

ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v.26 - n. 101 - Jan/Mar - 2009

CRM PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2008/2013
DIRETORIA 1º/10/2008 a 31/05/2010

Presidente:	Cons.	Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Vice-Presidente:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Secretária Geral:	Cons ^a .	Marília Cristina Milano Campos
1º. Secretário:	Cons.	José Clemente Linhares
2º. Secretário:	Cons.	Sérgio Maciel Molteni
1ª. Tesoureira:	Cons ^a .	Roseni Teresinha Florêncio
2º. Tesoureiro:	Cons.	Lutero Marques de Oliveira
Corregedor-Geral:	Cons.	Alexandre Gustavo Bley
1ª. Corregedora:	Cons ^a .	Raquele Rotta Burkiewicz
2º. Corregedor:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior

MEMBROS EFETIVOS

Alexandre Gustavo Bley
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Clóvis Marcelo Corso
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Gerson Zafalon Martins
Hélcio Bertolozzi Soares
José Carlos Amador (Maringá)
José Clemente Linhares
Luis Fernando Rodrigues (Londrina)
Luiz Sallim Emed
Lutero Marques de Oliveira
Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa
Marília Cristina Milano Campos
Maurício Marcondes Ribas
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobr^o.
Raquele Rotta Burkiewicz
Romeu Bertol
Roseni Teresinha Florêncio
Sérgio Maciel Molteni
Wilson José Ferreira de Paula (Indicado p/AMP)
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTE

Alceu Fontana Pacheco Júnior
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)
Arnaldo Lobo Miró
Carlos Puppi Buseti Mori (Cascavel)
Darley Rugeri Wollmann Júnior
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Gustavo Justo Schulz
Helio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Joachim Graf
Keti Stylianos Patsis
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)
Luiz Antonio de Mello Costa (Umuarama)
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Mário Teruo Sato
Marta Vaz Dias de S. Boger (Foz do Iguaçu)
Monica De Biase Wright Kastrup
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Roberto Issamu Yosida
Wilmar Mendonça Guimarães

Membros Natos

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares e Gerson Zafalon Martins.

Departamento Jurídico

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martin Afonso Palma

Departamento de Fiscalização

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues e Jun Hirabayashi
Médico fiscal do Interior: Dr. Paulo César Aranda (Londrina)
defep@crmpr.org.br

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná - CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br - Telefone: (41) 3240-4026 - Fax: (41) 3240-4001

ISSN 0104 - 7620
ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 26	n. 101	p. 01-60	Jan./Mar.	2009
---------------------------	----------	-------	--------	----------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO

Donizetti D. Giamberardino Filho
Miguel Ibraim A. Hanna S.º

Ehrenfried O. Wittig
Hernani Vieira

Gerson Z. Martins
João M. C. Martins

Hélcio B. Soares
Luiz Sallim Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRM/PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS

CRM crmpr@crmpr.org.br
Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos e
Comissão de Qualificação Profissional: cqp@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: imprensa@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br
Postal Caixa Postal 2208
Telefone 41 3240-4000
Fax 41 3240-4001

CFM cfm@cfm.org.br
Home-Page www.portalmedico@cfm.org.br
e-mail jornal@cfm.org.br

TIRAGEM

21.000 exemplares

CAPA

Rodrigo Montanari Bento

DIGITAÇÃO

Marivone S. Souza - (41) 3338-5559

IMPRESSÃO

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Hauer. Fone/Fax: (41) 3026-9460
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná
e-mail: comercial@serzegraf.com.br

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

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

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chave e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

Autor(es) - nome(s) e sobrenome(s)

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

Resumo e Abstract - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e inglês, acima do texto.

Palavras-chave descritas (unitermos) e key words - devem ser colocadas abaixo do resumo e do abstract em número máximo de 6 títulos.

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 5 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 97 for Windows.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 26, n.101, 2009

Trimestral

1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 0104-7620

ABNT

Hoje vivemos um tempo de contingenciamento de recursos financeiros. É a lógica orçamentária. Na saúde, infelizmente, não é diferente e vivemos com escassez de recursos.

Isto leva a níveis de interferência na atividade profissional, em variados graus e de maneiras diversas.

É inestimável, por exemplo, a cifra de recursos legitimamente ganhos por médicos, retidos de forma indevida com o nome de glosa.

Outra forma de interferência é o redirecionamento de procedimentos, atitude sempre justificada pelo contingenciamento de recursos.

O reflexo destas medidas é a intromissão no espaço privativo do encontro do médico com seus pacientes e familiares.

A lógica comercial bancária transportada para o relacionamento com pessoas representa um retrocesso aos princípios humanistas inalienáveis na relação médico-paciente.

Quanto vale a vida? A vida não tem preço. Vidas de enfermos não podem ser tratadas como se fossem objetos.

A mente humana guarda complexidade que a torna muitas vezes difícil de entender. Temos fé e convicção nas leis, porém, se as leis não conseguem ajustar os princípios, que auxilie a moldar o comportamento.

Dentro da lógica orçamentária, se a vida não tem preço se argumenta que a saúde tem custo. A vida humana não pode ter preço e os custos para mantê-la devem ser disponibilizados pela sociedade.

Como profissionais buscamos conquistar esta garantia, se formos vitoriosos, ganhará a sociedade o direito de ter acesso ao recurso necessário para manutenção da saúde.

A lei prevê que atuemos com autonomia para orientarmos a investigação diagnóstica e o tratamento. Defendemos a autonomia profissional responsável e dentro dos padrões da moralidade. Em nome da autonomia não podemos ter interesses outros. O bem do paciente é a finalidade única e, nestas circunstâncias, com o custo que tiver que ter. A vida humana não tem preço e o custo para mantê-la tem que ser disponibilizado.

A *Revista Arquivos* busca ser um espaço de reflexão, enfocando temas relacionados à profissão com enfoques que pretendem oportunizar leis, resoluções, pareceres, bioética e opiniões diversas.

Que as reflexões possam suscitar debates individuais e coletivos. Que as divergências não nos afastem e nos conduza ao diálogo, a **UNIÃO** em torno de valores e princípios. Fortalecidos e **JUNTOS** caminhemos na direção das conquistas que almejamos.

A GRAFOLOGIA E A GRAFOTÉCNICA EM MEDICINA

Roseni Teresinha Florêncio*

Ementa - A Grafologia, técnica que estuda a escrita das pessoas, não faz parte de nenhuma especialidade ou área de atuação do médico, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Assim como, a Grafologia não dispõe ainda de estudos científicos suficientes, que indiquem a sua utilização como método diagnóstico e aplicação na Medicina. Portanto, não pode o médico aplicar, divulgar ou ensinar essa técnica, apoiando-se na sua profissão de médico.

Palavras-chave: grafologia, grafoscopia, definição, grafotécnica, caligrafia, datilografia, documentoscopia, prova, resolução CFM nº 1634/2002

GRAPHOLOGY AND GRAPHOTECHNICS IN MEDICINE

Key words: graphology, graphoscopy, definition, graphotechnics, handwriting, dactilography, documentoscopy, proof, Resolution of the Federal Medical Council # 1634/2002

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente G. B., orientadora fiscal da Comissão de Orientação e Fiscalização – CRP08, Subsede Cascavel, formula consulta nos seguintes termos:

“Bom dia! Sou orientadora fiscal do Conselho Regional de Psicologia e gostaria de pedir o auxílio numa questão. Gostaria de saber se o médico pode utilizar a Grafologia como instrumento de avaliação no seu trabalho, assim como ministrar aulas sobre o assunto. Temos o caso de um médico que irá ministrar aulas em uma clínica de psicologia. A Grafologia não é uma técnica aprovada pelo Conselho Federal de Psicologia; dessa forma, precisamos dessa informação (se o médico pode utilizar a Grafologia ou não) para podermos fazer a orientação à psicóloga que está oferecendo a clínica para o médico ministrar o curso. Grata!”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Grafologia tem várias definições, sendo que, dentre elas, há uma expressão clara e simples de entender: A grafologia é, em sentido amplo, o estudo da escrita (do grego graphos, escrita e logos, estudo ou tratado).

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

Ela é utilizada com método para inferir atributos psicológicos, sociais, ocupacionais e médicos de uma pessoa a partir da configuração das suas letras, linhas e parágrafos. Segundo os grafólogos, essas informações são tiradas somente da escrita e não da composição do texto. A Grafologia afirma ser possível determinar se alguém é líder, empreendedor ou um estorvo para uma empresa, por exemplo, apenas analisando a sua letra e diz também ser possível determinar até a compatibilidade matrimonial.

A Grafologia se baseia no fato de que o cérebro é a fonte da escrita e somente os seres humanos possuem essa capacidade; com isso, a personalidade e as emoções atuam sobre o gesto gráfico.

Existe distinção entre Grafologia e Grafotecnia (ou Grafoscopia). Esta última está relacionada à análise da letra como uma característica individual do ser humano e é a base das perícias para verificação de autenticidade das assinaturas. Quando escrevemos, os gestos são tão automatizados que nossa mão se move duas vezes mais rápido do que podemos controlar conscientemente. Assim, introduzimos certas características muito sutis, um ganchinho aqui, uma leve mudança de inclinação lá, que quando feitas de modo intencional por um falsário, por exemplo, perdem certas características de dinamismo que permitem identificar o lançamento como falso ou não autêntico. Mesmo quando a pessoa tenta disfarçar a letra, muitas vezes é possível encontrar suas características, seus hábitos gráficos, permitindo identificar quem falsificou uma determinada assinatura. A análise da assinatura é técnica utilizada, pela sua simplicidade, confiabilidade e baixo custo.

A Grafologia tem acompanhado a civilização desde a própria invenção da escrita. Os romanos, gregos, chineses, cristãos e judeus procuravam traços da personalidade das pessoas em sua caligrafia. No entanto, foi somente no século XIX, na França, que o termo Grafologia foi criado pelo abade Jean-Hippolyte Michon, apesar do primeiro trabalho sobre algo parecido com o que hoje chamamos de Grafologia ter sido publicado pelo médico italiano Camillo Baldi, ainda no século XVII.

São os escritos de Michon que formam a base da Grafologia “analítica” ou “atomista” atual, onde os traços da personalidade são inferidos a partir de características da letra em si, como a posição e tipo dos pingos nos *i*'s, em oposição à Grafologia “holística”, criada por um discípulo dele, Crepieux-Jamin, na qual o analista utiliza uma impressão geral que o texto escrito como um todo lhe inspira, para inferir os traços da personalidade.

No Brasil, o marco da Grafologia é a publicação do livro “A Grafologia em Medicina Legal” do Dr. Costa Pinto em 1900 e hoje, existe a Sociedade Brasileira de Grafologia. Essa Sociedade criou o “Código Brasileiro de Ética do Grafólogo”, que consta de 12 artigos, estando em vigor desde 07/2006.

Existem vários cursos e organizações grafológicas dentro e fora do país e alguns cursos, apesar da falta de base científica para tal prática, são ministrados em Universidades, principalmente na Itália, França, Espanha e Israel. Na Europa, existem vários artigos publicados sobre o assunto.

É verdade que a personalidade pode influenciar o desenvolvimento do potencial genético das habilidades motoras do ser humano. É fácil entender como fatores como ousadia, agressividade, persistência, vontade de participar em atividades em grupo determinam o quanto uma criança irá se desenvolver, tendo em vista a

importância das habilidades motoras ensaiadas em grupo. O controle motor fino exigido para atividades como tocar um instrumento musical, tricotar ou escrever é um refinamento das habilidades motoras gerais e também vai depender de persistência e concentração. Então é de se esperar que pessoas perseverantes e com alta capacidade de concentração possuam boa caligrafia. No entanto, as correlações entre os aspectos gráficos da escrita como inclinação, pressão e gênese das letras e os aspectos individuais da personalidade precisam ser demonstradas através de estudos cientificamente rigorosos, verificados de forma independentemente, a fim de que se possa conhecer o real valor dessas análises.

Muitos grafólogos, quando perguntados sobre as evidências científicas que validam suas práticas, apresentam livros escritos por outros grafólogos que também não se baseiam em estudos científicos.

Também é bastante comum a tentativa de validação da Grafologia através do grau de satisfação dos gerentes de empresas com os empregados contratados através deste tipo análise. No entanto, para uma análise completa seria preciso analisar também o desempenho de um outro grupo - pessoas que foram reprovadas no teste da Grafologia. Só assim seria possível confirmar que a análise grafológica é uma metodologia válida de seleção, pois talvez os gerentes ficassem ainda mais satisfeitos com este outro grupo. Por exemplo, no livro de Peter West, "Grafologia", ele afirma que a uma barra do T minúsculo curta significa "falta de autocontrole; não gosta de disciplinas impostas", ao passo que Maurício Xandró em seu livro "Grafologia para Todos", explica que este mesmo tipo de barra "é um sinal de potência volitiva não isenta de autocontrole (...) há controle de si mesmo, esforço bem dirigido e domínio". Nesse caso, uma mesma pessoa teria avaliações completamente opostas!

Os grafólogos também alegam poder diagnosticar distúrbios como hipocondria, paranóia, esquizofrenia e depressão, mas, não há estudos científicos publicados em revistas científicas que suportem tais alegações. No entanto é possível encontrar anúncios de cursos de Grafologia que dizem explicitamente que após a conclusão o aluno será capaz de realizar a "detecção de casos de hipocondria, depressão, entre outras". No Brasil, não encontrei nenhum estudo médico publicado sobre Grafologia.

Existe uma ciência baseada na escrita, chamada Grafonômica (do original em inglês, Graphonomics), que surgiu no início dos anos 80 e visa verificar quais são os processos neuromotores por trás da escrita e desenhos humanos.

A Grafologia aplicada nas perícias criminais, na verdade é a Grafotecnia. Quando alguém é suspeito de um crime e uma das provas é um bilhete manuscrito, os investigadores podem chamar um especialista em caligrafia para resolver a questão. A análise de um documento escrito é uma das bases legais para a identificação forense de um indivíduo. Em alguns casos, pode ser justamente a prova que faz com que o suspeito seja acusado e até mesmo condenado. E se for uma combinação falsa? Como os especialistas conseguem analisar a caligrafia de alguém?

No mundo das análises forenses, que incluem investigação da cena do crime, testes de DNA, análise de fibras, digitais, narcóticos e identificação de voz, a análise de caligrafia se enquadra na área de documentoscopia - que é a parte da criminalística que tem por objetivo o exame de todos os elementos que compõem um documento. Os pesquisadores de documentoscopia analisam os documentos

questionados em busca de sinais de alteração e falsificação e, quando existem amostras, comparam a caligrafia ou datilografia para determinar ou desconsiderar os autores. No caso de datilografia, eles usam máquinas específicas para identificação. A análise de caligrafia é um processo o e metódico, que requer um vasto conhecimento de como as pessoas formam as letras, de quais características de formação de letras são únicas e do processo psicológico por trás da escrita. É a análise de como as habilidades motoras das pessoas podem afetar suas caligrafias e deixar pistas sobre a identidade do autor.

O fundamento principal da análise de caligrafia como uma ciência é que cada pessoa no mundo tem uma maneira única de escrever. De acordo com João Bosco, autor do livro *Grafologia: a ciência da escrita*, “Da mesma forma que uma impressão digital jamais se repete, não existe no mundo uma grafia igual a outra. Também não se pode alterá-la de propósito, mesmo que mudem alguns detalhes”. Quando crianças, aprendemos a escrever com um caderno de caligrafia um determinado estilo de escrita. O caderno de caligrafia em que baseamos nossa escrita vai depender de quando e onde crescemos. Então, a princípio, provavelmente escrevamos de uma maneira parecida com a das crianças de mesma idade e local. Com o passar do tempo, aquelas características de escrita que aprendemos na escola, nossas características de estilo, ficam apenas subjacentes em nossa caligrafia. Desenvolvemos características individuais, que nos são peculiares e diferenciam nossa caligrafia daquela de outra pessoa. A maioria de nós não escreve da mesma maneira que escrevia na primeira ou segunda série. Enquanto duas ou mais pessoas podem ter certas características individuais semelhantes, a chance de elas terem 20 ou 30 características iguais é tão improvável que muitos analistas consideram isso impossível.

