



do 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
Luís 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
Vilson José Ferreira de Paula (Indicado p/AMP)
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

Alceu Fontana Pacheco Júnior
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)
Arnaldo Lobo Miró
Carlos Puppi Busetti 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
Ketí 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. 102	p. 61-120	Abr./Jun.	2009
---------------------------	----------	-------	--------	-----------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins
Hélcio Bertolozzi Soares Hernani Vieira João M. C. Martins 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

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 0 xx 41 3240-4000
Fax 0 xx 41 3240-4001

CFM

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

TIRAGEM

21.000 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

DIGITAÇÃO

Marivone S. Souza - (0xx41) 3338-5559

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 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.102, 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

QUANDO A EMPREGADA GANHA MAL, NÃO TEM DIREITO DE CUSPIR NA PANELA.

Há muitos anos, talvez 20, o excelente professor de clínica médica da UFPR muito estimado e politicamente bem orientado, que foi o paraninfo da Medicina de 1961, veio de Pelotas para uma palestra no Hospital de Clínicas.

Havia o professor Amílcar Gigante sido caçado na UFPR pelo poder militar, sendo eliminado lamentavelmente do seu corpo docente.

Amante do ensino e da medicina, foi ser professora na Faculdade de Medicina na Universidade Católica de Pelotas. Em sua palestra sobre o assunto, usou a expressão que é nosso título do tema, informando que a frase havia sido usada como rementário por um estudante. Assim, surgiu o que ambos utilizamos. Ele já não está entre nós.

A expressão um pouco chocante representa um fato que procura só trazer a lembrança, uma situação que pode ser utilizada com alguma semilitude por médicos e outros profissionais.

Sabemos que, infelizmente, a maioria dos médicos não são retribuídos economicamente de forma justa, pois a grandeza de sua arte e ações não permitem que alguns negligenciem suas condutas, exercendo sua profissão de forma inadequada.

Quando mal remunerado não é permitido ao nobre profissional atender o paciente de forma inadequada.

Atender mal quer dizer, não defender os interesses da classe, os interesses da população, os nossos, pois, precisamos entender que também em algum momento seremos pacientes.

Um efetivo e completo atendimento para todos deve ser sempre inquestionavelmente a nossa meta e ação.

A insatisfação injusta pela nossa recompensa e remuneração, exige que lutemos para modificar a situação, mas, não podemos deshumanizar a relação médico-paciente, traduzida por tempo e qualidade. Não deve haver diferença entre o grande e o pequeno, pois consulta é consulta, não existe meia consulta ou meia verdade, como uma exortação a competência e respeito.

O equilíbrio entre os direitos e deveres fazem parte da estabilidade e satisfação social e, sua ausência, pode promover inadequações: o ilícito, o abuso, a pressa, o mau, a imprudência.

Só o bom médico sabe praticar a boa arte médica.

O atendimento com uma justa remuneração, só pode ser com a prestação de qualidade ética e científica, o resto é distorção.

Não satisfeitos, devemos aprender a exercer nossos direitos nos momentos corretos, no lugar certo e constante como convencimento do mérito. Se todos estivermos procedendo corretamente o resto será mais fácil. Você é parte da solução.

NUTRICIONISTA E A REQUISIÇÃO DE EXAMES

Monica de Biase Wright Kastrup*

EMENTA - Competência legal para diagnosticar, prognosticar, interpretar exames laboratoriais, prescrever ou executar atos terapêuticos.

Palavras-chave: nutricionista, requisição de exames

NUTRITIONIST AND THE REQUEST OF LABORATORY TESTS

Key words: nutritionist, laboratory test order

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a U.V. P. formula questionamento a respeito da possibilidade de profissionais da área de nutrição (Nutricionistas) poderem solicitar e interpretar exames laboratoriais e anexam os seguintes exames, solicitados pela nutricionista Z.Z.:

Hemograma, colesterol total e frações (HDL E LDL), triglicerídeos, glicose em jejum, TSH Ultra sensível, (T3 e T4), Ferritina, ferro, insulina e proteína C reativa. Esta requisição vem assinada e, no carimbo apostado, há o número do registro no CRN: 8/3362, sem data.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em 17 de setembro de 1999, o Conselheiro Federal, Dr. Léo Meyer Coutinho, emitiu parecer sobre este exato assunto, a pedido do CRMPR, em resposta a um manifesto de nutricionistas deste estado do Paraná, sob a alegação de haver reações contrárias ao pleno exercício profissional daquela categoria. Em sua análise, o Conselheiro Relator afirma que o Conselho Federal de Medicina já se pronunciou a respeito do assunto, por várias vezes, especialmente no Parecer de número 3.719/94.

O CRMPR também se pronunciou sobre o tema na análise dos conselheiros Dr. Zacarias Alves de Souza Filho (Parecer nº 1115/98 de 23 de novembro de 1998) e desta Conselheira (Parecer nº 1038 de 22 de janeiro de 1998).

Na sua análise, o Dr. Léo M. Coutinho (Processo Consulta CFM Nº 6.796/98), dispõe, com extrema propriedade que:

* Conselheira Parecerista CRMPR.

“É nosso entendimento que quem diagnostica e prescreve conduta terapêutica é o médico. O nutricionista, como outros profissionais da área de saúde, tem importante papel. Ele se especializa no conhecimento das propriedades nutritivas dos alimentos, regimes calóricos, digestão, órgãos envolvidos na absorção, excreção dos metabólitos e mesmo efeitos terapêuticos, e assim pode prescrever a dieta adequada a cada caso, uma vez estabelecido, pelo médico, o diagnóstico. A solicitação de exames complementares com fins diagnósticos, prognósticos ou a evolução terapêutica, **são privativos de médicos** (grifo nosso). Quando integrando equipes de saúde, dirigidas por médico, podem atuar nos limites estabelecidos pelo programa instituído.”

Para demonstrar o acima exposto, o Conselheiro Relator formula o exemplo, em que um paciente hipotético é portador de exames normais e uma leve diminuição do hematócrito (34%), com um VHS de 55mm, e uma queixa de surtos diarréicos esporádicos e leve emagrecimento, o que induz o nutricionista a emitir o diagnóstico de “anemia” e iniciar uma dieta rica em ferro. Semanas ou meses depois, surge o verdadeiro diagnóstico: Câncer de Aparelho Digestivo, pois as alterações não eram a doença e sim, uma manifestação da mesma...

Ele finaliza sua exposição comentando: **“Não é da competência do nutricionista solicitar exames complementares de forma isolada, com a finalidade diagnóstica ou prognóstica.”** **A lei é clara quanto a solicitação de exames laboratoriais pelos nutricionistas (Lei 8234/91), permitidos desde que solicitados apenas para avaliar laboratorialmente a dieta prescrita, necessários ao acompanhamento dietoterápico.**

Esta Conselheira considerando que as afirmações acima respondem a pergunta emitida pela U., complementa o raciocínio afirmando que a competência legal para diagnosticar, prognosticar, interpretar exames laboratoriais, prescrever ou executar atos terapêuticos são atribuições exclusivas de médicos, e somente destes, para realizar tais atos.

Sugiro que os pareceres relacionados neste, sejam encaminhados à U. V. P., para conhecimento e maiores informações sobre o tema.

É o parecer.

Curitiba, 20 de novembro de 2008.

Monica de Biase Wright Kastrup
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º. 151/2008
Protocolo CRMPR N.º 16773/2008
Parecer CRMPR N.º. 2019/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2118, de 24/11/2008 - Câmara I.

ANEXO

Processo Consulta CFM Nº 6.796/98
PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 6.796/98
PC/CFM/Nº 46/1999

INTERESSADO: Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí

ASSUNTO: Nutricionistas

RELATOR: Cons. Léo Meyer Coutinho

EMENTA: Somente o médico tem competência legal para diagnosticar, prognosticar e prescrever ou executar ato terapêutico. Requisição de exame complementar com essa finalidade é ato médico.

PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí encaminha manifesto de nutricionistas daquele estado no qual solicitam, em resumo, manifestação do órgão quanto às reações contrárias ao seu pleno exercício profissional. Mencionam a legislação que regulamenta a profissão. Este Conselho Federal já manifestou-se por várias vezes a esse respeito. É nosso entendimento que quem diagnostica e prescreve conduta terapêutica é o médico. O nutricionista, como outros profissionais da área da saúde, tem importante papel. Ele se especializa no conhecimento das propriedades nutritivas dos alimentos, regimes calóricos, digestão, órgãos envolvidos na absorção, excreção dos metabólitos e mesmo efeitos terapêuticos, e assim pode prescrever a dieta adequada a cada caso, uma vez estabelecido, pelo médico o diagnóstico. A solicitação de exames complementares com fins diagnósticos, prognósticos ou a evolução terapêutica são privativas de médicos. Quando integrando equipes de saúde, dirigidas por médico, podem atuar nos limites estabelecidos pelo programa instituído. Um exemplo apenas demonstrará o acerto deste raciocínio.

Alguém realiza uma consulta "consulta" com queixa única de emagrecimento e surtos diarréicos esporádicos. O nutricionista solicita exames, digamos hemograma, hemossedimentação, dosagem de colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, glicose. Os resultados acusam, respectivamente, hematócrito 34%, linfocitose, 55 mm de VHS, demais exames normais. Não havendo outras queixas, faz o "diagnóstico" de "anemia" e prescreve dieta hiperprotéica, hipercalórica e rica em ferro. Semanas ou meses após surge o verdadeiro diagnóstico: câncer de aparelho digestivo, pois aquela anemia e hemossedimentação alteradas não era a doença, mas apenas os sintomas da mesma.

CONCLUSÃO

Não é da competência do nutricionista solicitar exames complementares de forma isolada, com finalidade diagnóstica ou prognóstica.

Este é o parecer que proponho seja encaminhado em resposta, acompanhado de outros já emitidos sobre esse tema, em especial o de nº 3.719/94 que esclarece o tema em profundidade.

Brasília, 14 de agosto de 1999.

LÉO MEYER COUTINHO
Conselheiro Relator

Aprovado em Sessão Plenária
Dia 17/9/99

PARECER N.º 1115/98-CRM/PR

CONSULTA N.º 076/98 - PROTOCOLO N.º 7839/98

**ASSUNTO: EXAMES COMPLEMENTARES – SOLICITAÇÃO/INTERPRETAÇÃO –
PROFISSIONAL NÃO MÉDICO – ENFERMEIROS - NUTRICIONISTAS**

PARECERISTA: CONS. ZACARIAS ALVES DE SOUZA FILHO

Trata o presente sobre a consulta n.º 076/98, encaminhada pelo Dr. D. R., Chefe do Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de P., nos seguintes termos:

“Com o devido conhecimento do Sr. Secretário da Saúde de P. e como responsável pelo Setor de Controle e Avaliação dos Serviços Médicos prestados aos usuários do SUS, solicitamos de V.S.ª o indispensável parecer do CRM/PR, sobre a participação de profissionais não médicos envolvidos na assistência médica da cidade.

Questão n.º 1: Enfermeiros, auxiliares de enfermagem, coordenadores de postos e agentes de saúde, podem solicitar exames complementares gerados nas chamadas consultas de enfermagem? E se forem apenas nas de pré-natal?

O Conselho de Enfermagem – COREN, autoriza a consulta de enfermagem e o Conselho de Saúde do Município referendou proposta da Secretaria Municipal de Saúde, na gestão anterior, admitindo pedidos de exames complementares de rotina pelos profissionais não médicos citados.

Estabeleceu-se também que rotina compreenderia sorologia para Lues, Hematócrito, Tipagem e Grupo Sangüíneos, Hemoglobina, Sedimento Urinário, Parasitológico de Fezes e Testes de HIV.

Questão n.º 2: Nutricionistas atendem pacientes em consultório particular ou em próprios da Secretaria e solicitam Hemograma, Colesterol, LDL, HDL, LHDL, Triglicérides, Glicemia, Ácido Úrico, Sódio, Potássio, etc., complementando o atendimento sem a participação de profissional médico. Um profissional nutricionista estaria convenientemente preparado e legalmente habilitado para esse desempenho?

Nos parece estarmos diante de fatos, onde se desenvolve uma Medicina paralela, autorizada (?) por Conselhos, comprometedoras e até perigosas.

Os acontecimentos nos convidam a buscar junto ao CRM, o seu posicionamento formal, analisando a situação e nos orientando quanto a adoção das medidas a serem tomadas”.

À consulta temos a aduzir:

Quanto a questão n.º 1, a resposta está contida no parecer n.º 214/97, exarado pelo Setor Jurídico do Conselho Federal de Medicina, de autoria da Dr.ª A. L. B. S. M., cuja cópia está anexa.

Quanto a questão n.º 2, conforme parecer deste CRM/PR, exarado em 22 de janeiro de 1998, pela Conselheira Monica de Biase Wright Kastrop, cuja cópia também está anexa, a orientação dietética de um determinado paciente, hospitalizado ou em regime ambulatorial, por se tratar de ato que envolve tanto diagnóstico quanto tratamento e, por isso, ser um ato de competência médica, é da responsabilidade do médico assistente.

Cabe ainda salientar, que exames laboratoriais ou outros necessários para a devida avaliação da condição clínica do paciente, são de exclusiva competência médica, cabendo a este sua solicitação e interpretação.

É o parecer.

Curitiba, 23 de novembro de 1998.

CONS. ZACARIAS ALVES DE SOUZA FILHO

Parecerista.

Aprovado em Reunião Plenária n.º 1034ª, de 16/12/1998.

**PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 3.719/94
PC/CFM/Nº 48/1999**

INTERESSADO: Conselho Federal de Nutricionistas, Conselhos Regionais de Medicina dos Estados do Pará e Rondônia; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

ASSUNTO: Atuação exorbitante de nutricionistas

RELATOR: Cons. Léo Meyer Coutinho

EMENTA: Somente o médico tem competência legal para diagnosticar, prognosticar e prescrever ou executar ato terapêutico. Requisição de exame complementar com essa finalidade é ato médico.

PARECER

I - As instituições acima mencionadas dirigiram consultas a este Conselho Federal tendo em comum o conflito de competência entre nutricionistas, médicos e suas atribuições.

a) o Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia, em 8 de maio de 1995, dirigiu a este Conselho Federal de Medicina a seguinte consulta:

"Senhor Presidente.

Estamos encaminhando para conhecimento de V. Sã. e demais Conselheiros a Lei nº 8.234 de 17 de dezembro de 91 que regulamenta a profissão de Nutricionista.

Desejamos manifestação desse CFM sobre o Artigo 04 parágrafo VIII que faculta ao nutricionista a "solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico".

Tal artigo tem trazido dissabores no relacionamento entre médicos e nutricionistas."

b) Em 23 de abril de 1996, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará também encaminha consulta específica sobre o artigo 3º inciso VIII da Lei nº 8.234, de 17/9/91, que regulamenta a profissão de Nutricionista, por solicitação da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, que anexa pedidos de exames formulados por nutricionista: glicemia, colesterol e triglicerídios, com indicação clínica "Paciente diabético"; outro de fezes, parasitológico com bacterioscopia e indicação clínica "Diarréia", e um terceiro de urina parcial com bacterioscopia e indicação clínica "Anorexia + baixo peso".

c) O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais foi consultado, em 6 de agosto de 1996, pelo superintendente operacional de saúde da Secretaria de Estado da Saúde, dr. Paulo Eduardo Behrens, nos seguintes termos:

"Complementando entendimento telefônico mantido com o Conselheiro José Carlos V. Collares solicitamos parecer oficial desse egrégio Conselho, com urgência, sobre a Lei nº 8.234 de 17 SET. 91, cuja cópia anexamos ao presente e que atribui competência aos nutricionistas para solicitação de exames complementares.

Tal consulta prende-se ao fato de que, notificado determinado Gestor Municipal de Saúde da irregularidade de nutricionistas estarem solicitando exames complementares, recebemos, do mesmo, ofício em que esta autorização foi concedida por ele, Gestor, tendo em vista o disposto na referida Lei."

d) Em 28 de agosto de 1996, o diretor-clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo dirigiu, a este Conselho Federal de Medicina, consulta sobre o conteúdo do of. 151/96 do Conselho Federal de Nutrologia, dirigido e encaminhado ao presidente da ABRANGE. A Comissão de Normas Éticas e Regulamentares daquela Diretoria, em apreciando o ofício, "manifestou seu inconformismo diante dessa outorga de competência, em princípio do médico". O citado of. 151/96 está vazado nos seguintes termos:

"Prezado Senhor.

O Conselho Federal de Nutricionistas vem por meio desta, informar a Vossa Senhoria, que o nutricionista tem sua profissão regulamentada pela Lei nº 8.234/91 e seu exercício profissional fiscalizado pelos Conselhos Regionais de Nutricionistas, conforme Lei nº 6.583/80.

