrais. Essa característica era importante, frisa Edilson Thiele, porque é no chamado contraturno que os cursos aconteciam.A Fifa entregou a cada escola uma sacola da Adidas carregada com um kit de apoio, com DVD ilustrativo, bolas, cronômetros, apitos, coletes e um manual de orientação aos professores.

O projeto "Fifa 11 pela Saúde" tem notável crescimento desde a primeira versão. Em 2012, já havia 50 mil crianças atendidas na África. Em 2013, na África, América Latina e Oceania, 300 mil. Até o final deste ano serão 1,5 milhão nesses continentes mais a Ásia. E até 2015, 2 milhões de meninos e meninas em todo o mundo. Só no Brasil são sete mil garotos de 450 escolas de Norte a Sul.

"Se considerarmos que cada criança do programa tem a capacidade de reproduzir para outras oito ou dez seu aprendizado de esporte e saúde, o alcance do programa é realmentenotável", diz o médico Edilson Thiele, que se lembra de pelo mens um caso comovente, que leva ao antigo ditado segundo o qual "quem salva uma vida salva toda a humanidade":

— Tínhamos um aluno alcoólatra, filho de mãe alcoólatra, indicado ao programa por uma escola. Conversei com ele e, ao saber que ele é atleticano, prometi-lhe uma camisa do Paulo Baier autografada se ele se dedicasse e cuidasse da saúde. Sua participação foi espetacular e ele se recuperou graças ao projeto e com a pequena ajuda do Paulo Baier.

Em fevereiro deste ano, o projeto finalmente deixou Curitiba e chegou às demais 11 cidades-sedes da Copa. Eram instrutores da Fifa e 18 professores de educação física da rede pública curitibana, que receberam em Brasília colegas de Manaus, Cuiabá e Belo Horizonte; em Natal, professores de Fortaleza, Salvador e Recife; e em São Paulo, profissionais do Rio de Janeiro e de Porto Alegre.

Cada escola recebeu 11 sessões de 90 minutos, em dois tempos de 45. No primeiro tempo, a face visível da moeda: "Jogue Futebol", um curso em que as crianças têm suas habilidades avaliadas e são estimuladas a desenvolvê-las. O segundo tempo, "Jogo Limpo", teve foco na educação para a saúde e qualidade de vida, instruindo e provocando a criança e desenvolver e manter comportamento saudável.

O diretor médico da Fifa, Jiri Dvorak, esteve em Curitiba para o lançamento do programa em agosto de 2013. Ele disse então que pesquisas realizadas em 2010, na África do Sul, demonstraram a capacidade de aprendizado esportivo da garotada e seu potencial de desenvolvimento humano. "O projeto foi um sucesso e será implantado com êxito em outros países, de acordo com a situação de cada um", disse Dvorak.

11 PELA SAÚDE

JOGUE FUTEBOL	JOGUE LIMPO
1 Aquecer	Jogue futebol
2 Passar a bola	Respeite meninas e mulheres
3 Cabecear	Proteja-se contra o HIV e DSTs
4 Driblar	Não use drogas, álcool e tabaco
5 Controlar a bola	Controle seu peso
6 Defender	Lave suas mãos
7 Dominar a bola	Beba água tratada
8 Entrar em forma	Siga uma dieta balanceada
9 Chutar	Vacine-se
10 Impedir os gols	Tome os remédios prescritos
11 Trabalhar em equipe	Jogue limpo

Biamputado mostra superação e serve de exemplo

Em 21 de julho de 2013, o brasileiro Alan Fonteles conquistou o ouro na prova de 200 metros rasos da classe T43 (biamputados das pernas) do Mundial Paralímpico de Atletismo, em Lyon, na França. Com o tempo de 20s66, registrou o recorde mundial, superando o anterior de 21s30 do sul-africano Oscar Pistorius – o *Blade Runner* (corredor lâmina) –, a quem Fonteles já tinha vencido no ano anterior, na Paralimpíada de Londres. Mais que obter a marca histórica e se consolidar como um dos principais nomes do esporte paralímpico mundial da atualidade, Alan Fonteles expôs o exemplo de superação às adversidades e limitações físicas e se transforma em inspiração aos portadores de necessidades especiais.

Nascido em Marabá (PA) em 21 de agosto de 1992, Alan Fonteles Cardoso de Oliveira teve, aos 21 dias de vida, uma septicemia causada por infecção intestinal. Por causa disso, ele teve as pernas amputadas logo acima do joelho. A primeira prótese ele teve aos nove meses, paga pela família (outras depois seriam bancadas pelo SUS). Além da fisioterapia diária até os três anos de idade, para aprender a andar, ele também praticou natação durante a infância, sob recomendação médica. Aos oito anos, amparado por rústicas próteses de madeira, foi se apresentar no Projeto Papo Cabeça, iniciação esportiva mantida pelo sistema público em Belém. Isto depois de convencer a mãe, Claudia Fonteles, exibindo a empolgação de correr como outros meninos de sua convivência.

"PERNAS DE PAU"

Primeira treinadora, Suzete Montalvão conta ter ficado assustada e preocupada no início com

A ASCENSÃO NAS PARALIMPÍADAS

O Brasil tem hoje os melhores para-atletas do mundo em diversas modalidades, destacando-se aí, além de Alan, a velocista Terezinha Guilhermina, o judoca Antônio Tenório e os nadadores Daniel Dias, Clodoaldo e André Brasil. Na última edição dos jogos, alcançou o 7.º lugar no quadro de medalhas, com 21 de ouro, 14 de prata e oito de bronze. Um feito espetacular considerando que 18 anos antes, nas Paralimpíadas de Atlanta, o Brasil havia conquistado somente dois ouros e ficado em 37.º lugar.

Para atingir este patamar de desempenho, foram necessários investimentos em modernos centros de treinamento, uso da ciência no aperfeiçoamento dos competidores, patrocínios e a formação de um intenso calendário de competições. Hoje, existem 271 associações, instituições e escolas espalhadas pelo Brasil que investem no esporte para pessoas com deficiência como ferramenta de inclusão social e ainda orientam para o caminho da competitividade. O Projeto Ouro, ao ser lançado, passou a contemplar 14 atletas de elite. Contudo, o acesso continua restritivo para a maioria dos iniciantes.

JOGOS PARALÍMPICOS RIO 2016

As Paralimpíadas terá a sua 15.ª edição no Rio de Janeiro, entre os dias 7 e 18 de setembro, pouco mais de duas semanas após o fim dos Jogos Olímpicos. São esperados aproximadamente 4,2 mil atletas de mais de 160 países, que competirão em 22 modalidades, duas delas – paratriatlo e paracanoagem – como novidade no programa.

Washington Alves / MPIX / CPB

Mundial de Atletismo de Lyon 23/07/2013 - Stade du Rhone, Lyon, França - Alan Fonteles, ganha medalha de ouro, nos100mts T43

a chegada de um menino biamputado disposto a ser atleta, pois lhe era uma situação totalmente inusitada. Ela, que acompanhou Alan até seu ingresso na equipe permanente paralímpica, diz que o apoio familiar foi determinante na trajetória do hoje medalhista olímpico. “Um dos maiores problemas que temos para treinar crianças com deficiências é que as famílias não acreditam que eles conseguem fazer as atividades. A do Alan foi diferente. A mãe dele é uma guerreira; levava-o para os treinos e sempre o acompanhou e incentivou”.

Suzete conta ainda que foi necessário adaptar os movimentos do atleta às próteses de madeira, já que com a flexibilidade dos membros prejudicada, ele tinha que correr com as pernas mais abertas. “Tudo foi muito difícil; imagine correr com uma perna de pau. Mas trabalhávamos com o que tínhamos, isso não podia ser um fator de desestímulo para ele. Tinha que mostrar que ele podia fazer o melhor para si próprio com essa condição. Muitas vezes ele sangrava na hora do treinamento, mas dizia para continuarmos. Me doía o coração, mas era da condição dele mesmo. O atleta olímpico também trabalha em cima da dor”, relembra.

Depois de obter em 2005 e 2007 títulos de campeão brasileiro em sua categoria, e de em uma das competições ter a prótese quebrada, Alan recebeu patrocínio da Challenge Athletes Foundation – que congrega esportistas deficientes de várias modalidades – e viajou de Marabá para São Paulo para ser contemplado com duas próteses modernas, com encaixes anatômicos, sob medida e com lâminas de metal. No ano seguinte (2008), já se sagrava campeão

Marcio Rodrigues / MPIX / CPB

26/07/2013 - Stade du Rhone, Lyon, França - Alan Fonteles é ouro nos 400m T43.

A MAIS ANTIGA DAS PROVAS E OS RECORDES

A prova dos 200 metros rasos é tida como a mais antiga de todas as provas atléticas, considerando que a primeira corrida disputada nos Jogos Olímpicos da Antiguidade – o Stadion – media aproximadamente 600 pés gregos, equivalente à distância da competição. Isso foi em 776 a.C. e teve como vencedor Korebos de Elis. O primeiro recorde que se tem notícia é conferido ao britânico William Collett, que em 1866 teria percorrido 220 jardas (201,16m) em 23 segundos cravados, o mesmo tempo registrado 60 anos depois no I Campeonato Brasileiro de 1925 por Gil de Souza, o primeiro recordista no Brasil. Na era da Associação Internacional de Federações de Atletismo, a primeira marca registrada é do também britânico William Applegarth, que em 1914 superou as 220 jardas em 21,2s.