Alguns problemas afetam a exatidão da análise de caligrafia, quais sejam:

- Não é possível fazer uma comparação significativa entre letras maiúsculas e minúsculas;
- Drogas, exaustão ou doença alteram a caligrafia de uma pessoa;
- A qualidade das amostras determina a qualidade de uma análise comparativa, e é difícil conseguir boas amostras.

A maior dificuldade para a análise de caligrafia como uma ciência é o fato de que ela é essencialmente **subjetiva**. Isso quer dizer que sua aceitação na comunidade científica e como prova no tribunal ainda não foi comprovada. Apenas recentemente a análise de caligrafia começou a ser mais aceita como um processo científico produtivo e profissional, já que o treinamento dos analistas está mais padronizado e com normas de certificação. Os resultados de uma comparação de caligrafia nem sempre são aceitos como provas em um tribunal, em parte porque a ciência tem alguns problemas para resolver, como determinar uma margem de erro confiável em análises e estabelecer padrões para o processo. O uso de sistemas computadorizados para fazer as análises de caligrafia permite que os examinadores passem os manuscritos por scanners e digitalizem o processo de comparação. Isso pode acelerar a aceitação geral da análise de caligrafia como uma ciência e uma prova no tribunal.

A principal crítica à Grafologia é a falta de base científica que sustente o uso dessa técnica para a investigação da personalidade das pessoas. Mesmo assim, ela é utilizada pelas empresas como ferramenta de apoio.

A técnica de análise grafológica também é criticada por utilizar regras associativas de caráter simbólico ou analógico, sem validade comprovada. Por exemplo: palavras muito espaçadas demonstram tendência ao isolamento; escrita inclinada à esquerda simboliza ligação com o passado; letras pequenas são sinal de boa concentração mental.

Os críticos da grafologia alegam ainda que não há nenhuma prova de que a mente inconsciente seja um reservatório que guarda a verdade sobre uma pessoa, e muito menos de que a Grafologia ofereça um portal para esse reservatório. Há também a possibilidade de alguém ter conhecimentos sobre Grafologia e simular sua grafia, para parecer alguém que é o esperado para se apresentar. Por essas razões a Grafologia é considerada uma “pseudociência”.

Pesquisando junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM), não encontrei nenhuma especialidade ou área de atuação que fale a respeito da atuação do médico na área da Grafologia, dentre as 50 especialidades e suas respectivas áreas de atuação, que constam no Anexo da Resolução do CFM nº 1634/2002. Não encontrei também nenhuma Resolução ou Parecer sobre esse assunto. Nada encontrei tampouco qualquer menção a esse respeito, ao pesquisar sobre o tópico na Associação Brasileira de Psiquiatria ou na Sociedade Brasileira de Neurologia.

No Código de Ética Médica, no Artigo 133 diz que é vedado ao médico “Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

CONCLUSÃO

Dessa forma, entendo que não há como vincular a profissão do médico ao estudo, aplicação, divulgação e ensino da Grafologia, no Brasil, como parte do seu exercício profissional.

A Grafologia, técnica que estuda a escrita das pessoas, não faz parte de nenhuma especialidade ou área de atuação do médico, reconhecidas pelo CFM. Assim como, a Grafologia não dispõe ainda de estudos científicos suficientes, que indiquem a sua utilização como método de diagnóstico e aplicação na Medicina.

Portanto, não pode o médico aplicar, divulgar ou ensinar essa técnica, apoiando-se na sua profissão de médico.

É o parecer.

Curitiba, 13 de setembro de 2008.

Roseni Teresinha Florêncio

Cons^ª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 116/2008

Protocolo CRMPR Nº 14280/2008

Parecer CRMPR Nº. 1995/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2082, de 22/09/2008 - Câmara I

MÉDICO AUDITOR NÃO DEVE TROCAR CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

Alexandre Gustavo Bley*

EMENTA - Auditoria Médica – Liberação e glosa de procedimentos – Resolução 1614/2001 do Conselho Federal de Medicina

Palavras-chave: auditor, mudança de código, glosa, tabela, laparoscopia, fiscalização, resolução CFM nº 1614/2001

AUDITOR PHYSICIAN SHOULD NOT CHANGE PROCEDURE CODES

Key words: auditor, change of codes, gloss, laparoscopy table, inspection, Resolution of the Federal Medical Council # 1614/2001

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Amil Assistência Médica Internacional Ltda, através da Dra. R. S. Z. faz os seguintes questionamentos:

1) Solicito parecer nos questionamentos de mudança de códigos de procedimentos pelo auditor médico de uma instituição de saúde. Médico ginecologista solicita realização de histerectomia vaginal (AMB/92 45.05.00.90) e também anexectomia (AMB/92 45.07.001.6). Auditor pode fazer a mudança para (AMB 96/99 45.05.011.2) histerectomia qualquer via, com ou sem anexectomia, uni ou bilateral?

2) Médico ginecologista solicita laparotomia exploradora (AMB/92 43.08.017.0) mais ooforectomia unilateral (AMB/92 45.07.001.6). Realiza a ooforectomia em cisto benigno ovariano. Médico auditor libera apenas ooforectomia unilateral, considerando a necessidade da via de acesso para o ovário. Procede a glosa do primeiro código ?

3) Médico ginecologista solicita laparoscopia para brida de aderências (AMB/92 45.02.007.8). Realiza a mesma e solicita também laparotomia exploradora (AMB/92 4308017) e anexectomia unilateral (AMB/92 45070016). Médico auditor libera laparoscopia, taxa de vídeo e ooforectomia unilateral. Procede a glosa da laparotomia exploradora com justificativa de via de acesso ?

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução Nº 1614/2001 do Conselho Federal de Medicina norteia o trabalho da auditoria médica, devido necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde. Desta Resolução destacamos três artigos que visam um melhor esclarecimento e conseqüente resposta aos questionamentos.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

O Código de Ética Médica, no seu capítulo sobre relacionamento entre médicos expressa que é vedado ao médico:

Art. 81 - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Devemos ressaltar, que existe uma relação comercial entre as partes que assinam um contrato de prestação de serviço, ou seja, o médico e as empresas prestadoras de serviços em saúde. Nestes contratos existem cláusulas que rezam sobre o pagamento de honorários, sendo indicada a tabela a ser utilizada como base para solicitação dos procedimentos. Isto é de fundamental importância na resposta do 1º quesito.

Quanto à laparotomia exploradora, como seu próprio nome diz, é uma modalidade diagnóstica, pois se procede a abertura da cavidade abdominal, sem um diagnóstico preciso, sendo necessária a exploração da mesma para confirmação ou não da hipótese levantada. É muito comum que diante de uma situação de dúvida, seja solicitada a laparotomia exploradora como evento inicial. Após o diagnóstico feito, com ou sem procedimento adicional, geralmente se adéqua as codificações para a cirurgia realizada ou mantém-se o código de laparotomia exploradora, caso não tenha sido feito nenhum outro procedimento.

CONCLUSÃO

Concluindo, passamos a responder cada quesito.

1) Jamais o médico auditor deve trocar os códigos referentes a uma cirurgia sem aviso prévio ao cirurgião. Quanto ao caso levantado, chama-nos a atenção de se tratar de mudança de tabela médica, fato que deve ser analisado baseado no

contrato que o médico tem com a empresa. Se o contrato é baseado na tabela AMB/92, a codificação deve seguir este norte, a menos que haja algum termo de comum acordo indicando nova tabela.

2) Sim, pode haver glosa, desde que devidamente fundamentada ao médico. Torna-se redundante a solicitação de laparotomia exploradora para ooforectomia, visto que a via de acesso é um tipo de laparotomia, a menos que haja mudança na abordagem incisional, com a finalidade de exploração extensa da cavidade abdominal fato que não estaria contemplado na ooforectomia..

3) Sim, pode haver glosa, desde que devidamente fundamentada ao médico.

A laparoscopia por si só já pode ser considerada uma modalidade de laparotomia exploradora.

É o parecer.

Curitiba, 06 de outubro de 2008.

Alexandre Gustavo Bley
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 131/2008
Protocolo CRMPR N° 15197/2008
Parecer CRMPR N°. 1996/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária n° 2096, de 06/10/2008 - Câmara I

ULTRASSONOGRAFIA “POINT-OF-CARE” PARA PLANTONISTAS EM PRONTO SOCORRO

Roseni Teresinha Florêncio*

EMENTA - O Médico pode realizar todos os exames para os quais esteja tecnicamente preparado, visando sempre o melhor para o paciente. Ele é responsável por todos os atos médicos que pratica. É importante que haja consenso entre as Especialidades envolvidas, tendo em vista que o exame de “Ultrassonografia point of care (Ultrassom Emergencial)” não é igual e nem substitui o exame convencional.

Palavras-chave: ultrassonografia “point-of-care”, plantonista, pronto socorro, radiologia, registro médico no CRM

POINT-OF CARE ULTRASONOGRAPHY FOR PHYSICIANS ON DUTY AT THE EMERGENCY ROOM

Key words: point-of-care ultrasonography, physician on duty, emergency room, radiology, Medical Council Registration

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. R. O. R. R. de Souza formula consulta nos seguintes termos:

“Sou médico responsável pelo serviço de emergência de um hospital privado na cidade de Curitiba e estou tentando junto à Direção Clínica autorização para que os plantonistas do Pronto-Socorro, após treinamento adequado (não reconhecido pela SBUS), possam executar como ferramenta de diagnóstico a Ultrassonografia chamada “point-of-care”, no qual pacientes de urgência/emergência” e críticos podem ser beneficiados pela prontidão no atendimento e tomada de decisões clínicas imediatas. Temos encontrado, por parte da Direção Clínica e do serviço terceirizado de USG, intensa resistência à implantação de tão importante método propedêutico, baseando-se na alegação que os exames “point-of-care” não podem ser realizados por profissional que não possua habilitação em radiologia e/ou ultrassonografia sob risco de resultados equivocados e prejuízo aos pacientes e à Instituição. A despeito da apresentação de extenso material científico para embasar tal implantação (em anexo), ainda encontramos resistência por parte das partes já citadas, tolindo um atendimento, a nosso ver, ideal para os nossos pacientes de urgência e emergência. Peço uma análise da situação, material e um esclarecimento o mais breve possível. Grato”.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O primeiro aparelho de Ultrassom foi introduzido no início de 1950; as primeiras unidades tiveram uso apenas experimental. Duas das principais barreiras na disseminação do uso do aparelho, na fase inicial, foram a complexidade e o tamanho do mesmo. Um dos mais significantes fatores de retardo na aplicação prática do exame para pacientes em estado mais grave e emergências, especialmente para o uso a beira do leito, foi a dificuldade inicial de obter as imagens em tempo real.

Em 1988, surgiu a primeira publicação sobre um médico emergencista que realizou exame de Ultrassom.

Entre 1980 e 1990, muitos estudos foram feitos para avaliar a utilidade do Ultrassom em pacientes com trauma, especialmente para analisar hemoperitônio e hemopericárdio. Esses estudos culminaram com a descrição do "FAST" examination (Focused assessment with sonography for trauma)". Em muitos centros de trauma, o "FAST examination" substituiu a Lavagem peritoneal, como método preferido da avaliação integral do "Advanced Trauma Life Support Teaching". O "American College of Surgeons National Ultrasound Faculty" tem desenvolvido vários cursos para treinar cirurgiões no uso do "Ultrassom Emergencial".

Em 1990, o "American College of Emergency Physicians (ACEP)" ofereceu o primeiro curso dedicado ao "Ultrassom Emergencial". Foi publicado, em 1995, o primeiro livro texto dedicado a esse exame.

Já, foi no ano de 1997, que a "American College of Surgeons" publicou critérios de avaliação para a qualificação profissional do cirurgião que desejasse realizar o "Ultrassom Emergencial".

Muito foi o progresso nessa área, sendo que, na última década, estudos mostram a aplicação desse exame em várias situações clínicas, como Aneurisma de aorta abdominal, Gravidez Ectópica, Trauma toraco-abdominal, Derrame pericárdico, Doença Biliar, Doenças Renais, avaliação da função cardíaca e para guiar procedimentos médicos.

As características predominantes do "Ultrassom Emergencial" (Ultrasonografia point of care) são:

1- Definir uma condição de emergência, na qual o Ultrassom possa melhorar o cuidado com o paciente, tais como ocorre na Gravidez Ectópica e na ruptura do aneurisma da aorta abdominal.

2- Ele é um exame dirigido, direcionado, para responder questões específicas do atendimento; por exemplo, ele busca definir se existe ou não hemoperitônio, num paciente com trauma abdominal.

3- O Exame de "Ultrassom Emergencial" se caracteriza por um ou dois achados ou sinais facilmente reconhecíveis, fornecendo respostas úteis, com utilidade clínica imediata.

4- Esse exame deve ser facilmente entendido, tais como verificar a presença de hemoperitônio, Gravidez Ectópica e batimentos cardíacos.

5- O exame deve ainda ser rapidamente realizado; o emergencista tem muita responsabilidade nas decisões e muitos pacientes aos seus cuidados, devendo agir com rapidez e eficiência.

6-O resultado do exame afetar diretamente a conduta a ser tomada.

7-O exame deve ser feito à beira do leito.

O crescimento na utilização desse exame se deve ao fato de que ele é reconhecido como útil para fornecer informaoes vitais do paciente, para a tomada de conduta, evitando procedimentos diagnósticos invasivos; podendo obter as imagens em tempo real e rapidamente, evitando a deterioração do quadro clínico do paciente. O exame pode ser feito em qualquer momento; o aperfeioamento tecnológico dos aparelhos permite exames mais rápidos, com melhor qualidade das imagens e são de manuseio mais fácil.

O “Ultrassom Emergencial” difere do exame feito pelo radiologista ecografista em vários aspectos, como a forma de realização do exame e os dados obtidos do mesmo, permitindo ou não a emissão de um laudo específico do exame. No caso do exame emergencial, ele é focado num dado mais específico, sendo que no exame convencional, vários dados são avaliados, de forma mais completa e descritiva.

Ao analisarmos o mérito do “Ultrassom Emergencial”, aplicado na área do intensivista e do emergencista, especialmente em relação  avaliação cardíaca, nos deparamos com a delicada situação da Reanimação cardio-respiratória, na qual, o tempo é o componente essencial do sucesso do procedimento. As Diretrizes mais modernas recomendam que sejam diagnosticadas e tratadas corretamente as causas da parada cardio-respiratória, usando algoritmo de suporte básico e avançado. Causas potencialmente tratáveis, como o Tamponamento pericárdico, podem ser rapidamente diagnosticadas no Ultrassom. Contudo,  necessário que o médico tenha treino adequado e siga algoritmos estabelecidos, que permitam a realização do exame e a manutenção do procedimento de reanimação.

Nessa rea, o exame também  útil na avaliação das vias aéreas superiores, visando observar a posição de tubos endotraqueais, guiando procedimentos de traqueostomia percutânea, entre outros.

Há ainda inúmeras outras formas de utilização do exame, tais como guiar a punção para acessos vasculares, venosos e arteriais, reduzindo os riscos de complicaoes. Várias doenças do aparelho urinário podem ser avaliadas pelo Ultrassom, como Cólica renal, Trombose de artéria renal, Trauma renal, retenção urinária aguda, entre outras.

