



ARQUIVOS
do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v.26 - n. 103 - Jul/Set - 2009

CRM PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

Presidente:	Cons. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Vice-Presidente:	Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Secretária Geral:	Consª. Marília Cristina Milano Campos
1º. Secretário:	Cons. José Clemente Linhares
2º. Secretário:	Cons. Sérgio Maciel Molteni
1ª. Tesoureira:	Consª. Roseni Teresinha Florêncio
2º. Tesoureiro:	Cons. Lutero Marques de Oliveira
Corregedor-Geral:	Cons. Alexandre Gustavo Bley
1ª. Corregedora:	Consª. 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 Sobrª.
Raquele Rotta Burkiewicz
Romeu Bertol
Roseni Teresinha Florêncio
Sérgio Maciel Molteni
Wilson José Ferreira de Paula (Indicado p/AMP)
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS 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
Keti Stylianos Patsis
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)
Luiz Antonio de Mello Costa (Umuarama)
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Mário Teruo Sato
Marta Vaz Dias de S. Boger (Foz do Iguaçu)
Monica De Biase Wright Kastrop
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. Elisio 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. 103	p. 121-180	Jul./Set.	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 CRMPR, 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 Emails: correo@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: Rodrigo Montanari Bento

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.crmp.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmp.org.br ou por telefone 0xx41 3240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 26, n.103, 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

A INFORMAÇÃO

A limitação quantitativa e qualitativa da nossa memória nos obriga preservar os dados que obtivemos e necessitaremos recuperar e expor; este processo deve ser realizado pelo registro em outro método, meio ou mecanismo acessório, para a sua permanente confiabilidade.

O modo mais simples, mais fácil de promover e obter de forma confiável de imediato, é em folha de papel ou um método similar.

A codificação, a linguagem utilizada para recuperação dos dados, das informações, devem poder ser lidas e compreendidas em qualquer momento, por qualquer pessoa, em qualquer tempo.

Evidentemente, o registro inadequado poderá conduzir à uma dificuldade de entendimento do que foi preservado.

Mas o que preservar? Tudo aquilo que desejamos transmitir, informar, lembrar e tudo o que temos obrigação de tornar público, em qualquer condição ou tempo. Uma mensagem mal informada, mal transmitida, inadequadamente produzida pode não ser entendida.

Se o registro da mensagem precisa de clareza, de entendimento para lembrar ao próprio autor ou para outro interessado ou destinatário, é importante a sua qualidade e quantidade de informes, suficientes e necessários aos interessados e ao objetivo pretendido.

Quando a mensagem for limitada, sintetizada ou precariamente reduzida, pode não oferecer ou atingir aos objetivos e, toda a sequência sofrerá e criará impedimentos e erros de entendimento ou interpretações.

Se a informação for um ato de obrigação legal, de respeito, de necessidade, esclarecimento, e não for assim produzido ou atingido pela verdade dos fatos ou informações, o elemento produtor ou o receptor da mensagem, poderá sofrer por esta má ação ou confecção redacional.

Alguém será lesado ou sofrerá alguma consequência, e esta má ação poderá merecer uma punição, uma sanção ou uma reprimenda.

O aprendizado do processo será pela oferta de conhecimentos disponíveis, escritos e também orais.

O mesmo fenômeno ocorre na profissão médica com os seus necessários registros.

Estes registros de dados são documentos médicos, eles representam uma responsabilidade civil e penal. Sua inobservância representa uma infração legal, ética e moral. Representa a sua produção uma obrigação da verdade dos fatos.

Em ato de justiça, legal, ético, o documento escrito é obrigatório, mas as declarações orais serão preservadas em informações escritas e preservadas em papel ou método de registro equivalente.

Assim, escreva, documente. Não negligencie sua obrigação, interesse e sua necessidade. Este documento escrito chama-se prontuário médico (completo, claro, legível, verdadeiro). Ele o protegerá, se bem confeccionado. Não tenha preguiça. Poderá sair caro, acredite neste fato.

PRONTUÁRIO MÉDICO

Zacarias Alves de Souza Filho¹ / Eduardo Alcantara Quidigno /
Eduardo Augusto dos Santos Caliarí / Fellipy Martins Raymundo /
Henrique Augusto dos Santos Caliarí²

O prontuário faz parte do cotidiano do médico sendo essencial para o arquivamento das informações do paciente e a principal defesa legal do médico. Podendo ainda ser usado com fins de ensino e pesquisa.

Palavras-chave: prontuário médico, prontuário eletrônico, aspectos éticos, aspectos técnicos, aspectos legais, documento, preservação permanente

MEDICAL HANDBOOK

Keywords: medical handbook, eletronical handbook, ethical aspects, technical aspects, lawful aspects, documents, Resolução CFM 1331/89

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Aspectos Técnicos do Prontuário Médico
3. Aspectos Éticos e Legais do Prontuário Médico
4. Legislação
5. O Prontuário Eletrônico
6. Bibliografia

1. INTRODUÇÃO

O termo **Prontuário Médico** parece inadequado, e talvez **Prontuário do Paciente** expresse melhor seu significado e função, pois além dos médicos muitos outros profissionais produzem registros sobre o paciente.

O prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina, Res. Nº 1638/2002, como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações, sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

Por mais sucintas que sejam suas anotações, o prontuário sempre irá gerar um dossiê médico de grande valor para o conhecimento de um paciente. Um prontuário bem feito pode dispensar exames complementares ou mais bem interpretá-

¹ Professor do Departamento de Clínica Cirúrgica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, e orientador do trabalho.

² Acadêmicos do 4º Período do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

los quando se dispõe de anotações precedentes, diminuindo custos e aumentando a eficácia do trabalho do médico.

Outro aspecto crucial é o de que tendo em mãos todas as anotações possíveis como resultados de exames, diagnósticos, cirurgias precedentes, reações medicamentosas, entre outros dados, permitirão ao médico reconhecer com mais facilidade a história clínica da saúde desse paciente no decorrer da vida.

A idéia de prontuário vem desde a era hipocrática, e pelos séculos seguintes os registros sobre os pacientes sempre se mostraram importantes, mas somente em 1907 na clínica Mayo, EUA, iniciou-se a criação de um prontuário para cada paciente.

Recentemente surge uma nova modalidade: o Prontuário eletrônico, integrado por uma rede de informática que facilita o registro e resgate das informações. Um exemplo é Curitiba, onde a rede de unidades de saúde utiliza o PEP

2. ASPECTOS TÉCNICOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

O Conselho Federal de Medicina, pela Resolução n.º 1.638/02, estabeleceu os itens que deverão obrigatoriamente constar do prontuário, dispostos em qualquer padrão: identificação do paciente (nome, sexo, data do nascimento, filiação, endereço), anamnese, exame físico e exames complementares, diagnósticos, tratamento, anotações diárias sobre a evolução do estado do paciente. É imprescindível a identificação dos profissionais que realizaram cada procedimento.

Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

A seqüência na composição do prontuário varia nas instituições. Em consideração à sua importância legal, didática, médica e para o paciente, os documentos podem ser dispostos na ordem:

- o Formulários com dados de identificação;
- o Descrição de anamnese e exame físico;
- o Evolução e prescrição médica, sendo que as anotações devem ser diárias, com data e horário em que foram realizadas;
- o Evolução e prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, etc);
- o Exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultra-sonográficos, anátomo-patológicos e outros) e seus respectivos resultados;
- o Formulário de descrição cirúrgica;
- o Anestesia – ficha de avaliação pré-anestésica, ficha de anestesia, risco anestésico (Class. ASA), ficha da sala de recuperação pós-anestésica;
- o Formulários de interconsultas - quando há necessidade de consultar médico de outra especialidade;
- o Resumo de alta;
- o Outros documentos, como os referentes a atendimento de urgência devem ser anexados e arquivados juntamente com o prontuário médico.

Atualmente os médicos atendem inúmeros pacientes por dia, em emergências, ambulatorios ou consultórios, considerando que cada paciente possui particularidades, fisiológicas, psicológicas ou sociais, é interessante que elas sejam corretamente indexadas no prontuário.

3. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

O médico é o autor e único responsável pela existência e validade do prontuário, seus comentários e conclusões estão além da história clínica contida, tais surgem da conveniência e da intimidade, muitas são dispensáveis ao conhecimento do doente, como uma hipótese diagnóstica.

Vale destacar que o prontuário pertence ao paciente, assim é direito de todo paciente ou seu responsável legal, obter cópia integral de seu prontuário médico. O paciente pode ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM), podendo, inclusive, solicitar cópias do mesmo.

Principais aspectos:

o As informações no prontuário são de interesse dos muitos envolvidos com o paciente, além do Estado e do próprio hospital, dessa forma deve haver um critério para o uso dessas informações, de modo que se limitem apenas ao essencial. O uso das informações requer consentimento do paciente ou seu representante legal, solicitação judicial ou por razões de relevância social ou moral.

o É de responsabilidade do mantenedor do hospital preservar todas informações contidas no prontuário do paciente, pois todos pacientes têm direito ao sigilo, apenas o manuseio interno no hospital não necessita de autorização. Assim o mantenedor responde legalmente pelo prontuário, e nunca pode haver exposição não autorizada das informações. Fica, sob responsabilidade das instituições o estabelecimento de normas e rotinas de controle de acesso e de identificação de usuários, como parte de um sistema seguro de proteção ao conteúdo do Prontuário do Paciente.

o Pesquisas científicas só podem ser realizadas após a análise dos propósitos e dos critérios, e após aprovação de um pré-projeto por um Comitê de Ética. O hospital ou instituição de pesquisa pode utilizar a informação do prontuário para estes fins desde que mantida a privacidade ou com a devida concordância do paciente.

o As empresas públicas e privadas que tem convênio de assistência médica não podem ter acesso às informações pessoais dos seus empregados, pois ferem o direito de privacidade dos indivíduos. Uma revelação dessa natureza é prejudicial ao empregado e comprometedor da fé pública e ostensivamente ilegal.

o Quando possível a autorização deve ser feita por escrito pelo próprio paciente, ou por representante legal quando o paciente é incapaz ou menor . A permissão deve ser precedida de explicações detalhadas em linguagem acessível sobre sua doença e seu direito de recusa, conhecimento de quem e porque se pede a revelação.

o Incapazes são menores de 16 anos, insanos mentais, surdos-mudos que não puderem exprimir sua vontade e os ausentes declarados por ato judicial, por não poderem exercer por si os atos da vida civil. No caso, essas informações só podem ser reveladas aos pais se estiverem no exercício do pátrio poder para os representantes legais.

o Em tese o paciente tem direito de saber todas as informações sobre suas condições de saúde, porém se o médico admite que essas informações podem contribuir negativamente para o seu estado trazendo mais prejuízos do que vantagens, essas informações podem ser minimizadas ou omitidas.

o O prontuário médico é um documento de manutenção permanente pelos médicos e estabelecimentos de saúde (Resolução CFM nº 1331/89). Ele pode ser posteriormente, utilizado pelos interessados como meio de prova até que transcorra o prazo prescricional de 20 (vinte) anos para efeitos de ações que possam ser impetradas na Justiça. Todos os documentos originais que compõem o prontuário devem ser guardados pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, a fluir da data do último registro de atendimento da paciente. Ao final desse tempo, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas (microfilmagem, por exemplo) e os originais poderão ser destruídos. Competem ao médico, em seu consultório, e aos diretores clínicos e/ou diretores técnicos, nos estabelecimentos de saúde, a responsabilidade pela guarda dos documentos.

o No caso de internação hospitalar os documentos feitos no pronto-socorro e no ambulatório devem ser arquivados junto ao prontuário. Uma vez que fazem parte da história do paciente, deve-se registrá-los junto à anamnese, diagnósticos, resultados de exames, a terapêutica prescrita e executada, a evolução e a alta.

Considerações

O preenchimento do prontuário é obrigação e responsabilidade do médico. É prática antiética e ilegal o seu preenchimento por outro profissional que não o médico habilitado perante o Conselho de Medicina.

Quando corretamente preenchida é a principal defesa do médico nos casos de denúncias por mau atendimento, acusações de imperícia, imprudência ou negligência, ou suposição de erro médico. O prontuário poderá, em situações de litígio, esclarecer pontos divergentes que acompanham as denúncias relacionadas a atendimento médico. Nele devem constar todas as informações já citadas, assim como fatos que possam comprometer o bom atendimento de cada paciente, como deficiências na infra-estrutura oferecida pela instituição, consideradas necessárias para efetuar com segurança o procedimento proposto.

4. LEGISLAÇÃO

A legislação e as normas sobre o prontuário destacam:

Resolução CFM No. 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988 - Código de Ética Médica - publicada no D.O.U. de 26/01/1988, resolve:

“(...) É vedado ao médico :

Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico de cada paciente.

Art. 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros. (...)”

Parecer CFM No. 14/93, de 16 de setembro de 1993, entende não haver obstáculo na utilização da informática para elaboração de prontuários médicos, desde que seja garantido o respeito ao sigilo profissional. Para a emissão de atestados e receitas, deve-se seguir o que estabelecem os artigos 39 e 110 do Código de Ética Médica.

Resolução CFM No. 1.331/89, de 21 de setembro de 1989, publicada no D.O.U. de 21/09/89, resolve:

“Art. 1o. - O prontuário médico é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde.

Art. 2o. - Após decorrido prazo não inferior a 10 (dez) anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas. (...)”.

Os mesmos princípios éticos sobre o acesso do prontuário de papel são válidos para o PEP. O acesso ao PEP fica restrito às pessoas autorizadas a utilizar o computador, e dessa forma garantir o maior sigilo das suas informações e assim proteger o paciente. O sigilo das informações do PEP é um direito de todo cidadão, na Constituição Federal de 1988, artigo 5º, inciso X, garante a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra das pessoas. O dever de preservação de segredo é previsto no Código Penal, artigo 154.

O Código de Ética Médica, artigo 11, o segredo como um princípio fundamental para o exercício da medicina. No Capítulo IX estão as obrigações com o segredo profissional: o dever do médico de orientar seus auxiliares e zelar para que todos respeitem o segredo profissional, e também a proibição do médico em facilitar o acesso ao prontuário por pessoas que não são obrigadas ao segredo profissional.

5. O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Com o avanço da medicina surgiram novas técnicas de exames, diagnósticos e tratamentos, o que representa um aumento no volume de informações clínicas a respeito do paciente. O crescimento das especialidades clínicas permitiu que os cuidados de um paciente fossem ampliados para diferentes profissionais, criando a necessidade de um acesso mais rápido e simplificado ao prontuário do paciente por parte destes. Há muito tempo o registro em papel vem tornando-se insuficiente para atender a demanda de informações. Deve-se ressaltar ainda que o prontuário em papel possui alguns problemas críticos como a falta de sistemáticas e métodos na inclusão de dados, a redundância e dificuldade na recuperação seletiva de dados, e as complicações e o elevado custo de armazenamento. Sendo em vista esses fatores

e a necessidade por uma forma de armazenamento de informações moderna e eficiente surge o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

O prontuário eletrônico pode ser definido como o armazenamento em mídia digital dos dados concernentes ao paciente, que visam melhorar a qualidade da informação, bem como uma maior facilidade de acesso a essa por diferentes profissionais e em lugares distintos.

As primeiras iniciativas para a criação de um prontuário eletrônico surgiram no final da década de sessenta no EUA, a Duke University Medical Center criou o TRM (The Medical Record) e a Harvard Medical School o COSAR (Computer Stored Ambulatory Register). No Brasil os primeiros modelos de PEP surgem no meio universitário na década de noventa. O Serviço de Informática do Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas de São Paulo desenvolveu um modelo de prontuário eletrônico utilizando a Web, oferecendo um sistema integrado de acesso a todos os dados do paciente de maneira simples e padronizada. Em 1999 o Ministério da Saúde propôs um conjunto mínimo de informações que devem estar presentes no PEP de forma a integrar os diversos sistemas de informação de saúde nacionais. Em Curitiba, em 1998, houve a implementação do Prontuário Eletrônico – Cartão Qualidade contribuindo para a melhora na qualidade de saúde.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou em julho de 2002 a utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) pelas resoluções 1638/2002 e 1639/2002. A definição de prontuário permanece a mesma passando a ser registrado também como um suporte eletrônico.