Nesses instrumentos legais, fica claramente definido que a prescrição dietética é competência privativa do nutricionista, a quem incumbe, ainda:

- . a avaliação nutricional e metabólica do paciente;
- . a prescrição dietoterápica para diversas patologias, tais como diabetes e obesidade, magreza, câncer, SIDA, alergias alimentares, hiperlipidências (sic), hipertensão arterial, insuficiência hepática, renal, cardíaca e pulmonar, doenças gastrointestinais, dentre outras;
- . a prescrição e o acompanhamento de nutrição enteral e/ou parenteral, tanto para pacientes internados ou a nível domiciliar, quando impossibilitados de se alimentarem por via oral.

Sem mais, Cordialmente - VERA BARROS DE LEÇA PEREIRA - Presidente do CFN"

II - A Lei nº 8.234, citada nas consultas, preconiza:

"Art. 3º. São atividades privativas dos nutricionistas:

.....

VIII - assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos."

"Art. 4º. Atribuem-se, também, aos nutricionistas as seguintes atividades, desde que relacionadas com alimentação e nutrição humanas:

.....

VIII - solicitação de exames laboratoriais, necessários ao acompanhamento dietoterápico;"
Comentário. O inciso VIII do artigo 3º incorpora, a toda evidência, o inciso VIII do artigo 4º, pois o ato de solicitar exames é a maneira de avaliar laboratorialmente o resultado da dieta prescrita, tornando assim totalmente dispensável este último

A leitura desse texto dá a impressão, ao menos avisado, de que efetivamente o nutricionista tem inteira liberdade para prescrever dietas e avaliar resultados, inclusive solicitando exames. Ledo engano. Podem somente quando previamente efetuado um diagnóstico médico.

Quando alguém precisa licenciar-se para tratamento de saúde é o médico que atesta essa necessidade; quando alguém vai ser admitido numa empresa, ou no serviço público, é o médico que atesta sua higidez. Somente o médico tem a tripla função de diagnosticar a doença, prescrever ou efetuar o tratamento, avaliar o resultado ou efetuar o prognóstico. Isto significa que, à semelhança do fisioterapeuta, o nutricionista, cujo valor e importância na equipe de saúde não negamos, deve exercer sua atividade junto ao doente que lhe for encaminhado por médico, ou, no hospital, orientar a dieta do paciente cuja enfermidade foi diagnosticada por médico e solicitada dieta específica para o caso. A avaliação terapêutica só pode ser feita mediante ato do médico. Por consequência, não lhe é atribuído o direito de solicitar exames para essa avaliação, muito menos como ato exclusivo.

Da sabedoria jurídica, em especial a inglesa, vem o chamado DIREITO CONSUETUDINÁRIO. Citando Aurélio - Novo Dicionário da Língua Portuguesa - 1ª edição - 15ª impressão - Editora Nova Fronteira:

"Consuetudinário. {Do lat. consuetudinariu.} Adj. 1. Fundado nos costumes: direito consuetudinário: "Triste naufrágio o do crítico que, fora dessas leis consuetudinárias ou contra elas, pretende erguer o castelo aéreo de seus dogmas e reformas." João Ribeiro, Páginas de Estética, p. 54"

Essa citação deveria ser lida por todos os responsáveis pela condução do país, da sociedade, da confecção e aplicação das leis, enfim, por todos que pela posição que ocupem têm alguma responsabilidade social.

É por essa tradição que até hoje não foi preciso transformar em lei esse procedimento intuitivo.

Os “usos e costumes” são, na verdade, a principal fonte do Direito, acrescentando os fatos novos que exigem normas.

Inicialmente, a Lei nº 6.583, citada pelo presidente do Conselho Federal de Nutricionistas, não é de 1980, mas sim de 1978. Além do já comentado anteriormente, acrescento: é absurdo imaginar que o médico, após diagnosticar uma das doenças expostas no ofício - seguramente mais de metade das doenças que afligem a humanidade - diga ao paciente: o senhor vai tomar esses medicamentos (isto se não for uma doença que prescindia de medicamentos, sendo mais importante a dieta) e vai procurar um nutricionista porque eu, apesar de médico, não posso prescrever sua dieta, pois isto é atividade privativa do nutricionista nos termos do inciso VIII do artigo 3º da Lei nº 8.234, de 17/12/91.

Vejamos outro absurdo. Esse mesmo artigo tem (sublinhado o destaque):

“Parágrafo único. É obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área.”

Por que, não custa repetir, não existe ainda uma lei dizendo o que o médico pode e deve fazer, com exclusividade, ou, em outras palavras, agora em moda, discutir: “O que é ato médico?” Por numerosas dificuldades.

Primeira. Desde tempos imemoriais, antes mesmo que fosse inventada a escrita, o homem doente procurava o pajé, o feiticeiro, hoje o médico, para ter o diagnóstico, prognóstico (conseqüências de seu estado de saúde ou doença) e tratamento.

Segunda. Faltaria papel para enumerar tudo o que o médico pode e deve fazer, e com certeza ficaria esquecido algum procedimento. E a cada nova descoberta ou criação de nova técnica, precisaria nova lei.

Se nessa lista estivesse como atribuição do médico “extirpar apêndice inflamado”, mas fosse esquecido “drenagem cirúrgica de abscesso apendicular”, mediante um bom “lobby” os enfermeiros poderiam obter uma lei que atribuísse esse ato ao enfermeiro de centro cirúrgico, pois afinal, de tanto assistir o médico fazê-lo, eles terão até condições técnicas de realizá-lo. E o argumento seria muito simples: esse ato não estaria previsto na lei que enumerasse os atos médicos.

Ainda conseqüência desse parágrafo único:

- se médicos especialistas em endocrinologia, organizando um congresso específico com tema central DIABETES, na hora de montar um curso denominado “Tratamento Dietoterápico do Diabético” teriam que decidir: qual nutricionista vamos convidar para organizar e ministrar o curso?

- os senhores deputados e senadores não podem apresentar projetos-de-lei relativos à nutrição sem convocarem, obrigatoriamente, um nutricionista. É comum, é normal, que parlamentares ouçam os principais interessados em determinado projeto-de-lei, porém neste caso, ainda que o parlamentar seja bastante versado no assunto, é obrigatório, pois está no final do parágrafo: “elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área”.

A Constituição da República estabelece:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

.....

XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;”

Já vimos que quem faz diagnóstico, prognóstico e prescreve ou indica ato terapêutico é somente o médico, e a lei que regula essa profissão (Lei nº 3.268, de 30/9/57) diz que para exercer a Medicina o profissional deve possuir o diploma de médico obtido em faculdade de medicina oficial ou reconhecida, registrado no Ministério da Educação e Cultura, e inscrever-se no Conselho Regional de Medicina.

O exercício de profissão liberal não pode ser equiparada, em hipótese alguma, ao exercício de função pública. Nesta podemos e devemos ter leis e regulamentos que digam claramente o que determinado servidor pode e deve fazer. Para aquele, o que a lei pode dizer é quando há necessidade de sua atuação. E é assim que essa regra geral é respeitada, conforme exemplos:

- nenhuma lei diz expressamente que é atribuição do médico atestar sanidade ou doença, mas a legislação que regula direitos e deveres do servidor público diz que a justificativa de falta ao trabalho por doença far-se-á mediante apresentação de atestado médico;

- nenhuma lei diz expressamente que ao médico cabe examinar candidatos a obtenção da licença de habilitação, mas a legislação de trânsito diz que para obter a licença o candidato deve submeter-se a exame médico;

- nenhuma lei diz expressamente que é privativo do médico receitar substância entorpecente, mas a legislação sanitária prevê que a venda desse medicamento está sujeita à apresentação de receita médica.

Seria interminável a lista de exemplos. Para finalizar este tópico, citarei exemplo concreto de lei tecnicamente bem elaborada, de elevado alcance, na própria área da Nutrologia, ou Nutrição (sublinhado o destaqué).

LEI nº 8.913, de 12/7/1994, que dispõe sobre a descentralização da merenda escolar.

Art.4 - A elaboração dos cardápios dos programas de alimentação escolar, sob a responsabilidade dos Estados e Municípios, através de nutricionista capacitado, será desenvolvida em acordo com o Conselho de Alimentação Escolar, e respeitará os hábitos alimentares de cada localidade, sua vocação agrícola e a preferência pelos produtos “in natura”.

CONCLUSÕES:

Nutricionista não tem competência para requisitar exames com finalidade diagnóstica ou avaliação terapêutica. A autorização prevista na lei restringe-se à formulação dietoterápica e avaliação de seu resultado. Sempre será necessário o diagnóstico prévio da doença, efetuado por médico, encaminhado o paciente àquele profissional. Da mesma forma, em caso de paciente hospitalizado, o médico faz o diagnóstico e solicita a formulação dietoterápica que será orientada pelo nutricionista.

Quanto à exclusividade de competência, o que a lei estabelece é que outros profissionais, por exemplo enfermeiros, farmacêuticos e outros, excluído o médico, não podem atuar nessa área. Isto porque, quem pode o mais pode o menos. O médico aprofundou muito mais seu conhecimento dos distúrbios metabólicos, quer como doença primária, quer como resultado de outras doenças não essencialmente metabólicas, além do que, pelo demonstrado, a ele cabe com exclusividade estabelecer o diagnóstico e, por óbvio, a indicação terapêutica, e isso já foi decidido nos tribunais conforme acórdão que dirimiu a

contenda entre os fisioterapeutas e fisiatras que, anexo, passa a integrar este parecer.
Brasília, 10 de janeiro de 1998.

LÉO MEYER COUTINHO

Conselheiro Relator

Aprovado em Sessão Plenária

Dia 17/9/99

PARECER N° 1038/98 – CRM/PR

PROTOCOLO N° 8219/97

ASSUNTO: PRESCRIÇÃO DE DIETAS EM AMBIENTE HOSPITALAR

PARECERISTA: DR^a. MONICA DE BIASE W. KASTRUP

O Dr. N. R. F., diretor de Corpo Clínico do Hospital de C. da U. F. P., efetua consulta sobre “a quem é permitido a prescrição de dietas em ambiente hospitalar?”

A orientação dietética de um determinado paciente, hospitalizado ou em regime ambulatorial, por se tratar de ato que envolve tanto diagnóstico quanto tratamento e, por isso, ser um ato de competência médica, é da responsabilidade do MÉDICO ASSISTENTE.

A elaboração desta dieta prescrita anteriormente pelo médico, entretanto, deve estar a cargo da nutricionista, cujas atribuições profissionais lhe proporcionam competência suficiente para tanto. Convém ainda sublinhar que, para o bom andamento do caso com rápida recuperação do paciente, é imprescindível haver essa integração nutricionista/médico assistente, o qual PRESCREVE a dieta, acompanha a evolução do quadro clínico e faz as modificações cabíveis.

É o parecer.

Curitiba, 22 de janeiro de 1998.

DR^a. MONICA DE BIASE W. KASTRUP

Conselheira Parecerista

Aprovado em Reunião Plenária n.º 698 de 02/02/1998

AUDITORIA MÉDICA E GLOSA

Alexandre Gustavo Bley*

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

Palavras-chave: auditoria, glosa, alterar procedimento, honorários, impropriedades

MEDICAL BILL AUDITING AND PAYMENT CUTS

Key words: medical audit, payment cuts, change proceedings, medical fees, improprieties

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 ?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Resolução N° 1614/2001 do Conselho Federal de Medicina norteia o trabalho da auditoria médica, devido necessidade de disciplinar a fiscalização

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

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 adequa 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 Nº. 131/2008
Protocolo CRMPR Nº 15197/2008
Parecer CRMPR Nº. 1996/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2096, de 06/10/2008 - Câmara I.

Agradecimento

Agradecemos ao Dr. Mauricio Carvalho a sua colaboração nas versões para o inglês das manchetes e palavras-chave.

ATUAÇÃO COMO OBSTETRA SEM CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Contratação de Médicos não obstetras para maternidade – Escala.

Palavras-chave: contratação, residente, obstetrícia, publicidade

WORKING AS AN OBSTETRICIAN WITHOUT FINISHING RESIDENCY TRAINING

Key words: employment, medical resident, obstetrics, advertisement

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o Hospital Maternidade V. F. A., encaminha consulta com o seguinte teor:

“É permitida a atuação médica na área obstétrica sem a conclusão da Residência Médica e a obtenção do respectivo título de especialista?”

“A presente solicitação deve-se à necessidade de contratação de plantonistas médicos para a área obstétrica e a dificuldade em obtê-los no mercado local”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em relação ao OF.DIR. 223/08, tenho a aduzir:

Ao formando em Medicina com seu diploma devidamente registrado pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) e devidamente registrado em seu Conselho Regional de Medicina de sua área de abrangência tem o direito de realizar qualquer atividade médica. Esta posição está devidamente amparada pela Lei 3268/57 que regulamenta a profissão de médico. Responde este profissional pela prática de seus atos, cabendo-lhe a prerrogativa de fixar os limites do seu procedimento, de acordo com suas habilidades técnicas e sua consciência.

Da maneira como este Estatuto (Lei 3268/57) foi elaborado, não representa ele apenas um repositório de **“ética codificada”**, analisando o significado e a natureza da conduta médica, mas, antes, e acima de tudo, um

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

compromisso médico e de suas instituições em favor da sociedade e, em particular, do ser humano, como quem conscientemente assume uma dívida no interesse superior do conjunto da sociedade.

Os próprios médicos reconhecem hoje a importância e a necessidade da contribuição que a sociedade como um todo venha a dar às questões cujas diretrizes e valores estão em jogo numa relação cada vez mais trágica entre médico e paciente. Certamente, tem havido notável avanço na relação entre médico e paciente, ambos assumindo compromissos com a maior seriedade buscando a transformação da sociedade.

O presente Código de Ética contém normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independente da função e cargo que ocupem. Mesmo que exista uma relação muito estreita entre as qualidades morais e uma qualificação profissional, no que diz respeito à tipificação junto ao nosso Código de Ética e sua respectiva punibilidade, entendem quase todos que há de se levar em conta apenas as irregularidades verificadas no exercício ou em face do exercício profissional.

As organizações de prestações de serviços médicos, que é o caso do Hospital e Maternidade V. F. A., estão sujeitas às normas deste Código de Ética Médica. Desse modo, quem responde por irregularidades praticadas em nome do Estabelecimento de Saúde, quando configurada a infração, **é o seu Diretor Técnico**. Isto não quer dizer que esta unidade de saúde não possa responder civil ou administrativamente pela prática de danos àquela que busca os seus serviços anunciados como de Maternidade.

O Artigo 135 do Código de Ética Médica – “anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade médica para a qual não esteja qualificado” – proíbe que o médico se anuncie em receituário médica, carimbos, placas e cartazes de clínicas e hospitais, por uma especialidades que efetivamente não a tem, definindo-se por uma ilicitude ao Código.

A participação como médico da Maternidade, quando efetivamente faz parte do corpo de plantonistas, com prestação de serviços em obstetrícia, principalmente em um hospital de referência universitária, deve ser obrigatório a titulação dispensada ao especialista. O público alvo, que são as mulheres grávidas, mesmo sem constar a relação nominal dos plantonistas, com a simples definição desta Instituição com a citação de Maternidade, faz pensar para aquele que busca seus serviços que esta se dirigindo a esta Instituição, pois aí será atendida por um Obstetra. Mesmo que o público alvo atingido por esta forma de divulgação seja restrito, o fato não deixa de se revestir em **“propaganda enganosa”**.

Diante das justificativas apresentadas, pois não há falta de médicos especialistas em Tocoginecologia, nem no Brasil, nem no Paraná e em sua Capital, o que há é baixa remuneração e exposição de risco demasiado diante de um número de plantonistas menor que o necessário para realizar o plantão, julgo em defesa do paciente e do médico que estará vulnerado na prática da medicina,

sendo proibida a sua contratação, pois fere os princípios fundamentais da Residência Médica.

É o parecer.

Curitiba, 04 de outubro de 2008.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 126/2008
Protocolo CRMPR Nº 14694/2008
Parecer CRMPR Nº. 1997/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2096, de 06/10/2008 - Câmara II.

ERRATA

Os “Arquivos” desejam corrigir um deslize cometido na Revista 25:100, (Out-Dez), 181-195,2008 na qual o nome do autor do trabalho “Mortalidade Materno-Infantil: Causas e Soluções, foi publicado incorreto, sendo o correto **“Narcizo Leopoldo Eduardo da Cunha Sobieray”**. Pedimos desculpas pelo involuntário erro.

MEDICINA PALIATIVA

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - A Medicina Paliativa consiste na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus respectivos familiares.