O exame de Ultrassom  de baixo custo e não requer o uso de contrastes. Não é invasivo e  confortável para o paciente. Não expõe o paciente e a equipe de saúde às irradiaoes.

Pesquisa contínua nessa área deve ser estimulada. Têm ocorrido diversos encontros e congressos médicos, divulgando os conhecimentos e os resultados obtidos com a implantação desse exame. O objetivo é melhorar a Medicina Primária, de Emergência e a Terapia Intensiva, mediante a incorporação da Ultrassonografia “point-of-care” na Prática Clínica. Levar a Ultrassonografia “Point-Of-Care” de qualidade ao paciente em situação crítica, desenvolvendo a educação sobre esse exame.

A realização, a interpretação e a emissão dos laudos de exames de Ultrassom são exclusivamente de competência do médico, conforme determina a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) N 1361/92.

No artigo 1º da Resolução do CFM Nº 1451/95, diz que “Os estabelecimentos de Pronto-Socorros Público e Privado deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado”.

Todo médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina pode executar atos inerentes à profissão.

No Parecer do CFM Nº 086/96 cita que “Nenhum Especialista possui exclusividade na realização de qualquer ato médico”. O Título de Especialista fornece um adendo ao conhecimento em uma determinada área médica. O médico não pode anunciar especialidade para o qual não esteja habilitado e cujo título não esteja registrado no Conselho de Medicina.

O Título de Especialista em diagnóstico por imagem: Atuação exclusiva em Ultrasonografia Geral é concedido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, entidade filiada à Associação Médica Brasileira, capacitada para avaliar e conceder esse título, segundo a Resolução do CFM Nº 1666/03.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, entendo que é muito importante o paciente ter a oportunidade de ser rapidamente submetido ao exame de Ultrassom, quando esse exame for fundamental para o diagnóstico da doença que acomete o paciente. Isso é especialmente recomendado se a situação clínica do enfermo for de caráter agudo ou crítico.

Analisando todas as considerações comentadas, vê-se que a implantação desse método diagnóstico nos serviços de urgência/emergência e nas UTIs tornar-se á de relevância crescente.

Claro está que para a afetivação dessa implantação, faz-se necessário identificar as competências técnicas, clínicas, organizacionais e sociais necessárias para a incorporação e difusão da ultrasonografia “point-of-care” nesse cenário.

Assim também, é preciso identificar as metodologias, tecnologias e instrumentação necessárias para a implementação da ultra-sonografia “point-of-care”, além de analisar os itens identificados acima, de modo a avaliar a sua viabilidade, sustentabilidade e precisão nos seus diversos contextos, bem como o seu impacto sobre as condições dos pacientes e o desempenho organizacional.

Para a precisão dos resultados e o sucesso na implementação do exame, é preciso gerar recomendações e diretrizes para a prática clínica, a educação continuada e o desenvolvimento tecnológico, tendo por base o mais amplo consenso dos especialistas.

Promover programas de treinamento de qualidade para o desenvolvimento de competências básicas e avançadas na avaliação e atendimento do paciente agudo e crítico, incorporando-as, onde for adequado, aos currículos escolares e universitários e aos sistemas de saúde.

O médico, mesmo o não especialista, poderá realizar o exame de “Ultrassom Emergencial” e registrar os dados detectados no prontuário do paciente.

O que ele não pode é se anunciar como especialista na área, se não dispuser do Título de Especialista na área de radiologia e imagem, registrado no Conselho de Medicina.

O médico precisa estar plenamente consciente que ele é o responsável por todos os atos médicos que realiza.

Nenhum interesse de especialidades médicas ou mesmo de caráter econômico e/ou administrativo poderá sobrepor, em detrimento do benefício do paciente.

É o parecer.

Curitiba, 09 de agosto de 2008.

Roseni Teresinha Florêncio
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 106/2008

Protocolo CRMPR N° 10789/2008

Parecer CRMPR N°. 1987/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n° 2057, de 11/08/2008 - Câmara I

TESTE DE ESFORÇO E A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO. TAXA DE LICENÇA

Luiz Ernesto Pujol*

EMENTA - Teste Ergométrico, ato exclusivo de médico, alvará, imposto sobre serviço de qualquer natureza.

Palavras-chave: teste ergométrico, ato médico, taxa de serviço

STRESS TESTING AND THE PHYSICIAN'S CIVIL RESPONSIBILITY. LICENCE TAX

Key words: stress testing, civil responsibility, licence tax

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. N. B. formula consulta nos seguintes termos:

“Sou Delegado Suplente da Regional de Apucarana e quero fazer o seguinte questionamento:

1-Pode o teste de esforço, seja em esteira rolante ou bicicleta ergométrica, ser realizado por técnico sem a presença do médico responsável?

2-A taxa de Licença e Verificação, cobrada pela Prefeitura exercendo o seu poder de polícia é legal? Tenho uma resolução do Conselho Federal de Medicina, parecer emitido em 1998, afirmando que a cobrança dessa taxa é ilegal, pois apenas o CRM tem poder para fiscalizar os médicos. Solicito seu esclarecimento quanto a esse ponto controverso. O parecer que comento tem o número 19/89 e foi aprovado em 02/08/1989, e diz textualmente: “é inconstitucional a cobrança de alvará e sobre o Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza”.

No aguardo de sua resposta, subscrevo-me atentiosamente.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O teste ergométrico é um procedimento que tem suas indicações e detalhamento de execução bem estabelecidos e determinados por normatizações

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

tanto da American Heart Association como da Sociedade Brasileira de Cardiologia, firmando a absoluta necessidade que sua execução e interpretação sejam feitas por médico habilitado.

As taxas municipais incidentes sobre a instalação e funcionamento de consultórios e clínicas médicas não constituem matéria de competência ou interferência dos Conselhos de Medicina, cabendo-lhes apenas aconselhamentos a respeito.

A Responsabilidade Civil do Médico tem sido matéria amplamente estudada e debatida neste Conselho Regional de Medicina do Paraná, através palestras e encontros com médicos e juristas, estando disponíveis aos estudiosos e interessados várias publicações a respeito na Biblioteca deste CRMPR.

As estatísticas referentes ao número de Denúncias, Sindicâncias, Processos Ético-Profissionais e sanções aplicadas pelo CRMPR são variáveis porém, infelizmente, a cada ano são mais freqüentes.

CONCLUSÃO

Especificamente aos questionamentos efetuados pelo consulente este parecerista tem a responder:

1) Os testes médicos de esforço devem ser efetuados sempre na presença de um médico. Consubstanciando esta assertiva, anexamos dois pareceres que se mostram bem esclarecedores dessa exigência (Parecer CREMERJ nº69/98 e Parecer CFM nº 113/2002).

2) As taxas de Licença e Verificação, assim como o Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza incidem sobre o local onde se instala o serviço médico e, a existência e obrigatoriedade ou não destas taxas variam conforme o Município e conforme a equipe que administra o mesmo. A matéria é controversa embora no Parecer citado pelo consulente (Parecer CFM 19/89) e no Parecer CFM 141/87 seja questionada a cobrança da Taxa de Inscrição, Localização, Funcionamento ou Renovação e, reconhecida a cobrança do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza. Quanto à primeira é do entendimento que, sendo considerada inconstitucional, cabe a cada médico a iniciativa de impetrar mandato de segurança, nas esferas apropriadas, contra a mesma.

É o parecer.

Curitiba, 3 de agosto de 2008.

Luiz Ernesto Pujol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 93/2008

Protocolo CRMPR Nº 42/2008

Parecer CRMPR Nº. 1988/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2065, de 25/08/2008 - Câmara I

RECONHECIMENTO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Reconhecimento de Especialidade Médica pela Associação Médica Brasileira e Conselhos de Medicina.

Palavras-chave: título de especialista, reconhecimento, direito e critérios, anúncio, comissão de avaliação

ACKNOWLEDGEMENT OF SPECIALTY DIPLOMA

Key words: specialty diploma, acknowledgement, law and criteria, announcement, evaluation commission

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Sr. J. C. R. F., encaminha consulta com o seguinte teor:

“Prezados, Bom tarde. Solicito elaboração de parecer de Vossas Senhorias sobre o assunto abaixo exposto:

Sou advogado e tenho como cliente um médico servidor público chamado G. C. M., da classe II, referência 05, exerce a função de médico pediatra, contando com mais de 23 (vinte e três) anos de efetivo serviço para o governo do Paraná.

No dia 24 de março de 2008, o meu cliente protocolou o pedido de promoção por merecimento junto a comissão de avaliação de títulos do Governo do Paraná, com fulcro no artigo 3º, §1º, II, “b”, do decreto 1982/2007 (Doc. 02), abaixo transcrito.

“Art. 3º Para fins da promoção, considera-se título o critério utilizado para o instituto de desenvolvimento na carreira, dentre os previstos neste artigo.

(...)

§1º. Os títulos subdividem-se em critérios conforme segue:

I – Antiguidade.

(...)

II – Merecimento.

(...)

b) Para servidor que se encontre na classe II, critério de tempo, mínimo de 20 anos completos de efetivo exercício e titulação superior a graduação exigida para o ingresso e exercício de seu cargo e função, na forma de pós-graduação nas modalidades especialização, mestrado e doutorado, conforme legislação que rege a

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

matéria, **realizado por instituição de ensino legalmente reconhecida**, compatível com o exercício de seu cargo/função/atividade ou dentro da sua área de atuação.

(...)”

No entanto, sob a alegação de que o título apresentado para a promoção não se trata de título de especialização expedido e realizado por instituição de ensino legalmente reconhecida, teve seu pedido negado pelo Governo.

Assim, tendo em vista o acima citado, as leis vigentes, bem como o parecer do MEC, ora anexo, elabora as seguintes indagações:

1) Ao vosso entendimento, o título de especialista em Pediatria, conferido por concurso de prova pela AMB e SBP, ora anexo, bem como certificado concedido pelo Conselho Federal de Medicina teria status ou efeitos paras fins de promoção com base na lei acima referida?

2) A Cláusula Sétima, do Convênio AMB/CFM, celebrado entre o CFM, AMB e CNRM, dispõe o seguinte: A concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela CNRM dar-se-á em observância ao Art. 6º da Lei 6.932/81 (Art 6º Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão **títulos de especialistas** em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão **comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina**), que regulamenta a residência médica. Assim, Indaga-se: O título de especialista da AMB/SBP não constitui comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino, assim como o título de especialista outorgado pela CNRM?

3) Existe algum convênio entre a AMB e o MEC ou IES (instituição de ensino superior) para que os títulos concedidos pela AMB tenha validade acadêmica ou sejam equiparados à títulos concedidos por instituição de ensino legalmente reconhecida?

4) A AMB, a SBP ou a CFM pode ser equiparada a instituição de ensino legalmente reconhecida?

5) Qual seria a validade do título de especialização da AMB, feita através de concurso, sobretudo para fins acadêmicos?

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Fico no aguardo de seu parecer, bem como coloco-me à disposição para esclarecer eventuais dúvidas”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina reconhecem como médicos especialistas, aqueles profissionais que realizam o curso de aperfeiçoamento em RESIDÊNCIA MÉDICA, em instituição credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, órgão do Ministério da Educação do Brasil, e através de Título de Especialista emitido pela Sociedade de Especialidade Médica, sempre de conformidade com as Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Em resposta aos seus quesitos, tenho a aduzir:

1. O título de especialista em Pediatria, emitido pela Sociedade de Especialidade em Pediatria, amparada pelas normas do CFM/AMB tem efeito legal, sendo o médico reconhecido como especialista em Pediatria;
2. Respondida no quesito anterior;
3. O convênio existente entre o CFM/AMB/CNRM normatiza a emissão de título de especialista. (ver processo 23001.000422/98-30, onde consta como interessado o Conselho Nacional de Educação e o assunto é "especialização em área profissional").
4. Não
5. O título de especialista e, não o de especialização, emitido pela Associação Médica Brasileira, através de sua Sociedade de Especialidade, tem valor legal para o devido registro de médico especialista junto aos Conselhos Regionais de Medicina.

É o parecer.

Curitiba, 30 de outubro de 2008.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 147/2008

Protocolo CRMPR N° 16937/2008

Parecer CRMPR N°. 2018/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2110, de 10/11/2008 - Câmara I.

O MÉDICO PODE PRESCREVER QUALQUER MEDICAMENTO OFICIALMENTE REGISTRADO

Monica De Biase Wright Kastrup*

EMENTA - A partir do registro no Conselho Regional de Medicina, o médico pode exercer quaisquer atividades na área de diagnóstico e tratamento, independente de ter ou não um título de especialista.

Palavras-chave: prescrição médica, erro, interpretação

A PHYSICIAN CAN PRESCRIBE ANY OFFICIALLY REGISTERED DRUG

Key words: medical prescription, error, interpretation

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante Dr. A. B. Jr. Encaminha consulta com o seguinte teor:

“Caros Senhores. Eu e minha esposa somos médicos, especialistas em Oftalmologia, regularmente inscritos no CRM do Paraná, sob o nº XXXX e XXXX, respectivamente.

Temos a seguinte dúvida: Existe alguma medicação de uso interno que nós, médicos, não podemos prescrever?

Estamos fazendo esse questionamento, pois nessa semana a farmacêutica de um estabelecimento comercial se recusou a fornecer o medicamento prescrito, em receituário próprio, alegando que minha esposa era oftalmologista e segundo a ANVISA ela não poderia prescrever esse tipo de medicação. O fármaco em questão era a sibutramina.

Gostaríamos de saber qual é o parecer do Conselho em relação a este fato ocorrido. Ficamos muito surpresos pois antes de sermos oftalmologistas, somos médicos!

Agradecemos antecipadamente”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Lei 3.268/1957 que regulamenta a profissão médica deixa claro que o exercício da Medicina só é permitido a partir de registro do Diploma de Graduação

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

Médica, reconhecido pela Lei Brasileira, no Ministério da Educação e Cultura, com sua posterior inscrição no Conselho Regional de Medicina da jurisdição competente.

A partir deste registro, então, o médico pode exercer quaisquer atividades na área de diagnóstico e tratamento, **independentemente de ter ou não um Título de Especialista**. O que não é permitido, entretanto, é anunciar especialidade que não esteja registrada no CRM.

A partir destes esclarecimentos, observamos que houve um mal entendido na interpretação da farmacêutica, em relação às disposições da ANVISA, pois não é proibido a nenhum médico prescrever qualquer tipo de medicação. O desconhecimento demonstrado se refere à política atual de controle em relação ao abuso dos anorexígenos, principalmente aqueles derivados da anfetamina, o que suscitou a Resolução nº 58/ANVISA, de setembro de 2007, que está em vigência desde janeiro de 2008, com bastante rigor na fiscalização das equipes de Vigilância Sanitária Municipais e Estaduais. Provavelmente a desinformação foi a causadora do problema em pauta.

É o parecer.

Curitiba, 25 de agosto de 2008.

Monica De Biase Wright Kastrup
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 104/2008

Protocolo CRMPR N° 11482/2008

Parecer CRMPR N°. 1991/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2065, de 25/08/2008 - Câmara I.

EXPOSIÇÃO DE FOTOGRAFIAS DE PÓS-OPERATÓRIOS EM LIVROS

Monica De Biase Wright Kastrup*

EMENTA - Divulgação de procedimento de pré e pós- operatório em livro.