CFM – Resolução 1638/2002

“Prontuário Médico: documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”

CFM – Resolução 1639/2002

“Normas Técnicas para uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico”

As grandes vantagens que o PEP traz para o dia-a-dia de todo um corpo clínico que está em contato com o paciente são: texto legível, mais consistente e completo; incorporação de sistemas automatizados de alerta e apoio à decisão; o mesmo prontuário pode ser acessado ao mesmo tempo em vários locais e por vários profissionais; pode-se armazenar imagens; pode-se destacar informações que o médico julgar importantes como diagnósticos, tratamentos ativos e observações clínicas; além de facilitar a abordagem do paciente pelos diferentes profissionais com acesso ao PEP e constituir um documento de acompanhamento do paciente em caso de migração para locais de prestação de serviços de saúde sem infraestrutura computacional; o PEP identifica os usuários do prontuário e proporciona maior

disponibilidade e rapidez na localização de informações, melhor qualidade e confiabilidade. Pelo PEP o médico pode acessar diretamente os resultados laboratoriais e em seguida proceder á tomadas de decisão; tem acesso ainda ao módulo farmácia que permite prescrever os medicamentos ou mesmo substituir alguns medicamentos em caso de inexistência ou falta destes no estoque. O PEP proporciona ainda o fim das grandes pilhas de papel, que podem causar problemas de organização e extravio de informações, reduz custos do tratamento e melhora a qualidade do atendimento ao paciente

O PEP oferece facilidades de geração de diagnósticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem com acesso às tabelas de classificação de procedimentos (LOINC ou da AMB).

Marin; Massad; Azevedo Neto (2003) destaca ainda outras vantagens como; acesso remoto e simultâneo, segurança de dados, confidencialidade dos dados do paciente, flexibilidade de "lay-out", integração com outros sistemas de informação, captura automática de dados, processamento contínuo de dados, assistência a pesquisa, relatórios e dados atualizados.

O artigo "Preservando a confiabilidade médica na Internet" de Sabatinni (2002) faz alguns levantamentos a respeito do prontuário eletrônico: "O registro médico deixa de ser um documento passivo, difícil de entender afastado do paciente, para ser um instrumento ativo, uma central de serviços de informação, um promotor de saúde e de prevenção de problemas, e um educador de pacientes e divulgador de informações confiáveis sobre medicina e saúde".

No entanto o PEP possui alguns problemas que devem ser mencionados como: dependência da existência de software, hardware e de infra-estrutura de redes e a manutenção e custo que esses fatores implicam; treinamento dos profissionais, tanto no uso das ferramentas computacionais quanto do software propriamente dito; deve haver um investimento em segurança digital de forma a manter a privacidade e segurança dos dados dos pacientes no meio eletrônico; as dificuldades dos profissionais da saúde que não foram submetidos a um treinamento prévio no processo de digitação; e o tempo gasto com a consulta diante de um computador. Deve-se salientar ainda que, como todo sistema informatizado, o PEP esta sujeito a falhas que podem tornar o sistema inoperante comprometendo o acompanhamento e cuidados dos pacientes. Outro problema apresentado nos PEP's é que não possuem formatos específicos e nem regras de formatação o que compromete a padronização de informações e o seu entendimento por outros profissionais.

Assim como o prontuário em papel o PEP pertence ao paciente. Massad (2003) afirma que "o profissional de saúde que recebe, registra, manipula, digita, armazena e processa dados e informações é responsável pela sua guarda e integridade e deve estar atento para a importância e significado de preservar o sigilo da informação e assegurar a privacidade da pessoa cujos dados estão sendo manuseados".

A forma digital supera qualquer outro tipo de mídia na quantidade de dados e informações que podem ser armazenados, por isso é de grande importância a gradual substituição do antigo prontuário em papel pelo PEP

O Conselho Federal de Medicina e o CREMESP, que são as sociedades normatizadoras e reguladoras dos profissionais de saúde, têm-se preocupado com as questões éticas e legais do prontuário do paciente. O Manual de Princípios Éticos para Sites de Medicina e Saúde, do CREMESP afirma que: “da mesma forma que os prontuários em papel, os prontuários eletrônicos, que armazenam dados sobre os pacientes em clínicas, hospitais e laboratórios de análises clínicas devem estar protegidos contra eventuais quebras de sigilo”

Questões referentes a disponibilidade, a integridade, a confidencialidade e privacidade do PEP devem ser normatizadas criando um padrão que possa ser atingido por todas as instituições de saúde, públicas ou privadas, de forma a facilitar o trabalho de profissionais da saúde bem com melhorar a atendimento aos pacientes.

O CFM deixou a cargo da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) de definir as normas de certificação dos programas de utilização médica. Massad (2003) afirma que alguns aspectos devem ser considerados na construção do PEP, como: controle de qualidade dos registros; padronização dos dados, tanto nacionais quanto internacionais; restrição de acesso e garantia de privacidade; segurança do registro; autenticação do registro, do remetente e do usuário; arquivo de registros, normas de segurança e manutenção.

6. BIBLIOGRAFIA

1. FRANÇA, Genival V eloso de. Direito médico. 6. ed., rev . e aum. São Paulo: Byk, 1998.
2. FRANÇA, Genival V eloso de. Medicina legal. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
3. MARIN HF, MASSAD E , AZEVEDO NET O RS, Prontuário Eletrônico do P aciente: definições e conceitos. In: O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO P ACIENTE NA ASSISTÊNCIA, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO O MÉDICO. São Paulo: USP, 2003
4. SOUZA FILHO ZA, KUSTER FILHO ACC, ÉTICA, MORAL E DEONTOLOGIA MÉDICAS. In: ANDY PETROIANU. (Org.). ÉTICA, MORAL E DEONTOLOGIA MÉDICAS. RJ: EDITORA GUANABARA KOOGAN S.A, 2000, v. , p. 67-72.
5. PORTO CC, Semiologia médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara K oogan, 2005.
6. Comissão de divulgação dos assuntos médicos, Manual de Orientação Ética e Disciplinar. In: [http://www .portalmedico.org.br/Regional/crmsc/manual/parte3b.htm](http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmsc/manual/parte3b.htm), acessado em 15 de Abril de 2009.
7. Publicações Cremesp, P rontuário e Segredo Médico. In: <http://www .cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=57>, acessado em 16 de Abril de 2009.

PLANTÃO DE SOBREVISO: NORMAS

CRMPR*

Os plantões de sobreaviso constituem prática usual da organização de serviços médicos, devendo obedecer a normas rígidas de funcionamento para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a boa prática médica. O sobreaviso deve ser remunerado.

Palavras-chave: Resolução CRMPR nº 152/2007, plantão de sobreaviso, definição, remuneração

“ON CALL” MEDICAL SHIFT: RULES

Key words: Resolution CRMPR nº 152/2007, “on call” medical shift, definition, payment

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe conferem a Lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045 de 19 de julho de 1958 e a Lei n.º 11.000 de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que o plantão de sobreaviso é uma prática utilizada em muitos serviços médicos, objetivando otimizar o atendimento das variadas especialidades;

CONSIDERANDO a necessidade de se regulamentar a prática do plantão de sobreaviso;

CONSIDERANDO que é direito do médico receber remuneração pela disponibilidade dos seus serviços profissionais;

CONSIDERANDO o teor do processo-consulta CFM n.º 137/2003, base da fundamentação desta resolução;

CONSIDERANDO finalmente o decidido na Reunião Plenária n.º 1891.º, realizada no dia 23 de abril de 2007.

RESOLVE:

Artigo 1º: Define-se como plantão de sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho pré-estabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial.

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Artigo 2º: Em toda instituição de saúde na qual existam pacientes em sistema de internação ou observação, é obrigatória a presença de médico no local nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, capacitado a executar manobras de reanimação e de suporte vital, independente do plantão de sobreaviso.

Artigo 3º: O plantão de sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerado de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico, pelos procedimentos praticados durante seu turno de trabalho.

Artigo 4º: O médico de sobreaviso será acionado por determinação de membro da equipe médica da instituição de saúde, que informará a gravidade do caso do paciente, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento.

Artigo 5º: Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada, até a chegada do médico de sobreaviso, quando então ambos decidirão a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Artigo 6º: Compete ao Diretor Clínico, ao Diretor Técnico e à Comissão de Ética das instituições de saúde, decidirem quais especialidades devem constituir escalas de plantão de sobreaviso e quais devem manter médicos de plantão no local, considerando o porte dos hospitais, a demanda pelos serviços, a complexidade do atendimento, a Portaria MS/GM.2.048/02, a Resolução CFM 1.451/95 e outras que vierem a ser editadas.

Artigo 7º: Será facultado ao médico do corpo clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de plantão de sobreaviso, nas suas respectivas especialidades, exceto em situações que possam comprometer a assistência à população, quando então o plantão presencial será obrigatório.

Artigo 8º: A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Curitiba, 06 de março de 2007.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Presidente

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Secretário-Geral

Resolução CRM/PR Nº. 152/2007
Resolução CRM/PR Aprovada
Sessão Plenária nº 1891, de 23/04/2007
Publicada em D.O.U. nº 86, de 07/05/2007 pág. 88

CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE ÉTICA MÉDICA

CRMPR*

EMENTA: Normatiza o concurso anual de monografias sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica.

Palavras-chave: regulamento, Resolução CRMPR nº 159/2008, concurso, monografia, ética

MONOGRAPH CONTEST ABOUT MEDICAL ETHICS

Key words: Resolution CRMPR nº 159/2008, contest, monograph, medical ethics

O Conselho Regional de Medicina do Paraná no uso de suas atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO a necessidade de divulgar temas sobre ética médica, bioética e da profissão médica;

CONSIDERANDO a necessidade de estimular o pensamento e o debate ético sobre temas de interesse da sociedade e da classe médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária n.º 2013.º realizada em 07 de abril de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Promover anualmente o concurso de Monografias sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica.

Art. 2º Este concurso está regulamentado no anexo único, que faz parte desta resolução.

Art. 3º Fica revogada a Resolução CRM-PR Nº 21, de 6 de julho de 1987.

Art. 4º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 07 de abril de 2008.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Presidente

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Secretário-Geral

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

ANEXO ÚNICO

1.º - O concurso de monografia será anual e terá seu tema escolhido pela Plenária do CRM-PR até o último dia útil de fevereiro de cada ano.

2.º - O valor monetário dos prêmios dos autores das obras vencedoras será estipulado pela Diretoria do CRM-PR.

3.º - Todos os cidadãos brasileiros poderão participar do concurso, independentemente de formação ou profissão.

4.º - As monografias deverão ser inéditas.

5.º - As monografias, em conformidade com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABTN), deverão ter no mínimo 35.000 (trinta e cinco mil) caracteres e no máximo 55.000 (cinquenta e cinco mil) caracteres, com espaçamento, e poderão conter material ilustrativo.

6.º - As monografias serão entregues em CDpen-drive ou qualquer outro meio reversível e, pelo menos, uma via impressa

7.º - As monografias e seus arquivos deverão conter somente o título do trabalho e o pseudônimo do autor, não sendo permitida a sua identificação, sob pena de desclassificação daquele que for identificado.

8.º - O nome completo, endereço, meios de contato e qualificação profissional do autor deverão estar, obrigatoriamente, em envelope lacrado, não transparente e anexo à monografia.

9.º - As monografias, seus arquivos e envelope com dados do autor serão acondicionados em envelope maior, devendo constar somente a indicação "Concurso – Monografia do CRM-PR", com o endereço do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (Rua Victório Viezeze, 84, Vista Alegre, Curitiba – PR, CEP80810-340) e, como remetente deverá ser apenas o pseudônimo, sem endereço.

10 - A entrega do material será via serviço postal (Correios) ou com protocolo na sede administrativa do Conselho em Curitiba e, também, poderá ser feita, mediante protocolo, em qualquer das Delegacias Regionais do CRM-PR.

11 - Caberá ao Conselho divulgar o certame usando para isso todos os meios disponíveis.

12 - O regulamento fará parte do material de divulgação, estando também disponível no Portal do CRM (www.crmpr.org.br) juntamente com os endereços das Delegacias Regionais.

13 - Dúvidas poderão ser dirimidas por telefone (41 3240-4033), fax (41 3240-4061) ou por e-mail (diretoria@crmpr.org.br).

14 - O prazo para inscrição dos trabalhos será encerrado às 18h do último dia útil de agosto do ano do certame, tendo validade o material postado via Correios ou protocolado na sede CRM-PR ou em uma de suas Regionais até a data estabelecida.

15 - Caberá à Diretoria do CRM-PR indicar a representação da Comissão Julgadora, que terá um mínimo de três integrantes.

16 - A Comissão Julgadora deverá analisar os trabalhos até o dia 30 de setembro do ano do concurso, cabendo aos seus integrantes estabelecer critérios para a seleção mais equânime.

17 - O resultado do concurso será divulgado pelos meios de comunicação do CRM-PR e os convencionais, bem como mediante contato com os autores.

18 - Serão premiadas as monografias selecionadas em primeiro e em segundo lugares, cabendo aos autores Certificado e premiação em dinheiro, cujos valores atenderão ao disposto no item 2.º deste Anexo.

19 - Para o primeiro e o segundo lugares haverá, necessariamente, um único trabalho vencedor. O prêmio é intransferível, individual e pessoal. Se o trabalho for coletivo, poderá ser atribuído em conjunto aos seus autores, aos quais caberão a decisão de forma de divisão da parte monetária, bem como a designação de representante para recebimento do prêmio. O Certificado será igualmente único, referenciando os autores.

20 - A Comissão Julgadora, a seu exclusivo critério, poderá deliberar sobre a não-premiação de qualquer das monografias apresentadas, caso seja consensado de que não atenderam aos méritos desejados.

21 - A Comissão Julgadora terá autonomia, ainda, para atribuir certificado de "Menção Honrosa" aos autores de outras monografias que julgar merecedores.

22 - Das decisões da Comissão Julgadora não caberão recursos.

23 - A premiação do concurso de monografia estará inserida nas solenidades comemorativas do Dia do Médico do ano em exercício.

24 - Os autores das monografias ficam cientes da cessão dos direitos autorais de seus trabalhos, que serão selecionados e publicados na Revista Arquivos, nos meios eletrônicos do Conselho Regional de Medicina ou em outros meios que o Conselho julgar necessários, sem que possa, entretanto, utilizá-los objetivando lucro.

25 - Os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria do CRM-PR.

Resolução CRMPR Nº. 159/2008

Resolução CRMPR Aprovada

Sessão Plenária nº 2013, de 07/04/2008

Publicada em D.O.U. de 18/04/2008 pág. 159

Agradecimento

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

NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE CONSULTÓRIO MÉDICO, COMPLEXO CIRÚRGICO E INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA

CFM*

Dispõe sobre as “Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência”.

Palavras-chave: Resolução CFM nº 1886/2008, funcionamento, normas, consultório, complexo cirúrgico, internação, procedimento de curta permanência, material, organização

MINIMAL WORKING REQUIREMENTS FOR MEDICAL OFFICES, SURGICAL CENTERS AND SHORT TERM PATIENT ADMISSION

Key words: Resolution CFM nº 1886/2008, working, rules, medical office, surgical ward, admission, short permanence procedure, material, organization

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre, em qualquer circunstância, em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve emvidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento ao seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na Resolução CFM nº 1.802, de 4 de outubro de 2006;

CONSIDERANDO a evolução tecnológica e tendência da realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, buscando a racionalização de custos;

* Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que todo Centro Cirúrgico deve possuir uma sala de recuperação pós-anestésica, com qualidade de leitos, instrumental, equipamentos e material de acordo com o número de salas e complexidade dos procedimentos nele realizados, em cumprimento ao disposto na Portaria nº 1.884/94, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução CREMERJ nº 180/2001 e seu Anexo, que regulamenta, no âmbito de sua jurisdição, as “Normas Mínimas para o funcionamento dos Complexos Cirúrgicos para Procedimentos com Internação de Curta Permanência”;

CONSIDERANDO o conteúdo da Resolução nº 169, de 19 de junho de 1996, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que estabelece Norma Técnica disciplinando o funcionamento dos estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos ambulatoriais no âmbito daquela Unidade da Federação;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em Sessão Plenária de 13 de novembro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as “Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência”, anexas a esta Resolução.

Art. 2º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar internação de curta permanência, deverão estruturar-se de acordo com a presente Norma.