Palavras-chave: medicina paliativa, qualidade de vida, resposta à doença, distanásia, conforto, atenção

PALLIATIVE MEDICINE

Key words: palliative medicine, quality of life, disease reaction, disthanasia, well-being, medical care

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Dra. P. C. B., Delegada de Polícia do Núcleo de Repressão as Crimes Contra a Saúde, solicita esclarecimentos sobre a área de Medicina Paliativa e quais os limites de tal área, se ela deve ser utilizada em conjunto com a medicina convencional.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Medicina Paliativa faz parte da formação do Médico Residente que se especializa em Cancerologia, especialmente na área clínica, conforme programa de Residência Médica a que tivemos acesso, e está dentro da humanização da morte e em respeito à vida.

A Medicina faz todo o possível para adiar a morte, que embora certa, espera-se que ocorra por causas naturais, de desgaste do organismo, mas muitas vezes as doenças hereditárias ou adquiridas abreviam a vida, com grande sofrimento, esgotando todos os recursos ao alcance para manter a qualidade de vida, restando apenas dar o máximo de conforto e de atenção para minimizar o período até que ocorra a morte. A aceitação desta como parte da história da humanidade deve ser valorizada para que possamos ter um término de vida digno.

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

Devido a estes questionamentos seja pela sociedade, seja pelos médicos, motivou a inclusão da matéria nos cursos de especialização e a formação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, que envolve várias profissões, para de maneira ética e adequada prestar atendimento aos pacientes que deles necessitam.

A prática é menos conhecida e utilizada em países subdesenvolvidos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos são aqueles que consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus respectivos familiares.

Pois ao médico cumpre curar sempre, em não curando, aliviar sempre e, em não aliviando, consolar. O paciente sempre tem direito a pleitear um alívio da dor e uma melhor qualidade de vida ou uma melhor qualidade de morte.

A enciclopédia Wikipédia conceitua o **Paliativismo** como o conjunto de práticas médicas que visa oferecer dignidade e diminuição de sofrimento, mais comum em pacientes terminais ou em estágio avançado de determinada enfermidade, tendo como base a Ortotanásia e a integração dos diferentes profissionais da área médica.

Até os séculos XVI e XVII, a morte era aceita como uma ocorrência natural da vida, e a pessoas preocupavam-se tão somente em encontrar um significado para a morte por meio da religião, todos tentavam tornar a morte o mais confortável possível, no leito de morte, quantas pessoas não recebiam os familiares e amigos para uma despedida ou para dizer o até então não dito, mas, com o advento da medicina moderna, a morte tornou-se uma inimiga a ser combatida.

Para entender o conceito de cuidado paliativo, é interessante relatar a história, que se iniciou com o surgimento dos hospices, locais de descanso para viajantes no século IV, mas somente no século XIX na Irlanda e na Inglaterra uma ordem religiosa destinou-os a moribundos. O hospice moderno surgiu após a fundação do Hospice Saint Christopher em 1967, fundado por Dame Cicely Saunders, enfermeira que ao ver o sofrimento dos pacientes submetidos a métodos invasivos e traumáticos estudou medicina no Reino Unido, país onde nos anos de 2003 e 2004, cerca de 250 mil pessoas se beneficiaram da prática nos hospices ou em outros locais de atendimento, hoje, o tratamento é gratuito e sustentado através de caridade, apesar de já ter sido financiado pelo *National Health Service*.

Nos Estados Unidos o movimento passou de voluntário para um significativo componente do sistema de saúde, em 2005 mais de 1,2 milhão de pessoas e suas famílias receberam tratamento paliativo, composto por remédios, equipamentos médicos e assistência em tempo integral. A maioria dos cuidados é feita na casa do paciente, mas está disponível também em diversos ambientes como, prisões e hospitais. Aproximadamente, 55% dos hospitais com mais de 100 leitos possuem o programa.

O grande desenvolvimento da Medicina nas últimas décadas do século XX, aliado à melhoria das condições de vida, permitiu um grande aumento na expectativa de vida passando de 34 anos para mais de 80 anos em países desenvolvidos, fato que tem feito aumentar a incidência de doenças crônicas, degenerativas e de câncer.

A Medicina Paliativa nasceu da necessidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes para os quais a cura não é mais possível e a qualidade de vida está ou estará em breve deteriorada, o objetivo concreto é aliviar os sintomas

decorrentes de doenças degenerativas, crônicas e refratárias dolorosas e/ou fortemente limitantes, através do atendimento farmacológico, psicológico, social, ético, filosófico, religioso, familiar, entre outros, assim como oferecer conforto e tranqüilidade à própria família.

Como exemplo, a Oncologia tem sido capaz de curar em torno de 50% dos pacientes diagnosticados de câncer, contra os 5% de cura, na primeira década do Século XX, no entanto, ainda restam metade dos pacientes para os quais “estão esgotadas todas as possibilidades terapêuticas que não sejam aquelas meramente sintomáticas ou paliativas”.

O objetivo principal na fase inicial de tratamentos do câncer ou de outro quadro muito grave é, sem dúvida, modificar a história natural da doença, e corresponde à fase curativa onde o desconforto trazido pelos medicamentos é bem tolerado e, inclusive, bem aceito por pacientes, familiares e equipe de saúde.

Na fase paliativa, ocorrem as recidivas e o agravamento das doenças, as dores voltam e os objetivos terapêuticos tornam-se contraditórios ou ambivalentes, pois o peso dos efeitos colaterais sobrepõem-se aos benefícios, e é quando a autonomia do paciente deve adquirir maior relevância na tomada de decisões, sendo fundamental que o médico e a família tenham plena noção do curso da doença, da fase em que se encontra e do que, realmente, está ao alcance da medicina sem sacrificar a já precária qualidade de vida do paciente.

Faz-se necessária ter serenidade suficiente para identificar a fase paliativa, onde a Medicina não tem mais que vencer a doença ou a morte, mas aliviar o sofrimento, limitar o mal e acalmar a dor, nesse período a medicina curativa não tem mais direito de imiscuir-se na vida daqueles que não a necessitam mais, restando a sua mais nobre função a de consolar e solidarizar-se ao paciente e seus familiares até o momento do término de sua vida.

Os princípios básicos da medicina paliativa são:

- A morte é um processo normal;
- Não apressar ou retardar a morte;
- Promover alívio da dor e de outros sintomas incomodativos;
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais de forma que o paciente possa aceitar a própria morte da forma mais natural e integral possível;
- Oferecer suporte para que o paciente possa viver da forma mais ativa e criativa possível até a morte;
- Oferecer suporte para os familiares durante a doença do paciente e no seu luto.

Embora a maioria dos textos expresse que o principal objetivo dos cuidados paliativos é a qualidade de vida, conceito puramente subjetivo, pois ela existe quando as aspirações de um indivíduo são possíveis de ser realizadas no presente momento, a qualidade de vida é ruim quando existe uma grande distância entre aspirações e a possibilidade de realização desses sonhos, para melhorar a qualidade de vida é necessário diminuir esse distanciamento dentro da realidade do paciente.

Outro importante aspecto é o ético, a Ética da Medicina Paliativa é a mesma da Medicina como um todo, cabendo aos médicos preservar a vida e aliviar o sofrimento, obviamente, no final da vida, aliviar o sofrimento é por vezes mais importante do que preservar a vida, sendo que quatro pontos norteadores devem ser considerados:

- respeitar a autonomia do paciente, ou seja, do indivíduo,
- ser beneficente, isto é, fazer o melhor,
- minimizar o sofrimento, sem ter más intenções, e
- fazer justiça, através do uso adequado de recursos.

Na prática, isso acarreta três dicotomias:

- Os benefícios potenciais do tratamento precisam ser confrontados com seus riscos,
- Empenhar-se em manter a vida quando biologicamente inútil ou promover conforto durante a morte,
- Confrontar as necessidades individuais com as da sociedade.

Visto sermos mortais, a manutenção da vida em algum momento será uma atitude fútil, desprovida de bom senso, o médico não é obrigado ética e moralmente a preservar a vida a “todo custo”, mas tão somente quando do ponto de vista biológico for sustentável e não um mero prolongador do processo de morte, assim como não cabe a ele nem o papel e nem o direito de reduzir o tempo de vida.

Não é o caso de tratar ou não tratar, mas, qual o tratamento mais apropriado do ponto de vista biológico, do ponto de vista pessoal, do paciente, e das circunstâncias sociais.

Um tratamento apropriado para uma pessoa agudamente doente pode ser totalmente inapropriado para um doente em fase terminal, sondas nasogástricas, infusões endovenosas, ressuscitação cardiorrespiratória e respiração artificial são, todas, medidas para uso em estados agudos ou em doentes crônicos “agudizados”, que tenham a perspectiva de recuperar a saúde. Usar esses procedimentos em pacientes terminais, e nos quais a perspectiva de recuperação da saúde não existe, é, geralmente, inapropriado.

O cuidado médico é um continuum que pode ir da cura completa, de um lado, ao alívio de sintomas, do outro.

É importante ter em mente, claramente, o objetivo do tratamento em quaisquer possibilidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e ou tratamento clínico. E, optando-se pela conduta adequada, ter em mente:

- perspectiva biológica do paciente;
- objetivos terapêuticos e benefícios de cada tratamento;
- efeitos adversos do tratamento;
- a não necessidade de prolongar o processo de morte.

Embora exista uma pequena possibilidade de melhora inesperada, há muitas ocasiões nas quais se torna mais apropriado “dar uma chance para a morte”.

Conforme uma pessoa se torna terminalmente doente, ou severamente limitada física e mentalmente, talvez pelo próprio processo de senilidade, seu interesse

por hidratação e nutrição, freqüentemente, torna-se mínimo. Como a evolução natural para ambos os processos é para a morte, essas são circunstâncias nas quais não devemos forçar o paciente a se alimentar ou se hidratar. O desinteresse do paciente ou a aversão deveriam ser compreendidos como parte do processo e deixá-lo partir.

Conforme os autores Dra Jacira Caracik de Camargo Andrade e Dr. Antônio Carlos de Camargo Andrade Filho, esses conceitos precisam estar bem claros, não só aos médicos com interesse em Medicina Paliativa, como a todos os médicos, para que possamos, um dia, dizer aos nossos pacientes como a Dra. Cicely Saunders: “Você é importante porque você é único. Você será importante para nós até o último dia da sua vida, e nós faremos tudo o que pudermos, não apenas para que você morra em paz, mas para que você ‘viva’ até o momento da sua morte”.

Do exposto depreende-se que ela faz parte das estratégias terapêuticas da Medicina.

É o parecer.

Curitiba, 14 de outubro de 2008.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 139/2008
Protocolo CRMPR Nº 16042/2008
Parecer CRMPR Nº. 2001/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2098, de 20/10/2008 - Câmara II.

REFERÊNCIAS

Wikipédia

www.cuidadospaliativos.com.br

Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

Estamos Preparados Para A Medicina Paliativa No Brasil? Jacira Caracik de Camargo Andrade, Antônio Carlos de Camargo Andrade Filho

ANEXO

Medicina Paliativa e Qualidade de Vida

17/3/2003

O grande desenvolvimento da Medicina nas últimas décadas do século XX, junto com as melhoras das condições de vida, tem feito com que a expectativa de sobrevivência do ser humano venha aumentando continuamente. No começo do século XX a expectativa de vida era em torno de 34 anos e, na atualidade, já passa dos 80 anos em países desenvolvidos. Este fato tem feito aumentar a incidência de doenças crônicas, degenerativas e de câncer.

Desafortunadamente, todos os esforços da ciência para aumentar a quantidade da vida humana podem ser inutilizados, em boa parte, se a medicina não minimizar o significativo prejuízo que essas doenças crônicas e degenerativas podem produzir na qualidade da vida.

Evitando pessoas de adoecerem a medicina já estaria cumprindo seu papel na melhoria da quantidade e da qualidade de vida. Porém, a pergunta intrigante é: o que a medicina tem feito para aqueles que adoeceram e, principalmente, para aqueles que não têm cura? É nesse ponto que aparece a Medicina Paliativa. Ao médico cumpre curar sempre, em não curando, aliviar sempre e, em não aliviando, consolar. Por incrível que possa parecer, com o avanço desacoplado e desproporcional da medicina em relação à humanização da mesma, tornou-se mais comum curar que aliviar. Consolar então, nem se fala, embora não falem recursos para ambos.

Existem, infelizmente, muitas doenças e situações médicas onde ainda não tem sido possível a cura, mas, nem por isso, a Medicina deve se acomodar e negligenciar o muito que tem para ser feito. O paciente tem direito a pleitear sempre um alívio da dor, uma melhor qualidade de vida e, não obstante, uma melhor qualidade de morte. Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos são aqueles que consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus respectivos familiares.

A Oncologia tem sido capaz de curar em torno de 50% dos pacientes diagnosticados de câncer. Embora tenhamos saltado de escassos 5% de cura, na primeira década do Século XX, até os 50% dos casos na atualidade, ainda restam metade dos pacientes que chegam à dura fase do câncer onde se costuma dizer "estão esgotadas todas as possibilidades terapêuticas que não sejam aquelas meramente sintomáticas ou paliativas".

A Medicina Paliativa nasceu da necessidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes para os quais a cura não é mais possível e a qualidade de vida está ou estará em breve deteriorada. O objetivo concreto dessa área da saúde é aliviar os sintomas decorrentes de doenças degenerativas, crônicas e refratárias, favorecer o melhor possível as atividades do paciente, oferecer adequada atenção emocional e social, tanto ao paciente quanto à própria família.

O controle dos sintomas do enfermo com doenças crônicas, degenerativas, dolorosas e/ou fortemente limitantes da qualidade de vida, deve ser abordado não só do ponto de vista farmacológico, senão também do ponto de vista psicológico, social, ético, filosófico, religioso, familiar, etc. Felizmente, parece que algumas vozes mais humanitárias estão se juntando num eloqüente coro moral para que a medicina, como qualquer outra área da atividade humana, se adeqüe ao próprio ser humano, tomando-o por uma pessoa que sente, sonha e aspira alguma coisa além do perfeito equilíbrio hidro-eletrolítico.

Portanto, diante da necessidade em se ultrapassar a lida farmacológica para portadores de doenças crônicas, degenerativas, dolorosas e/ou fortemente limitantes, podemos considerar a Medicina Paliativa apenas como um dos integrantes do Tratamento Paliativo; é preciso tratar tanto dos problemas físicos, quanto dos familiares, sociais e econômicos criados pela evolução dessas doenças degenerativas, crônicas e refratárias.

Medicina Paliativa e a Pessoa Doente

A medicina, através de seu lado mais técnico e científico, sempre sabe do prognóstico biológico da doença, mas quase nada sabe do prognóstico biográfico do doente. Conhecemos como está funcionando o fígado do paciente, mas ignoramos quase todo o resto sobre a pessoa que vive em torno desse fígado: suas preocupações, angústias,

medos, ilusões, projetos, valores, prioridades e, principalmente, desejos. Embora possa parecer redundante, é bom lembrarmos que a doença sempre acomete uma pessoa concreta e, por isso, deve ser abordada dentro da individualidade própria de cada doente, dentro das peculiaridades desse ser humano particular, com suas características próprias de personalidade, de família e de relações sociais.

Portanto, será essa pessoa individualizada e doente quem, de fato, terá mais direito e autoridade em sentir sua doença, suas dores e suas queixas dessa ou daquela maneira. E suas queixas e dores nem sempre conseguem acompanhar a rotina do hospital, atender aos horários das medicações analgésicas... Nem sempre é possível que essa pessoa durma ou se mantenha no leito o número de horas e os horários mais adequados à enfermagem...

A prática clínica deve levar em consideração aspectos mais globais do paciente, ir além do fazer medicamente e fisiologicamente correto. Isso faz lembrar dos pacientes que, tendo de submeterem-se a algum diagnóstico por imagens, eram deixados em jejum. Evidentemente está correto. Entretanto, muitos casos iam ao centro de diagnóstico às 18 horas e tinham estado em jejum desde as 0 horas. Talvez teriam um dia mais saudável num campo de concentração.

Não esqueço também uma passagem cômica (e triste) ocorrida num hospital que trabalhava, onde os pacientes internados eram acordados às 23 horas para tomarem a medicação para dormir.

Lamentavelmente a atenção médica emocional aos pacientes gravemente enfermos tem sido algo insatisfatória. Não é incomum que os profissionais clínicos se mostrem indiferentes à angústia e até ao próprio sofrimento de seus pacientes. Tenho certeza de que não se trata de algo proposital, mas alguma coisa relacionada à falta de percepção dos aspectos biológicos, sociais e existenciais do paciente que ultrapassam os limites da especialidade do médico, os limites órgão ou sistema de sua formação profissional.