Palavras-chave: exposição fotográfica, ato cirúrgico, publicação, consentimento, cuidados, Sociedade de Cirurgia Plástica, resolução CFM nº 8977/2000

EXPOSURE OF POST-OPERATIVE PICTURES IN BOOKS

Key words: photographic exposure, surgical act, publication, consent, care, Plastic Surgery Society, Resolution of the Federal Medical Council # 8977/2000

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Dra A. Z. E. D. B., encaminha consulta ao CODAME, com o seguinte teor:

“Solicito ao Conselho Regional de Medicina a consulta sobre o uso de fotos pré e pós-operatórios em livro: “Menopausa”: O que você precisa saber abordagem prática e atual do período do climatério” dos autores: Sônia Maria Rolim Rosa Lima e Sheldon Rodrigo Botogoski, onde participo com capítulo sobre cirurgia plástica estética e reparadora.

O livro é endereçado a mulheres em época da menopausa, com procedimentos que podem ser realizados; preventivo e educativo dos problemas e soluções que podem ocorrer neste período.

Aguardo orientação para entrega do capítulo. Solicito urgência, devido a data limite de entrega ser para final do mês de agosto”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em 2000, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) encaminhou ao CFM 48 questionamentos sobre a divulgação de procedimentos frente a imprensa leiga e estas são respondidas no Processo Consulta CFM 8977/2000 pelo relator, Conselheiro Antonio G. Pinheiro. As respostas emitidas naquela ocasião destinam-se

* Conselheira Parecerista CRMPR.

a servir de parâmetro de orientação na divulgação de diversos assuntos polêmicos e na tentativa de dirimir dúvidas em relação aos temas mais discutidos em Cirurgia Plástica.

O primeiro dos temas polêmicos, coincidentemente, relacionava-se à “Publicação e Exposição de Fotos PRÉ e PÓS Operatórias na Imprensa Leiga”, exatamente o assunto que nos interessa nesta consulta e que é considerado pelo Conselheiro Relator daquele Parecer “um dos fatos de maior polêmica nos encontros da SBCP”, tendo como base “a presunção de finalidade educativa” daquela exposição de fotos, para que o tema fosse considerado ético. O relator encerra o tópico afirmando: “Cabe aqui, rigorosamente, a observação ao artigo 104 do Código de Ética Médica (C.E.M.), que veda ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas”

Entre as 48 questões relacionadas pela SBCP e respondidas no Processo Consulta supra citado, há várias referências ao assunto: permissão de publicação de fotos Pré e Pós, sendo sempre respondidas de forma **negativa**, por ferir a Ética Médica, sendo vedada pelo artigo 104 do C.E.M., permissão essa negada mesmo em vigência da autorização do paciente. Portanto, o uso da imagem do paciente é considerado imoderado e impróprio, pressupondo ainda “a intervenção disciplinadora dos órgãos competentes”, denominando este uso indevido de “publicidade camuflada”.

A Resolução CFM 1701/2003 em seu 3º artigo, alínea **g**, expõe que é vedado ao médico expor a figura de paciente seu como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com autorização expressa deste, **ressalvando o disposto no artigo 10 desta Resolução.**” (grifo nosso).

O artigo 10, supra citado, por sua vez, determina que “**nos trabalhos científicos em que a figura de paciente for imprescindível, o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal.**”

Tendo em vista o acima exposto, esta conselheira analisa os dois dispositivos que comandam o tema em epígrafe com os seguintes comentários:

1º) O Processo Consulta nº 8997/2000 se refere sempre a assuntos publicados em jornais ou revistas leigas ou aqueles divulgados em rádio ou televisão, não havendo referência a publicação em livros texto, de caráter informativo e educativo, portanto destinados a um público especial e de maior discernimento, como é o caso em pauta;

2º) A Resolução 1701/2003 é bem clara em seu artigo 10 quando diz que o médico pode, em situações bem definidas em que o médico não pode explicar os métodos utilizados sem a exposição da figura do paciente, esta poderá ser efetuada, desde que haja a permissão expressa do paciente.

Assim sendo, considerando haver impossibilidade de ilustrar uma forma de tratamento sem que seja realizada a exposição de fotos de paciente, sob a condição de que haja a autorização expressa dele, e somente nestes casos, a exibição de fotos poderá ser autorizada, desde que sejam utilizados meios para evitar a identificação do paciente, por exemplo, tarjas pretas limitando a exposição às áreas de interesse.

Finalizando, por se tratar de assunto extremamente delicado e polêmico, com algumas lacunas passíveis de interpretações conflitantes, esta parecerista aconselha grande prudência na divulgação do material a ser exibido no livro em pauta, para evitar interpretações errôneas.

É o parecer.

Curitiba, 25 de agosto de 2008.

Monica De Biase Wright Kastrup
Cons^ª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 115/2008

Protocolo CRMPR Nº 13670/2008

Parecer CRMPR Nº. 1992/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2065, de 25/08/2008 - Câmara I.

“Quem pretende castigar judiciosamente, não pune por causa de injustiça, que é coisa passada, pois, não consegue evitar o que está feito, mas castiga atendendo do futuro para que o culpado não torne a praticar injustiças e o seu castigo refreie aqueles que o presenciarem.”

Protágoras, in Dialogos

VASECTOMIA PARA ESTERILIZAÇÃO: NORMAS

José Clemente Linhares*

EMENTA - A decisão de realizar esterilização é tomada de maneira conjunta pelos cônjuges baseado em seu relacionamento, nos planos futuros e eventualmente em situações de agravo de saúde em que a gravidez possa ser um fator de piora de prognóstico.

Palavras-chave: esterilização, vasectomia, normas

RULES FOR STERILIZATION BY VASECTOMY

Key words: sterilization, vasectomy, rules

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. P. E. F., CRM XXXX, encaminha consulta com o seguinte teor:

“Sou urologista em Londrina, PR e gostaria de um parecer sobre a vasectomia na condição abaixo:

- 1- Casal sem filhos, não querem ter filhos, ambos com mais de 30 anos.
- 2- O homem tem 3 filhos de casamento anterior.
- 3- A esposa nunca engravidou, mas com antecedentes de câncer da mama e orientada pelo ginecologista a não engravidar.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Como regra a decisão de realizar esterilização é tomada de maneira conjunta pelos cônjuges baseado em seu relacionamento, nos planos futuros e eventualmente em situações de agravo de saúde em que a gravidez possa ser um fator de piora de prognóstico.

Quando o médico é chamado a opinar sobre questões que possam levar a decisões de caráter definitivo, deve ter o cuidado de expor aos clientes todos os aspectos positivos e negativos de modo a permitir que a decisão seja tomada com todas as informações disponíveis diminuindo o risco de arrependimento futuro.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Na situação fática, terá o médico que considerar a legislação pertinente, a autonomia do casal de decidir sobre seu planejamento familiar, o prognóstico de portadora de neoplasia maligna e o efeito da gravidez sobre o câncer da mama.

A Lei Nº 9263/96 em seu artigo 10, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Estabelece que:

A esterilização voluntária só é permitida nas seguintes condições:

I) Em homens com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;

A Resolução da SES 01/99 em seu artigo 1º diz em seu artigo 1º, item VII:

Somente será permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade com pelo menos dois filhos vivos.

Com relação ao câncer da mama e gravidez subsequente há que se ter em mente que historicamente se considerava que a gravidez futura pudesse favorecer recorrências e progressão da doença. No entanto este conceito caiu por terra, estando bem estabelecido que a gravidez não influencia o prognóstico de mulheres tratadas previamente por câncer da mama, inclusive Petrek (1991) mostrou maior sobrevida no grupo de pacientes que engravidaram quando comparado ao grupo controle.

CONCLUSÃO

Portanto, no caso fático em discussão pode-se dizer que o homem tem sua situação com respaldo legal para a realização da vasectomia.

É recomendável que o médico assistente discuta todos os fatores prognósticos que possam afetar a esposa quanto a sua decisão de desejo gestacional.

Cabe ao casal, depois de adequadamente informado, utilizar-se de sua autonomia e livre arbítrio para tomar a melhor decisão quanto a seu futuro reprodutivo.

É o parecer.

Curitiba, 11 de dezembro de 2008.

José Clemente Linhares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 162/2008

Protocolo CRMPR Nº 18020/2008

Parecer CRMPR Nº. 2026/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2132, de 15/12/2008 - Câmara II.

O MÉDICO ESTÁ LEGALMENTE HABILITADO A SER PERITO E AUDITOR

José Clemente Linhares*

EMENTA - O médico está legalmente habilitado a realizar perícias e auditorias independentemente de ser especialista na área considerada para a perícia.

Palavras-chave: legalidade, auditor, perito, especialidade

A PHYSICIAN IS LEGALLY QUALIFIED TO BE AN EXPERT AND AUDITOR

Key words: legality, auditor, expert, speciality

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. J. G., advogado, questiona a posição do Conselho sobre a validade de laudo médico pericial emitido por médico não especialista na área.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Sobre esta questão já se manifestou o CREMESP em sua resolução 126/2005, cujo artigo primeiro prevê que: "Perito médico é a designação genérica de quem atua na área médica legal, realizando exame de natureza médica em procedimentos administrativos, e processos judiciais, securitários ou previdenciários; atribuindo-se esta designação ao médico investido por força de cargo/função pública, ou nomeação judicial ou administrativa, ou ainda por contratação como assistente técnico das partes".

A mesma resolução determina no artigo 4º que: "O exame médico pericial deve ser pautado pelos ditames éticos da profissão, levando-se em conta que a relação perito/periciando não se estabelece nos mesmos termos da relação médico/paciente".

O código de ética médica por sua vez, no artigo 118 diz ser vedado ao médico: "Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e competência".

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

A Lei 3268 de 30 de setembro de 1957 no artigo 17 prevê: “Os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade”.

Este Conselho, através do ilustre conselheiro Wadir Rúpulo já se manifestou sobre esta questão no Parecer Nº 161/2001 de onde se extrai ser considerado perito aquele que é sabedor ou especialista em determinado assunto e que é nomeado por uma autoridade para realizar exame ou vistoria. Continua dizendo ser o profissional a ser designado, no caso em questão, primeiramente médico e secundariamente especialista na área, tendo a função de avaliar o homem no seu todo. Acrescenta ainda o nobre Conselheiro que por exercer o cargo de médico perito entende-se preencher os deveres, as funções ou obrigações inerentes a ele. Salienta ainda que embora a especialidade na Medicina pretenda determinar um maior conhecimento na área designada, isto não impede que o médico que não detenha a especialidade não possua os mesmos conhecimentos técnicos.

Do exposto podemos responder ao consulente que o médico está legalmente habilitado a realizar perícias e auditorias independentemente de ser especialista na área considerada para a perícia.

É o parecer.

Curitiba, 05 de dezembro de 2008.

José Clemente Linhares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 158/2008

Protocolo CRMPR Nº 17862/2008

Parecer CRMPR Nº. 2027/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2132, de 15/12/2008 - Câmara II.

APLICAÇÃO DE MEDICAMENTO IM/EV NA EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS

Wilmar Mendonça Guimarães*

EMENTA - Recusa de se aplicar medicamentos IM ou EV prescritos por médico do corpo clínico quando este atua em seu consultório fora do plantão hospitalar.

Palavras-chave: aplicação de injeção, emergência hospitalar, prescrição externa, médico do corpo clínico

INTRAVENOUS AND INTRAMUSCULAR DRUG ADMINISTRATION IN HOSPITAL EMERGENCY ROOMS

Key words: injection administration, hospital emergency, external prescription, member of the clinical staff

CONSULTA

Em documento encaminhado via e-mail ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. K. L. S., encaminha consulta com o seguinte teor:

“Sou pediatra, membro efetivo do corpo clínico dos dois hospitais C. C. e Hospital U. Paciente de meu consultório particular, quando precisam medicação IM ou EV são por mim encaminhados ao PA de um dos dois hospitais para a aplicação. Há dois meses, tem havido recusa no hospital da U.. Um hospital pode recusar a aplicação de medicação IM ou EV por médico do próprio corpo clínico? Se recusar o receituário médico não presente fisicamente, porque aceita a prescrição médica de meu paciente internado se também não estou presente fisicamente?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA colocou em consulta pública nº. 69 de 11.07.2007 publicada no DOU em 13.07.2007 e um novo Regulamento Técnico de Boas Práticas Farmacêuticas em Farmácias e Drogarias. Desde então apesar de haver expirado o prazo, ainda não houve consolidação e emissão da lei em Diário Oficial. Mas em consequência, as farmácias passaram a aplicar o que está sugerido na consulta pública que recomenda que só deva aplicar medicação intravenosa, o estabelecimento que estiver equipado e preparado para atendimento de para-efeitos graves como reações alérgicas sistêmicas decorrentes da medicação.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Deste modo houve migração destas aplicações que antes eram feitas em estabelecimentos farmacêuticos para ambulatórios de clínicas e hospitais. Na referida regulamentação o farmacêutico estaria doravante autorizado a administrar medicação intradérmica, intramuscular e subcutânea.

Quando são encaminhados pacientes que não pertencem a seu corpo de clientes se evocam questionamentos. Os hospitais teriam pessoal, área física designados para estas tarefas? Como seria feito o ressarcimento destes serviços? Como se definiriam as responsabilidades por eventuais para efeitos que a aplicação possa suscitar? Que obrigatoriedade efetivamente se lhes recai para assumir? Estas questões devem ser discutidas na reunião do corpo médico e acordado com a direção administrativa e técnica.

O Hospital deve manter seu Corpo Clínico estruturado, definindo no Regimento Interno as competências deste as atribuições dos Diretores Técnico e Clínico, e também os deveres e direitos dos médicos; tais regimentos internos farão constar terem os médicos o dever de cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição em que trabalham, sem perder a autonomia profissional e tendo por estatuto principal o Código de Ética Médica.

Quando eventualmente um paciente com história pregressa que indique risco potencial para determinada medicação, medidas de cautela são justificáveis para se fazer isto de modo cuidadoso.

Os hospitais estão equipados com materiais e pessoal para procedimentos e tratamentos médicos que não sejam passíveis de serem realizados em regime ambulatorial e ou quando não seja seguro para os pacientes a sua aplicação de outro modo.

Alguns realizam aplicações de medicamentos como quimioterapia anti neoplásica fora de ambientes hospitalares com segurança. O hospital, porém pode deliberar autonomamente não realizar aplicações de medicamentos para pacientes externos, fora da característica urgência/emergência ainda que prescrito por médicos de seu corpo clínico. Esta é uma decisão administrativa. Caso decida fazê-lo, eventualmente poderia solicitar a presença do prescritor para acompanhamento da aplicação quando se tratar de medicação que considere, possa encerrar risco adicional para um paciente específico.

É o parecer.

Curitiba, 07 de janeiro de 2009.

Wilmar Mendonça Guimarães
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 072/2007

Protocolo CRMPR N° 12736/2007

Parecer CRMPR N°. 2028/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2136, de 12/01/2009 - Câmara I.

ALGUMA DEFICIÊNCIA PODE TORNAR INCOMPATÍVEL A FORMAÇÃO DE UM MÉDICO?

Luiz Sallim Emed*

EMENTA - O deficiente classificado para o curso de medicina da UFPR deverá ser submetido à exame por equipe multiprofissional e posteriormente emitir laudo quanto à possibilidade de freqüentar o curso. Será necessário individualizar cada situação para definir se o candidato reúne condições ou funções orgânicas de ser aprovado nas disciplinas do curso médico e depois exercer a Medicina.

Palavras-chave: formação médica, incompatibilidade curricular, deficiência prévestibular, exercício da medicina

DOES ANY DEFICIENCY MAKE MEDICAL FORMATION INCOMPATIBLE ?