Art. 3º As unidades de saúde referidas no anexo são hospitais, clínicas, casas de saúde, institutos, consultórios, ambulatórios isolados, centros e postos de saúde e outras que executem os procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência.

Art. 4º As áreas físicas e instalações das Unidades classificadas por esta Resolução deverão obedecer às normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária.

Art. 5º Os diretores técnicos das unidades de saúde são responsáveis pelo cumprimento das normas aqui estabelecidas, bem como pela provisão dos recursos físicos, humanos e materiais exigidos para a sua fiel execução.

Art. 6º As Unidades de que trata a presente Resolução, atualmente existentes, deverão adequar-se às referidas Normas num prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.409/94.

Brasília-DF, 13 de novembro de 2008

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Livia Barros Garçon
Secretária-Geral

NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE CONSULTÓRIOS MÉDICOS E DOS COMPLEXOS CIRÚRGICOS PARA PROCEDIMENTOS COM INTERNAÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA.

1. DEFINIÇÕES

Cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (com exceção daqueles que acompanham os partos) que, pelo seu porte dispensam o pernoite do paciente. Eventualmente o pernoite do paciente poderá ocorrer, sendo que o tempo de permanência do paciente no estabelecimento não deverá ser superior a 24 horas.

Anestésias para cirurgias com internação de curta permanência: são todos os procedimentos anestésicos que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais. Os tipos de anestesia que permitem rápida recuperação do paciente são: anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida.

2. CLASSIFICAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

2.1 Os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão ser classificados em:

- a. Unidade tipo I;
- b. Unidade tipo II;
- c. Unidade tipo III;
- d. Unidade tipo IV

2.1.1 Unidade tipo I

É o consultório médico, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico, ou para diagnóstico, sob anestesia local, sem sedação, em dose inferior a 3,5 mg/kg de lidocaina (ou dose equipotente de outros anestésicos locais), sem necessidade de internação.

2.1.2 Unidade tipo II

a. É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte, com condições para internações de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade; Deverá contar com salas de recuperação ou de observação de pacientes; Realiza cirurgias/procedimentos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional (com exceção dos bloqueios subaracnóideo e peridural), com ou sem sedação; O pernoite, quando necessário, será feito em hospital de apoio; É obrigatório garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.3 Unidade tipo III

- a. É o estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas adequadas a essa finalidade;
- b. Deverá contar com equipamentos de apoio e de infra-estrutura adequados para o atendimento do paciente;
- c. Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional,

- com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida;
- d. Corresponde a uma previsão de internação por, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas, podendo ocorrer alta antes deste período, a critério médico;
 - e. A internação prolongada do paciente, quando necessária, deverá ser feita no hospital de apoio;
 - f. Estas unidades obrigatoriamente terão que garantir a referência para um hospital de apoio.

2.1.4 Unidade tipo IV

- a. É a unidade anexada a um hospital geral ou especializado, que realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, em salas cirúrgicas da unidade ambulatorial, ou do centro cirúrgico do hospital, e que pode utilizar a estrutura de apoio do hospital (Serviço de Nutrição e Dietética, Centro de Esterilização de Material e Lavanderia) e equipamentos de infra-estrutura (Central de Gases, Central de Vácuo, Central de Ar Comprimido, Central de Ar-Condicionado, Sistema de Coleta de Lixo etc.);
- b. Realiza cirurgias com anestesia loco-regional com ou sem sedação e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida; Não está prevista a internação do paciente nesta Unidade por mais de 24 (vinte e quatro) horas. Nesse caso, a internação ocorrerá no hospital e somente na presença de complicações.

3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PACIENTES

3.1 Os critérios estabelecidos para a seleção destes pacientes são os seguintes:

- a. Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da American Society of Anesthesiologists (1962), ou seja:

ASA I – pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos;

ASA II – o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade).

- b. A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência;
- c. Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;
- d. Nas Unidades tipo II, III e IV o paciente deverá estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável;
- e. Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

3.2 A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência é contra-indicada quando:

- a. Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente;
- b. Os procedimentos a serem realizados são extensos;
- c. Há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante;
- d. Há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório;
- e. Os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

3.3 A cirurgia/procedimento deverá ser suspensa se o paciente se apresentar ao serviço sem a companhia de uma pessoa que se responsabilize por acompanhá-lo durante todo o tempo da intervenção cirúrgica e no retorno ao lar

3.4 A cirurgia/procedimento também deverá ser suspensa se o estabelecimento não apresentar as condições exigidas, por exemplo: falta de luz, de material e roupa esterilizada; ausência de pessoal de enfermagem no centro cirúrgico ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do paciente.

4. RESPONSABILIDADES MÉDICAS

4.1 A indicação da cirurgia/procedimento com internação de curta permanência no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

4.2 Toda a investigação pré-operatória/pré-procedimento do paciente (realização de exames laboratoriais, radiológicos, consultas a outros especialistas etc.) para diagnóstico da condição pré-operatória/pré-procedimento do paciente é de responsabilidade do médico e/ou da equipe médica executante.

4.3 A avaliação pré-operatória/pré-procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento de curta permanência exige no mínimo:

ASA I: história clínica, exame físico e exames complementares;

ASA II: história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira.

4.4 O médico deverá orientar o paciente ou o seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatório/procedimento necessários e complicações possíveis, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

4.5 Após a realização da cirurgia/procedimento, o médico anestesiológico é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós-anestésica. A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável. As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pelos seguintes parâmetros:

- a. Orientação no tempo e espaço;
- b. Estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos;
- c. ausência de náusea e vômitos;
- d. ausência de dificuldade respiratória;
- e. capacidade de ingerir líquidos;
- f. capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;
- g. sangramento ausente ou mínimo;

- h. ausência de dor importante;
- i. sem retenção urinária.

4.6 A responsabilidade do acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico e/ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

5. MATERIAL NECESSÁRIO

5.1 A Unidade tipo I deverá contar com os seguintes materiais: a. instrumental para exame clínico e procedimentos de diagnóstico; dispositivo para iluminação adequada para a atividade mesa/maca/cadeira adequada para a realização da atividade; equipamentos e materiais específicos da especialidade praticada; tensiômetro ou esfigmomanômetro; equipamento para ausculta cardíaca; material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor; material para a coleta de resíduos, conforme norma da ABNT

5.2 A Unidade tipo II deverá contar com os seguintes materiais:

- a. instrumental cirúrgico;
- b. aspirador de secreções;
- c. conjunto de emergência, equipado com medicação de emergência e material de reanimação cardiorespiratória;
- d. fonte de oxigênio;
- e. dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico;
- f. mesa/maca adequada para a realização da cirurgia;
- g. equipamentos específicos da especialidade praticada (como microscópio cirúrgico etc.);
- h. estufa/autoclave para a esterilização de material se necessário;
- i. dispositivo com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial;
- j. tensiômetro ou esfigmomanômetro;
- k. equipamento para ausculta cardíaca;
- l. armário provido de porta, ou outro dispositivo com proteção, para a guarda de material esterilizado e descartável;
- m. mobiliário padrão hospitalar – para o uso de pacientes (somente será permitido este tipo de mobiliário);
- n. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- o. material para coleta de resíduos, conforme Norma da ABNT
- p. oxímetro de pulso;
- q. outros equipamentos auxiliares para a atividade da especialidade.

5.3 O Complexo Cirúrgico deverá ser organizado com as dependências descritas a seguir, observando-se as exigências mínimas de materiais e equipamentos para cada uma.

5.3.1 As salas cirúrgicas deverão conter os seguintes equipamentos:

- a. mesas/macacões cirúrgicas;
- b. mesa para instrumental;
- c. aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT
- d. conjunto de emergência, com desfibrilador;

- e. aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
- f. dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
- g. banqueta ajustável, inox;
- h. balde a chute;
- i. tensiômetro ou similar;
- j. equipamento para ausculta cardíaca;
- k. fontes de gases e vácuo;
- l. monitor cardíaco;
- m. oxímetro de pulso;
- n. laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora e tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- o. instrumental cirúrgico;
- p. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- q. medicamentos (anestésicos, analgésicos e mediações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiopulmonar.);
- r. equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

5.3.2 A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada com:

- a. cama/maca de recuperação com grade;
- b. tensiômetro ou similar;
- c. laringoscópio adulto ou infantil;
- d. capnógrafo;
- e. ventilador pulmonar adulto e infantil;
- f. aspirador contínuo elétrico;
- g. estetoscópio;
- h. fonte de oxigênio e vácuo;
- i. monitor cardíaco;
- j. oxímetro de pulso;
- k. eletrocardiógrafo;
- l. maca hospitalar com grade;
- m. material de consumo;
- n. medicamentos.

5.4 As **Unidades tipo III e IV** deverão possuir, no mínimo, todos os materiais e equipamentos relacionados para as Unidades tipo I e II e para o Complexo Cirúrgico.

Observação: Nas Unidades II, III e IV um conjunto de emergência deverá estar localizado na área de quartos e enfermarias, e estar provido de equipamentos exclusivos, diversos daqueles utilizados no Complexo Cirúrgico.

6. RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

6.1 As Unidades que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos de curta permanência, com ou sem internação, deverão contar com profissionais médicos e de enfermagem suficientes e qualificados para as atividades propostas.

6.2 As Unidades do tipo II, III e IV estarão obrigadas a garantir durante todo o período de permanência do paciente em suas dependências, supervisão contínua realizada por pessoal de enfermagem e médico capacitado para atendimento de urgências e emergências.

6.3 Todos os profissionais deverão estar inscritos nos respectivos Conselhos de Fiscalização, conforme determina a legislação em vigor

7. ORGANIZAÇÃO

- 7.1** As Unidades do tipo II, III e IV classificadas nestas Normas, deverão possuir:
- a. prontuário do paciente;
 - b. registro diário do mapa de todas as cirurgias/procedimentos;
 - c. registro da ocorrência das complicações pós-operatórias, ocorridas até a alta da unidade;
 - d. registro de dados da ocorrência de infecção pós-cirúrgica comunicada à unidade, mantendo estatística mensal de ocorrência de infecção, topografia da infecção e o tipo de cirurgia realizada;
 - e. registro de uso dos medicamentos de controle especial (entorpecentes e psicotrópicos).
- 7.2** Os procedimentos para controle de infecção pós-operatória, incluindo procedimentos de limpeza, esterilização e desinfecção, deverão obedecer as determinações do Ministério da Saúde.
- 7.3** Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer ao estabelecido na legislação pertinente.
- 7.4** Deverão ser estabelecidas rotinas para os serviços de limpeza, de enfermagem e de lavanderia.
- 7.5** Os estabelecimentos deverão ser mantidos em perfeitas condições de ordem e limpeza.

8. FUNCIONAMENTO

- 8.1** Os serviços que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência, classificadas como II, III e IV , deverão ter seus projetos de construção, reconstrução, adaptação ou reforma aprovados pela autoridade sanitária competente.
- 8.2** Os serviços que realizam procedimentos com internação de curta permanência, classificadas como II, III e IV só poderão funcionar depois de devidamente licenciados pela autoridade sanitária competente, com suas especificações definidas.
- 8.3** Os estabelecimentos classificadas como II, III e IV deverão contar com um responsável técnico, legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
- 8.4** Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão contar com apoio hospitalar incluindo laboratório, radiologia, banco de sangue e outros recursos que venham a ser necessários para tratamento de complicações que porventura ocorram durante a realização de cirurgia/procedimento. O hospital deverá estar localizado em distância compatível com o atendimento emergencial ao doente que estará sendo removido.

8.5 Os estabelecimentos classificados como Unidades tipos II, III e IV deverão garantir condições para efetuar a remoção de pacientes que necessitem de internação, sem agravar suas condições clínicas.

8.6 Os estabelecimentos que realizam procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias para atenderem estas exigências.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008

Observação inicial: A Sociedade Brasileira de Oftalmologia-SBO e a Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia - COOESO questionaram junto ao Conselho Federal de Medicina o artigo 1º da Resolução CFM Nº 1.409/94. O Conselheiro Carlos Alberto de Souza Martins a este propósito emitiu o seguinte parecer:

“Após analisar o pedido feito pela SBO e COOESO depreende-se que o fato gerador do mesmo é a insatisfação das duas entidades com os honorários recebidos vez que alegam ser necessária à internação para as cirurgias oftalmológicas ainda que em regime de “day clinic” – curta duração. Ressalte-se, por oportuno, que na prática não funciona sempre assim sendo as cirurgias realizadas em clínicas que, muitas das vezes, sequer dispõe de leitos para a recuperação dos pacientes após a cirurgia e na verdade, os pacientes são liberados logo após os procedimentos haja vista os “mutirões” das cataratas. Considerando, no entanto, que a afirmação das duas entidades é a regra e que os pacientes ficam internados, por um determinado período, em recuperação pós-operatória, é justo que se remunere de acordo com o previsto na CBHPM para pacientes internados e isso deverá ser cobrado junto as Operadoras de Planos de Saúde. A Resolução 1409/94 disciplina de forma eficaz, a prática segura de cirurgias onde não há internação – regime ambulatorial ou quando a internação é uma eventualidade e dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos realizados fora de Unidade Hospitalar e, foi objeto de análise por essa Comissão que elaborou um projeto de resolução a ser analisado pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina, abaixo fundamentado:”

A Resolução CFM nº 1.409/94 deve ser ampliada em seus conceitos face à necessidade premente de esclarecimentos frente a vários seguimentos.

Propõe-se mudar a denominação de cirurgia ambulatorial para Cirurgia com Internação de Curta Permanência para evitar entendimentos errôneos (cirurgia feita em ambulatório) e para deixar claro e patente que, a exceção de um tipo (tipo I), todos os outros tipos de cirurgia devem ser feitos em ambiente com instalações apropriadas para cirurgia.

Propõe-se, também, o seguinte:

a) Utilização dos “Considerando” de ambas as resoluções (CFM CREMERJ) que tratam do assunto, adequando-os a uma nova resolução;

b) Utilização dos “Resolves” da resolução do CREMERJ com as adaptações necessárias ao CFM e para aplicação por outros regionais, já que o que consta nos “Resolves” da Resolução CFM nº 1.409/94 vai passar a constar no anexo à nova resolução;

c) Em relação a esse anexo propomos a incorporação, na íntegra, do anexo da Resolução CREMERJ nº 180/01 por ser atual, didático e objetivo.

Brasília-DF, 13 de novembro de 2008

RAFAEL DIAS MARQUES NOGUEIRA

Conselheiro Relator

Resolução CFM Nº. 1886/2008

Resolução CFM Aprovada

Sessão Plenária de 13/11/2008

Publicada em D.O.U. de 21/11/2008 pág. 271

DIREITOS DO DOADOR TÊM DE SER CONTEMPLADOS

HÉLIO SCHWARTSMAN - Da Equipe de Articulistas

Se o experimento com os anticorpos neutralizantes de fato resultar numa vacina com valor comercial, coloca-se uma interessante questão bioética: o doador africano tem algum direito sobre a patente da vacina?

As respostas dadas a casos análogos são polêmicas e pouco satisfatórias. Desde que a Suprema Corte dos EUA referendou, em 1980, a noção de que “tudo sob o Sol feito pela mão do homem” é patenteável, iniciou-se uma corrida maluca por direitos de propriedade intelectual inclusive sobre seres vivos, células e genes.

Num caso emblemático, a Suprema Corte da Califórnia decidiu em 1990 que um paciente não tinha direitos às células do próprio corpo, que um médico extraíra sem seu pleno conhecimento e das quais derivara uma linhagem comercial.

A história começou em 1976, quando John Moore procurou o centro médico da Universidade da Califórnia para tratar uma leucemia. O médico que o atendeu, David Golde, recomendou a retirada do baço, autorizada por Moore.

Golde percebeu que o sistema imunológico de Moore era especial, e do baço extraiu uma linhagem de células que patenteou para tratar câncer. Tudo sem mencionar ao paciente seu interesse econômico.

Moore processou o médico e a universidade, pedindo parte dos lucros. O Judiciário, porém, entendeu que ele não tinha direitos sobre partes do corpo descartados com sua autorização. Os juízes deixaram claro que temiam bloquear o avanço da medicina, se dessem ganho de causa ao queixoso.

Em meio a essa e outras controvérsias, vai crescendo nos EUA a percepção de que o atual sistema de patentes mais prejudica do que favorece novas descobertas. É que, assim que um cientista patenteia algo, ninguém mais faz pesquisa na área, para não ter de pagar royalties nem dividir lucros.