Mas nós temos que aprender que quando a pessoa adoecer, ela o faz de forma integral, não em parcelas, partes ou prazos. Todos os componentes do ser humano ficam afetados e cada um deles demanda sua própria sintomatologia, sua própria necessidade. Assim, a doença gera sintomas físicos como a dor, desequilíbrios metabólicos, limitações e, com a mesma tenacidade, gera também sintomas emocionais, como o medo, ansiedade, ira, depressão, necessidades espirituais, sentimentos de culpa, de perdão, de paz interior... Além disso tudo, a doença determina ainda necessidades sociais como apoio, conforto material, segurança econômica, consideração por parte dos demais, não abandono. Exigir que o médico assistente, clínico, cirurgião, oncologista, etc, saiba como lidar com todos esses aspectos inerentes ao adoecer seria um contra-senso, mas no mínimo, seria lícito pedir para que seja sensível o suficiente para chamar, pedir e facultar o atendimento por parte de outros profissionais.

O Tratamento Paliativo envolve uma equipe de profissionais médicos e não-médicos com o propósito de melhorar a qualidade de vida global do paciente com um quadro grave, geralmente limitante, doloroso e extremamente incômodo, melhorar a qualidade de vida da família desses pacientes e, finalmente, melhora a qualidade de sua morte.

Fase Curativa e Fase Paliativa

O objetivo principal na fase inicial do tratamento do câncer ou de outro quadro muito grave é, sem dúvida, modificar a história natural da doença. A iniciativa médica para mudança favorável no curso da doença constitui a fase curativa.

Mas com certa freqüência há um período de transição durante a lide com uma doença

grave. Esse período é desconfortável e se situa entre a fase curativa, onde os recursos terapêuticos são viáveis e os resultados são mais visíveis, até a fase paliativa

Na fase curativa, diante de expectativas otimistas e esperançosas, a dor, os vômitos, a ansiedade, a cirurgia, a internação, enfim, todas as seqüelas indesejáveis do tratamento são bem toleradas e, inclusive, bem aceitas por pacientes, familiares e equipe de saúde. A fase paliativa, entretanto, é uma etapa muito mais problemática. Nessa fase os objetivos terapêuticos estão pouco definidos, confusos, contraditórios ou ambivalentes. Aqui é quando ocorrem recaídas da doença, quando voltam as dores, aumentam as dúvidas e o pessimismo. Nessa fase o peso dos efeitos colaterais do tratamento pode começar a sobrepor-se aos benefícios.

É nessa fase, a paliativa, que a autonomia do paciente deve adquirir maior relevância e autoridade na tomada de decisões. Para tal, é fundamental que o médico e a família tenham plena noção do curso da doença, da fase em que se encontra e do que, realmente, está ao alcance da medicina sem sacrificar a já precária qualidade de vida do paciente. O herói dos tratamentos heróicos não é o médico, senão o paciente, e seu heroísmo só aparece quando fracassam todos os remédios disponíveis. A muitos pacientes é imposto este heroísmo involuntário, quando se sentem obrigados a consumir "tratamentos" contra a morte, líquida e certa, até o último instante.

Mas, tendo a serenidade suficiente para identificar a fase paliativa, a medicina entenderá que seu papel não é mais vencer a doença ou a morte, mas aliviar o sofrimento, limitar o mal e acalmar a dor. Nessa fase a medicina curativa não tem mais direito de imiscuir-se na vida daqueles que não a necessitam mais. Resta ainda à medicina integral, sua mais nobre função: consolar.

Nessa fase de agonia, que na realidade faz parte do trajeto vital da grande maioria das pessoas, a medicina deve preocupar-se em aliviar sintomas, acalmar dores e tratar das emoções, pois agora já não podemos negar, nem duvidar e nem nos escondermos da morte.

ESTAMOS PREPARADOS PARA A MEDICINA PALIATIVA NO BRASIL?

26/5/2002

A Medicina Paliativa é uma especialidade relativamente nova no Brasil. Ela chega ao Brasil pelo clamor dos pacientes terminais e seus familiares diante do intenso sofrimento a que estão expostos

Jacira Caracik de Camargo Andrade (1), Antônio Carlos de Camargo Andrade Filho(2)
Até os séculos XVI e XVII, a morte era aceita como uma ocorrência natural da vida. As pessoas preocupavam-se em encontrar um significado para a morte por meio da religião. Todos tentavam tornar a morte o mais confortável possível. Na literatura, encontramos inúmeras obras de autores temerosos à morte ou que escreviam, justamente, belas obras ao saberem estar doentes, como no Romantismo, no qual, freqüentemente, lemos citações sobre a tuberculose e muitas cartas de despedida da vida e de seus amores. No leito de morte, quantas pessoas não recebiam os familiares e amigos para uma despedida ou para dizer o, até então, não dito? Mas, com o advento da medicina moderna, a morte tornou-se uma inimiga.

Quase um assunto tabu. As pesquisas na área médica, o uso da tecnologia e o desenvolvimento de novos medicamentos direcionaram-se no sentido de tentar prolongar ao máximo a vida, custe o que custar. Enquanto isso, na Inglaterra, uma enfermeira, chamada Cicely Saunders, angustiada ao ver seus pacientes sofrendo nos seus últimos

dias, às vezes com dores, outras, com vômitos, sendo submetidos a procedimentos invasivos e traumáticos, com odores repugnantes, perguntava aos médicos se não havia uma forma de amenizar aquele sofrimento. A resposta de um deles incentivou-a a estudar medicina e a desenvolver tratamentos e técnicas justamente com essa finalidade. Iniciou-se aí a história da Medicina Paliativa, especialidade tão reconhecida na Inglaterra e em muitos países desenvolvidos.

Mas, por que a nossa preocupação em escrever este artigo? Desde 1985, temos acompanhado os conhecimentos sobre a Medicina Paliativa e, desde essa época, em muitos eventos médicos, temos ouvido falar sobre o assunto. Há oito anos trabalhamos no Serviço de Medicina Paliativa do Hospital Amaral Carvalho, em Jaú, voltados para o acompanhamento de pacientes, na maioria das vezes oncológicos, considerados fora de possibilidades terapêuticas. Tivemos também a oportunidade de fazer um curso teórico-prático sobre o assunto na Universidade de Oxford.

Lá, não só nós, como outros colegas do curso vindos de diferentes países subdesenvolvidos de todo o mundo, constatamos que essa prática, de baixo custo e baixa tecnologia, é de difícil aceitação em seus países também.

Tentamos, então, postular algumas possíveis hipóteses para essa resistência em nosso país:

1. O capitalismo selvagem leva as pessoas ao consumismo excessivo, podendo comprar tudo, inclusive a cura para as doenças;
2. A medicina moderna tornou a morte um tabu;
3. A falta de tempo para contemplarmos a natureza, inclusive para perceber que a morte é um evento imperativo e ecológico (os recursos naturais são esgotáveis, a superpopulação leva às guerras), simplesmente para parar, pensar na vida, no dia-a-dia, nos resultados do nosso trabalho, nas relações pessoais dentro e fora da família;
4. Talvez as tabelas do sistema de saúde do nosso país e as condições econômicas dos médicos tornem a prática da Medicina Paliativa pouco atrativa. Uma consulta por R\$ 2,55 (dois reais e cinquenta e cinco centavos)...;
5. Quantos de nós trabalhamos menos de oito horas/dia e têm tempo e vigor para revisar o tratamento que nossos pacientes recebem, aliás, quantos de nós conseguimos acompanhar o mesmo paciente por todo um tratamento?
6. Aprendemos, nas escolas médicas, como reconhecer quando um paciente está fora de possibilidade de cura, como comunicar isso a ele e a sua família, e que qualquer tipo de tratamento, que não o paliativo, implicará gasto de dinheiro desnecessário para os cofres públicos, ou mesmo temos que indicar cirurgia, ou quimioterapia, ou radioterapia, etc., simplesmente para fazer alguma coisa pelo doente?
7. A falta de qualidade de vida para a grande maioria dos brasileiros.

Também, não queremos apenas apresentar problemas. Assim, preparamos um rápido resumo sobre as questões éticas que envolvem a Medicina Paliativa. De início, gostaríamos de definir o que é a Medicina Paliativa. É aquela cujo principal objetivo é promover o conforto para o paciente nos seus últimos dias. Seus princípios básicos são:

- A morte é um processo normal;
- Não apressar ou retardar a morte;
- Promover alívio da dor e de outros sintomas incomodativos;
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais de forma que o paciente possa aceitar a própria morte da forma mais natural e integral possível;
- Oferecer suporte para que o paciente possa viver da forma mais ativa e criativa possível até a morte;
- Oferecer suporte para os familiares durante a doença do paciente e no seu luto.

Freqüentemente, ouvimos que o principal objetivo dos cuidados paliativos é a “qualidade de vida”. Temos que lembrar que o conceito de qualidade de vida é subjetivo. Podemos dizer que há uma boa qualidade de vida quando as aspirações de um indivíduo são possíveis de ser realizadas no presente momento. A qualidade de vida é ruim quando existe uma grande distância entre aspirações e a possibilidade de realização desses sonhos. Para melhorar a qualidade de vida é necessário diminuir esse distanciamento dentro da realidade do paciente.

Outro importante aspecto é o ético. A Ética da Medicina Paliativa é a mesma da Medicina, claro. Cabe aos médicos preservar a vida e aliviar o sofrimento.

Logicamente, no final da vida, aliviar o sofrimento é por vezes mais importante do que preservar a vida.

Temos que considerar quatro pontos cardeais:

- a autonomia do paciente (respeitar o paciente como indivíduo);
- ser beneficente (fazer o melhor);
- minimizar o sofrimento, sem ter más intenções;
- justiça (uso adequado de recursos).

Esses quatro pontos cardeais devem ser aplicados nas circunstâncias de respeito à vida e aceitação da condição inevitável de morte.

Na prática, isso acarreta três dicotomias:

- Os benefícios potenciais do tratamento precisam ser confrontados com seus riscos;
- Empenhar-se em manter a vida quando biologicamente inútil ou promover conforto durante a morte;
- Confrontar as necessidades individuais com as da sociedade.

Assim, tendo em mente que somos mortais, temos que lembrar que a arte da Medicina está na decisão de quando a manutenção da vida é essencialmente fútil, infrutífera e, a partir daí, permitir que a morte ocorra sem que haja um maior impedimento. Um médico não é obrigado, legalmente ou eticamente, a preservar a vida a “todos os custos”. Ao contrário, a vida deverá ser mantida quando, do ponto de vista biológico, for sustentável. As prioridades mudam quando o paciente claramente está morrendo. Não há obrigação de empregarmos tratamentos se os seus usos podem ser mais bem descritos como prolongadores do processo de morte. Ao médico, não cabe o papel e nem o direito de prescrever um método que reduza o tempo de vida.

Não é o caso de tratar ou não tratar, mas, qual o tratamento mais apropriado do ponto de vista biológico, do ponto de vista pessoal (do paciente) e das circunstâncias sociais.

Um tratamento apropriado para uma pessoa agudamente doente pode ser totalmente inapropriado para um doente em fase terminal. Sondas nasogástricas, infusões endovenosas, ressuscitação cardiorrespiratória e respiração artificial são, todas, medidas para uso em estados agudos ou em doentes crônicos “agudizados”, que tenham a perspectiva de recuperar a saúde. Usar esses procedimentos em pacientes terminais, e nos quais a perspectiva de recuperação da saúde não existe, é, geralmente, inapropriado. O cuidado médico é um continuum que pode ir da cura completa, de um lado, ao alívio de sintomas, do outro.

É importante ter em mente, claramente, o objetivo do tratamento em quaisquer possibilidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e ou tratamento clínico. E, optando-se pela conduta adequada, ter em mente:

- perspectiva biológica do paciente;
- objetivos terapêuticos e benefícios de cada tratamento;
- efeitos adversos do tratamento;
- a não necessidade de prolongar o processo de morte.

Embora exista uma pequena possibilidade de melhora inesperada, há muitas ocasiões

nas quais se torna mais apropriado “dar uma chance para a morte”.

Conforme uma pessoa se torna terminalmente doente, ou severamente limitada física e mentalmente, talvez pelo próprio processo de senilidade, seu interesse por hidratação e nutrição, freqüentemente, torna-se mínimo. Como a evolução natural para ambos os processos é para a morte, essas são circunstâncias nas quais não devemos forçar o paciente a se alimentar ou se hidratar. O desinteresse do paciente ou a aversão deveriam ser compreendidos como parte do processo e deixá-lo partir.

Ao nosso ver, esses conceitos precisam estar bem claros, não só aos médicos com interesse em Medicina Paliativa, como a todos os médicos, para que possamos, um dia, dizer aos nossos pacientes como a Dra. Cicely Saunders: “Você é importante porque você é único. Você será importante para nós até o último dia da sua vida, e nós faremos tudo o que pudermos, não apenas para que você morra em paz, mas para que você ‘viva’ até o momento da sua morte”.

(1) Médica Titular da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Ex-aluna da International School for Cancer Care do St Peter’s College, University of Oxford.

(2) Chefe do Centro de Terapia da Dor e Medicina Paliativa do Hospital Amaral Carvalho de Jaú, SP.

Endereço para correspondência

Jacira Caracik de Camargo Andrade

Rua Antonio Gianini, 179

CEP 17210-410 – Jaú, SP E-mail: acaf@jau.sol.com.br

Para ler mais artigos como esse, acesse www.simbidor.com.br

SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Seguro de Responsabilidade Civil.

Palavras-chave: seguro, responsabilidade civil, questionamento judicial

CIVIL LIABILITY INSURANCE

Key words: insurance, civil responsibility, judicial inquiring

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Sr. G. G. de A., encaminha consulta com o seguinte teor:

“Gostaria de uma posição sobre o seguro de responsabilidade civil para médicos, pois muitos médicos dizem que o CRM é contra este tipo de seguro e outros maioria dizem que não tem nada haver e que o CRM até apóia”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A menor passividade com que as pessoas em nosso país começam a reagir contra a violação de seus direitos repercute notadamente na área de saúde e é, certamente, um dos motivos principais dos cada vez mais freqüentes questionamentos judiciais dos prestadores de serviços de saúde por seus pacientes.

Essa tendência faz com que os profissionais desta área sintam-se cada vez mais expostos e comecem efetivamente a se preocupar com medidas que possam adotar para sua proteção.

A palavra **“proteção”**, associada ao verbo proteger, refere-se a medidas defensivas contra algo que se tem por indesejado ou prejudicial. Aparentemente, nada mais adequado que a busca dos prestadores de serviços de saúde por proteção contra os questionamentos judiciais aos quais estão expostos. Contudo, ao direcionarem essa proteção equivocam-se quanto o objeto do alvo.

Os maiores questionamentos dos serviços de saúde pairam na despersonalização da relação entre o profissional de saúde e o paciente, originada a partir da chamada **“massificação”** da medicina e dos serviços de saúde em

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

geral. Este distanciamento eliminou desta relação médico-paciente, quase por completo, elementos fortemente inibidores da eventual vontade do paciente questionar: confiança, respeito e, até mesmo, um certo temor reverencial que se tinha anos atrás. Havia uma autoridade quase suprema de seu médico, que lhe impedia de questionar.

A prevenção de questionamentos de pacientes mediante estudo das causas que os levam a questionar e a adoção de medidas que eliminem ou reduzam estas causas de há muito são realizadas em outros países que já enfrentam estas demandas judiciais. A “banalização” das queixas e a “judicialização” da medicina, acrescida da chamada “justiça gratuita” são geradoras desta dificuldade no exercício médico.

É de Armando de Oliveira Assis, que afirma: “seguro é o método pelo qual se busca por meio de ajuda financeira mútua de um grande número de existências ameaçadas pelos mesmos perigos, a garantia de uma compensação para as necessidades fortuitas e avaliáveis decorrentes de um evento danoso”.

Inúmeras são as desvantagens do Seguro de Responsabilidade Civil: interfere negativamente na relação médico-paciente, estimula os processos contra médicos, eleva os custos dos serviços médicos, pode facilitar o erro médico, facilita a “indústria” das indenizações, fornece uma proteção aparente para o profissional, cria um cenário cativo para o médico e não cobre o dano moral.

Desde a década de oitenta do século passado, o Conselho Federal de Medicina vem, reiteradamente, colocando-se contrário à participação dos médicos em seguros de responsabilidade civil por entender que essa medida traz grandes prejuízos à relação médico – paciente. Se esta relação é a grande alavanca do médico, fica claro, diante dos argumentos aqui expostos, que médicos e suas entidades representativas criem mecanismos de resistência a implantação destes propósitos, permitindo a participação de novos intermediários na relação médico – paciente, além daqueles, pertinentes as operadoras de saúde.

É o parecer.

Curitiba, 14 de outubro de 2008.