Key words: medical formation, curriculum incompatibility, deficiency for university entrance exam

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente Dra C. R., Coordenadora do Curso de Medicina da UFPR, solicita informação, sob o ponto de vista legal, em relação à formação do médico, se existe alguma deficiência que seja incompatível com o exercício da Medicina.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em resposta ao ofício Nº 435/2008 SD/CMED, com referência a Resolução Nº 70/08 do Conselho Universitário da UFPR onde estabelece que em todos os cursos da UFPR tenha que disponibilizar uma vaga para pessoas deficientes temos a considerar:

A decisão do Conselho Universitário da UFPR, tomou esta decisão possivelmente com base em decreto lei de 1.999 que estabelece aos cidadãos com deficiência direito a saúde, educação, reabilitação, transporte e outras atividades sem qualquer tipo de discriminação ou constrangimento. O decreto busca o respeito e a integração do deficiente em ações de cidadania pela nossa sociedade.

Apresento parte do decreto relacionado mais ao interesse da consulente.
Decreto 3298 de 20 de dezembro de 1999.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Seção I da SAUDE:

Os artigos 16 ao 23 da seção saúde estabelecem as orientações e normativas para os portadores de algum tipo de deficiência.

O artigo 39 do decreto estabelece o que deve conter os editais dos concursos públicos. O candidato portador de deficiência deverá apresentar no ato de inscrição, laudo médico atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência com expressa referencia ao CID, bem como a causa da provável deficiência.

O artigo 43 estabelece que:

O órgão responsável pela realização do concurso terá a assistência de equipe multiprofissional composta de três profissionais capacitados e atuantes nas áreas das deficiências em questão, sendo um deles medico e três profissionais integrantes a carreira almejada pelo candidato.

A equipe multiprofissional emitira parecer observando:

1. As informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição
2. A natureza das atribuições e tarefas essenciais do cargo ou da função a desempenhar

3. O CID e outros padrões reconhecidos nacional e internacionalmente

A comissão multiprofissional tem o poder de definir se a limitação física ou mental possa incapacitá-lo para o exercício da medicina. Se o decreto estabelece que nenhum candidato com algum tipo de deficiência poderá ser discriminado, no entanto, o seu direito individual não pode prevalecer sobre o direito coletivo, nem a sua vontade de ser médico; poderá expor a sociedade a algum tipo de risco em decorrência da sua deficiência. Como exemplo, podemos citar o cidadão que deseja ser piloto de avião, mas se não reunir condições de saúde para tal, estará impedido para esta atividade profissional. Não se trata de discriminação, mas de pré requisitos indispensáveis para o exercício de determinadas profissões. Da mesma maneira deverá ser em relação à medicina.

Não é possível apontar ou enumerar, neste parecer quais as deficiências que não permite o pleno exercício da medicina. Será necessário individualizar cada situação para definir se o candidato reúne condições ou funções orgânicas de ser aprovado nas disciplinas do curso medico e depois exercer a Medicina.

Encaminhamos em anexo o decreto 3298/99 e pareceres do CFM e de conselhos regionais.

É o parecer.

Curitiba, 13 de novembro de 2008.

Luiz Sallim Emed
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 150/2008

Protocolo CRMPR N° 16970/2008

Parecer CRMPR N°. 2031/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n° 2137, de 19/01/2009 - Câmara II.

MEDICAMENTO CONTROLADO: RESPONSABILIDADE DE FORNECIMENTO E PRESCRIÇÃO NA DEPENDÊNCIA

Monica De Biase Wright Kastrup*

EMENTA - Medicamento controlado-Dependência química.

Palavras-chave: medicamento controlado, dependência química, responsabilidade, risco/indução, instituição distribuidora, dependência

CONTROLLED MEDICINES: RESPONSIBILITY FOR PRESCRIPTION AND SUPPLY FOR ADDICTS

Key words: controlled medicines, chemical dependency, responsibility, risk/induction, supplying institution, dependency

CONSULTA

Trata-se de consulta encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, pelo Dr. A. C. N. C., CRMPR Nº XXXX, Coordenador da Auditoria Médica do Instituto Curitiba Saúde (ICS) da Prefeitura Municipal de Curitiba, com o seguinte teor:

“Uma beneficiária do ICS da prefeitura Municipal de Curitiba tem procurado serviços de Pronto Atendimento contratados pelo ICS e nestes atendimentos tem recebido a administração do medicamento Meperidina em razão de dor anal crônica de etiologia ainda não totalmente definida. A frequência destes atendimentos tem sido, em média, mais de 20 ‘consultas emergenciais’ por mês, habitualmente no mesmo hospital. No mês de novembro/2008, detectamos 24 consultas.”

Tendo em vista as fortes evidências de dependência química, gostaríamos de ter os seguintes esclarecimentos:

1) O ICS, enquanto instituição, pode ser co responsabilizado pelo risco/indução de dependência química?

2) Embora alguns profissionais médicos que prestam atendimento pelo ICS tenham recomendado à paciente tratamento especializado para dependência química, a mesma recusou estas recomendações.

3) De que forma o ICS pode encaminhar a paciente para este tratamento?

4) O ICS pode, de alguma forma, impedir o atendimento em serviço de pronto atendimento quando caracterizado que o objetivo seja a administração da referida droga?”

* Conselheira Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Concordamos com o Dr. A. C. N. C. de que há fortes indícios de se tratar de um caso de dependência química e, portanto, desejamos fazer algumas considerações a respeito:

Trata-se de uma doença psicológica, tão ou mais grave do que uma doença orgânica, cujo atendimento é obrigatório, sob pena de se incorrer em omissão de socorro. Aliás, os pacientes dependentes químicos são muito hábeis em conseguir os medicamentos de que necessitam, recorrendo aos mais arditos artifícios para os conseguir.

Não se pode esquecer, porém, que “O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (Art. 2 - CEM).

E também que “O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle de riscos inerentes ao trabalho” (Art. 12), isto é, para tratar a dor não pode promover um dano maior, o qual seria a dependência química.

Além disso, “O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da Medicina” (Art. 17) e “Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente” (Art. 16).

Os artigos anteriormente citados foram coletados do Capítulo I – Princípios Fundamentais – do Código de Ética | Médica. Anotamos mais alguns, que se adaptam ao questionamento:

Art. 28 – “É direito do médico, recusar a realização de atos médicos que embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.

Art. 56 – “É vedado ao médico, desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de eminente perigo de vida”.

O nosso Código de Ética funciona como uma “Carta Magna”, que rege toda atuação ética em Medicina e seus ditames são bem claros, quando orientam a atividade profissional em sua linha Ética.

Respondendo aos dois primeiros questionamentos, entendo ser dever da instituição proteger a paciente e, para tanto, convocá-la para que se apure a existência real da síndrome de dependência e a possibilidade de diagnosticar a causa da dor anal, assim sendo, encaminhá-la para um profissional que a acompanhe. As tentativas anteriores, que foram frustradas, eliminam esta responsabilidade dos médicos assistentes, passando esta a ser da Direção Médica da Instituição, uma vez que há a suspeita de uma ocorrência patológica grave associada. Facilitaria esta investigação se a paciente pudesse ser encaminhada para hospitalização em conjunto com a Direção Clínica do hospital apontado.

Quanto ao terceiro questionamento, conforme apontado pelo artigo nº 16, do CEM, os médicos não poderão ser obrigados a limitar sua escolha de tratamento, por nenhuma disposição estatutária, desde que, naquele momento da consulta, acharem por bem determinar aquela escolha. Entretanto, tendo sido confirmado o diagnóstico de dependência química, por se tratar de benefício da paciente, tal impedimento deverá ser determinado, por se tratar de risco à saúde e para a proteção da paciente.

É o parecer.

Curitiba, 26 de janeiro de 2009.

Monica De Biase Wright Kastrup
Cons^ª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 170/2008

Protocolo CRMPR Nº 19481/2008

Parecer CRMPR Nº. 2034/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2138, de 26/01/2009 - Câmara III.

“Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei.”

(Art. 5º, Inc. II, da Constituição Federal).

=0=0=0=

Ninguém se excusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece.”

(Art. 3º da Lei de Introdução do Código Civil.)

=0=0=0=

“A ignorância ou a errada compreensão da lei não eximem de pena.”

(Art. 16 da redação anterior do Código Civil)

=0=0=0=

“Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”

(Art. 15 do Código Civil)

RESPONSABILIDADE PELO SERVIÇO DE ORTOPEDIA

Romeu Bertol*

EMENTA - Serviço de atendimento ortopédico – remuneração médica.

Palavras-chave: ortopedia, remuneração, responsabilidade

RESPONSIBILITY FOR THE ORTHOPAEDIC SERVICE

Key words: orthopaedics, wages, responsibility

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. D. I. S. F. encaminha consulta com o seguinte teor:

“Sou ortopedista no interior do Paraná, em cidade de aproximadamente 180.000 habitantes. Até pouco tempo, nós (5 ortopedistas) atendíamos em um plantão do município para ortopedia e quando os casos eram de emergência, eram levados para o hospital e tratamento subsequente.

Trabalho em hospital filantrópico e outras 2 unidades particulares, mas que atendem SUS. Há alguns dias o prefeito suspendeu o atendimento de ortopedia, segundo o secretário de saúde, o município não era responsável pelo atendimento das especialidades e sim os hospitais diretamente ou o estado. Os casos ortopédicos passaram a ser encaminhados direto dos postos de saúde para os hospitais, e estes, que não possuem escala de plantão de ortopedistas, imploram pelo atendimento ou senão vão chamar o promotor de justiça. A situação ficou desconfortável, pois não existem mais dias tranquilos e precisamos muitas vezes nos esconder. A dúvida pela qual eu escrevo é, de quem é a responsabilidade pelo serviço de atendimento ortopédico? Do hospital, do estado ou do município. Quem deve gerar esta estrutura? E nos ortopedistas, devemos trabalhar de graça, estar à disposição o tempo todo? Obrigado pela atenção, e desde já agradeço e solicito que a resposta ao primeiro quesito sobre a responsabilidade é a principal”.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Lei Nº 8080 de 19/09/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências.

Nas disposições gerais vê-se que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, e estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços.

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o SUS.

A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar.

Prosseguindo na leitura encontra-se no artigo 18 da já referida lei, que compete à direção municipal do SUS – Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual. Celebrar contatos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução. Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

O Código de Ética Médica em seus princípios fundamentais afirma que o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa, e não é obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente, mais ainda, é direito do médico suspender sua atividade, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não a remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência.

CONCLUSÃO

Pelo que se viu no Código de Ética Médica e nas leis que regulam o SUS, cabe aos gestores federais, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde a organização, planejamento, controle, avaliação, gestão e execução dos serviços públicos de saúde. As três esferas de poder devem agir de forma articulada entre si.

Assim respondendo diretamente ao consulente pode-se afirmar que é função do gestor a organização dos serviços de forma a atender a população de forma disposta na lei, isto é, atender a todos os cidadãos em condições de igualdade.

Não é atribuição do médico a organização e a gestão dos serviços. Quanto aos hospitais públicos ou privados contratados pelo SUS estes devem

cumprir com o disposto nos contratos, isto é oferecer os serviços a que se dispôs a prestar quando a contratualização.

Por fim o médico como qualquer outro trabalhador deve ser remunerado de forma justa pelo seu trabalho. Não se admite o trabalho gratuito salvo quando for feito forma voluntária. Logo é justa e devida a remuneração por plantões, sobreaviso, disponibilidade, como dispõe resolução do CFM.

É o parecer.

Curitiba, 29 de janeiro de 2009.

Romeu Bertol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 004/2009

Protocolo CRMPR N° 17950/2008

Parecer CRMPR N°. 2036/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n° 2139, de 02/02/2009 - Câmara II.

***Depois não diga que não sabia.
Leia e coleccione os
Arquivos do Conselho Regional
de Medicina do Paraná.***

DIFERENÇA ENTRE LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO

Marília Cristina Milano Campos*

EMENTA - Diferença entre atestado e laudo médico.

Palavras-chave: conceito, laudo médico, atestado médico, parecer, declaração

DIFFERENCE BETWEEN MEDICAL REPORT AND MEDICAL ATTESTATION

Key words: concept, medical report, medical attestation, expert opinion, declaration

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante Sr. E. S. B., encaminha consulta com o seguinte teor:

“Peço a Vs^ª a diferença entre atestado e laudo, devido ao processo que está na 3^ª Vara de Família de Curitiba, aonde, peço a guarda paterna.

Desde já agradeço”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Por definição, documentos médico-legais são informações escritas, por um médico, por qualquer razão, em que matéria médica de interesse jurídico é relatada. São obrigatoriamente emitidos por profissionais habilitados, na forma da legislação vigente e que praticaram os atos médicos específicos.

Os principais documentos médico-legais são: laudo, parecer, atestados e declarações.

Quando o documento médico-legal é o resultado do pedido de pessoa interessada é designado atestado ou parecer. Se for em cumprimento a encargo definido pela autoridade competente é designado como laudo, isto é, é a descrição minuciosa de uma perícia.

A estrutura padrão do laudo consiste em: Preâmbulo, quesitos, histórico, descrição, discussão, conclusão e resposta aos quesitos. Deve ser claro, mesmo a leigos, procurando sempre explicar os conceitos médicos emitidos, se houver possibilidade de não entendimento. É sempre parecer escrito de árbitro ou perito em

* Conselheira Parecerista CRMPR.

toda a perícia realizada. É um relatório de quadro clínico e sua evolução. Deve haver uma descrição de todos os sinais e sintomas, os resultados dos exames realizados, o tratamento adotado, a evolução apresentada e esperada pelo paciente.

Segundo a Professora Maria Helena Diniz, em seu Dicionário Jurídico, Laudo em Direito Processual é o parecer escrito de árbitro ou perito, expondo a perícia realizada, respondendo aos quesitos propostos pelo magistrado ou pelos interessados e consignando o resultado de um exame pericial. Laudo Judicial é o parecer escrito e fundamentado do perito sobre a matéria submetida à sua apreciação, contendo exposição das objeções e ocorrências da diligência, respondendo aos quesitos formulados e apresentando suas conclusões.

Já atestado médico, é uma afirmação simples e por escrito de um fato médico e suas conseqüências.

Não se exige maior formalidade para sua obtenção, bastando que o interessado o solicite ao profissional que tenha praticado o correspondente procedimento médico. Deve ser sempre emitido seguindo as normas emanados de Resolução CFM 1658/2002, que segue em anexo.

Os atestados podem ser para fins previdenciários e similares, atestados para intervenção compulsória; atestados para abonos de faltas laborais ou escolares, atestados de aptidão física, atestados de comparecimento à consulta médica (também chamados de declaração de comparecimento) e o mais complexo de todos, que é o atestado de óbito.

É o parecer.

Curitiba, 05 de maio de 2008.

Marília Cristina Milano Campos
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 53/2008

Protocolo CRMPR Nº 7048/2008

Parecer CRMPR Nº. 1936/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2023, de 05/05/2008 - Câmara I.

Referência:

Segundo o Dicionário Jurídico, da Professora Maria Helena Diniz:

Atestado Médico: Medicina Legal. 1. Declaração escrita de médicos atestando um estado mórbido ou a sanidade (Velooso de França). 2. Afirmação verídica feita por profissional, certificando um fato médico e suas conseqüências, desde que tenha examinado o paciente ou dele cuidado. Urge lembrar que há proibição legal de exigência de atestado de gravidez e esterilização para fins admissionais ou de permanência da relação empregatícia. O atestado médico pode ser: A) Administrativo,

se exigido por autoridade administrativa atestando vacinação variolosa, sanidade física e mental para acesso em repartições públicas e escolas; B) Judiciário, se requisitado pelo órgão judicante, como aquele em que os jurados atestam suas faltas no Tribunal do Juri, justificando-as: C) Oficioso, se pedido por qualquer pessoa para atender a interesses particulares, justificando suas faltas na escola, no trabalho, etc”.