O recorde mundial hoje pertence ao jamaicano Usain Bolt, com 19,19s, correspondendo a uma velocidade de 37,53 km/h. Em 1989, Robson Caetano da Silva bateu o recorde Sul-Americano com 20,65s. O paraense Alan Fonteles bateu o recorde mundial para biamputados com 20s66, em julho de 2013, no Mundial Paralímpico de Atletismo, em Lyon, França. Apesar da diferença de duas décadas e meia, o tempo conquistado pelo atleta com próteses, compatível ao de Robson Caetano — um dos maiores corredores de curta distância do Brasil — realça o estádio evolutivo auferido pelos esportistas.

mundial juvenil nos Estados Unidos. Hoje, para não ficar sem prótese numa competição, ele conta com três pares feitos de titânio, cada conjunto custando R$ 50 mil. Por ser medalhista da seleção, não tem mais custos.

Parte do tempo disponível entre treinos e competições o atleta usa hoje para palestras motivacionais e em ações em defesa dos portadores de necessidades especiais. Alan Fonteles se diz recompensado por tudo que alcançou e não consegue visualizar o seu futuro longe do esporte. “Tenho como meta firmar parcerias, emprestando meu nome em ajuda a crianças carentes ou com deficiência. Depois de deixar as competições, a ideia é ser técnico para retribuir o que tive, seja no atletismo paralímpico ou convencional”. Alan também fala sobre acessibilidade a deficientes e a vê como ‘muito longe’ do ideal, considerando o que encontrou na Europa onde esteve em competições recentes.

Os para-atletas e os avanços da bioengenharia

***Ellen Mara Canesin Dal Molin**

Em 2016, o Rio de Janeiro sediará as Olimpíadas. Nos mesmos locais – pistas, quadras e piscinas – ocorrerão as Paralimpíadas, com quase todos os esportes olímpicos. As disputas individuais e coletivas são organizadas agrupando atletas com patologias semelhantes, mas com alto nível de desempenho.

Acredita-se que o esporte competitivo entre deficientes tenha surgido entre jovens soldados nas clínicas de reabilitação física após a Segunda Guerra Mundial. A energia e o desejo de realizar atividades esportivas não desapareceram após as batalhas, mas a

condição física impedia a disputa com aqueles que não sofreram lesões. Na época, um amputado, um paraplégico ou um tetraplégico eram, por exemplo, considerados "heróis sobreviventes". Portanto, eram diferentes dos atingidos das demais guerras, em que o tratamento médico e os recursos terapêuticos se mostravam menos evoluídos e os sequelados tinham tendência a uma sobrevida menor e em más condições.

Em 1960, na cidade de Roma, ocorreu a primeira edição das Paralimpíadas, contando com 400 atletas de 23 países. O nível atingido pelos atletas paralímpicos foi consideravelmente inferior ao de seus colegas sem lesões físicas, embora fossem muitas vezes auxiliados por órteses (dispositivos adaptados ao corpo humano que melhoram funções) ou por próteses (dispositivos que substituem as partes anatômicas perdidas ou com função muito baixa).

Desde então, os atletas paralímpicos têm sido beneficiados pela grande evolução na bioengenharia das órteses e próteses, assim como pelo surgimento de equipes multiprofissionais, onde atuam fisiatras, ortopedistas, médicos do esporte, neurologistas, cardiologistas e, dependendo do quadro, várias outras especialidades médicas. Outros profissionais de saúde também passaram a compor a equipe multiprofissional à disposição, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e professores de educação física, o que elevou o nível de reabilitação e do desempenho dos atletas paralímpicos.

Em algumas modalidades têm-se conseguido índices que correspondem aos dos atletas de rendimento olímpico sem lesões físicas. Este é o caso, por exemplo, de Alan Fonteles, biamputado brasileiro que bateu todos os recordes de sua categoria.

Desempenhos como o do brasileiro levaram especialistas a interrogarem se as próteses, tão bem elaboradas pela bioengenharia, não estariam trazendo vantagens aos para-atletas. O complexo perna e pé protético em forma de C, com fibras de carbono, utilizado por corredores imputados, impulsionaria mais que os músculos normais. Os questionamentos levaram à realização de testes e índices biomecânicos para avaliar se tal suspeita era fundamentada. Concluiu-se, porém, o inverso: este dispositivo, quando toca o solo, impulsiona o atleta tanto para cima quanto para frente. O impulso para cima traz desvantagem ao corredor, atrasando o próximo passo. O amputado, mesmo ao utilizar as mais modernas próteses, teria parte da força aplicada durante o movimento desperdiçada pelo impulso gerado pelo dispositivo, que o projeta não só para frente mas também para cima.

Outras desvantagens enfrentadas pelos atletas paralímpicos amputados são a possibilidade de falta de sensibilidade e propriocepção em músculos atuantes, e ainda de visão, conforme a categoria. Não será surpresa se Lais de Souza, pessoa com alto potencial competitivo, mas que ainda luta por sua vida, estar nas próximas Paralimpíadas, mesmo sequelada, com ajuda de dispositivos de bioengenharia, competindo em algumas categorias.

O Brasil começou a disputar as Paralimpíadas em 1972 e, embora nossa bioengenharia e nosso orçamento ainda estejam aquém dos observados nos países desenvolvidos, nossos para-atletas já se incluem entre aqueles com melhor desempenho. É este o ponto que merece uma discussão mais aprofundada: o orçamento federal ainda não consegue atingir integralmente a base da população, principalmente nas escolas, onde encontraria potenciais campeões.

***Ellen Mara Canesin Dal Molin** é especialista em fisiatria, medicina física e reabilitação, medicina preventiva e social e em medicina sanitária. Integra a Câmara Técnica de Medicina Física e Reabilitação do CRM-PR. Atua em Londrina (PR).*

Sucesso está na concentração primordial do ser humano. Goleiro pego no doping experimenta superação às drogas.

Efeito psicológico na **recuperação de atletas**

O fracasso da Seleção Brasileira nas copas de 1950 e 1954 levou o comando da Confederação Brasileira de Desportos (hoje CBF) a buscar um psicólogo para cuidar do emocional dos jogadores, pois nos demais itens estavam todos muito bem atendidos: tinham um médico competente, Hilton Gosling; um preparador físico de porte militar e forte influência europeia, Paulo Amaral; e até, pela primeira vez, um dentista, Mário Trigo, mais conhecido por sua inesgotável capacidade de contar piada do que por lidar com anestesia, brocas e boticões.

Piada foi no que se transformou a passagem do psicólogo João Carvalhaes pela Seleção. Além do que escreveram os inúmeros jornalistas que acompanharam o escrete canarinho, tudo recheado com insuspeitos depoimentos dos jogadores, há uma importante monografia de autoria de João Augusto Evangelho Hernandez, do Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, intitulada "João Carvalhaes, um psicólogo campeão do mundo de futebol".

O episódio clássico de seu trabalho foi um teste psicológico aplicado em Mané Garrincha, que obteve 32 pontos em 123 possíveis. Em seu relatório à Comissão Técnica da Seleção, dirigida por Vicente Feola – oriundo, como ele, do São Paulo – Carvalhaes cravou: "Instrução primária, inteligência abaixo da média e agressividade de zero." Seu diagnóstico sobre Garrincha e sobre a juventude e "imaturidade" de Pelé convenceu Feola a deixar os dois craques no banco na estreia na Copa, contra a Áustria. Eles só entraram no time mais tarde, por pressão dos jogadores mais veteranos.

Carvalhaes, que também viu Garrincha desenhar um boneco todo torto, de cabeça enorme, um retrato do atacante Quarentinha, do Botafogo, pode até ter acertado parcialmente sobre o mais genial ponta do futebol mundial. Mas errou em todo o resto – da notável genialidade psicomotora de Garrincha à sua evidente dependência do álcool.

Nada disso, contudo, impediu o sucesso da Seleção Brasileira na Suécia, repetido quatro anos depois, no Chile, onde Garrincha brilhou como o jogador mais importante da Copa. Nem retirou a importância de João Carvalhaes para a psicologia esportiva, ele que começou esse tipo de trabalho com árbitros de futebol antes de chegar aos craques da Seleção.

A psicologia como ciência de apoio ao trabalho interdisciplinar com esportes já é uma realidade no Brasil, e todas as comissões técnicas dos esportes de alto rendimento contam com ao menos um psicólogo em seus quadros. Não é diferente no futebol, um mundo de sonhos de crianças pobres, colorido de dinheiro, correntes de ouro, mulheres e carrões. Por vezes, um mundo de pesadelos que um atleta sozinho não consegue superar.

Isso vale para Rodolfo Alves de Melo, 23 anos completados em março último, goleiro da equipe Sub-23 do Atlético Paranaense. Nascido em criado em Santos, cidade "barra pesada", ele conviveu

com as drogas desde jovem. Revelado pelo Paraná Clube, com passagem pelo Inter de Porto Alegre, ele desabou no Atlético Paranaense, onde já se destacava, quando, em 2011, foi apanhado duas vezes no exame antidoping do Campeonato Brasileiro, em jogos sem importância contra CRB e Ceará. O resultado: cocaína.

Dionísio Banaszewski, de 57 anos, psicólogo e torcedor fanático do Atlético, assumiu a tarefa de recuperar Rodolfo. O resultado de seu trabalho serve de exemplo para comissões médicas e de antidoping de clubes e outras entidades esportivas. Rodolfo é titular novamente e tem jogado bem. Mais: é capitão do time Sub-23.