Hélcio Bertolozzi Saores
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º. 141/2008
Protocolo CRMPR N.º 16020/2008
Parecer CRMPR N.º. 2004/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária n.º 2098, de 20/10/2008 - Câmara II.

PLANTÃO MÉDICO E A RESPONSABILIDADE PELA INTERNAÇÃO OU PELO ATENDIMENTO

Keti Stylianos Patsis*

EMENTA - Responsabilidade do médico que interna o paciente e do médico plantonista.

Palavras-chave: plantão, internamento, responsabilidade, atendimento

MEDICAL SHIFT AND THE RESPONSIBILITY FOR PATIENT ADMISSION AND CARE

Key words: medical shift, admission, responsibility, medical consultation

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. J. M. B. – CRM-PR enviou a este Conselho os seguintes questionamentos a respeito de internamentos hospitalares:

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

1) De quem é a responsabilidade pelo paciente internado pelo médico plantonista? Do médico que internou, ou dos médicos que deram seguimento ao tratamento?

A Resolução CFM nº 1493/98 estabelece que os pacientes internados em instituições hospitalares não podem ser assistidos apenas pelos médicos plantonistas, cujas atribuições devem ficar voltadas para situações não rotineiras; que a responsabilidade médica permanece individual para com o doente, em quaisquer tipos de organização de assistência médica; que é direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta e determina ao Diretor-Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

Portanto, resta claro que a cada paciente deve ser designado um médico, que será o responsável pelo paciente durante toda sua internação e que este médico não deve ser o plantonista, exceto nos casos em que o médico plantonista seja também

* Conselheira Parecerista CRM-PR.

internista, no mesmo estabelecimento hospitalar, e que possa realizar o acompanhamento longitudinal do paciente durante todo o seu internamento.

2) Médico que atende em ambulatório fora do hospital pode internar o paciente com prescrição? Ou deve encaminhá-lo ao hospital com história clínica apenas, para que o médico de plantão avalie o paciente e faça a prescrição que achar conveniente?

O Código de Ética Médica, Capítulo II, preconiza que é direito do médico:

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Conforme o Parecer 1645/2005 do CRM PR, é prerrogativa do médico responsável pelo paciente utilizar o medicamento que julgar necessário no momento do atendimento, uma vez que é sua a responsabilidade pela conduta que tomar.

Portanto, a prescrição encaminhada pelo médico que atendeu o paciente deverá ser repetida, se o médico que o encaminhou for o responsável pelo paciente durante seu internamento hospitalar.

A prescrição encaminhada por outro médico só deverá ser repetida pelo médico responsável pelo internamento do paciente se ele concordar que aquela é a melhor opção para o paciente, naquele momento.

É o parecer.

Curitiba, 17 de novembro de 2008.

Kety Stylianos Patsis
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º. 100/2008
Protocolo CRMPR N.º 11238/2008
Parecer CRMPR N.º. 2021/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária n.º 2118, de 24/11/2008 - Câmara I.

PEELING E LIFTING SÃO ATOS MÉDICOS

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke*

EMENTA - Peeling/ Lifting - A avaliação ou diagnóstico da pele e a indicação terapêutica são procedimentos médicos.

Palavras-chave: peeling, lifting, ato médico

FACIAL PEELING AND LIFTING ARE MEDICAL PROCEDURES

Key words: facial peeling, facial lifting, medical procedure

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o Ministério Público do Estado do Paraná, encaminha consulta com o seguinte teor: “Se o tratamento de Peeling e de Lifting são procedimentos médicos”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em termos conceituais *peeling* significa despelar ou descascar. Já na antiguidade, era realizado usando-se pedra pome, barro, algas, ácido cítrico, ácido láctico (leite), ácido tartárico (vinho).

O peeling químico ou quimioterapia é um procedimento médico que utiliza drogas cáusticas para tratamento de inúmeras lesões cutâneas através da esfoliação química, que provoca eritema e descamação, é uma queimadura controlada que leva a excelente resultado, quando bem indicado nos casos de fotoenvelhecimento, sardas, manchas solares, ceratoses, cicatrizes de acne, rugas de desidratação (*peelings* superficiais) e rugas de expressão (*peelings* profundos).

Há contra-indicações, riscos e efeitos adversos que o aplicador deverá saber reconhecer e manejar, sejam máculas hiper ou hipocrômicas, queimaduras, fotos-sensibilização, cicatrizes, ou infecções secundárias, entre outras; até no peeling superficial, onde a pele descama levemente em poucos dias, peles muito sensíveis podem ficar irritadas.

Cuidado especial deve ser observado ao ser aplicado em pessoas morenas, que poderão manchar temporariamente; em áreas fora da face, como pescoço, costas e membros superiores, a recuperação é muito mais difícil e, se o peeling for

* Conselheira Parecerista CRMPR.

profundo, pode piorar a pele em vez de melhorar; pode haver ativação de herpes simples em pacientes com história prévia; em pacientes que fizeram uso de isotretinoína via oral há menos de um ano; quando existe infecção secundária; e história de cardiopatia.

O exame microscópico pós peeling mostra que aumenta a atividade das células na epiderme, a circulação na derme e a neoformação de colágeno.

Os peelings são classificados em:

- *Peelings* superficiais: usados em manchas e para dar brilho à pele, não diminuem a flacidez, são mais seguros e com poucos riscos para o paciente.
- *Peelings* médios: tem maior penetração na pele e são usados na tentativa de diminuir rugas superficiais e lentigos solares, de renovar a pele fotoenvelhecida, e de corrigir cicatrizes superficiais de acne
- *Peelings* profundos: usados em rugas de expressão e cicatrizes de acne mais profundas.

A profundidade a ser atingida varia conforme o tipo de pele, o objetivo do tratamento e o produto a ser aplicado, podendo ser usado anestésico ou sedação, sendo que a decisão implica, portanto, em diagnóstico prévio, indicação correta e acompanhamento adequado.

A avaliação ou diagnóstico da pele e a indicação terapêutica, são procedimentos médicos, o *peeling* ou esfoliação é uma estratégia terapêutica que embora esteja banalizada, apresenta contra-indicações e riscos potenciais e deverá ter supervisão médica, portanto, é de nosso entendimento que este é um ato médico.

Em relação ao Lifting Facial, este é um procedimento cirúrgico com o fim de melhorar a aparência envelhecida do paciente, realizado sob anestesia em ambiente cirúrgico, que tem por objetivo atuar na musculatura da face e no excesso de pele, necessitando de um diagnóstico prévio, da avaliação de riscos, e de seguimento pós-cirúrgico, uma vez que podem ocorrer complicações como hematoma, cicatriz hipertrófica, quelóide, necrose e infecção, portanto, é um ato exclusivo do médico.

É o parecer.

Curitiba, 14 de outubro de 2008.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º 132/2008

Protocolo CRMPR N.º 15745/2008

Parecer CRMPR N.º 2006/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 2098, de 20/10/2008 - Câmara II.

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR COM O MÉDICO PLANTONISTA

Joachim Graf*

EMENTA - Autorização de Internamento Hospitalar – Responsabilidade Médica.

Palavras-chave: autorização de internamento, responsabilidade, médico plantonista, atendimento

AUTHORIZATION FOR PATIENT ADMISSION WITH THE PHYSICIAN ON DUTY

Key words: admission's authorization, responsibility, doctor on duty, medical consultation

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. C. G. M. S., encaminha consulta ao CRM sobre preenchimento de AIH (Autorização de Internamento Hospitalar).

Informa que trabalha em um hospital na condição de médico plantonista, e que no mesmo hospital trabalham médicos diaristas, os quais passam visitas diárias aos pacientes.

Apresenta os seguintes questionamentos:

- 1) O médico plantonista pode preencher a AIH de um paciente, mesmo freqüentando o hospital na condição de médico plantonista, uma vez por semana?
- 2) A AIH é de responsabilidade específica do médico diarista para quem o paciente interna?
- 3) É correto o médico plantonista carimbar a AIH mesmo não sendo o responsável diário pelo paciente?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Do processo- consulta CFM Nº 2129/95 que versa sobre o formulário de emissão da AIH, extrai-se o seguinte:

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

A norma ou disposição que regula o dever de preenchimento dos formulários de interesse institucional é de caráter administrativo. A AIH é um formulário-padrão que enseja a liberação do custeio médico-hospitalar. A recusa de seu preenchimento não gera prejuízo para o paciente envolvido, nem interfere na relação médico-paciente ou altera a qualidade do ato médico. Há, sim, desvantagem para a instituição que perde ou protela o ressarcimento de despesas. O procedimento é administrativo em sua essência e pode ser efetuado por outro médico.

Do parecer 0525/94, que versa sobre quem deve preencher a AIH, extrai-se que:

A AIH tem como finalidade primeira informar ao gestor do SUS que o hospital nominado admitiu determinado paciente e que este paciente deverá ser submetido ao procedimento médico ali informado. Com base nas informações ali contidas o gestor procederá a emissão da AIH, documento que habilita o hospital a ser ressarcido pelos serviços prestados.

O laudo médico para emissão de AIH, que é um documento médico, deverá ser preenchido pelo médico que examinou ou avaliou o paciente em sua chegada ao hospital e que decidiu interná-lo, ou preferencialmente pelo médico assistente que será o responsável por seu tratamento durante a hospitalização.

Cabe a organização interna do hospital a designação da responsabilidade do preenchimento do referido laudo, por consistir esta designação ato administrativo.

Do processo-consulta 1907/2007, extrai-se que:

O laudo médico é o instrumento necessário para a solicitação de internação do paciente em hospitais integrantes do Sistema de Informação e Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e deverá ser preenchido no ato da internação, podendo ser apresentado para emissão da AIH, nos casos de urgência/emergência, até 48 horas úteis após o internamento. Nas internações em hospitais públicos, inclusive os universitários, os pagamentos das AIHS são feitos através do CGC da instituição, não ocorrendo pagamento diretamente de honorários profissionais aos médicos assistentes. Além disso nem sempre o médico solicitante é o médico assistente, havendo previsão legal e ética para que além do médico solicitante e o médico assistente, quando não for o mesmo, o próprio Diretor Clínico da instituição ser o solicitante da AIH.

CONCLUSÃO

Baseado no exposto temos a destacar sobre os questionamentos feitos relativamente a emissão de AIH:

1) O médico plantonista pode preencher o laudo para emissão da AIH, subentendendo-se que examinou e avaliou o paciente

2) A responsabilidade do preenchimento do laudo para emissão de AIH é do médico que examinou ou avaliou o paciente em sua chegada ao hospital e que decidiu interná-lo, ou preferencialmente pelo médico assistente que será o responsável por seu tratamento durante a hospitalização, ou ainda pelo Diretor Clínico da instituição em determinadas circunstâncias.

3) A aposição do carimbo a solicitação de AIH visa identificar o médico que efetuou o exame inicial do paciente, e após avaliação, optou por seu internamento. Trata-se de ato médico de interesse administrativo, para ressarcimento pelo gestor do SUS das despesas ocorridas em função do internamento pelo hospital nominado na AIH.

A aposição do carimbo do médico que preencheu a solicitação da AIH não implica necessariamente que será o médico assistente do paciente.

É o parecer.

Curitiba, 25 de outubro de 2008.

Joachim Graf
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 118/2008
Protocolo CRMPR N° 14538/2008
Parecer CRMPR N°. 2012/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2110, de 10/11/2008 - Câmara III.

SIGILO MÉDICO E A ENTREGA DE PROGRAMAÇÃO DA LISTAGEM CIRÚRGICA DIÁRIA NOMINAL AO CONVÊNIO, EMPRESA, HOSPITAL OU AO SUS

Joachim Graf*

EMENTA - É vedado ao médico facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional.

Palavras-chave: cirurgia, lista de procedimentos, prontuário, segredo, SUS

MEDICAL SECRECY AND REPORT OF THE DAILY LIST OF SURGICAL INPATIENTS TO THE HEALTH INSURANCE PLAN, BUSINESS COMPANY, HOSPITAL OR TO THE SUS

Key words: surgery, proceeding list, medical record, medical secrecy, SUS

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, O Vice-Diretor Clínico do Hospital de Londrina, Dr. XXX solicita parecer deste conselho acerca da solicitação que lhe faz o SUS para que encaminhe diariamente a programação cirúrgica dos procedimentos que deverão ser realizados no dia seguinte, sejam eles SUS ou convênios. Além disso, este encaminhamento deverá conter as seguintes informações: nome completo, procedimento cirúrgico, tipo de convenio SUS e outros, e nome do cirurgião. Informa o SUS que esta programação se faz necessária ao trabalho realizado pela auditoria operativa.

O consultante argumenta que se fornecer a funcionário administrativo o nome do paciente e a cirurgia a ser realizada, implicitamente estará fornecendo o diagnóstico, exemplificando, qualquer cirurgia radical em qualquer topografia torna evidente que o paciente tem um câncer naquele órgão.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Código de Ética Médica contempla o segredo médico em seu artigo fundamental 11 e no artigo 102, donde se extrai que é vedado ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou expressa autorização do paciente, e no artigo 108, pelo qual é vedado facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Na Resolução 1605/2000 o CFM resolve em seus artigos:

1º que o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

2º nos casos do artigo 269 do Código Penal, onde a comunicação é compulsória, o deve do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato a autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

5º Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente a autoridade requisitante.

Os pareceres que abordam o tema incluem o de no. 1904/2008, desta casa, que em situação semelhante se responde a questionamento de fornecer documentos que contém informações, médicas, como diagnóstico, exames laboratoriais e radiológicos e outros dados pessoais de pacientes internados, para fins de auditoria do SUS. Naquele parecer aponta-se que tendo o SUS ter seus auditores devidamente credenciados para esta atividade não há justificativa para acatar a solicitação.

De outro parecer, também desta casa, de no. 1900/2008, extrai-se que o registro do CID em serviços de arquivos médicos, relação de produção diária ou mapas de atendimento ambulatorial é ilegal, sugerindo-se como alternativa que os CIDs sejam colocados em mapas específicos, sem a identificação dos pacientes, contemplando assim as necessidades epidemiológicas do registro de patologias, sem expor o sigilo médico.

CONCLUSÃO

Considerando o exposto fica claro que a elaboração de formulários em que os pacientes são nominados com seus respectivos procedimentos clínicos ou cirúrgicos constitui exposição do seu diagnóstico, podendo constituir conseqüentemente revelação de segredo médico. Não se sustenta a argumentação que tais informações sejam necessárias para a operacionalidade de auditoria, pois o serviço de auditoria já existe de forma organizada e opera nos termos da lei quando da auditoria das contas hospitalares, a fim de análise específicas das mesmas, por ocasião de ressarcimento de custos hospitalares.

Da mesma forma cabe alertar que a posição de CIDs em relatórios de procedimentos, permitindo a identificação do paciente constitui afronta aos artigos 11 e 102 e 108 do CEM, desaconselhando-se portanto tal prática.

É o parecer.

Curitiba, 7 de novembro de 2008.

Joachim Graf

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º. 133/2008

Protocolo CRMPR N.º 14702/2008

Parecer CRMPR N.º. 2014/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 2110, de 10/11/2008 - Câmara III.

PRONTUÁRIO MÉDICO E O MÉDICO DO TRABALHO

Romeu Bertol*

EMENTA - Competências do Médico Coordenador do PCMSO – Prontuário Médico.

Palavras-chave: prontuário médico, solicitação de empresa, documentação médica, médico do trabalho, registro cancelado

MEDICAL RECORD AND THE OCCUPATIONAL DOCTOR

Key words: medical record, business company request, medical documentation, occupational doctor, license cancelled

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o Dr. XXX, encaminha consulta com o seguinte teor:

Prezados senhores.

“Necessito da seguinte e imediata informação; como médico do trabalho, recebi solicitação de entrega de prontuários ao novo médico coordenador do PCMSO por uma empresa que se desvinculou de nossa coordenação. Esta empresa de segurança e que presta serviços em medicina do trabalho é de propriedade de uma técnica em segurança do trabalho, cujo médico, que responde como coordenador, é o Dr. XXX. Consta no site do CRM, em consulta médica, que o mesmo encontra-se “CANCELADO” e sua especialidade obstetra. Como devo proceder ao documento recebido? Atenciosamente.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Existem dois pareceres sobre o assunto elaborados pelo CRMPR.

O primeiro de 26/05/2008, nº1951/2008, da lavra da conselheira Roseni T Florêncio e outro de 17/10/2005, nº 1703/2005 de autoria do conselheiro Mário Stival.

Em ambos pode-se encontrar os argumentos necessários para esclarecer as dúvidas do médico consulente.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

Primeiro, pode-se afirmar que “a responsabilidade sobre a documentação médica do trabalhador somente poderá ser imputada a um médico, jamais a uma empresa. O médico do trabalho deverá, no evento de sua substituição, entregar toda a documentação sob sua responsabilidade ao seu sucessor e recomenda-se que isso seja feito de maneira formal.