ANEXO

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002

Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados ao atestado médico;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua a Lei n.º 605, de 5 de janeiro de 1949, no parágrafo 2º de seu artigo 6º, referindo-se à comprovação de doença;

CONSIDERANDO o que determina a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, acerca de licença - para tratamento de saúde, licença à gestante, licença-paternidade, licença por acidente em serviço e licença por motivo de doença em pessoa da família;

CONSIDERANDO o definido no Decreto n.º 3.048/99, alterado pelos Decretos n.ºs 3.112/99 e 3.265/99, que aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências;

CONSIDERANDO os artigos 38, 44, 45 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o artigo 8º do Código de Ética Médica determina que o médico não pode submeter-se a restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros, está sujeito às penas da lei;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO que somente os médicos e odontólogos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nºs 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 e resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás, Amazonas, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13.12.2002,

RESOLVE:

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

a- especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;

b- estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

c- registrar os dados de maneira legível;

d- identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1º Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

Art. 5º Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art. 6º Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do caput do artigo.

§ 2º O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§ 3º O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§ 4º Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 7º O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art. 8º Revogam-se as Resoluções CFM nºs. 982/79, 1.484/97 e 1.548/99, e as demais disposições em contrário.

Art. 9º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação

Brasília, 13 de dezembro de 2002

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

ERRATA - Na revista nº 100, pág. 250.

Publicamos artigo sob o título “Primeiro Médico Paranaense”, Dr. Manoel Pedro Santos Lima. O histórico do artigo sobre o Dr. Manoel Pedro está correto, porém, ele foi o segundo médico paranaense, sendo o primeiro o Dr. José Francisco Corrêa aqui citado na página 56. Ambos eram lapeanos. Pedimos desculpas pela inversão e inadequada informação.

HONORÁRIO DO PÓS-OPERATÓRIO

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Cobrança de honorários médicos de pacientes em pós-operatório.

Palavras-chave: pós operatório, honorário, CBHPM, "taxa pós-operatória"

POST-OPERATIVE FEES

Key words: post-operative, fees, CBHPM, post-operative tax

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, O consulente Dr. G. F. K., encaminha consulta com o seguinte teor:

Em nossa região é comum que alguns cirurgiões cobrem de pacientes **particulares** no momento da contratualização do procedimento cirúrgico taxa de **"acompanhamento pós-operatório"**, sendo a mesma normalmente superior ao valor cobrado pelo procedimento cirúrgico pela parte do cirurgião. Meus questionamentos:

1. É ético tal cobrança visto que o CFM em resolução n. 1673/02 resolve: Artigo 1º. Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, **para o sistema de saúde complementar**, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo em suas instruções gerais e valores, visto que nem no rol de procedimentos da CBHPM e nem na tabela AMB 92 comporta tal taxa ?

2. Sendo o ato operatório o principal exercício pelo cirurgião, é **ético e justo** que o mesmo cobre de seu paciente valor para "acompanhamento" maior que o cobrado pela cirurgia ?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em atendimento aos seus questionamentos, tenho a aduzir:

1. A elaboração do rol de procedimentos médicos da CBHPM é totalmente ética, servindo de balizador das nossas condutas dentro do plano assistencial junto às Operadoras de Saúde e Cooperativas Médicas. Em 2003, entendia-se como uma

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

remuneração digna dos serviços profissionais. Hoje, seis anos se passaram sem as correções permitidas e repassadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não chegando aos médicos tais correções, tornando-a novamente defasada. **É imperativo, que se entenda, que a CBHPM não atende as condições de atendimento realizado de forma particular.** Nestas condições, é mister, conforme manda a **lei do consumidor**, que o acordo entre as partes, médico e paciente, se estabeleça de forma harmônica e clara no que concerne ao ato a ser praticado e os **valores globais**. Deve ser estabelecido dentro do próprio consentimento prévio informado;

2. O ato cirúrgico tem no pós-operatório, o seguimento natural do procedimento que se estabeleceu como norma terapêutica, não devendo ser entendido como um ato em separado, mas como um único ato.

É o parecer.

Curitiba, 05 de fevereiro de 2009.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 92/2008
Protocolo CRMPR Nº 109/2008 (Foz do Iguaçu)
Parecer CRMPR Nº. 2038/2009
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2140, de 09/02/2009 - Câmara I.

Código Civil - Art. 159

Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado reparar o dano.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A RESPONSABILIDADE DE HORÁRIO DE ABERTURA SEM O MÉDICO E A ENFERMEIRA PLANTONISTA

Romeu Bertol*

EMENTA - Unidade de Saúde da Família – horário de funcionamento.

Palavras-chave: unidade de saúde, horário de abertura, presença dos plantonistas, responsabilidade

FAMILY HEALTH UNIT AND RESPONSIBILITY FOR OPENING TIME IN ABSENCE OF THE NURSE AND PHYSICIAN ON DUTY

Key words: health unit, opening time, presence of team on duty, responsibility

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante Dr. A. M. S., encaminha consulta com o seguinte teor:

“As unidades de saúde da família de Foz de Iguaçu iniciam seu funcionamento às 7h30 mas existe a expectativa de abri-las às 7h, sem a presença de médico(a) ou enfermeiro(a), para iniciar trabalho administrativo e aferir sinais vitais de quem deseja consulta.

Qual a responsabilidade legal quando o recepcionista e auxiliar de enfermagem abrem a unidade de saúde da família 30 minutos antes dos médicos e enfermeiros chegarem. E se ocorrer alguma emergência nesse período de tempo”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Nos princípios e diretrizes consta no art 7º que cabe ao gestor “divulgar informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário”

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

No capítulo III onde dispõe sobre a organização, direção e da gestão dos serviços no art. 18º lê-se que “compete a direção municipal do SUS planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

Mais ainda, a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 define como atribuições específicas do médico da ESF, realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano;

Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;

Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico cirúrgicas e procedimentos diagnósticos, entre outras...

CONCLUSÃO

Pelo exposto anteriormente pode-se afirmar que é competência e atribuição do gestor, no caso o secretário municipal de saúde, organizar e gerir os serviços de saúde do SUS.

Logo cabe-lhe, definir o horário de funcionamento das US tendo em vista atender as necessidades da população. Também é sua atribuição divulgar informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário. Daí depreende-se que é atribuição do gestor informar aos usuários que a US da ESF não é uma unidade destinada a atender emergências e que é seu dever divulgar quais os serviços que devem ser procurados pelos pacientes em caso de urgência emergência – Prontos Socorros, Samu, Siate e hospitais conveniados aos SUS. Ressalva-se que pacientes que chegarem a USF em sofrimento agudo ou risco de morte, devem ser assistidos até que se providencie remoção para serviço adequado para prosseguir o atendimento.

Assim pode-se concluir que não cabe imputar responsabilidade ao médico pelos eventos que ocorram antes do início do seu turno de trabalho. Deve o médico cumprir o que dispõe seu contrato de trabalho e determinações do gestor desde que estejam de acordo com a legislação vigente e preceitos éticos.

É o parecer.

Curitiba, 05 de fevereiro de 2009.

Romeu Bertol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 07/2009

Protocolo CRMPR Nº 18881/2008

Parecer CRMPR Nº. 2039/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2140, de 09/02/2009 - Câmara I.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

Gerson Zafalon Martins*

Ementa - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Palavras-chave: CNES, CBO, diferenças, Ministério do Trabalho, áreas de atuação

BRAZILIAN OCCUPATION CLASSIFICATION

Key words: CNES, CBO, differences, Labor Ministry, performance areas

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. G. C. G. V., Diretor Clínico do Hospital E. G., solicita orientação de como proceder o seu registro no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Relata que a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba está confundindo a atividade (ocupação) com especialidade médica (título de especialista registrado no CRM). Ainda, que a Secretaria estabeleceu que os médicos só poderão utilizar a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de acordo com sua especialidade, o que traria problemas para o médico.

Faz, então, as seguintes perguntas:

- 1- Especialidade médica e CBO são as mesmas coisas e tem o mesmo valor e uso?
- 2- Estaria eu, médico impedido de exercer as atividades de médico por força desta ação administrativa?
- 3- É correto eu não poder cobrar honorários por um procedimento que faço e sou responsável, pelo fato de não ter CBO adequado?
- 4- É correto eu não poder cobrar meus honorários por um procedimento que faço e sou responsável, pelo fato de não ter título de especialista?
- 5- Pela Portaria do Ministério da Saúde, eu posso colocar até 4 CBOs, poderia órgãos públicos, me impedir de colocar estas ocupações nesta totalidade, limitando minha atividade profissional? Isso é constitucional?
- 6- Órgãos como secretarias municipais e estaduais de saúde não devem ter direção técnica conduzida por médicos que sejam responsáveis por estas ações equivocadas?

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

7- Um ginecologista devidamente titulado no CRM-PR, estaria se anunciando, divulgando de forma falsa, quando através das orientações do MS e coloca as ocupações (CBOs) no CNES, além de ginecologia, médico generalista, uma vez que faz atendimentos clínicos das complicações, mastologia, pois faz alguns procedimentos de mama, para poder receber os seus honorários?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Antes de responder aos questionamentos, são necessárias algumas considerações.

Primeiramente, a RESOLUÇÃO CFM N° 1.634/02, que dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina – CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, faz algumas definições:

Especialidade: Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade.

Área de atuação: Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

Já a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, de responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e uma classificação descritiva. Ela inventaria detalhadamente as atividades realizadas no trabalho, os requisitos de formação e experiência profissionais e as condições de trabalho. A função descritiva é utilizada nos serviços de recolocação de trabalhadores como o realizado no Sistema Nacional de Empregos - Sine, na elaboração de currículos e na avaliação de formação profissional, nas atividades educativas das empresas e dos sindicatos, nas escolas, nos serviços de imigração, enfim, em atividades em que informações do conteúdo do trabalho sejam requeridas.

Ocupação é um conceito sintético não natural, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais. O que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (autônomo, por exemplo).

» Ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas.

O título ocupacional, em uma classificação, surge da agregação de situações similares de emprego e/ou trabalho. Outros dois conceitos sustentam a construção da nomenclatura da CBO 2002:

» Emprego ou situação de trabalho: definido como um conjunto de atividades desempenhadas por uma pessoa, com ou sem vínculo empregatício. Esta é a unidade estatística da CBO.

» Competências mobilizadas para o desempenho das atividades do emprego ou trabalho.

O conceito de competência tem duas dimensões:

» Nível de competência: é função da complexidade, amplitude e responsabilidade das atividades desenvolvidas no emprego ou outro tipo de relação de trabalho.

» Domínio (ou especialização) da competência: relaciona-se às características do contexto do trabalho como área de conhecimento, função, atividade econômica, processo produtivo, equipamentos, bens produzidos que identificarão o tipo de profissão ou ocupação.

A nova estrutura proposta agrega os empregos por habilidades cognitivas comuns exigidas no exercício de um campo de trabalho mais elástico, composto por um conjunto de empregos similares que vai se constituir em um campo profissional do domínio x, y e z.

A unidade de observação é o emprego, dentro de um conjunto de empregos mais amplo (campo profissional), onde o ocupante terá mais facilidade em se movimentar.

Feito estes esclarecimentos, passo a responder aos quesitos formulados:

1- Especialidade médica e CBO são as mesmas coisas e tem o mesmo valor e uso?

R. Especialidade médica e CBO não são comparáveis, pois conforme a RESOLUÇÃO CFM N° 1.634/02, especialidade é o núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade.

Já a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, de responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro.

2- Estaria eu, médico impedido de exercer as atividades de médico por força desta ação administrativa?

R. Não existe impedimento do médico exercer as suas atividades consagradas na lei.

3- É correto eu não poder cobrar honorários por um procedimento que faço e sou responsável, pelo fato de não ter CBO adequado?

R. É legal e ético o médico receber pelos seus serviços.

4- É correto eu não poder cobrar meus honorários por um procedimento que faço e sou responsável, pelo fato de não ter título de especialista?

R. Não. Os Conselhos Regionais de Medicina não exigem que um médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da Medicina, podendo exercê-la em sua plenitude nas mais diversas áreas, desde que se responsabilize por seus atos e segundo a Resolução CFM n° 1.701/03, não as propague ou anuncie sem realmente estar neles registrado como especialista.

5- Pela Portaria do Ministério da Saúde, eu posso colocar até 4 CBOs, poderia órgãos públicos, me impedir de colocar estas ocupações nesta totalidade, limitando minha atividade profissional? Isso é constitucional?

R. Sendo a previsão legal do Ministério da Saúde de colocar até quatro ocupações, é correto que o médico registre este teto.

A Constituição Federal, no Art. 5º, XIII, prevê que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.

6- Órgãos como secretarias municipais e estaduais de saúde não devem ter direção técnica conduzida por médicos que sejam responsáveis por estas ações equivocadas?

R. De acordo com o Decreto nº 20.931/32, os estabelecimentos de saúde devem ser dirigidos por médicos designados Diretores Técnicos e que devem ser os seus principais responsáveis.

7- Um ginecologista devidamente titulado no CRM-PR, estaria se anunciando, divulgando de forma falsa, quando através das orientações do MS e coloca as ocupações (CBOs) no CNES, além de ginecologia, médico generalista, uma vez que faz atendimentos clínicos das complicações, mastologia pois faz alguns procedimentos de mama, para poder receber os seus honorários?

R. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 4 de outubro de 2000 e tem por finalidade fornecer orientações aos Gestores Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde, para realização do cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde ambulatoriais e hospitalares instalados no território nacional. O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde. E dispõe de um vasto conteúdo de informações, proporcionando ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade, imprescindíveis nos processos de planejamento em saúde, regulação, avaliação, controle e auditoria, bem como dar maior visibilidade ao controle social para o melhor desempenho de suas funções.

O registro na CBO não significa título de especialista e os registros de ocupações feitos pelos médicos não poderão ser anunciados como especialidades. Conforme respondido anteriormente, os Conselhos Regionais de Medicina não exigem que um médico seja especialista para trabalhar em qualquer ramo da Medicina, podendo exercê-la em sua plenitude nas mais diversas áreas, desde que se responsabilize por seus atos e não as propague ou anuncie sem realmente estar neles registrado como especialista.

É o parecer.

Curitiba, 27 de janeiro de 2009.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRM/PR Nº. 16/2009

Protocolo CRM/PR Nº 20091/2008

Parecer CRM/PR Nº. 2040/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2139, de 02/02/2009 - Câmara I.

MEDICINA FETAL E A ULTRASSONOGRAFIA

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - A área de atuação em Medicina Fetal garante titulação em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia ?

Palavras-chave: medicina fetal, ultrassonografia, especialização, laudo, anúncio

FOETAL MEDICINE AND ULTRASONOGRAPHY

Key words: foetal medicine, ultrasonography, specialization, report, announcement

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente Dra. C. T. O., encaminha consulta com o seguinte teor:

“1 - Qual a relação entre Medicina Fetal e Ultra-sonografia?

2 - Os médicos com especialidade em Medicina Fetal são qualificados à realização de exames de ultra-sonografia obstétricos (morfológico, transvaginal, Doppler, entre outros)?

3 - Há como se realizar de forma integral o exercício da Medicina Fetal sem a realização de exames ultra-sonografia?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os primeiros diagnósticos pré-natais para uma doença cromossômica foram realizados ao final da década de 60 do século passado.