Transcrito da Gazeta do Povo, 08/09/09

CONSULTÓRIO E CLÍNICA ESPECIALIZADAS EM PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA PLÁSTICA

CRMPR*

Regulamentação dos consultórios e clínicas especializadas onde se realizam procedimentos médicos em cirurgia plástica.

Palavras-chave: Resolução CRMPR nº 153/2007, cirurgia plástica, consultório, clínica, procedimentos, porte, fotografia, termo de consentimento, fármacos, anestesia, prontuário

MEDICAL OFFICE AND SPECIALIZED CLINICS IN PLASTIC SURGERY PROCEDURES

Key words: Resolution CRMPR nº 153/2007, plastic surgery, medical office, clinic, procedures, magnitude, photography, medical consent agreement, drugs, anesthesia, medical record

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de Setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de Julho de 1958 e Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o médico deve emvidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais do País;

CONSIDERANDO a regulamentação da prática cirúrgica ambulatorial prevista na Resolução CFM nº 1.409/1994;

CONSIDERANDO os equipamentos e medicamentos indispensáveis nos locais onde ocorra procedimento médico sob sedação, determinados na Resolução CFM nº 1.670/2003;

CONSIDERANDO os parâmetros éticos para procedimento e cirurgia plástica emanados pela Resolução CFM nº 1.621/2001,

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.671/2003 que normatiza atendimentos de urgência e emergência;

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

CONSIDERANDO os parâmetros de segurança a serem observados nas cirurgias de lipoaspiração contidos na Resolução CFM n.º 1.711/2003;
CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática de anestesia, previstas na Resolução CFM n.º 1.802/2006;
CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação dos consultórios e clínicas especializadas onde se realizam procedimentos médicos em cirurgia plástica e
CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná n.º 1.899º de 21 de maio de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Classificar os locais de atendimento para procedimentos médicos de cirurgia plástica em consultório (Brtte I) e clínicas especializadas (Brttes II e III) e normatizar os procedimentos ali realizados.

Parágrafo 1º O consultório e as clínicas especializadas em procedimentos de cirurgia plástica obedecerão as normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e das Coordenadorias de Vigilância Sanitária Estadual e Municipal.

Parágrafo 2º É obrigatória a documentação comprobatória de que há garantia de transporte especializado e internação hospitalar frente a eventuais intercorrências emergenciais.

Art. 2º No consultório (P orte I) poderão ser realizados os seguintes procedimentos médicos:

- a) consulta médica;
- b) orientação quanto à necessidade de exames complementares pré-operatórios;
- c) orientação quanto aos cuidados pertinentes ao pós-operatório
- d) fotografias de pacientes, quando necessárias, para documentação em prontuário, após autorização escrita e assinada;
- e) esclarecimento aos pacientes quanto aos procedimentos a que serão submetidos, tempo estimado do procedimento e riscos anestésicos e cirúrgicos, bem como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado;
- f) Realização de curativos e a retirada de pontos com técnica, material e equipamentos adequados.

Art. 3º Na Clínica especializada de P orte II poderão ser realizados os procedimentos médicos em cirurgia plástica:

- a) classificados de risco ASA 1;
- b) que não necessitam de acesso venoso para infusão de medicamentos, exceto retoques de lipoaspiração de aproximadamente 250 ml;
- c) que forem isentos de sedação, inalatória, oral ou parenteral
- d) que não comprometam a permeabilidade de vias aéreas;
- e) que não obriguem a utilização máxima de 3,5 mg/Kg de Lidocaína a 2% diluída ou não;
- f) exereses de nevos;
- g) ablação de cistos sebáceos e pequenos tumores superficiais;
- h) retirada de lesões pigmentadas;
- i) infiltração de alterações cicatriciais
- j) exereses de cicatrizes até 10 cm em sua maior extensão.

Art. 4º Na Clínica especializada de Brte III poderão ser realizados, além dos previstos na de Brte II, os demais procedimentos, incluindo aqueles que exijam qualquer tipo de sedação e a presença obrigatória de anestesiológico, conforme determina as Resoluções do CFM 1802/06 e 1670/03.

Art. 5º Quando houver pernoite do paciente, é obrigatória a presença de médico plantonista.

Art. 6º A relação de materiais, fármacos e equipamentos das clínicas especializadas constam nos Anexos I, II, III e IV

Art. 7º Os anexos e as listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia e procedimentos médicos em cirurgia plástica, e que integram esta resolução, serão periodicamente revisados.

Art. 8º O médico elaborará e manterá prontuário completo de todo paciente, contendo os dados relativos da consulta médica, pormenores dos procedimentos cirúrgicos efetuados, evolução, bem como oãrmo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

Curitiba, 05 de março de 2007.

Gerson Zafalon Martins
Cons. Presidente

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Secretário-Geral

Resolução CRMPR Nº. 153/2007**Resolução CRMPR Aprovada****Sessão Plenária nº 1899, de 21/05/2007****Publicada em D.O.U. de 29/05/2007, pág. 64**

**ANEXO I
EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO**

Oxigênio	Sistema para fornecimento de oxigênio a 100%
Aspirador	Sistema para aspirar secreções Sondas para aspiração
Manutenção das Vias Aéreas	Máscaras faciais Máscaras laríngeas Cânulas naso e orofaríngeas Tubos endotraqueais Laringoscópio com lâminas
Monitores	Oxímetro de pulso com alarmes Monitor cardíaco Aparelho para medir pressão arterial
Equipamentos para Reanimação e Medicamentos	Balão auto-inflável (Ambu); Desfibrilador; Drogas para a reanimação; Antagonistas: Naloxone, Flumazenil; Impressos com protocolos para reanimação (tipo ACLS)

ANEXO II

EQUIPAMENTOS BÁSICOS PARA A ADMINISTRAÇÃO DA ANESTESIA E SUPORTE CARDIORRESPIRATÓRIO

1. Em cada sala onde se administra anestesia: secção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo e sistema de aspiração.

2. Na unidade onde se administra anestesia: desfibrilador, marca-passo transcutâneo (incluindo gerador e cabo).

3. Recomenda-se a monitoração da temperatura e sistemas para aquecimento de pacientes em anestesia pediátrica e geriátrica, bem como em procedimentos com duração superior a duas horas, nas demais situações.

4. Recomenda-se a adoção de sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua.

ANEXO III

INSTRUMENTAL E MATERIAIS

1. Máscaras faciais

2. Cânulas oronasofaríngeas

3. Máscaras laríngeas

4. Tubos traqueais e conectores

5. Seringas, agulhas e cateteres venosos descartáveis

6. Laringoscópio (cabos e lâminas)

7. Guia para tubo traqueal e pinça condutora

8. Dispositivo para cricotireostomia

9. Seringas, agulhas e cateteres descartáveis específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos

ANEXO IV

FÁRMACOS

1. Agentes usados em anestesia, incluindo anestésicos locais, hipnóticos, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas, anestésicos inalatórios e dantroleno sódico, opióides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não-opióides, corticosteróides, inibidores H₂, efedrina/etil-efrina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio.

2. Agentes destinados à recuperação cardiopulmonar, incluindo adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos.

TRIBUNAL DE ÉTICA

CRMPR*

Dispõe sobre normas do Tribunal de Ética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

Palavras-chave: Tribunal de Ética, composição, câmaras, pleno, Resolução CRMPR nº 176/2009, regulamento

ETHICS COURT

Key words: Resolution CRMPR nº 176/2009, Ethics Court, composition, chambers, resolution CFM nº 1821/2009

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958 e o disposto pelo Código de Processo Ético Profissional,

CONSIDERANDO o número de processos disciplinares, pareceres, sindicâncias e consultas a serem julgados e avaliados por este Conselho;

CONSIDERANDO a necessidade de dinamização dos julgamentos dos processos disciplinares e sindicâncias e avaliação dos pareceres e consultas;

CONSIDERANDO o disposto no § 2º do Art. 36 do Código de Processo Ético-Profissional, que estabelece que o Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei, não poderá abster-se de votar;

CONSIDERANDO o deliberado em Sessão Plenária nº 2140 realizada em 9 de fevereiro de 2009.

RESOLVE:

Artigo 1º O Tribunal de Ética do Conselho Regional de Medicina do Paraná terá a seguinte composição:

Pleno

1ª Primeira Câmara

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

- 2º Segunda Câmara
- 3º Terceira Câmara
- 4º Quarta Câmara

Parágrafo único: Duas Câmaras serão compostas por 10 (dez) e duas por 11 (onze) Conselheiros, nomeados pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná por meio de Portaria.

Artigo 2º O Pleno, composto pelos Conselheiros, julgará, em grau de recurso, as decisões tomadas nas Câmaras sobre Processos Éticos-Profissionais, na forma prevista pelo Código de Processo Ético-Profissional.

Parágrafo Único: O Pleno será presidido pelo Presidente residente do Conselho Regional de Medicina, ou seu substituto, que exercerá somente o voto de desempate.

Artigo 3º Compete às Câmaras o julgamento de Processos Éticos-Profissionais e Sindicâncias e apreciar Pareceres e Consultas que lhes forem distribuídos.

Parágrafo Primeiro: O Presidente e o Secretário da sessão da Câmara serão escolhidos no seu início, pelos seus membros, sob sistema de rodízio.

Parágrafo Segundo: O Presidente da Sessão da Câmara terá direito a voz e voto e, se necessário, também proferirá voto de desempate.

Parágrafo Terceiro: Considera-se quorum mínimo para funcionamento das Câmaras a presença de cinco (5) de seus integrantes.

Parágrafo Quarto: Se necessário, para complementação do quorum mínimo, os Conselheiros poderão, por designação do Presidente do Conselho, substituir seus pares em outra Câmara.

Parágrafo Quinto: O quorum do Pleno é de no mínimo 11 e de no máximo 21 conselheiros.

Artigo 4º Quando a decisão das Câmaras sobre Sindicância for pelo arquivamento, caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 5º Quando a decisão das Câmaras sobre Processo Ético- Profissional for por maioria, caberá recurso ao Pleno do Conselho Regional de Medicina do Paraná e quando for por unanimidade ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 6º Quando a decisão da Câmara sobre Processo Ético-Profissional for de cassação, seja por unanimidade ou por maioria, caberá recurso "ex officio" ao Pleno do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Artigo 7º Quando a decisão do Pleno sobre Processo Ético- Profissional for por maioria ou unanimidade, caberá recurso ao Conselho Federal de Medicina.

Artigo 8º Quando a decisão do Pleno sobre Processo Ético- Profissional for de cassação, caberá recurso "ex officio" ao Pleno do Conselho Federal de Medicina.

Artigo 9º O Conselheiro que votar pela absolvição do denunciado deverá, se vencido, votar quando da aplicação da pena.

Artigo 10º Na instalação e funcionamento das Câmaras e do Pleno serão observadas as disposições do Regimento Interno do Conselho Regional de Medicina do Paraná e, no tocante ao julgamento, observarse-á a disciplina contida na Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958 e o dispositivo pelo Código de Processo Ético-Profissional.

Artigo 11º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições anteriores, especialmente a Resolução CRM-PR nº 157/2008.

Curitiba, 09 de fevereiro de 2009.

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Cons. Presidente

Marília Cristina Milano Campos
Consª. Parecerista

Resolução CRM-PR Nº. 176/2009
Resolução CRM-PR Aprovada
Sessão Plenária de 20/03/2009
Publicada em D.O.E., de 20/03/2009, pág. 30

JALECOS

A Gazeta do Povo está certa ao fazer campanha contra o jaleco fora do hospital. Sempre dou como exemplo a Itália porque lá vivem duas filhas minhas e pra lá sempre viajo. Os médicos italianos não usam roupa branca, eles simplesmente vestem uma espécie de batina por cima da roupa e que vai até os pés. Aqui no Brasil parece que querem demonstrar o status da profissão. O pior é que enfermeiros, cabeleireiros e outros afins saem às ruas vestindo o branco que utilizam nos seus locais de trabalho. Acho até que os órgãos oficiais da saúde e o próprio Conselho Regional de Medicina poderiam regulamentar o uso do jaleco evitando que os germes sejam levados dos hospitais e outros estabelecimentos para as ruas.

Luiz Fanchin Jr.

Transcrito da Gazeta do Povo, 09/09/09

PRONTUÁRIO MÉDICO ELETRÔNICO

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

EMENTA – Comissão de Prontuário Médico; Prontuário Eletrônico.

Palavras-chave: prontuário eletrônico, regimento interno, Resolução CFM nº 821/07

MEDICAL RECORD AND SUS HOSPITAL'S AUDITOR

Key words: medical record, SUS auditor, technical director, nursing, medical secrecy, audit, medical act

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente Dr. XXXX, médico da Comissão de Prontuário médico de um hospital privado, solicita parecer sobre as seguintes questões:

1) Qual a Autonomia do CPF para deliberar , bem como definir modificações que sejam entendidas como necessária para cumprimento normas estabelecidas pelo CFM? Existe independência para deliberações e modificações ou somente a direção pode executá-los?

2) Com relação ao prontuário eletrônico (informatizado), utilizamos em nossa instituição a MedView Qual a realidade técnica e jurídica do prontuário médico eletrônico na atualidade?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Com relação ao primeiro questionamento, devemos considerar que as instituições hospitalares privadas ou públicas possuem regimentos distintos, harmonizados em suas relações, o regimento do corpo médico e o regulamento do hospital.

O regimento do corpo médico deve constar nos documentos de registro de hospitais em Conselhos Regionais de Medicina, o mesmo deve ser aprovado em assembléia de corpo médico, registrado em ata correspondente, devendo suas normas serem avaliadas nos conselhos regionais de medicina e posteriormente homologadas para registro.

O regimento do corpo médico deve prever direitos e deveres, formas de admissão e demissão, eleições e mandatos, entre outros.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Com relação à comissão de prontuário a sua existência é obrigatória, devendo estar previsto no regimento interno. Quanto a sua autonomia e poder deliberativo há necessidade de harmonia com o regulamento da instituição hospitalar e previsão de competências estabelecidas no regimento interno do corpo médico.

A existência de uma comissão de prontuários é dever do diretor técnico a sua promoção, podendo seus membros serem indicados ou eleitos pelo corpo clínico médico em votação agendada para essa finalidade, assim como é dever do diretor técnico providenciar as condições estruturais para seu funcionamento. Da mesma forma essa comissão pode estar prevista no regulamento da instituição. A resolução do CFM 1638/2002 dispõe sobre a criação das comissões de prontuário (anexo), cabendo ao responsável técnico médico da instituição a seu cumprimento.

A segunda questão diz respeito ao prontuário eletrônico, já presente em muitas instituições hospitalares, mas que ainda não consolidou até a presente data, cumprir seu objetivo de substituir o papel impresso integralmente.

A resolução CFM 1821/2007 (anexo) dispõe sobre o assunto, indicado que a substituição total da forma papel a digital só poderá ocorrer com nível de garantia de segurança II do sistema de Informática aplicado pela instituição.

Essa exigência de certificação para sistemas de registro eletrônico em saúde já está prevista no manual de certificação para sistemas de registro eletrônico em saúde, mas sua execução por entidades certificadas ainda não aconteceu.

CONCLUSÃO

Quanto à primeira questão, usualmente o diretor técnico determina a estrutura de guarda e preenchimento dos prontuários, mas é uma competência que pode ser delegada ao presidente da referida comissão.

O caráter autônomo e deliberativo dessa comissão poderia ser resultado de um consenso entre a instituição, diretor técnico, diretor médico (clínico) e o corpo médico, mas não há previsão de uma obrigatoriedade de seu acontencimento.

Em relação ao prontuário eletrônico, até a presente data, sua utilização em papel ou não, está condicionado ao nível de garantia de segurança, conforme os artigos 4º e 8º da Resolução CFM nº 1821/2007.

É o parecer.

Curitiba, 15 de agosto de 2009.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR Nº. 081/2009

Parecer CRMPR Nº. 2102/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2330, de 17/08/2009 - Câmara II

PRONTUÁRIO MÉDICO E O AUDITOR HOSPITALAR DO SUS

Roberto Issamu Yosida*

EMENTA - Acesso ao prontuário por profissional não médico – Profissional de enfermagem – sigilo.