Assim o médico do trabalho que deixa a função desobriga-se de responder eticamente ou em juízo após aquela data. Porém não fica isento de responder em juízo ou tribunal ético pela informação que gerou, como médico do trabalho coordenador, contida nos documentos que entregou ao seu sucessor.

Segundo, o médico do trabalho coordenador do PCMSO contratado como pessoa física ou como médico do trabalho designado pela empresa de serviços médicos terceirizada, fica responsável por toda documentação médica do trabalhador gerada a partir de qualquer ato médico realizado dentro ou fora da empresa. Portanto em qualquer dos casos, a responsabilidade sobre a documentação médica do trabalhador somente poderá ser imputada a um médico, jamais a uma empresa.

Quanto a segunda questão proposta, deve o médico para exercer a medicina estar inscrito no CRM da jurisdição onde trabalha na condição de ativo. Portanto médicos com registros cancelados temporária ou definitivamente na época dos fatos não estão habilitados legalmente para o exercício da medicina.

Por fim a norma regulamentadora-NR- nº 7 do Ministério do Trabalho e Emprego define as competências do médico coordenador do PCMSO.

É o parecer.

Curitiba, 07 de novembro de 2008.

Romeu Bertol
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 140/2008
Protocolo CRMPR Nº 16089/2008
Parecer CRMPR Nº. 2016/2008
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2110, de 10/11/2008 - Câmara I.

RECEITAS CONTROLADAS E FORNECIDAS SEM RECONSULTA PARA PACIENTES EM CASOS CRÔNICOS

Monica de Biase Wright Kastrup*

EMENTA - Prescrição de Medicamentos de Uso Contínuo – Prazo de reconsulta para pacientes que fazem tratamento com medicamentos controlados.

Palavras-chave: receitas controladas, reconsultas, enfermidade crônica, terapêutica prolongada, tratamento contínuo

CONTROLLED PRESCRIPTIONS GIVEN WITHOUT NEW MEDICAL CONSULTATION TO CHRONIC PATIENTS

Key words: controlled prescription, reconsultation, chronic illness, prolonged therapy, continuous treatment

CONSULTA

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

“ Em virtude do grande número de receitas controladas, (carbonadas ou azuis), e das constantes investidas da Secretaria de Saúde, gostaria de obter um parecer para as seguintes questões:

1) Os pacientes em tratamento, com remédios que em geral são de tratamento longo, sendo meus clientes, eu posso emitir receita sem consulta?

2) Os pacientes que utilizam medicação contínua de neurologistas (principalmente), especialidade que não dispomos em nossa cidade, poderei fazer-lhes as receitas?

3) Qual a periodicidade (quanto posso receitar em cada unidade do receituário) uma vez que a lei diz amarela até 3 caixas/azul até 3 caixas e branca com carbono até 6 caixas. A nossa secretaria limitou para amarela 1 caixa; azul até 3 caixas (conforme a posologia prescrita) e branco até 60 dias?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O regulamento das prescrições médicas de substâncias controladas está disposto na Resolução nº 344/98 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que houve por bem publicar uma atualização em setembro de 2007, a qual passou

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

a ter vigência a partir de 03 de janeiro deste ano de 2008, cuja identificação é Resolução nº 58 de 5 de setembro de 2007.

Os dois documentos supracitados regulam toda a matéria de medicamentos controlados e vieram em boa hora, principalmente para coibir abusos receitados para as farmácias de manipulação, principalmente quanto aos tratamentos com a finalidade de emagrecimento.

Outrossim, têm ocorrido, com frequência, queixas a respeito de negligência médica quanto ao controle de receituário para pacientes em uso crônico de medicamentos, principalmente nas áreas de Neurologia e de Psiquiatria. A este respeito, o CFM foi alertado, em 2006, (Parecer CFM 12/06) mas já se havia pronunciado a respeito, em 1998 (Processo Consulta nº 26517/98).

Naquele Processo Consulta de 1998, para a decisão de uma reconsulta para emitir a receita controlada, há a seguinte observação: "O ideal, do ponto de vista teórico, seria que toda receita médica resultasse de consulta e avaliação clínica do paciente em tratamento com o uso contínuo de medicamentos, devido à possibilidade de reações adversas, interações medicamentosas, controle de doses, etc".

Em resposta às indagações para a orientação de tratamento contínuo, o relator do Parecer CFM 12/06, Dr. Cons. Genário Alves Barbosa assim determina:

"Pacientes crônicos, em uso de medicamentos de uso contínuo, devem ser avaliados por seus médicos, no máximo, a cada 90 (noventa) dias, **em vista da boa prática médica e das adequações necessárias.**" (grifo nosso).

Desta forma, respondendo à primeira pergunta, o profissional não deveria emitir receita sem a avaliação do paciente, pelos motivos acima expostos, para evitar danos ao paciente e problemas de responsabilidade profissional em caso de danos comprovadamente ocasionados pela prescrição em apreço. E, também, a boa prática médica recomenda que as reavaliações destes pacientes sejam realizadas, no máximo, a cada noventa dias.

A resposta ao segundo questionamento é SIM, uma vez que a lei 3268/57, que regulamente a atuação médica, autoriza qualquer médico a realizar todo tipo de atividade médica. Ressaltamos que os delitos e danos decorrentes de uma prática desastrosa são de responsabilidade do profissional que os realizou, sendo portanto recomendado, expressamente, cuidado ao se realizar qualquer ato que não esteja estritamente dentro dos preceitos da boa prática médica e dos limites de segurança, para evitar malefício ao paciente, o que pode redundar em possíveis condenações judiciais e/ou éticas.

O terceiro questionamento, já tendo sido parcialmente respondido quanto à recomendação de reavaliar o paciente a cada três meses, merece ainda alguns comentários:

1º) A abrangência das receitas controladas é a nível estadual, não podendo ser aviadas fora do estado em que foram emitidas, exceto as de tipo A, que poderão sê-lo a nível federal;

2º) As notificações de receitas devem estar sempre acompanhadas de uma receita comum, que é o documento orientador e comprovante para o paciente;

3º) Todos os dados da prescrição deverão estar preenchidos corretamente pelo profissional, pois as farmácias não estão autorizadas a aviar receitas incompletas ou mal preenchidas;

4º) A notificação de Receita é o documento que, acompanhado de receita, autoriza a dispensação do medicamento controlado, e constam de três tipos:

Notificação tipo A – para entorpecentes (listas A1, A2 e A3) – cor AMARELA – TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS e poderá conter no máximo, a quantidade correspondente a trinta dias de tratamento;

Notificação tipo B – para substâncias Psicotrópicas (listas B1 e B2) – cor AZUL – TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS, também contendo o correspondente a trinta dias de tratamento;

Notificação tipo C – (lista C1: controle especial; C2: retinóides de uso sistêmico; C3: imunossuppressores; C4: anti-retrovirais e C5: anabolizantes). – cor BRANCA ou a critério – Validade e quantidades definidas caso a caso (SUGERIMOS CONSULTAR A PORTARIA Nº 344/98 – ANVISA, na qual estão definidos quais medicamentos compõem as listagens oficiais e quais outras determinações legais);

5º) A quantidade a ser observada em cada prescrição atende às necessidades do tratamento a que o doente estiver submetido, sendo as doses máximas estipuladas conforme o item anterior;

6º) Toda receita controlada deverá ser preenchida de forma legível, sem rasuras e a quantidade escrita em números arábicos. Isto significa que o número prescrito é de **quantidade da formulação farmacêutica** (i, é, cápsulas, comprimidos, etc.) e não em número de caixas, conforme explicitado pelo consulente.

Após estes esclarecimentos, esta Conselheira sugere que o Dr. Bazzo solicite uma revisão em suas prescrições, conforme afirmado no item três de seus questionamentos, pois não está correto prescrever em número de caixas e também as quantidades são limitadas, exatamente para ser possível um melhor acompanhamento dos casos de tratamento crônico, em até trinta dias.

A consulta ao endereço eletrônico da ANVISA possibilita a solução de casos omissos neste Parecer, conforme sugerido. Os itens a serem consultados são: a Portaria nº 344/1998 e a Resolução nº 58 (5 de setembro de 2007).

Sugiro que seja anexado a este parecer, o Processo Consulta CFM nº 2.145/06, que detalha o tratamento contínuo com medicamentos controlados em Neurologia e Psiquiatria, para conhecimento do consulente.

É o parecer.

Curitiba, de 2008.

Monica de Biase Wright Kastrup

Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 152/2008

Protocolo CRMPR Nº 16928/2008

Parecer CRMPR Nº. 2017/2008

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2115, de 17/11/2008 - Câmara I.

ANEXO

PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 2.145/06 – PARECER CFM Nº 12/06

INTERESSADO: CRM-RN

ASSUNTO: Orientação aos médicos quanto à prescrição de medicamentos de uso contínuo

RELATOR: Cons. Genário Alves Barbosa

EMENTA:

Pacientes crônicos em uso de medicamentos de uso contínuo devem ser avaliados por seus médicos, no máximo, a cada 90 (noventa) dias, em vista da boa prática médica e das adequações necessárias.

DA SOLICITAÇÃO

O corregedor do CRM-RN encaminha correspondência ao CFM nos seguintes termos:

“Senhor vice-presidente,

Esta Corregedoria, por diversas vezes, foi contatada por juízes de Direito que nos solicitaram fosse dada orientação aos médicos deste estado quanto à prescrição de medicamentos de uso contínuo.

Segundo observação feita pelos magistrados, tem-se verificado que, por se tratar de pacientes crônicos, os profissionais médicos têm realizado prescrições (ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, etc.) sem o exame clínico periódico dos pacientes e, em alguns casos, constata-se que o paciente realizou a última consulta há oito, dez ou doze meses com o profissional, ocorrendo isto principalmente nas especialidades de Neurologia e Psiquiatria.

Ainda, segundo informações feitas pelos magistrados, em algumas demandas judiciais tem sido alegada a ocorrência de “negligência” em face do lapso temporal entre a consulta realizada e as reiteradas prescrições efetuadas sem o exame do paciente, cujos comprovantes são acostados aos autos, o que não tem restado em algumas ocasiões senão o reconhecimento judicial da necessidade de imposição do “jus puniendi” por parte do Estado ante as provas apresentadas.

Por se tratar de um fato que, sem sombra de dúvida, deve interessar a todos os médicos, solicitamos a Vossa Senhoria que encaminhe ao plenário do CFM esta informação e seja elaborado um “aconselhamento ou sugestão aos médicos” que realizam acompanhamento de pacientes que fazem uso de medicamentos de uso contínuo, principalmente os submetidos a controle especial, que sejam efetuadas consultas e avaliações clínicas a esses pacientes em intervalos regulares (pelo menos a cada quatro meses, p.ex.) de modo a evitar possíveis condenações judiciais.”

PARTE EXPOSITIVA

A solicitação emanada da Corregedoria do CRM-RN é meritória, pois tem sido prática corriqueira a permanência da manutenção da terapêutica em pacientes com doenças crônicas, notadamente nos campos da psiquiatria e neurologia.

Em 1998, este CFM foi consultado a se manifestar sobre o mesmo tema. Assim, consta no Processo-Consulta nº 26.517/98: “Versa a presente consulta de solicitação de parecer por parte médica coordenadora da Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica de cidade do interior de nosso estado, em relação à prescrição de medicamento para pacientes crônicos em terapêutica contínua”.

Em resposta, utilizando o citado parecer, destaco um parágrafo que julgo importante, também, para a decisão da presente consulta: *“O ideal, do ponto de vista teórico, seria que toda receita médica resultasse de consulta e avaliação clínica do paciente em tratamento com uso contínuo de medicamentos, devido à possibilidade de reações adversas, interações medicamentosas, controle de doses, etc. Porém, na prática, esta noção teórica se transforma em utopia em nosso meio e a simples observação diária da prática médica facilmente demonstra esta afirmação”*.

Por outro lado a Portaria nº 6, de 29.10.99, da Anvisa, que regulamenta substâncias e medicamentos, determina em seu art. 85, alínea c, parágrafo 1º, que: *“a validade da receita é de 30 (trinta) dias, a partir da data do preenchimento”*.

A Portaria nº 344, de 12.5.98, também da Anvisa, regulamenta medicamentos sujeitos a controle especial e define receita como a *“prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado”*.

Seu art. 42 determina a validade da receita (notificação de receita A) e a quantidade prescrita por 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão. No tocante à receita tipo C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), sua regulamentação consta nos artigos 58 e 60. Contudo, o art. 60 estabelece que a quantidade de medicamentos prescritos pode ser para até 60 (sessenta dias).

A Resolução CFM nº 1.408/94, que discorre sobre a assistência psiquiátrica, estabelece em seu art. 5º, parágrafo I, que *“o tratamento e os cuidados a cada pessoa serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ela, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado”*.

Alerta, ainda, em seu art. 10, que *“o médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente”*.

PARECER

A prescrição é um ato médico. Partindo deste princípio, compete ao médico fazê-la. Para tanto, utilizará seus conhecimentos, experiência e o avanço científico médico obtido em sua área de atuação.

A prescrição médica deve ser entendida como um binômio favorável a ambas as partes. Não funcionará de forma unilateral.

Obviamente, ante algumas doenças crônicas ou até mesmo agudas, notadamente nos casos da psiquiatria e neurologia, que exigem tratamentos mais prolongados, deve o médico preocupar-se em manter o paciente sob avaliação clínica, para que seja favorecido com a terapêutica instituída.

Um paciente portador de uma esquizofrenia, v.g., tomará neurolépticos por alguns anos. Neste caso, lhe será dada uma receita e um retorno para reavaliação 12 meses depois? Claro que não! Mesmo sabendo-se que utilizará medicamentos por tempo mais prolongado, deve o psiquiatra, pelo menos a cada dois meses, ver o paciente e avaliar a severidade de seus sintomas – se há reemissão de alguns, agravamento de outros e, inclusive, surgimento de novos.

Logo, uma revisão bimensal se faz necessária para a análise psicopatológica e agente da terapêutica prescrita. Lembro, ainda, que a própria Anvisa determina que a receita utilizada para neurolépticos deve conter prescrição para até sessenta dias.

Vou mais além: nem precisa ser doença crônica. Um paciente portador de uma depressão transitória tomará antidepressivos por pelo menos seis meses. Obviamente não ficará esse período sem ser visto por seu médico. A dose de manutenção não implica a ausência

de encontro com o médico.

Finalmente, temos o caso das epilepsias, onde a medicação será usada por dois, três anos. Caberá ao médico, quer seja neurologista ou não, avaliar mensal ou bimensalmente este paciente para verificar/saber a evolução das crises convulsivas, haja vista que as convulsões nortearão a terapêutica a ser instituída. Sua ausência, implicando manutenção, obriga também o médico a sempre reavaliar o paciente, bem como determinar período para a realização de eletroencefalograma, monitoração de medicamentos, etc. Logo, não pode o paciente ficar três, quatro, cinco, seis ou dez meses sem ser visto, à guisa de dose de manutenção. Isto não é medicina.

A boa relação médico-paciente exige permanentemente a presença do médico, sua dedicação, zelo e cuidado. O fato de se constituir uma terapêutica e dizer ao paciente “venha daqui a 6, 10 meses” não faz parte da *díade do rapport* médico e nem tampouco terapêutico.

Não posso deixar de analisar as dificuldades encontradas pelos pacientes, principalmente os do interior, que vêm à capital em busca de serviços de psiquiatria e neurologia. Muitas vezes, conseguem com dificuldade a consulta mas naquele mesmo serviço o prazo para retorno é cruel: 90, 120, 150 dias, sendo eu otimista. O psiquiatra, por outro lado, avaliza este problema e muitas vezes é levado a fazer prescrições longas, por conta das causas socioeconômicas e má qualidade de nosso sistema de saúde, onde os desfavorecidos são os que mais sofrem. É um dilema médico x social. Esta é a realidade que conheço.

A especialidade de psiquiatria está “encolhendo” em nosso país, apesar do aumento da prevalência das doenças mentais em nossa população.

CONCLUSÃO

Realmente, esta consulta merece reflexões. Porém, pelo aqui demonstrado, quer no que determina a Anvisa, quer nos aspectos semióticos e psicopatológicos, a prescrição médica deve ser sempre precedida de uma avaliação clínica. Ela integra a consulta, portanto, faz parte do ato médico. O ato médico só pode ser completo. Não pode haver meio ato médico.

Assim, considerando os problemas socioeconômicos e a má qualidade dos serviços de saúde em termos do reduzido número de médicos, não vejo outra saída a não ser a de que os pacientes que necessitam medicamentos de uso prolongado devam comparecer às consultas médicas em intervalos de, no máximo, noventa dias, e que as prescrições sejam feitas quando do momento das consultas, em consonância com a boa prática médica e a legislação emanada da Anvisa no tocante à prescrição médica.