A Medicina Fetal, partindo-se de indicação precisa, enseja uma série de técnicas delicadas de coleta de material fetal ou de seus anexos e, sobretudo, exames de laboratório específicos, necessitando de operadores de competência e habilitados. Quando do diagnóstico, exige-se de equipe multidisciplinar para estipular-se a conduta terapêutica e ética. Nem todo o obstetra está capacitado a fazer Medicina Fetal, embora faça parte da Obstetrícia. O Obstetra pode fazer parte da equipe de Medicina Fetal, pois se exige certas aptidões para realizar esta Área de Atuação. Exige-se deste Obstetra, para exercer esta Área de Atuação, além da formação adequada recebida em uma Instituição Oficial de Ensino Superior em *Ultrassonografia e Medicina*

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Fetal, estar em contato constante e permanente com o conjunto multidisciplinar necessário para a rotina diagnóstica (geneticistas, bioquímicos, pediatrias, fetopatologistas, etc) e ter aptidão justificada por um certo número de pacientes por ano. Nestes parâmetros é que reside a contingência de que nem todo o Obstetra está capacitado a fazer Medicina Fetal, principalmente, porque é necessário ter especialização ou área de atuação em Ultrassonografia. Podemos afirmar que se trata de pré-requisito absolutamente determinante.

Após está explanação, em relação as suas perguntas, tenho a aduzir:

1. Para se fazer na prática diária o exercício da Medicina Fetal ou se anunciar como tal, é necessário o Título de Especialista ou Área de Atuação em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia. O conhecimento na área de ultrassonografia, sem a titulação correspondente pode trazer eventuais cobranças de outra ordem (judiciais);

2. Não. Podem realizar tais exames, porém, não podem se anunciar ou serem anunciados como especialistas em Área de Atuação em Ultrassonografia Ginecológica e Obstétrica;

3. Não. É exigência formal já explícita no preâmbulo deste parecer.

Para a segurança da prezada colega, avaliando as titulações apresentadas em seu currículo médico, com formação universitária em Universidades de notório reconhecimento acadêmico, tomaria a liberdade de estimulá-la a realizar prova pela Sociedade da sua especialidade (Febrasgo), que certamente enriqueceria seu currículo, e lhe daria a segurança para eventuais cobranças de outra ordem.

É o parecer.

Curitiba, 16 de fevereiro de 2009.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 088/2008

Protocolo CRMPR N° 8818/2008

Parecer CRMPR N°. 2042/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2143, de 16/02/2009 - Câmara I.

CONCEITO DE CONSULTA DE RETORNO OU RECONSULTA

Roseni Teresinha Florêncio*

EMENTA - A consulta de retorno deve ser considerada quando ela complementar o atendimento inicial, servindo para avaliar exames solicitados e resposta ao tratamento prescrito. Outra situação clínica não relacionada ao atendimento inicial poderá gerar uma nova consulta. Nos tratamentos prolongados, cada consulta poderá ser cobrada; essas consultas periódicas podem ser realizadas desde que sejam sempre em benefício do paciente.

Palavras-chave: ato médico, consulta inicial, reconsulta, clínica, reconsulta de retorno, reconsulta de exames, consulta complementar, consulta de reavaliação, intervalo de interconsultas, tempo de consulta, consulta pessoal, consulta hospitalar, consulta em emergência

THE CONCEPT OF RETURN CONSULTATION

Key words: initial consultation, return consultation, medical act, exam evaluation consultation, complimentary exams, review consultation, interval between consultations, consultation time, personal consultation, hospital consultation, emergency consultation

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente U. S., Gerente administrativa do Hospital e Maternidade D. L., formula consulta nos seguintes termos:

“Boa tarde, senhores!! Solicito por gentileza orientação no seguinte caso:

Paciente consulta dia 30/06 com Dr. AA no plantão noturno; no entanto dia 01/07 retorna novamente à noite, mas é o Dr. BB que está de plantão e não foi possível localizar o Dr. AA, seria correto cobrar uma nova consulta do paciente visto que é outro profissional que fez o atendimento? Levando em conta que a consulta e reconsulta fora realizada no hospital, caberia ao hospital assumir esta custa, mesmo que o profissional seja autônomo? Grata e no aguardo.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A consulta médica é composta de anamnese, exame clínico e exames complementares, se necessário for, para o diagnóstico e prescrição da terapêutica adequada.

Quando da solicitação dos exames complementares, faz-se necessário aguardar o tempo para a realização dos mesmos, para posterior análise dos resultados.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

O retorno do paciente com os resultados dos exames, pela própria definição da consulta médica, faz parte da mesma, podendo então esse retorno ser caracterizado como reconsulta ou consulta de retorno.

O ato médico – consulta médica - inicial ficou sobrestado para melhor definição do quadro clínico.

Poderíamos caracterizar como nova consulta se o tempo de retorno com os resultados dos exames exceder o tempo habitual para a realização dos exames solicitados.

Ressalta-se que consideramos reconsulta o retorno para avaliação e seguimento de mesma doença que gerou a consulta inicial. Outras doenças não relacionadas à consulta inicial ou situações agravantes e/ ou modificadoras do quadro clínico inicial, desde que devidamente justificadas, devem gerar novas consultas.

As doenças crônicas e os tratamentos prolongados obedecem sempre o critério de novas consultas, correspondendo a cada procedimento as reconsultas necessárias.

No processo-consulta do Conselho Federal de Medicina (CFM) Nº 05/ 1992 há vários comentários que nos auxiliam a entender melhor essa questão, como seguem abaixo:

“O Artigo 60 do Código de Ética Médica (CEM) diz: “É vedado ao medico: Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número da visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos”.

Relendo o “Código de Ética Médica comentado”, do Professor Leo Meyer Coutinho, é possível fazermos algumas considerações:

1 - A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica, caracterizando um ato médico completo.

2 - Estas etapas da consulta médica podem ser iniciadas e concluídas num único período de tempo (tempo de consulta).

3 - Quando o medico necessita de exames complementares que não podem ser executados e apreciados num único período de tempo, o ato médico básico (a consulta), não foi concluído e terá continuidade quando o paciente retornar com os exames complementares.

4 - Nesta nova consulta (retorno com exames complementares), embora o médico possa argumentar que está despendendo seu tempo, não é correta a cobrança de nova consulta. A não ser que o paciente exceda-se exageradamente no tempo para a realização dos exames solicitados, gerando a necessidade de nova consulta (anamnese e exame físico), para atualização das informações necessárias para se dar continuidade ao caso.

5 - Ao elaborar a receita, o médico faz a indicação da quantidade de medicamentos necessários para obter a cura. Se, após o termino da medicação, o médico solicita o retorno do paciente para observar o resultado do tratamento, não é correta nova cobrança.

6- Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliações e até modificações terapêuticas, cada consulta poderá ser cobrada.

7- As consultas de acompanhamento de um mesmo tratamento podem ser mensais, semanais ou com qualquer intervalo, porém, que não seja para benefício do médico, mas sim do paciente.

8- Não é rigorosamente o intervalo entre as visitas ao consultório que caracteriza continuidade ou nova consulta. Um paciente pode ser atendido várias vezes num mês e todos constituirão atos médicos completos, que podem e devem ser cobrados”.

No caso de a consulta ter sido realizada em serviços de urgência/emergência e Pronto-Socorros, a consulta de retorno, desde que siga as características já comentadas, deve obedecer as mesmas regras, mesmo que seja realizada por outro médico de plantão, tendo em vista que nesse caso o paciente procurou o hospital e não o médico escolhido pelo paciente.

Em relação ao fato de quem irá assumir o ônus da consulta de retorno caracteriza um aspecto administrativo, que deve ser claro no contrato estabelecido entre a Instituição e o corpo de médicos plantonistas.

É muito importante ressaltar que não se pode aplicar ao ato médico um “prazo de garantia”, tendo em vista que a atividade médica tem obrigatoriedade de meios e não de fins.

CONCLUSÃO:

Conclui-se, portanto, que só poderemos considerar a “reconsulta ou consulta de retorno” quando ela objetiva complementar a consulta inicial, independente do tempo decorrido entre essa consulta inicial e a de retorno. Vale ressaltar que se o tempo decorrido entre a consulta inicial e o retorno, objetivando a análise dos exames complementares solicitados, for maior que o habitual para a feitura dos exames pedidos, o médico pode e deve cobrar uma nova consulta, pois precisará reavaliar todos os fatos ocorridos nesse intervalo, incluindo fatos novos, não existentes na consulta inicial.

Os casos de tratamentos prolongados necessitam consultas periódicas, para reavaliações e ajustes na terapia do paciente; nessas situações, cada consulta poderá ser cobrada; deve visar sempre o benefício do paciente.

Quando a consulta ocorre em Instituições, onde o paciente é atendido por médicos plantonistas, é necessário que o ato médico seja completado, mesmo que seja por outro médico de plantão.

A cobrança de uma nova consulta deverá se considerada se houverem situações agravantes e/ ou modificadoras do quadro clínico inicial, desde que, como já dissemos, devidamente justificadas, com registro no prontuário do paciente.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 09 de agosto de 2008.

Roseni Teresinha Florêncio

Cons^a Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 102/2008

Protocolo CRMPR N° 11357/2008

Parecer CRMPR N°. 1985/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n° 2057, de 11/08/2009 - Câmara I.

TEMPO DE ATENDIMENTO DE CONSULTA

Romeu Bertol*

EMENTA - O médico deve e pode dispor para atender seus pacientes, do tempo que ambos acharem necessário à realização da consulta, da qual deve constar história, exame clínico, diagnóstico, tratamento e aconselhamento buscando adesão ao tratamento.

Palavras-chave: tempo, consulta

TIME OF CONSULT

Key words: time, consult

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. J. M. L., CRM XXXX, encaminha consulta com o seguinte teor:

“Eu J. M. L., registrado no conselho pela especialidade de infectologia, venho por meio desta, solicitar parecer por escrito da situação a seguir relatada.

Desde 27 de junho de 2005 exerço a função de médico infectologista do ambulatório de AIDS do COA (Centro de Orientação e Aconselhamento) da Prefeitura Municipal de C., a despeito de ser concursado como médico clínico geral uma vez que esta prefeitura, ao contrário de diversas prefeituras do estado do Paraná, não possui institucionalmente o cargo de Médico Infectologista.

Além do ambulatório de Infectologia realizo avaliação periódica dos exames de genotipagem para os outros médicos que exercem a função de Infectologista pela rede municipal sem haver horário pré-definido tanto nem tampouco contrato e remuneração.

O Ministério da saúde estabelece o Programa Nacional - PN - de DST-AIDS, pelo qual uma série de normativas e diretrizes vêm a estabelecer a condutas de diversos profissionais de saúde que trabalham na área. Tais orientações se referem aos estabelecimentos de saúde apropriados, equipes multiprofissionais, terapia antiretroviral e muitos outros temas. Também é de responsabilidade do PN o repasse de verba específica para cada prefeitura administrar o programa municipal de DST-AIDS que é inteiramente subordinado ao programa nacional, e, no caso de C., essa verba ultrapassa 2 milhões de reais por ano.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

O PN estabelece para o médico infectologista através do Programa QualiAIDS, que, para uma jornada de trabalho de 20 horas semanais, é possível acompanhar no máximo 150/mês soros positivos, atendendo 6 consultas por dia e deixando 2 vagas para consultas não agendadas e casos de emergência. Dessas 20 horas de jornada, 4 horas devem ser destinadas a realização de reuniões técnico administrativas.

Atualmente sou responsável por 300 pacientes e realizo no mínimo 8 consultas agendadas e 2 vagas destinadas a emergência que são preenchidas com agendamentos conforme ordens da chefia direta. Também por ordem da chefia foi aberta a marcação de consultas além desses 300 pacientes uma vez que a outra médica Infectologista do serviço está se licença maternidade por 6 meses a partir desse mês.

Por tais motivos não está sendo possível seguir as diretrizes do Ministério da Saúde, acometendo sobremaneira a qualidade do atendimento, onde as consultas devem durar 15 minutos conforme estabelecido para os médicos clínicos gerais da prefeitura. No entanto o paciente portador de HIV possui uma demanda especial da equipe multiprofissional e para tanto o ministério da saúde estabeleceu o programa nacional.

Tal atitude caracteriza infração ética profissional grave uma vez que interfere diretamente na qualidade da assistência aos usuários do SUS portadores de HIV, tendo relação direta com o prognóstico da doença. Uma vez que a Prefeitura de C. recebe verba do PN anualmente deve seguir as diretrizes, sem de forma alguma coagir os médicos a terem a menor possibilidade de cometerem infração ética, com sobrecarga de trabalho e de pacientes, a fim de suprimir as falhas institucionais da Prefeitura Municipal de C., quando deveria tentar solucionar os problemas com a contratação de um número maior de médicos para a função específica, e oficializando o cargo de Médico Infectologista.

Antecipadamente agradeço e solicito resposta urgente quanto à conduta médica ética respaldada pelo CRMPR e CFM, em relação ao exercício profissional do médico Infectologista em Ambulatório de AIDS.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Código de ética médica no seu Capítulo I, em que trata dos princípios fundamentais dispõe no Art. 1º que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

No Art. 7º, declara que o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Prosseguindo, no Art. 8º lê-se, que o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia de seu trabalho.

No Art.16º, dispõe o CEM que Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Isto posto, pode-se depreender que o médico consulente esta plenamente respaldado para exercer sua atividade com autonomia, para beneficiar seus pacientes e sem ofender princípios éticos.

O fato de um dos profissionais do serviço estar em licença não implica que o médico que permanece trabalhando deva assumir mais doentes a ponto de colocar em risco ético sua prática. É função do gestor garantir a continuidade e a qualidade do atendimento substituindo o profissional faltante.

Não se pode aceitar como solução a diminuição do tempo de atendimento, nem o aumento do número de pacientes agendados. O parâmetro de 15 minutos por consulta deve ser tomado apenas como uma medida burocrática administrativo para o pré-agendamento de pacientes. O médico deve e pode dispender, para atender seus pacientes, do tempo que ambos acharem necessário à realização da consulta, da qual deve constar história, exame clínico, diagnóstico, tratamento e aconselhamento buscando adesão ao tratamento. Este tempo varia de pessoa para pessoa, na dependência do agravo, da condição cultural e condição pessoal, entre outras. A consulta médica não deve ser balizada pelo tipo de agravo, mas sim pela pessoa que está sendo atendida. O médico não atende doenças, mas pessoas que são acometidas de transtornos, e deve-se atendê-las e ajudá-las avaliando e entendendo as diversas condições determinantes do mal estar. Condições físicas, sociais, econômicas e ambientais entre outras.

Quanto à questão funcional do profissional que faz a consulta deve-se ressaltar que o médico uma vez graduado em medicina pode exercê-la em toda sua plenitude, desde que assuma a responsabilidade ética e legal pelos atos que praticar.

O fato de ser contratado como clínico geral e exercer a atividade de Infectologista por não existir esta função na instituição onde trabalha, deve ser resolvida administrativamente junto à instituição contratante ou pelos caminhos legais existentes.

É o parecer.

Curitiba, 13 de outubro de 2008.

Romeu Bertol

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 120/2008

Protocolo CRMPR N° 14607/2007

Parecer CRMPR N°. 1999/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2098, de 20/10/2008 - Câmara I.