Palavras-chave: prontuário médico, auditor do SUS, diretor técnico, enfermagem, sigilo, auditoria, ato médico

MEDICAL HANDBOOK AND SUS HOSPITAL AUDITOR

Key words: medical handbook, hospital auditor, SUS, sigil technical director, enfermagem

CONSULTA

Parecer motivado por solicitação da diretora médica/técnica Dra. XXXX do Hospital XXXX em data de 31 de março de 2009.

A atuação do médico auditor do SUS e da enfermeira que o acompanha que além de terem acesso aos prontuários dos usuários do SUS, também verificam os leitos e os planos de enfermagem de pacientes conveniados pela UNIMED HOSPITALAR e outras operadoras de planos de saúde. A mesma foi questionada pela responsável pelo setor e informou estar autorizada a efetuar esta vistoria.

Aduz que a instituição hospitalar fica exposta e que o acesso de profissionais não médicos da equipe do SUS aos prontuários médicos pode ser caracterizado como exercício ilegal, da medicina capitulados no artigo 282 do Código Penal.

Relaciona a Resolução 1614/2001 do CFM e o CEM nos artigos referentes à função do médico auditor em seus considerandos.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Considerando que a Resolução 1614/2001 diz que :

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/ equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Art. 10º - O médico, na função de auditor quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Art. 14º – Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Em seu parecer N.º 1826/2007 CRM-PR, o Conselheiro Carlos Roberto Goytacaz Rocha esclarece que :

“Como o médico, a enfermeira quer do Hospital, quer do Plano de Saúde está sujeita as mesmas sanções da lei em relação ao sigilo médico, bem como todo o profissional de saúde ou não que manipule prontuários médicos.

Assim sendo não vejo restrições ao acesso destes profissionais aos prontuários médicos para fim de auditoria, desde que sejam resguardados os preceitos relativos ao sigilo profissional. (Art. 154 – Código Penal Brasileiro).”

Inicialmente cabe esclarecer que é necessária a prévia comunicação à direção do hospital sobre as atividades dos profissionais integrantes das equipes de auditoria hospitalar. Desta forma, cada operadora de planos de saúde deve comunicar formalmente a composição de suas equipes. A atuação deve ater-se aos pacientes e seus respectivos prontuários, por óbvio, beneficiários daquela operadora. Não sendo irrestrita a outras operadoras de planos de saúde.

Considerando que a auditoria médica é um ato médico por exigir conhecimento pleno e integrado da profissão;

Considerando que a equipe de auditoria conta com profissionais de outras áreas da saúde e que os mesmos são obrigados ao sigilo profissional;

Considerando que, desde que o enfermeiro não realize ato médico de auditoria, não há que se falar em exercício ilegal da medicina;

Concluo que as atividades do médico auditor e do enfermeiro auditor não se confundem. Ambas são regulamentadas pelos respectivos Conselhos Regionais e Federais, pois que são reconhecidas e complementares. Com relação ao sigilo profissional, nada obsta que os profissionais de enfermagem tenham acesso aos prontuários.

Recomendo a leitura das Resoluções 1614/2001 do CFM e 266/2001 do COFEN que tratam respectivamente dos profissionais auditores médicos e enfermeiros.

É o parecer.

Curitiba, 16 de junho de 2009.

Roberto Issamu Yósida
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º. 060/2009

Parecer CRMPR N.º 2083/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2285, de 29/06/2009 - Câmara IV

DIVULGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE DADOS PESSOAIS DO MÉDICO

Monica de Biase Wright Kastrup*

EMENTA - Divulgação de nome dos médicos inscritos no CRM/PR no site da instituição.

Palavras-chave: divulgação, dados pessoais, CPF/RG, identificação

DIVULGATION AND IDENTIFICATION OF PERSONAL PHYSICIAN'S DATA

Key words: divulgation, personal data, SSN ID, identification

CONSULTA

O Dr. XXXX encaminhou o pedido de esclarecimentos enviado pela Dra. XXX, CRM Nº XXXX, com dois questionamentos e algumas sugestões.

Ela inicialmente questiona a facilidade com que se pode acessar o nome e o número de registro no CRM no "site" deste Conselho, preocupada com os falsos médicos, e sugere que seja providenciada uma regulamentação para a não exposição do nome dos profissionais na internet e também questiona a facilidade com que se pode encomendar, pessoalmente e até por telefone, os carimbos profissionais, sem a exigência de documentos que comprovem a veracidade do profissional. Acrescenta à sua sugestão que seria interessante que houvesse um setor regulador ao nível do município, em relação aos carimbos, para evitar falsificações de atestados, ou o exercício ilegal da profissão, como exemplos.

O nome dos médicos informado no "site" ajuda a população leiga a verificar se o médico é realmente um profissional legalizado e não um falso médico. É obrigação dos Conselhos de Medicina à sociedade. A fiscalização efetuada pelos Conselhos Regionais de Medicina abrange exclusivamente a classe médica. Outras falsidades e desvios são da alçada policial. Quanto à impressão indiscriminada de carimbos, também não pode ser regulamentada pelos Conselhos de Medicina, embora seja um problema que também aflige a este caso. Este é um assunto que será oportunamente apresentado à área legislativa para que seja devidamente regulamentado e evite as irregularidades apontadas.

A segunda consulta se refere à exigência de que seja fornecido o CPF do profissional médico ao solicitar os medicamentos excepcionais à Secretaria do Estado

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

da Saúde. Quanto a esta questão, a informação fornecida pela própria Secretaria já a responde, pois, sendo um documento informatizado, com um campo especialmente destinado a este dado cadastral, o medicamento não será fornecido sem o seu preenchimento. As falsificações e demais problemas resultantes do mau uso desta informação, são caso de Bólicia, devendo ser resolvidas naquele foro. A legislação atual não permite outras possibilidades.

Sua consulta suscitou o encaminhamento ao plenário do CRM da sugestão para debater o tema da identificação do médico.

É o parecer.

Curitiba, 08 de junho de 2009.

Monica de Biase Wright Kastrup
Cons^a. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º 052/2009

Parecer CRMPR N.º 2075/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 2256, de 08/06/2009 - Câmara II

JALECOS

Estou abismada com o comportamento anti-higiênico dos médicos, enfermeiros e profissionais da área da saúde que fazem do seu jaleco um outdoor de identificação da sua profissão e garantia de status. Mesmo com o agravamento da gripe A, os profissionais da área da saúde insistem em não tirar seus jalecos quando não estão no expediente de trabalho. Basta ficarmos em frente a um hospital ou clínica que podemos constatar o descaso desses profissionais quanto à higiene. De que adianta usarmos álcool gel e lavarmos as mãos se os próprios profissionais da saúde estão com seus jalecos infectados de poeira, fumaça de carro, bactérias do ar, etc? Acredito que a vigilância sanitária deveria proibir os profissionais da área da saúde de utilizarem seus jalecos para passear e exigir que esse “adereço” seja utilizado somente dentro das clínicas e hospitais.

Cláudia Liuti Berger

Transcrito da Gazeta do Povo, 27/08/09

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - A endoscopia ginecológica é uma técnica que utiliza aparelhagem endoscópica, tendo a finalidade de visualização direta do interior da cavidade abdominal e de órgãos genitais. Ela pode ser utilizada tanto para procedimentos cirúrgicos como para diagnósticos.

Palavras-chave: endoscopia ginecológica, laparoscopia, videoendoscopia, histeroscopia, procedimento cirúrgico, diagnóstico

GYNECOLOGICAL ENDOSCOPY

Key words: gynecological endoscopy, laparoscopy, videoendoscopy, hysteroscopy, surgical procedure, diagnostic

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, a UNIMED encaminha consulta: Se a endoscopia ginecológica é exigida somente para exames diagnósticos ou também para procedimentos cirúrgicos?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A endoscopia ginecológica é uma técnica que se utiliza de aparelhagem endoscópica, tendo a finalidade de visualização direta do interior da cavidade abdominal e de órgãos genitais. Esta técnica pode ser dividida em *laparoscopia* e *histeroscopia*, que tanto podem ser cirúrgicas como diagnósticas.

Em agosto do ano de 2003, após árduo trabalho das Sociedades de Especialidades Médicas da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina, elaborou-se a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, totalmente ética, contemplando todas as especialidades médicas e produzia à época de seu lançamento uma remuneração digna dos serviços profissionais. Deve ser entendida como sendo um **“balizador ético”** para o exercício do profissional médico. Além disso, torna transparente a conduta dos profissionais atuantes na área médica, garantindo e contemplando as relações com as empresas intermediadoras do setor (operadoras e cooperativas médicas).

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

A Federação das Unimed's do Estado do Paraná tem alardeado que, exceto a Unimed Curitiba, todas as demais utilizam-se da CBHPM para o pagamento dos profissionais cooperados em suas regiões. Este é o caso da Unimed do Branco.

A CBHPM em suas instruções gerais, onde fala de Normas Gerais – 3.2, notificando as ações de **VIDEOLAPAROSCOPIA E VIDEOENDOSCOPIA**, exalta que os procedimentos cirúrgicos realizados nesta área de atuação terão porte correspondente a **uma vez e meia o porte previsto previsto nesta classificação para o tratamento convencional**. O mesmo deve ser considerado para as investigações diagnósticas.

Dentro dos procedimentos cirúrgicos e invasivos do Sistema Genital e Reprodutor Feminino, que faz parte da CBHPM, na área referente ao **UTERO**, o código **3.13.03.018-9** consta **histeroscopia com resectoscopia para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias** considerando o Porte 8 B com um auxiliar e Porte Anestésico 4.

Ao médico cabe respeitar e acatar os Acórdãos e Resoluções do Conselho Federal de Medicina e de seus Regionais.

Fica claro, sob nosso ponto de vista, que tanto o procedimento puramente diagnóstico, como o terapêutico cirúrgico, ou ambos estão premiados dentro deste código 3.13.03.018-9, não cabendo fazer qualquer acréscimo adicional na valoração de seu atendimento.

É o nosso parecer.

Curitiba, 19 de janeiro de 2009.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 008/2009

Parecer CRMPR N° 2032/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária nº 2137, de 19/01/2009 - Câmara III

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO E O USO DE ECOGRAFIA PÉLVICA COMPLEMENTAR

Hélcio Bertolozzi Soares*

EMENTA - Utilização de Ecografia Pélvica em procedimento de colocação de dispositivo intra-uterino (DIU).

Palavras-chave: ecografia pélvica, dispositivo uterino, custo/benefício, consenso, DIU, endoceptivos

INTRAUTERINE DEVICE AND PELVIC ULTRASOUND EVALUATION

Key words: pelvic ultrasound, intrauterine device, cost, benefit, consensus, IUD , endoceptive

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consultante Dr. XXXX, CRM N° XXXX, solicita parecer sobre indicação de ecografia pélvica para confirmar a posição adequada de dispositivo intra-uterino (DIU).

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Há forte tendência a utilização de exames complementares com sentimento de defesa profissional e suposta qualidade daquele que solicita tal exame complementar. Diante de custos cada vez mais elevados **sem benefícios diretos aos pacientes**, tem-se buscado de forma inteligente os parâmetros da Medicina Baseada em Evidências, onde de forma científica ampara as decisões.

Os Consensos fazem parte da moderna Medicina amparados pelas Sociedades de Especialidades, Associação Médica Brasileira e Mundial e, devidamente, reconhecidos e amparados pelo Conselho Federal de Medicina e seus Regionais.

Uma Conferência de Consenso (CDC) é um método de avaliação cujo fundamento é definir uma posição consensuada frente a controvérsias existentes sobre um procedimento médico, com a finalidade de melhorar a assistência clínica. Habitualmente se realiza quando é necessário assessorar os profissionais sanitários

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

em matéria de conhecimento ou prática clínica, ante a existência de divergências nos modos de atuação. Os técnicos sintetizam os conhecimentos existentes com base na melhor evidência científica disponível através de Revisões Bibliográficas e da Medicina Baseada em Evidências. Menos de 10% da população brasileira e mundial faz uso do Dispositivo Intra-Uterino (DIU), apesar de tratar-se de método de elevada eficácia, escassos efeitos colaterais ominosos, econômico e, de elevada taxa de continuidade.

É consenso entre especialistas quanto a eficácia dos DIUs atuais, principalmente, quanto ao seu mecanismo de ação **nenhuma** citação quanto a utilização da ecografia. A sua eficácia está diretamente relacionada à carga de Cobre. Os endoceptivos (DIUs com levonorgestrel) tem eficácia similar aos de Cobre de maior carga (380). As taxas de gravidez são inferiores à 1% ao ano. A eficácia dos DIUs **pode estar** influenciada na inabilidade do profissional, nas taxas de expulsão e no tipo de DIU, além de se ultrapassar o tempo recomendado para a melhor eficácia do DIU

Em relação aos controles necessários em usuários ou portadores de DIUs:

A - PRÉVIOS À INSERÇÃO

1. Informação e assessoramento: características do método, do artefato a ser utilizado, asseverar do entendimento da paciente quanto ao método a ser utilizado, de sua eficácia, efeitos secundários (dor, sangramentos,...), lembrando o respeito ao princípio da Autonomia, devidamente catalogado no Código de Ética Médica.

2. Anamnese geral e ginecológica

3. Exame ginecológico propriamente dito

4. Recomenda-se solicitar Consentimento Informado, de forma clara, específico para esta paciente (forma objetiva)

5. **NÃO** existe qualquer evidência sobre a necessidade de realizar **sistematicamente** exames complementares **exceto** quando a anamnese e/ou exame clínico assim o exigir

B - DURANTE A INSERÇÃO

1. Inserção na 1ª. Fase do ciclo menstrual

2. Uso de anti-inflamatório não hormonal cerca de uma hora prévio a inserção; pode ser utilizado o misoprostol, anestésico local e, até, anestesia endovenosa, sendo esta realizada em ambiente hospitalar e assistida por profissional especializado

3. Extremar medidas de assepsia e antisepsia

4. **NÃO** se justifica uso profilático de antibióticos, mesmo em pacientes com endocardite bacteriana não complicada.

C - CONTROLES POSTERIORES

1. Recomenda-se controle clínico após a 1ª. Menstruação e ao 3º. Mês após a inserção

2. **NÃO** existe evidência de que o controle ecográfico sistemático melhore a eficácia do método

3. **Orientar que qualquer intercorrência, deve ser assistida pelo profissional que lhe prestou o atendimento**

CONCLUSÃO

Apenas 3% de deslocamentos do dispositivo intra-uterino podem ocorrer sendo assim podemos afirmar que o uso de ecografia, realizada de forma sistemática, tanto ginecológica quanto a abdominal, **NÃO É IMPRESCINDÍVEL** para um controle correto do DIU, **EXCETO** quando houver portadoras de DIU sintomáticas

É o parecer.

Curitiba, 16 de janeiro de 2009.

Hélcio Bertolozzi Soares
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N.º 005/2009

Parecer CRMPR N.º 2033/2009

Parecer Aprovado

Reunião Plenária n.º 2137, de 19/01/2009 - Câmara III

BRASÍLIA TERÁ MARCHA CONTRA O ABORTO

DEFESA DA VIDA

O movimento Brasil sem Aborto realizará amanhã a terceira Marcha Nacional da Cidadania pela Vida, em Brasília. A concentração ocorre no Eixão Sul e os manifestantes se dirigirão à Esplanada dos Ministérios. O objetivo do evento é mostrar a mobilização popular contra projetos que pretendem legalizar o aborto no Brasil, seja de forma irrestrita, sem em determinados casos. Um projeto de lei que permitia o aborto em todas as circunstâncias foi derrubado na Comissão de Constituição e Justiça, mas foi reabilitado por iniciativa do deputado José Genoíno (PT-SP). Este ano, o Supremo Tribunal Federal ainda deve julgar um pedido de permissão para o aborto de fetos anencéfalos.

A marcha será encerrada com um show da cantora Elba Ramalho. A artista – que já admitiu ter feito um aborto, mas depois se tornou pró-vida – foi pressionada por oito ONGs feministas, que assinaram um manifesto de repúdio e pediram que ela desistisse da apresentação, mas Elba reafirmou sua convicção em entrevista ao jornal Correio Braziliense e pediu que seu direito à liberdade de expressar sua opinião fosse respeitado pelas entidades. “Não pelo desculpa a ninguém porque não estou fazendo nada de errado, sou uma cidadã livre”, disse.