Este é o parecer, SMJ.
Brasília-DF, 11 de agosto de 2006

GENÁRIO ALVES BARBOSA
Conselheiro Relator

Parecer aprovado em Sessão Plenária de 11/8/06

PLANO DE SAÚDE: CONSENTIMENTO INFORMADO, CÓDIGO DO CONSUMIDOR, ESCLARECIMENTO DO MÉDICO ASSISTENTE

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA: Plano de Saúde e contestação de tratamento médico.

Palavras-chave: esclarecimento, código do consumidor, plano de saúde, declaração médica, cirurgia de risco

HEALTH INSURANCE PLAN: INFORMED CONSENT, CONSUMER'S RIGHTS, ATTENDING PHYSICIAN NOTIFICATION

Key words: informed consent, consumer's rights, health insurance plan, medical declaration, high risk surgery

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Sr. R. W., encaminha consulta com o seguinte teor:

“Minha esposa está grávida de 9 semanas. Porém, está com um problema no útero (NIQ III) e tem que fazer uma cirurgia para corrigir o problema. Acontece que o plano de saúde está pedindo uma declaração da médica dizendo que é uma cirurgia de risco. E a médica diz que é anti-ético pedir essa declaração. Gostaria de saber quem está com a razão nesse caso. Pois não podemos esperar muito pois a doença nesse estágio pode logo se tornar câncer e está evoluindo cada dia mais”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Hoje, um problema de fundamental importância na relação médico-paciente é o da tomada de decisão, quanto aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem tomados. É extremamente conflitante para o médico que assiste e o paciente assistido. Será que a decisão permeia apenas àquele que está preparado para a arte de curar? ou passa também para o paciente que é dono de seu próprio destino e, deve optar ou decidir o quer para si? É mister, que o profissional que assiste deve adotar postura amplamente esclarecedora, quanto ao diagnóstico, prognóstico, terapêuticas e riscos decorrentes destas condutas. Os conceitos tirânicos da Medicina em seus primórdios, hoje dá vazão aos conceitos da autonomia do paciente, graças ao melhor conceito fisiológico, instrumental e terapêutico. Se a Grécia Antiga com o “grupo de Cós” deu a sustentação definida até hoje em nossos conceitos fundamentais, deve-se ressaltar a Escola Francesa e, mais recentemente (1969), nos Estados Unidos, em acordo celebrado por grupos de associações de consumidores e usuários e a Comissão Americana de Credenciamento de Hospitais,

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

surgiu a primeira carta dos Direitos do Paciente, ou seja, firma nesta ocasião o conceito de que **“quem paga pelo serviço tem o direito sobre a qualidade do atendimento”**.

A relação médico-paciente pode reduzir-se a três tipos de agentes: o médico, o paciente e a sociedade. O aspecto moral é significativo nesta disposição de agentes: o paciente balizado pela sua autonomia, o médico pelo princípio da beneficência e cabe à Sociedade o conceitos da Justiça.

“.... quando minha saúde encontra-se ameaçada, chamo o meu médico para ao meu lado defender-me destes riscos”, isto representa ao nossos ouvidos a sensação de um consultor, para aliviar os riscos, através seu conhecimento, sob a forma de combatê-los e trazer os benefícios esperados pelo conhecimento profissional.

Para que esta filosofia viabilize-se, acatando-se que a pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que afetem ou venham afetar sua integridade, cabe ao profissional médico produzir um consentimento livre e esclarecido. A informação é a base das decisões autônomas. É fundamental, que tenha em seu bojo, adequadas informações, que obrigatoriamente devem ser compreendidas pelo paciente. O paciente tem o direito moral de ser esclarecido sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, de forma detalhada, dos riscos eventuais, da forma de sua realização, das drogas empregadas. Tudo de forma a permitir em linguagem factível de entendimento por parte do paciente. Deve ser, portanto, esclarecido quanto a sua invasibilidade, da duração do exame ou dos tratamentos, dos benefícios, desconfortos, inconveniências e possíveis riscos físicos, psíquicos, econômicos, sociais que possam advir desta intervenção.

No caso em questão, as Operadoras de Saúde e seus médicos credenciados, bem como a Cooperativa Médica com seus médicos cooperados, tem estas Instituições participação direta sobre o atendimento dos pacientes a elas vinculados, respondendo sob a forma de **“lides consorte”**, em eventuais ações ético-jurídicas, não devendo interferir na conduta do profissional sob sua jurisdição, contudo exigir deste que detalhe ao paciente, através de **esclarecimento e consentimento prévio informado**, toda informação necessária e possível quanto a história natural da doença, eventuais intercorrências, melhor momento de intervenção a permitir ao paciente e a seus familiares, condições de entendimento e deliberação acerca do evento médico.

É mister, que cabe ao médico diante da ação do Código de Defesa do Consumidor, que estes esclarecimentos sejam feitos de forma a dar amplo conhecimento ao paciente, porém, servindo de proteção ao próprio médico.

É o parecer.

Curitiba, 17 de março de 2009.

Hélcio Bertolozzi Soares

Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 40/2009

Protocolo CRMPR Nº 3463/2009

Parecer CRMPR Nº. 2045/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2158, de 17/03/2009 - Câmara.

ESPECIALIDADE MÉDICA: ULTRASSONOGRAFIA NÃO TEM TÍTULO DE ESPECIALIDADE OU ÁREA DE ATUAÇÃO EM APARELHO URINÁRIO

Lutero Marques de Oliveira*

EMENTA - Habilitação específica do médico para a realização do procedimento de ultra-sonografia.

Palavras-chave: ultrassonografia, aparelho urinário, especialidade, área de atuação

MEDICAL SPECIALTY: ULTRASOUND DOESN'T HAVE SPECIALTY CERTIFICATION OR WORKING PRIVILEGE IN URINARY TRACT EXAMINATION

Key words: ultrasound, urinary tract, medical specialty, working area

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Diretoria da U. Pato Branco, encaminha consulta com o seguinte teor:

“Tendo em vista solicitação de médicos cooperados para realização do procedimento ultra-sonografia do aparelho urinário, solicitamos parecer do Conselho Regional de Medicina do Paraná, quanto à necessidade de habilitação específica de comprovação de registro junto ao CRM de área de atuação e ou especialidade.

Certos de vossa atenção para o exposto, aguardamos pronunciamento com a maior brevidade possível”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Ultrassonografia é considerada Especialidade Médica como também Área de Atuação, de acordo com Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1785/2006, e convênio celebrado entre Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

O Título de Especialista em Diagnóstico por Imagem: Atuação Exclusiva Ultrassonografia Geral, é obtido após formação de 2 anos e aprovação em prova realizada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

Para a Obtenção de Título de Área de Atuação de Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia, é necessário como pré-requisito o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e ser aprovado em prova realizada em Convênio entre Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

Veremos o que dizem o Código de Ética Médica e Resolução 1785/2006 do Conselho Federal de Medicina sobre Titulação Médica:

O artigo nº 135 do Capítulo XIII do Código de Ética Médica, dispõe o seguinte: É vedado ao médico anunciar títulos científicos que não possa comprovar, ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

No Anexo II da Comissão Mista de Especialidades (CME) do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica, incluso na Resolução CFM 1785/2006 a letra “p” das Normas Orientadoras e Reguladoras, dispõe o seguinte: É proibido aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham reconhecimento da CME.

Em resposta a sua solicitação de parecer do CRMPR sobre a realização de exames de ultrasson de aparelho urinário por médicos cooperados temos o seguinte a relatar:

Em primeiro lugar não existe Título de Especialista ou Área de Atuação em Ultrasson de Aparelho Urinário.

Em segundo lugar, se a U. liberar a realização desse exame para esses médicos, estará divulgando aos seus usuários o nome de um médico, com um título que não possui, pois estará na lista dos médicos que realizam exame de ultrasson.

É o parecer.

Curitiba, 25 de março de 2009.

Lutero Marques de Oliveira
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 18/2009
Protocolo CRMPR Nº 20244/2008
Parecer CRMPR Nº. 2048/2009
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2167, de 28/03/2009 - Câmara I.

LAUDO PERICIAL SOBRE A CAPACIDADE LABORATIVA E O INTERESSE DO ADVOGADO

Keti Stylianos Patsis*

EMENTA - O sigilo médico não deve e não precisa ser violado na avaliação de incapacidade laborativa por invalidez.

Palavras-chave: perícia médica, laudo, capacidade laborativa

EXPERT REPORT ABOUT CAPACITY TO WORK AND LAWYER CONFLICT OF INTEREST

Key words: expert medical examination, medical report, capacity of work

CONSULTA

Em e-mail encaminhado no dia 05/12/2008 ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente, que se identifica apenas como advogado de um Fundo Municipal de Previdência, solicita informação a respeito do sigilo médico.

Conforme relato do consulente, os segurados daquele Fundo precisam se submeter à perícia médica para avaliação de sua capacidade laborativa e que esta é realizada por uma junta médica, que emite seu parecer contendo apenas o diagnóstico codificado segundo a Classificação Internacional de Doenças. Ainda conforme o consulente, os médicos que compõem tal Junta se negam a descrever a enfermidade no laudo pericial, alegando que o Conselho da classe veda a descrição da enfermidade no laudo pericial, o que não esclarece suficientemente ao advogado, dificultando a emissão do parecer técnico (SIC).

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Designado para emitir parecer face a esta indagação, cito o texto dos seguintes artigos do C.E.M:

Capítulo IX - Segredo Médico

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Capítulo X - Atestado e Boletim Médico

É vedado ao médico:

Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

À luz destes preceitos, conclui-se que:

O sigilo das informações pertence ao paciente ou a seu responsável legal, cabendo ao médico a guarda deste sigilo.

Para emitir um parecer jurídico sobre aposentadoria por invalidez, o departamento jurídico do Fundo de Previdência deve ser assessorado pelo parecer técnico de médicos peritos que avaliam o paciente e emitem o parecer. O advogado não necessita entender a doença, mas sim ser assessorado por médicos peritos que avaliam o paciente e que emitem o parecer a respeito da sua capacidade laborativa. Justamente para realizar tais avaliações é que os fundos de previdência costumam manter em seus quadros, médicos peritos.

É o parecer.

Curitiba, 25 de fevereiro de 2009.

Keti Stylianos Patsis
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 172/2008
Protocolo CRMPR Nº 19488/2008
Parecer CRMPR Nº. 2050/2009
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2175, de 31/03/2009 - Câmara IV.

SUPERVISOR TÉCNICO DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

Lutero Marques de Oliveira*

EMENTA - Resolução 10/2006 que regula e normatiza as atribuições do Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas.

Palavras-chave: técnico em radiologia, supervisor técnico, aplicações técnicas, proteção radiológica, regulamentação inapreciada

TECNICAL SUPERVISION IN RADIOLOGICAL TECHNICS

Key words: radiology technician, technical supervisor, technical applications, radiological protection, non-assessed regulation

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, G. B. Advogados, representado por S. M. G OAB/PR XXXX, encaminha consulta com o seguinte teor:

“A Clínica X – CENTRO DE IMAGENS M., situada à rua XXX, Curitiba – Pr, foi surpreendida pelo Conselho Regional de Técnicos em Radiologia, no qual solicita através do Termo de Constatação nº XXX/2008, a nomeação de Supervisor Técnico nessa área, de acordo com Resolução do CONTER nº 10 de 15 de setembro de 2006, que estabelece no seu artigo 2º: as empresas e/ou serviços de radiologia, que possuam em seus quadros funcionais Técnicos ou Tecnólogos em Radiologia, devem proceder a indicação do Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas em seus respectivos setores”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Leis da profissão de Técnicos em Radiologia

A lei 7.394/1985 que regula o exercício de Profissão de Técnico em Radiologia no seu artigo 10º estabelece: Os trabalhos de supervisão de aplicação de técnicas em radiologia em seus respectivos setores, são de competência do Técnico em Radiologia. Ainda no artigo 23º estabelece: Compete aos Conselhos Regionais: III – fiscalizar o exercício da profissão de Técnico em Radiologia. IV – conhecer, apreciar

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

e decidir os assuntos atinentes a ética profissional impondo as penalidades que couberem.

A resolução CONTER n° 10, de 15 de setembro de 2006, estabelece:

EMENTA: regula e normatiza as atribuições do Supervisor das Aplicações Técnicas Radiológicas, consoante disposto no artigo 10 da lei n° 7394/85 e artigo 10 do Decreto n° 92.790/86.

RESOLVE:

Artigo 1°: Os trabalhos de Supervisão das Aplicações das Técnicas Radiológicas é de competência do Tecnólogo ou Técnico em Radiologia.

Artigo 2°: As empresas e/ou serviços de radiologia, que possuem em seus quadros funcionais Técnicos ou Tecnólogos em Radiologia, devem proceder à indicação do Supervisor das Aplicações das Técnicas Radiológicas em seus respectivos setores.

Leis sobre clínicas médicas:

A lei 6839/80 estabelece no Artigo 1°: O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para fiscalização do exercício das diversas profissões em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços terceirizados. A atividade básica de uma clínica radiológica nesse caso é atividade médica, logo tem de ser registrada no Conselho Regional de Medicina.

A Resolução CFM n°1.342/91 resolve:

Artigo 1°: Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, os quais no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos éticos ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal e civil.

Artigo 2°: São atribuições do Diretor Técnico:

A) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.

B) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.

C) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

A Portaria Federal n° 453 de 1 de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, estabelecido pela Secretaria de Vigilância Sanitária, órgão ligado ao Ministério da Saúde, onde institui a função de Responsável Técnico nas clínicas e serviços de radiodiagnóstico.

A Qualificação Profissional para ser Responsável Técnico está descrita nos capítulos:

3.32 – Nenhum indivíduo pode administrar, intencionalmente, radiações ionizantes em seres humanos, a menos que:

a) Tal indivíduo seja um médico ou odontólogo qualificado para a prática, ou que seja um técnico, enfermeiro ou outro profissional de saúde treinado e que esteja sob supervisão de um médico ou odontólogo.

b) Possua certificação de qualificação que inclua os aspectos proteção radiológica, exceto para indivíduos que estejam realizando treinamentos autorizados.

3.34 – Para responder pela função de Responsável Técnico é necessário possuir:

a) Formação em medicina, ou odontologia, no caso de radiologia odontológica.

b) Certificação de qualificação para a prática, emitido por órgão de reconhecida competência ou colegiados profissionais, cujo sistema de certificação avalie também o conhecimento necessário em física de radiodiagnóstico, incluindo proteção radiológica, e esteja homologado no Ministério da Saúde para tal fim.

No período de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, todo Residente tem curso de física das radiações ionizantes, e é submetido após o término da Residência a uma prova teórica e prática, realizada pela Comissão Nacional de Energia Nuclear, em convênio com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Nas clínicas e serviços de Radiodiagnóstico, o Diretor Técnico acumula a função de Responsável Técnico, estando legalmente apto a realizar a supervisão das aplicações de técnica em radiologia, o que é sua obrigação de acordo com os artigos 1º e 2º da Resolução CFM nº 1.342/91.

Ainda: O Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico pro Imagem, ajuizou ação contra o Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia visando obstar referida exigência em face de seus associados pessoas jurídicas, sustentando em síntese:

- que a previsão constante da Lei dos Técnicos em Radiologia não se refere a criação de cargo, mas sim, à atividade, inerente não apenas a referido profissional, como também todos aqueles que manuseiam ou administram radiação ionizante, quais sejam, médicos radiologistas e biomédicos;

- que Conselho Profissional não possui poderes para criação de cargos;

- que as supostas atribuições do Supervisor de Aplicações das Técnicas Radiológicas – definidas na Resolução nº 10/2006 – coincidem com as atribuições do Responsável Técnico e do Supervisor da Proteção Radiológica, essas últimas definidas na Portaria de Vigilância Sanitária;

- que a exigência do Conselho Nacional dos Técnicos em Radiologia, levada a efeito através das fiscalizações dos Conselhos Regionais de Técnicos em Radiologia, é meramente corporativista e possui finalidade de reserva de mercado.

Referida ação judicial continua em curso, aguardando julgamento do mérito da causa.

A CNS, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, também ingressou com medida judicial contra o Conselho Nacional

de Técnicos em Radiologia, logrando êxito em medida liminar que suspendeu a exigência dos Conselhos Regionais de Técnicos em Radiologia.

CONCLUSÃO

Portanto, a regulamentação quanto à proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, e que deve ser observada pelos médicos e estabelecimentos que estejam registrados perante os CRM's, está consolidada na portaria nº 453, de 01/06/98, editada pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, dotada de força de lei e abrangência nacional, e que aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico sobre o uso de Raios X diagnósticos.