O segredo? "Não nos interessa o atleta, só o ser humano", diz Dionísio Banszewski, 26 anos de clínica e centenas de casos tratados semelhantes ao de Rodolfo, mesmo no ambiente esportivo, pois as estatísticas da sociedade são muito parecidas com as de um universo em menor escala.

O primeiro passo, segundo ele, é "uma conversa franca, objetiva e honesta, sem pressão". O psicólogo destaca que o atleta, como outro profissional ou um artista, "é a persona atrás da qual está um homem em situação de crise". É este, portanto, o objeto da abordagem, do tratamento e da recuperação.

Rodolfo, a rigor, é só mais um personagem da população brasileira, cujas estatísticas de doença por drogadição não são muito animadoras. Dados do Conselho Internacional de Controle de Narcóticos, ligado à Organização das Nações Unidas (ONU), apontam que, em 2011, 1,75% da população brasileira de 12 a 65 anos consumia cocaína. É a maior taxa do planeta.

O álcool, droga lícita e de consumo incentivado pela publicidade, éconsumido, em alguma escola, por até 12% da população. Na qual se incluem, claro, os jogadores de futebol – em relação aos quais não existe um estudo preciso, com rigor científico.

"Temos, no Brasil, uma cultura de consumo muito forte, ligada ao sucesso, à sensualidade, ao prazer", analisa Dionísio Banaszewski. No futebol, o álcool está colado à balada, a atividade de lazer preferida dos "boleiros". Noitada, festa, "Marias Chuteiras" em profusão e álcool - quando não misturado a outras drogas. O resultado? Queda de rendimento e ingresso na turma do chinelinho (os que passam mais tempo curando alegadas contusões do que treinando).

"Os efeitos físicos são evidentes", conta Dionísio. "Quem frequenta muito a noite logo acusa os efeitos do álcool no organismo." Mas que não se julguem os jogadores. A bebida é uma patologia social brasileira e, marca o psicólogo atleticano, "não há uma só família no país em que não haja pelo menos um caso de alcoolismo". Falta às pessoas encarar a realidade: trata-se de uma doença com a mesma gravidade das outras que podem matar, como a hipertensão, o diabetes e outras.

Vale para o mundo do futebol e para a sociedade aqui fora: quem consome drogas, como a cocaína ou álcool, tem um problema. Quem consome em larga escala e manifesta dependência, é o problema e precisa ser tratado com cuidado e atenção. "O viciado não procura ajuda, e é aí que começa seu caminho à doença e à morte", analisa Dionísio Banaszewski. Rodolfo e outros jogadores tratados por ele eram pessoas doentes, como milhões de outros brasileiros.

O goleiro Rodolfo teve sorte de ser bem atendido e de ter sido protegido pelo clube, que lhe deu internamento e suporte econômico e atenção à família ao longo do trabalho de recuperação. Os advogados do Atlético também trabalharam muito bem. Conseguiram no Superior Tribunal de Justiça Desportiva reduzir a pena de dois anos de suspensão por uso de cocaína para um ano ao assumirem, em nome dele e do clube, compromisso social e continuidade do tratamento como minorantes da pena.

Rodolfo e o Atlético aturam e atuam num trabalho social junto a crianças. E comprovaram, por meio de exames de sangue periódicos, que ele estava em tratamento clínico e já não consumia a droga. "Nosso compromisso social continua sem o Rodolfo, pois o trabalho não pode parar", afirma o psicólogo do clube. "Fazemos o que o Estado não faz."

O bom caminho pode ser percebido nas categorias de base do clube, onde há Rodolfos nos dois sentidos: os jogadores que prometem alto nível e os que caminham sobre o fio da navalha, sob grande risco social. "Desenvolvemos projetos de alto padrão de qualidade, de um nível de excelência sem par no Brasil", sustenta o psicólogo. "Não é fácil mudar, mas estamos criando uma cultura."

Curitiba sediou quatro jogos e planejamento cumpriu seus propósitos intra e extraestádio.

Estrutura assistencial da Arena **funcionou a contento**

A estrutura médica assistencial montada na Arena da Baixada e seu entorno cumpriu seu papel a contento nos quatro jogos realizados em Curitiba, nos dias 16, 20, 23 e 26 de junho. E quem mais teve trabalho mesmo foram as equipes de campo, sob coordenação dos médicos Ricardo Falavinha e Fabio Carvalho, com o constante vai-levanta e vai-e-vem de jogadores participantes dos acirrados embates que, contudo, encantaram os espectadores com os oito gols registrados. Toda responsabilidade de atendimento no local do evento é da Fifa.

A uma semana da Copa, os Conselhos de Medicina não tinham conseguido concluir a fiscalização necessária na maioria dos postos de saúde e ambulatórios montados nos 12 estádios da competição. Visitas foram agendadas para ocorrer até 10 de maio, a pedido dos organizadores, mas como a entrega das obras atrasou, o prazo foi revisto. Na Arena da Baixada, em Curitiba, a primeira visita ocorreu no dia 29 de maio, mas a montagem dos equipamentos ainda estava inconclusa e, portanto, em desacordo com as regras previstas na Resolução CFM n.º 2.012/2013, que estabelecem a infraestrutura mínima para atendimento aos espectadores e atletas, inclusive em casos de urgência.

Representante médico local da Fifa, Edilson Thiele, recepcionou na Arena a equipe fiscalizadora do CRM-PR, tendo a frente o médico fiscal Elísio Lopes Rodrigues. Naquela data (29), ainda havia muito por fazer. Contudo, já no início de junho, foi apresentado todo o planejamento da estrutura assistencial para os quatro jogos na Arena (16, 20, 23 e 26 de junho), incluindo as escalas de médicos para as equipes de campo, posto médico dos jogadores e da ala VIP e ainda dos postos central e os três secundários, além das seis ambulâncias – três delas da área externa. O Centro de Comando e Controle do Estádio ficou a cargo do Dr. Vinicius Augusto Filipak, também coordenador estadual da Copa do Mundo 2014 e diretor de Políticas de Urgência e Emergência da SESA-PR. Com ele, são 23 os médicos integrados a cada escala. O volume de atendimento ficou dentro do previsto e toda estrutura funcionou a contento, como explicou o Conselheiro Clóvis Marcelo Corso, que integrou as equipes.

No dia 14, tinha sido instalado em um terreno na esquina da Rua Buenos Aires com a Avenida Getúlio Vargas o hospital de campanha, responsável pelo atendimento médico no entorno da Arena da Baixada. Com capacidade para 35 leitos, divididos em duas tendas, o Posto Médico Avançado teve a função de prestar os primeiros socorros e estabilizar os pacientes mais graves. O serviço contou com uma equipe fixa de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da Prefeitura de Curitiba, com possibilidade de atender pacientes em todos os níveis de gravidade.

ÁREA EXTERNA

No dia 27 de março, tinha ocorrido no CRM-PR o primeiro encontro para apresentação da estruturação dos serviços assistenciais para toda a parte externa da praça esportiva que vai abriga os jogos, inclusive com treinamentos especiais para situações emergenciais de atendimento em maior escala na Capital paranaense. O presidente Maurício Marcondes Ribas e o gestor do Defep Carlos Roberto Goytacaz Rocha recepcionaram na ocasião os representantes da coordenação da infraestrutura externa.

Responsáveis pela infraestrutura médica extracampo estiveram no CRM às vésperas da competição para apresentar projeto.

Dr. Edilson Thiele, médico representante local da Fifa, e Elísio Rodrigues, médico fiscal do CRM, em vistoria na Arena da Baixada.

ITENS MÍNIMOS NAS ARENAS DE FUTEBOL

De acordo com a diretriz do CFM, a assistência médica ao público deve compreender:

» Posto médico em ambiente físico fixo ou de campanha;

» Sua distribuição geográfica deverá obedecer aos critérios de segurança previstos pela organização;

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

» Sala para procedimentos médicos e de enfermagem;

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

» Materiais e insumos para primeiros socorros e suporte à vida;

» Material de expediente para registros em prontuário, para cada paciente, atestações, prescrições e encaminhamentos;

» Ambulância USA (unidade de suporte avançado), com conhecimento prévio da rota de fuga e hospital de destino.

Ambulâncias foram mantidas de prontidão no campo, seguindo plano de prevenção.

Visão global da Arena, que recebeu quatro jogos da Copa e teve serviço médico funcional.

Atendimento médico de campo. As equipes internas no estádio envolveram 27 médicos a cada evento.

A data, 25, uma sexta-feira, foi definida ao término da edição de 30 de maio.

VII Encontro de delegados e conselheiros do CRM-PR será em julho

O VI Encontro foi realizado em maio, na sede de Curitiba.

Após a realização do VI Encontro de delegados e conselheiros no dia 30 de maio, o Conselho Regional de Medicina do Paraná já programou a próxima edição do evento para 25 de julho, a partir das 13h30, sendo que a pauta de trabalho já está em elaboração. Os representantes das regionais foram orientados a captar em suas bases as principais demandas cartoriais e do exercício da Medicina para serem apresentadas na reunião que abre o segundo semestre. Um dos assuntos já previstos é o de orientações para o pleito que vai eleger os conselheiros efetivo e suplente do CFM. O voto é obrigatório para todos os médicos, salvo exceções previstas em lei, e será exercido exclusivamente pelo meio postal.