20.^a Edição do Concurso de Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica do CRMPR

Tema de 2009:

“O PAPEL DO MÉDICO NA SOCIEDADE OCIDENTAL DO SÉCULO XXI”

REGULAMENTO BASEADO NA RESOLUÇÃO CRMPR N.º 159/2008

- Inscrições abertas até 31 de agosto de 2009, às 18h.
- Podem participar todos os cidadãos brasileiros, independente de formação ou profissão.
- As monografias terão de ser inéditas, podendo ter mais de um autor.
- As monografias devem seguir as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), contendo no mínimo 35.000 e no máximo 55.000 caracteres, podendo conter material ilustrativo.
- Os trabalhos serão entregues em CD, pen-drive ou qualquer meio reversível e, ainda, com pelo menos uma via impressa.
- As monografias e seus arquivos deverão conter somente o título do trabalho e o pseudônimo do autor, não sendo permitida a sua identificação, sob pena de desclassificação.
- O nome completo, endereço, meios de contato e qualificação profissional do autor deverão estar, obrigatoriamente, em envelope lacrado e não-transparente que acompanhará o arquivo e material impresso da monografia, todos abrigados em envelope maior que deverá constar, na parte externa, somente:
 - a) Endereçado: Concurso de Monografia do Conselho Regional de Medicina do Paraná - Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre, CEP 80.810-340 - Curitiba (PR).
 - b) Remetente: Pseudônimo do autor (sem o endereço).
- As monografias podem ser encaminhadas pelo serviço postal ou entregues na Sede do Conselho Regional de Medicina, em Curitiba, ou qualquer de suas Delegacias Regionais, devendo a postagem ou protocolo de entrega estar em acordo com o prazo fixado para inscrição.
- Os participantes ficam cientes da cessão de direitos autorais para que o CRMPR 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, entretanto, fazer uso dos trabalhos visando lucro.
- A comissão julgadora será composta de 3 (três) membros, sendo 2 (dois) integrantes indicados pela Academia Paranaense de Medicina e 1 (um) conselheiro do Conselho de Medicina do Paraná.
- A Comissão deverá apresentar o resultado até 30 de setembro de 2009.
- Para o primeiro e segundo lugares haverá um único trabalho vencedor. Ao autor da monografia escolhida em primeiro lugar serão conferidos certificado e prêmio monetário no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), cabendo ao segundo lugar também certificado e R\$ 2.000,00 (dois mil reais).
- A Comissão Julgadora, ao seu exclusivo critério, poderá deliberar pela não-premiação de qualquer das monografias apresentadas se considerar que não atendem aos méritos desejados, ou, ainda, atribuir “Menção Honrosa” a autores de outras monografias que julgar merecedores. Das decisões da Comissão Julgadora não caberão recursos.
- A premiação será realizada por ocasião dos festejos do Dia do Médico, no mês de outubro.
- Saiba mais acessando o site do Conselho do Paraná (www.crmpr.org.br), enviando e-mail para protocolo@crmpr.org.br ou ainda fazendo contato pelos telefones (41) 3240-4026 e 3240-4011 ou via fax no (41) 3240-4061.

Primeiro Médico Paranaense

○ **DR. JOSÉ FRANCISCO CORRÊA** foi o primeiro médico nascido no Paraná.

Em 29 de Novembro de 1817, nascia o doutor José Francisco Corrêa na Vila Nova do Príncipe, província de São Paulo, que seria futuramente a cidade da Lapa no Paraná.

Sua mãe, Maria da Conceição Coelho era lapeana e o pai José Francisco Corrêa era do Porto - Portugal.

José Francisco teve dez irmãos, que se distinguiram nas suas atividades.

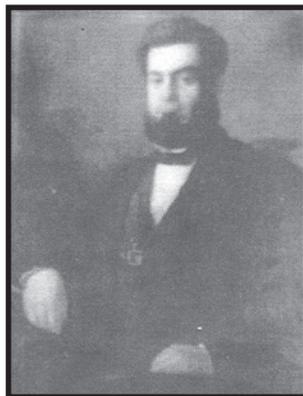
Em 1837 matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, defendeu tese de doutoramento com o título "Algumas Proposições sobre as Febres Intermitentes por Infecção Paludosa", após sua formatura em 20 de Dezembro de 1843.

Casou-se com Maria Conceição Marcondes e teve os filhos Salatiel e Eduardo.

Era um indivíduo muito abastado e meticoloso, anotando em um livro todas as suas disponibilidades econômicas.

Em 13 de junho de 1879 faleceu em casa, aos 62 anos junto aos familiares, após um vida dedicada a medicina, numa época em que exercê-la era muito difícil.

Formar-se em medicina em 1843, foi um feito que hoje poucos podem imaginar para uma Vila Tropicista.



Palavras-chave - 1º Médico Paranaense, cidade da Lapa, história da medicina, Museu de Medicina, errata

Key-words - First Paranaense Physician, Lapa City, medicine history, Medicine Museum, corrigendum

Referências: Galeria de Ontem e de Hoje. David Carneiro. Editora Vanguarda, 1963. Curitiba - Pr. Memória Médica. Organ. João Gualberto de Sá Scheffer. Academia Paranaense de Medicina, 1993. Curitiba - Pr.

Fotografia: Doação da Fundação Santos Lima

ERRATA - Na revista nº 100, pág. 250, publicamos artigo sob o título "Primeiro Médico Paranaense", Dr. Manoel Pedro Santos Lima. O histórico do artigo sobre o Dr. Manoel Pedro está correto, porém, ele foi o segundo médico paranaense, sendo o primeiro o Dr. José Francisco Corrêa aqui citado. Ambos eram lapeanos. Pedimos desculpas pela inversão e inadequada informação.

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

Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

Para doações

Secretaria: Telefone 041. 3024-1415

e correspondência: Fax - 041 3242-4593 - E-mail: amp@amp.org.br

Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

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

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
COMISSÕES DE TRABALHO - GESTÃO 2008/2013
DELEGADOS REGIONAIS 2008-2013

1 - Depto. de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP)

Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
E-mail: defep@crmpr.org.br

2 - Depto. de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)

Consª. Keti Stylanos Patsis (coordenadora), Mario Teruo Sato e Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
E-mail: codame@crmpr.org.br

3 - Comissão de Qualificação Profissional

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador) e Cons. Joachim Graf
E-mail: cqp@crmpr.org.br

4 - Comissão de Tomada de Contas

Conselheiros Mauricio Marcondes Ribas (coordenador), Roberto Issamu Yosida e Gustavo Justo Schultz
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

5 - Comissão de Licitação

Adv. Afonso Proença Branco Filho e funcionários Bruno Roberto Michna e Maria Arminda de Souza
E-mail: protocolo@crmpr.org.br

6 - Comissão de Ensino Médico

Cons. Joachim Graf e Hélcio Bertolozzi Soares
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

7 - Comissão de Saúde do Médico

Cons. Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa (coordenador), Roseni Teresinha Florêncio, Wilmar Mendonça Guimarães e Romeu Bertol
E-mail: saudedomedicor@crmpr.org.br

8 - Comissão de Comunicação

Conselheiros Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador), Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Hélcio Bertolozzi Soares, Luiz Sallim Emed e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Prof. Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hernani Vieira.
E-mail: imprensa@crmpr.org.br

9 - Comissão Parlamentar

Conselheiros Luiz Sallim Emed (coordenador), Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

10 - Comissão de Patrimônio

Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrup, Ewald Von Rosen Seeling Stahke, Darley Rugeri Wollmann Júnior e funcion. Maria Arminda de Souza.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos

Conselheiros Hélcio Bertolozzi Soares, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Sérgio Maciel Molteni.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico

Cons. Sérgio Maciel Molteni (coordenador), Alexandre Gustavo Bley, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Luiz Sallim Emed e Roseni Teresinha Florêncio.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

13 - Comissão de Cooperativismo Médico

Cons. José Clemente Linhares (coordenador), Sérgio Maciel Molteni, Gustavo Justo Schultz e Roberto Issamu Yosida.
E-mail: crmpr@crmpr.org.br

Delegacia do CRM-PR em Apucarana

Dr. Adalberto Rocha Lobo
Dr. Angelo Yassushi Hayashi
Dr. Artur Paul Neto
Dr. Hélio Kiyoshi Hossaka
Dr. Hélio Shindy Kissina
Dr. Jaime de Barros Silva Júnior
Dr. Leonardo Marchi
Dr. Osvaldo Szenczuk
Dr. Pedro Elias Batista Gonçalves
Dr. Pieker Fernando Migliorini

Delegacia do CRM-PR em Campo Mourão

Dr. Antônio Carlos Cardoso
Dr. Carlos Roberto Henrique
Dr. Dairton Luiz Legnani
Dr. Fábio Sinisgalli Romanelo Campos
Dr. Fernando Duglosz
Dr. Homero César Cordeiro
Dr. Manuel da Conceição Gameiro
Dr. Marcos Antônio Corpa
Dr. Rodrigo Seiga Romildo
Dr. Joaquim Souza

Delegacia do CRM-PR em Cascavel

Dr. Amauri Cesar Jorge
Dr. André Pinto Montenegro
Dr. Cláudio Jundi Kimura
Dr. Hi Kyung Ann
Drª. Keithe de Jesus Fontes
Dr. Luis César Bredt
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos
Dr. Miguel José Elvira
Dr. Paulo César Militão da Silva
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka

Delegacia do CRM-PR em Foz do Iguaçu

Dr. Alexandre Antônio de Camargo
Drª. Francine Sberni
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Drª. Jacilene de Souza Costa
Dr. Luiz Henrique Zaions
Dr. Marco Aurélio Farinazzo
Dr. Michel Cotait Júnior
Drª. Nilsicler Julieta Sguarezi
Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira
Dr. Tomas Edson Andrade da Cunha

Delegacia do CRM-PR em Guarapuava

Dr. Angelo Henrique França
Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia

Dr. Arnaldo Tomió Aoki
Dr. Cicero Antônio Vicentin
Dr. Francisco José Fernandes Alves
Dr. Frederico Eduardo Warpechowski Virmond
Dr. Jean Boutros Sater
Dr. Lineu Domingos Carleto Júnior
Dr. Marcos Hernandes Tenório Gomes
Drª. Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

Delegacia do CRM-PR em Londrina

Dr. Alvaro Luiz de Oliveira
Drª. Alessandra Luiz Spirionelli
Dr. Bruno Scardazzi Pozzi
Dr. Clodoaldo Zago Campos
Dr. Ivan José Blume de Lima Domingues
Dr. Jan Walter Stegamann
Dr. João Henrique Steffen Júnior
Dr. Marco Aurélio de Freitas Rodrigues
Dr. Mário Machado Júnior
Drª. Rosana Hashimoto

Delegacia do CRM-PR em Maringá

Drª. Adriana Domingues Valadares
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi
Dr. Luiz Alberto Mello e Costa
Dr. Márcio de Carvalho
Dr. Marcos Victor Ferreira
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Raul Bendlin Filho
Dr. Riuzi Nakanishi
Dr. Vicente Massaji Kira
Dr. Wilson Atsumi Otani

Delegacia do CRM-PR em Paranavai

Dr. Attilio Antônio Mendonça Accorsi
Dr. Cleonir Mortiz Rakoski
Dr. Dorival Ricci
Drª. Hortensia Pereira Vicente Neves
Dr. Jorge Luiz Pellisson
Dr. José Eloy Mendes Tramontin
Drª. Leila Maia
Dr. Luis Francisco Costa
Dr. Luiz Carlos Cerveira
Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva

Delegacia do CRM-PR em Pato Branco

Dr. Ayrton Martin Maciozek
Dr. Celito José Ceni
Dr. Geraldo Sulzbach
Dr. Gilberto José Lago de Almeida
Dr. Gilmar Juliani Biscaia
Dr. Idefonso Amoedo Canto Júnior
Dr. José Renato Pederiva
Drª. Vanessa Bassetti Prochmann

Delegacia do CRM-PR em Ponta Grossa

Drª. Ana Paula Ditzel
Dr. Angelo Luiz de Col Defino
Dr. Carlos Alexandre Fernandes
Drª. Daniella Alvarez Mattar
Dr. Glyson Gumurski da Silva
Dr. Marcelo Jacomet
Dr. Meirson Reque
Dr. Northon Arruda Hilgemberg
Dr. Plácido da Trindade Machado
Dr. Rubens Adao da Silva

Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC

Dr. Francisco Mário Zaccola
Dr. Jacy Gomes
Dr. Jonas de Mello Filho
Dr. Leandro Gastim Leite
Dr. Richard Andrei Marquardt
Drª. Rita Sibebe Schiessel Flores

Delegacia de Fronteira do CRM-PR em Sto. Antª. da Platina

Dr. Ari Orlandi
Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira
Dr. Carlos Maria Luna Pastore
Drª. Elizabeth Cândido da Lozzo
Dr. José Mário Lemes
Dr. Jorge Cendon Garrido
Dr. Sérgio Bachtold
Drª. Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

Delegacia do CRM-PR em Toledo

Dr. Eduardo Gomes
Drª. Ely Brondi de Carvalho
Dr. Fábio Scarpa e Silva
Dr. Frederico Patino Cruzatti
Dr. Ivan Garcia
Dr. José Afrânio Davidoff Júnior
Dr. José Carlos Bosso
Dr. José Maria Barreira Neto
Dr. Roberto Simeão Roncato
Dr. Sérgio Kazuo Akiyoshi

Delegacia do CRM-PR em Umuarama

Dr. Alexandre Thadeu Meyer
Dr. Fernando Elias Mello da Silva
Dr. Francisco Munoz Del Claro
Dr. Guilherme Antônio Schmitt
Dr. Ivan José Cardoso Frey
Dr. Jansen Rodrigues Ferreira
Dr. João Jorge Hellú
Dr. Juscélio de Andrade
Dr. Mauro Acácio Garcia
Dr. Osvaldo Martins de Queiroz Filho

Delegacia de Fronteira em União da Vitória/Porto União-SC

Dr. Ayrton Rodrigues Martins
Dr. Renato Hobi
Dr. Adilson Cid Bastos
Dr. Cláudio de Melo
Dr. Wilson Martins Neubauer

Sumário

PARECERES

A Grafologia e a Grafotécnica em Medicina Roseni Teresinha Florêncio.....	01
Médico Auditor Não Deve Trocar Código de Procedimento Alexandre Gustavo Bley.....	06
Ultrassonografia "Point-of-Care" Para plantonistas em Pronto-Socorro Roseni Teresinha Florêncio.....	09
Teste de Esforço e a Responsabilidade Civil do Médico. Taxa de Licença Luiz Ernesto Pujol	14
Reconhecimento do Título de Especialista Hélcio Bertolozzi Soares	16
O médico Pode Prescrever Qualquer Medicamento Oficialmente Registrado Monica De Biase Wright Kastrup	19
Exposição de Fotografias de Pós-Operatórios em Livros Monica De Biase Wright Kastrup	21
Vasectomia Para Esterelização: Normas José Clemente Linhares	24
O Médico Está Legalmente Habilitado a Ser Perito e Auditor José Clemente Linhares	26
Aplicação de Medicamento IM / EV na Emergência de Hospitais Wilmar Mendonça Guimarães	28
Alguma Deficiência Pode Tornar Incompatível a Formação de um Médico? Luiz Sallim Emed	30
Medicamento Controlado:	
Responsabilidade de Fornecimento e Prescrição na Dependência Monica De Biase Wright Kastrup	32
Responsabilidade Pelo Serviço de Ortopedia Romeu Bertol	35
Diferença Entre Laudo Médico e Atestado Médico Marília Cristina Milano Campos	38
Honorário do Pós-Operatório Hélcio Bertolozzi Soares	43
Unidade de Saúde da Família e a Responsabilidade de Horário de Abertura Sem o Médico e a Enfermeira Plantonista Romeu Bertol	45
Classificação Brasileira de Ocupações Gerson Zafalon Martins	47
Medicina Fetal e Ultrassonografia Hélcio Bertolozzi Soares	51
Conceito de Consulta de Retorno ou Reconsulta Roseni Teresinha Florêncio	53
Tempo de Atendimento de Consulta Romeu Bertol.....	56
MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA	
Primeiro Médico Paranaense Ehrenfried Othmar Wittig	60