Transcrito da Gazeta do Povo, 30/08/09

RESOLUÇÃO CFM Nº 1451/95 E AS NORMAS DE CORPO MÉDICO

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

Palavras-chave: Resolução CFM nº 1451/95, corpo clínico, normas, dificuldades de cumprimento, pronto socorro, plantão contínuo

RESOLUTION CFM Nº 1451/95 AND MEDICAL STAFF REGULATION

Key words: Resolution CFM nº 1451/95, medical staff, rules, difficulty following rules, ER, medical shift

Abaixo transcrevemos as considerações feitas pelo XXX, Diretor Clínico do Hospital XXX, da cidade de XXX, a respeito da Resolução 1451/95, do Conselho Federal de Medicina.

“...CONSIDERANDO

QUE o Corpo Médico é composto por apenas quatro profissionais, o que inviabiliza totalmente a obediência ao disposto no Artigo 2º;

QUE as condições físicas, econômicas, funcionais e de equipamento não possibilitam o cumprimento do disposto nos Artigos 3º, 4º e 5º;

QUE pelas razões acima, este Hospital, para não infringir as disposições da citada Resolução, deverá encerrar atendimentos de pronto-socorro.

SOLICITA a esse Conselho oriente-nos sobre a atitude a assumir quando procurados por pacientes em situação de urgência/emergência, ocasião em que se apresenta o dilema de escolha entre desobedecer o CFM ou praticar o crime de omissão de socorro.”

Com relação ao exposto temos a aduzir:

A Resolução n.º 1451/95, do Conselho Federal de Medicina, impõe suas determinações aos estabelecimentos hospitalares que se apresentam a sociedade como Pronto Socorro.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

A grande maioria dos hospitais no Brasil não apresentam as exigências dispostas na Resolução.

O entendimento é de que os hospitais devem ter plantão médico contínuo durante 24 horas, devendo sua instituição apresentar-se à comunidade como Serviço de Pronto Atendimento, obedecendo os ditames do Código de Ética Médica.

É o parecer.

Curitiba, 22 de maio de 1995.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Cons. Parecerista

Comissão de Fiscalização do Exercício Profissional.

Processo-Consulta CRM/PR**Parecer CRM/PR N.º 0648/1995****Parecer Aprovado****Reunião Plenária n.º 797, de 12/06/1995**

CUIDADO COM A GRIPE E O AVENTAL OU JALECO

Todo contato com o paciente deve ser feito com uso de avental. Ele é seu uniforme, parte de seu equipamento de proteção individual e não apenas um elemento estético de exibição de moda ou estrutura corporal. É um meio de protegê-lo, de evitar que transporte elementos contaminantes. Não examine pacientes e nem assista aulas práticas sem avental. O modelo próprio já lhe foi fornecido no início do curso, mas se desejar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar o orientará, se for necessário. Tenha dois ou três exemplares à disposição.

*Lembre-se: por si só o avental não garante proteção. É preciso usá-lo limpo, sempre abotoado e jamais dispensar os outros cuidados protetores, especialmente a lavagem das mãos. **Evite fazer refeições ou andar na rua com o avental.** Sujo é meio de contaminação, não oferece credibilidade e, quando fora de medida, é antiestético.*

O avental deve ser transportado em saco plástico ou pasta, não deve ser pendurado nos ombros. Use sempre em local visível no avental o crachá de identificação, pois ele garante o seu acesso ao hospital, bem como o trânsito dentro dele. (Leia a Ordem de Serviço do HC 08/08 na intranet, bem como a Portaria n.º 485-TEM/2005 – NR 32).

CUIDADO COM A GRIPE E LAVAR AS MÃOS

É o método mais barato e eficiente para reduzir a infecção. É preciso desde já se conscientizar de que é pelas mãos que se promove e transmite a maioria das contaminações, especialmente as hospitalares. Lave sempre corretamente as mãos após o contato com os clientes ou procedimentos.

Os germes mais virulentos convivem no Hospital e estão sempre aguardando uma oportunidade de se manifestarem. A infecção hospitalar tem alto custo, alta morbidade e mortalidade, podendo resultar em processo ético ou legal, passível de indenizações.

Do Manual aos Acadêmicos do Hospital de Clínicas da UFPR-1999.

COLOPROCTOLOGIA

Gustavo Justo Schulz*

EMENTA - Especialista em Coloproctologia proceder exames diagnósticos e terapêuticos de Colonoscopia.

Palavras-chave: coloproctologia, especialidade, área de atuação, colonoscopia, endoscopia digestiva, gastroenterologia, forma de credenciamento, consentimento

COLOPROCTOLOGY

Key words: coloproctology, specialty, actuation area, colonoscopy digestive endoscopy, gastroenterology, accreditation process

CONSULTA

Em e-mail encaminhado ao Conselho Regional de Medicina, o consulente Dr. XXXX, encaminha consulta com o seguinte teor:

“Atuando profissionalmente na cidade de XXXX, na especialidade de coloproctologia, tenho sofrido restrições na minha especialidade uma vez que a cooperativa me impede de proceder exames diagnósticos e terapêuticos, especificamente a colonoscopia que é um procedimento inerente da especialidade. Tal situação tem causado transtornos uma vez que me impede o exercício da especialidade na sua integralidade”.

Anexo Circular Técnica (CT 08/2009) na qual a cooperativa reitera a necessidade de apresentação de área de atuação em Endoscopia Digestiva, registrada junto ao CRM-PR.

Solicita parecer a este Conselho para “pontuar os fatos e orientar aquela cooperativa da impropriedade do raciocínio colegiado de negar o pleno exercício da especialidade”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os critérios para reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na medicina, bem como a forma de concessão e registro de títulos de especialista são determinados por convênio celebrado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de

* Conselheiro Parecerista CRM-PR.

Residência Médica (CNRM/MEC) e muito bem esclarecidos na Resolução CFM n. 1634/2002.

Em princípio a titulação obrigatória não existe, uma vez que o exercício da medicina tem seu fundamento legal no Diploma Médico devidamente registrado e na sua inscrição no Conselho Regional de Medicina com fulcro no art. 17 da Lei 3268/57. No entanto, a prática ética de uma especialidade médica presume o adestramento e prévia qualificação técnica na área, independente de titulação. A titulação em si representa a possibilidade de fomentar e estimular a especialização mediante prerrogativas culturais criadas pelas sociedades médicas, sem, no entanto, dispor de força legal para o impedimento do ato médico específico para o não especialista. Anunciar-se como especialista, é que exige prévio registro no Conselho de Medicina do título ou da qualificação específica conforme a Resolução CFM n. 1.288/89.

O Código de Ética Médica (CEM) aprovado pela Resolução CFM 1.246/88, regente da ética médica por todo o país, quando trata de seus princípios fundamentais, em seu artigo 8º, dispõe que “o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho”.

O ilustre Conselheiro federal, Dr Edson de Oliveira Andrade, através de parecer CFM 08/1996, defende a tese de que o título de especialista é apenas presuntivo de um “plus” de conhecimento em uma determinada área da ciência médica”. Continuando, alega que “o conhecimento médico é usufruto da sociedade, podendo dele fazer uso o médico que estiver devidamente habilitado e/ou capacitado. Um título de especialista é apenas uma presunção desta capacitação, posto que a habilitação já está contida no próprio diploma médico”.

Especificamente para o caso em tela, devemos lembrar que a área de atuação em voga é a de endoscopia digestiva, já que não existe área de atuação reconhecida em colonoscopia. Com este foco específico é que analisamos a Resolução CFM 1.845/2008, que trata do reconhecimento das especialidades médicas e áreas de atuação conforme convênio entre CFM, AMB e CNRM. Segundo esta resolução, amparada pela Comissão Mista de Especialidades (CME) que modifica a relação de especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução CFM 1.785/2006, a coloproctologia é especialidade médica reconhecida, como bem faz denotar o registro do título de especialidade do consulente junto ao CFM. As áreas de atuação são também normatizadas pela mesma Resolução e constituem-se em modalidade de organização do trabalho médico, exercidas por profissionais capacitados para ações médicas específicas, sendo derivadas e relacionadas com uma ou mais especialidades.

No caso em questão, a área de atuação – Endoscopia Digestiva – é comum a Gastroenterologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral e/ou Coloproctologia. Segundo a Resolução CFM 1.845/2008 a obtenção da certificação de área de atuação em Endoscopia Digestiva é possível da seguinte forma:

1. CNRM: opcional em Programa de Residência Médica em Endoscopia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Coloproctologia. Período de formação: 1 ano, e;

2. Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED).

São requisitos exigidos: TEAMB em Endoscopia ou TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou TEAMB em Gastroenterologia ou TEAMB em Coloproctologia ou TEAMB em Cirurgia Geral.

Portanto, esclarecendo de forma cristalina a consulta feita pelo DrXXXX, podemos afirmar que não existe nenhum óbice para realização de colonoscopias pelo consulente, não só com base nos princípios fundamentais do CEM como também pelo fato de que o título de especialista em coloproctologia, que envolve treinamento específico para realização de colonoscopia como parte integrante da especialidade, conferido por programa de Residência Médica reconhecido e com o devido registro no Conselho Federal de Medicina conforme acima explicitado, é suficiente para dar o respaldo necessário ao consulente para realização dos exames conforme adestramento a que foi submetido durante o programa regular de sua residência médica.

Em suma, os exames podem ser realizados, não devendo existir nenhum tipo de cerceamento ao trabalho médico, porém a forma de credenciamento é uma prerrogativa administrativa celebrada entre as partes.

É o parecer.

Curitiba, 01 de junho de 2009.

Gustavo Justo Schulz
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 058/2009
Parecer CRMPR N°. 2076/2009
Parecer Aprovado
Reunião Plenária n° 2261, de 15/06/2009

IBOGAÍNA NO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA. LIMITAÇÕES

Marco Antonio do Socorro M. Ribeiro Bessa*

EMENTA - Uso da substância Iboogaína no tratamento de dependência química.

Palavras-chave: ibogaína, dependência química, tratamento, vegetal, valor terapêutico

IBOGAINE IN THE TREATMENT OF CHEMICAL DEPENDENCE. LIMITATIONS

Key words: ibogaïne, chemical dependence, treatment, vegetable, therapeutic value

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Em pesquisa na internet por diversos sítios e artigos científicos apresento um resumo sobre essa substância.

Trata-se de um arbusto com uma raiz subterrânea que chega a atingir 1,50m de altura, pertencente ao gênero *Tabernanthe*, composto por várias espécies. A que mais tem interessado a medicina ocidental é *Tabernanthe iboga*, encontrada nos Camarões, Gabão, República Central Africana, Congo, República Democrática do Congo, Angola e Guiné Equatorial. Seu principal alcalóide é a ibogaína, extraída da casca da raiz. Algumas espécies animais, entre as quais os mandris e os javalis, alimentam-se das raízes da iboga para conseguir efeitos entorpecentes. Imagina-se que os pigmeus descobriram a eboka (iboga) observando o comportamento desses animais. Até hoje, estas populações utilizam a iboga em seus ritos.

Em 1901, a ibogaína foi isolada pela primeira vez. Há notícia de que ela teria sido usada no Ocidente desde o início do século XX, no tratamento de gripe, neurastenia, doenças infecciosas e relacionadas ao sono. Em 1962, Howard Lotsof, um jovem dependente de heroína, acabou descobrindo, por acaso, a iboga na África. Após uma "viagem astral" de 36 horas, relatou que perdeu o desejo de consumir heroína por completo. Em 1983, Lotsof relatou as propriedades antiaditivas da ibogaína e em 1985 obteve quatro patentes nos EUA para o tratamento de dependências de ópio, cocaína, anfetamina, etanol e nicotina. Fundou o International Coalition for Addicts Self Help e desenvolveu o método Endabuse, uma farmacoterapia experimental que faz uso da HCl de ibogaína, a forma solúvel da ibogaína. Através

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

da administração de uma única dose, cujo efeito dura dois dias, haveria uma atenuação severa dos sintomas de abstinência e uma perda do desejo de consumir drogas por um período mais ou menos longo de tempo.

Atualmente, a iboga é utilizada por curandeiros tradicionais dos países da bacia do Congo e na religião do Buiti na Guiné Equatorial, Camarões e, sobretudo, no Gabão, onde membros importantes das hierarquias políticas do país são adeptos do culto. Aproveita-se principalmente a casca da raiz, mas também se atribuem propriedades medicinais às folhas, à casca do tronco e à raiz. No Gabão, a raiz e a casca da raiz são encontradas facilmente nas farmácias tradicionais e nos mercados das principais cidades. A iboga pode ser utilizada sozinha ou em combinação com outras plantas - uma parte desse conhecimento permanece secreto. Segundo depoimentos colhidos nos Camarões em 2001, ela é empregada no tratamento da depressão, da picada de cobra, da impotência masculina, da esterilidade feminina, da AIDS e também como estimulante e afrodisíaco. De acordo com as crenças locais, seria eficaz, ainda, sobre as doenças místicas, como é o caso da possessão.

A literatura científica sobre o tema é controversa. Sabe-se que a ibogaína produz perda do equilíbrio corporal, tremores, aumento da temperatura corpórea, da pressão e da frequência cardíaca. Estudos com ratos e primatas demonstraram que a ibogaína em quantidade de 100 mg/kg é neurotóxica (a dose utilizada no tratamento de Lotsof é normalmente de 25 mg/kg). Ela é diferente de outros medicamentos, na medida em que é a única substância conhecida que age diretamente sobre o suposto mecanismo da dependência no corpo humano. Entretanto, não se conhece ao certo seu grau de eficácia e não existe nenhum estudo científico que comprove que a ibogaína cure a dependência química; há apenas evidências anedóticas.

Os tratamentos com ibogaína **não são autorizados** nos Estados Unidos, Reino Unido, França ou Suíça. Mesmo assim, têm sido adotados clandestinamente. No Panamá, a instituição liderada por Lotsof cobra 15 mil dólares; na Itália, o custo é de 2.500 dólares, e, nos EUA, o tratamento varia entre 500 e 2.500 dólares. Em Israel, a iboga está sendo pesquisada para uso no tratamento da síndrome de pós-guerra que afeta os soldados. De acordo com o médico italiano Antonio Bianchi, a ibogaína age sobre uma enorme quantidade de receptores neuronais. Sua característica fundamental é sua ação sobre a NMDA (N-metil-D-aspartato). Esses receptores estão presentes, sobretudo, em duas áreas: o hipocampo, que controla a memória e as recordações, e a sensibilidade proprioceptiva, parte responsável pela sensação que temos do nosso corpo físico. Se esses receptores forem bloqueados, a pessoa construirá uma imagem do "eu" que não está relacionada com o eu físico, ou seja, sentir-se-á fora do corpo. Este seria o mecanismo neurofisiológico da viagem astral, o ponto de encontro entre as concepções religiosas e as científicas. Nessas condições, o homem tende a construir aquilo que é definido como uma *bird-eye image*, assumindo uma projeção de si mesmo a partir de uma posição do auto - experiência também recorrente nos relatos da ayahuasca.

A seguir reproduzo trechos da reportagem de Ivan Adilha publicada na Revista "Isto É" de 7 de outubro de 1998 sobre a pesquisa e uso da ibogaína nos Estados Unidos: .

“A Universidade de Miami é o único centro autorizado pelo departamento de estudos de dependência de drogas da Food and Drugs Administration (FDA), órgão americano que regulamenta pesquisas médicas, a estudar os efeitos da ibogaína em seres humanos em caráter experimental. A maior parte das experiências é realizada na ilha St. Kiti, nas Bahamas. Os médicos já trataram de uma centena de pacientes voluntários, quase todos viciados em heroína e cocaína. Na primeira etapa do tratamento, que dura duas semanas, os voluntários vão para St. Kiti. Lá, a ibogaína é ministrada em forma de cápsula, sintetizada em laboratório. Durante o período de transe, que varia entre 24 e 38 horas, o paciente é assistido por médicos. Passado o efeito, é submetido a uma terapia intensiva. Como a ibogaína apresenta um efeito de longa duração, o paciente pode ficar semanas sem ter de voltar a usar drogas. A continuidade do tratamento, no entanto, depende de um bom suporte terapêutico.