O VI Encontro teve seus trabalhos conduzidos pelo presidente do CRM, Maurício Marcondes Ribas, e pelo vice, Luiz Ernesto Pujol, responsável pela coordenação das Delegacias Regionais. Estiveram presentes, além de diretores e conselheiros, representantes de 10 das 15 unidades paranaenses do Conselho. Uma das questões levantadas foi a de fiscalização dos programas de residência médica, por possíveis problemas em algumas regiões. A Cermepar (Comissão Estadual de Residência Médica) foi colocada à disposição para receber informações sobre dificuldades no funcionamento do programa.

E-mail pode ser enviado para: cermepar@crmpr.org.br.

Mesa-redonda sobre terminalidade da vida, no dia 5 de abril, em Maringá.

Palestra ética na sede do Conselho.

Alerta com denúncias de **exercício ilegal da Medicina**

O Conselho Regional de Medicina do Paraná reitera o cumprimento de seu papel na fiscalização do exercício da Medicina, em prol da saúde do ser humano e da coletividade, e que se mantém vigilante para impedir que profissionais não legalmente habilitados à atividade venham a ser recrutados e/ou contratados para atuar em unidades assistenciais, sejam elas públicas ou privadas. Do mesmo modo, expressa estar atento para assegurar as condições adequadas àqueles que praticam legalmente a Medicina, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde. Denúncias como o recente caso de falso médico que estava atuando em unidade de pronto atendimento (UPA) do município de Foz do Iguaçu, usando nome e número de CRM de profissional devidamente habilitado e com desempenho de sua atividade em outra região do Paraná, atestam o perigo a que a sociedade está exposta e reforçam a necessidade de todo zelo na contratação.

Os Conselhos de Medicina iniciaram em 2009 a substituição da Carteira de Identidade Médica, agora expedida pela Casa da Moeda e com modernos itens de segurança, que além de ter validade em todo território nacional ainda possibilita a certificação digital. O processo trouxe maior segurança aos próprios médicos e também àqueles que contratam seus serviços. Entretanto, artifícios como o uso da carteira antiga falsificada ou a apresentação apenas de diplomas falsos para comprovar habilitação ao exercício da Medicina acabam ludibriando os contratantes.

O CRM ressalta que a falsidade ideológica e o exercício ilegal da profissão caracterizam ilícitos penais e a sua apuração é da alçada da Polícia, devendo a mesma ser imediatamente acionada. Ainda, o Conselho esclarece que a responsabilidade na composição do quadro clínico é da direção técnica de qualquer instituição voltada a assistência à saúde.

De acordo com o Código de Ética Médica, o diretor técnico é o responsável por verificar a regularidade do registro dos médicos a serem contratados. Enfim, a responsabilidade técnica de instituições onde se realizem atos médicos como atividade-fim está definida na Resolução CFM nº 1.716/2004, que versa: "Art. 9º - O diretor técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os Conselhos Federal e Regionais de Medicina". O Diretor Técnico é um médico contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei. Ele tem como incumbência, além de assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, além de observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica da instituição. Ademais, nos termos do artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, a existência do cargo de Diretor Técnico é obrigatória em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, sendo ele o principal responsável pelo funcionamento da instituição, nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 997/80.

Como é de sua competência, o CRM-PR instaurou procedimento sindicante para apurar eventuais desvios éticos no episódio ocorrido em Foz do Iguaçu, bem como informou a Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Saúde (De-

crisa) e a Polícia Federal de que a atuação do falso médico teria precedente em outra região do Estado.

Por fim, o Conselho de Medicina reitera a disponibilidade em seu Portal de um canal de pesquisa de médico, bem como está à disposição para responder a consultas sobre profissionais devidamente habilitados para o exercício da atividade no Paraná. Correspondência eletrônica em forma de consulta pode ser enviada para protocolo@crmpr.org.br, sendo que em casos de suspeita de autenticidade de documentos podem ser encaminhada também cópia de foto do candidato à vaga de médico.

Ainda, em caso de falsificação, perda ou roubo de documentos médicos é imprescindível o registro de Boletim de Ocorrência. Ao ter conhecimento de falsificação de documentos médicos, como receituários, carimbos ou atestados, e nos casos de perda de documentos, como identidade e carteira profissional, o médico deve fazer imediatamente o B.O. e enviar cópia para o CRM-PR pelo e-mail protocolo@crmpr.org.br, por fax (41 3240-4001) ou entregar pessoalmente na Sede do Conselho ou Delegacias Regionais, cujos endereços podem ser conferidos no portal na internet (www.crmpr.org.br). A cópia do Boletim será anexada ao registro do médico no CRM, resguardando-o em caso de falsificações e evitando problemas futuros com o uso indevido de seu nome e registro profissional. Os médicos que já registraram Boletim anteriormente e não enviaram cópia ao CRM podem fazê-lo a qualquer momento.

Já existe lei estadual que proíbe o uso em lugares externos, como restaurantes e lanchonetes. A conscientização evita a possível proliferação de bactérias e vírus do ambiente hospitalar

Recomendável não utilizar jaleco **fora do ambiente do trabalho**

Sancionada em 2010, a lei estadual n.º 16.419 proíbe os profissionais de saúde de utilizar jalecos, aventais e outros equipamentos em ambientes externos ao trabalho. O assunto já era regido pela Norma Regulamentadora NR-32, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, porém, com a lei estadual, quem for pego infringindo a determinação pode receber multa no valor de R$ 193,72. A Secretaria Estadual da Saúde é a responsável pela fiscalização através dos departamentos de vigilância sanitária.

Ao contrário do que a maioria da população pensa, o risco de contaminação é mais provável no sentido do hospital para a comunidade, daí a importância de cumprir a lei. Em uma pesquisa realizada por alunas da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), câmpus de Sorocaba, em 2010, 95% dos jalecos médicos examinados estavam contaminados. Entre os micro-organismos identificados, está uma bactéria considerada um dos principais agentes de infecção hospitalar, a Staphilococcus aureus. A pesquisa foi realizada pelas alunas Fernanda Dias e Débora Jukemura, sob orientação da professora Maria Elisa Zuliani Maluf.

A proposta surgiu após a constatação de que alunos e residentes do hospital-escola do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, da rede estadual de saúde, saíam para o almoço em bares e restaurantes sem tirar o jaleco.

PROTEÇÃO X CONTAMINAÇÃO

O estudo conclui que em vez de proteger o usuário, o jaleco médico – indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como equipamento de proteção individual – pode ser fonte de contaminação. O objetivo foi comparar a microbiota – conjunto de microorganismos que habitam um ecossistema – existente nos jalecos, sobretudo na região do punho e na pele dessas pessoas, com a dos não usuários. Foram avaliados 96 estudantes de Medicina, distribuídos nos seis anos da graduação, que atuam na enfermaria de clínica médica do hospital. A metade usava jalecos (de mangas longas) e a outra metade não.

A própria OMS, em seu manual de Biossegurança Laboratorial, recomenda que o uso do EPI seja restrito aos ambientes de trabalho,

com a intenção de redução infectocontagiosa de micro-organismos pelo uso do jaleco.

ESTUDOS

A edição de setembro de 2013 do American Journal of Infection Control trouxe um estudo cuja conclusão afirma que germes perigosos podem se esconder nos uniformes de médicos e enfermeiras.

Pesquisadores do Shaare Zedek Mecical Centerin de Jerusalém fizeram culturas de três manchas de uniformes de 75 enfermeiras e 60 médicos trabalhando num hospital com 550 leitos. Patógenos potenciais (conhecidos também como agentes infecciosos ou germes) foram encontrados em 63% dos uniformes. Também foram encontradas bactérias resistentes a antibióticos em amostras de 14% dos uniformes das enfermeiras e 6% dos uniformes dos médicos. Oito das culturas se desenvolveram como Estafilococos aureus resistentes à meticilina. Ainda, a taxa de contaminação com patógenos resistentes a antibióticos foi maior em roupas que eram trocadas a cada dois dias, em relação às trocadas diariamente.

ALERTA NA TV

No mês de abril, o programa Tempo Quente, do apresentador Léo José, em Londrina, trouxe uma denúncia de uma telespectadora que comentou a constante presença de profissionais da área da saúde usando jalecos nos estabelecimentos ao redor de hospitais públicos e clínicas centrais da cidade.

Com isso, o CRM-PR reitera a importância de que os médicos cumpram a lei. “Além das questões científicas, é importante observar a norma em respeito à população, pois esse comportamento não é adequado em nossa cultura social”, afirma o presidente do CRM-PR, Mauricio Marcondes Ribas.

A denúncia abordava o receio das pessoas de que os jalecos pudessem levar contaminação externa para o ambiente hospitalar. Entretanto, o risco de fato é o contrário. De acordo com o conselheiro Alceu Fontana Pacheco Júnior, médico infectologista, o maior problema não seria a contaminação de agentes patológicos dos restaurantes para os hospitais e, sim, o inverso. “As possibilidades de o profissional de saúde carregar germes da comunidade para dentro do hospital é pouco significativa do ponto de vista patológico. As bactérias mais perigosas, as multirresistentes, já estão dentro dos hospitais. Sendo assim, não há muita significância no transporte de bactérias da comunidade para dentro do hospital", diz.

Interdição ética debatida no encontro de corregedores

Uniformizar a ação judicante dos conselhos de medicina com a discussão de situações não previstas nos Códigos de Ética Médica e de Processo Ético-Profissional. Este foi o objetivo do I Encontro Nacional de Corregedores e Assessores Jurídicos dos Conselhos de Medicina (CRMs), que no dia 13 de maio reuniu, na sede do CFM, assessores jurídicos e corregedores dos conselhos de todo o país. O Conselho do Paraná esteve representado pelos conselheiros Gláucia Maria Barbieri, Roberto Issamu Yosida, corregedores Martim Palma, Miqueline Lima e Jackeline Gutervil.