Referida norma não traz qualquer previsão quanto à necessidade de indicação do aludido Supervisor das Aplicações das Técnicas em Radiologia (tecnólogo ou técnico em radiologia), pois os estabelecimentos que têm como objetivo social o radiodiagnóstico (atividade privativa do médico), devem nomear um profissional para o cargo de Supervisor de Proteção Radiológica de Radiodiagnóstico, detentor da sigla SPR, e que não se confunde com o Supervisor das Técnicas Radiológicas constantes da Resolução nº 10 do Conselho Nacional dos Técnicos em Radiologia, conforme estabelecem artigo 3.19 "a" e "b", artigo 3.34 "a" e 3.35 alíneas "a" e "b", todos da portaria nº 453/98.

O mérito das questões do ponto de vista jurídico, ainda não foram apreciados, fato que quando acontecer regulamentará a situação.

É o parecer.

Curitiba, 27 de abril de 2009.

Lutero Marques de Oliveira
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 43/2009

Protocolo CRMPR Nº 5559/2009

Parecer CRMPR Nº. 2064/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2226, de 12/05/2009 - Câmara IV.

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Exame Pré- Natal – Gestação de alto risco – Interrupção da gestação.

Palavras-chave: pregnancy, risco

HIGH RISK PREGNANCY

Key words: high risk, pregnancy

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a consulente Sra. XXX, encaminha consulta com o seguinte teor:

“Informa que teve gestações anteriores (2) que culminaram com óbito intra-uterino com idade gestacional de 34 e 36 semanas. Esta grávida, com diagnóstico de gestação de alto risco face aos óbitos anteriores de causa desconhecida, foi encaminhada para hospital de referência em riscos maiores em obstetrícia, porém, gostaria que se realizasse interrupção da gravidez antes do período ocorrido anteriormente em suas gestações. Tem encontrado resistência por parte dos profissionais que lhe atendem, exceto do obstetra que lhe atendeu anteriormente. Tem conhecimento dos riscos da prematuridade, todavia, pensa que vale a pena correr este risco”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

É perfeitamente aceitável e concebível a angústia que acompanha esta gestante. As perdas para uma mãe são absolutamente irreparáveis. Em muitas situações não encontramos palavras que cheguem ao bom entendimento deste ser humano que sofre.

A gestação de alto risco é assim denominada, pois apresentam interações com exposição de risco elevado, tanto para o lado materno como para o lado fetal. Contudo, o avanço tecnológico e o melhor conhecimento da fisiopatologia obstétrica, permitem diagnóstico precoce e terapêuticas que protegem feto e mãe.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

É no pré-natal, com anamnese e exames de rotina e outros mais sofisticados, que se encontra a resposta para todas as dificuldades apresentadas antes, durante e após a gestação.

Os hospitais universitários, com seu corpo de professores, tem absoluta capacidade de resolver estes e outros problemas. A avaliação e a vigilância da vitalidade fetal serão capazes de definir riscos e eventuais intercorrências surgidas ao longo da gestação.

A interrupção da gestação antes do período do termo (data provável do parto) pode acontecer e ser necessária para respaldar a vida do pequeno ser em ventre materno. Contudo, não se pode atender uma solicitação de interrupção da gestação, mesmo ponderando-se pela autonomia da paciente, pois poderemos estar cometendo um desatino terapêutico, com complicações de toda a ordem.

Proponho que a Sra. XXX realize seu pré-natal no Hospital referenciado (XXXX) que dispõe de recursos técnicos capaz de atender um pré-natal de excelente qualidade, empenhando-se em conversar e dialogar com os professores responsáveis pelos setores que, certamente levaram esclarecimentos que tranquilizarão esta gestante e os seus familiares.

É o parecer.

Curitiba, 24 de abril de 2009.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 44/2009
Protocolo CRMPR Nº 6417/2009
Parecer CRMPR Nº. 2066/2009
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 2225, de 12/05/2009 - Câmara III.

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Carlos Alberto Benfatti*

EMENTA - Declaração de comparecimento, assinada por profissionais não médicos não é objeto de apreciação deste Conselho, cabendo a quem a recebe avaliar a sua veracidade ou adequação, não tendo equivalência como atestado médico.

I - PARTE EXPOSITIVA

Trata-se de consulta encaminhada nos seguintes termos:

“Recebemos a resposta à consulta formulada por nós em abril/08 sobre questões pertinentes ao trabalho de perícia médica na Diretoria Médico-Odontológica do XX. Todavia consideramos que um dos quesitos deixa ainda dúvidas interpretativas entre nós. Considerávamos na ocasião o problema de aceitar ou não declarações de comparecimento dos nossos servidores a serviços de saúde que eram assinadas por secretárias ou funcionários destes estabelecimentos. Exemplo: um servidor comparece para colher sangue em um laboratório de análises clínicas. Este procedimento não é um ato médico embora tenha sido solicitado por um. Alguns colegas consideram a aceitação de uma declaração de comparecimento assinada mesmo por secretária do estabelecimento e não pelo médico responsável, simplesmente porque não se tratou de ato médico, isto é, realizado por profissional médico. Todavia há aqueles que discordam e só aceitam todo e qualquer documento assinado por profissional da medicina já que se trata de uma “Declaração Médica” ou “Atestado Médico”. E estes completam o raciocínio dizendo que a aceitação de documentos assinados por profissionais não-médicos é de responsabilidade dos setores administrativos e não desta Diretoria que deveria se ater a assuntos de natureza médica, apesar de estar entre as atribuições oficiais da mesma a avaliação destes documentos porquanto são de natureza médica na sua essência. Como a resposta a nós enviada não atingiu o cerne da questão levantada, consideramos que não atendeu ao nosso questionamento já que continuamos com a mesma dúvida.”

* Conselheiro Parecerista CRMMG.

II - PARTE CONCLUSIVA

Declaração de comparecimento em locais de prestação de serviços diagnósticos, assinadas por profissionais não médicos, como citado no questionamento, não é objeto de apreciação deste Conselho, cabendo a quem a recebe avaliar a sua veracidade ou adequação, não tendo equivalência como atestado médico.

As situações descritas pelo consulente passam a ter cunho administrativo e devem ser avaliadas em consenso, pelas áreas administrativa e médica, considerando o fulcro da questão na sua essência médica e administrativa. A solução para o questionamento deve ser disciplinada dentro dos critérios que a entidade perseguir como ideais para a atividade de trabalho de seus funcionários.

Este é o parecer.

Itajubá, 15 de agosto de 2008.

Carlos Alberto Benfatti
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMMG N°. 3534/2009
Parecer Aprovado
Reunião Plenária do dia 22/08/2008

Primeira Médica do Paraná e Primeira Catedrática

Maria Falce de Macedo nasceu em Curitiba em 15/01/1897 e faleceu em 24/04/1972. Era filha de Pedro e Philomena Macedo. Casou com o Prof. Dr. José Pereira de Macedo em 12/02/1921 aos 24 anos e tiveram um filho, Diogo.

Em uma época na qual as mulheres dificilmente freqüentavam curso superior, iniciou sua vida acadêmica em 1914 e formou-se em medicina em 12/12/1919.

Pertenceu a primeira turma da Faculdade de Medicina da recém fundada Universidade do Paraná em 1912. Composto seu curso com 15 alunos, entre eles estava seu colega e seu futuro esposo.

Conquistou o título de Doutorado em Medicina em 1919 com a tese "Em torno de um Caso de Ascaridiose Hepática".

Em 1925 assumiu a regência da disciplina de Química Médica do curso de Medicina e, também, conquistou e assumiu em 1929, com o concurso de títulos e provas, a cátedra da disciplina com a tese "Variação do Teor em Urea do Sangue conforme o Modo de Colheita do material".

Encerrou suas atividades acadêmicas como professora em 1950, mas manteve-se em atividade na UFPR até 1968. Com sua aposentadoria a cadeira e cátedra tiveram mais uma vez uma gloriosa continuidade com seu sucessor, Prof. Dr. Metry Bacila.

Maria Falce era uma pessoa e professora tranqüila, carinhosa, tímida e competente, de fala mansa e atenciosa com seus alunos. Conforme podemos ver na sua fotografia, era de baixa estatura, gordinha, com cabelos penteados colados na cabeça e sempre com um coque. Tive o prazer de ser seu aluno.

Em 1923 fez curso de bacteriologia e zoologia médica no Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro.

Em 1926 estagiou em bacteriologia em Belo Horizonte e no seu retorno, assumiu o laboratório de análises clínicas da Faculdade na Santa Casa.

Com seus esposo fundou em 1922, o primeiro laboratório de Análises Clínicas de Curitiba e do Estado, que funcionou por 30 anos. Ao final deste período, vendeu-o aos colegas, Dra. Fany Frischmann e Dr. Oscar Aisengart, que o mantiveram até 2005 quando o revenderam ao grupo paulista América.

Foram 71 anos de vida com 41 anos de cátedra. Maria Falce produziu inúmeros trabalhos e recebeu várias homenagens e condecorações.

Palavras-chave - 1ª Médica Paranaense, Maria Falce de Macedo, 1ª Catedrática do Paraná, história da medicina, Museu de Medicina

Key-words - First Paranaense Physician, Maria Falce de Macedo, First full professor of Paraná, medicine history, Medicine Museum

* 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 em nosso 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 Dimmer Giamberardino Filho
E-mail: defep@crmprr.org.br

2 - Depto. de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)
Cons.* Kelli Stylianos Patsis (coordenadora), Maria Teruço Sato e
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
E-mail: codame@crmprr.org.br

3 - Comissão de Qualificação Profissional
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador) e
Cons. Joachim Graf
E-mail: cqp@crmprr.org.br

4 - Comissão de Tomada de Contas
Conselheiros Mauricio Marcondes Ribas (coordenador), Roberto Issamu
Yosida e Gustavo Justo Schulz
E-mail: crmprr@crmprr.org.br

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

6 - Comissão de Ensino Médico
Cons. Joachim Graf e Hélio Bertolozzi Soares
E-mail: crmprr@crmprr.org.br

7 - Comissão de Saúde do Médico
Cons. Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa (coordenador), Roseli
Teresinha Florêncio, Wilmar Mendonça Guimarães e Romeu Bertol
E-mail: saudedomedico@crmprr.org.br

8 - Comissão de Comunicação
Conselheiros Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador), Donizetti Dimer
Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Hélio Bertolozzi Soares,
Luiz Salim Emed e Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho, Prof. Dr. João
Manuel Cardoso Martins e jornalista Hernani Vieira.
E-mail: imprensa@crmprr.org.br

9 - Comissão Parlamentar
Conselheiros Luiz Salim Emed (coordenador), Donizetti Dimer
Giamberardino Filho, Hélio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e
Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho.
E-mail: crmprr@crmprr.org.br

10 - Comissão de Patrimônio
Conselheiros Monica De Buse Wright Kastrop, Ewald Von Rosen Seeling
Stahnke, Darley Rugeri Wollmann Júnior e funcion. Maria Arminda de
Souza
E-mail: crmprr@crmprr.org.br

11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos
Conselheiros Hélio Bertolozzi Soares, Miguel Ibrahim Abboud Hanna
Sobrinho e Sérgio Maciel Molteni.
E-mail: crmprr@crmprr.org.br

12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico
Cons. Sérgio Maciel Molteni (coordenador), Alexandra Gustavo Bley, Miguel
Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho, Luiz Salim Emed e Roseli Teresinha
Florêncio.
E-mail: crmprr@crmprr.org.br

13 - Comissão de Cooperativismo Médico
Cons. José Clemente Linhares (coordenador), Sérgio Maciel Molteni,
Gustavo Justo Schultz e Roberto Issamu Yosida.
E-mail: crmprr@crmprr.org.br

Delegacia do CRM-PR em Apucarana

Dr. Adalberto Rocha Lobo
Dr. Angelo Yassushi Hayashi
Dr. Artur Palu Neto
Dr. Hélio Kiyoshi Kossaka
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 Dugiosz
Dr. Homero César Cordeiro
Dr. Manuel da Conceição Gameiro
Dr. Marcos Antônio Corpá
Dr. Rodrigo Selga Romildo
Dr. Joaquim Souza

Delegacia do CRM-PR em Cascavel

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

Delegacia do CRM-PR em Foz do Iguaçu

Dr. Alexandre Antônio de Camargo
Dr.* Francine Sberni
Dr.* Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Dr.* Jacilene de Souza Costa
Dr. Luiz Henrique Zaions
Dr. Marco Aurélio Farinazzo
Dr. Michel Cotait Júnior
Dr.* Nilsciel Julieta Squarezi
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 Tomiô Aoki
Dr. Cicero Antônio Vicentin
Dr. Francisco José Farnandes Alves
Dr. Frederico Eduardo Warpechowski Virmond
Dr. Jean Boutsos Sater
Dr. Lineu Domingos Carleto Júnior
Dr. Marcos Hernandes Tenório Gomes
Dr.* Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

Delegacia do CRM-PR em Londrina

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

Delegacia do CRM-PR em Maringá

Dr.* 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 Bendin Filho
Dr. Riuzi Nakanishi
Dr. Vicente Massaji Kira
Dr. Wilson Atsumi Otani

Delegacia do CRM-PR em Paranavai

Dr. Atílio Antônio Mendonça Accorsi
Dr. Cleonir Mottiz Rakoski
Dr. Dorival Ricci
Dr.* Hortênsia Pereira Vicentê Neves
Dr. Jorge Luiz Peissson
Dr. José Eloy Mendes Tramontin
Dr.* 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. Celso José Ceni
Dr. Geraldo Sulzbach
Dr. Gilberto José Lago de Almeida
Dr. Gilmar Juliano Biscaia
Dr. Ildefonso Amcodo Canto Júnior
Dr. José Renato Paderiva
Dr.* Vanessa Bassetti Prochmann

Delegacia do CRM-PR em Ponta Grossa

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

Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC

Dr. Francisco Mário Zaccolla
Dr. Jacy Gomes
Dr. Jonas de Melo Filho
Dr. Leandro Gastim Leite
Dr. Richard Andrei Marquardt
Dr.* Rita Sibebe Schiassi Flores

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

Dr. Ari Oriandi
Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira
Dr. Carlos Maria Luna Pastore
Dr.* Elizabeth Candido da Lozzo
Dr. José Mário Lemes
Dr. Jorgo Cendon Garrido
Dr. Sérgio Bachold
Dr.* Silvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

Delegacia do CRM-PR em Toledo

Dr. Eduardo Gomes
Dr.* Ely Brondi de Carvalho
Dr. Fábio Scarpa e Silva
Dr. Frederico Patino Cruzatti
Dr. Ivan Garcia
Dr. José Afrânio Davidoff Júnior
Dr. José Carlos Bossa
Dr. José Maria Baresia 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 Ferreirs
Dr. João Jorge Helio
Dr. Juscelio 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. Claudio do Melo
Dr. Wilson Martins Neubauer

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

Sumário

PARECERES

Nutricionista e a Requisição de Exames

Monica de Biase Wright Kastrup 61

Auditoria Médica e Glosa

Alexandre Gustavo Bley 70

Atuação Como Obstetra Sem Conclusão da Residência

Hélcio Bertolozzi Soares 73

Medicina Paliativa

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 76

Seguro de Responsabilidade Civil

Hélcio Bertolozzi Soares 87

Plantão Médico e a Responsabilidade Pela Internação ou Pelo Atendimento

Keti Stylianos Patsis 89

Peeling e Lifting São Atos Médicos

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke 91

Autorização de Internamento Hospitalar Com o Médico Plantonista

Joachim Graf 93

Sigilo Médico e a Entrega de Programação da Listagem Cirúrgica Diária Nominal ao Convênio, Empresa, Hospital ou ao SUS

Joachim Graf 96

Prontuário Médico e o Médico do Trabalho

Romeu Bertol 98

Receitas Controladas e Fornecidas Sem Reconsulta Para Pacientes em Casos Crônicos

Monica de Biase Wright Kastrup 100

Plano de Saúde: Consentimento Informado, Código do Consumidor, Esclarecimento do Médico Assistente

Hélcio Bertolozzi Soares 106

Especialidade Médica: Ultrassonografia Não Tem Título de Especialidade ou Área de Atuação em Aparelho Urinário

Lutero Marques de Oliveira 108

Laudo Pericial Sobre a Capacidade Laborativa e o Interesse do Advogado

Keti Stylianos Patsis 110

Supervisor Técnico das Aplicações das Técnicas Radiológicas

Lutero Marques de Oliveira 112

Gestação de Alto Risco

Hélcio Bertolozzi Soares 116

IMPRENSA

Declaração de Comparecimento

Carlos Alberto Benfatti 118

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Primeira Médica do Paraná e Primeira Catedrática

Ehrenfried Othmar Wittig 120