Os estudos da Universidade de Miami ainda estão em uma primeira fase, que é a de avaliação dos efeitos tóxicos da ibogaína. Em uma segunda etapa os médicos vão administrar ibogaína e placebos (substâncias inócuas), e fazer avaliações comparativas. Por último, será feita uma amostragem populacional. As pesquisas, no entanto, são pouco divulgadas e tratadas quase como um segredo de Estado. Há duas razões para essa postura. As propriedades da ibogaína no combate à dependência química foram descritas pela primeira vez em 1982 pelo americano Howard Lotsof, um ex-viciado em heroína. Depois de experimentar a substância, ele percebeu que tinha perdido a necessidade de se injetar heroína e não sofria mais com os sintomas da abstinência. Em uma jogada de oportunismo, Lotsof patenteou a ibogaína para tratamento clínico. A questão ainda está sendo decidida nos tribunais. Enquanto o impasse não se resolve, os órgãos governamentais acharam por bem não autorizar nenhuma experiência em solo americano. Br isso os testes são feitos nas Bahamas.

Outro motivo foi a morte de uma usuária de heroína na Holanda durante uma experiência no final dos anos 80, aparentemente por overdose de ibogaína. Os defensores da substância alegam que o experimento foi realizado sem supervisão médica. Nos experimentos com animais, constatou-se que, em doses no mínimo cinco vezes maior do que a recomendada, a ibogaína pode causar uma reação tóxica, provocando tremores, convulsões e paradas cardiorrespiratórias. As autoridades têm receio de que, com a divulgação das experiências, ocorra uma busca desenfreada pela substância e ela entre no mercado negro, virando então um problema a mais e não uma solução”.

Em pesquisa sobre a ibogaína no Brasil não foi encontrada nenhuma legislação específica e nenhuma normativa da ANVISA sobre sua importação e comercialização.

O artigo de WERNEKE et al, no British Medical Journal afirma a respeito da ibogaína que “seu valor terapêutico é limitado, assim como é altamente neurotóxica e pode causar danos cerebelares irreversíveis e, como resultado, outros estudos clínicos foram abandonados.”

Em carta onde responde questionamentos a seu artigo o autor cita que “Relatos de oito mortes depois do uso de ibogaína entre 1990 e 2006 foram compilados (<http://myeboga.com/fatalities.html>). Essa fonte de informações nota que mais mortes podem ter ocorrido mas podem não ter sido relatadas devido “à natureza

secreta do tratamento com ibogaína". Uma morte ocorreu com a dose de 4,5 m/kg oral, uma dose muito mais baixa do que a utilizada em experimentos com ratos.

Finaliza a carta afirmando: "nós mantemos que a ibogaína e extrato de *iboga* podem não ser seguros e por isso não deveriam ser recomendados".

Portanto, pelas informações obtidas e considerando a literatura científica internacional (artigos em anexo), conclui-se que o uso terapêutico da ibogaína ainda não está comprovado cientificamente. Por isso seu uso não é recomendado até que as evidências científicas sejam fortes, especialmente por tratar-se de substância alucinógena potente que pode desencadear quadros psiquiátricos graves e mesmo outras seqüências clínicas danosas.

Além de tudo, do ponto de vista ético, há que se considerar os seguintes artigos do Capítulo XII – Pesquisa Médica - do Código de Ética Médica que regem:

Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e seqüências da pesquisa.

Parágrafo único: Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica, ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis seqüências.

Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e ao comportamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador

Conclui-se, assim, que o uso dessa substância de um ponto de vista ético e científico e por razões de segurança dos pacientes, só poderia ser realizado, até o momento, em animais de laboratório, em experimentos científicos rigorosos, controlados por protocolos muito bem constituídos e aprovados por uma Comissão de Ética credenciada e oficial, de preferência conduzido por pesquisadores experientes de instituições tradicionais.

É o parecer.

Curitiba, 20 de maio de 2009.

Marco Antonio do Socorro M. Ribeiro Bessa
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 042/2009
Parecer CRMPR N°. 2070/2009
Parecer Aprovado
Reunião Plenária n° 2149, de 1º/06/2009

PLANTÃO MÉDICO: INTERFERÊNCIA E IMPEDIMENTO PELOS SÓCIOS MAJORITÁRIOS OU DIRETOR CLÍNICO

Mário Lobato da Costa*

Palavras-chave: plantão médico, interferências, sócios, direitos, regimento interno do corpo clínico, diretor clínico, nº de ações

MEDICAL SHIFT: INTERFERENCES AND RESTRAINTS BY MAJORITY OWNERS OR CLINICAL DIRECTOR

Key words: medical shift, interferences, partners, rights, internal regulation, medical staff, clinical director, number of (stocks= ações da bolsa ou de uma sociedade; actions=ações atos)

Trata o presente de consulta formulada a este Conselho pelo Dr . XXX, Diretor Clínico do Hospital XXX Segundo o Dr XXX, esse Hospital foi construído e é mantido por um grupo de médicos acionistas majoritários e minoritários. Informa ainda, que em assembleia de acionistas foi decidido que os médicos acionistas majoritários de cada especialidade clínica teriam o poder de veto, podendo “votar ou não a admissão de novos colegas na mesma especialidade”, além do cumprimento das formalidades contidas no Regimento Interno do Corpo Clínico. Acontece que por algum motivo, alguns acionistas dissolveram a sociedade que mantinham em alguns dos serviços que compõem o Corpo Médico.

O problema consiste em que atualmente os acionistas majoritários não querem permitir que os ex-sócios e acionistas minoritários participem dos plantões no hospital.

Perguntas:

“1) Pode o médico acionista majoritário interferir ou impedir um ex-sócio de participar dos plantões no Hospital?

2) O Diretor Clínico e/ou a Diretoria Administrativa podem tomar decisões e colocá-los em escala de plantão de acordo com a necessidade e interesse do Hospital?

3) É ético colocá-los de plantão cujo número de vezes na escala seja proporcional ao número de ações do Hospital?

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Com relação as questões colocadas, temos a considerar:

- O instrumento que deve regulamentar as prerrogativas dos médicos do Hospital, bem como as formas de admissão e demissão de membros do corpo clínico é o Regimento Interno do Corpo Clínico.

- O Regimento do Hospital XXX. não prevê em qualquer dos seus artigos o poder de veto por parte dos seus acionistas no tocante ao ingresso de novos integrantes ou mesmo de plantonistas. Isto responde a questão número "1".

- Em seu Artigo 24, o Regimento prevê que é atribuição do Diretor Clínico: "Organizar as equipes médicas para os atendimentos médicos". Isto responde a questão de número "2".

- Não é recomendável confundir as prerrogativas do médico integrante do Corpo Clínico, as quais são garantidas pelo Código de Ética Médica e pelo Regimento Interno do Corpo Clínico do Hospital, com as do empresário que é acionista do hospital, e eventualmente também é médico. A liberdade do profissional no exercício da medicina não pode estar condicionada ao número de ações que este venha a possuir. Isto responde a questão de número "3".

É o parecer.

Curitiba, 22 de maio de 1995.

Mário Lobato da Costa
Cons. Secretário da COFEP

Processo-Consulta CRM/PR
Parecer CRM/PR Nº. 0647/1995
Parecer Aprovado
Reunião Plenária nº 797, de 12/06/1995

AUSTRÁLIA AUTORIZA SUICÍDIO ASSISTIDO

SOCIEDADE

Um tribunal australiano reconheceu ontem o direito de Christian Rossiter, um homem de 49 anos, tetraplégico e que deseja morrer, a deixar de ser alimentado. A decisão cria um precedente jurídico no país, onde ajudar um doente a morrer poderia levar uma pessoa a ser presa em alguns Estados. A instituição onde Rossiter está internado não sofrerá sanções se o paciente deixar de receber água e comida. Segundo o juiz Wayne Martin de Perthm no oeste do País, Rossiter tem o direito de decidir sobre qual tratamento deve receber e que água e comida "não deveriam ser administrados contra a sua vontade". "Não se trata de eutanásia", ressaltou o juiz, que considerou que Rossiter está com a capacidade mental plena e que pode fazer tal decisão, Rossiter considerou a decisão "reconfortante" •AFP.

Transcrito da Folha de S. Paulo, 14/08/09

PLANTÃO DE SOBREVISO

Itagiba de Castro Filho*

Ementa - Plantão de sobreaviso. O Médico tem o direito de não mais cumprir escalas de Plantão de sobreaviso por falta de remuneração.

Palavras-chave: plantão de sobreaviso, atuação do diretor técnico, descumprimento, remuneração, regimento interno do corpo clínico, urgência, atividade contínua

“ON CALL” MEDICAL SHIFT

Key words: “on call” medical shift, technical director payment, internal regulation of medical staff, urgency, continuous activity

I - PARTE EXPOSITIVA

Indaga o Dr. XXX: "qual deve ser a nossa conduta enquanto Diretor Técnico, em caso de alguma Clínica ou médico, não cumprirem a escala de sobreaviso, em decorrência de dificuldades de acordo, tendo em vista a Resolução nº 1.834 do CFM?".

Esclarece em sua consulta que os médicos de algumas clínicas estão se recusando a cumprirem a escala de médicos alcançáveis, reivindicando o cumprimento da referida Resolução 1.834/2008 do CFM, mas que por limitações de natureza financeira, o hospital se recusa a atender a reivindicação de remunerar o médico alcançável (sobreaviso*), limitando-se tão somente a remunerá-lo pelo pró-labore.

Ouvidos alguns médicos da instituição, em reunião com o Diretor Técnico e Clínico da Santa Casa e o Gestor Municipal da Saúde, alegam em síntese que o cumprimento de escala de sobreaviso, principalmente nas clínicas de reduzido número de médicos, como a Clínica de Cirurgia Pediátrica, impõe restrições do uso do tempo livre dos médicos, impedindo-os de se ausentarem para locais retirados do centro da cidade, lazer com familiares, descanso e até mesmo participarem de cirurgias. Alegam ainda que a remuneração de procedimentos mais comumente solicitados nestes plantões de sobreaviso, é irrisória e muitas vezes se limita ao valor de uma consulta da tabela do SUS. Finalmente reiteram que esta situação já foi amplamente discutida com a Diretoria da Santa Casa, desde antes da publicação da Resolução, e que já se passaram quase seis meses previstos no artigo 8º da referida Resolução, prazo dado para que as negociações se concretizassem.

II - DO MÉRITO

De fato, a Resolução 1.834/2008 do CFM, estabelece um prazo de seis meses "para a adequação dos serviços nela referidos". E não foi sem motivos que tal

* Conselheiro Parecerista CRM MG.

resolução foi aprovada, esclarecendo uma questão há muito levantada pela classe médica de todo o país. A baixa remuneração de procedimentos corriqueiros, não classificados como sendo de "alto custo", vem levando alguns médicos a abandonarem as atividades de plantonistas. Viram-se, por outro lado, coagidos a submeterem-se ao cumprimento das referidas escalas, como condição para que fizessem parte do corpo clínico de hospitais, cumprindo carga horária pré-fixada, subordinação, caracterizando, à luz da legislação do trabalho, vínculo empregatício, condição não assumida pelos hospitais.

A este respeito também o CRMMG já se manifestou através de parecer consulta e resolução, como se seguem extratos dos mesmos:

REFERÊNCIA: PARECER CONSULTA 3424/2008

Ementa - A remuneração do plantão está prevista na Resolução CRMMG 280/2006. O médico não pode deixar de atender urgência/emergência se contatado.

Sabidamente a tabela SUS remunera mal os profissionais e as instituições, o que muitas vezes incompatibiliza o trabalho médico. A Santa Casa, entidade filantrópica, tem metas a cumprir junto ao SUS e, portanto, deve cumprir seus pactos sob pena de perder subsídios.

O Código de Ética Médica em seu artigo 3º preconiza: "Art. 3º - Afim de que possa exercer a medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa."

O artigo 35 do Código de Ética Médica determina: "É vedado ao médico: Art. 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria."

A Resolução do Conselho Regional de Medicina 280/2006 (plantão de sobreaviso), é clara quanto à remuneração aos profissionais. No caso dos colegas que estão cumprindo o plantão decidir não mais cumpri-los, por falta de remuneração e/ou de boa condição de trabalho, é um direito. Contudo, as urgências/ emergências devem ser atendidas sempre que o colega for contatado. Achamos que a solução passa pela participação da Prefeitura que na negociação poderá complementar a remuneração dos médicos.

Um hospital de grande porte geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. O acordo entre os profissionais e a administração das instituições é o modo de estabelecer estas formas de prestação de serviços.

Belo Horizonte, 12 de setembro de 2008.

Itagiba de Castro Filho
Cons. Parecerista

Parecer-Consulta CRMMG Nº. 3566/2008
Parecer CRMMG Aprovado
Sessão Plenária do dia 07/11/2008
Publicado na Internet: 21/05/2009

ASSISTÊNCIA AO PARTO É ATO MÉDICO

Manuel Maurício Gonçalves*

Ementa - "Assistência ao parto é um ato médico e infringe o art. 30 do CEM o médico que delega a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica".

Palavras-chave: assistência obstétrica, ato médico, equipe multidisciplinar, responsabilidade técnica, papel da obstetrix

LABOR DELIVERY ASSISTANCE IS A MEDICAL ACT

Key words: labor delivery assistance, medical act, multidiscipline team, technical responsibility, role of midwife

I - PARTE EXPOSITIVA E CONCLUSIVA

O Dr. XXX, solicita ao CRMMG parecer sobre assistência obstétrica realizada por equipe multidisciplinar (composta por médicos obstetras, anesthesiologista, enfermeira obstetrix, residente de obstetrícia, acadêmicos de medicina, técnicos em enfermagem e médicos pediatras) no hospital, no que se referem às seguintes questões, às quais passaremos a responder após cada pergunta:

1 - Em se tratando de equipe multidisciplinara qual dos membros cabe a responsabilidade técnica e ética sobre todas as condutas e procedimentos realizados no plantão obstétrico?

R: Assistência ao parto é um ato médico e portanto cabe aos médicos a responsabilidade, cada qual em sua área (obstetrícia, anestesia e neonatologista). Os demais componentes da equipe são colaboradores (enfermeira obstétrica, técnicos em enfermagem, acadêmicos de medicina) e não tomam decisões ou condutas médicas, não lhes cabendo responsabilidade técnica ou ética.

2 - Pode a enfermeira obstetrix assistir a partos eutócicos? (cabendo salientar que toda e qualquer conduta obstétrica é sempre discutida com toda a equipe envolvida na assistência).

R: Cabe a enfermeira obstétrica exercer as atividades definidas na Lei 7.498/86 e ao decreto 94.406/87 que regulamenta a citada Lei. Como integrante de uma equipe de saúde a enfermeira pode assistir o parto sem distócia, desde que supervisionada pelo médico coordenador da equipe. O médico deve

* Conselheiro Parecerista CRMMG.

permanecer ao lado para diagnosticar qualquer distócia que possa ocorrer de um momento para outro no decorrer dos quatro períodos do parto: dilatação, expulsão, dequitação e observação. Diagnóstico e tratamento cabe apenas ao médico e prevarica infringem o art. 30 do Código de Ética Médica os médicos que delegam a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica. Cabe a enfermeira obstétrica ajudar a monitorizar as contrações uterinas, os batimentos cardio-fetais, a dilatação e descida do feto pelo canal de parto e dar suporte emocional a parturiente. Porém isso não permite que o médico se afaste do bloco obstétrico deixando a enfermeira como responsável pelas complicações que podem advir durante o trabalho de parto.

Qualquer obstetra, por mais inexperiente que seja, sabe que uma gravidez de baixo risco torna-se, de um momento para outro, em alto risco (DPP, prolapso de cordão, desacelerações fetais, ruptura uterina, embolia amniótica, acrestismo placentário, atonias, etc.) Cabe a enfermeira obstetra acompanhar o trabalho de parto e não dirigir o trabalho de parto, ato este que necessita tomar decisões e instituir tratamentos em cima de diagnósticos obstétricos, atos estes exclusivos do médico obstetra.

3 - Por se tratar de ato médico, a indicação de analgesia de parto deve ser realizada por médico. Pode o médico anestesiolista se recusar a fazê-la mesmo quando indicada por um médico obstetra, uma vez que o parto possa ser conduzido pela enfermeira obstetriz?

R: Cabe ao médico obstetra que está monitorizando as contrações, os bcf, a dilatação e a descida fetal, sozinho ou com auxílio da enfermeira obstétrica, sugerir o momento da instalação da analgesia de comum acordo com o médico anestesiolista, que decidirá, após ser informado das condições da evolução do parto, qual o melhor tipo de analgesia a ser ministrada.