O evento vem sendo realizado periodicamente nos últimos anos. As discussões tratam, de forma geral, sobre assuntos pertinentes ao setor judicante dos conselhos, entre os quais a Resolução 2.062/13, que dispõe sobre a interdição ética, total ou parcial, do exercício ético-profissional dos médicos. Também são debatidos pareceres jurídicos emitidos pelo CFM que interferem na parte judicante dos conselhos regionais.

De acordo com o corregedor do CFM, José Fernando Maia Vinagre, o encontro foi uma oportunidade para esclarecer dúvidas e compartilhar matérias que requerem pareceres da assessoria jurídica do Federal. “Trouxemos ao encontro os pareceres resultantes de consultas feitas à Corregedoria pelos regionais. O nosso objetivo, ao promover essa discussão ampla, é propiciar que na questão judicante haja sempre uma conduta uniforme”, afirmou.

Pelas regras, as escolas de medicina terão até dezembro de 2018 para implementar as mudanças

CFM contesta novas diretrizes curriculares de Medicina

O Conselho Federal de Medicina (CFM) contesta as mudanças e a maneira como foram determinadas as novas diretrizes curriculares em medicina. Mauro Luiz de Britto Ribeiro, conselheiro representante do Mato Grosso do Sul no CFM, chama atenção que as diretrizes de 2001 foram discutidas durante 10 anos e que as novas mudanças foram elaboradas ao longo de seis meses. "Foi uma discussão feita às pressas e sem debate com profundidade necessária com as entidades médicas, academias e a sociedade. É preciso entender que a má formação dos médicos na atualidade decorre da abertura indiscriminada de escolas, muitas delas sem a menor condição de funcionamento. Não é com novas diretrizes que estes problemas e deficiências serão solucionados".

As novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de medicina entraram em vigor no dia 23 de junho, com a publicação da Resolução 3/2014 no Diário Oficial da União (DOU). Pelas regras, as escolas de medicina terão até dezembro de 2018 para implementar as mudanças. No entanto, nas turmas abertas a partir de então, o novo currículo terá um ano para ser implementado.

Para o conselheiro não existe estrutura física hospitalar e de preceptora para criação de 12 mil novas vagas de graduação e, por consequência, de residência médica no Brasil. "Observamos que faltam critérios para que essas escolas funcionem. O que já encontramos são estruturas limitadas, sem laboratórios, hospitais de ensino e professores capacitados (especialistas, mestres e doutores)", disse.

DIRETRIZES

Entre as principais mudanças está o estágio obrigatório no Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção básica e no serviço de urgência e emergência. Pela resolução, o internato deve ter a duração mínima de dois anos, com 30% da carga horária cumprida no SUS.

A resolução ainda garante que os estudantes serão avaliados pelo governo a cada dois anos. A avaliação será obrigatória e o resultado será contado como parte do processo de classificação para os exames dos programas de residência médica. A prova será elaborada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), responsável por avaliações como o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). O Inep tem dois anos para começar a aplicar a avaliação.

Nos últimos 24 anos, o número de escolas médicas passou de 83 para 234 (aumento de 282%). Desde 2011, passaram a funcionar 57 deles (51% privados). Este quadro coloca o Brasil em segundo lugar no ranking mundial, atrás apenas da Índia, país com população seis vezes maior e que tem 381 escolas.

Paraná conta com 15 escolas médicas

Com a autorização em maio último para que a Unila de Foz do Iguaçu abrisse 60 vagas, o Paraná passou a contar com 15 cursos de Medicina, em sete cidades diferentes. O total de vagas chegou a 1.311, das quais 770 estão ofertadas em Curitiba, 240 em Maringá e 140 em Londrina. Somam-se mais 120 em Cascavel, 41 em Ponta Grossa, 40 em Francisco Beltrão e mais as da Universidade Federal da Integração de Foz, que destinará a metade de suas 60 vagas para estrangeiros. No âmbito do Brasil, com a autorização pela Seres, em 10 de junho, dos cursos da Segoc, de Ubá (MG), e FIP, de Patos (PB), cada uma ofertando 60 vagas, agora já são 235 as escolas.

Mobilização garante **sanção do PL 6.964/10 sem vetos**

Graças à mobilização de médicos e lideranças de todo o país e à articulação política das entidades nacionais, o projeto que estabelece critérios para a adequada contratualização da relação entre operadoras e prestadores de serviço seguiu para sanção presidencial e foi acolhido plenamente, sem vetos, sendo transformado na Lei 13.003/14.

Após a aprovação do texto do PL 6.964/10 em caráter terminativo pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara (CCJC), 72 deputados assinaram um requerimento que impedia o envio imediato à sanção da presidente Dilma Rousseff, submetendo-o à aprovação prévia do plenário da Casa.

Os médicos atenderam ao chamado das lideranças nacionais e reagiram à manobra que tentou barrar o projeto – supostamente influenciada pelas operadoras de planos com o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A categoria conseguiu sensibilizar parte desses parlamentares para que assinassem um novo documento (REC 10.321/14), capitaneado pelo deputado André Figueiredo (PDT/ CE), solicitando a derrubada do recurso.

Um grupo orientado pela Comissão de Assuntos Políticos (CAP) e pela Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu) percorreu os corredores do Congresso Nacional ao longo da última semana de maio e colheu assinaturas de 47 deputados.

Os representantes argumentaram que o projeto contribuirá para melhorar a qualidade dos serviços realizados pelas operadoras de planos de saúde.

"Conseguimos mudar a opinião dos parlamentares em prol de uma medida que será favorável aos interesses da sociedade, em especial de profissionais e pacientes, pois este projeto dá a oportunidade concreta de resolver a questão da contratualização", manifestou o conselheiro Paulo Ernesto, membro da Comsu. "A articulação dos médicos foi fundamental para reverter esse processo político. Agora, esperamos que essa mesma influência seja exercida por todos os profissionais de saúde no sentido de garantir a aplicabilidade da lei, daqui a 180 dias", esclareceu Alceu Pimentel, coordenador da CAP.

PROJETO BENEFICIA OUTRAS CATEGORIAS

Com a entrada em vigor, na íntegra, do PL 6.964/10, passará a valer uma série de regras que, conjuntamente, contribuirão para melhorar a qualidade dos serviços prestados e, adicionalmente, equilibrar a relação entre prestadores de serviços e operadoras. O benefício não se limitará aos médicos: milhares de profissionais de outras categorias (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e dentistas), que também prestam serviços às operadoras, também contarão com os avanços da lei. Ressalte-se que a norma obriga os planos de saúde a substituir o profissional descredenciado por outro equivalente e determina que o consumidor seja avisado da mudança com 30 dias de antecedência.

O QUE MUDA NA RELAÇÃO COM OPERADORAS

- As condições de prestação de serviços serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. A regra vale para médicos em prática liberal privada e também para os estabelecimentos de saúde.
- A periodicidade do reajuste deverá ser anual e realizada no prazo improrrogável de 90 dias, contados do início de cada ano. Caso não haja negociação entre as partes, o índice de reajuste será definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- O contrato deve estabelecer claramente as condições de execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades.
- Os contratos deverão incluir, obrigatoriamente, o seu objeto e natureza, com descrição de todos os serviços contratados.
- Os planos serão obrigados a preencher as vagas abertas pelos médicos que se descredenciarem, o que será um ganho para os pacientes.

Vistorias mostram precariedade da rede de atendimento

Fiscalizações realizadas pelos conselhos regionais de medicina (CRMs) desde janeiro deste ano revelam o descaso dos governos com a atenção básica. Em 365 postos de saúde visitados pelos departamentos de fiscalização dos CRMs entre janeiro a abril, 255 não possuíam negatoscópios, 89 não tinham aparelhos para medir a pressão (tensiômetros) e 72 estavam sem estetoscópios para adultos. Esses dados foram obtidos por 17 CRMs em fiscalizações-piloto realizadas como parte do treinamento de implementação da Resolução 2.056/13, que redefiniu as regras para a fiscalização do exercício da medicina.

Desde a edição da resolução, em novembro do ano passado, uma equipe do Setor de Tecnologia da Informação (Setin) do Conselho Federal de Medicina (CFM) visita os CRMs para treinar conselheiros, médicos fiscais e demais servidores no uso dos novos equipamentos de fiscalização (tablet, scanner portátil, máquina fotográfica e medidor de ambientes).

Mesmo experimentais, as fiscalizações já servem para que o CFM tenha uma atual radiografia dos postos de saúde no país. "É possível dizer que nenhuma das unidades visitadas atendeu a todas as especificações do Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, que faz parte da Resolução 2.056/13", afirma Emmanuel Fortes, diretor de Fiscalização e 3º vice-presidente do CFM. Dos postos de saúde visitados, apenas 40% atendem cerca de 60% das exigências feitas; os outros 60% oferecem cerca de 20% do minimamente necessário.

Em entrevista ao telejornal Bom Dia Brasil em matéria sobre o início da entrada em vigor da resolução, o corregedor do CFM, José Maria Vinagre, destacou que a falta de equipamentos prejudica o ato médico: "Sem equipamentos básicos é difícil ao médico realizar diagnósticos precisos".

Inicialmente, as fiscalizações foram realizadas em postos de saúde, ambulatórios, policlínicas e centros de atenção psicossocial (CAPs). Os estados que receberam capacitação/fiscalização foram Piauí, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Ceará, Paraíba, Pará, Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, além do Distrito Federal. Sergipe, Amapá e Acre são os próximos estados para visitação.

O CFM encaminhou um kit de fiscalização para cada CRM, totalizando 27. Foi constatado que esse número é insuficiente e novos kits deverão ser adquiridos até o final do ano, totalizando 100 kits.

PROGRAMA TELEVISIVO EXIBE CAOS NA SAÚDE

Hospitais lotados, pacientes pelos corredores e falta de materiais. Este foi o quadro exibido pela reportagem do Fantástico no dia 25 de maio e que confirma as críticas do Conselho Federal de Medicina (CFM) acerca do caos existente no setor saúde. A matéria tomou como base o relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a qualidade do atendimento em 116 hospitais públicos, o qual constatou significativas desigualdades tanto na comparação do modelo público com o privado quanto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na reportagem, o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital, disse que para salvar os pacientes é necessário melhorar a administração pública: "Mais saúde depende de maior financiamento, melhor gestão administrativa, mais capacitação médica e um bom sistema nacional de controle e avaliação. Infelizmente, a vontade política ainda não foi suficiente para a implementação desses parâmetros fundamentais a mais saúde".

O TCU verificou que 64% dos hospitais visitados apresentam taxa de ocupação de emergência maior do que a capacidade prevista, e em 19% essa situação ocorre com alguma frequência. E também que em 81% dos hospitais o principal problema é o déficit no quadro de profissionais. Em 63% deles, a constante falta dos profissionais ao trabalho provoca impactos substanciais na prestação dos serviços.

INTERDIÇÃO, ÚLTIMO RECURSO

Com a implantação do novo sistema de fiscalização, o sistema conselhal vai otimizar as vistorias e, com isso, pode ser que sejam realizadas mais interdições éticas. O objetivo, no entanto, não é este. "Primeiro, vamos notificar o estabelecimento, dar prazos, para, então, partir para uma atitude mais drástica. Se não fizermos assim, estaremos prejudicando o paciente, quando o nosso objetivo é o oposto: melhorar as condições do atendimento médico", explica Emmanuel Fortes.

De acordo com a Resolução CFM 2.062/13, que trata da interdição ética, ela só será decidida pelo plenário do CRM, por maioria simples. Antes dessa decisão, o diretor de Fiscalização do CRM deve homologar um relatório de fiscalização/notificação que comprove a inequívoca falta de condições mínimas do local. Nesse documento deverá constar o indicativo de interdição, com especificações claras e objetivas das não conformidades encontradas. O relatório também determinará um prazo razoável para a correção dos problemas – que poderá ser de até 30 dias. Os médicos e o diretor técnico médico do local também deverão assinar um Termo de Responsabilidade Recíproca, em que será dada ciência das providências exigidas.

Passado esse prazo, caso o gestor do estabelecimento não envie ao CRM um documento comprovando que as medidas saneadoras foram tomadas, o CRM realizará nova fiscalização em até 15 dias úteis. Se os problemas persistirem, será recomendada a interdição ética, a ser decidida pelo plenário.

Portaria do Ministério da Saúde não revalida automaticamente os diplomas.

O trabalho médico no **Mercosul**

O Conselho Federal de Medicina (CFM) esclarece que a Portaria 734/14 do Ministério da Saúde, publicada em 2 de maio, não permite a livre circulação e o exercício das atividades de saúde por todo o Mercado Comum do Sul (Mercosul). Após análise, a assessoria jurídica da entidade concluiu que este ato normativo tem somente a finalidade de promover a sistematização das denominações dos profissionais de saúde nos países-membros do Mercosul.

A avaliação jurídica foi feita a partir de várias manifestações de médicos que, por meio de e-mails e as redes sociais do CFM, questionaram o conteúdo da portaria ministerial. O receio era de que os profissionais de diversas áreas da saúde pudessem transitar livremente nos países que integram o Mercosul sem a validação do diploma.

A assessoria jurídica do CFM enfatizou que tal possibilidade somente poderia advir de lei, em sentido formal, aprovada pelo Congresso Nacional, ou por meio de tratado internacional que obedecesse todo o trâmite de incorporação ao ordenamento nacional.

O CFM entende que a revalidação dos diplomas estrangeiros sem critérios e de forma automática coloca em risco a saúde da população. A medida de convalidação é adotada em todos os países. Nos Estados Unidos, por exemplo, o candidato precisa refazer a residência médica e trabalhar anos em comunidades afastadas antes de ganhar o direito de atuar em território norte-americano.

A entidade afirma, ainda, que passar pelo crivo da revalidação aumenta a segurança do paciente ao ser atendido por médico detentor de conhecimentos validados pelas instituições de ensino.

Para o CFM, a revalidação automática não é, como defende o governo, solução para os problemas de acesso e de desigualdade na concentração de médicos no país. "A interiorização passa pela instituição de políticas públicas que estimulem a fixação dos profissionais em zonas de difícil acesso e provimento, nos moldes de uma carreira específica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) que abranja aspectos como oferta de programas de educação continuada, perspectivas de progressão funcional, remuneração compatível com a responsabilidade e existência de rede física adequada", defendeu Roberto d'Avila, presidente do CFM.

Resolução 2.069/14 estabelece que profissional informe a especialidade. Vai viger a partir de 29 de outubro.

CFM normatiza a **identificação médica**

Respeitando o direito do paciente de saber quem irá atendê-lo, bem como sua formação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) padronizou a forma de identificação dos médicos nos estabelecimentos de assistência médica e de hospitalização em todo o território nacional.

A normatização está expressa na Resolução 2.069/14, que padroniza placas, impressos, vestimentas, crachás, carimbos e demais utensílios utilizados tanto nos serviços de saúde públicos quanto nos privados. "É dever do médico, quando em serviço em seus locais de trabalho, se identificar como **MÉDICO**, em tipo maiúsculo, quando detentor apenas da graduação e, quando especialista registrado no **CRM**, acrescer o nome de sua **ESPECIALIDADE**, também em tipo maiúsculo", define a norma.

Sobre o uso dos termos 'doutor' e 'doutora', bem como suas abreviaturas 'dr.' e 'dra.', a resolução esclarece que é facultado ao médico utilizá-los antecedendo o nome, por ser uma prática consagrada pelo direito consuetudinário – aquele que é definido pelos costumes.

De acordo com o relator da norma, Emmanuel Fortes, 3º vice-presidente e responsável pelo Departamento de Fiscalização do CFM, a definição de critérios para a identificação do

médico se deve à necessidade de bem informar a população sobre qual profissional está por trás do termo doutor, visto que hoje é utilizado por diversas profissões mediante atos monocráticos de seus colegiados e apropriado pelas mesmas por meio de resolução, tendo sido expropriado da medicina.

A Resolução 2.069/14 é válida em todo o território nacional e entra em vigor 180 dias após sua publicação no Diário Oficial da União – o que ocorreu em 29 de abril deste ano. Para conhecer a íntegra da norma, acesse o link: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2069_2014.pdf

ORIENTAÇÃO SOBRE ENTREGA DE PRONTUÁRIO

Nova recomendação do plenário do Conselho Federal de Medicina (CFM) orienta que médicos e instituições hospitalares forneçam, quando solicitados, os prontuários dos pacientes falecidos a cônjuge, companheiro ou parente até quarto grau. Tal normativa foi editada em cumprimento de decisão judicial da 3ª Vara Federal da Seção Judiciária do Estado de Goiás em resposta a uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal (MPF). No processo, foi expedida determinação para que o CFM emitisse tal orientação em dez dias, sob pena de multa diária de R$ 50 mil.

"O Conselho Federal de Medicina defende que o sigilo médico deve ser respeitado e que o fornecimento dos documentos em questão deve ocorrer da forma preconizada na Recomendação 3/14 do CFM, em observância ao Código de Ética Médica e à Resolução CFM 1.605/00", ressalta Roberto d'Avila, presidente da entidade.

A normativa institui, expressamente, que médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar devem fornecer, "quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária".

Em outro ponto, orienta que os médicos "informem os pacientes acerca da necessidade de manifestação expressa da objeção à divulgação

do seu prontuário médico após a sua morte". O CFM busca a reforma da decisão liminar em questão junto ao Tribunal Regional Federal da 1.ª Região.

Eleição para conselheiros federais ocorre em agosto no Paraná

A eleição para conselheiros titular e suplente do Conselho Federal de Medicina teve encerrado no dia 24 de junho o seu prazo para registro de chapa no Conselho Regional de Medicina do Paraná. Houve inscrição de uma única chapa, a "Mais Saúde". Donizetti Dimer Giamberardino Filho, ex-presidente do Conselho do Paraná, é candidato a conselheiro efetivo do CFM, enquanto Lisete Rosa e Silva Benzoni a conselheira suplente. O conselheiro titular e o suplente eleitos iniciam mandato em 1.º de outubro deste ano, terminando em 30 de setembro de 2019.

O edital de homologação da chapa foi publicado em jornal de grande circulação no dia 1.º de julho. A eleição no Paraná será realizada exclusivamente pelo meio postal. Serão válidos os votos que chegarem á caixa postal do Conselho nos Correios até 26 de agosto. O kit de votação será enviado ao endereço de correspondência do médico eleitor conforme cadastro no sistema do CRM-PR. O kit é composto de dois envelopes, uma papeleta de identificação, uma cédula eleitoral de votação e uma carta informativa que explicará os procedimentos de votação e a forma de envio do voto.