4 - Uma paciente admitida e acompanhada por médico obstetra em conjunto com a enfermeira obstetriz pode ser assistida por ela durante o parto eutócico, sem a presença física do médico obstetra na sala de parto, no entanto, estando no mesmo espaço físico da maternidade a fácil alcance em caso de complicações como sofrimento e possíveis distócias?

R: O médico obstetra é o responsável pelo parto e suas complicações. Ele deve fazer jus à palavra obstetrícia, que deriva da palavra latina obstetrix, originária do verbo obstare, "ficar ao lado". Infringe os art. 2º, 8º, 14º e 30º do Código de Ética Médica os médicos que prevaricarem e, responderão na justiça civil e penal se acionados por perda fetal ou lesões neurológicas advindas de hipóxia de parto. Só estando ao lado o médico pode agir prontamente e a contento. Quatro a cinco minutos é o tempo suficiente de asfixia fetal para determinar uma paralisia cerebral de um recém-nascido.

5 - No caso de parto realizado por enfermeira obstetriz (designado pelo médico obstetra) sem a presença física do mesmo na sala de parto, sob anestesia peridural, a responsabilidade técnica do procedimento deixa de ser do chefe da equipe obstétrica e passa a ser do anestesiolista que está presente na sala?

R: Resposta prejudicada. A premissa inicial não é aceitável. Mas no caso do anesthesiologista, por sua conta e risco, fazer uma anestesia peri-dural para uma enfermeira assistir o parto, ele como médico, perante este Conselho e certamente na Justiça Comum, assumirá a responsabilidade das eventuais complicações que possam advir

6 - Durante a analgesia de parto, pode a paciente ser avaliada, pré e pós-analgésia por uma enfermeira obstétrica, que por conseguinte comunicaria ao médico obstetra quaisquer complicações ou anormalidades?

R: Durante um plantão muito concorrido com um ou dois obstetras de plantão a presença das enfermeiras obstétricas são muito bem vindas. Às vezes há numerosas gestantes simultaneamente em trabalho de parto. A enfermeira obstétrica muito pode contribuir para o bom andamento do plantão, mas a avaliação da analgesia deve ser feita pelo médico anesthesiologista.

7 - Em caso de analgesia de parto a responsabilidade da paciente em questão deixa de ser do médico assistente e passa a ser do médico anesthesiologista?

R: Intercorrências e complicações obstétricas são de responsabilidade do obstetra, e intercorrências e complicações anesthesiológicas são do anesthesiologista.

8 - A analgesia de parto, realizada conforme as normas estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Anesthesiologia, com todas as condições técnicas e monitorização adequadas, exigem que a paciente se mantenha monitorizada, impedida de ser transferida do leito, de deambular de tomar banho ou qualquer outra indicação obstétrica após estabilidade hemodinâmica confirmada?

R: Cabe ao anesthesista responsável pela anestesia definir as condições da anestesia e o que pode ou não pode ser feito de acordo com o nível da analgesia.

9 - Pode o médico anesthesiologista se dirigir a paciente e orientá-la quanto às condutas obstétricas, mesmo que contrárias às condutas adotadas pela equipe obstétrica, principalmente pela enfermeira obstétrica pelo simples fato de ser médico?

R: Resposta prejudicada. Não cabe a enfermeira obstétrica tomar condutas obstétricas, prerrogativa exclusiva do médico obstetra. O médico anesthesista deve ter para o colega obstetra, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar ao diretor clínico e a comissão de ética da instituição atos que contrariem os postulados éticos e, se necessário ao Conselho Regional de Medicina.

Belo Horizonte, 10 de Outubro de 2008.

Manuel Mauricio Gonçalves
Cons. Parecerista

Parecer-Consulta CRMMG Nº. 3485/2008
Parecer CRMMG Aprovado
Sessão Plenária do dia 07/11/2008
Publicado na Internet: 21/05/2009

QUEM É O RESPONSÁVEL NO CASO DE PLANTONISTA ESPECIALISTA AUSENTAR-SE, DEIXANDO OUTRO ALHEIO A ESTA ESPECIALIDADE, SE OCORRER UM ERRO DE DIAGNÓSTICO OU PRESCRIÇÃO?

Renato Françaço Filho*

Ementa – 1) Nada impede que um determinado especialista atenda casos de outra especialidade em situações únicas ou de emergência, sendo responsável pelos seus atos; 2) O médico ausente deve ser penalizado, com base nos artigos 35, 36 e 37 do Código de Ética Médica.

Palavras-chave: especialista plantonista, abandono de plantão, substituição por outro não especialista, erro diagnóstico, erro de prescrição, responsabilidade

WHO IS RESPONSIBLE IF A PHYSICIAN ON DUTY LEAVES THE HOSPITAL AND A PHYSICIAN FROM ANOTHER SPECIALTY MAKE A MISTAKE?

Key words: medical specialist on duty physician on duty abandoned his work, substituted for other physician not specialist, diagnostic error, prescription error, responsibility

O consulente Dr. C.A.M., Diretor Técnico de autarquia hospitalar municipal, solicita esclarecimentos do CREMESP sobre qual médico responde perante a Comissão Ética Médica, caso haja no plantão um ortopedista e um cirurgião, e o ortopedista atende casos de cirurgia e o cirurgião atende casos de ortopedia, vindo a ocorrer erro de diagnóstico e conduta, ou seja se o cirurgião atender um caso de ortopedia e não fizer o diagnóstico correto e prescrever medicação errada, é o cirurgião quem responde ou o ortopedista que está de plantão, deveria ter atendido o caso, mas estava ausente?

PARECER

Temos que a responsabilidade médica é intransferível. O Capítulo III, da RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, prevê e enfatiza este postulado:

É vedado ao médico:

Artigo 29 – Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

* Conselheiro Parecerista CREMESP.

Artigo 31 – Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Artigo 32 – Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Artigo 33 – Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.

Artigo 34 – Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Artigo 35 – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Artigo 36 – Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Artigo 37 – Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior

Infelizmente, alguns médicos utilizam esta prática de ausentar-se dos plantões, em regime de revezamento com outros colegas, argumentando que ganham pouco, são mal remunerados e com isso se sentiriam justificados.

É cristalino que este sofisma não encontra a menor sustentação.

Nada impede que um determinado especialista atenda casos de outra especialidade em situações únicas em que não haja outro médico, ou mesmo, quando se sinta habilitado e seguro para assim proceder. Ou ainda, em casos de emergência. Mesmo aí, a responsabilidade pelo ato praticado é sua. Este é quem responde nas esferas civil, criminal e ética. E mais ainda, diante de sua própria consciência.

O médico ausente, que deveria estar prestando os atendimentos na sua área de especialização, deve ser penalizado com base nos artigos 35, 36 e 37 do Código de Ética Médica, já elencados acima.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Renato Françaço Filho
Cons. Parecerista Cremesp



Prótese Auditiva Antiga (concha, trombeta, corneta acústica, aparelho auditivo)

Na antiguidade, os aparelhos auditivos eram cornetas ou tubos auditivos. A amplificação do som surgiu com Graham Bell em 1876 após a invenção do telefone que também procurou auxiliar a esposa e a mãe que eram surdas.

Mas o uso de aparelho eletrônico surgiu mesmo em 1900 com Ferdinand Alt.

Os primeiros aparelhos auditivos eram enormes trombetas em forma de chifre com uma parte mais larga aberta em uma extremidade que captava o som. O tubo de acústica era semelhante ao gramofone, mas não tão grande.

Com o tempo a trombeta se transformou em um fino fio que canalizava o som dentro do ouvido.

A variação dos modelos se faz pelo avanço da tecnologia.

O aparelho que mostramos é da década de 1920 e dispunha de um diafragma que amplificava a frequência do som por vibração, que variava conforme o material e outros fatores.

Estes aparelhos só serviam se houvesse algum resíduo de audição.

“O som desperta alguns sentimentos e influencia nosso comportamento.”

“O uso da prótese faz a diferença entre estar ou não incluído na sociedade.”

Palavras-chave - concha acústica, trombeta acústica, corneta acústica, tuba acústica, aparelho auditivo, surdez, história da medicina, Museu de Medicina

Key-words - shell acoustic, trumpet acoustic, ear trumpet, tuba acoustic, auditive equipment medicine history, Medicine Museum

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

Prof. Adjunto de Neurologia (apos.) do Curso de Medicina. Hospital de Clínicas. Universidade Federal do Paraná.

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

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

Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
E-mail: depepe@crmp.org.br

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

Cons.ª Keli Stylianos Patis (coordenadora), Mário Teruo Sato e Paola Andrea Galbati Pedruzzi
E-mail: codame@crmp.org.br

3 - Comissão de Qualificação Profissional

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

4 - Comissão de Tomada de Contas

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

5 - Comissão de Licitação

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

6 - Comissão de Ensino Médico

Cons. Joachim Graf e Hélio Bertolozzi Soares
E-mail: crmp@crmp.org.br

7 - Comissão de Saúde do Médico

Cons. Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa (coordenador), Roseli Teresinha Florêncio, Wilmar Mendonça Guimarães e Rameu Bertol
E-mail: saudedomedico@crmp.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 Hemari Vieira.
E-mail: imprensa@crmp.org.br

9 - Comissão Parlamentar

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

10 - Comissão de Patrimônio

Conselheiros Mônica De Basse Wright Kastrop, Ewaldia Von Rosen Seeling Stahlke, Darley Ruger Wolmann Júnior e funcion. Maria Amélia de Souza.
E-mail: crmp@crmp.org.br

11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos

Conselheiros Hélio Bertolozzi Soares, Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho e Sérgio Maciel Molteni.
E-mail: crmp@crmp.org.br

12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico

Cons. Sérgio Maciel Molteni (coordenador), Alexandre Gustavo Bley, Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho, Luiz Salim Emed e Roseli Teresinha Florêncio.
E-mail: crmp@crmp.org.br

13 - Comissão de Cooperativismo Médico

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

Delegacia do CRM-PR em Apucarana

Dr. Adalberto Rocha Lobo
Dr. Argelio Yasushi Hayashi
Dr. Artur Paiva Neto
Dr. Hélio Kiyoshi Hossaka
Dr. Hélio Shindy Kissana
Dr. Jaime de Barros Silva Júnior
Dr. Leonardo Marchi
Dr. Osvaldo Szenczuk
Dr. Pedro Elias Barista Gonçalves
Dr. Pieker Fernando Miglionni

Delegacia do CRM-PR em Campo Mourão

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

Delegacia do CRM-PR em Cascavel

Dr. Amauri Cesar Jorge
Dr. Anselmo Pinto Montenegro
Dr. Cláudio Junji Kimura
Dr. Hi Kyung Ann
Dr.ª. Kaelbe de Jesus Fontes
Dr. Luis César Bredt
Dr. Marcos Manezias Freitas de Campos
Dr. Miguel José Elvira
Dr. Paulo César Miñito da Silva
Dr. Tomaz Messayuki Tanaka

Delegacia do CRM-PR em Foz do Iguaçu

Dr. Alexandre Antônio de Camargo
Dr.ª. Francine Sterni
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Dr.ª. Jaclene de Souza Costa
Dr. Luiz Henrique Zaians
Dr. Marco Aurélio Farnazzeo
Dr. Michel Colati Júnior
Dr.ª. Nilcéia Julieta Squarezzi
Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira
Dr. Tomas Edison Andrade da Cunha

Delegacia do CRM-PR em Guarapuava

Dr. Argêlo Henrique França
Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia

Dr. Arnaldo Tomiô Aoki
Dr. Cleoer Antônio Vicentin
Dr. Francisco José Fernandes Alves
Dr. Frederico Eduardo Warpechowski Vrmont
Dr. Jean Boutsor Sater
Dr. Liseu Domingos Carleto Júnior
Dr. Marcos Hernandes Tenório Gomes
Dr.ª. Rita de Cássia Ribeiro Perina Arruda

Delegacia do CRM-PR em Londrina

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

Delegacia do CRM-PR em Maringá

Dr.ª. Adriana Domingues Valadares
Dr. Aldo Yoshihisaue Taguchi
Dr. Luiz Alberto Melo 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 Mertz Rakoski
Dr. Dorival Roci
Dr.ª. Horszaleia Pereira Vicente Neves
Dr. Jorge Luiz Pelisson
Dr. José Eloy Mendes Tramentin
Dr.ª. Lélia Maia
Dr. Luis Francisco Costa
Dr. Luiz Carlos Cerviera
Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva

Delegacia do CRM-PR em Pato Branco

Dr. Ayrton Martin Maciozek
Dr. Celso José Ciani
Dr. Geraldo Sultzbach
Dr. Gilberto José Lago de Almeida
Dr. Gilmar Juliana Bincaglia
Dr. Ildelfonso Arnoedo Canto Júnior
Dr. José Renato Pedreira
Dr.ª. Vanessa Bassetti Prochmann

Delegacia do CRM-PR em Ponta Grossa

Dr.ª. Ana Paula Ditzel
Dr. Argêlo Luiz de Col Defino
Dr. Carlos Alexandre Fernandes
Dr.ª. Daniella Alvarez Mattar
Dr. Glysion Gumurski da Silva
Dr. Marcelo Jacomei
Dr. Melerson Reques
Dr. Northon Arnassa Higemberg
Dr. Plácido da Trindade Machado
Dr. Rubens Adao da Silva

Delegacia de Divisas em Rio Negro/Matraz-SC

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

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

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

Delegacia do CRM-PR em Toledo

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

Delegacia do CRM-PR em Umuarama

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

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

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

Sumário

ARTIGO**Prontuário Médico**

- Zacarias Alves de Souza Filho¹; Eduardo Alcantara Quadagno, Eduardo Augusto dos Santos Calian, Fellipy Martins Raimundo, Henrique Augusto dos Santos Calian²..... 121

RESOLUÇÕES**Plantão de Sobreaviso: Normas**

- Resolução CRM/PR nº 152/2007..... 129

Concurso de Monografia Sobre Ética Médica

- Resolução CRM/PR nº 159/2009..... 131

Normas Mínimas Para o Funcionamento de Consultório Médico, Complexo Cirúrgico e Internação de Curta Permanência

- Resolução CFM nº 1886/2008..... 134

Consultório e Clínica Especializadas em Procedimentos de Cirurgia Plástica

- Resolução CRM/PR nº 153/2007..... 144

Tribunal de Ética

- CRM/PR..... 148

PARECERES**Prontuário Médico Eletrônico**

- Donizetti Dimer-Giamberardino Filho..... 151

Prontuário Médico e o Auditor Hospitalar do SUS

- Roberto Issamu Yoshida..... 153

Divulgação e Identificação de Dados Pessoais do Médico

- Mônica de Biase Wright Kastrup..... 155

Endoscopia Ginecológica

- Hélcio Bertolozzi Soares..... 157

Dispositivo Intra-Uterino e o Uso de Ecografia Pélvica Complementar

- Hélcio Bertolozzi Soares..... 159

Resolução CFM Nº 1451/95 e as Normas de Corpo Médico

- Donizetti Dimer Giamberardino Filho..... 162

Coloproctologia

- Guatavo Justo Schulz..... 164

Ibogaína no Tratamento de Dependência Química: Limitações

- Marcos Antonio do Socorro M. Ribeiro Bessa..... 167

Plantão Médico: Interferência e Impedimento Pelos Sócios Majoritários ou Diretor Clínico

- Mário Lobato da Costa..... 171

IMPRENSA**Direitos do Doador Tem de Ser Contemplados**

- Gazeta do Povo..... 143

Jalecos

- Gazeta do Povo..... 150

Jalecos

- Gazeta do Povo..... 156

Brasília Terá Marcha Contra o Aborto

- Gazeta do Povo..... 161

Austrália Autoriza Suicídio Assistido

- Folha de São Paulo..... 172

Plantão de Sobreaviso

- Itapiba de Castro Filho..... 173

Assistência ao Parto é Ato Médico

- Manuel Maurício Gonçalves..... 175

Quem é o Responsável no Caso de Plantonista Especialista Ausentar-se Deixando Outro Alheio a Esta Especialidade, se Ocorrer um Erro de Diagnóstico ou Prescrição?

- Renato Francisco Filho..... 178

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**Prótese Auditiva Antiga**

- Ehrenfried Othmar Wittig..... 180