A abertura de inscrição de chapas ocorreu em 26 de maio, conforme estabelecido pela Resolução CFM 2.024/13, aprovada em agosto do ano passado. A norma define que os médicos em pleno gozo dos direitos políticos e profissionais, inscritos no Conselho, estão obrigados a votar, mas prevê como facultativa a participação daqueles que tenham mais de 70 anos. Não podem votar médicos exclusivamente militares e estrangeiros, exceto portugueses e naturalizados.

A comissão eleitoral é formada por Antonio Rocha Gonçalves, presidente, Jackson Herrera e Luiz Celso Cordeiro Kern, secretários, e Divanil Octávio Cabrini, membro suplente.

Saiba mais sobre o pleito acessando o site:
www.crmpr.org.br

OS CANDIDATOS

Os candidatos aos cargos efetivo e suplente são conselheiros do Paraná, sendo que a Dra. Lisete, atualmente, já ocupa a suplência no Conselho Federal, que tem como efetivo na função o Dr. Gerson Zafalon Martins. Este, que responde pela 2.ª Secretaria, deixará a atividade conselhal depois de três gestões no CFM.

Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho (CRM 5.647)

Drª Lisete Rosa e Silva Benzoni (CRM 9.746)

Chapa 1 – Mais Saúde

Candidatos a Conselheiros Efetivo e Suplente do Paraná no Conselho Federal de Medicina

CONSELHEIRO EFETIVO

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (CRM-PR 5.647)

- Formado em 1977 pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).
- Pediatra com área deatuação em Nefrologia.
- Coordenador das Câmarsa Técnicas de Bioética e Nefrologia do CRM-PR.
- 1.º Tesoureiro e membro nato do CRM-PR.
- Vice-Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria.

CONSELHEIRA SUPLENTE

Lisete Rosa e Silva Benzoni (CRM-PR 9.746)

- Formada em 1984 pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP).
- Especialista em Ginecologia e Obstetrícia.
- Conselheira do CRM-PR.
- Conselheira suplente do Conselho Federal de Medicina (gestão 2009/2014).
- Especialista da Sociedade Brasileira de Dinâmica dos Grupos (SBDG).

PREZADOS COLEGAS,

Temos consciência e conhecimento do contexto social no Brasil que envolve o médico e o exercício profissional da Medicina. As adversidades apostas à classe médica brasileira não deve remeter à cultura da apatia; pelo contrário, o desafio nos instiga a defender o exercício digno da profissão médica e a consequente proteção da sociedade.

O Conselho Federal de Medicina, como autarquia federal, tem obrigação de cumprir as normas legais de sua criação, assim como de toda a legislação vigente, mas também possui outros objetivos de aperfeiçoamento.

Os objetivos do CFM estão postos e — em sua maioria consensada — são de dimensão ampla e de implantação mais lenta que nossa vontade, isto partindo do resultado de posições dos 27 representantes das Unidades Federativas Brasileiras e também do Distrito Federal. As principais metas são:

1) A carreira médica única no Sistema Público de Saúde.

2) Equilíbrio na regulação contratual entre operadoras de saúde e médicos prestadores de serviços, tendo como parâmetro a CBHPM.

3) O trabalho médico valorizado e seus direitos legais respeitados.

4) A defesa da revalidação do diploma médico obtido em país diverso do Brasil, para exercício da Medicina em território nacional.

5) A defesa da Medicina Qualitativa, dentro dos princípios da equidade, não aceitando o exercício da medicina de massa, quantitativa e não resolutiva.

Entendemos que, se os objetivos estão postos, as estratégias devem ser mudadas e ajustadas à situação atual,utilizando os principais potenciais do médico: o conhecimento e a inteligência.

Continuar a fazer o mesmo não muda resultados. As intervenções do CFM devem proteger o cidadão e o exercício profissional do médico.

O médico e a Sociedade Civil devem caminhar juntos contra a política da gestão financeira da necessidade de saúde mínima. Deve-se dar um basta para o estímulo de bens de consumo e minimização dos direitos fundamentais da pessoa, particularmente a proteção, promoção e atenção à saúde.

Esperamos contar com a confiança e união de todos os médicos paranaenses para representarmos o nosso estado no CFM, na gestão 2014 a 2019.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho e Lisete Rosa e Silva Benzoni.

Neste ano, está prevista a diplomação de 66 médicos pelo Jubileu de Ouro.

Preparativos para o **Dia do Médico**

O CRM-PR já iniciou os preparativos para a tradicional solenidade do Dia do Médico, que ocorre em outubro e terá em destaque a homenagem aos médicos que completaram 50 anos de atividades cumpridas de forma exemplar. O levantamento inicial mostra 66 médicos a serem distinguidos com o Diploma de Mérito Ético-Profissional, honraria que em 2014 completa 29 anos e se constitui em uma das primeiras do gênero no País.

A cerimônia está marcada para 18 de outubro, data em que se comemora o Dia do Médico. Será a partir das 19h no auditório Cons.ª Raquele Rotta Burkiewicz e espaços acessórios. Durante o evento ainda está prevista a premiação do 25.º Concurso de Monografias sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica, que este ano tem como tema "Aspectos éticos médicos e a internet". As inscrições estão abertas até 11 de agosto, sendo que o certame é aberto a todos os brasileiros, independentemente de formação ou profissão. Estão previstas premiações para 1.º e 2.º lugares e concessão de menção honrosa. O regulamento pode ser conferido no site do Conselho.

Ainda durante a solenidade poderá ocorrer a concessão da "Medalha de Lucas – Tributo ao Mérito Ético". Todos os médicos paranaenses foram conclamados a apresentar sugestões de candidatos a esta que é uma das principais deferências do Conselho. Instituída em 1996 pela Resolução CRM-PR n.º 056, a medalha visa homenagear médicos que tenham se destacado em prol de causas sociais e humanitárias, associadas à Medicina. Doze médicos já foram distinguidos com a honraria, o primeiro deles o Dr. Hélio Brandão e o último, em 2014, o Dr. Antonio Lúcio Duarte.

As sugestões, acompanhadas de currículo e/ou justificativa, podem ser apresentadas até 23 de julho e serão analisadas pela comissão de seleção formada pelos conselheiros Marília Cristina Milano Campos Camargo, Tânia Maria Santos Pires Rodrigues e Fábio Luiz Ouriques.

OS HOMENAGEADOS DA MEDALHA DE LUCAS

- **Dr. Hélio Brandão** (1996), fundador do Clube da Soda.
- **Dr. José Raul Matte, o Padre Raul** (1997), com atuação há décadas em prol dos ribeirinhos da Amazônia.
- **Dr.ª Zilda Arns Neumann** (2000), fundadora da Pastoral da Criança.
- **Dr. Júlio Raphael Gomel** (2002), fundador do Lar Bom Caminho, em Curitiba.
- **Dr. Jupiter Velloz Silveira** (2003), um dos fundadores da Casa do Caminho, de Londrina.
- **Dr. Ivan Beira Fontoura** (2007), com histórico de vida dedicado a causas sociais e humanitárias.
- **Dr. José Justino Filgueiras Alves Pereira** (2007), fundador de várias APAEs, incluindo de Curitiba e Ibiporã.
- **Dr. José Maria de Araújo Perpétuo** (2007), pioneiro em Palmas (PR) e envolvido em vários projetos sociais e de voluntariado.
- **Dr. João Manuel Cardoso Martins** (2010), professor da PUCPR há 40 anos e propagador da ética e humanismo.
- **Dr. Ehrenfried Othmar Wittig** (2011), pioneiro e introdutor no Paraná de programa de triagem neonatal, o "Teste do Pezinho".
- **Dr. Frank Ogatta** (2011), responsável pelo projeto médico de atendimento preventivo itinerante aos idosos da comunidade nipônica do Paraná.
- **Dr. Antonio Lucio Duarte** (2013), fundador de várias APAES, entre elas a Escola Mundo Colorido, em Francisco Beltrão.

Professor Zacarias recebe homenagem nos 100 anos do curso de medicina da UFPR

Prof. Zacarias (abaixo à direita) e os professores da UFPR.

No início de maio último, a Universidade Federal do Paraná comemorou os 100 anos do curso de Medicina e um de seus homenageados, pela disciplina de Técnica Operatória, foi o professor Zacarias Alves de Souza Filho, conselheiro-decano do CRM-PR.

Formado em 1958, durante mais de 30 anos desenvolveu atividades junto à UFPR. “Passei por todas as fases, desde auxiliar cirúrgico, passando por professor substituto, adjunto, até chegar a titular de Clínica Cirúrgica”, explica o Dr. Zacarias, hoje aposentado.

Na ocasião, o vice-reitor da UFPR, Rogério Andrade Mulinari, enalteceu o professor Zacarias, entre outros predicativos, como “uma grande figura humana e um grande médico e cirurgião”. Claudete Regiane, coordenadora do curso de Medicina da Federal, exaltou e eminente professor como referência, “pois ensinou os passos, cuidados e conceitos que uso até hoje”.

O diretor geral do Hospital de Clínicas (HC), Flávio Daniel Saavedra Tomasich, que também é coordenador da disciplina de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental, fez coro às homenagens àquele que “dedicou a sua vida contribuindo ativamente para a formação de gerações de profissionais e professores”.

Modesto, o Dr. Zacarias disse se sentir emocionado e sensibilizado pela homenagem, mas não deixa de destacar e agradecer aqueles que sempre acompanharam sua caminhada.

No CRM-PR, começou em 1978 como conselheiro suplente, tornando-se efetivo em 1993 e atuando como vice-presidente entre 1996 e 1998. Em 2008, recebeu o diploma de Mérito Ético-Profissional pelos 50 anos de atividade médica exemplar. Dr. Zacarias também foi professor da PUCPR.

Paraná ganha **mais de 700 médicos no semestre**

Entrega de carteiras na regional de Apucarana, em abril.

Entrega de carteiras em Londrina, em março.

Entrega de carteiras em Londrina, em 27 de fevereiro.

Entre janeiro e maio deste ano, o Conselho Regional de Medicina do Paraná registrou 739 novos médicos. Eles são, em sua maioria, alunos recém-formados que iniciam a carreira aqui no Estado. A sede e Delegacias Regionais de Apucarana, Cascavel, Londrina, Maringá e Umuarama, recepcionaram os profissionais em cerimônias éticas de entrega de carteira. O Conselho do Paraná, criado há quase 60 anos, tem em seus registros mais de 33 mil médicos inscritos. Destes, 21.546 estão ativos, sendo 13.568 do sexo masculino e 7.978 do sexo feminino. Os médicos com especialidade somam 13.099.

Vice-Diretor de Londrina, Dr. João Henrique Steffen Júnior, em julgamento simulado realizado dia 26 de março na Regional.

Encontro Luso-Brasileiro de Bioética será em setembro

O VIII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética será realizado em Curitiba, de 11 a 13 de setembro, juntamente com o II Encontro Lusófono de Bioética e o III Encontro de Bioética do Paraná. A realização é da Sociedade Brasileira de Bioética e sua Regional do Paraná, juntamente com o Conselho Regional de Medicina do Paraná.

As atividades serão realizadas no auditório da Associação Médica do Paraná (Rua Cândido Xavier, 575, Água Verde), apoiadora do evento. A abertura na noite de 11 de setembro terá a palestra-magna de Maria do Céu Patrão Neves, que vai abordar o tema "Que futuro para Bioética". Ela integra o Conselho de Diretores da International Association of Bioethics, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Global Ethics Observatory" (da UNESCO. Também é Professora Catedrática de Filosofia, na área da Ética, na Universidade dos Açores, interlocutora portuguesa nas relações Luso-Brasileiras em Bioética e fundadora e coordenadora do Polo Açores do Centro de Estudos de Bioética.

Entre os palestrantes convidados estão Rita Lobo Xavier, Mestre e Doutora em Direito Civil pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Leo Pessini, membro do Conselho Editorial da Revista Bioética e da Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina; Claudio Lorenzo, Professor do Programa de Pós-Gradução em Bioética da Universidade de Brasília; e André Dias Pereira , mestre e doutor, membro da Comissão de Bioética da Sociedade Portuguesa de Genética Humana e autor do livro "O consentimento informado na relação médico-paciente. Estudo de Direito Civil).

A presidente do Congresso no Brasil é Regina Parizi, atual dirigente da Sociedade Brasileira de Bioética. Fazem parte da comissão organizadora Gerson Zafalon Martins (CFM/SBB), Nilza Maria Diniz (SBBPR), Donizetti Dimer Giamberardino Filho (CRM-PR), José Paranaguá de Santana (Fiocruz), Maria do Céu Patrão Neves (Centro de Estudos de Bioética) e José Eduardo Siqueira (SBB-PR). Ao término das atividades, no dia 13, será definida a cidade que vai receber O IX Encontro Luso-Brasileiro de Bioética e o III Lusófono de Bioética.

Confira a programação completa e outros detalhes das atividades do Encontro em:

http://www.lusobioetica.com/

Cursos de educação médica continuada no 2º semestre

O último evento de Educação Médica Continuada do CRM do primeiro semestre foi realizado em 25 de junho, exclusivamente na modalidade web. O tema abordado foi "Prontuário Eletrônico e Segurança da Informação". Durante os meses de julho e agosto o projeto será interrompido devido à reforma do auditório, que teve início em junho. As mudanças visam, principalmente, melhorar a estrutura audiovisual do espaço, dando novas possibilidades e modernizando a transmissão online dos eventos, visto que a tendência observada ao longo dos últimos meses é o aumento da participação via web, em oposto à presencial.

No primeiro semestre, o setor de eventos contabilizou aproximadamente 1.700 participantes presenciais ou pela web nas atividades de educação continuada, incluindo as realizadas na sede em Curitiba e nas delegacias, estas recebendo cursos de capacitação e julgamentos éticos simulados. Uma das atividades de maior atenção foi a capacitação de urgência e emergência, que teve seis módulos. Os temas foram: trauma abdominal, atendimento a múltiplas vítimas, trauma de tórax, cervical e raquimedular e emergências cardiológicas, clínicas e neurológicas.

O programa de atividades para o último quadrimestre de 2014 já está sendo planejados. Dilemas éticos na urgência e emergência, medicina da família, medicina legal, anestesiologia, pediatria e geriatria estão entre os temas em análise. Na sede também estão previstos realizações de fórum sobre atestado médico e de jornada sobre "erro médico", além de palestras sobre marketing, organização do tempo, coaching e o cuidado à saúde de "quem cuida".

Para Londrina estão sendo agendados o III curso para capacitação de Comissões de Ética Médica, capacitação para delegados e seminário sobre cuidados paliativos. Em Maringá estão previstos julgamento ético, atividade-debate e palestra. Em Paranavaí, julgamento simulado e palestras.

Médico, se você tem sugestão de temas para discussão em sua região, envie email para o setor de eventos para análise (**eventos@crmpr.org.br**).

Trabalho humanitário médico

O padre e médico pediatra José Raul Matte, de 80 anos e que há 42 se dedica na atenção aos ribeirinhos da Amazônia, esteve recentemente em visita ao presidente do CRM-PR, Maurício Marcondes Ribas, na sede em Curitiba. Na oportunidade, entregou um exemplar do seu livro *Missões Camilianas na foz do Rio Amazonas - A serviço da vida e da saúde dos mais pobres e doentes*, que teve como organizadores Leo Passini e Fúlvio Giannella Júnior. Também apresentou um vídeo de suas missões missionárias, que já chegaram a 400 edições, número alcançado em 7 de junho, em período em que as marés "estão mais comportadas". Foram visitadas as comunidades dos rios Carás, Cajueiro, Arrozal e Caetano, com mais quase 400 consultas realizadas, a maioria envolvendo crianças, além de exames preventivos, como glicemia e hanseníase.

Esperança, solidariedade, justiça social e amor são sinônimos presentes na vida do padre Raul Matte, que sempre se manteve entusiasmado em suas duas vocações: a Medicina e Religião. Formado pela Universidade Federal do Paraná, o padre Raul já está no exercício da profissão há 55 anos. Ele já recebeu o Diploma de Mérito Ético-Profissional do CRM e também a Medalha de Lucas - Tributo ao Mérito Médico (1997), em reconhecimento ao seu trabalho social e humanitário. "Sinto-me como um barquinho solto na vastidão do Amazonas, mas pilotado por Deus", fala o padre-médico, que ainda em seu vasto currículo ainda 60 anos de flautista e professor na Escola de Música e Belas Artes do Paraná. "Dr. Raul nos emocionou com sua postura, exemplo de vida e voz mansa", afirmou o presidente do CRM-PR.

CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

25º CONCURSO DE MONOGRAFIAS

sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica

TEMA 2014

Aspectos éticos médicos e a internet

Inscrições até 11 de agosto de 2014

IMPORTANTE

As monografias participantes devem ser inéditas, podendo ter mais de um autor. O conteúdo deve seguir as normas da ABNT e conter entre 35 mil e 55 mil caracteres com espaços, sendo que pode apresentar, a título de exemplo, material ilustrativo.

QUEM PODE PARTICIPAR

O Concurso de Monografias do CRM-PR é aberto a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de formação ou profissão. As normas para identificação do autor estão contidas no regulamento.

INSCRIÇÕES

O prazo final para entrega dos trabalhos é às 18h do dia 11 de agosto de 2014, tendo validade o material protocolado na sede ou Delegacia Regional do CRM-PR ou postado via Correios até esta data e horário.

DIREITOS AUTORAIS

Os participantes ficam cientes da cessão de direitos autorais para que o CRM-PR possa divulgar as monografias nos meios de que dispõe, a título de contribuição à ciência, à Medicina e à sociedade, sendo vedado ao promotor do concurso fazer uso dos trabalhos visando lucro.

DIVULGAÇÃO DO RESULTADO

A decisão da Comissão Julgadora será apresentada no final de setembro, sendo que a premiação ocorrerá durante os festejos do Dia do Médico, em outubro.

PREMIAÇÃO

A monografia classificada em primeiro lugar receberá o prêmio de **R$ 7.500,00***, cabendo ao segundo lugar, se escolhido, premiação no valor de **R$ 3.000,00***, além de certificado pela contribuição à atividade médica. Poderá, ainda, ser concedida "Menção Honrosa" a outros trabalhos, conforme decisão da Comissão Julgadora**.

* O CRM-PR informa que incidirá descontos de impostos previstos em Lei (IRRF e INSS) sobre os valores pagos aos premiados.

** A Comissão Julgadora poderá, a seu exclusivo critério, deliberar pela não premiação de qualquer das monografias apresentadas se considerar que não atendem aos méritos desejados ou, ainda, atribuir "Menção Honrosa" a outras monografias que julgar merecedoras. Das decisões da Comissão Julgadora não caberão recursos.

Confira o regulamento do Concurso (Resolução CRM-PR 186/2012) no site do CRM-PR.